



**Mi Universidad**

**CASO CLINICO II**

*Nombre del Alumno: Sonia Palomeque Ochoa.*

*Nombre del tema: Caso Clínico II*

*Parcial: I*

*Nombre de la Materia: Biología del Desarrollo.*

*Nombre del profesor: Guillermo del Solar Villarreal.*

*Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana.*

*Semestre: I*

*Lugar y Fecha de elaboración: Tapachula, Chiapas a 13 de octubre de 2023.*

## Bloque I. CASO MÉDICO No. 2

Dra. Yuria Ablanedo Terrazas

Paciente femenina de 20 años de edad, originaria de Morelos; sin antecedentes de importancia. Presentó menarca a los 1 años, telarca y pubarca a los 13 años. Ritmo menstrual 28 x 4, eumenorreica. Gesta 1, Para 1, Abortos 0. Embarazo anterior sin control prenatal; parto hace 3 años atendido con partera empírica en medio no hospitalario. La paciente refiere haber presentado abundante sangrado, por lo que fue trasladada al hospital más cercano. Durante el periodo de lactancia refiere agalactia y no reanudó función menstrual. Fecha de última menstruación: antes del último embarazo. Nunca ha utilizado métodos de planificación familiar.

### **Padecimiento Actual.**

Inicia hace 2 años con intento de embarazo sin conseguirlo; refiere actividad coital 3 veces por semana, sin uso de anticonceptivos. Al interrogatorio dirigido refiere amenorrea de 3 años de evolución, así como astenia y adinamia, también refiere disminución de la libido, así como del volumen mamario y cantidad de vello axilar y púbico de tiempo de evolución no especificado.

### **Exploración física.**

Paciente femenina de edad aparente similar a la cronológica. Mamas hipotróficas, sin salida de secreciones. Útero de 7x5x5 cm, ovarios no palpables. Se observan genitales externos acordes a edad y sexo, sin secreciones anormales, vello púbico escaso. Al tacto vaginal se encuentra vagina elástica, eutérmica, reseca; cérvix bien epitelizado, con orificio puntiforme. Resto sin alteraciones.

### **Estudios paraclínicos**

Biometría Hemática: Normal

Electrolitos séricos: Na 133 mEq/l (137-145 mEq/l), resto normal.

Ultrasonido pélvico: normal

Histosalpingografía: normal

Perfil tiroideo: normal

Prolactina sérica: 0.6 ng/ml (2-15 mg/ml) Cuantificación sérica de FSH, LH y estradiol:

FSH: 0.9 mUI/ml (1.4 – 9.6 mUI/ml)

LH: 0.2 mUI/ml (0.8 – 26 mUI/ml)  
Estradiol: 5 pg/ml (20 – 60 pg/ml)  
Cortisol sérico: 8:00 hrs: 4.1 mg/dl (5 – 25 mg/dl)  
16:00hrs: 2.8 mg/dl (3 – 12 mg/dl)  
Espermatobioscopía directa:  
Volumen eyaculado: 3.7 ml (> 2.0 ml)  
pH: 7.3 (7.2 a 7.8)  
Densidad: 30 millones/ ml (>20 millones/ml)  
Movilidad: 70% (>50%)  
Progresión lineal: 3.5 (>2 en escala de 0 a 4)  
Morfología: 50% normales (>30% normales)

¿Cómo explica la disminución de gonadotropinas en este caso?

La disminución de gonadotropinas en este caso se debe a una alteración en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal. La baja concentración de hormonas hipotalámicas, como la gonadotropina liberadora de hormona (GnRH), resulta en una disminución de la producción de las hormonas estimulantes de la gonadotropina (FSH y LH) por parte de la hipófisis.

2. ¿Por qué hay afección de los caracteres sexuales secundarios en esta paciente?

La afección de los caracteres sexuales secundarios en esta paciente se debe a la falta de estimulación de las hormonas sexuales, como el estradiol, debido a la baja producción de FSH y LH.

3. ¿Qué hormonas se encuentran alteradas en este caso y cuál es su función en el organismo?

Las hormonas alteradas en este caso son FSH, LH y estradiol. Su función en el organismo es regular el ciclo menstrual, la maduración folicular y la producción de estrógenos y progesterona.

4. ¿Cuáles son las principales hormonas involucradas en la ovulación y cuál es su función?

Las principales hormonas involucradas en la ovulación son FSH y LH. FSH estimula el desarrollo folicular, mientras que LH desencadena la ovulación y estimula la producción de progesterona.

5. ¿Por qué presenta amenorrea y agalactia la paciente?

La paciente presenta amenorrea debido a la falta de desarrollo folicular y ovulación, lo que resulta en una falta de producción de estrógenos. La agalactia podría estar relacionada con la baja producción de prolactina, ya que la prolactina estimula la producción de leche materna.

6. ¿Cómo se altera el eje hipotálamo- hipófisis- ovario cuando existe hipopituitarismo?

Cuando existe hipopituitarismo, el eje hipotálamo-hipófisis-ovario se altera porque la hipófisis no puede liberar adecuadamente FSH y LH. Esto lleva a la disminución de la producción de hormonas sexuales y a la alteración del ciclo menstrual.

7. ¿Qué antecedentes de la historia clínica permitieron a los médicos llegar al diagnóstico y por qué?

Los antecedentes clave en la historia clínica que permitieron llegar al diagnóstico son la amenorrea primaria, la hipotrofia mamaria, la falta de desarrollo de caracteres sexuales secundarios, la baja concentración de FSH, LH y estradiol en los análisis de sangre, y la normalidad de otros estudios como el ultrasonido pélvico y la histosalpingografía.

8. ¿Qué factores se estudian en la infertilidad femenina y en cuál de ellos clasificarías a esta paciente?

En la infertilidad femenina, se estudian factores como la función ovulatoria, la permeabilidad de las trompas de Falopio, la calidad del moco cervical y los problemas uterinos. En este caso, la paciente presenta problemas en la función ovulatoria debido a la baja producción de FSH y LH.

9. ¿Qué indican los resultados de la espermatobioscopía directa realizada a la pareja sexual de la paciente?

Los resultados de la espermatobioscopía directa realizada a la pareja sexual de la paciente indican que los parámetros espermáticos son normales, lo que sugiere que la infertilidad no se debe a un problema masculino.

10. ¿Cuál es el pronóstico para la vida reproductiva de esta paciente?

El pronóstico para la vida reproductiva de esta paciente depende de la causa subyacente de su trastorno hormonal. Con el diagnóstico y el tratamiento adecuados, es posible que pueda recuperar la función ovulatoria y tener un embarazo exitoso en el futuro. El tratamiento dependerá de la causa específica de su hipopituitarismo.