

SANGRADO UTERINO ANORMAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE TUMOR HIPOFISIARIO PRODUCTOR DE ACTH : REPORTE DE CASO

HOSPITAL GENERAL DEL ISSSTE "DR. BELISARIO DOMINGUEZ" TUXTLA GUTIERREZ

Dr. Irvin Yadir Román Ballinas¹ // Dra. Domínguez De Paz Blanca²//Dr. Enrique Alejandro Gordillo Gómez³

1. Residente de segundo año de la especialidad de Ginecología y Obstetricia. 2. Médico adscrito endocrinología. 3. Médico Adscrito Ginecología y Obstetricia, jefe de servicio de Ginecología y obstetricia.

ANTECEDENTES

El sangrado uterino anormal es un término que se refiere al sangrado uterino de cantidad, duración o programa anormales, es un motivo de consulta de mujeres en edad reproductiva, con una prevalencia de 11 a 15% en no embarazadas. Tiene repercusiones físicas, sociales y emocionales en la calidad de vida de las pacientes. Sus causas pueden ser de origen uterino estructural o causas no uterinas. 2. Las irregularidades menstruales son comunes en mujeres con síndrome de Cushing e hiperprolactinemia. 1

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenino de 47 años, soltera, residente de la Cd de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, de ocupación oficinista, católica. Dentro de sus antecedentes personales, se conoce alérgica a AINES, portadora de diabetes tipo 2 y de hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico, en tratamiento actual con metformina 1000 mg liberación prolongada y telmisartán 80 mg /hidroclorotiazida 12.5 mg.

Inicia su padecimiento actual hace 10 meses con sangrado uterino anormal con hipermenorrea y poli menorrea, por lo cual acude a ginecólogo privado quien indica acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM dosis única, se solicitan laboratoriales donde encuentra prolactina sérica de 67mg/dL y gonadotropinas en parámetros normales, continua con alteraciones menstruales por aproximadamente 4 meses por lo que aplican 2 dosis más de acetato de medroxiprogesterona 150 mg IM, se solicitan laboratoriales para abordaje de sangrado uterino anormal, agregándose disminución de la agudeza visual rápidamente progresiva y reducción de los campos visuales, por lo que acude a valoración por oftalmología quien realiza protocolo de estudio y detecta lesión compresiva de quiasma óptico como probable etiología tumor hipofisario, se refiere paciente a neurología quien solicita Resonancia Magnética que reporta (Imagen 1): probable macro adenoma hipofisario, lesión tumoral de 21x25 mm que desplaza en la porción dorsal al quiasma óptico.

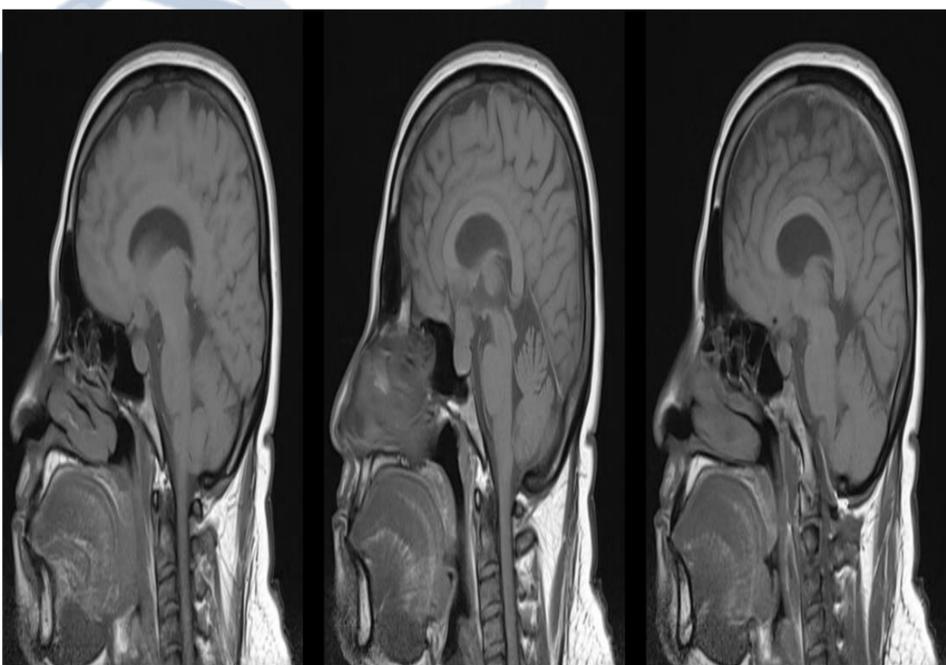


Imagen 1.- MACROADENOMA HIPOFISIARIO

Con tal hallazgo se envía a endocrinología para continuar protocolo donde clínicamente se encuentra con peso: 84.1 kg, talla:1.53 m, con IMC de 35.93, campimetría por confrontación con reducción de más del 70% de los campos visuales, revisar imagen 2.1 y 2.2; Se solicitan pruebas diagnósticas con los siguientes reportes: Glucosa 144 mg/dL, creatinina 0.8 mg/dL, prolactina 87.4, ng/dL, FSH 4.13, LH 2.55, TSH 0.11, ACTH 72.4, por elevación en cifras de ACTH se decide realizar pruebas de cortisol por probable enfermedad de Cushing, pero en resultados las pruebas de cortisol se encuentran normales, por lo que ante la duda de hipersecreción de ACTH se repite prueba en la cual se reporta ACTH de 111.14 pg/ml. Se confirma Tumor hipofisario productor de ACTH (enfermedad de Cushing)+ hiperprolactinemia + hipotiroidismo secundario + Sx. metabólico. Se inicia tratamiento con levotiroxina 25 mcgr/día, ketoconazol 600 mg/día, cabergolina 0.5 mg/semana. Se continua protocolo de sangrado uterino anormal por área de Ginecología y se continua protocolo para tratamiento definitivo Resección tumoral por vía transesfenoidal por neurocirugía.



Imagen 2.1



Imagen 2.2

Discusión

Se agrupan una serie de trastornos endocrinológicos que tienen en común una falla de la ovulación, la producción sostenida de estrógenos y la ausencia de la producción de progesterona por el cuerpo lúteo en forma cíclica. Esto lleva a una proliferación endometrial persistente asociada con la disminución de prostaglandina F_{2α}, uno de los principales factores relacionados con la hemostasia endometrial. Alteraciones de este tipo producen sangrado impredecible en tiempo y cantidad del mismo. El espectro de alteraciones va desde la amenorrea, pasando por sangrados escasos y espaciados hasta sangrados muy intensos que requieren hospitalización. Muchos de estos desórdenes ovulatorios pueden formar parte de trastornos endocrinológicos tales como: hipotiroidismo, ovario poliquístico, hiperprolactinemia, obesidad, anorexia, stress, pérdida de peso, ejercicio de alta competición, etc. 3

CONCLUSIÓN

- Paciente que inicia cuadro clínico con sangrado uterino anormal de origen no estructural uterino, si no por disfunción anovulatoria secundaria a enfermedad de Cushing e hiperprolactinemia, ya que la elevación de cortisol y PRL provoca alteraciones en la secreción pulsátil de GnRH.
- Se sugiere que niveles de corte mas bajos de PRL para iniciar protocolo de estudio con algún método de imagen para detectar tumores hipofisarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Nieman. L.. (Junio 2022). Epidemiology an clinical manifestations of Cushing's syndrome. 23 de julio de 2022, de UpToDate Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/epidemiology-and-clinical-manifestations-of-cushings-syndrome?sectionName=Menstrual%20irregularities&search=sangrado%20uterino%20disfuncional&topicalRef=5440&anchor=H3994822162&source=see_link#H3994822162.
- 2.- Sepúlveda-Agudelo J, SepúlvedaSanguino AJ. Sangrado uterino anormal y PALM COEIN. Ginecol Obstet Mex. 2020 enero;88(1):59-67. <https://doi.org/10.24245/gom.v88i1.3467>.
- 3.-2-Clark TJ and Stevenson H. Endometrial Polyps and Abnormal Uterine Bleeding (AUB-P): What is the relationship, how are they diagnosed and how are they treated? Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2016;40:89-104.