



XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA INTERNA GENERAL 2011

Area de interés: Medicina Clínica _____

Autor responsable: Rosario Tiramonti _____

Dirección: Directorio 2037, Capital Federal _____

e-mail: gastonhoffner@yahoo.com.ar _____

Áreas de Interés

- 1- CARDIOLOGIA
- 2- DERMATOLOGIA
- 3- DOLOR Y ANALGESIA
- 4- EDUCACION MEDICA / RESIDENCIAS MEDICAS
- 5- ENDOCRINOLOGIA / METABOLISMO / NUTRICION
- 6- EPIDEMIOLOGIA CLINICA
- 7- FARMACOLOGIA / TERAPEUTICA / TOXICOLOGIA
- 8- GASTROENTEROLOGIA
- 9- GERONTOLOGIA
- 10- HEMATOLOGIA
- 11- HEPATOLOGIA
- 12- HIPERTENSION ARTERIAL
- 13- INFECTOLOGIA
- 14- INFORMÁTICA MEDICA
- 15- NEFROLOGIA
- 16- NEUMONOLOGIA
- 17- NEUROLOGIA
- 18- ONCOLOGIA
- 19- REUMATOLOGIA
- 20- SISTEMAS DE ATENCION MEDICA

SINDROME POLIGLANDULAR: SOBRE UN CASO CLINICO

Autores: R Tiramonti, S Leiva, R Blanco, L Mauriño, G Bonino, A Vilela
Clínica Santa Isabel, CABA

Introducción: Se define como Síndrome Poliglandular Autoinmune a aquella entidad caracterizada por la coexistencia de por lo menos 2 trastornos glandulares. Existen 4 subtipos siendo los más frecuentes el tipo I caracterizado por hipoparatiroidismo, enfermedad de Addison, candidiasis mucocutánea e hipogonadismo; y el tipo II enfermedad tiroidea autoinmune, Enfermedad de Addison y Diabetes autoinmune. Nuestro propósito es mostrar un caso de una entidad poco frecuente cuya sospecha pudo llevarnos al diagnóstico y a partir del mismo a su tratamiento adecuado.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 25 años de edad con antecedentes de Diabetes tipo I y gastroparesia que consulta por náuseas, vómitos y dolor epigástrico asociado a sudoración profusa. A su ingreso presentaba glucemia de 60 mg/dl por lo que se inicia tratamiento con glucosado hipertónico con respuesta parcial. Evoluciona con vómitos incoercibles sin respuesta a antieméticos. Al examen físico lúcido, normohidratado, presentaba tensión arterial 90/60 mmHg, frecuencia cardíaca 70 latidos por minuto, afebril, abdomen blando, depresible, indoloro con ruidos hidroaéreos positivos, el resto del examen sin hallazgos patológicos. Dentro de los exámenes complementarios presentaba un laboratorio con Sodio: 127 meq/dl, Potasio de 4.5 meq/dl y Cloro de 91 meq/dl, Estado Acido Base: PH: 7.42 PCO₂: 33 Sat: 100 EB: -2 HCO₃: 21, Ionograma urinario: Sodio: 111 Potasio: 55 Cloro: 102 Urea: 15 Creatinina: 85; Radiografía de tórax: distensión de cámara gástrica; Ecografía abdominal sin alteraciones patológicas. Se interpreta el cuadro como hiponatremia sintomática con LEC normal y se inicia reposición con solución hipertónica sin respuesta. Se solicita TSH (con un valor de 34) y cortisolemia (con un valor de 0,4) con la finalidad de caracterizar dicha hiponatremia. Al constatarse dichas fallas glandulares se interpreta el cuadro como un Síndrome Poliglandular tipo II e inicia hidrocortisona y hormona tiroidea. Evoluciona con mejoría de los síntomas y de la natremia decidiéndose su egreso sanatorial con Levotiroxina 75 mcg por día e Hidrocortisona 15/5 mg x día.

Comentario: El Síndrome Poliglandular es una entidad poco frecuente y subdiagnosticada. Es importante remarcar que ante la presencia de una falla glandular en un contexto autoinmune es de buena práctica buscar la presencia de alteración en otra glándula, ya que con mayor frecuencia a la esperada se encuentran asociaciones conformando alguno de los subtipos correspondientes a esta enfermedad. Esto permite un tratamiento precoz así como la disminución en el número de complicaciones. El otro punto a destacar es la búsqueda en familiares de primer grado, ya que ha sido descrito un 50% de posibilidades de hallarlo en este grupo.

Sede de SAMIG : Paraguay 2535 PB "A" - Ciudad de Buenos Aires.
Horario: lunes a jueves de 13 hs a 17 hs y viernes de 8 hs a 12 hs.
TE (5411) 4964-4005 - Mail: samig@pccp.com.ar