



V-032 - INSUFICIENCIA SUPRARRENAL: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE UNA SERIE DE CASOS

M. Hernández Vidal¹, M. Martínez Martínez², R. Mesequer Noguera¹, C. Trasancos Escura¹, E. Sánchez Navarro², D. Romero Esteban², G. García Guzmán², M. Gil Ortega¹

¹Medicina Interna, ²Endocrinología. Hospital J.M. Morales Mesequer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Describir las características de los pacientes con diagnóstico de insuficiencia suprarrenal (ISR) ingresados en un hospital de segundo nivel.

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de pacientes ingresados durante los últimos 5 años (2010-2015), por cualquier motivo, en el hospital Morales Mesequer (Murcia) que tuvieran entre los diagnósticos al alta el de ISR aguda o crónica. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de las historias clínicas; se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. El análisis estadístico se realizó utilizando el programa SPSS v.22 para Windows. Las variables cuantitativas se expresan en medias \pm desviación estándar y las cualitativas en valores absolutos y porcentajes.

Resultados: De los 54 pacientes con ISR el 61,1% (33) eran hombres y el 38,9% (21) mujeres con una edad media de $61,8 \pm 18,6$ años. En el 72,2% (n = 39) de los casos el fallo suprarrenal tenía un origen primario. De ellas, 18 tenían una etiología autoinmune, en 10 se identificó una alteración estructural (hiperplasia suprarrenal, afectación por tumores o infección, suprarrenalectomía) y en otros 10 la etiología fue desconocida. La ISR se definió como secundaria en el 28,8% de los casos (n = 15); de estos la secundaria a retirada brusca de esteroides exógenos se identificó en 9 pacientes, mientras que la debida a afectación hipofisaria estaba presente en 4. No se detectaron casos de ISR terciaria. En el 59,2% de los casos (32/54), los síntomas relacionados con la ISR fueron el motivo de consulta, siendo los más frecuentes la fatiga/debilidad/astenia (68,8%), los síntomas gastrointestinales (65,6%), la anorexia (53,1%) y la hipotensión (43,8%). El diagnóstico de ISR de novo se realizó en 15 de estos pacientes, mientras que los 17 restantes fueron casos de ISR crónica agudizada en el contexto de infecciones (7), otras causas de estrés (8) y mal cumplimiento de tratamiento (2). En el 40,7% (22/54) de los pacientes el motivo de ingreso no fue la ISR. El ajuste de corticoides a dosis de estrés se realizó en todos ellos sin que ninguno presentara síntomas de agudización. Todos los pacientes recibieron tratamiento glucocorticoideo, el más frecuente la hidroaltesona (85,2%), mientras que sólo la mitad precisaron además tratamiento con mineralcorticoides. De ellos, la mayoría tenían un diagnóstico de ISR previo siendo de origen primario en el 92,6% de los casos (25/27).

Discusión: La ISR se debe a una secreción de hormonas corticosuprarrenales inferior a las demandas del organismo. Tiene una baja prevalencia y se caracteriza por evolucionar de forma progresiva con episodios de agudización ante situaciones de estrés, pudiendo conducir a la muerte sin un

tratamiento adecuado. Las causas de ISR han variado a lo largo del tiempo; hoy en día, como ocurre en nuestra serie, el origen más frecuente es el autoinmune. Lo inespecífico de su presentación clínica, con síntomas como astenia o náuseas, hacen de ella una entidad de difícil diagnóstico si no se sospecha. Así mismo, el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente y del médico resulta imprescindible para evitar agudizaciones ante situaciones de estrés.

Conclusiones: 1. Las manifestaciones clínicas de la ISR son inespecíficas por lo que su diagnóstico requiere un alto grado de sospecha. 2. La ISR primaria es la principal causa de ISR, teniendo en la mayoría de los casos, un origen autoinmune. 3. El tratamiento de elección es la hidroaltesona, acompañada a veces por mineralcorticoides. 4. El conocimiento de la enfermedad resulta fundamental para realizar un ajuste de tratamiento ante situaciones de estrés evitando agudizaciones.