

CAMBIOS ELECTROCARDIOGRÁFICOS PSEUDOISQUÉMICOS EN CONTEXTO DE CRISIS SUPRARRENAL

CARLOS F. MANGANIELLO, ELVIO DI BERARDINO, LUCIANO SCHNEIDER MARIANA S. CALLEGARI, MARIANA R. HOERMANN, FLAVIA A. DOTTI

Servicio de Medicina Interna, Hospital de Bolívar Dr. Miguel Capredoni, Bolívar, Buenos Aires, Argentina

E-mail: cfmanganiello@hotmail.com

Mujer de 78 años con antecedentes de hipotiroidismo. Ingresó a la sala de Medicina interna por hipotensión arterial, episodios sincopales y bradipsiquia. Examen físico: TA: 70/40 mmHg, FC: 75 × min, FR: 18 × min, T°: 36°, ruidos cardíacos normales, sin signos de insuficiencia cardíaca, hiperpigmentación de la piel en los pliegues, periareolares y mucosa oral. Tacto rectal: negativo para melena. Laboratorio: hematocrito 36%, leucocitos 8300, plaquetas 186 000, urea 50, creatinina 1, Sodio 125 mEq/L, Potasio de 4.2 mEq/L. Electrocardiograma: cambios isquémicos extensos en cara anterior (Fig. 1), biomarcadores de daño cardíaco negativos y ecocardiograma sin trastornos en la motilidad parietal, función sistodiastólica biventricular conservada. Con sospecha

de crisis suprarrenal aguda se comenzó tratamiento parenteral urgente con solución hidrosalina y glucocorticoides. Se recibieron datos posteriores de laboratorio con TSH 8 mUI/L, ACTH 200 pg/ml (4 veces superior a nuestro valor de referencia), aldosterona 0.5 ng/dl, renina plasmática normal, cortisol plasmático 1.3 ug/dl (disminuido), anticuerpos anti-21-hidroxilasa positivos. Prueba Mantoux: negativa.

Tomografía de abdomen y pelvis: con atrofia adrenal bilateral. Se confirmó diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria de etiología autoinmune. Luego del tratamiento instaurado se observó normalización de los cambios electrocardiográficos (Fig. 2), de la tensión arterial y del estado de conciencia.

Figura 1 |

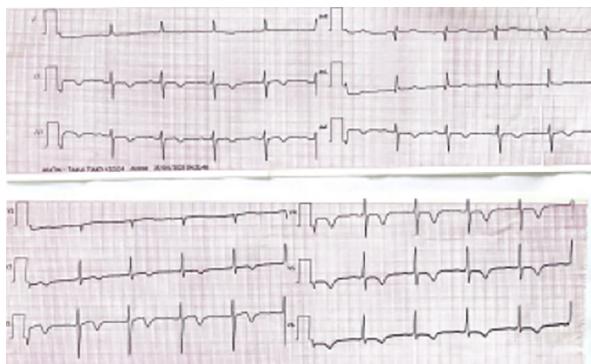


Figura 2 |

