



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3628 - UN RETO DIAGNOSTICO DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

J.I. García García<sup>a</sup>, V. Blesa Mingarro<sup>b</sup>, J. Prieto Nave<sup>c</sup>, Z. M. Correcher Salvador<sup>d</sup> y M. Camarasa Vidal<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Puerto de Sagunto. Valencia. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Llíria. Valencia. <sup>c</sup>Médico Residente. Centro de Salud de Almazora. Castellón. <sup>d</sup>Médico Adjunto. Centro de Salud Carinyena. Castellón. <sup>e</sup>Médico Residente. Centro de Salud Barranquet. Castellón.

### Resumen

**Descripción del caso:** Acude a urgencias del CS una mujer de 76 años con cuadro de diarrea hemorrágica de 48 horas de evolución y mal estado general tras el alta hospitalaria por adrenalectomía hace 10 días. No otra clínica. Como antecedentes destacan síndrome de Cushing, depresión, glaucoma, osteoporosis, e hipertensión arterial. Intervenida de adrenalectomía derecha hacia 10 días, hemitiroidectomía, adrenalectomía izquierda, varices y hemorroides. En tratamiento con fluoxetina, mirtazapina, solifenacina, calcio, levotiroxina, omeprazol, bisoprolol, doxazosina, torasemida, alprazolam, diazepam, latanoprost, prednisona.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración destaca un mal estado general, palidez cutáneo-mucosa, tinte cetrino, frialdad con hipoperfusión generalizada, livideces, cianosis central y obnubilada. Tª 37,3 °C, TA 90/50, Sat O2 97%. ACP: tonos rítmicos, crepitantes bibasales de predominio derecho. Abdomen: doloroso a la palpación en zona infraumbilical, resto normal. Tacto: sangre roja con las heces. Neurológica: obnubilada sin focalidad aparente. MMII: edemas bimaleolares. Analíticas únicamente destaca: creatinina 1,79 mg/dl, PCR 69, leucos 29.800 N 73%, Hg 15,2, Hto 46%. Orina: proteínas positivo. Rx tórax: cardiomegalia. Resto normal. Angio TC abdomino-pélvico: cambios post-qx, no signos de sangrado activo, sin cambios sobre TC previos.

**Juicio clínico:** Crisis addisoniana.

**Diagnóstico diferencial:** Shock hipovolémico, HDB.

**Comentario final:** La paciente fue derivada a hospital donde se realizaron las pruebas complementarias y ante la sospecha de crisis addisoniana se ingreso para iniciar tratamiento con hidrocortisona, mejorando a las horas el cuadro dándole el alta a los días. Es una enfermedad poco frecuente, de aparición en cualquier edad, más frecuente en mujeres, fuera de su triada, la clínica es inespecífica, la sospecha será por antecedentes personales y la clínica, el tratamiento es hormonal sustitutivo con glucocorticoides + mineralcorticoides.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo. Crisis Addisoniana. 2010;75 512-5.

2. Aclé S, et al. Enfermedad de Addison como Presentación de un snd. Pluriglandular autoinmune tipo 2. Archivos Medicina Interna. 2011.
3. Rojo Enríquez A, Méndez J, Díaz Borjón A. Enfermedad de Addison, un reto diagnóstico. Acta Medica. 2009;(2):103-6.

**Palabras clave:** Addison. Shock. Hemorragia.