

De Venuto C., Tubertini E., Cogliandro L., Giostra F.

Introduzione

L’insufficienza surrenalica acuta è un’emergenza medica conseguente a deficit assoluto o relativo di ormoni circolanti prodotti dalla corticale del surrene. Si distingue in primitiva o centrale. La principale manifestazione clinica è rappresentata dall’ipotensione grave fino allo shock ipovolemico, associato a dolore addominale, febbre, astenia profusa e alterazione dello stato di coscienza fino al coma. Il trattamento prevede la somministrazione di liquidi ed idrocortisone per via parenterale, oltre all’eventuale correzione di disonie associate (iponatriemia, iperkaliemia). Se non prontamente riconosciuta e trattata, la crisi surrenalica può evolvere in uno stato di shock refrattario fino all’exitus.

Anamnesi

Paziente maschio di sedici anni, condotto a Gennaio 2025 presso il Pronto Soccorso del Policlinico S. Orsola di Bologna per uno stato di coma. In anamnesi, asportazione di craniofaringioma cistico nel 2019; da allora in terapia sostitutiva con desmopressina, levotiroxina e cortisone acetato con scarsa compliance. Dal giorno precedente l’accesso in PS, vomito, dolore addominale e febbre per cui il paziente non aveva assunto la terapia domiciliare. All’arrivo del 118, pressione arteriosa non rilevabile e severa ipoglicemia (DTX 38 mg/dl). Intrapresa idratazione ev e somministrazione di glucosata 33% con miglioramento dei valori di glicemia, senza tuttavia alcun beneficio sullo stato di coscienza.

Percorso diagnostico

All’arrivo in PS, paziente in coma, tachicardico, con marezzeria cutanea diffusa, pupille midriatiche e postura decerebrata con assente risposta allo stimolo doloroso.

Parametri vitali			
PA 77/45 mmHg	FC 150 bpm	SpO2 99% (FiO2 80%)	TC 40°C
Emogasanalisi arteriosa			
pH 7.35	pCO2 22 mmHg	pO2 188 mmHg	HCO3- 15 mmol/l
BE -13 mmol/l	Lac 4.4 mmol/l	Glicemia 113 mg/dl	Na/K 142/3.7 mmol/l

Il paziente è stato sottoposto a intubazione orotracheale. Intrapreso riempimento volemico e somministrato idrocortisone 100 mg + 100 mg ev. Avviato supporto aminico.

Esami ematici	
GB 10.070/mmc	Urea 84 mg/dl
Hb 12.5 g/dl	Creatinina 4.22 mg/dl
PLTs 198.000/mmc	Bilirubina totale 0.45 mg/dl
INR 1.94	PCR 6.87 mg/dl
aPTT 2.63	PCT 60.5 ng/ml



TC total body: ispessimento delle pareti del colon e dell’intestino tenue senza segni di sofferenza vascolare.

Il paziente è stato, quindi, ricoverato in terapia intensiva, dove è stata avviata terapia antimicrobica ad ampio spettro (meropenem, linezolid e aciclovir) e proseguita terapia con idrocortisone 200 mg/die. Durante il ricovero, sono state effettuate coprocultura (positiva per Norovirus ed E. coli enterotossico) e rachicentesi senza riscontri patologici.

A seguito della tempestiva somministrazione di terapia steroidea, dopo le prime 24 ore è stata semplificata la terapia antibiotica e il paziente ha presentato un progressivo miglioramento del quadro clinico. Pertanto, in settima giornata è stato trasferito in degenza ordinaria e dimesso in completo benessere al domicilio dopo 20 giorni di ricovero.

Discussione

Questo caso dimostra come l’insufficienza surrenalica acuta possa aggravare significativamente il decorso di un quadro infettivo ed entri in diagnosi differenziale negli stati di shock. La sua gestione costituisce un’emergenza tempo-dipendente, in quanto è necessaria per la stabilizzazione del paziente e per impedire un’evoluzione clinica sfavorevole. Inoltre, se riconosciuta e prontamente trattata, permette di semplificare in tempi rapidi, come in questo caso, la terapia di supporto e della causa scatenante.

Conclusioni

L’insufficienza surrenalica acuta è un’emergenza medica e deve essere indagata nella diagnosi differenziale dei pazienti con shock ipovolemico, in quanto la sua diagnosi è principalmente clinica nelle fasi iniziali. La somministrazione precoce di idrocortisone ed il ripristino di un’adeguata volemia sono essenziali e prioritari per impedire l’evoluzione verso uno stato di shock refrattario.

Affiliazioni

Medicina d’Emergenza-Urgenza, UOC Medicina d’Urgenza e Pronto Soccorso – Dipartimento interaziendale dell’emergenza – IRCCS AOU di Bologna Policlinico Sant’Orsola. Via Massarenti 9, 40138 Bologna.

Contatti

clara.devenuto@studio.unibo.it

CASO CLINICO