



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/1335 - ASTENIA: LA PRIMAVERA NO SIEMPRE ES LA CAUSA

A. Marchán Martín^a, O. Castro Casas^b, T. Martín Quiles^c, Á. Ramos Fernández^d, M. Buceta Picasso^e y C. Díaz Cardona^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio de Villamanta. Madrid. ^bMédico de Familia. Consultorio Villamanta. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Navalcarnero. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Villaviciosa de Odón. Madrid. ^eMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 51 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad grado I, diabetes mellitus tipo II, hipotiroidismo primario secundario a tiroiditis crónica autoinmune. En tratamiento con eutirox 100 µg, metformina 850 mg, exenatida 2 mg subcutáneo semanal, simvastatina 20 mg, irbesartan 150 mg. Acude a consulta por pérdida de 5-6 kg en un mes. Refiere encontrarse más cansada, en ocasiones mareada. Asocia hiporexia, náuseas, vómitos y estreñimiento sin dolor abdominal. Tendencia a la hipotensión y a la hipoglucemia en los últimos 15 días. Se suspende al tratamiento con antidiabéticos y antihipertensivos. Interconsulta preferente a Endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 90/60 mmHg. FC: 85 lpm. Peso: 72,1 Kg. (pérdida de 12 kg en un año). Hiperpigmentación de cicatriz abdominal. Abdomen blando sin datos de alarma. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar sin hallazgos. Resto de exploración normal. En consulta de Endocrinología solicitan cortisol y ACTH. Analítica: cortisol basal 4,05 µg/dl (4,30-22,40 µg/dl) ACTH > 1.250 pg/ml. TSH: 2,64 mIU/L. Resto normal. TAC abdominal: atrofia adrenal bilateral. Resto sin hallazgos.

Juicio clínico: Insuficiencia suprarrenal primaria autoinmune. En relación con Síndrome poliglandular autoinmune tipo II.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia suprarrenal secundaria. Malignidad gastrointestinal. Depresión mayor. Miopatías. Exposición crónica a metales (mercurio, plomo...). Hemocromatosis. Anorexia nerviosa.

Comentario final: La insuficiencia suprarrenal es una enfermedad infrecuente pero reviste gravedad si no se diagnostica y trata, pues su evolución puede llevar a una insuficiencia suprarrenal aguda y muerte. Los diagnósticos previos de hipotiroidismo primario autoinmune, diabetes mellitus tipo LADA junto con el actual de insuficiencia suprarrenal primaria autoinmune, nos hace pensar en un síndrome poliglandular autoinmune tipo II. La astenia y los trastornos digestivos son motivos de consulta prevalentes e inespecíficos, lo que puede retrasar el diagnóstico. La aparición de síntomas generales debe hacer descartar patologías específicas.

Bibliografía

1. Oliver C. Insuficiencia Suprarrenal. Tratado de Medicina. 2009;13:1-5.
2. Nieman LK. Clinical manifestations of adrenal insufficiency in adults. Uptodate. 2017.
3. Fred F. Adrenal Insufficiency. Ferry's Clinical Advisor. 2017;43-44.e2.

Palabras clave: Insuficiencia suprarrenal. Diagnóstico. Astenia.