

Estudio de caso

Manejo de crisis suprarrenal en urgencias, a propósito de un caso

Daniela Seguel¹, Felipe Valenzuela¹, Victoria Varas¹, Pablo Pérez¹, Francisco Muñoz².

1. Universidad Católica del Maule, Talca, Chile, 2. Hospital Regional de Talca, Talca, Chile.

**Correspondencia: dani.seguel.m@gmail.com*

Introducción: La crisis suprarrenal (CS) corresponde a una complicación aguda de la insuficiencia suprarrenal (ISR). La incidencia de ISR es de 5,5 casos/millón, mientras que la incidencia de la CS es de 6,3/100 paciente-año en pacientes con ISR. La presentación clínica es inespecífica lo que la configura como una emergencia potencialmente mortal, requiriendo alto grado de sospecha diagnóstica y tratamiento inmediato. A continuación se relata caso de hombre de 70 años que se presenta al servicio de urgencias por crisis suprarrenal. **Presentación del caso/métodos:** Paciente masculino de 70 años con antecedentes de insuficiencia suprarrenal diagnosticada hace 3 meses. Consulta por cuadro de vómitos de contenido alimenticio, tos seca, compromiso del estado general y mareos de 4 días de evolución. Refiere suspender tratamiento con glucocorticoides hace un mes. Al examen: hipotensión, llene capilar límite, resto sin alteraciones. Laboratorio: sodio 120 mEq/L, potasio 6.46 mEq/L, cloro 91.4 mEq/L. Por sospecha de crisis suprarrenal se inicia manejo con hidrocortisona. **Resultados/conclusión:** La CS se caracteriza clínicamente por depleción de volumen e hipotensión, debido al déficit de mineralocorticoides. El laboratorio evidencia hiperpotasemia e hiponatremia, producidas por deficiencia de mineralocorticoides asociada a secreción inadecuada de hormona antidiurética, secundario a deficiencia de cortisol, lo que conduce a pérdida de sodio urinario y depleción del volumen plasmático con aumento de urea sérica. El manejo debe ser inmediato, se basa en volemiar con solución salina 0.9%, 1 a 3 litros en 12 a 24 horas y aporte de glucocorticoides, hidrocortisona 100 mg en bolo endovenoso y luego 50 mg cada 6 u 8 horas (dosis de 150 a 200 mg/día). Debido a la presentación inespecífica del cuadro, la alta sospecha clínica, especialmente en pacientes con antecedente de ISR es la piedra angular del diagnóstico y las pruebas de laboratorio no deben retrasar en ningún momento el tratamiento. El tratamiento de elección es la hidrocortisona, ya que tiene efecto mineralocorticoide. Se debe mantener monitorizado, evaluando signos vitales y buscando la etiología desencadenante, donde lo más frecuente suelen ser trastornos gastrointestinales, infecciones, o incluso el debut de una ISR.