



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

284/28 - REPTE EN ATENCIÓ PRIMÀRIA: SÍNDROME D'ADDISON

N. Talens Martínez^a, R. Urdiain Agorri^a, G. Rengifo Reyes^b, M. Gili Riu^b, A. Sánchez Sánchez-Crespo^a i M. Ginovés Lorenzo^a

^aMetge de Família. CAP Sagrera. Barcelona. ^bMetge de Família. Centre de Salut La Sagrera. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas: Home de 63 anys d'edat, únic antecedent mèdic rellevant HTA controlada amb Navixen fa 15 anys. Control analítics anuals sense alteracions. Hàbits de vida correctes, dieta des de fa un any mediterrània controlada pel programa PREDIMED de l'Hospital del Mar, amb pèrdua de 11 kg; exercici (camina diàriament 4-5 km). Acut a la consulta d'atenció primària per episodi d'ansietat que relaciona amb l'inici del curs escolar (director d'escola), refereix dolor epigàstric associat sense alteració ritme deposicional que no ha millorat del tot amb IBP durant 3 setmanes a dosis terapèutiques. Nega episodis previs d'ansietat. Control evolutiu després d'un mes, astènia als matins, desanimat, poliàlgies; s'evidencia a l'exploració física un deteriorament de l'estat general i tendència a la hipotensió. Nega pèrdua de pes, alteració ritme deposicional ni cap altra simptomatologia. Evolució tòrpida amb pèrdua de pes progressiva els següents 3 mesos, vòmits matutins amb proves complementàries inespecífiques. S'inicia tractament amb antidepressiu, millora anímica no de l'astènia; Reumatologia pauta arcoxia pel dolor i rhb. Destaca en una analítica de control hiperpotassèmia de 6,85 mmol/L i una hiponatrèmia 134,8 mmol/L pel que és derivat a urgències, exploració i electro normal i tractament. No més estudis, en el control evolutiu de la hiperpotassèmia hi ha una normalitat de valors pel que no es fa res més. A les dues setmanes nou episodi d'hiperk (6,4 mmol/L), de nou a urgències alta amb tractament i sospita diagnòstica. Síndrome d'Addison vs síndrome paraneoplàsica. Inicia progressivament una hiperpigmentació facial. Es descarta la possibilitat paraneoplàsica i s'orienta cap a síndrome d'Addison. S'inicia tractament amb hidroaltesona 30 mg dia remetent tota simptomatologia i restant asimptomàtic a les 3 setmanes.

Exploració i proves complementàries: En les primeres visites presenta BEG, durant els 6 mesos que va trigar fins al diagnòstic va anar empitjorant amb pèrdua de pes de 7 kg, astènia i poliàlgies, epigastràlgia amb pirosi. Gammagrafia òssia: artropatia degenerativa i per sobrecàrrega. Endoscòpia digestiva: artritis erosiva lleu; colonoscòpia normal. Estudi Reumatologia: amb VSG 54, PCR 0,58, f. reumatoide negatiu inespecífic. Estudi analític marcadors tumoral negatiu, descarten neo pròstata, neo pulmonar, neo digestiva. Tendència a hipotensió, hiponatrèmia e hiperpotassèmia GREU (K 6,85) es fa derivació a urgències diversos cops i tractament descartant patòloga cardíaca i renal.

Judici clínic: La baixa incidència de la síndrome d'Addison, la lenta progressió, la simptomatologia inespecífica i la baixa prevalença de la triada típica fan de la malaltia un autèntic repte diagnòstic que hem de tenir present en el diagnòstic diferencial.

Diagnòstic diferencial: 1. Síndrome depressiva (tractada amb escitalopram sense milloria clínica). 2. Síndrome reumatològica: fibromiàlgia, síndrome reumàtica parts toves. 3. Síndrome paraneoplàsica (descarta

amb TAC toracoabdominal, marcadors tumorals, endoscòpia i gammagrafia òssia). 4. Síndrome d'Addisson.

Comentari final: Amb aquest cas clínic intentem donar presència a aquesta malaltia, diagnosticar-la quan abans millor, iniciar un tractament eficaç per altra banda senzill i econòmic i evitar un situació greu com una crisi addisoniana.

Bibliografia

1. Álvarez de Iturbe I, Rivera Exhegoyen M, Luna Sánchez R. Anales Médicos. 2013.