



Síndrome de Sheehan: uma revisão narrativa

Thiago José Islanderson dos Santos Castro¹, Josiane Simplicio de Abreu¹, João Pedro Gomes Pequeno Gonzaga¹, Rômulo José Falcão Farias¹, Beatriz Bastos Santos¹, Maria Gabriela Lermen de Souza¹, Liz Silva Mariano¹, Victoria Herrera de Souza¹, Pedro Lucas Pessoa Cardoso¹, Gabriel Alves Da Silva Santiago¹, Ana Caroline dos Santos Sousa¹, Camila Camaia Souza Winter¹, Emanoele Batista Rafael¹, Caio Gabriel Ferreira Souza¹, Gabriela Castro de França¹, Brenna Martins Barboza¹



<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2025v7n6p508-517>

Artigo recebido em 28 de Abril e publicado em 08 de Junho de 2025

ARTIGO DE REVISÃO

RESUMO

Este estudo buscou investigar os aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e terapêuticos da Síndrome de Sheehan, uma complicação obstétrica decorrente da necrose hipofisária pós-parto. Para isso, foram analisados artigos publicados entre 2019 e 2024, em inglês e português, nas bases de dados PubMed e Google Scholar, utilizando termos específicos relacionados à condição. Essa condição ocorre devido à isquemia da hipófise anterior, desencadeada por hemorragia obstétrica severa e choque hipovolêmico. A falência hipofisária resultante pode levar a manifestações clínicas variáveis, incluindo amenorreia, hipoglicemia, hipotensão e insuficiência adrenal. O diagnóstico é frequentemente tardio, sendo baseado em sinais clínicos, dosagens hormonais e exames de imagem da hipófise. O manejo envolve a reposição hormonal conforme o eixo acometido, destacando-se a necessidade de reposição de glicocorticoides para evitar crises adrenalinas potencialmente fatais. A identificação precoce de fatores de risco e a abordagem adequada da hemorragia pós-parto são fundamentais para prevenir a Síndrome de Sheehan e reduzir sua morbimortalidade materna.

Palavras-chave: Hipopituitarismo, Síndrome de Sheehan, Hormônios Adeno-Hipofisários, Sistema Hipotálamo-Hipofisário.

Sheehan syndrome: a narrative review

ABSTRACT

This study aimed to investigate the epidemiological, pathophysiological and therapeutic aspects of Sheehan Syndrome, an obstetric complication resulting from postpartum pituitary necrosis. For this purpose, articles published between 2019 and 2024, in English and Portuguese, in the PubMed and Google Scholar databases, were analyzed using specific terms related to the condition. This condition occurs due to anterior pituitary ischemia, triggered by severe obstetric hemorrhage and hypovolemic shock. The resulting pituitary failure can lead to variable clinical manifestations, including amenorrhea, hypoglycemia, hypotension and adrenal insufficiency. Diagnosis is often late, being based on clinical signs, hormone dosages and pituitary imaging exams. Management involves hormone replacement according to the affected axis, highlighting the need for glucocorticoid replacement to avoid potentially fatal adrenal crises. Early identification of risk factors and appropriate management of postpartum hemorrhage are essential to prevent Sheehan Syndrome and reduce maternal morbidity and mortality.

Keywords: Hypopituitarism, Sheehan Syndrome, Pituitary Hormones, Anterior, Implant-Hypothalamo-Hypophyseal System.

Instituição afiliada – UNINASSAU

Autor correspondente: *Thiago José Islanderson dos Santos Castro*, thiaqoislanderson@rocketmail.com

This work is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



INTRODUÇÃO

O eixo hipotálamo-hipófise comandam quase todos os sistemas fisiológicos do organismo humano. O hipotálamo, além de ser uma glândula endócrina, é uma parte do encéfalo com muitas funções. A hipófise, também chamada de pituitária, é uma glândula pequena, situada na sela turca e ligada ao hipotálamo por um pedúnculo chamado de infundíbulo. Ainda, a hipófise é dividida em duas porções com funcionamentos distintos: a adeno-hipófise (também conhecida como hipófise anterior) e a neuro-hipófise (hipófise posterior). A porção anterior da hipófise produz uma série de hormônios que regulam outras funções endócrinas periféricas, porém faz isso sob comando do hipotálamo, que secreta hormônios tróficos em vasos sanguíneos do sistema porta-hipotalâmico-hipofisário (STANFIELD, 2013).

Durante o período gestacional, percebe-se um aumento significativo do tamanho da glândula hipófise, sobretudo da sua porção anterior, produtora de vários hormônios que comandam, por sua vez, outros eixos hormonais periféricos. Esse aumento na quantidade de células torna essa glândula mais suscetível a processos isquêmicos. Num contexto de falta de perfusão adequada para a hipófise de uma gestante/puérpera, principalmente seguido de hemorragia pós-parto, estabelece-se um dano na função da hipófise anterior. Essa redução da funcionalidade da glândula pituitária é chamado de hipopituitarismo e, quando ocorre num contexto pós-parto, é conhecida como Síndrome de Sheehan (OLIVEIRA et al., 2024).

Observa-se que o diagnóstico de Sheehan exige certa dificuldade, pois se trata de uma patologia não muito frequente, sendo que o diagnóstico, não raro, é aventado após a morte da paciente, fatores esses que impactam nas estimativas da incidência de Sheehan. Todavia, estima-se uma quantia de 10 casos para cada 100.000 mulheres na população, na metade do século passado (ANDRADE et al., 2022).

Uma vez que os hormônios produzidos pela hipófise anterior são essenciais para a correta coordenação dos eixos endócrinos, que modificam respostas teciduais periféricas, a ausência desses hormônios, causada pelo estado de hipopituitarismo, causa uma série de consequências endócrinas para o organismo feminino. Algumas funções orgânicas afetadas incluem alterações cardiovasculares, metabólicas e

reprodutivas (SANTOS et al., 2024).

O diagnóstico da síndrome de Sheehan leva em consideração a clínica da paciente, juntamente com o histórico de hemorragia pós-parto. Frente à hipótese, exames de imagem (Tomografia Computadorizada ou Ressonância Magnética) podem ser solicitados, observando esvaziamento completo ou parcial da sela turca. O manejo objetiva corrigir as deficiências hormonais, sobretudo por reposição, pois a insuficiência dos hormônios pode ser deletéria e/ou fatal, sobretudo o distúrbio adrenocortical (PINTO; SILVA, 2025).

Considerando que o diagnóstico de Sheehan, não raro, pode passar despercebido, e que cursa com uma série de prejuízos para a saúde da mulher, é fundamental para um profissional da saúde o correto entendimento da condição, bem como estratégias de prevenção e manejo da síndrome. Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi realizar uma revisão narrativa a respeito das características da Síndrome de Sheehan.

METODOLOGIA

Este estudo consiste em uma revisão narrativa da literatura. Embora não tenha sido realizada uma sistematização dos estudos, foram selecionados artigos publicados entre 2019 e 2025, em inglês ou português, disponíveis na íntegra nas plataformas PUBMED e Google Acadêmico, a fim de assegurar a relevância, atualidade e qualidade das informações utilizadas.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Introdução e epidemiologia

A Síndrome de Sheehan (SS), também conhecida como Necrose Hipofisária Periparto, é uma das principais causas de hipopituitarismo, sobretudo em países em desenvolvimento, tendendo à raridade em nações desenvolvidas. O evento patológico primário é a ocorrência de uma hemorragia pós-parto, que desencadeia um vasoespasmos do sistema porta-hipotalâmico, culminando na perda parcial ou completa da hipófise anterior. Ademais, uma sela turca com tamanho menor, coagulopatias e a

presença de anticorpos anti-hipófise contribuem ao processo de isquemia da glândula. (LAWAY; BABA, 2023).

A prevalência da SS exibe certa variação. Na Islândia, por exemplo, a SS é encontrada em 5,1 pacientes a cada 100.000 pessoas. No norte da Índia, a prevalência de SS entre 11.700 mulheres com mais de 20 anos de idade foi de 3% (LAWAY; BABA, 2023). Na Espanha, em 2001, a prevalência de hipopituitarismo foi de 45,5/1.000.000, com tumores hipofisários sendo a principal etiologia do distúrbio endócrino, enquanto que a SS foi responsável por 6-8% dos casos de hipopituitarismo (KARACA; KELESTIMUR, 2025).

É mandatório ter em mente que os dados epidemiológicos da SS não são muito exatos pois, ainda que seja de fato uma doença rara, podem existir falhas ou atrasos no diagnóstico, sobretudo em localidades cujos recursos são mais escassos (OLIVEIRA et al., 2024). Ainda, por vezes, o diagnóstico só é fechado após o óbito da paciente ou frente à quadros de coma de origem hipofisária (ANDRADE et al., 2022).

A ocorrência da SS, por mais incomum que seja, ainda representa motivo de preocupação em países com acesso limitado à uma assistência em obstetrícia de qualidade, seja por falta de educação no que se refere à sintomatologia causada pela SS, seja pela ausência de protocolos de rastreamento sistemático. O despreparo pela equipe de saúde pode prejudicar significativamente o diagnóstico da condição e, conseqüentemente, o prognóstico materno (LEITE, et al., 2024).

Fisiopatogenia

Os processos fisiopatológicos da SS ainda não foram bem elucidados, todavia alguns fatores de risco estão bem estabelecidos. A glândula hipófise exibe um ganho acentuado em seu volume e tamanho durante a gestação, particularmente no terceiro trimestre, devido à hiperplasia das células lactotróficas sob estímulo do estrogênio, atingindo seu tamanho máximo nos primeiros dias pós-parto. Esse crescimento é acompanhado também por aumento na demanda de suprimento sanguíneo (ANDRADE, et al., 2022).

Ainda, a hipófise, sobretudo anterior, já exibe uma vulnerabilidade vascular, pois seu suprimento provém de rede capilar densa, de baixa pressão (ANDRADE, et al., 2022).

Uma vez que a hipófise, no período periparto, encontra-se necessitando de maior aporte de sangue, mudanças no fluxo sanguíneo, ainda que pequenas, pode levar a isquemia da glândula (RABEE, et al., 2023).

Outros fatores também podem predispor ou perpetuar a isquemia hipofisária: pequeno tamanho da sela turca, vasoespasmos, processos trombóticos e desordens da coagulação. Ainda, um componente autoimune também pode exercer algum papel na falência hipofisária (KARACA; KELESTIMUR, 2025).

Manifestações clínicas

A hipófise, em especial a porção anterior, por sintetizar hormônios vitais no controle de várias funções de numerosos tecidos periféricos, desempenha papel fisiológico importante na manutenção da homeostase. Dito isso, as consequências de uma necrose dessa glândula são diversas e influenciam negativamente vários organismos da paciente (SANTOS, et al., 2024).

As principais manifestações citadas pelas pacientes incluem astenia e adinamia, amenorreia, queda dos pelos púbicos e/ou axiais, prejuízo na amamentação, pele seca, intolerância ao frio e baixa libido. Ainda, cerca de metade das pacientes apresentam alterações cognitivas e hiporexia. O exame físico dessas pacientes pode demonstrar, ainda, atrofia vaginal, reflexos lentos, mixedema e atrofia da glândula mamária (ANDRADE et al., 2022).

Karaca e Kelestimur (2025) descrevem uma forma aguda de apresentação da SS, em que as pacientes exibem dor de cabeça, perda da consciência, falha de lactação e sintomas associados à insuficiência adrenal aguda: hipotensão, hipoglicemia, hiponatremia, náuseas e vômitos. Além da hiponatremia, outros distúrbios hidroeletrólíticos podem ocorrer na SS: hipocalemia, hipocalcemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia.

O quadro clínico de uma paciente com SS pode ser ainda completado com alterações de padrões hematológicos (anemia e/ou pancitopenia), anormalidades cardíacas (arritmias ventriculares, cardiomiopatia) e modificações endócrinas, sendo este grupo potencialmente representado por aumento no percentual de gordura corporal, dislipidemia, resistência à insulina, aumento nos níveis de leptina, disfunção

endotelial e doença hepática gordurosa não alcoólica (LAWAY; BABA, 2023). Por fim, Diabetes Insipidus Central já foi relatado em pacientes com SS (OLMES, et al., 2021).

Diagnóstico e manejo

Entendendo as possíveis manifestações clínicas, percebe-se que uma avaliação ginecológica é fundamental no manejo da SS, uma vez que possibilita apontar as deficiências hormonais e identificar possíveis complicações à saúde reprodutiva. Ainda, é interessante que haja uma conversa e participação de uma equipe multidisciplinar, envolvendo a opinião de cardiologistas e endocrinologistas, facilitando a implementação de um cuidado integrativo (SANTOS et al., 2024).

O diagnóstico de SS deve envolver aspectos clínicos, laboratoriais e radiológicos, bem como histórico obstétrico compatível (perda sanguínea significativa, choque hipovolêmico). Ainda, cada paciente deve ser avaliada cuidadosamente para definir a melhor propedêutica e conduta, que deverá ser individualizada, sobretudo com base nas deficiências hormonais (OLIVEIRA et al., 2024).

Os principais exames complementares utilizados no diagnóstico de SS são: dosagem de gonadotrofinas (FSH e LH), função tireoidiana (TSH e T4 livre), cortisol basal e estimulado, estradiol, IGF-1 e, no que se refere à exame de imagem, Ressonância Magnética com contraste de sela (ANDRADE et al., 2022).

O tratamento baseia-se em repor os hormônios cuja síntese foi prejudicada pelo processo isquêmico sofrido pela adeno-hipófise. A conduta usualmente se inicia com a reposição de hidrocortisona, seguida de hormônio tireoidiano e estrogênio. Caso a paciente tenha útero, deve-se utilizar também progesterona (ANDRADE et al., 2022). Observa-se também que o manejo utilizando GH promove melhoras significativas nos parâmetros lipídicos, função endotelial, massa corporal magra, rigidez arterial e capacidade de exercício (LAWAY; BABA, 2023).

As mulheres afetadas pela SS devem ter acesso à acompanhamento contínuo, para uma criteriosa vigilância do seu estado de saúde, além de prevenir complicações. Ainda, ajuda psicológica é componente crucial na equipe de atendimento dessa paciente, uma vez que boa parcela das mulheres diagnosticadas com SS podem iniciar ou exarcebar quadros ansiosos e/ou depressivos (SANTOS et al., 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Síndrome de Sheehan trata-se de um estado de hipopituitarismo causado por processo isquêmico da hipófise anterior após eventos hemorrágicos de um parto. Seu amplo espectro clínico traduz as várias deficiências hormonais que a paciente pode apresentar. Nesse sentido, frente à um quadro compatível com hipopituitarismo, sobretudo com um histórico obstétrico de hemorragia pós-parto, o diagnóstico de SS deve ser investigado. O tratamento usualmente se baseia na reposição dos hormônios deficientes, todavia a paciente com SS merece um acompanhamento multidisciplinar e íntegro para verificar o seu estado de saúde e flagrar possíveis complicações. Por fim, ainda que seja uma rara complicação obstétrica, a SS necessita de entendimento pleno pelos profissionais de saúde, uma vez que uma forte suspeita pode representar a possibilidade de uma intervenção mais precoce e eficiente, trazendo melhorias para a paciente.

REFERÊNCIAS

1. ANDRADE, T. G., et al. Síndrome de Sheehan: a propósito de um caso clínico. *Revista Científica Do Hospital E Maternidade José Martiniano Alencar*, v. 4, n. 1, p. 49-54, 2022.
2. KARACA, Z; KELESTIMUR, F. Sheehan syndrome: a current approach to a dormant disease. *Pituitary*, v. 28, n. 20, p. 1-12, 2025.
3. LAWAY, B. A; BABA, M. S. Sheehan syndrome: Cardiovascular and metabolic comorbidities. *Frontiers in Endocrinology*, 14:1086731, 2023.
4. LEITE, L. A., et al. AVALIAÇÃO DAS COMPLICAÇÕES SECUNDÁRIAS AO DESCOLAMENTO DE PLACENTA: UM ENFOQUE NA SÍNDROME DE SHEEHAN. *Revista Contemporânea*, v. 4, n. 4, p. 1-11, 2024.
5. OLIVEIRA, R. M., et al. SÍNDROME DE SHEEHAN: REVISÃO DE LITERATURA. *Revista Foco*, v. 17, n. 7 Edição Especial, p. e5567, 2024.
6. OLMES, G. L., et al. Acute Sheehan's syndrome manifesting initially with diabetes insipidus postpartum: a case report and systematic literature review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, v. 306, p. 699–706, 2021.



7. PINTO, M. G; SILVA, N. C. Síndrome de Sheehan: Relato de caso e reflexões sobre diagnóstico precoce e tratamento hormonal. *Revista Amazônica de Ciências Médicas e Saúde*, v.1, n.1, p. 1-13, 2025.
8. RABEE, H., et al. Sheehan's syndrome unveiled after decades without a diagnosis: A case report. *SAGE Open Medical Case Reports*, v. 11, p. 1-4, 2023.
9. SANTOS, I. C., et al. MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES DA SÍNDROME DE SHEEHAN: MANEJO CLÍNICO E AVALIAÇÃO GINECOLÓGICA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, v. 10, n. 10, p. 1-11, 2024.
10. STANFIELD, Cindy L. *Fisiologia humana*. 5. ed. São Paulo, SP: Pearson, 2013.