Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1146

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2729 - CANSANCIO. LA IMPORTANCIA DE LA HISTORIA CLÍNICA

R. Gómez de León Zapata[1], S. Gómez Velasco[1], E. Ros Sánchez[2] y D. Aroca García[3]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santomera. Murcia. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Sur. [3]Médico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 74 años poco frecuentadora, muy activa, acude por intensa astenia y sudoración de días de duración. Desde hace un año sigue tratamiento para artritis reumatoide con corticoides a altas dosis y diferentes analgésicos y antiinflamatorios. Hace 3 meses comenzó tratamiento reumatológico con: metotrexato, ácido fólico, calcifediol, manteniendo su dosis de metilprednisolona. Hace un mes se retiran corticoides en pauta descendente. Ante lo inespecífico del cuadro solicitamos analítica general urgente con perfil hormonal.

Exploración y pruebas complementarias: Eupneica en reposo, regular estado general, TAS: 132/TAD: 69, SatO2: 98%, ECG normal. Fascies abotargadas, aumento de peso los últimos meses. Perfil bioquímico, hemograma, TSH y cortisol basal normales.

Orientación diagnóstica: Dada la historia clínica y el reciente tratamiento reumatológico se pregunta acerca del seguimiento de su tratamiento habitual. Refiere haber terminado con los corticoides hace 15 días. En el último informe de reumatología observamos que el descenso de metilprednisolona se efectuó en 10-12 días. Sospechamos: insuficiencia suprarrenal secundaria a supresión de esteroides.

Diagnóstico diferencial: Hipotiroidismo, anemia ferropénica, hipotensión arterial y depresión melancólica.

Comentario final: Al día siguiente, visto la normalidad de los resultados analíticos y dada la gravedad del proceso (si se confirmarse la sospecha diagnóstica), se reintroducen los corticoides. Se cita para ver evolución en dos días. Tras dos días la paciente permanece asintomática, comenzamos retirada lenta de corticoides (1/4 de comprimido cada dos semanas). La clínica no reapareció tras acabar el tratamiento. Conocer al paciente y sus circunstancias y una buena anamnesis es clave para llegar al diagnóstico. La mayoría de los síntomas y signos del fracaso suprarrenal en su inicio son poco específicos y pueden ser vinculados a otros procesos más banales y frecuentes, el médico de familia es clave para, conociendo los antecedentes del paciente y sus tratamientos activos, proporcionar un mejor acercamiento diagnóstico.

Bibliografía

1. Grossman A. Insuficiencia suprarrenal secundaria. Manual MSD, versión para profesionales [en línea]. Disponible en: https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-endocrinos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-suprarrenales/insuficiencia-suprarrenal-secundaria [Actualizada: enero de 2018; consulta: 23 de julio de 2019].
2. Melmed S, Larry Jameson J. Hypopituirarism. En: Larry Jameson J, ed. Harrison´s Principles of Internal Medicine, 20ª ed. EEUU: Mc Graw Hill; 2018. p. 2664-70.

Palabras clave: Anamnesis. Fracaso suprarrenal. Esteroides.

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