

CASOS CLÍNICOS

ZURY ANGELITA GONZÁLEZ SALAS 

1 A



CASO CLÍNICO

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)

Espermatobioscopia 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)

Actividades

¿Cómo explica la disminución de gonadotropinas en este caso?

La disminución de (FSH Y LH) es a través de un problema en la hipófisis. Esta glándula pituitaria al estar afectada, hace que su reproducción sea menos de hormonas que estimulan los ovarios.

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

Por los niveles bajos de estrógenos, esto pasa por de la disminución de las gonadotropinas, provocan una atrofia de los órganos sexuales y de los caracteres sexuales secundarios. Y esto provoca la disminución de mamas y la resequedad.

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

* Gonadotropinas (FSH y LH): Estimulan el desarrollo de los folículos ováricos y la producción de hormonas sexuales.

* Estradiol: Hormona sexual femenina que influye en el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios y regula el ciclo menstrual.

* Prolactina: Estimula la producción de leche materna. En este caso, sus niveles están bajos, lo que contribuye a la agalactia.

¿Cuáles son las principales hormonas involucradas en la ovulación y cuál es su función? Son el FSH y el LH. El FSH estimula el crecimiento de los folículos ováricos, mientras que el LH desencadena la ovulación.

¿Por qué presenta amenorrea y agalactia la paciente?

Se produce por la falta de ovulación debido a los bajos niveles de FSH y LH. La disminución de galactia es por su la disminución de la prolactina, hormona para la producción de leche materna.

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

En el hipopituitarismo, la hipófisis produce menos hormonas, lo que la interacción que tiene el cerebro y los ovarios, y provoca disminución de la producción de estrógenos y a la ausencia de ovulación.

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

Puede que el parto se complicó y provocara una hemorragia severa . Esto pudo haber causado una lesión en la hipófisis y provocar la disminución de la producción hormonal.

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

dificultades ovulatorios, uterinos. La persona presenta un problema hormonal ovulatorio debido al hipopituitarismo.

¿Qué indican los resultados de la espermatozoides directa realizada a la pareja sexual de la paciente? Todo está normal, por lo tanto el sexo masculino no tiene nada que ver con la infertilidad de la pacient.

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

La reproducción de esta paciente dese basa en un traumatismo hipofisario. un endocrinólogo, ya que es el especialista más adecuado para atender a esta paciente. También un ginecólogo para checar a profundidad el caso, ya que solo nosotros detectamos cuál era el problem.

Caso Clínico

Recién nacidas de sexo femenino, productos de la primera gesta, embarazo gemelar.

Madre de 28 y padre de 30 años

Antecedentes perinatales: Embarazo normoevolutivo. Ultrasonidos normales, resuelto a

las

36 semanas de gestación mediante cesárea.

Gemela A: peso 2450 gr., talla 47 cm, Perímetro Cefálico 33 cm, APGAR 7/8

Gemela B: peso 2730 gr., Talla 49 cm, Perímetro Cefálico 34 cm, APGAR 8/9

Padecimiento Actual: Inicia al nacimiento al detectar hipotonía y dismorfias faciales.

Exploración física:

Cráneo pequeño con occipital aplanado. Cara perfil facial plano, ojos oblicuos, con epicanto e hipertelorismo, puente nasal amplio y plano, pabellones auriculares de implantación baja con malformación del hélix, lengua protruyente, boca abierta y micrognatia. Cuello corto, ancho y con piel redundante. En abdomen se encuentra diástasis de rectos y hernia umbilical. Extremidades manos pequeñas y dedos cortos con clinodactilia y pliegue palmar único bilateral. Piel laxa y marmórea. Exploración neurológica se encuentra hipotonía e hiporreflexia.

Estudios paraclínicos:

Estudio citogenético con Bandas G: 47, XX, +21

Número modal 47 cromosomas, complemento sexo cromosómico XX, trisomía 21

regular

ACTIVIDADES

¿Qué datos fueron importantes para sospechar el diagnóstico?

las características faciales que contiene, la cabeza un poco grande, las anomalías en cuello, en las manos y pies y una hernia umbilical.

¿Cuál es la causa de la trisomía 21 regular?

Una falla durante la formación de gametos y puede que el par 21 fue ocasionado por las divisiones de un cigoto

¿Qué factores se encuentran relacionados con los errores de disyunción?

La edad materna avanzada pero, en el diagnóstico la mamá tiene 28

¿Cómo explicaría que ambas pacientes tengan síndrome de Down?

En el caso clínico dicen que son gemelas, eso significa que ambas tienen el mismo material genético, ya que una niña presenta una trisonomía 21 y la falla en la formación de gametos y el cigoto puede que sea alterada para ambas

¿Qué riesgo de recurrencia le daría a la pareja?

Unos análisis genéticos para ver quién de los padres es el del problema y así descartar sospechas.

¿Qué cuidados les sugeriría en caso de desear un nuevo embarazo?

Un médico especializado en el caso y análisis para que no se vuelva a repetir, cuidados y chequeos seguidamente.