

# Insuficiencia suprarrenal



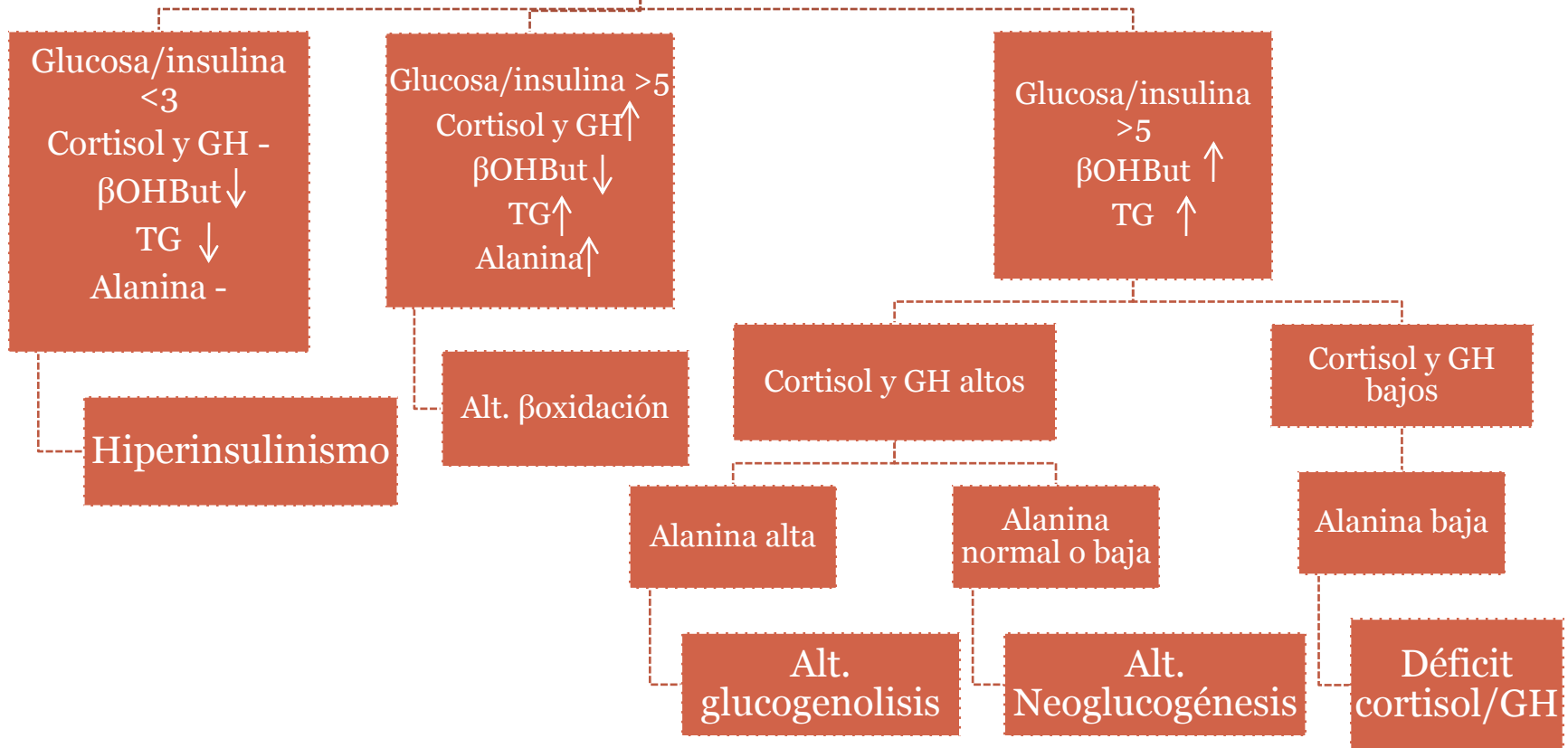
Pablo Jover Pastor (Rotatorio Pediatría)  
Tutora: Lorea Ruiz Pérez (Endocrinología Pediátrica)

# Anamnesis y exploración

- Lactante de 9 meses que acude por fiebre, decaimiento, rechazo de tomas y vómitos de 24 h de evolución. Glucemia capilar indetectable
- EXPLORACIÓN FÍSICA:
  - T<sup>a</sup> 38,2 °C, FC 160 lpm, TA 76/50 mmHg
  - Hiperpigmentación cutánea sobre todo en zona vulvar, nudillos y codos
  - Deshidratación leve
  - Resto de la exploración normal

# Diagnóstico diferencial

HIPOGLUCEMIA (<45 mg/dL)



## Pruebas complementarias

- Analítica sanguínea: leucocitos 14.000/mm<sup>3</sup>, Glucemia 74 mg/dl, Na 137 mmol/L, K 5,6 mmol/L, Cr 0,17mg/dl. Gasometría: ph 7,38, pO<sub>2</sub> 92 mmHg, pCO<sub>2</sub> 37 mmHg, HCO<sub>3</sub> 22,5 mmol/L
- Estudio hormonal: **cortisol 4,3 mcg/dl**, DHEAS 5,1 mcg/dl. **ACTH 4.797 pg/mL**, actividad renina plasmática >30 ng/ml/h, aldosterona 3,1 ng/dl, 17-OH-Progesterona 0,12 ng/mL
- RMN: glándulas suprarrenales ligeramente aumentadas
- Anticuerpos antiadrenales, antitiroideos, anti-GAD/IA2, ácidos grasos de cadena muy larga pendientes

# Diagnóstico y tratamiento

- DX: **INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA** de etiología en estudio
- Posible desencadenante infección por *influenza tipo A* (confirmado por PCR)
- Tratamiento:
  - Reposición de líquidos (suero glucosalino)
  - Hidrocortisona iv.
  - Fluor-hidrocortisona v.o

# Evolución

Buena evolución clínica. Pico febril aislado sin repercusión

Gasometría: K 6,6 mmol/L  
ECG: ondas T altas  
Ingreso en UCI 24 h para canalización de vía y monitorización

Se da el alta con tratamiento de mantenimiento  
Triplicar dosis en situación de estrés  
Seguimiento en consultas

# Revisión Literatura

Etiología:

## Congénitas

- Hiperplasia/hipoplasia suprarrenal
- Enfermedad perioxosomal (adrenoleucodistrofia)
- Enfermedades del genoma mitocondrial

## Adquiridas

- Autoinmune
- Infección
- Enfermedades por depósito
- Hemorragia suprarrenal

## Iatrógena

- Tóxicos
- Cirugía

# Revisión Literatura

- Crisis suprarrenal: puede ser primera manifestación de IS congénita o adquirida precipitada por situación de estrés
- Hallazgos analíticos típicos: hipoglucemia, hiponatremia, hiperpotasemia, acidosis metabólica y hemoconcentración

## Primer paso: determinación de cortisol y ACTH basales

1. Cortisol basal  $> 8-10 \mu\text{g/dl}$  o  $> 18-20 \mu\text{g/dl}$  en estrés: **normalidad**
2. Cortisol  $< 3 \mu\text{g/dl}$  en situaciones basales o  $< 5 \mu\text{g/dl}$  en estrés: **insuficiencia:**
  - ACTH  $> 100 \text{ pg/ml}$ : **insuficiencia primaria**
  - ACTH  $< 16 \text{ pg/ml}$ : **insuficiencia secundaria o terciaria**
  - ACTH normal: resultado no concluyente (hacer test de estimulación)
3. Valores intermedios de cortisol: no se descarta insuficiencia suprarrenal (hacer test de estimulación)

## Segundo paso: cronograma para pruebas de estimulación

1. Test con dosis estándar de ACTH ( $250 \mu\text{g}$ ):
  - Cortisol  $> 18-20 \text{ pg/ml}$ : **eje normal**
  - Cortisol  $< 18 \text{ pg/ml}$ : **posible insuficiencia secundaria o terciaria**

## Valorar posibilidad previa de test ACTH con dosis bajas<sup>7</sup>

2. Test de hipoglucemia insulínica (ausencia de contraindicaciones) o test de metopirona:
  - Cortisol  $> 18$ : **eje normal**
  - Cortisol  $< 18 \text{ pg/ml}$ : **insuficiencia secundaria o terciaria**
3. Test de CRF: permite localizar la deficiencia a nivel hipotalámico

Rica I, Grau G,  
Vela A.  
Insuficiencia  
Suprarrenal.  
Protoc diagn  
ter pediatr.  
2011; 1:166-76



# Bibliografía

- Rica I, Grau G, Vela A. Insuficiencia Suprarrenal. Protoc diagn ter pediatr. 2011;1:166-76
- Gussinyé M, Clemente MA, Yeste D, Carrascosa A. Diagnóstico diferencial de las hipoglucemias. Web de la seep. [en línea] [fecha de consulta: 22-II-2016]. Disponible en:  
<http://www.seep.es/privado/documentos/publicaciones/2002tief/cap04.pdf>
- Ros-Pérez P. Urgencias endocrinológicas en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2011; 1:268-83

