

HIPONATREMIA SEVERA LEVANDO AO DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE SHEEHAN: RELATO DE CASO

Júlia Catusso Luz Costa¹, Bianca de Lima Ribeiro¹, Bruna Cansian², Bruna Matarazzo², Isabela Naomi Maeoka², Jéssika Victoria Canhada Alves², Marjorie Mith Kanehissa³, Tânia Longo Mazzuco⁴

¹ (Universidade Estadual de Londrina, Discente em Medicina);

² (Universidade Estadual de Londrina, Residente em Endocrinologia);

³ (Médica Endocrinologista);

⁴ (Universidade Estadual de Londrina, Coordenadora do ambulatório de Neuroendocrinologia e Preceptora da Residência Médica em Endocrinologia do HU/UEL.);

Autor para correspondência: julia.catusso.l.c@uel.br

Palavras-chave: Hiponatremia; Hipopituitarismo; Síndrome de Sheehan.

INTRODUÇÃO:

A hiponatremia, definida como uma concentração de sódio sérico abaixo do limite inferior da normalidade ($[Na^+] < 135$ meq/L), é o distúrbio hidroeletrolítico mais comum em pacientes hospitalizados.¹ Geralmente de instalação gradual, pode ser precipitada por cirurgia, infecções, medicamentos, sobrecarga de água livre ou por distúrbios endocrinológicos relacionados a hipotireoidismo, deficiência de cortisol, síndrome de secreção inapropriada de hormônio antidiurético (ADH) e até mesmo síndrome de Sheehan (SS), que é uma forma de hipopituitarismo causado por necrose hipofisária consequente de hipotensão e/ou choque por hemorragia no período pós-parto.¹

OBJETIVOS:

Este trabalho objetiva relatar um caso clínico de síndrome de Sheehan com base em um quadro de hiponatremia crônica.

RELATO DE CASO:

Paciente SJR, 79 anos, feminino, natural e procedente de Londrina, entrou no pronto-socorro hospitalar em 06/2022 encaminhada de uma Unidade de Pronto Atendimento local apresentando dispneia, tosse, febre e confusão mental há dois dias. Diagnosticada com sepse de foco pulmonar e urinário, iniciada antibioticoterapia hospitalar. Durante a internação, os exames laboratoriais (Tabela 1) revelaram hiponatremia, hipotireoidismo secundário, hipogonadismo hipogonadotrófico e provável insuficiência adrenal secundária parcial.

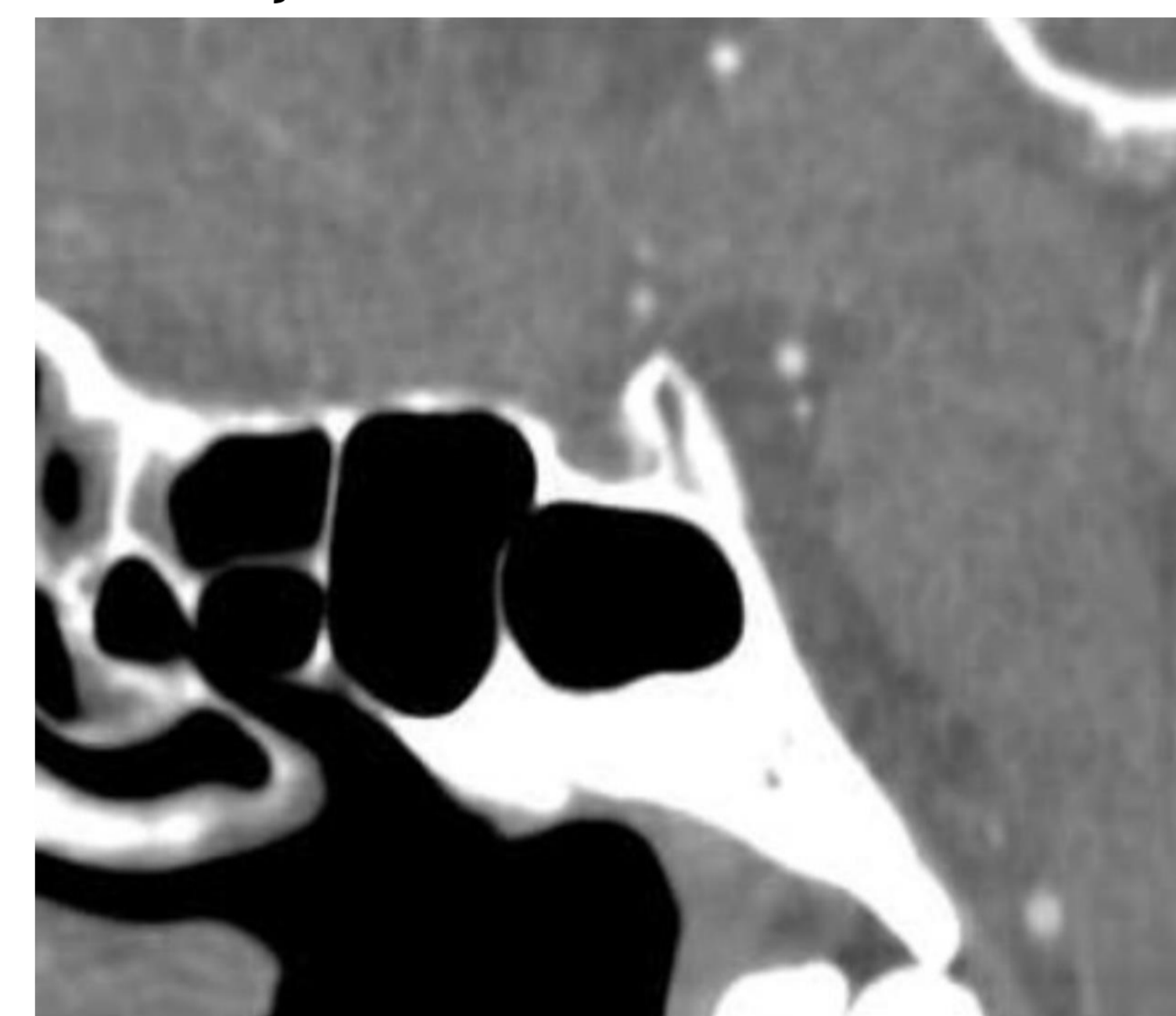
Sendo instituída reposição hormonal com glicocorticoide, mineralocorticoide e levotiroxina. Paciente relatou acompanhamento em Unidade Básica de Saúde por hiponatremia crônica. Sobre antecedentes obstétricos, paciente revelou hemorragia grave durante o parto, com necessidade de transfusão sanguínea há 37 anos. Apresentou melhora progressiva do quadro séptico e do quadro de confusão mental, tendo recebido alta 11 dias depois com $[Na^+] 130$ mEq/L e $[K^+] 4,3$ mEq/L.

Em retorno ambulatorial, uma semana depois, mantendo as reposições hormonais, a paciente apresentou recuperação do estado geral com $[Na^+] 137$ mEq/L, $[K^+] 4,2$ mEq/L e atividade de renina de 0,26 ng/mL/h, tendo sido suspensa a fludrocortisona. Atualmente, segue em acompanhamento mantendo as reposições dos eixos tireotrófico e corticotrófico com levotiroxina 75µg/dia e prednisona 5mg/dia, sem reposição dos eixos gonadotrófico e somatotrófico. A anamnese detalhada com história clínica de complicação obstétrica pós-parto, quadro insidioso de hiponatremia e alterações hormonais indicativas de hipopituitarismo, o diagnóstico de SS pôde ser firmado. A imagem de tomografia computadorizada de crânio revelou sela túrcica vazia, corroborando o diagnóstico (Figura 1).

Tabela 1 - Exames laboratoriais de internação

Exame	Resultado	Valor de Referência
Sódio	122 mEq/L	136 - 145 mEq/L
Potássio	3,5 mEq/L	3,5 - 5,1 mEq/L
TSH	0,58 µUI/mL	0,35 - 4,94 µUI/mL
T4 livre	<0,42 ng/mL	0,70 - 1,48 ng/mL
Cortisol	1,0 µg/dL	3,7 - 19,4 µg/dL
ACTH	19 pg/mL	6 - 46 pg/mL
FSH	4,34 mUI/mL	26,72 - 133,41 mUI/mL
LH	1,42 mUI/mL	5,16 - 61,99 mUI/mL
Estradiol	<24 pg/mL	Até 28 pg/mL
Prolactina	3,6 ng/mL	5,18 - 26,53 ng/mL

Figura 1 - Corte sagital de tomografia computadorizada de sela turca. Não foi visualizado conteúdo glandular correspondente à hipófise no interior do arcabouço ósseo da sela.



DISCUSSÃO:

A complicação neuroendócrina mais frequentemente associada à SS é o hipopituitarismo.¹ As manifestações clínicas ocorrem pela insuficiência específica de cada um dos eixos hipofisários. A necrose é mais comum na hipófise anterior, com consequentes deficiências hormonais de graus variáveis: hipotireoidismo, insuficiência adrenal, hipogonadismo, agalactia, níveis baixos de somatotrofina.² A sintomatologia pode ser aguda ou insidiosa e a hiponatremia pode estar presente. Este diagnóstico de SS tem sido extremamente raro em regiões mais desenvolvidas devido ao avanço da medicina obstétrica, porém permanece em regiões desfavorecidas, portanto o conhecimento desta síndrome ainda é importante nos dias atuais.²

CONCLUSÃO:

Apresentamos um caso clínico de síndrome de Sheehan como causa de hiponatremia relacionada ao hipopituitarismo. A hiponatremia em idosos está relacionada a confusão mental, propensão a quedas, convulsões, déficit de coordenação e alteração de comportamento. O diagnóstico e tratamento adequados são essenciais para diminuir a morbimortalidade nesses pacientes.

REFERÊNCIAS:

- René Díaz T. y Nelson Wohlk G. Hiponatremia grave como manifestación inicial de Síndrome de Sheehan de diagnóstico tardío. Caso clínico. Rev. chil. endocrinol. diabetes 2010; 3 (1): 24-2.
- Tabares GG, Gutiérrez K. Síndrome de Sheehan: Epidemiología, clínica, diagnóstico y manejo. Rev. Col. de menopausia - vol. 25 núm. 1 - 2019.