

803 - ENFERMEDADES DE GLÁNDULAS SUPRARRENALES. CRISIS ADDISONIANA

González Gracia, Lucía
Mangas Cruz, Miguel Ángel
Ramos Pardillo, Natalia

INTRODUCCIÓN

Es una enfermedad rara, con una prevalencia de 100-140 casos por millón de habitantes e incidencia de 4 casos por millón de habitantes y año en países occidentales. La causa más frecuente es de origen autoinmune (hasta el 90% de casos) seguida de origen infeccioso (tuberculosis), adrenalectomía, neoplásica (metástasis lo más frecuente) y diversos síndromes genéticos. También se ha relacionado con diferentes fármacos como anticoagulantes, antiepilépticos y antibióticos (rifampicina). La mortalidad es de aproximadamente 0,5/100 pacientes/año y la mediana de reconocimiento de síntomas es de 24 horas.

El tratamiento habitual es con hidroaltesona, 15-25 mg/día repartidos a lo largo del día por su vida media corta, la cual tiene escasa actividad mineralocorticoide y es preciso añadir en la mayoría de casos fludrocortisona para mejorar astenia e hipotensión, a dosis habitual de 50-100 mcg diarios. Una vez diagnosticados, los pacientes mantienen seguimiento por Endocrinología de por vida, habitualmente con revisiones anuales salvo incidencias.

CRISIS ADRENAL AGUDA

Se trata de una emergencia médica que amenaza la vida y que requiere actuación emergente con administración parenteral de GC y cristaloides. Casi el 50% de los pacientes con IAP debutan de forma aguda con una crisis adrenal.

FACTORES PRECIPITANTES

Los más comunes son las **infecciones**, particularmente, infecciones gastrointestinales (que cursan con vómitos y/o diarrea), y **fiebre** (45%), así como cirugía, dolor intenso, heridas, infarto de miocardio, reacciones alérgicas severas, hipoglucemias severas en pacientes diabéticos, estrés emocional importante y embarazo llevar placa

SIGNOS Y SINTOMAS

Náuseas, vómitos, dolor abdominal (a veces con irritación peritoneal), **debilidad intensa**, dolores musculares o **calambres**, fiebre sin otros signos de infección y **deshidratación** que lleva a **hipotensión** o shock que responde de forma pobre a fluidos y a medicaciones inotrópicas. No es infrecuente la **alteración cognitiva** (confusión, pérdida de conciencia o coma).

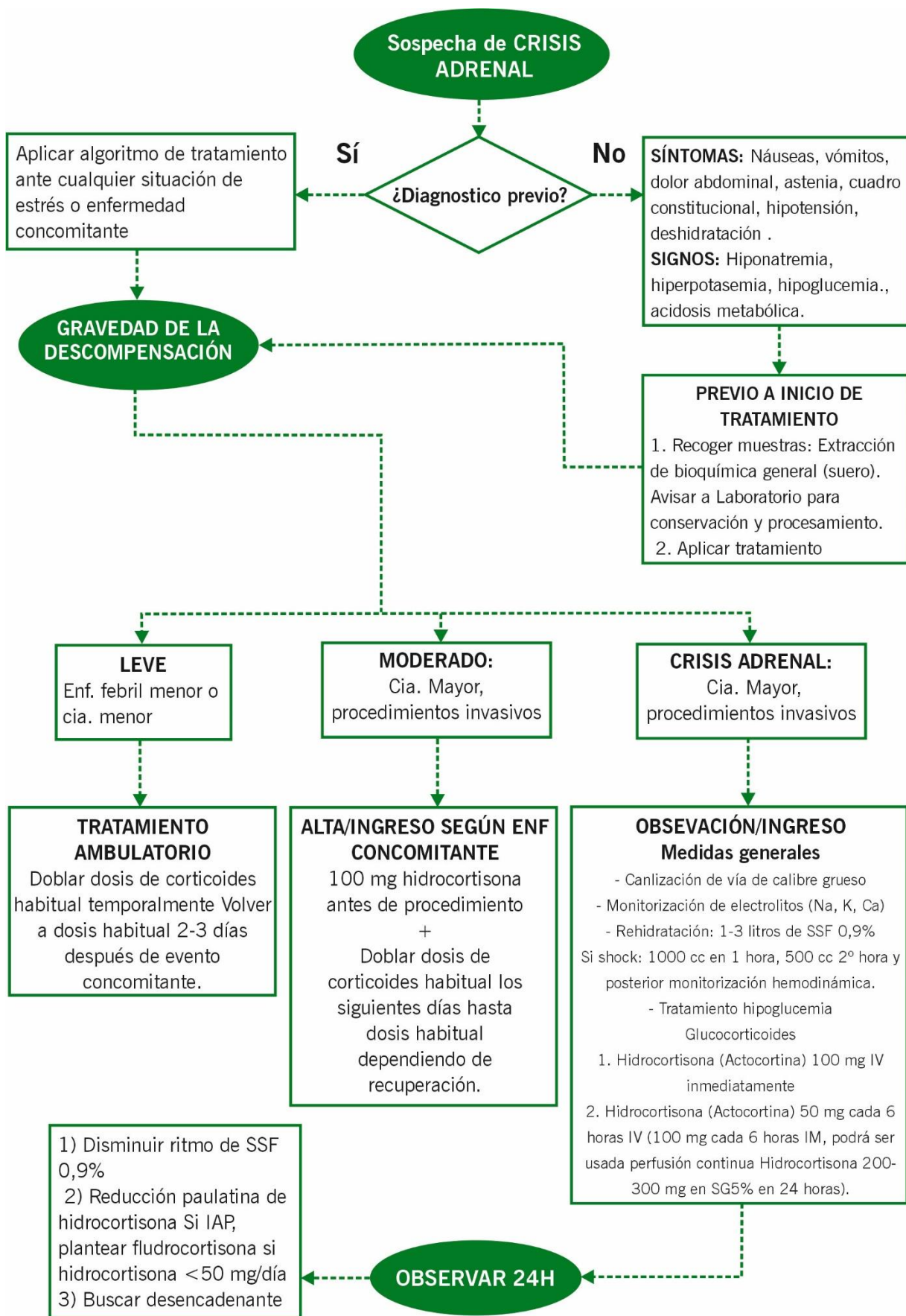
DIAGNÓSTICO

Los hallazgos bioquímicos son **hiponatremia, hiperpotasemia y azotemia** (causada por fracaso renal agudo prerrenal secundario a deshidratación), e **hipoglucemia no explicada**, sobre todo en niños. A menudo, el recuento plasmático revela **anemia normocítica, linfocitosis y eosinofilia**.

El tratamiento agudo es igualmente aplicable a los pacientes con panhipopituitarismo en tratamiento con corticoides, aunque en estos pacientes presentan menores trastornos hidroelectrolíticos y por tanto, no suelen requerir tratamiento con mineralocorticoides.

Se puede aportar la siguiente tarjeta identificativa a los pacientes:







BIBLIOGRAFÍA

1. Hahner S, Loeffler M, Bleicken B, et al. Epidemiology of adrenal crisis in chronic adrenal insufficiency: the need for new prevention strategies. *Eur J Endocrinol.* 2010; 162:597– 602.
2. Bornstein SR, et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* February 2016; 101(2):364 –389.
3. Meyer G, Neumann K, Badenhoop K, Linder R. Increasing prevalence of Addison's disease in German females: health insurance data 2008 –2012. *Eur J Endocrinol.* 2014;170:367–373. [L]
[SEP]
4. Hahner S, Loeffler M, Bleicken B, et al. Epidemiology of adrenal crisis in chronic adrenal insufficiency: the need for new prevention strategies. *Eur J Endocrinol.* 2010;162:597– 602.
5. Bancos I, Hahner S, Tomlinson J, Arlt W. Diagnosis and management of adrenal insufficiency. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015; 3:216 –226.
6. Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocr Rev.* 2000;21: 55– 89. [L]
[SEP]
7. Repping-Wuts HJ, Stikkelbroeck NM, Noordzij A, Kerstens M, Hermus AR. A glucocorticoid education group meeting: an effective strategy for improving self-management to prevent adrenal crisis. *Eur J Endocrinol.* 2013;169:17–22.