Insufficienza surrenalica

Data 26 aprile 2008
Categoria endocrinologia

Le patologie surrenaliche che possono avere un interesse pratico in Medicina Generale (MG) sono essenzialmente quattro:
1. patologie che provocano ipertensione secondaria: iperaldosteronismo primario (morbo di Conn) e feocromocitoma
2. insufficienza surrenalica
3. sindrome di Cushing (eccesso di glucocorticoidi)
4. incidentalomi surrenalici
In questa terza pillola verrà trattata l'insufficienza surrenalica.

INSUFFICIENZA SURRENALICA

Può essere primitiva o secondaria
Le forme primitive (morbo di Addison) sono dovute ad una patologia surrenalica (autoimmune, TBC, infiltrativa) e sono più sintomatiche di quelle secondarie perchè è compromesso l'asse renina-angiotensina-aldosterone. Si stima una prevalenza di 0,4-1,1 per 10.000.
Le forme secondarie possone essere dovute a patologia ipofisaria (raramente isolata, di solito associata ad altri deficit come per esempio ipotiroidismo e ipogonadismo secondari) ma la causa di gran lunga più comune è la sospensione di una terapia steroidea. Si stima una prevalenza di 2,2 per 10.000 (escludendo la sospensione di terapia steroidea).

Quando sospettare una insufficienza surrenalica
La triade che deve far sospettare la presenza di una insufficienza surrenalica è rappresentata da:
-astenia
-inappetenza
- calo ponderale inspiegato
Si tratta di sintomi che sono presenti nel 100% dei casi per cui l'assenza anche di uno solo di essi rende molto improbabile la diagnosi.
Altri sintomi sono la pigmentazione delle pliche, della cute e delle mucose (solo nelle forme primitive: 94%), lipotimia ed ipotensione ortostatica (forme primitive: 90%), amenorrea (forme secondarie), nausea (85%), vomito (60%), dolori addominali sine materia (30%), cuore piccolo alla radiografia del torace.
I sintomi sono più sfumati nelle forme secondarie, soprattutto se si associa un ipotiroidismo secondario.
I sintomi hanno di solito un andamento cronico, ma la "crisi surrenalica" è una vera e propria emergenza medica.
Circa il 50% dei pazienti con morbo di Addison ha un'altra condizione autoimmune associata, endocrinologica o non.

Cosa fare di fronte ad un sospetto di insufficienza surrenalica?
L'esame che serve a diagnosticare una insufficienza surrenalica è il test rapido al Synacthen (ACTH sintetico): si misura la cortisolemia prima e 45-60 minuti dopo l'iniezione di 250 μg di Synacthen EV. Nel soggetto normale si raggiunge un valore assoluto maggiore di 20 μg/mL. Tuttavia conviene mantenere un indice di sospetto più elastico e inviare allo specialista i pazienti i cui valori assoluti dopo stimolo sono inferiori a 22 μg/mL.
Invece più controverso è il ruolo del valore differenziale del cortisolo prima e dopo stimolo (> 7 μg/mL).
Il dosaggio del cortisolo basale non serve per confermare o sospettare la diagnosi, ma puo' servire ad escludere un morbo di Addison (se si riscontrano valori > 15 μg/mL).
Il dosaggio del cortisolo urinario libero non serve per la diagnosi di morbo di Addison ma per quella di m. di Cushing!
Nelle forme primitive si può riscontrare iponatremia (90%) e iperpotassiemia (65%).

Cosa fare dopo?
Una volta diagnosticata una insufficienza surrenalica è opportuno eseguire alcuni esami per la diagnosi differenziale delle varie forme.
L'ACTH plasmatico è elevato nelle forme primitive (m. di Addison) mentre è basso o normale nelle forme secondarie (ipopituitarismo). Di solito, per praticita', l'ACTH si dosa assieme al primo valore di cortisolo nel test di stimolo con Synacthen (per risparmiare tempo).
Nel morbo di Addison si possono riscontrare anticorpi anti 21-idrossilasi (dosaggio immunologico) e anticorpi antisurrene (immunofluorescenza su vetrino).
Nelle forme secondarie è utile il dosaggio di TSH, FT4, FSH, LH (e testosterone nei maschi).

Paolo Tomasi
Specialista in Endocrinologia

© 2004 - 2026 Pillole - Registrazione T. di Roma n. 2/06 | stampato il 2/11/2026 alle ore 12:52 | Pagina 1 di 1