



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2521 - ENFERMEDAD DE ADDISON

F. Castillo Bonillo, B. Pastor Costa y K. Rodríguez Cachafeiro

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital La Inmaculada. Almería.

Resumen

Descripción del caso: AF: hermana diagnosticada de hipertiroidismo primario. AP: hipotiroidismo primario autoinmune, sacroileítis izquierda, artritis reactiva y portadora de DIU. En tratamiento con eutirox 125 mg. No alergias a medicamentos conocidas. Enfermedad actual: paciente mujer de 34 que consulta en el servicio de urgencias por astenia y mareos de 4 meses de evolución asociados a hipoglucemias e hipotensión arterial. Su MAP sospechó anemia, la cual descartó. En los últimos días el cuadro fue atribuido a depresión/ansiedad y tras añadir paroxetina y clonazepam, la paciente experimenta un claro empeoramiento por lo que decide dejar el tratamiento por su cuenta.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial: 85/53, temperatura 36 °C, 100% saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca 70, glucemia digital: 85. Pérdida de fuerza generalizada. Color terroso de la piel. Reinterrogada tras consultar con Dra. Aguirre refiere avidez por la sal, artralgias y menstruaciones irregulares. Análisis de orina: sin alteraciones. Análisis de sangre. Bioquímica: glucosa 78, urea 46, creatinina 0,61, sodio 130, potasio 4,6, calcio 9,4, proteínas totales 6,4, proteína C reactiva 0,4. Hemograma: 4.310.000 de hematíes, 13,6 de hb, 39 de htct, volumen corpuscular medio 91, 245.000 plaquetas, 5.200 leucocitos con 43% de neutrófilos. Electrocardiograma: ritmo sinusal a 60 lpm con PR de 0,17, complejos QRS de amplitud y duración normal. Destaca un alargamiento del QT y QTc (0,48 seg).

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Addison (insuficiencia suprarrenal primaria).

Diagnóstico diferencial: Síndrome QT largo. Síndrome pierde sal.

Comentario final: Se ingresa en planta con sospecha de enfermedad de Addison. Análisis de sangre de planta: cortisol basal: 0,8 (N entre 6,7-22,6). ACTH: 1.181 (5-60). Ac anti células de cápsula suprarrenal: 1/640. Se solicitó tomografía computarizada, la cual resultó ser normal. Fue tratada con hidrocortisona y fludrocortisona y dada de alta a los 3 días tras experimentar una clara mejoría. Ahora está en seguimiento por medicina interna, tratada con 20 mg de hidrocortisona y 0,1 mg de fludrocortisona con buena tolerancia y adherencia terapéutica y sin referir clínica.

Bibliografía

1. González García E, Teigell Muñoz FJ. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7ª ed. Madrid: MSD; 2012; p. 594-9.

Palabras clave: Addison. Suprarrenal. Astenia.