



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Licenciatura

Medicina Humana

Materia

Clínicas medicas complementarias.

Docente

Dra. Karen Michelle Bolaños Pérez

Trabajo

Mapa conceptual de insuficiencia suprarrenal.

Estudiante

Kevin Jahir Kraul Borrallés

Grado y grupo

7 semestre

Grupo "A"

Parcial 1

Tapachula, Chiapas

10 de septiembre de 2025

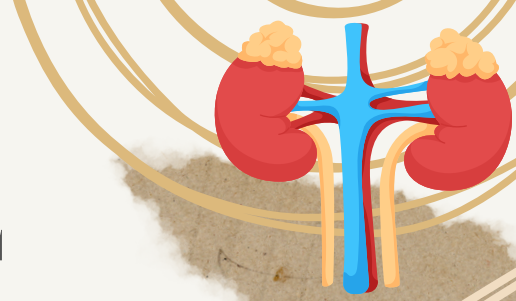
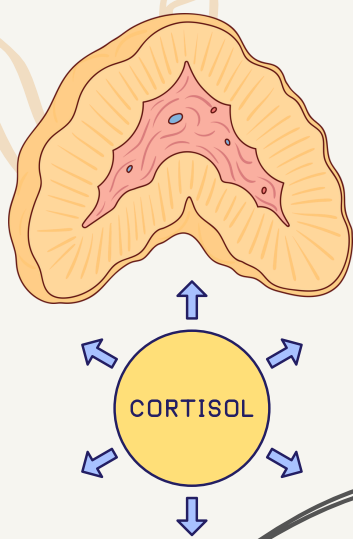
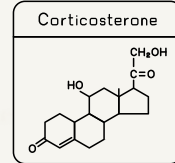
Bibliografía

Harrison, Principios de medicina interna (Loscalzo, Fauci, Kasper.) 2022, 21 edición.

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

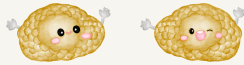
Definición

- Síndrome clínico por deficiencia de glucocorticoides, con o sin déficit de mineralocorticoides y andrógenos.
- Puede ser primaria (daño adrenal) o secundaria/terciaria (hipófisis/hipotálamo).



Epidemiología

Prevalencia de 5 en 10000 en toda la población



Manifestación clínica

Caracterizada por la pérdida de la secreción de glucocorticoides y de mineralocorticoides

Diagnóstico ISA

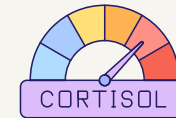
Prueba corta con prueba de cosintropina.

Medir la ACTH



Tratamiento

Sustitución de glucocorticoides debe ser igualada a una dosis fisiológica diaria de cortisol.



Etiología

Ocasionada por la suprarrenalitis autoinmunitaria

Síndrome poliglandular autoinmunitario

La APSI

Herencia poligenica asociada a HLA-DR3

Subyace

Poliendocrinología
candidiasis
distrófica
ectodérmica
autoinmunitaria

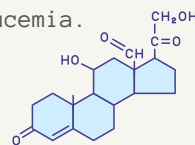
Más frecuentes

- Fatiga.
- Falta de energía.
- Pérdida de peso.
- Anorexia.
- Mialgias.
- Dolor articular.
- Fiebre.

Menos frecuentes

Anemia normocítica.
Linfocitosis.
Eosinofilia

TSH + Hipoglucemia.



Genético

Como tiene prevalencia de origen genético en el HLA se tiende a hacer un estudio de este tipo

Análítico

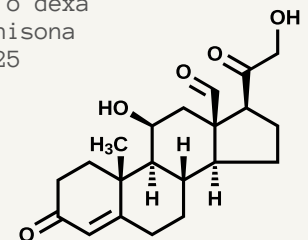
Una vez confirmada la insuficiencia se cuantifican la ACTH lo que define concentraciones altas o inapropiadamente bajas definen el origen primario y secundario.

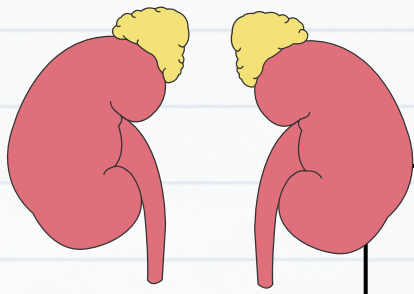
Hidrocortisona

15 a 25mg 2 o 3 dosis.
1mg, 1.6mg de acetato o dexametasona o prednisona 0.25

Fludrocortisona

100 a 150 ug dosis inicial.





PRIMARIA

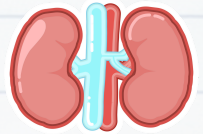
ETIOLOGIA

La causa más frecuente es por una suprarrenalitis autoinmunitari a aislada causa un 30-40% de los casos, en tanto que el 60-70% cursa con insuficiencia suprarrenal.

EL ORIGEN MAS FRECUENTE DE LA ENFERMEDD ES HIPOTALAMICO-HIPOFISIARIA CON UNA PREVALENCIA DE 3 EN 10,000. MIENTRAS QUE LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA TIENE UNA PREVALENCIA DE 2 EN 10,000

SUBYACE EN

Destrucción de las glándulas suprarrenales como consecuencia de una infección, hemorragia o infiltración



CLÍNICA

- Pérdida en la secreción de glucocorticoides y mineralocorticoides (dolor abdominal, náuseas, vómitos, mareo)
- Alteración en la secreción de andrógenos
- Hiperpigmentaciones expuestas a fricción o fuerzas de cizallamiento y aumenta con la exposición a la luz solar
- Hiponatremia e Hiperpotasemia

DIAGNÓSTICO

- Prueba rápida de consitropina concentraciones de cortisol $<450-500\text{nmol/L}$ con muestras obtenidas en 30-60 minutos después de estimulación con ACTH.
- Mediciones de ACTH
- Cuantificación de renina
- Identificación de anticuerpos
- Estudios de imagen

TX DE REMPLAZO

Administración oral de 15 a 25 mg de hidrocortisona en dos o tres dosis divididas.
0.2 mg de prednisolona.
0.25 mg de prednisona

SECUNDARIA

ETIOLOGIA

Disfunción del eje
hipotalámicohipofisario del eje
HPA
Tumores hipotalámicos o
hipofisarios o su tratamiento
con cirugía y radiación

SUBYACE EN

Hipoplejia hipofisaria
Adenoma hipofisario infartado
o disminución del aporte
sanguíneo a la hipófisis

CLÍNICA

- Deficiencia de glucocorticoides (fatiga, pérdida de peso, anorexia, fiebre, mialgia, anemia normocrómica, hipoglucemia)
- Alteración en la secreción de andrógenos Palidez marcada

DIAGNÓSTICO

- Prueba rápida de consitropina
concentraciones de cortisol $<450-500\text{nmol/L}$ con muestras obtenidas en 30-60 minutos después de estimulación con ACTH.
- Mediciones de ACTH

TX DE REMPLAZO

Se inicia con una dosis de 100 a 150 μg de fludrocortisona.

