



CATEDRATICO:
BOLAÑO PEREZ KAREN

MATERIA:
CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

SEMESTRE:
7mo SEMESTRE

ACTIVIDAD:
MAPA CONCEPTUAL DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

ALUMNO:
DEYLER ANTONI HERNANDEZ GUTIERREZ

CARRERA:
MEDICNA HUMANA

FECHA DE ENTREGA:
12/09/2025

INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

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.

Causas subyacentes

Poliendocrinopatía -candidiasis-distrofica ectodérmica autoinmunitaria, de origen autosómico recesivo por mutación en el gen AIRE

APS2: Es más prevalente siendo de origen poligénica asociada con el gen HLA-DR3

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

CLINICA

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 Hipopotasemia

REEMPLAZO DE GLUCOCORTICOIDEOS

Administración oral de 15 a 25 mg de hidrocortisona en dos o tres dosis divididas. La equipotencia puede asumirse en 1 mg de hidrocortisona, 1.6 mg de acetato de cortisol, 0.2 mg de prednisolona, 0.25 mg de prednisona y 0.025 mg de dexametasona.

EPIDEMIOLOGIA

EL ORIGEN MÁS FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD ES HIPOTALÁMICO-HIPOFISARIO CON UNA PREVALENCIA DE 3 EN 10,000. MIENTRAS QUE LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL PRIMARIA TIENE UNA PREVALENCIA DE 2 EN 10,000.

Disfunción del eje hipotalámico-hiopofisiario del eje HPA

Causas:

Tumores hipotalámicos o hipofisiarios o su tratamiento con cirugía y radiación

HIPOPLEJIA HIPOFISARIO

Causas:

Adenoma hipofisiario infartado o disminución del aporte sanguíneo a la hipófisis

DEFICIENCIA AISLADA DE ACTH

Causas:

Enf. autoinmunitaria o infiltración hipofisiaria.

CLINICA

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

DX

Prueba rápida de constropina concentraciones de cortisol <450-500 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

REEMPLAZO CON MINERALOCORTICOIDEOS

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

En pacientes que viven o viajan a regiones con condiciones climáticas calurosas o tropicales, la dosis de fludrocortisona debe aumentarse de 50 a 100 µg durante el verano. También es necesario ajustar las dosis de mineralocorticoides durante el embarazo

SUSTITUCION DE ANDROGENOS

Administración de 25 a 50 mg de DHEA una vez al día. El tratamiento se supervisa con la cuantificación de DHEAS, androstenediona, testosterona y globulina transportadora de hormonas sexuales

Harrison, T. R., & Braunwald, E. (2002). Harrison, principios de medicina interna.