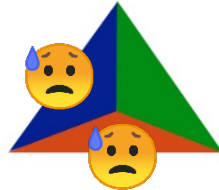


Crisis suprarrenal en niño mayor: una urgencia endocrinológica grave y poco frecuente.

A. García Díaz, B. Díez de los Ríos Quintanero, I. del Campo Cano, M.J. Pérez García
Servicio de Pediatría Hospital Puerta de Hierro Majadahonda

Introducción: Cuadro grave causado por déficit de mineralocorticoides y glucocorticoides. Cursa con vómitos, deshidratación, irritabilidad, hipotensión y taquicardia, mostrando alteraciones analíticas como hipoglucemia, hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica.



1. Evaluación inicial:

TEP alterado (Circulatorio y Apariencia)

2. Evaluación 1ª: (ABCDE):

FC: 150 lpm y TA 87/57 mmHg (p27/69). Sat O2: 100% Glucemia: 40 mg/dL. Tº: 36.8°C. REG e irritabilidad.

3. Evaluación 2ª (SAMPLE):

Dolor abdominal de 24 horas de evolución, 4 vómitos alimenticios y nicturia, sin otra sintomatología de interés. Signos de deshidratación y cierta hiperpigmentación de piel y mucosas.

Comentario: La crisis suprarrenal aguda es un cuadro muy grave y poco frecuente después de los primeros meses de vida, por lo que es importante un adecuado manejo y tratamiento inmediato ante la menor sospecha.

SHOCK COMPENSADO CON HIPOGLUCEMIA

ESTABILIZACIÓN INICIAL

- Monitorización, canalización de dos vías y analítica.
- Bolo de glucosado al 10% y expansión con cristaloides (hasta 40 cc/kg).

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

- PPCC: Na: 121 mmol/L pH: 7.22 HCO3: 11 EB -18.4 y A.láctico: 1.5 EFNa orina: 3%
- Reposición electrolítica: HCO3 + Glucosalino ½ + glucosado 5/10%.
- Evolución: Glucemias: 42 y 48 mg/dl, Na: 125 y 118 mmol/l EFNa: 5.8% FC: 160 lpm.

SOSPECHA DIAGNÓSTICA

- Vómitos + deshidratación + hiperpigmentación + Hipoglucemia + acidosis + hiponatremia + EFNa alto ➔ **CRISIS SUPRARRENAL AGUDA.**
- Estudio hormonal: ACTH: 2000pg/ml y ac antiadrenales positivos
- Hidrocortisona IV
- Traslado a UCIP