

Hipopituitarismo Pós-Abortamento: A Propósito de um Caso Clínico

Hypopituitarism After Abortion: Apropos of one Case Report

Ana Margarida Monteiro, Marta Alves, Olinda Marques

AFILIAÇÃO:

Serviço de Endocrinologia, Hospital de Braga, Braga, Portugal

CORRESPONDÊNCIA:

Ana Margarida Monteiro, e-mail: ana.m.monteiro@hospitaldebraga.pt

■ Resumo

A síndrome de Sheehan é uma causa rara de hipopituitarismo que resulta do enfarte hipofisário secundário a um quadro hemorrágico grave e/ou hipotensivo no período pós-parto. A clínica, dependente da gravidade dos défices, é frequentemente inespecífica e muitas mulheres podem manter-se assintomáticas durante vários anos. Estes motivos contribuem para o atraso do diagnóstico e, conseqüentemente, para o atraso do tratamento daquela que é uma causa importante de morbimortalidade nas mulheres afetadas. O caso clínico apresentado refere-se a uma mulher com hipopituitarismo por enfarte hipofisário após abortamento, diagnosticado quatro anos após o abortamento espontâneo.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento; Gravidez; Hipopituitarismo

KEYWORDS: Abortion; Hypopituitarism; Pregnancy

▲ Introdução

A síndrome de Sheehan (SS), descrita pela primeira vez em 1937 por HL Sheehan, corresponde ao hipopituitarismo, parcial ou total, causado pelo enfarte da hipófise no contexto de um quadro de hipotensão grave ou choque secundários a uma hemorragia grave durante ou após o parto.^{1,2} Devido ao avanço dos cuidados obstétricos, tornou-se uma entidade rara nos países desenvolvidos, contudo a sua prevalência pode estar subestimada. De facto, estudos recentes reportaram uma prevalência maior de SS que a esperada, mesmo em países de-

desenvolvidos.³ A sua fisiopatogenia e a sua história natural continuam por esclarecer.²

Os sintomas, nomeadamente a astenia, a fadiga e a anorexia, são geralmente inespecíficos, contudo, a insuficiência hipofisária grave pode resultar em coma e morte.² Adicionalmente, a clínica varia consoante o grau de gravidade dos défices hormonais.¹ Embora a apresentação inicial em algumas doentes seja um quadro agudo e grave de pan hipopituitarismo, a maioria dos casos de SS são diagnosticados por um défice hipofisário parcial e clinicamente subtil e, portanto, o seu diagnóstico e tratamento podem atrasar-se por vários anos.³

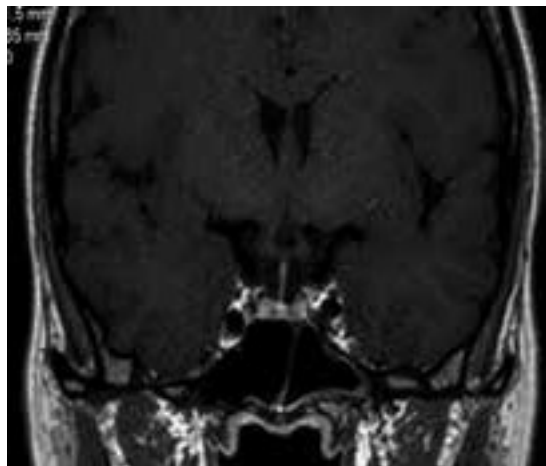


FIGURA 1. RM hipofisária (ponderação T1) corte coronal.

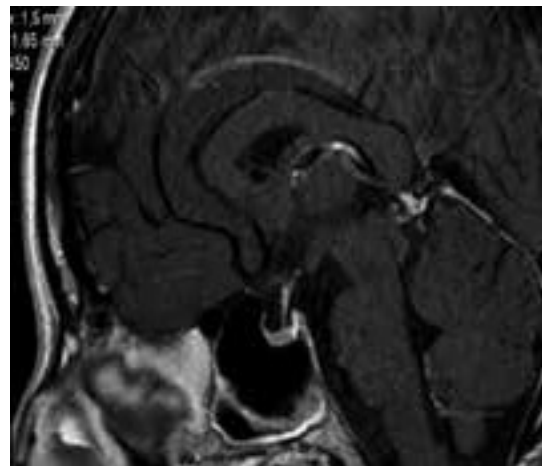


FIGURA 2. RM hipofisária (ponderação T1) corte sagital.

O diagnóstico é clínico mas podem ser observadas alterações na ressonância magnética (RM) em até 70% dos casos, nomeadamente atrofia hipofisária ou sela turca vazia.¹ Os critérios sugeridos para o diagnóstico de SS são a presença de uma história de hemorragia vaginal grave no pós-parto, a necessidade de ressuscitação com fluidoterapia ou transfusão de glóbulos vermelhos devido a uma hipotensão grave ou choque, a falência de amamentação após o parto, a ausência de menstruação após o parto, a documentação de défices variáveis de hormonas hipofisárias com hipopituitarismo parcial ou pan hipopituitarismo ou a presença de uma sela turca vazia em exames imagiológicos.²

O hipopituitarismo da SS varia conforme as linhas hipofisárias afetadas e a prevalência dos défices encontrados é variável em diferentes estudos. O tratamento da SS consiste na substituição das hormonas em défice.¹

▲ Caso Clínico

Relata-se o caso de uma mulher de 32 anos encaminhada para a consulta de Endocrinologia por hipogonadismo hipogonadotrófico, com intenção de engravidar.

Relativamente à história ginecológica, a doente referia menarca aos 11 anos, ciclos menstruais regulares até aos 28 anos e duas gravidezes. A primeira

gravidez decorreu sem intercorrências, com um parto normal, aos 17 anos. A segunda gravidez, aos 28 anos, terminou, espontaneamente, às 8 semanas de gestação. Cerca de um mês após o abortamento espontâneo, surgiu um quadro de astenia e lipotimia que motivou o internamento para estudo etiológico, tendo sido diagnosticada uma anemia importante com necessidade transfusional.

Sem outros antecedentes patológicos relevantes e sem qualquer medicação habitual.

Sem queixas valorizáveis, nomeadamente astenia, cansaço ou alterações do peso corporal. Ao exame físico, destaque para um índice de massa corporal (IMC) baixo, sem outras alterações de relevo.

Analiticamente, apresentava níveis de FSH, LH e estradiol baixos, compatível com hipogonadismo hipogonadotrófico. A avaliação da restante função hipofisária demonstrou um valor TSH inapropriadamente normal para os níveis das hormonas tiroideias. O nível de prolactina estava no limite inferior da normalidade e o valor de IGF-1 abaixo do limite inferior da normalidade. Realizou-se prova de hipoglicemia insulínica que demonstrou uma resposta adequada da secreção da hormona de crescimento e do cortisol.

Realizou RM da hipófise que revelou uma hipófise de dimensões inferiores ao esperado para a idade, com limite superior côncavo (Figs. 1 e 2).

Iniciou-se a suplementação com levotiroxina e a doente sentiu melhoria da sua qualidade de vida, referindo menor cansaço nas atividades da vida diária, facto que previamente não valorizava. Por manifestar intenção de engravidar foi orientada para a consulta de reprodução medicamente assistida, já que irá necessitar de terapêutica com gonadotrofinas.

▲ Discussão

Nesta doente, o quadro de hipotensão e anemia graves após o abortamento espontâneo, que motivou internamento com necessidade transfusional, associada a amenorreia secundária com quatro anos de evolução, sugere a SS como o diagnóstico mais provável.

O facto de ser uma entidade rara nos países ocidentais e por se apresentar, na maioria das vezes, de uma forma inespecífica, dificulta o seu diagnóstico. Por isso, em muitos casos, ocorre um atraso significativo na sua identificação e no início das terapêuticas de substituição. Se por um lado as terapêuticas com esteroides sexuais ou hormona de crescimento não são vitais, as terapêuticas de substituição com glucocorticoides e hormona tiroideia são essenciais e com benefícios demonstrados em doentes com esta entidade.³

Concluindo, a explanação deste caso visa salientar a importância da avaliação da função hipofisária em mulheres com história de parto associado a perdas hemáticas importantes ou a um quadro hipotensivo grave, em mulheres que após o parto têm falência de lactação e em mulheres amenorreicas após o parto ou abortamento, mesmo decorridos vários anos relativamente ao episódio despoletante.

CONFLITOS DE INTERESSE: Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO: Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

▲ Referências

1. Ramos-Lopez L, Pons-Canosa V, Juncal-Diaz JL, Nunez-Centeno MB. Síndrome de Sheehan tras hemorragia obstétrica. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2014;61:575-8.
2. Karaca Z, Tanriverdi F, Unluhizarci K, Kelestimur F. Pregnancy and pituitary disorders. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:453-75.
3. Diri H, Tanriverdi F, Karaca Z, Senol S, Unluhizarci K, Durak AC, et al. Extensive investigation of 114 patients with Sheehan's syndrome: a continuing disorder. *Eur J Endocrinol.* 2014;171:311-8.