



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3463 - HIPERPIGMENTACIÓN CUTÁNEA Y SU TRASCENDENCIA

P. Madrigal Laguía^a, S. Serrano Porta^b, J. Melero Abellán^c y C. Ariza Copado^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isaac Peral. Cartagena. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Barreros. Cartagena. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Cartagena. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Barrio Peral. Cartagena. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 49 años que acude al centro de Atención Primaria (AP) refiriendo que desde hace 6 meses presenta astenia, sensación disneica y náuseas. Posteriormente, consulta indicando que ha perdido 16 kg en los últimos 3 meses y presenta epigastralgia y vómitos durante las últimas semanas. AP: HTA (en los últimos meses retirada de antihipertensivos por cifras de TA bajas), pólipos colónicos benignos, distimia, taquicardia sinusal.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración general normal. Se solicita analítica con bioquímica, perfil tiroideo y hemograma normales. Inicialmente se orienta como empeoramiento de su trastorno depresivo crónico, con somatización digestiva. Se retira escitalopram (por posible efecto secundario de náuseas) y se combina agomelatina y sertralina. Consulta de nuevo por empeoramiento del cuadro clínico y escasa respuesta a los antidepresivos, presentando TA: 125/78, ACP anodina, abdomen normal. Se objetiva hiperpigmentación en palmas, encías, mucosa yugal y pliegues cutáneos de una semana de evolución. Solicitamos nueva analítica con creatinina 1,61, CKD-EPI 34, Ca 19.9 382, cortisol 1,6, ACTH 751,2, además de TAC toracoabdominal que es normal. Finalmente, se sospecha un síndrome de Addison versus síndrome paraneoplásico, derivando a medicina interna para completar estudio, quedando pendiente de colonoscopia y gastroscopia (solicitada desde AP). La analítica confirma la insuficiencia suprarrenal (IS) e insuficiencia renal aguda prerrenal secundaria a vómitos. Desde Medicina interna derivan a la paciente a Endocrinología para diagnóstico etiológico (anticuerpos antiadrenales positivos), iniciando tratamiento con hidrocortisona y fludrocortisona con mejoría clínica.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia suprarrenal primaria.

Diagnóstico diferencial: Trastorno depresivo, IS primaria (adrenalitis autoinmunitaria, infecciosa, o farmacológica), enfermedad metastásica suprarrenal, IS central.

Comentario final: Actualmente, la causa más común de IS primaria es la adrenalitis autoinmunitaria (enfermedad de Addison), aunque existen múltiples causas (infecciosas, metastásicas o farmacológicas). La sintomatología típica de astenia, pérdida de peso, vómitos, dolor abdominal, hipotensión e hiperpigmentación cutánea es causada por la afectación hormonal suprarrenal. Ante la persistencia de cuadros asteniformes en pacientes con distimia, debemos pensar en otras etiologías orgánicas apoyándonos en pruebas analíticas y de imagen, para descartar otras patologías tratables menos frecuentes.

Bibliografía

1. Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18ª ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Palabras clave: Astenia. Vómitos. Insuficiencia suprarrenal.