



**16º CONGRESSO  
BRASILEIRO DE  
CLÍNICA MÉDICA 2021**  
6º Congresso Internacional de  
Medicina de Urgência e Emergência

**EVENTO  
HÍBRIDO**  
PRESENCIAL E VIRTUAL

CAMPINAS - SP  
08 A 11  
DE OUTUBRO  
2021

# DOENÇA DE ADDISON DIAGNOSTICADA NA VIGÊNCIA DE CRISE ADRENAL: RELATO DE CASO

Daniel de Lima Ferreira<sup>1</sup>; Leonardo Parr dos Santos Fernandes<sup>2</sup>; José Augusto Sgarbi<sup>2</sup>; Pascoal Tomazela Júnior<sup>2</sup>  
1. Discente de Medicina da Faculdade de Medicina de Marília; Endereço eletrônico: dani123lima35@gmail.com  
2. Docente da Faculdade de Medicina de Marília

## Introdução/Fundamentos

A insuficiência adrenal (IA) primária, também denominada doença de Addison (DA), pode ser definida como uma condição na qual há produção inadequada dos hormônios corticais em virtude de patologias que acometem a própria glândula adrenal, caracterizando-se pelo comprometimento da função adrenocortical e resultando em deficiência glicocorticoide, mineralocorticoide e/ou androgênica. A DA apresenta sinais e sintomas inespecíficos e insidiosos, dificultando o diagnóstico nas fases iniciais da doença. Assim, muitos casos são diagnosticados apenas na vigência de crise adrenal, complicação grave e potencialmente fatal.

Mesmo apresentando os sinais e sintomas clássicos de DA, o diagnóstico pode ser difícil por se tratar de uma doença pouco comum. Em virtude da potencial letalidade do quadro, torna-se importante a descrição de casos como este, haja vista que podem auxiliar com que o profissional considere a IA primária nos diagnósticos diferenciais de situações como esta.

## Objetivos

Relatar um caso clínico de doença de Addison, diagnosticada na vigência de crise adrenal, em paciente previamente sintomático, porém sem diagnóstico anterior de insuficiência adrenal.

## Descrição do Caso

Paciente masculino, 76 anos, deu entrada no Pronto-Socorro de um Hospital Universitário devido à dispnéia progressiva e bradicardia. Paciente relatava que há cerca de um mês iniciara quadro de inapetência, náusea, vômitos e perda ponderal não intencional de 7kg. Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, taquípneico, bradicárdico (35 bpm), hipotenso (80 x 60 mmHg) e com hiperpigmentação de mucosa oral e de cicatrizes recentes. Exames laboratoriais evidenciaram hipercalemia (9,2 mEq/L), hiponatremia (127mEq/L), hipoglicemia (36 mg/dL) e um eletrocardiograma sugestivo de bloqueio atrioventricular total. Paciente foi encaminhado para a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), sendo implantado marca-passo transvenoso e instituídas medidas para correção da instabilidade hemodinâmica e dos distúrbios hidroeletrólíticos e glicêmicos.

No entanto, apresentou apenas melhora parcial do quadro, com necessidade de manutenção da pressão arterial com drogas vasoativas, tendo insucesso nas tentativas de desmame. Diante disso, aventou-se a hipótese de DA, a qual pôde ser confirmada pela dosagem sérica de cortisol diminuída (2,9 µg/dL) e a de ACTH aumentada, em associação aos achados clínicos supracitados. Após introdução de corticoterapia, houve melhora gradativa do quadro e o paciente recebeu alta estável e assintomático após 7 dias em leito de UTI e 14 dias em enfermaria. Foi encaminhado ao ambulatório de Endocrinologia

e Metabologia da instituição para manter acompanhamento clínico da insuficiência adrenal e para definição etiológica.

## Discussão

As principais manifestações clínicas da DA são decorrentes da inadequada produção e secreção dos hormônios adrenocorticais e incluem astenia, fadiga, anorexia, náusea, vômitos, dor abdominal, hipotensão, perda ponderal e hiperpigmentação cutânea e mucosa. Sintomas como esses costumam ser insidiosos, atrasando e dificultando o diagnóstico de tal patologia. Talvez por isso cerca de 25% dos pacientes com DA sejam diagnosticados na vigência de uma crise adrenal, como ocorreu no caso relatado.

A crise adrenal é caracterizada por hipotensão e choque, desidratação, cianose ou palidez, febre, apatia e desorientação. Laboratorialmente, os principais achados são os mesmos encontrados no caso descrito, ou seja, hiponatremia e hipercalemia, causadas pela diminuição da reabsorção tubular renal de sódio e pela diminuição da secreção renal de potássio, ambas resultantes do déficit mineralocorticoide. Na IA primária, diferente da IA secundária, há a presença de hiperpigmentação cutâneo-mucosa, ACTH elevado e hipercalemia, confirmando o diagnóstico do caso apresentado.

## Conclusões/Considerações Finais

A apresentação clínica inicial da doença de Addison pode dificultar e atrasar o diagnóstico mesmo nos casos em que há um quadro típico. Assim, a identificação precoce de sinais e sintomas sugestivos pode auxiliar que o tratamento adequado seja instituído antes que ocorram complicações como a crise adrenal.

## Referências Bibliográficas

- BARTHEL, A. et al. An update on Addison's disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes*, Heidelberg, v. 127, n. 2, p. 165-175, fev. 2019. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30562824>>. Acesso em: 03 abr. 2020.
- BORNSTEIN, S. R. et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, New York, v. 101, n. 2, p. 364-389, fev. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4880116/>>. Acesso em: 24 mar. 2020.
- FARES, A. B.; SANTOS, R. A. Conduct protocol in emergency: acute adrenal insufficiency. *Rev Assoc Med Bras*, São Paulo, v. 62, n. 8, p. 728-734, nov. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v62n8/0104-4230-ramb-62-08-0728.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2020.
- TUCCI, V.; SOKARI, T. The clinical manifestations, diagnosis, and treatment of adrenal emergencies. *Emerg Med Clin North Am*, Philadelphia, v. 32, n. 2, p. 465-484, mai. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24766944>>. Acesso em 30 mar. 2020.
- VILAR, L. *Endocrinologia clínica*. 6. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.