

424/2089 - HIPERPIGMENTACIÓN GENERALIZADA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A. García Ros¹, M. Abellán González¹, M. Bueno García² y A. Ruiz Nicolás¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Casco. Murcia.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Santa Lucía. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 59 años que desde hace 2 meses refiere astenia, pérdida de 9 Kg de peso no justificada, mareo sin giro de objetos, náuseas y episodios ocasionales de vómitos. Alérgica a Nolotil. Antecedentes personales: hipotiroidismo. Sin antecedentes quirúrgicos. Sin antecedentes familiares relevantes. Tratamiento crónico: levotiroxina.

Exploración y pruebas complementarias: Mal estado general, temperatura: 37,2 °C; TA: 97/58 mmHg. Auscultación cardiaca: rítmica a 55 lpm, sin soplos ni extratonos. Auscultación respiratoria: murmullo vesicular conservado, sin ruidos patológicos sobreañadidos. Exploraciones abdominal y neurológica normales. Exploración dermatológica: hiperpigmentación generalizada de predominio en dorso de pies y manos. Electrocardiograma: bradicardia sinusal a 55 lpm, sin alteraciones de la repolarización. Analítica: Na 126 mmol/l; K 6,1 mEq/l; cortisol 0,3 nmol/L; ACTH 9.860 pg/ml; ácido fólico, zinc y vitamina B12 sin alteraciones; hemograma normal; funciones hepática, renal y tiroidea sin alteraciones. Radiografía de tórax: índice cardioráctico normal, sin condensaciones, senos costofrénicos libres. TAC toraco-abdominal: glándulas suprarrenales hiperplásicas. Mantoux: positivo. Tinción de auramina en esputo: negativa. Cultivo de Lowenstein: positivo para Mycobacterium tuberculosis.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Addison de etiología tuberculosa.

Diagnóstico diferencial: Hemocromatosis; esclerodermia; déficits nutricionales.

Comentario final: En primer lugar, ante un caso de hiperpigmentación generalizada resulta crucial la realización de una correcta anamnesis que incluya los fármacos que toma el/la paciente, así como una minuciosa exploración física. Por otro lado, es necesario solicitar un hemograma, función hepática, renal y tiroidea, niveles de ácido fólico, zinc y vitamina B12. En función del resultado de todas estas pruebas, se realizará un estudio de extensión dirigido. En cuanto a nuestra paciente, fue tratada con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol durante 9 meses, además del tratamiento sustitutivo con hidraltesona y fludrocortisona. El Servicio de Medicina Interna quedará encargado de su seguimiento ambulatorio, siendo inicialmente revisada cada 3 meses, espaciándose dicho seguimiento a los 6 meses tras el primer año, siempre que no haya un empeoramiento clínico.

Bibliografía

- Glass C. Mottled skin changes. Am Fam Physician. 2013;88:707-8.
- Fistarol SK, Itin PH. Disorders of pigmentation. J Dtsch Dermatol Ges. 2010;8:187-202.

Palabras clave: Enfermedad de Addison. Tuberculosis adrenal.