Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1294

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/509 - Doctor, ingrésame

J.A. Castillo Serrano[a], G. Lorenzo González[b], C. Fernández Expósito[c], D. Leal Rodríguez[c], M. Rodríguez Cortés[a] y J.L. Blanco Paños[d]

[a]Médico Residente de 1[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete.[b] Médico Residente 3[er] año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete.[c]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona I. Albacete.[d]Médico de Familia. Centro de Salud Zona I. Albacete.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años que acude a Urgencias por cuadro de 3-4 días de evolución de dolor epigástrico, vómitos, mareos y fiebre. Antecedentes personales: no alergias medicamentosas conocidas; no hábitos tóxicos; no diabetes mellitus, no dislipemia; hipertensión arterial. Sin cirugías previas. Dos ingresos por sepsis de origen urinario diagnosticado de posible prostatitis. Tratamiento: Carduran Neo 4 mg 1/24h.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA 87/62 mmHg. FC 85 lpm. StO2 95%. Tª 38,2 ºC. Regular estado general, normohidratado y bien perfundido. Exploración neurológica: consciente y orientado. Nistagmo horizontal en ambas miradas laterales hacia la izquierda. Resto sin alteraciones. Pectum excavatum. Resto de exploración sin hallazgos relevantes. Exploraciones complementarias. Bioquímica: glucosa 37 mg/dl; urea 18 mg/dl; creatinina 0,82 mg/dl; Na 131 mmol/L; K 5,3 mmol/L; CK 68; Amilasa 34. Resto de parámetros normales. Hemograma: hemoglobina 11,5 g/dl; VCM 86; leucocitos y plaquetas normales; VSG 58; coagulación normal. Cortisol en orina 24h 4,3 µc/d; ACTH 508 pg/ml; Mantoux positivo. Urocultivo y hemocultivos: negativo. Radiografía tórax y abdomen: sin hallazgos relevantes. Ecografía abdominal: próstata de tamaño aumentada. Tomografía axial computarizada toraco-abdomino-pevica: Imagen pseudonodular en LSD; adenopatías hiliares y mediastínicas 1 cm; engrosamiento pared superior de vejiga de 2 cm de espesor posible tumoración vesical, con probable infiltración de la grasa adyacente; nódulo en glándula suprarrenal derecha de 2,5 cm y otro de 3 cm en suprarrenal izquierda, sugestivos de

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

metástasis. Resonancia magnética craneal: atrofia subcortical; lesiones isquémicas por afectación de pequeño vaso. PET-TAC: alta probabilidad de malignidad en lesiones suprarrenales. No captación en otras localizaciones. Anatomía patológica: adrenalitis granulomatosa tuberculosa.

Juicio clínico: Insuficiencia suprarrenal por adrenalitis granulomatosa de origen tuberculoso.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia suprarrenal. Síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Enfermedad de Wernicke.

Comentario final: Tras estabilización de la insuficiencia suprarrenal por parte de Medicina Interna ingreso en Urología para suprarrenalectomía. Tratamiento con: omeprazol 20 mg 1/24h, hidroaltesona 20 mg 1/12h, tras hallazgo tuberculoso isoniacida + rifampicina + pirazinamida. La adrenalitis tuberculosa es la segunda causa de insuficiencia suprarrenal primaria después de la autoinmune en nuestro medio. Etiológicamente la tuberculosis supone un 20% de los casos de insuficiencia suprarrenal en nuestro medio. Se produce por diseminación hematógena y aparece entre 10-15 años después de la primoinfección. Su diagnóstico se basa en el TC donde en fases iniciales se aprecia un aumento del tamaño de ambas suprarrenales, mientras que en estadios avanzados se observa un tamaño normal o disminuido con calcificaciones. El estudio histológico es básicamente morfológico debido al bajo rendimiento del aislamiento de M. tuberculosis y la tinción de Ziehl-Nielsen. El tratamiento consiste en hidrocorticoides + tuberculostáticos. La recuperación funcional depende de la cantidad de tejido viable al diagnóstico y del correcto tratamiento tuberculostático.

BIBLIOGRAFÍA

1. Repiso Moreno M., Daroca Pérez R. Elizondo Pernaut MJ. Jiménez Bermejo F. Enfermedad de Addison secundaria a tuberculosis. Semergen. 2003;29(6).

2. Bacarizo P, Checa MR, Suárez P, Hernández L, Jara A. Evolución radiológica en el seguimiento de la adrenalitis tuberculosa. Endocrinología y nutrición. 2006;53(8).

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.