

CONFERENCIA CLÍNICO - PATOLÓGICA

Dr. R. A. Durón M. (*)

JRH., sexo femenino, 34 años de edad, oficios domésticos, vecina del Distrito Central. Ingresó el 4 de julio de 1967 a las 7 p. m. Murió el 5 de julio de 1967 a las 2:30 a. m. total: 7 horas de hospitalización.

SÍNTOMA PRINCIPAL: Caquexia y constipación intestinal.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Según datos de las parientes, la enferma tuvo un parto espontáneo 7 meses antes del ingreso. El trabajo de parto duró 5 horas, con producto a término, presentación cefálica, de apariencia normal. Desde el puerperio inmediato se presentó **hiporexia**, ausencia de secreción láctea, dolor punzante de tipo cólico, en hipocondrio derecho, irradiado al ombligo. Náuseas y vómitos flemosos, amarillentos, matutinos, que desaparecieron a los 4 meses después del parto. También cuadro de estreñimiento el cual fue haciéndose cada vez más acentuado a tal grado que al 3er. mes del **post-parto** defecaba cada tres días y con ayuda de catárticos. Las heces así evacuadas eran negruzcas, duras, secas, muy fétidas y a veces mucosas. Con tratamiento médico, el estreñimiento desapareció 3 meses después estableciéndose un ritmo de defecación diario de una a dos veces, con heces de aspecto normal. Inicialmente obesa, a los pocos días después del parto comenzó a perder peso progresivamente. Esta pérdida de peso se había acentuado desde los últimos 3 meses antes del ingreso habiendo desde entonces guardado cama por la gran debilidad siéndole imposible levantarse. No había historia de diarrea ni fiebre.

ANTECEDENTES: Obtenidos de los parientes. Tenía 10 años de casada, habiendo estado embarazada 6 veces, con productos a término todos ellos. No había historia de abortos. Fiebres frecuentes durante los últimos embarazos.

EXAMEN FÍSICO: P: 148 por minuto; PA: 80 50 en ambos brazos; f.: 36°C; R: 24 por minuto. Peso aproximado 75 libras. En muy mal estado general Extremadamente caquética. Mala higiene corporal; obnubilada, sin responder a las **preguntas** que se le hacían. Facies cadavérica. Durante el examen presentó un episodio diarreico café oscuro, fétido, escaso. Alopecia difusa, con pelo mal implantado. Ojos saltones, labios entreabiertos, resecos, mucosas conjuntival y oral pálidas. Abundantes caries y mal estado higiénico de la cavidad oral. No se apreciaban masas cervicales. Debido a la ausencia general de tejido adiposo, las costillas se dibujaban claramente en el tórax. Glándulas mamarias atróficas. Fuera de taquicardia, no se apreciaban anormalidades al examen físico del corazón. Tampoco se apreciaban anormalidades en el examen de los **dife-**

* Jefe Servicio Patología del Instituto Hondureño de Seguridad Social.

rentes campos pulmonares, fuera de disminución en amplitud de las expansiones respiratorias. El abdomen aparecía excavado, **depresible**, sin puntos dolorosos ni visceromegalias. Las espinas ilíacas **anterosuperiores** eran muy prominentes debido a la ausencia general de panículo adiposo. También se apreciaba atrofia generalizada de las masas musculares. Esto, unido a la atrofia adiposa hacía prominentes los huesos de toda la economía, recibiendo la impresión de estar en presencia de un esqueleto viviente. Movimientos pasivos de las extremidades casi abolidos. Marcada **hiporeflexia**. Edema en los pies dejando fovea. Piel seca, con zonas difusas descamativas y otras pigmentadas. Al examen ginecológico externo se notó vello pubiano escaso; labios mayores, menores y vagina "distróficos". No se observaron ganglios linfáticos agrandados en diferentes grupos a excepción de una "masa **tumoral**" de aproximadamente 6 cms. de diámetro, blanda, lisa, redondeada en el hueco axilar derecho. Se notó al mismo tiempo ausencia de vello axilar.

CURSO HOSPITALARIO: Se ordenaron varios exámenes de urgencia, muchos de los cuales no fueron practicados debido al fallecimiento rápido de la paciente, tales como la prueba de Thorn, dosificaciones hormonales 3n la orina, radiografías **tratando** de visualizar la silla turca, etc. Los únicos practicados fueron los siguientes: G. B.: 11.300/mm³; Hg: 8 gm/ 100 ce; Ht: 24 vols/100 ce; N 70°/< ; E 1%-L 29%; NPN 59.5 mgs 100 ce; Creatínina 2.4 mgs/100 ce; Cl: 119 mEq/L.; K: 4.3 mEq/L. No habían reactivos en el laboratorio para practicar estudio de proteínas. En nota de las 11:30 p. m. la enfermera apuntó la presencia de 3 lombrices en un asiento diarreico. Se le administró oxígeno. Tres horas más tarde falleció.

RESUMEN DE LA DISCUSIÓN CLÍNICA

Intervinieron en la discusión los Dres. Elias Faraj, Jesús Rivera h., Rene Medina Nolasco, Joaquín Núñez, César Lozano C. y J. Adán Cueva.

Debido a la historia de parto siete meses antes seguido de emaciación progresiva en una paciente originalmente obesa, asociada a ausencia de vello axilar y pubiano y supresión de secreción láctea, se estuvo de acuerdo en que clínicamente el cuadro encajaba en un **hipopituitarismo** por posible necrosis hipofisiaria post-partum (síndrome de Sheehan). Sin embargo, esta impresión clínica debería apoyarse con estudios radiológicos de silla turca y estudios hormonales, especialmente dosificación urinaria de 17-**cetosteroides**, hormona folículo-estimulante y otras pruebas investigando deficiencia secundaria de tiroides y glándulas suprarrenales. Se habló de las diferencias entre **hipotiroidismo** e hipoadrenalismo primarios o secundarios a hipopituitarismo. La clásica prueba de Thorn investigando respuesta de eosinófilos después de estímulo con epinefrina o ACTH, se consideró de escaso valor en resolver estos problemas. Se hizo énfasis en que el síndrome de Sheehan debe reservarse a **hipopituitarismo** consecutivo a necrosis post-partum de la hipófisis (3) y que el mismo cuadro puede ser producido, aún en hombres, por lesiones diferentes de la hipófisis, granulomatosas o **tumorales** intraselares ó extraselares, (1) reservándose para estos casos el nombre de enfermedad de Simmonds ó caquexia hipofisaria (2). Desde luego, en presencia de tumores, los síntomas de hipertensión intracraneana dominan el cuadro clínico.

En contra de un hipopituitarismo se pronunciaron varios colegas haciendo notar: a) la historia de fiebres, b) trastornos gastrointestinales y c) masa tumoral axilar, todo lo cual podría ser indicativo de una tuberculosis sistémica.

RESUMEN DE LA DISCUSIÓN CLÍNICO PATOLÓGICA

En la autopsia, se notaba marcada emaciación con ausencia de pániculo adiposo dando la impresión que la piel se adhería directamente al esqueleto. Se encontraron adherencias pleurales bilaterales, más acen tuadas en el lado izquierdo. Habían lesiones extensas cavitarias y neumó nicas en ambos pulmones (Figs. 1-5), de origen tuberculoso. Otras lesiones tuberculosas con caseificación se notaron en ganglios linfáticos axilares derechos y mesentéricos (Figs. 2-6) lo mismo que en riñones, en forma de pielonefritis focal subcortical (Fig. 8). El hígado presentaba extensos cambios de metamorfosis adiposa (Figs. 3-7). No se encontraron lesiones en los órganos intracraneanos. La hipófisis era de forma, tamaño y po sición normales, sin evidencia microscópica de lesiones granulomatosas, neoplásicas ó degenerativas (Fig. 4). No existía microesplacnia.

Era evidente pues, que la enferma murió de una caquexia tubercu losa. La falta de exámenes médicos adecuados por parte de los facultativos que la trataron antes del ingreso al hospital impidieron hacer un diagnós tico relativamente fácil (por ejemplo Rx de pulmones) permitiendo el curso inexorablemente fatal de 3a enfermedad.

Durante su estancia en el Hospital, la asociación de estado caquético con parto relativamente reciente eran bastante sugerentes de un síndrome de Sheehan, lo cual posiblemente se hubiese descartado de haber mediado suficiente tiempo para practicar exámenes rutinarios y especiales. El deceso rápido de la paciente (7 horas después del ingreso) impidió prac ticar dichos exámenes y hacer un diagnóstico exacto.

SUMMARY

The case is that of a pulmonary, lymphatic and renal tuberculosis leading to caquexia and death 7 months post-partum, clinically mimicking a post-partum necrosis of the hypophysis (Sheehan's Syndrome).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.—RUSSELL, DOROTHY S.: Simmond's disease (In Anderson's Patho-logy. The C. V. Mosby Company St. Louis) Pág. 987, 1961.
- 2.—CECIL and LOEB: Simmond's disease. A Textbook of Medicine. W. B. Saunders, Philadelphia, 10th edition. Pág. 715, 1961.
- 3.—ROBBINS, STANLEY L.: Necrosis post-partum de Sheehan. Tratado de Patología con aplicación clínica. Editorial Interamericana, 2ª edición. Pág. 999, 1963.

Fig. 1.—Pulmones: Extensas lesiones tuberculosas cavitarias y neumónicas.

Fig. 2.—Ganglio linfático: Lesiones tuberculosas con caseificación.

Fig. 3.—Hígado: Metamorfosis adiposa.

Fig. 4.—Hipófisis: Normal:



Fig. 1



Fig. 2

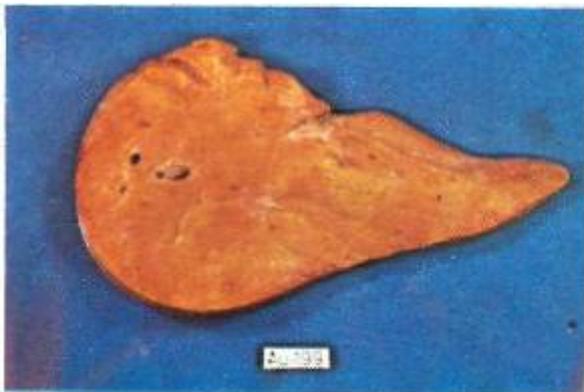


Fig. 3

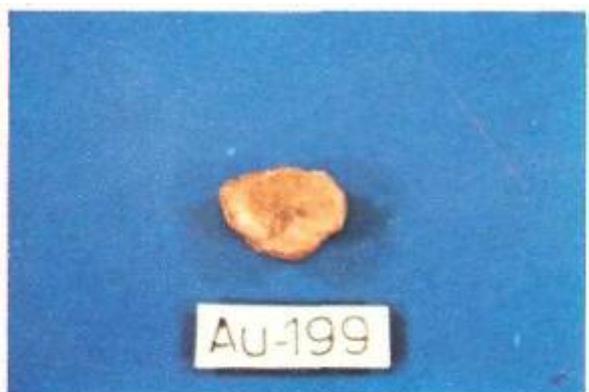


Fig. 4

Fig. 5.—Pulmón; Granuloma tostó tuberculosa.

Fig. 6.—Ganglio linfático: Linfadenitis T.B.C.

Fig. 7.—Hígado: Metamorfosis adiposa. Fig.

8.—Riñon: Peilonefritis tuberculosa.

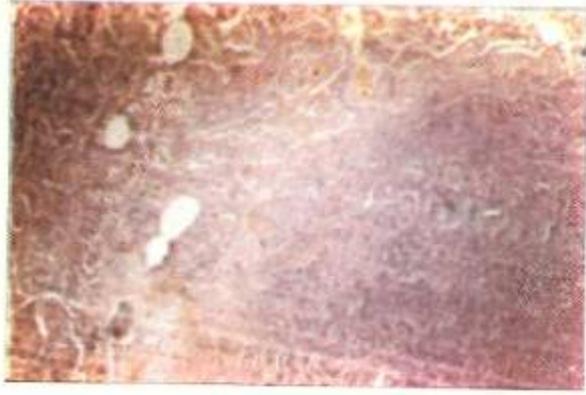


Fig. 5

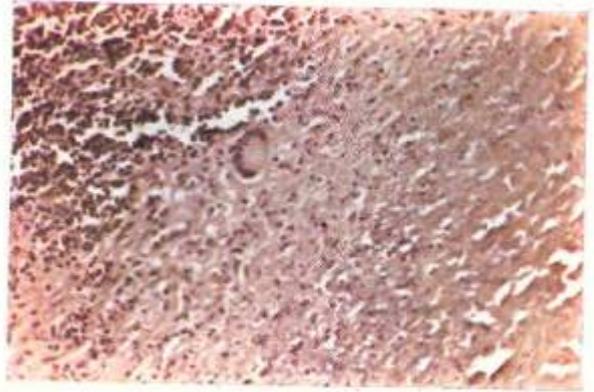


Fig. 6

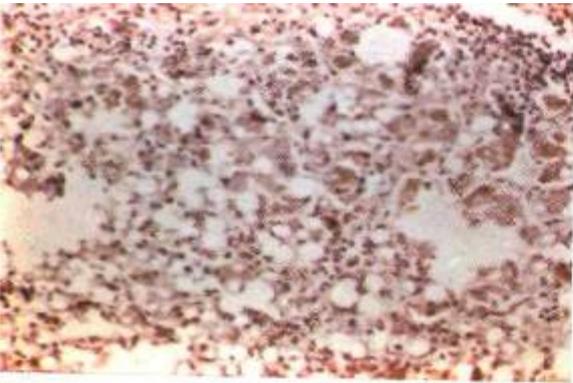


Fig. 7

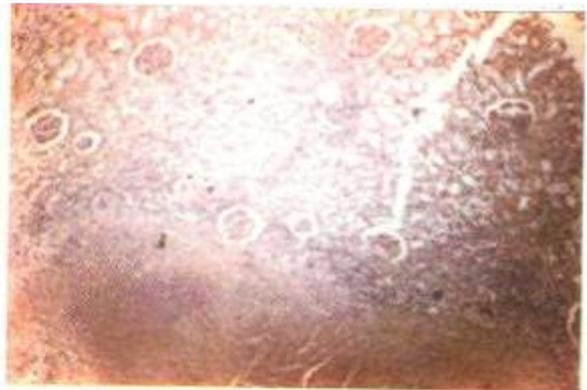


Fig. 8