



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), mayo-junio 2025,  
Volumen 9, Número 3.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i1](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i1)

# **ENFERMEDAD DE ADDISON EN UN LACTANTE CON HIPONATREMIA RECURRENTE Y EPISODIOS EMÉTICOS: REPORTE DE CASO**

## **Addison's Disease in an Infant with Recurrent Hyponatremia and Emetic Episodes: A Case Report**

**Julie Paola Tapias Díaz**

Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Colombia

**Álvaro José Vilorio Díaz**

Investigador Independiente

**María Cecilia Montes Bettin**

Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Colombia

**Carlos Manuel Aguirre Acevedo**

Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Colombia

**Ariel Polo Castillo**

Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Colombia

**Katherine Girón Domínguez**

Universidad Libre, Colombia

**Ronald Maestre Serrano**

Universidad Libre, Seccional Barranquilla, Colombia

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v9i3.18406](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i3.18406)

## Enfermedad de Addison en un Lactante con Hiponatremia Recurrente y Episodios Eméticos: Reporte de Caso

**Julie Paola Tapias Díaz<sup>1</sup>**[tapiasdiazjuliepaola@gmail.com](mailto:tapiasdiazjuliepaola@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0000-9267-6531>Universidad Libre, Seccional Barranquilla  
Colombia**María Cecilia Montes Bettin**[mariacecilia0609@gmail.com](mailto:mariacecilia0609@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0006-9949-6406>Universidad Libre, Seccional Barranquilla  
Colombia**Ariel Polo Castillo**[arielpolo8@hotmail.com](mailto:arielpolo8@hotmail.com)<https://orcid.org/0000-0002-6089-7919>

Investigador Independiente

**Ronald Maestre Serrano**[ronaldy.maestres@unilibre.edu.com](mailto:ronaldy.maestres@unilibre.edu.com)<https://orcid.org/0000-0002-5858-9829>Universidad Libre, Seccional Barranquilla  
Colombia**Álvaro José Viloria Díaz**[alvaroviloriadiaz@gmail.com](mailto:alvaroviloriadiaz@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0000-7753-5503>

Investigador Independiente

**Carlos Manuel Aguirre Acevedo**[carlosma1230@gmail.com](mailto:carlosma1230@gmail.com)<https://orcid.org/0000-0001-8653-9987>Universidad Libre, Seccional Barranquilla  
Colombia**Katherine Girón Domínguez**[katherinem.girond@unilibre.edu.com](mailto:katherinem.girond@unilibre.edu.com)<https://orcid.org/0000-0002-4050-1091>Universidad Libre  
Colombia

### RESUMEN

La insuficiencia adrenal primaria, trastorno raro caracterizado por deficiente producción de hormonas suprarrenales, principalmente glucocorticoides y en algunos casos, mineralocorticoides y andrógenos. Sus síntomas incluyen hiponatremia, hiperkalemia, hipoglucemia y otros síntomas inespecíficos. Se presenta este reporte de caso con el objetivo de incluir la enfermedad de Addison en el diagnóstico diferencial de síntomas inespecíficos en la población pediátrica. Se trata de un lactante masculino de 5 meses, ingresado en urgencias por vómitos recurrentes e hiponatremia severa. Tras tratamiento inicial con solución salina, la hiponatremia corrigió parcialmente, pero persistió en un control, fue hospitalizado para ampliar estudios, encontrándose cortisol y aldosterona disminuidos y hormona adrenocorticotrópica elevada sugiriendo insuficiencia suprarrenal primaria. El paciente fue tratado con sodio oral, hidrocortisona y fludrocortisona, logrando normalizar sus niveles de sodio y mejoría clínica. Se destaca la importancia de mantener la sospecha ante síntomas inespecíficos como hiponatremia y vómitos pues podrían relacionarse con trastornos como la enfermedad de Addison. Un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado es crucial para la recuperación del paciente.

**Palabras claves:** insuficiencia suprarrenal primaria, enfermedad de addison, hiponatremia, glucocorticoides, mineralocorticoides

---

<sup>1</sup> Autor principal.

Correspondencia: [tapiasdiazjuliepaola@gmail.com](mailto:tapiasdiazjuliepaola@gmail.com)

# Addison's Disease in an Infant with Recurrent Hyponatremia and Emetic Episodes: A Case Report

## ABSTRACT

Primary adrenal insufficiency, a rare disorder characterized by deficient production of adrenal hormones, mainly glucocorticoids and in some cases, mineralocorticoids and androgens. Its symptoms include hyponatremia, hyperkalemia, hypoglycemia, and other nonspecific symptoms. This case report aims to include Addison's disease in the differential diagnosis of nonspecific symptoms in the pediatric population. We present the case of a 5-month-old male infant admitted to the emergency department with recurrent vomiting and severe hyponatremia. After initial treatment with saline solution, the hyponatremia partially corrected, but persisted in a control, and he was hospitalized for further studies. Laboratory tests revealed decreased cortisol and aldosterone levels and elevated adrenocorticotrophic hormone, suggesting primary adrenal insufficiency. The patient was treated with oral sodium, hydrocortisone, and fludrocortisone, achieving normalization of sodium levels and clinical improvement. This case highlights the importance of maintaining a high index of suspicion for nonspecific symptoms such as hyponatremia and vomiting, which could be related to disorders like Addison's disease. Early diagnosis and adequate treatment are crucial for patient recovery

**Keywords:** primary adrenal insufficiency, addison's disease, hyponatremia, glucocorticoids, mineralocorticoids

*Artículo recibido 22 mayo 2025*

*Aceptado para publicación: 28 junio 2025*



## INTRODUCCIÓN

La insuficiencia suprarrenal primaria (ISRP) es una enfermedad poco común, descrita por primera vez por Thomas Addison en 1855, caracterizada por deficiencia de glucocorticoides, y a veces también de mineralocorticoides y andrógenos. Sus síntomas comunes incluyen hiperpigmentación, hipotensión, hipoglucemia e hiponatremia con o sin hiperpotasemia, generalmente precedidos por síntomas inespecíficos (1). En los niños, la causa más común de insuficiencia suprarrenal primaria es la hiperplasia suprarrenal congénita (HSC), causada por deficiencia de 21-hidroxilasa. El diagnóstico y el tratamiento pueden ser difíciles, especialmente en niños, y existe una gran probabilidad de que el diagnóstico se retrase considerablemente (2). El diagnóstico de ISRP se basa en una clínica compatible, niveles bajos de cortisol y elevados de hormona adrenocorticotrópica (ACTH). En casos dudosos, se puede realizar una prueba de estímulo con ACTH. La presencia de anticuerpos antisupearrenales positivos confirma la ISRP autoinmunitaria por suprarrenalitis autoinmunitaria. Una vez confirmada la ISRP, se debe iniciar rápidamente tratamiento adecuado para revertir las alteraciones físicas y bioquímicas, evitar una crisis suprarrenal potencialmente mortal y permitir un desarrollo físico y puberal normal. Sin embargo, aunque la enfermedad se trate adecuadamente, varios factores estresantes pueden precipitar una crisis suprarrenal (3). La enfermedad de Addison presenta diferentes fases bioquímicas, y los síntomas pueden variar según la fase en la que se encuentre el paciente. En las etapas iniciales, los síntomas pueden ser leves o inexistentes, mientras que, en fases más avanzadas, la deficiencia hormonal se vuelve más pronunciada, provocando alteraciones significativas en el equilibrio de sodio, potasio y glucosa, así como en la respuesta al estrés (2). El tratamiento consiste en el reemplazo de glucocorticoides y, en formas primarias con pérdida salina, también de mineralocorticoides (4). Los menores de un año deben recibir cloruro de sodio debido a su baja ingesta dietética de sodio y resistencia renal a los mineralocorticoides, con una dosis aproximada de 1 gramo día (17 mEq) (5). También requieren tratamiento de reemplazo de mineralocorticoides con fludrocortisona, con una dosis diaria típica de 100 microgramos. Esta dosis no requiere ajuste según la superficie corporal y generalmente se mantiene constante a lo largo de la vida (6).

Teniendo en cuenta que la enfermedad de Addison puede presentarse con síntomas inespecíficos, el objetivo de este reporte de caso es resaltar la importancia de considerar esta patología en el diagnóstico



diferencial de hiponatremia y vómitos persistentes en lactantes, con el fin de evitar retrasos en el diagnóstico y tratamiento que puedan comprometer la vida de estos pacientes.

### **Descripción del caso**

Se presenta el caso de un lactante masculino de 5 meses de edad, producto del segundo embarazo, nacido a término a las 39 semanas de gestación, peso de 2,840 gramos y talla de 53 cm. El parto fue vaginal, sin complicaciones. La madre refirió como alimentación del paciente lactancia materna exclusiva. Como antecedente familiar un tío materno había presentado varios episodios de hiponatremia.

El paciente fue llevado a urgencias por presentar vómitos recurrentes. En los paraclínicos iniciales, el ionograma mostró una hiponatremia severa (117 mmol/L), por lo que se inició tratamiento con solución salina al 3%, logrando una corrección parcial (132 mmol/L). Tras este tratamiento, se ordenó egreso médico y se informó a los padres sobre la necesidad de acudir 48 horas después para un control del sodio plasmático.

A su regreso, el paciente se encontró asintomático, pero con persistencia de hiponatremia (117 mmol/L) e hiperpotasemia leve (5.2 mmol/L). Ante estos hallazgos, se decidió hospitalizar para realizar paraclínicos adicionales que orientaran la etiología de su cuadro clínico.

Los paraclínicos iniciales mostraron hiponatremia hipoosmolar, hiperkalemia leve, sin acidosis metabólica ni alteraciones en los electrolitos urinarios y función tiroidea conservada. Se solicitó tomografía de cráneo y ecografía renal, ambas sin hallazgos patológicos, descartándose así patología estructural en el sistema nervioso central y renal.

Debido al riesgo de complicaciones, el paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos para monitorización estrecha. Tras 48 horas de hospitalización, la hiponatremia persistió (127 mmol/L), por lo que pediatría solicitó valoración por nefrología pediátrica para investigar alteraciones renales.

El cuarto día de estancia hospitalaria, el paciente presentó aumento en el número de deposiciones (aproximadamente 8 al día), se inició tratamiento con sulfato de zinc y probióticos. Debido a la dificultad para acceder a venas periféricas, se colocó un catéter venoso central, sin complicaciones.

En el quinto día, el paciente fue valorado por nefrología pediátrica, quien solicitó la realización de osmolalidad sérica, osmolaridad y densidad urinaria, ionograma en materia fecal y aldosterona. El valor

de aldosterona fue bajo (33,8 pmol/L), por lo tanto, se consideró que la hiponatremia era secundaria a hipoaldosteronismo. Se indicó la administración de cloruro de sodio (1 gramo en cada tetero, 3 veces al día) y se solicitó niveles de cortisol, hidroxiprogesterona y testosterona. Los resultados de estos paraclínicos fueron cortisol disminuido (79 nmol/L), testosterona de 0,50 nmol/L y ACTH elevada (73,5 pmol/L), lo que sugirió una deficiencia en la producción de cortisol. Ante estos resultados, nefrología pediátrica consideró que la combinación de bajo cortisol, baja aldosterona y ACTH elevada sugería insuficiencia suprarrenal primaria o Enfermedad de Addison.

El tratamiento incluyó el uso de hidrocortisona para suplir el déficit de cortisol, con la que estuvo en manejo por 3 días, luego se suspendió, se inició prednisolona a 5 mg vía oral al día y fludrocortisona a una dosis de 0,2 mg al día para manejar la deficiencia de aldosterona (Tabla 1).

Después de este manejo, el paciente logró regular sus niveles de sodio sérico, alcanzando un valor de 131 mmol/L al día 15 de estancia hospitalaria. Con este resultado, se ordenó el egreso del paciente, con seguimiento ambulatorio por nefrología y endocrinología pediátricas para monitoreo y ajuste en tratamiento.

**Tabla 1:** Seguimiento de sodio y manejo instaurado.

| Día tratamiento | Valor sodio (mmol/L) | Manejo clínico                                    |
|-----------------|----------------------|---------------------------------------------------|
| 1               | 117                  | Solucion salina                                   |
| 2               | 132                  | Solucion salina                                   |
| 3               | 117                  | Solucion salina                                   |
| 4               | 128                  | Monitoreo y seguimiento                           |
| 5               | 127                  | Monitoreo y seguimiento                           |
| 6               | 125                  | Monitoreo y seguimiento                           |
| 9               | 118                  | Ajuste en tratamiento                             |
| 15              | 120                  | Hidrocortisona intravenosa                        |
| 17              | 135                  | Hidrocortisona intravenosa                        |
| 19              | 124                  | Cambio a prednisolona oral                        |
| 20              | 129                  | Suspenden hidrocortisona, inician fludrocortisona |
| 22              | 128                  | Monitoreo y seguimiento                           |
| 23              | 137                  | Reporte final                                     |

## DISCUSIÓN

La insuficiencia suprarrenal primaria, también conocida como enfermedad de Addison, es un trastorno poco frecuente en la población pediátrica, lo que genera un reto diagnóstico significativo para los pediatras, especialmente en lactantes (5). Este caso ilustra cómo síntomas relativamente comunes como la hiponatremia recurrente y los episodios eméticos pueden ocultar una enfermedad tan rara y grave como la insuficiencia suprarrenal primaria.

En la práctica clínica, los lactantes con síntomas no específicos como vómitos y alteraciones electrolíticas suelen ser evaluados inicialmente para descartar condiciones más comunes como infecciones virales, trastornos gastrointestinales o desequilibrios simples de electrolitos (2). Sin embargo, la persistencia de la hiponatremia en este caso y la presencia de otros hallazgos como la hiperpotasemia leve, a pesar de un tratamiento inicial estándar, obligaron a una exploración más profunda. La elevada concentración de ACTH junto con un cortisol y una aldosterona bajos fueron claves para orientar el diagnóstico hacia la insuficiencia suprarrenal primaria, lo que subraya la importancia de tener un alto índice de sospecha ante signos y síntomas inespecíficos.

El diagnóstico definitivo de insuficiencia suprarrenal primaria en este paciente fue un proceso gradual y multifactorial. Primero se descartaron causas estructurales como patología cerebral o renal mediante estudios de imagen. Luego, la valoración por nefrología pediátrica fue esencial para detectar la hipoaldosteronemia, lo que condujo a la medición de los niveles hormonales lo que finalmente permitió confirmar el diagnóstico de enfermedad de Addison.

Este proceso pone de manifiesto la importancia de una evaluación integral y la necesidad de consultar a especialistas cuando los síntomas no responden a tratamientos convencionales. El tratamiento de la insuficiencia suprarrenal primaria en este paciente fue exitoso gracias a la administración de hidrocortisona y fludrocortisona, lo que permitió la normalización de los niveles de sodio y la mejora clínica del paciente. Este enfoque de manejo es estándar en la insuficiencia suprarrenal primaria, aunque es crucial individualizar las dosis de glucocorticoides y mineralocorticoides según las necesidades del paciente. El seguimiento continuo por endocrinología pediátrica y nefrología es fundamental para ajustar el tratamiento, dado que los requerimientos hormonales pueden cambiar con el tiempo, especialmente durante períodos de crecimiento y estrés.



## CONCLUSIÓN

Este caso destaca la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica para la enfermedad de Addison en lactantes con síntomas inespecíficos como hiponatremia recurrente y episodios eméticos. La detección temprana y el tratamiento adecuado son cruciales para evitar complicaciones graves y garantizar un desarrollo normal. La colaboración interdisciplinaria y el uso de pruebas diagnósticas específicas son fundamentales para el manejo efectivo de esta enfermedad rara y compleja. Es esencial que los pediatras estén familiarizados con esta condición para mejorar la detección y el manejo temprano, y que se incluya en la educación médica para abordar diagnósticos poco comunes de manera efectiva.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Kirkgoz, T., & Guran, T. (2018). Primary adrenal insufficiency in children: Diagnosis and management. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 32(4), 397-424.  
<https://doi.org/10.1016/j.beem.2018.05.010>
- Capalbo, D., Esposito, A., Gaeta, V., Lorello, P., Vasaturo, S., Di Mase, R., & Salerno, M. (2024). The multiple faces of autoimmune Addison's disease in children. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1411774.  
<https://doi.org/10.3389/fendo.2024.1411774>
- Capalbo, D., Moracas, C., Cappa, M., Balsamo, A., Maghnie, M., Wasniewska, M. G., Greggio, N. A., Baronio, F., Bizzarri, C., Ferro, G., Di Lascio, A., Stancampiano, M. R., Azzolini, S., Patti, G., Longhi, S., Valenzise, M., Radetti, G., Betterle, C., Russo, G., & Salerno, M. (2021). Primary Adrenal Insufficiency in Childhood: Data From a Large Nationwide Cohort. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(3), 762-773.  
<https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa881>
- José, M., Egea, R., Escribano Muñoz, A., María, J., Tello, M., De, S., & et al. (2024). Insuficiencia suprarrenal primaria autoinmunitaria y enfermedad inflamatoria intestinal: una asociación infrecuente. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 15(1).





- Nisticò, D., Bossini, B., Benvenuto, S., Pellegrin, M. C., & Tornese, G. (2022). Pediatric Adrenal Insufficiency: Challenges and Solutions. *Therapeutics and Clinical Risk Management*, 18, 47-60.  
<https://doi.org/10.2147/TCRM.S294065>
- Bornstein, S. R., Allolio, B., Arlt, W., Barthel, A., Don-Wauchope, A., Hammer, G. D., Husebye, E. S., Merke, D. P., Murad, M. H., Stratakis, C. A., & Torpy, D. J. (2016). Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(2), 364-389.  
<https://doi.org/10.1210/jc.2015-1710>
- Zubiri, S., Zuber, L., Labarta, J., León, M., Escribano, M., Martin, B., Zubicaray, B., & et al. (2023). Guía de insuficiencia suprarrenal en pediatría. *Revista Española de Endocrinología Pediátrica*, 14(2).
- Gómez, R., Jiménez, O., Rodríguez, A., & Roldán, M. (2013). Enfermedad de Addison, Formas de presentación en pediatría. *Anales de Pediatría*, 78(6), 405-408.