Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1404

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2981 - ESTADO CIVIL: CANSADA

F. Peiró Monzó[1], M. Rodríguez Cortés[2], A. Fernández Bosch[3], M. Berenguer Romero[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete. [2]Médico de Familia. FEA Urgencias del Hospital de Villarrobledo. Albacete. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona IV. Albacete. [4]Médico Residente de Anatomía Patológica. Hospital General de Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años con AP de HTA, DLP, FA crónica, ERC estadio III y portadora de marcapasos. En tratamiento actual con diuréticos, anti-hipertensivos y sintrom. Acude al Servicio de Urgencias por cefalea holocraneal opresiva continua y astenia en el último mes. Mareo con inestabilidad sin giro de objetos y sensación nauseosa. Asocia polaquiuria y tenesmo.

Exploración y pruebas complementarias: TA 110/64 mmHg, Tª 35,8 ºC. BEG. CyO. NRL normal. ACP: arrítmica, sin soplos. MVC. Abdomen normal. PP renal bilateral negativa. PP ++. EEII sin edemas ni signos TVP. Analítica sangre: glucosa 113, Cr 2,06, Na 121, K 5,7 Orina: piuria y bacteriuria. TAC cerebral: normal. En planta de MI: glucemia 65, Cr 1,76, FC 26,2, Na 124, K 4,7, PCR 7,4, TSH normal. Cortisol 3,2 y posteriormente 0,5.

Orientación diagnóstica: En planta se realizó determinación de cortisol basal, presentando cifras < 3 µg/dl. Tras alta, acude a consulta por empeoramiento clínico y TA 90/55 mmHg. Suspendemos tratamiento anti-hipertensivo y contactamos con UCAPI para remitir CCEE. Ante sospecha de IS no confirmada dado los resultados incongruentes de cortisol, se realiza test de Synacthen. Tras resultado negativo se descarta insuficiencia suprarrenal primaria como posible diagnóstico. Revisando datos de la hospitalización, se vio que en el ingreso había recibido DXM a dosis altas, que podrían explicar los valores de cortisol tan bajos, presentando así una ISS al cese brusco de corticoides.

Diagnóstico diferencial: Hipotensión arterial farmacológica. Hiponatremia moderada a estudio. Insuficiencia suprarrenal secundaria a deprivación brusca de corticoides.

Comentario final: La IS es un trastorno caracterizado por el déficit de gluococorticoides, que asocia en ocasiones un déficit de mineralocorticoides y andrógenos. La IS secundaria es mucho más frecuente que la primaria. Dentro de las causas de ISS con déficit aislado de ACTH hay que descartar un origen farmacológico por interrupción brusca de tratamiento esteroideo, puesto que ello induce una inhibición de CRH y ACTH que, una vez interrumpido el tratamiento, remite en días o semanas.

Bibliografía

1. de Miguel Novoa P, et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal. Endocrinología y Nutrición. 2014.
2. Charmandari E, Nicolaides NC, et al. Adrenal insufficiency. Lancet. 2014.

Palabras clave: Insuficiencia. Glándula. Corticoide.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.