

Insuficiencia suprarrenal aguda por metástasis suprarrenales secundarias a melanoma cutáneo

Andreu Simó-Servat^{1,2}, Paula García-Sancho de la Jordana^{1,2}, Eduard Montanya^{1,2,3}

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España

²Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge (IDIBELL). L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona). España

³Centro de Investigación Biomédica en Red Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM). Universitat de Barcelona. Barcelona. España

Recibido: 17/01/2018

Aceptado: 12/03/2018

En línea: 30/04/2018

Citar como: Simó-Servat A, García-Sancho de la Jordana P, Montanya E. Insuficiencia suprarrenal aguda por metástasis suprarrenales secundarias a melanoma cutáneo. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2018 (Abr); 3(1): 32-33.

Autor para correspondencia: Andreu Simó-Servat. andreusimoservat@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Insuficiencia suprarrenal primaria
- ▷ Metástasis suprarrenales bilaterales
- ▷ Melanoma maligno

Keywords

- ▷ Primary adrenal insufficiency
- ▷ Bilateral adrenal metastases
- ▷ Malignant melanoma

Resumen

La insuficiencia suprarrenal primaria es una urgencia vital que requiere tratamiento sustitutivo sin demora. Clínicamente se puede presentar con síntomas inespecíficos, por lo que su sospecha diagnóstica en algunas ocasiones puede suponer un reto. Las metástasis suprarrenales bilaterales están bien descritas, pero raramente desencadenan insuficiencia suprarrenal. Ilustramos un caso de melanoma maligno que requirió asistencia inmediata en Urgencias con hidrocortisona.

Abstract

Primary adrenal insufficiency is a vital emergency that requires a substitute treatment without delay. Clinically, it can present with nonspecific symptoms, so that its diagnostic suspicion can sometimes be a challenge. Bilateral adrenal metastases are well described but they uncommonly trigger adrenal insufficiency. We illustrate a case of malignant melanoma that required immediate emergency assistance with hydrocortisone.

Puntos destacados

- ▷ Presentamos un caso excepcional de Addison por metástasis suprarrenales de melanoma, que destruyen el 90% de las glándulas. A pesar de ser una forma de presentación poco habitual, se debe sospechar ante cualquier neoplasia y no demorarse en el tratamiento.

presencia de insuficiencia suprarrenal primaria por metástasis en pacientes con melanoma maligno es excepcional.

Caso clínico

Varón de 60 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y afecto de melanoma cutáneo acral en muslo derecho en estadio IV con metástasis en el momento del diagnóstico a nivel ganglionar, hepático y en ambas glándulas suprarrenales. En tratamiento con dabrafenib y trametinib. Acudió a Urgencias por un cuadro febril, astenia, tendencia a la hipotensión y dolor abdominal de una semana de evolución. Refería pérdida ponderal no cuantificada e hiperpigmentación cutáneo-mucosa en los últimos 6 meses. Analíticamente destacaba hiponatremia hipoosmolar (Na^+ 127 mmol/L, osmolaridad 264 mOsm/L), hiperpotasemia (K^+ 5,26 mmol/L) y tendencia a la acidosis (HCO_3^- 22,5 mmol/L, pH 7,31). En estudios previos recientes destacaba corticotropina sérica de 94,1 pmol/L [valores normales: 2-12 pmol/L], así como tomografía axial computarizada (TAC) abdominal con lesiones compatibles con metástasis adrenales bilaterales, de 54 mm y 87 mm de diámetro máximo, de aspecto nodular, hipodensas y sólidas (**Figura 1**). Se orientó el cuadro como insuficiencia suprarrenal aguda por metástasis bilaterales de melano-

Introducción

El desarrollo de enfermedad de Addison en pacientes con metástasis suprarrenales es bien conocida, aunque su diagnóstico en la práctica clínica es poco habitual, ya que se debe destruir más del 90% de la glándula para que se detecte insuficiencia suprarrenal¹. La metástasis suprarrenal ha sido un diagnóstico tradicionalmente *post mortem*, pero con las técnicas de imagen actuales se ha convertido en un hallazgo clínico común². Los órganos con neoplasia primaria que más frecuentemente desarrollan metástasis suprarrenales son el pulmón, la mama y el riñón³. En el melanoma maligno, las metástasis en las suprarrenales son la sexta localización más común tras la afectación linfática, pulmonar, hepática, cerebral y ósea; y aparecen en enfermedad avanzada⁴. En estudios de autopsias en pacientes con melanoma se han hallado aproximadamente en el 36-54% de los casos⁴. Sin embargo, la

ma maligno, agravada en contexto de síndrome febril. Se inició tratamiento intensivo con sueroterapia y corticoterapia intravenosa, con mejoría clínica y normalización del desequilibrio electrolítico analítico. Durante el ingreso, el paciente recibió dosis descendientes de hidrocortisona y se dio de alta con tratamiento sustitutivo a dosis fisiológicas de forma indefinida.



Figura 1. TAC abdominal: metástasis suprarrenales bilaterales

Discusión y conclusiones

A pesar de la alta incidencia de metástasis suprarrenales, que son bilaterales en aproximadamente la mitad de los pacientes¹, la insuficiencia suprarrenal aguda es rara, habiéndose descrito en alrededor del 1% de casos¹. La insuficiencia suprarrenal es una situación grave, con una mortalidad del 15%⁵, por lo que su diagnóstico debe tenerse presente en los pacientes con metástasis suprarrenales bilaterales. Dado que la clínica de astenia, debilidad y pérdida de peso puede pasar desapercibida al ser inespecífica y confundirse con el síndrome tóxico de la neoplasia primaria o con los efectos secundarios de la quimioterapia, se debe tener un alto índice de sospecha en cualquier paciente que presente metástasis suprarrenales bilaterales. La TAC abdominal permitirá objetivar la presencia de las metástasis y establecer si son bilaterales, pudiendo además orientar sobre el grado de destrucción de las glándulas suprarrenales.

La presencia de hiponatremia, hiperpotasemia y acidosis metabólica debe hacer sospechar sin duda la existencia de una insuficiencia suprarrenal aguda. Un cortisol plasmático bajo, con una corticotropina elevada, orientará hacia la presencia de insuficiencia suprarrenal, que se confirmará mediante la prueba diagnóstica de elección, que es el estudio funcional de la respuesta del cortisol plasmático al estímulo con corticotropina intravenosa⁶. Una respuesta normal no excluye que la insuficiencia suprarrenal pueda aparecer posteriormente en caso de producirse una progresión de las metástasis que incremente la destrucción del tejido suprarrenal, caso en el que sería preciso repetir la prueba. Ante la sospecha clínica de insuficiencia suprarrenal, se debe iniciar el tratamiento sustitutivo con hidroaltesona de forma inmediata, sin esperar a la confirmación por el análisis hormonal.

El caso que describimos, en el que el paciente presentó una crisis de insuficiencia suprarrenal aguda con riesgo vital a pesar de la sospecha clínica previa de la presencia de insuficiencia suprarrenal (existencia de metástasis suprarrenales bilaterales, clínica compatible y elevación de ACTH), ilustra el riesgo de demorar el tratamiento.

Bibliografía

1. Lam KY, Lo CY. Metastatic tumours of the adrenal glands: a 30-year experience in a teaching hospital. *Clin Endocrinol.* 2002; 56(1): 95-101.
2. Rajaratnam A, Waugh J. Adrenal metastases of malignant melanoma: characteristic computed tomography appearances. *Australas Radiol.* 2005; 49(4): 325-329.
3. Liu YY, Chen ZH, Zhai ET, Yang J, Xu JB, Cai SR, et al. Case of metachronous bilateral isolated adrenal metastasis from colorectal adenocarcinoma and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2016; 22(14): 3879-3884.
4. Collinson FJ, Lam TK, Bruijn WM, de Wilt JH, Lamont M, Thompson JF, et al. Long-term Survival and Occasional Regression of Distant Melanoma Metastases after Adrenal Metastasectomy. *F. Ann Surg Oncol.* 2008; 15(6): 1741-1749.
5. Erichsen MM, Løvås K, Fougner KJ, Svartberg J, Hauge ER, Bollerslev J, Husebye ES, et al. Normal overall mortality rate in Addison's disease, but Young patients are at risk of premature death. *Eur J Endocrinol.* 2009; 160(2): 233-237.
6. Lutz A, Stojkovic M, Schmidt M, Arlt W, Allolio B, Reincke M. Adrenocortical function in patients with macrometastases of the adrenal gland. *Eur J Endocrinol.* 2000; 143(1): 91-97.