

INSUFICIÊNCIA ADRENAL PRIMÁRIA COM ATRASO NO DIAGNÓSTICO APESAR DA APRESENTAÇÃO CLÍNICA CLÁSSICA: RELATO DE CASO

Leonardo Pedro Salesse¹, Brenda Henschel Tridapalli², Ariane Badotti³, Amanda Meneses Ferreira Lacombe⁴.

1. Departamento de Clínica Médica da Universidade do Vale do Itajaí – leonardopedrosalesse@gmail.com
2. Departamento de Clínica Médica da Universidade do Vale do Itajaí – brendatrida30@gmail.com
3. Unidade de Internação Clínica do Hospital Unimed Litoral – aribadotti@hotmail.com
4. Departamento de Clínica Médica da Universidade do Vale do Itajaí e Unidade de Internação Clínica do Hospital Unimed Litoral – amflacombe@univali.br

Introdução/Fundamentos: A doença de Addison (DA), resulta da destruição do córtex adrenal e é caracterizada pela deficiência na produção e secreção de glicocorticoides, mineralocorticoides e andrógenos. O diagnóstico e manejo adequados são fundamentais uma vez que pacientes com DA podem apresentar como emergência clínica a crise adrenal. Apesar de muitos dos sintomas desta condição serem inespecíficos, alguns sinais clínicos são muito característicos e, se presentes, devem chamar a atenção para este diagnóstico, evitando atrasos.

Objetivos: Relatar o caso de um paciente com sinais e sintomas típicos de DA, mas com diagnóstico tardio. **Delineamento/Métodos:** Relato de caso e revisão da literatura. **Resultados:** J.R.B., masculino, 41 anos, refere que há três anos vem com inapetência, náuseas, vômitos, astenia e perda ponderal progressiva; há um ano passou a apresentar, também, hiperpigmentação cutânea difusa. Foi avaliado por diversas especialidades (gastroenterologia, infectologia) e passou por uma internação hospitalar, na qual apresentava hiponatremia e glicemia limítrofe, mas não foi aventada a hipótese diagnóstica de DA. Há sete meses passou por uma segunda internação, tendo os sintomas (astenia importante, náuseas e vômitos, sonolência) e sinais clínicos (desidratação, perda ponderal > 15% do peso inicial, hipotensão postural e hiperpigmentação cutaneomucosa), juntamente com a complementação laboratorial (Na⁺ 112 mmol/L; K⁺ 4,4 mEq/L; Cr 1,77 mg/dL; TSH 5,07 mUI/L), resultado na avaliação dos exames cortisol e ACTH, que resultaram compatíveis com o diagnóstico de IAP (Cortisol = 0,1 mcg/dL e ACTH= 1214 pg/mL). Ainda antes do resultado destes exames ter sido liberado o paciente já havia recebido hidrocortisona endovenosa com melhora clínica importante. Hoje, após 6 meses do diagnóstico, paciente vem em uso da terapia de reposição padrão-ouro hidrocortisona oral 20 mg ao acordar e 10 mg às 14h e fludrocortisona 50 mcg pela manhã e apresenta-se assintomático, com resolução completa dos sintomas e resolução parcial da hiperpigmentação cutaneomucosa. **Conclusões/Considerações finais:** A hiperpigmentação cutaneomucosa é uma das características mais particulares da DA e, ainda que possa ser a

manifestação de outras doenças da prática clínica, quando associada a sintomas como estes aqui relatados, deve alertar para este diagnóstico. Com este relato demonstramos que a falta de informação sobre a doença é mais um contribuinte para a sua gravidade.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Addison, insuficiência adrenal primária, glicocorticoide.