

CASO CLINICO      CURSO SUPERIOR UNIVERSITARIO  
AAPEC 2016



# HISTORIA CLINICA

**12/09**: Paciente de sexo femenino de 40 años de edad.

**MC** :.Sofocos ,sequedad vaginal.Control tiroideo

**AP**: Menarca 12 años. Gesta 5 A 3 Cesárea 2

Hipotiroidismo posquirúrgico (1997) bajo levotiroxina 175 ug/d. Síndrome de Sheehan Parcial con afectación del eje gonadotrofico y somatotrofico (2003)- DBT tipoll

**AF**: No refiere antecedentes de importancia.

**EA**: Paciente clínicamente eutiroides, euadrenal, en amenorrea secundaria de 6 años de evolución, por un Síndrome de Sheehan (sin tratamiento).

**EF**: Peso 89kg Tiroides: no palpable.

**TA** 120/80 **T** 1,70 **BMI** 29.2 Se solicita laboratorio e imágenes.

# ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS.

## Laboratorio (2/10):

- Subunidad B : negativo.
- TSH 0.74 uUI/ml -T4L 1.53 ng/dl (bajo T4 175 ug/d).
- LH 1.3 mUI/ml - FSH 1.1 mUI/ml - Estradiol 7.85 pg/ml.
- Prolactina 4.8 ng/ml.
- IGF1 10 ng/ml.
- Cortisol basal 7.1 ug/dl - cortisol post Synacthen 32.02 ug/dl - ACTH 47pg/ml.
- Triglicéridos (TG) 185- Colesterol (CT) 255 mg/dl. HDL :41 LDL167. Glucemia : 120ng/ml

**PAP**: hipotrófico - **Eco TV**: útero 80x50x40 mm, endometrio homogéneo de 4 mm. Anexos **s/p- Mamografía y Ecomamaria S/P**

**DMO de columna lumbar y cadera izquierda**: normal.

**RNM Selar** : Aracnoidocele parcial.

# DIAGNOSTICO

## ○ Impresión Diagnóstica:

Síndrome de Sheehan parcial con afectación del eje gonadal y somatotrófico. Eje tiroideo no evaluable, paciente bajo tratamiento con T4.

Amenorrea secundaria y DBT tipoll

## Tratamiento:

- Se indica fármacos y dieta hipolipemiente,
- Terapia Hormonal de Reemplazo.THR: gel mas 200mg de progesterona natural micronizada x 10 días al mes.Aporte de calcio y VD3 .Actividad fisica
- ::Levotiroxina (175ug/d).
- Metformina 850 mg 2 veces por dia

# EVOLUCION

**3/13:**

Paciente que consulta luego de 2 años por metrorragia de 6 meses de evolución, Refiere THR por 6 meses hasta 8/10. con mejora de sintomatología climatérica y sin pérdida menstrual, Suspende THR por viaje en el 2010. (estuvo viviendo en la provincia del Chaco).

## **Impresión Diagnóstica:**

Paciente en amenorrea secundaria de 9 años de evolución, con antecedente de Síndrome de Sheehan, Parcial y antecedente de THR por 6 meses .en el año 2010 Sin control ginecológico desde esa fecha.

## **Descartar:**

- Tumor ovárico productor de estrógeno.
- Tumor adrenal productor de esteroides sexuales.
- Uso externo de estrógenos.
- Patología endometrial.

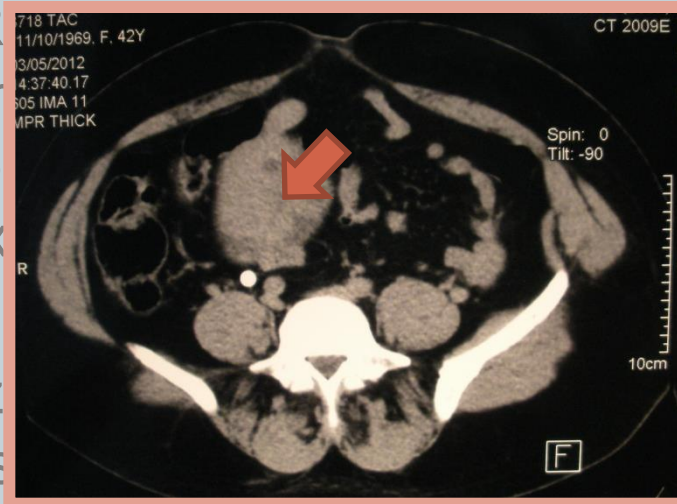
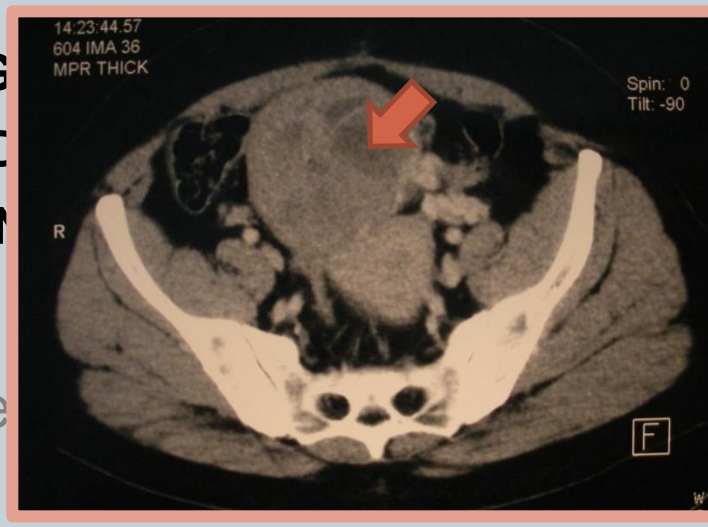
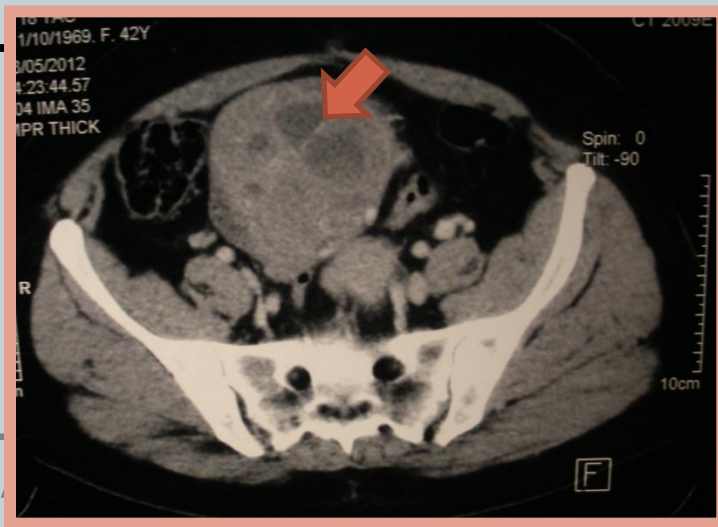
# ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

## Laboratorio:

- ❖ LH 0.1 mUI/ml - FSH 0.1 mUI/ml - **Estradiol 55.6 pg/ml**
- ❖ Testosterona 0.1 ng/ml - Delta 4 androstenediona 0.6 ng/ml.
- ❖ DHEA-S 218 ng/ml - 17OH progesterona 0.28 ng/ml.
- ❖ Prolactina 6.9 ng/ml. Cortisol 9,6 ug/dl.
- ❖ TSH 2.18 uUI/ml - T4L 0.52 ng/dl.
- ❖ CEA 1.28 ng/ml (0-4.6) - CA 19.9 1.86 UI/ml ( 2-37)
- ❖ - Alfafetoproteína 2.7 ng/ml – Beta HCG 0.10 mU/ml.
- ❖ **CA 125 43.09 UI/ml (0-35)**
- ❖ **AMH 1284 pmol/L (2,5-30)**
- ❖ TTOG glucemia (basal) 127 mg/dl, 216 mg/dl (120min).
- ❖ CT 266 mg/dl - TG 551 mg/dl (bajo fenofibrato 200 mg/d).

## ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

- ❖ **Ecografía Ginecológica**: útero AVF 53 x 30 x 38 mm. Anexos s/p.
- ❖ **Eco TV**: útero RVF 63 x 73 x 74 mm, núcleos miomatosos el mayor de 20 mm, endometrio 20 mm hiperplásico. Anexo izquierdo s/p - Anexo derecho formación sólida quística de 103 x 71 x 100 mm.
- ❖ **Histeroscopia**: canal cervical normal, cavidad uterina difícil de visualizar por sangrado, endometrio proliferado y engrosado con sectores pseudopolipoideos.



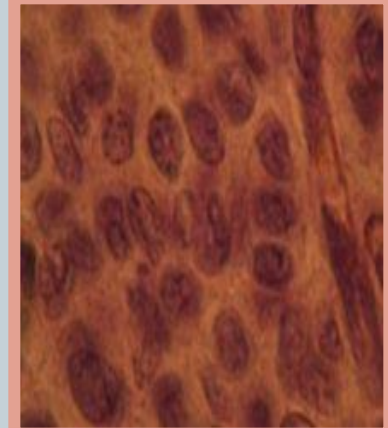
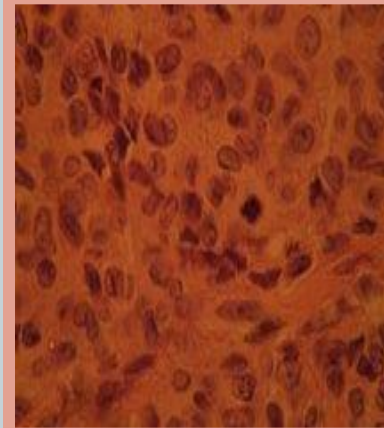
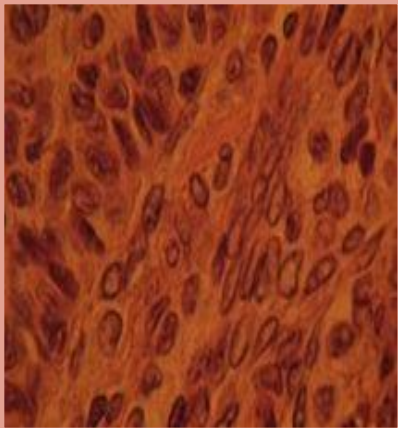
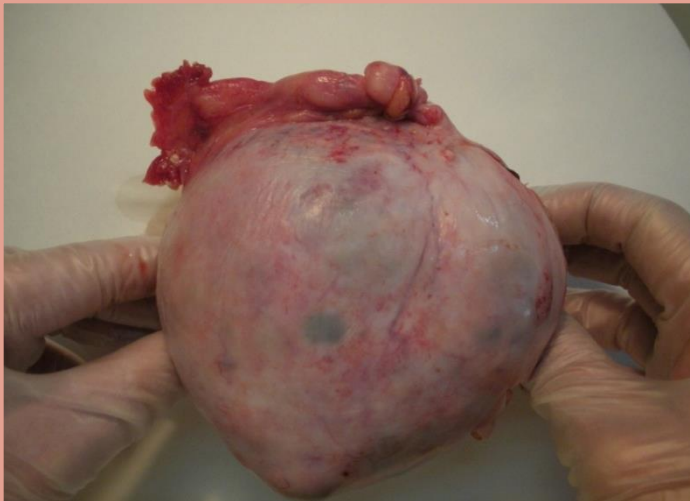
- ❖ **Eco TV:** útero R el mayor de 20 r Anexo izquierdo quística de 103x
- ❖ **Histeroscopia:** difícil de visualiz engrosado con s
- ❖ **TAC de Abdomen y pelvis:** en región centro hipogástrica delante de cuerpo uterino formación heterogénea 90 x 91 x 98 mm.

s miomatosos  
 eroplásico.  
 ación solida  
 dad uterina  
 rio proliferado  
 s.



# TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA EN PACIENTE CON SINDROME DE SHEEHAN

C



# TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA EN PACIENTE CON SINDROME DE SHEEHAN Y METRORRAGIA

- Los tumores de células de la granulosa representan 1-2 % de los tumores ováricos, y el 6-10% de tumores ováricos malignos
- Se presentan con prevalencia en la menopausia.
- Son productores de esteroides y péptidos ( inhibina y AMH).
- Presenta recidivas frecuentes y tardías.
- La conducta terapéutica es la anexohisterectomía total en menopausia, y de acuerdo al potencial maligno, complementar con radio o quimioterapia.



# TUMOR DE CELULAS DE LA GRANULOSA EN PACIENTE CON SINDROME DE SHEEHAN Y METRORRAGIA

- A los 7 días de la cirugía: AMH 98 pmol/L.
- A los 20 días post cirugía: AMH < 2,7 pmol/L
- A 4 meses de la cirugía: LH 2 mUI/ml -FSH 3,1 mUI/ml -E2 8,14 pg/ml-cortisolemia 13,7 ug/dl CEA 1,37 ng/ml-CA 125 10,84UI/ml
- 4/14: ( a 10 meses de la cirugía ): AMH 4,1 pmol/l.  
LH 1,5 mUI/ml-FSH 2,8 mUI/ml- E2 5 pg/ml- CEA 1,37 ng/ml- CA 125 7,5 UI/ml- TSH 1,79 uUI/ml- T4L 1,02 ng/dl
- 6/14: (al año de la cirugía): AMH 2.7pmo/L
- TAC abdominopelviana: s/p
- La paciente se traslada a la provincia de Chaco en 8/14 donde continua sus controles

# TUMOR DE CÉLULAS DE LA GRANULOSA EN PACIENTE CON SINDROME DE SHEEHAN Y METRORRAGIA

## CONCLUSION :

- En una paciente con amenorrea secundaria definitiva, que presenta metrorragia, descartado el aporte exógenos de estrógenos, debe evaluarse la posibilidad de una etiología tumoral ovárica o adrenal funcionante.
- La AMH constituye un marcador sérico de recidiva precoz que puede preceder a la presencia de imágenes patológicas regionales.
- El tumor de células de la granulosa constituye un desafío diagnóstico y terapéutico por su evolución y comportamiento potencialmente oncológico.

**Muchas Gracias !**

