Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1812

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3977 - ME MUERO Y NO SÉ LO QUE TENGO

C. Fernández Expósito[a], G. Lorenzo González[b], D. Leal Rodríguez[c], M. Rodríguez Cortés[d], F. Peiró Monzó[e] y J. Blanco Paños[f]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. [b]FEA Urgencias. Hospital de Almansa. Albacete. [c]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro Salud Zona 1. Albacete. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete. [f]Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Zona 1. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Mujer lactante de 34 años que consulta por cuadro de cansancio y debilidad de 1 mes de evolución. Como antecedentes de interés diagnosticada de bronquiectasias. En pocos días aparecen otros síntomas como fiebre y disnea por lo que es derivada en varias ocasiones al S. Urgencias, siendo diagnosticada de neumonía con derrame pleural y bronquiectasias sobreinfectadas. A pesar de varias líneas de antibioterapia la paciente continúa desarrollando un síndrome constitucional, con múltiples visitas a nuestra consulta por lo que es derivada a M. Interna para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: a destacar regular estado general, sin focalidad neurológica. Ctes: TA 90/64, SatO2 97%. Auscultación pulmonar: crepitantes en base izquierda. Analítica inicio: colesterol 149, HDL 31, resto bioquímica, hemograma, coagulación y tiroides anodino. Rx tórax: patrón intersticial bibasal con infiltrado en lóbulo basal izquierdo. Pinzamiento costofrénico izquierdo. Esputo: Streptococcus pneumoniae. TAC tóraco-abdómino-pélvico: nódulo sólido en mama izquierda con estructuras ganglionares aumentadas de tamaño en axila. Se aconseja completar estudio para descartar neoformación. Mamografía + ecografía: hallazgos benignos (BIRADS 2). Analítica de diagnóstico (2 meses después del inicio del cuadro): proteínas 6, globulinas 2, colesterol 129, HDL 24, cortisol 0,1 µg/dl, ACTH < 2 pg/ml, AP 68%, INR 1,31, TTPa 40,2. RMN cerebral: macroadenoma hipofisario.

Juicio clínico: Insuficiencia suprarrenal. Macroadenoma hipofisario. Neumonía bilobar con bronquiectasias sobreinfectadas por neumococo.

Diagnóstico diferencial: Neoplasia, infección activa, enfermedades orgánicas no tumorales (cardiovascular, gastrointestinales, endocrinas, neurológicas), síndrome de Sheehan.

Comentario final: La insuficiencia suprarrenal (IS) manifestación clínica de una producción o acción deficiente de glucocorticoides, es poco frecuente pero con riesgo vital si no se trata. Dentro de las etiologías más habituales del déficit secundario está la lesión hipofisaria. Los síntomas cardinales incluyen debilidad, fatiga, anorexia, hipotensión arterial ortostática e hiperpigmentación

cutánea (ausente en el déficit de ACTH). A menudo se retrasa el diagnóstico al ser poco específicos. Es importante que como médicos de AP podamos realizar un seguimiento de nuestros pacientes y replantearnos el diagnóstico cuando existen múltiples consultas por el mismo motivo y, como en este caso, existe un claro empeoramiento no justificable con el diagnóstico de inicio.

Bibliografía

1. Aulinas A, et al. Insuficiencia suprarrenal y su tratamiento sustitutivo. Su realidad en España. Endocrinol Nutr. 2013;60:136-43.

Palabras clave: Insuficiencia suprarrenal. Macroadenoma hipofisario.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.