



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

482/665 - UN ALIADO SILENCIOSO

L. Hernández Calvo¹, B. Cabañuz Plo², C. Aranda Mallén³ y G. Mallet Redín²

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Centro. Zaragoza. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San José Norte y Centro. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 67 años acude a urgencias por cuadro de malestar general y febrícula de 5 días de evolución. Los días previos presentaba tos y aumento de mucosidad tratada con levofloxacino. Refiere mejoría de la clínica respiratoria pero persiste el malestar general y la febrícula, asociando astenia intensa. Presenta fatiga a mínimos esfuerzos y tendencia a la sedestación y el decúbito. AP: cáncer de pulmón con metástasis suprarrenales bilaterales tratado con resección tumoral, quimioterapia y suprarrenalectomía bilateral. HTA. Dislipemia. Tratamiento: Secalip 250 mg; Astonin 0,1 mg; omeprazol 20 mg; hidroaltesona 20 mg; Ameride 5/50 mg. Se realiza analítica en la que se evidencia insuficiencia renal con hiponatremia e hipopotasemia, sin alteraciones radiológicas. Se pasa al paciente a sala de observación y durante las siguientes horas realiza cuadros de hipotensión con dificultad de corrección a base de suero terapia. Ante las alteraciones iónicas asociadas a la hipotensión y los antecedentes del paciente sugiere de insuficiencia suprarrenal asociada a cuadro de insuficiencia renal. Se inicia tratamiento con hidrocortisona IV con buena respuesta y corrección de tensiones y función renal, la cual mejoró también con suero terapia. El paciente fue dado de alta con tratamiento con hidroaltesona en pauta descendente hasta nuevo control por endocrinólogo de área.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiopulmonar normal; abdomen anodino, sicción bilateral negativa y no se detectan edemas. Bioquímica: Urea: 125; Creat: 2,14; Na: 127; K: 6,4; GFR: 30,90. Resto normal. Hemograma y coagulación normales. Rx tórax y abdomen: sin alteraciones patológicas. Ecografía abdominal: hepatomegalia esteatopatía moderada.

Orientación diagnóstica: Insuficiencia suprarrenal asociado a Insuficiencia renal.

Diagnóstico diferencial: Insuficiencia renal prerenal. Sepsis de origen respiratorio TEP.

Comentario final: La insuficiencia suprarrenal primaria es una patología poco frecuente. Su clínica es insidiosa e inespecífica. Su diagnóstico se fundamenta en los antecedentes y los niveles de cortisol y ACTH, pero en urgencias, donde no se dispone de dichos valores, los niveles de sodio y potasio son claves para su diagnóstico. En atención primaria es fundamental realizar un seguimiento estrecho de estos pacientes, previniendo descompensaciones y estando pendientes de la clínica inespecífica.

Bibliografía

1. Arlt W. Trastornos de la corteza suprarrenal. En: Kasper D, Fauci A, et al. Harrison. Principios de Medicina Interna. Vol. II. 19^a ed. Madrid: McGraw Hill; 2016. p. 2954-9.

Palabras clave: Insuficiencia suprarrenal. Insuficiencia renal.