

RELATO DE CASO DE INSUFICIÊNCIA ADRENAL EM PACIENTE COM CHOQUE SÉPTICO

Carolina Boff Comiran¹, Laura Brasil Mittmann², Gabriela Boff Comiran³, Erik Luiz Bonamigo⁴, Janine Alessi⁵

¹ Autora Principal: Graduação de Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

² Coautora: Graduação de Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

³ Coautora: Graduação de Medicina na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS);

⁴ Coautor: Médico Residente de Medicina Interna no Hospital São Lucas da PUCRS;

⁵ Orientadora: Preceptora da Equipe 5 de Medicina Interna do Hospital São Lucas da PUCRS;

Introdução/Fundamentos: A crise adrenal, desencadeada pela exposição a estresse agudo, pode ser a apresentação inicial de insuficiência adrenal (IA) crônica. A principal manifestação da crise é o choque, mas o paciente pode apresentar sinais e sintomas inespecíficos - como febre, confusão mental e coma. Algumas dessas alterações são decorrentes do processo infeccioso em si somado ao hipoadrenalismo: aumentando substancialmente a gravidade. Devido à progressão rápida e potencialmente fatal é fundamental o diagnóstico e manejo precoces. **Objetivos:** Relatar caso de piora clínica persistente após choque séptico em paciente com confirmação diagnóstica de IA posteriormente. **Delineamento/Métodos:** Análise de prontuário e revisão da literatura. **Relato de Caso:** Paciente feminina, 45 anos, levada à emergência por alteração de consciência e liberação esfíncteriana após piora de quadro gripal, iniciado três dias antes. Evoluiu com instabilidade hemodinâmica e respiratória, necessitando de ventilação invasiva e droga vasoativa. Oligúrica, com sondagem vesical. Testes para SARS-CoV-2, influenza A e B, dengue e leptospirose negativos. Laboratoriais com 10.070 leucócitos e 20% de bastões, creatinina 3,19 mg/dL, amilase 203 U/L, lipase 101 U/L, proteinúria (++) e hematúria (+++). Culturais negativos. Tomografia computadorizada (TC) de crânio com sinais de pansinusopatia. TC de tórax com atelectasia e alteração inespecífica em pulmão direito e derrame pleural bilateral. TC de abdome com edema periportal e pouco líquido livre. Eletroencefalograma com moderada a severa encefalopatia cortical; análise de Líquor sem alterações. Iniciados ceftriaxona e aciclovir empiricamente para tratamento de choque séptico sem etiologia definida. Dada a persistência do quadro, suspeitada IA e realizada dosagem de cortisol e ACTH séricos: < 0,01 mcg/dL e 6,0 pg/mL, respectivamente, confirmando o diagnóstico. Iniciado tratamento com hidrocortisona e verificada resposta dramática à terapia, com melhora clínica e alta hospitalar em poucos dias. **Conclusões/Considerações finais:** Diante de um quadro de choque séptico sem foco definido, com refratariedade à terapia inicial, a suspeita clínica de IA deve ser considerada. A crise adrenal pode ser a primeira manifestação

da patologia na qual o fator estressor (por mais banal que possa parecer) tem potencial para desfecho rapidamente desfavorável se não manejado de forma precoce e eficaz.

Descritores: insuficiência adrenal, crise adrenal, choque séptico.