



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/421 - CORTICOTERAPIA PROLONGADA

V. Aparicio Gallardo¹, L. Zafra Iglesias¹ y J. Bedmar Estrella²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mancha Real. Jaén.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bulevar. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 56 años, con antecedentes de asma alérgica, pinzamiento L5-S1 y temblor esencial, exfumador desde hace 3 años, sin otros hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas. En tratamiento con pregabalina, metamizol, indometacina de liberación modificada y omeprazol. Acude a consulta de atención primaria por cuadro de astenia intensa, disnea a los esfuerzos, mialgias generalizadas y pérdida ponderal de 15 kg. Refiere corticoterapia sistémica por médico privado durante tres meses consecutivos con prednisona 30 mg con brusca suspensión, posteriormente estuvo 5 meses con medicación habitual y comenzó con deflazacort 30 mg durante dos meses y nueva suspensión sin pauta descendente, momento que comenzó la clínica por la que consulta.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 110/65 mmHg. Frecuencia cardiaca 52 lpm. Glucemia 110 mg/dL. Hiperpigmentación cutánea generalizada. Exploración neurológica, cardiorrespiratoria y abdominal anodina. Electrocardiograma con ritmo sinusal a 52 latidos por minuto, eje normal, PR conservado, QRS estrecho y sin alteraciones agudas de la repolarización. Se solicita analítica, a los tres días acude a por resultado donde llama la atención cortisol 0,2 ?g/dL, motivo por el que se deriva a Hospital de Referencia.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia suprarrenal aguda.

Diagnóstico diferencial: Cáncer, diabetes, insuficiencia suprarrenal.

Comentario final: Durante el ingreso se realizó el test de estimulación de ACTH, donde se objetiva una falta de respuesta de cortisol motivo que apoya el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria, sin embargo, los niveles bajos de ACTH de 9 pueden apoyar una insuficiencia suprarrenal secundaria por un déficit de ACTH aislado, apoyándose más el segundo diagnóstico al ser el test de hipoglucemia insulínica negativo para elevación de ACTH. Es importante sospechar déficit de cortisol ante cuadros constitucionales a estudio pues suponen una emergencia médica que precisa tratamiento de manera inmediata, así como conocer que en las insuficiencias suprarrenales en tratamiento con hidrocortisona no se debe monitorizar el cortisol como control de enfermedad.

Bibliografía

1. Sánchez Windt R, González García E. Patología suprarrenal. En: Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C. Hospital Universitario 12 de Octubre: Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: MSD; 2012; p. 985-1006.

Palabras clave: Cortisol. Corticoides. Astenia.