



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

SEGUNDA UNIDAD

TEMA:

HIPOPITUITARISMO

ALUMNO:

ANGEL GERARDO VALDEZ GUXIM

DOCENTE:

DR. JOSE MIGUEL RICALDI

SEPTIMO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA



HIPOPITUITARISMO

Déficit de una o más hormonas de la adenohipófisis y/o neurohipófisis

La glándula hipofisaria es una pequeña glándula unida a la parte inferior del cerebro.

CLINICA

depende de la etiología, si existencia de clínica compresiva, el tiempo de instauración, la edad del paciente y la hormona u hormonas deficitarias!

1. INCIDENCIA

Adultos!
-Incidencia 10 casos/millón/año!
-80-85% patología tumoral o secuelas de su tratamiento (75% lesiones glándula pituitaria)

EL ORDEN HABITUAL DE APARICIÓN DE DÉFICITS HORMONALES DEPENDE DEL TIEMPO DE INSTAURACIÓN DEL PROCESO:!

2.

En casos de lesión progresiva (más frecuente) Manifestación escalonada (clínica insidiosa)!

GH > FSH > LH > TSH > ACTH (PRL*)

•EXCEPCIÓN EN HIPOFISITIS LINFOCITARIA!

- ACTH > TSH!P
- PARA LA DEFICIENCIA DE GH Y LH/FSH

3.

SINTOMAS HIPOFUNSION HIPOFISIARIA

LH Y FSH : Hipogonadismo, manifestacion clinica mas precoz en adultos

GH: Retraso del crecimiento, manifestacion precoz en niños

TSH: Hipotiroidismo

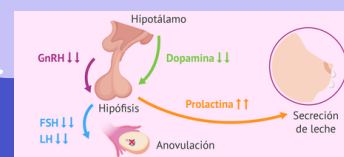
ACTH: Insuficiencia adrenal

PRL: Imposibilidad de lactar

ADH: Diabetes insipida

EN CASOS DE LESIÓN AGUDA (P.EJ APOPLEJÍA EN ADENOMA HIPOFISIARIO) ACTH > LH-FSH > TSH

**Excepto en el síndrome de Sheehan, donde la primera en afectarse es la PRL pues las células lactotropas de la hipófisis aumentan durante la gestación (*) la prolactina suele estar elevada por compresión del tallo



4.

CAUSAS DEL HIPOPITUITARISMO

La causa más frecuente de hipopituitarismo es la presencia de un tumor hipofisario (también conocido como adenoma pituitario). Los adenomas hipofisarios son casi siempre benignos (no son cancerosos)

El hipopituitarismo puede también ser el resultado de cirugía hipofisaria, que lesiona parte de la hipófisis normal.

¿COMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico de los déficits hormonales se basa en los síntomas de los pacientes y en los resultados de los análisis de sangre y, en ocasiones de orina. Cuando un adenoma hipofisario o cualquier otro tipo de tumor es diagnosticado

El objetivo principal del tratamiento hormonal sustitutivo es capacitar a los pacientes para llevar una vida normal, encontrarse bien y evitar las consecuencias de un déficit hormonal

5.

TRATAMIENTO

Tabla 3. Opciones de tratamiento sustitutivo hormonal.

Hormona Hipofisaria Deficiente	Medicación	Administración
ACTH	Generalmente hidrocortisona o prednisona	Comprimidos, de una a tres veces al día, dependiendo del tipo de medicación
TSH	Hormona tiroidea: generalmente T4 (tiroxina)	Comprimidos diariamente
LH, FSH	Estrógenos, Progesterona, Testosterona	Comprimidos, parches, geles Parches, geles Inyección intramuscular cada 2-4 semanas o cada 3 meses (nalgas o muslos)
GH	GH	Inyecciones subcutáneas diariamente
	GH	Inyecciones subcutáneas diariamente
PRL	Ninguna	
Oxitocina	Ninguna	
Hormona antidiurética (Vasopresina)	Desmopresina	Comprimidos (1-3 veces/día) o a través de tubo o spray nasal

6.

RIESGO DE TX CON HORMONAS

El reemplazo hormonal con dosis más altas que las que se necesitan especialmente en el caso del cortisol-puede tener efectos dañinos sobre el corazón, huesos (osteopenia u osteoporosis) y otros órganos. De hecho, aquellos pacientes en tratamiento prolongado con cortisol deberían someterse a densitometrías óseas periódicamente. Demasiado cortisol puede aumentar el riesgo de infecciones.