



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 Borralles

Grado y grupo

7 semestre

Grupo "A"

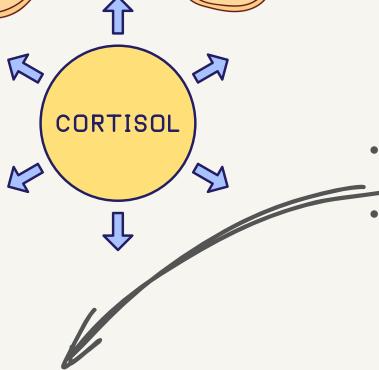
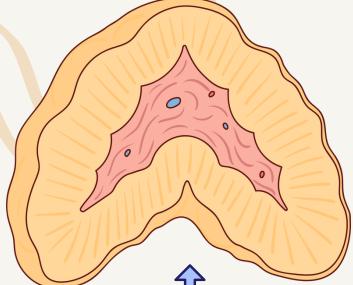
Parcial 1

Tapachula, Chiapas

10 de septiembre de 2025

Bibliografía

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



Epidemiología

Prevalencia de 5 en 10000 en toda la población



Etiología

Ocasionada por la suprarrenalitis autoinmunitaria

Síndrome poliglandular autoinmunitario

La APSI

Herencia poligenica asociada a HLA-DR3

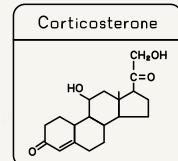
Subyace

Poliendocrinología candidiasis distrofica ectodermica autoinmunitaria

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).



Manifestación clínica

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

Más frecuentes

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

Menos frecuentes

- Anemia normocítica.
- Linfocitosis.
- Eosinofilia
- TSH +
- Hipoglucemias.



Diagnóstico ISA

Prueba corta con prueba de cosintropina.

Medir la ACTH



Genético

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

Analítico

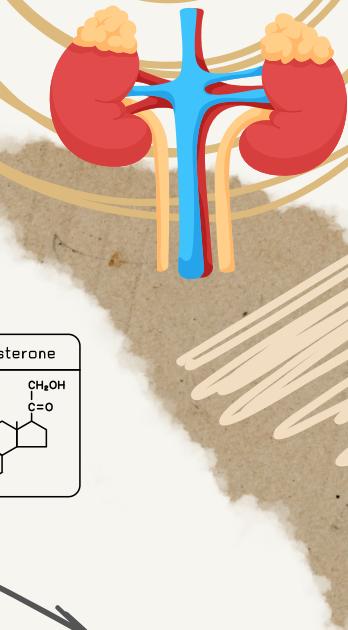
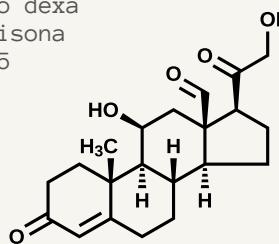
Una vez confirmada la insuficiencia se cuantifican la ACTH lo que concentraciones altas o inapropiadamente bajas definen el origen primario y secundario.

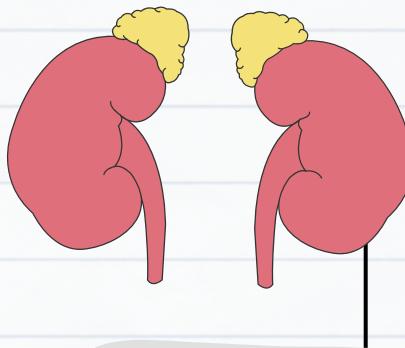
Hidrocortisona

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

Fludrocortisona

100 a 150 ug dosis inicial.





PRIMARIA

ETIOLOGIA

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

EL ORIGEN MAS FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD 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

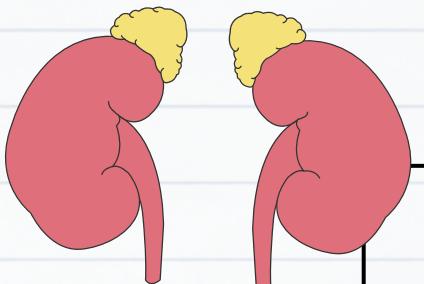
- Perdida en la secreción de glucocorticoides y mineralocorticoides (dolor abdominal, náuseas, vómitos, mareo)
- Alteración en la secreción de andrógenos
- Hiperpigmentaciones expuestas a fricción o fuerzas de cizallamiento y aumenta con la exposición a la luz solar
- Hiponatremia e Hipertotasemia

DIAGNÓSTICO

- Prueba rápida de constropina concentraciones de cortisol <450-500nmol/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

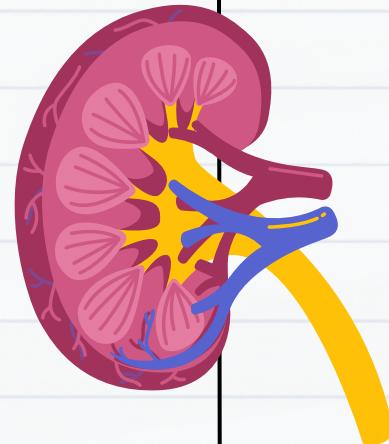
Administración oral de 15 a 25 mg de hidrocortisona en dos o tres dosis divididas.
0.2 mg de prednisolona.
0.25 mg de prednisona



SECUNDARIA

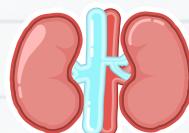
ETIOLOGIA

- Disfunción del eje hipotalámicohipofisiario del eje HPA
- Tumores hipotalámicos o hipofisiarios o su tratamiento con cirugía y radiación



SUBYACE EN

- Hipopituitarismo
- Adenoma hipofisiario 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 constropina concentraciones de cortisol <450-500nmol/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.