



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

199/66 - ASTENIAS QUE NO SON LO QUE PARECEN

C. Rodríguez Valencia^a, D. Hernández Rodríguez^b y M. Reina Martín^c

^aMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Portada Alta. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Ámbito del caso: Atención primaria. Historia clínica: mujer de 53 años, ama de casa, sin alergias, medicamentosas conocidas ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales de hipotiroidismo y rinitis alérgica, en tratamiento con eutirox y cetirizina. Acude a su centro de salud por presentar desde hace dos meses astenia que ha llegado a limitar sus actividades diarias, vista por otros profesionales y sin encontrar nada patológico en las pruebas complementarias anteriores.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración física no se palparon ganglios axilares ni nódulos mamarios se encuentra un aumento de la pigmentación de la piel y de la areola mamaria que la paciente indica no presentar anteriormente, una tensión arterial de 85/60 mmHg y en las pruebas complementarias un potasio de 5,3. Se le solicitó una radiografía de tórax en la que no se evidenció ninguna patología. Ante la sospecha de insuficiencia suprarrenal se solicitó cortisol en suero que fue de 0,33 y una ACTH de 870,50. Ante estos hallazgos la paciente fue derivada al Servicio de Endocrinología del H.U. Virgen de la Victoria donde fue diagnosticada de síndrome de Addison y tratada con hidrocortisona y fludrocortisona. Ante su antecedente de hipotiroidismo se procedió a estudio de autoinmunidad en dicho servicio.

Juicio clínico: Insuficiencia suprarrenal primaria/síndrome de Addison.

Diagnóstico diferencial: Causas orgánicas o psicógenas que producen astenia: infecciones, enfermedades crónicas, otras como el hipotiroidismo, anemia, distrofias musculares o miopatías inflamatorias, miastenia gravis, enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o la artritis reumatoide y el cáncer oculto. Otras enfermedades que causan hiperpigmentación como: hemocromatosis, medicamentosa (cloroquina, amiodarona), insuficiencia venosa crónica, neurofibromatosis, acantosis nigricans, déficit de ácido fólico, síndrome de POEMS. Toma de fármacos que puedan provocar hipotensión.

Comentario final: Con este caso se pretende insistir en la importancia de una buena historia clínica y exploración física en atención primaria, y estar alerta ante cualquier síntoma o signo que nos cuente un paciente por banal que nos parezca a priori.

BIBLIOGRAFÍA

1. Harrison. Principios de medicina interna, 19^a eD, 2016.