

XXX REUNIÓN SOCIEDAD GINECOLÓGICA MURCIANA

CARTAGENA



Hospital General Universitario Santa Lucía

PANHIPOPITUITARISMO Y EMBARAZO

Díaz García A, Gutiérrez de Rubalcava Subiela L, García Castejón M, Ferrández Martínez M, Maqueda Martínez IM, López Ortín P, López Pérez R, Martínez Cendán JP

INTRODUCCIÓN:

El panhipopituitarismo se produce por la insuficiencia global de la hipófisis anterior, por lo que se acompaña de hipotiroidismo secundario, hipogonadismo hipogonadotrofo, insuficiencia suprarrenal y déficit de hormona del crecimiento. Si se afectan los núcleos supraóptico y paraventricular del hipotálamo aparecerá además diabetes insípida central. Dado que existe un déficit total de la secreción de ACTH, TSH, FSH, LH, PRL y GH y en ocasiones ADH, el tratamiento sustitutivo es complejo y debe ir adaptándose a las necesidades de cada paciente. Las mujeres con panhipopituitarismo que buscan gestación son un auténtico desafío, pues la única opción de gestación es mediante terapia de reproducción asistida y, además, el embarazo modifica sus necesidades metabólicas de manera considerable, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Mujer de 32 años intervenida en 2016 mediante craneotomía para extirpación de craneofaringioma indiferenciable del tallo hipofisario, por lo que este también se extirpa. Posteriormente recibe RT.

Panhipopituitarismo secundario con déficit de ACTH, TSH, FSH/LH, GH y ADH con tratamiento sustitutivo. Consigue embarazo mediante inducción de la ovulación e inseminación artificial.

Gestación gemelar Bicorial-Biamniótica, biometría de ambos fetos normal. Durante el embarazo sigue controles seriados por parte de Endocrinología y Ginecología. Embarazo de curso normal salvo por hallazgo de Preeclampsia sin signos de gravedad. En tratamiento con Levotiroxina, Calcifediol, Desmopresina, Hidroaltesona y Labetalol.

Se decide inducción mecánica del parto por gestación gemelar a las 37+3 semanas, mediante colocación de doble Balón de Cook. Posteriormente se realiza amniorrexia e inducción con oxitocina. Finaliza en cesárea urgente por mal posición fetal.



Figura 1 : Masa supraselar de 3.6 x 2 x 1.7 cm hiperintensa en T1 y T2

COMENTARIOS:

- El embarazo espontáneo no es posible en las pacientes con panhipopituitarismo, pero puede conseguirse con TRA, aunque se logran menos embarazos que en otras causas de infertilidad. La tasa de natalidad es, sin embargo, similar a la de otros embarazos logrados mediante reproducción asistida.
- La adecuada terapia de reemplazo hormonal es fundamental tanto para la concepción como durante el embarazo, por lo que el abordaje debe ser multidisciplinar. Durante el embarazo las necesidades hormonales cambian y se debe ir ajustando el tratamiento de sustitución en función de las mismas.
- En estas pacientes se recomienda el inicio de hidrocortisona IV (infusión de 100mg en 12h hasta el parto) con las maniobras de parto. Durante el parto la dosis deberá aumentarse a 25mg cada 6h. Si el parto es prolongado será de 100mg/8h o en infusión continua (200-300mg/24h). Tras el parto se debe doblar la dosis de corticoterapia oral durante 24-48h y después reducir hasta la dosis habitual.
- En caso de cesárea se recomienda administrar 100mg de hidrocortisona IV o IM justo antes de la anestesia. Posteriormente Hidrocortisona 50mg/8h IV el día de la intervención, disminuyendo la dosis a la mitad en 24h.
- El déficit de prolactina no se sustituye, por lo que estas pacientes deberán recurrir a la lactancia artificial.
- Tras el parto, se deberán administrar estrógenos y progesterona para compensar el déficit de FSH y LH.

Bibliografía:

1. Araujo Castro M, Currás Freixes M, de Miguel Novoa P, Gracia Gimeno P, Álvarez Escolá C, Hanzu FA. Guía para el manejo y la prevención de la insuficiencia suprarrenal aguda. Endocrinol Diabetes Nutr. 1 de enero de 2020;67(1):53-60.
2. Hall R, Manski-Nankervis J, Goni N, Davies MC, Conway GS. Fertility outcomes in women with hypopituitarism. Clin Endocrinol (Oxf). julio de 2006;65(1):71-4.
3. Vila G, Fleseriu M. Fertility and Pregnancy in Women With Hypopituitarism: A Systematic Literature Review. J Clin Endocrinol Metab. 1 de marzo de 2020;105(3):dgz112.
4. Van Zundert SKM, Krol CG, Spaan JJ. Management of panhypopituitarism during pregnancy: A case report. Case Reports in Women's Health. 1 de octubre de 2021;32:e00351.