

EMERGENCIA METABÓLICA

E. Frigola Vila, M. Ribes Gonzalez, L. Gerones Domingo, A. Miralles Puigbert, E. Eslava Schmalbach, JM Torres Simon

Hospital De Palamós

INTRODUCCIÓN

La insuficiencia suprarrenal aguda (ISA) es una enfermedad infrecuente pero grave, causada por una producción defectuosa de esteroides suprarrenales. La crisis adrenal aguda es una emergencia médica que se presenta con manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que son claves una sospecha y un tratamiento rápidos, incluso antes de que se realice el diagnóstico.

RESUMEN DEL CASO

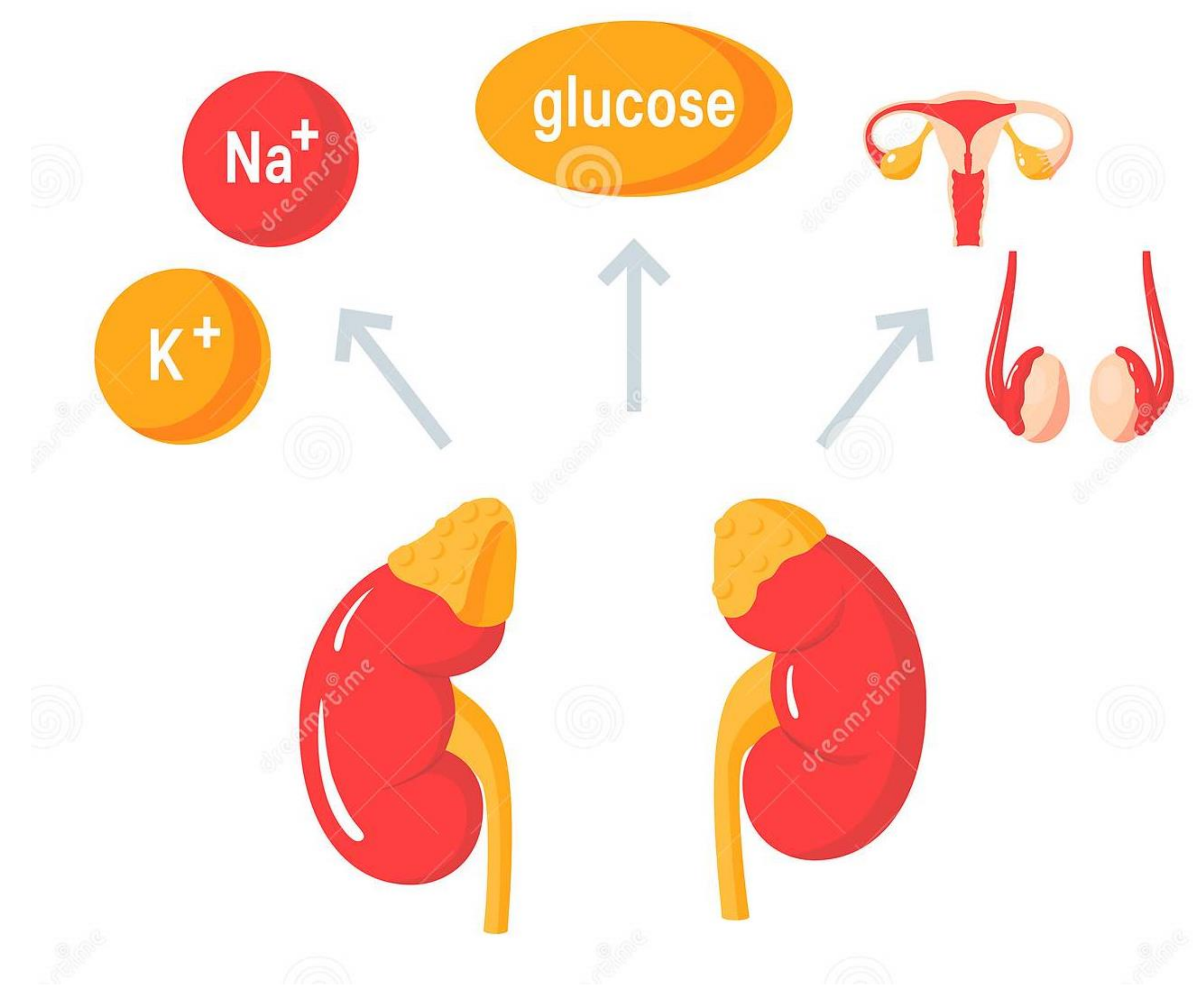
Niño de 4 años, residente en Rusia, sin antecedentes de interés, que es traído a urgencias por presentar desde hace 3 días sensación de mareo con imposibilidad para la marcha por debilidad, cefalea y vómitos. No diarreas, no fiebre, niegan consumo de tóxicos.

En urgencias TEP inestable por apariencia, constantes estables y afebril. Glucemia capilar 61 mg/dl. Regular estado general, postrado, hipoactivo, palidez cutánea con ojos hundidos, buena perfusión capilar. Glasgow 15, hipotonía, marcha inestable sin lateralización ni aumento de la base de sustentación. Resto de la exploración normal.

Ante signos clínicos de deshidratación se administra bolus de suero salino, se extrae gasometría y analítica que muestra hiponatremia 107.11mEq/L, hiperkaliemia 7.69mEq/L, hipocloremia 76.22 mmol/L, acidosis metabólica (pH 7.31, CO₂ 24.7, bicarbonato 14.9mmol/L, EB -12mmol/L) y hipoglucemia 55mg/dl. ECG que muestra ritmo sinusal con T picudas, sin otros hallazgos.

Ante sospecha de crisis adrenal con hiponatremia y hiperpotasemia graves se inicia tratamiento con bolo de Suero Salino Hipertónico 6% 2ml/kg, Bicarbonato 1/6M 20ml/kg, Gluconato cálcico 1mg/kg, perfusión de glucosado y bolus hidrocortisona 45mg. Se traslada a UCI-P en hospital de referencia, presenta buena evolución durante el ingreso.

Dentro del estudio solicitado destaca resultado positivo de anticuerpos antiadrenales de 1:640 (positivo 1:20), por lo que se diagnostica de ISA autoinmune.



CRISIS ADRENAL



SOSPECHAR

- Hiperpigmentación de piel y mucosas.
- Dolor abdominal, vómitos, fiebre.
- Anorexia, malestar, pérdida de peso, astenia...
- HipoNa, hiperK, hipoglucemia, acidosis metabólica.

CONCLUSIONES

Ante cualquier cuadro clínico de aparición brusca, sin causa definida, que se acompañe de alteración hemodinámica o trastornos electrolíticos marcados (hiponatremia, hiperpotasemia) o de una hipoglucemia, se debe tener en cuenta la crisis adrenal en el diagnóstico diferencial, requiriendo un tratamiento rápido con líquidos, corticoides y corrección de los trastornos electrolíticos.

La etiología es variada y debe orientarse en función de la edad. La causa principal en lactantes es la hiperplasia suprarrenal congénita y la hemorragia suprarrenal. En niños la causa predominante es la corticoterapia, comenzando a tomar relevancia la etiología autoinmune (15% de primarias). Puede presentarse de forma aislada o como síndrome poliglandular autoinmune.

En nuestro caso se diagnosticó de ISA autoinmune por la positividad de los anticuerpos antiadrenales y se descartó un síndrome poliglandular.