



Manifestaciones de la Enfermedad de Addison en la consulta de Odontología

Manifestations of Addison's disease in the dental office

Janeth Salvador Arroba¹ , Ariel Romero Fernández^{1*} , Sandra Rojas Rojas²

¹ Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.

² Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ibarra, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: arromero1970@yahoo.com

Cómo citar este artículo

Salvador Arroba J, Romero Fernández A, Rojas Rpijas S : Manifestación de la Enfermedad de Addison en la consulta de Odontología. Rev haban cienc méd [Internet]. 2025 [citado]; 24. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5960>

Recibido: 24 de enero de 2025

Aprobado: 28 de julio de 2025

RESUMEN

Introducción: Resulta imperativo fomentar una colaboración interdisciplinaria entre odontólogos, endocrinólogos y médicos de Atención Primaria, quienes deben trabajar juntos para asegurar un enfoque integral en el diagnóstico y manejo de esta condición.

Objetivo: Examinar la evidencia científica existente respecto a varios aspectos de la Enfermedad de Addison en la consulta de Odontología.

Material y Métodos: Se realizó una revisión bibliográfica. La revisión de la literatura fue realizada en 2024, el período de selección contemplado fue de 15 años, la búsqueda se limitó a los idiomas español e inglés. Esta arrojó 40 publicaciones depuradas del total de 78 publicaciones encontradas. La búsqueda inicial se realizó en tres bases de datos: *Pubmed*, *Scielo*, *Scopus*. La búsqueda se realizó con la siguiente fórmula: "Primeras manifestaciones de la Enfermedad de Addison" en la "Enfermedad de Addison en consulta de Odontología".

Resultados: El tratamiento moderno de la Enfermedad de Addison se centra en desarrollar nuevos regímenes de administración de glucocorticoides que reduzcan la morbilidad y la mortalidad asociadas. Las investigaciones recientes están enfocadas en optimizar estas terapias para mejorar los resultados a largo plazo de los pacientes.

Conclusiones: La detección temprana y el manejo adecuado de las manifestaciones orales y otras complicaciones relacionadas son esenciales para mejorar la calidad de vida y el pronóstico de estos pacientes.

Palabras Claves:

Manifestaciones de la Enfermedad de Addison, Odontología, detección temprana, diagnóstico; hallazgos.

ABSTRACT

Introduction: It is imperative to foster interdisciplinary collaboration among dentists, endocrinologists, and primary care physicians to ensure a comprehensive approach to the diagnosis and management of this condition.

Objective: To examine the existing scientific evidence regarding various aspects of Addison's disease in the dental office.

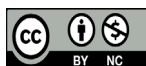
Material and Methods: A literature review was conducted in 2024, with a 15-year selection period; the search was limited to Spanish and English languages. It yielded 40 publications from a total of 78 publications found. The initial search was conducted in three databases: PubMed, Scielo, and Scopus. The search was performed using the following formula: "Early manifestations of Addison's disease" in "Addison's disease in the dental office."

Results: Modern treatment of Addison's disease focuses on developing new glucocorticoid administration regimens that reduce associated morbidity and mortality. Recent research is focused on optimizing these therapies to improve long-term patient outcomes.

Conclusions: Early detection and appropriate management of oral manifestations and other related complications are essential to improve the quality of life and prognosis of these patients.

Keywords:

Manifestations of Addison's disease, Dentistry, early detection, diagnosis, findings.



INTRODUCCIÓN

La Enfermedad de Addison (EA), también denominada insuficiencia adrenal primaria (IAP), es una patología poco frecuente pero potencialmente grave que se desarrolla cuando las glándulas suprarrenales no producen suficientes hormonas corticosteroides. Aunque los síntomas más conocidos incluyen fatiga, debilidad muscular, pérdida de peso y presión arterial baja, es fundamental reconocer que esta enfermedad puede manifestarse de múltiples maneras, incluso en la cavidad oral.⁽¹⁾ Asimismo, la EA puede presentarse de forma aguda, generalmente desencadenada por enfermedades intercurrentes.

En mujeres con EA, la deficiencia de andrógenos provoca una disminución del vello corporal y una reducción de la libido, debido a que los andrógenos producidos por las glándulas suprarrenales contribuyen significativamente a la reserva total de estas hormonas en las mujeres.⁽²⁾ En contraste, en los hombres esta manifestación no aparece porque la principal fuente de andrógenos para el vello corporal son los testículos, no las glándulas suprarrenales.

Es relevante resaltar que la cavidad oral puede servir como un reflejo temprano de la Enfermedad de Addison, mostrando signos y síntomas que a menudo pasan desapercibidos o se malinterpretan si no se conoce su relación con esta condición. Entre estos signos se encuentra la hiperpigmentación de las mucosas, en particular la mucosa oral y gingival, que puede manifestarse como manchas oscuras o áreas de coloración anormal en la boca. Esta hiperpigmentación, conocida como melanosis oral, puede ser uno de los primeros indicios visibles de la Enfermedad de Addison, apareciendo antes que otros síntomas más característicos. Por tanto, la detección de estos signos bucales es crucial para el diagnóstico temprano y la gestión adecuada de esta afección.⁽³⁾ Otro indicador significativo de IA primaria es la hiperpigmentación cutánea. Durante un examen físico, los profesionales de la salud pueden notar una hiperpigmentación difusa (bronceado) de la piel, que es más evidente en los pliegues cutáneos, las areolas y los pliegues palmares. Estas características son el resultado de una producción excesiva de ACTH.^(3,4)

Además de la hiperpigmentación, la Enfermedad de Addison puede provocar otros cambios significativos en la cavidad oral. Entre estos se encuentran la sequedad de la mucosa oral, úlceras bucales recurrentes, y sensación de ardor o hormigueo en la lengua. Estos síntomas suelen ser consecuencia de la insuficiencia de hormonas corticosteroides, que desempeñan un papel crucial en la función normal de las glándulas salivales y la salud de la mucosa oral.⁽⁵⁾ Es fundamental que el personal de salud esté capacitado para reconocer estas manifestaciones orales, ya que una detección temprana de la Enfermedad de Addison es esencial para un manejo adecuado y para prevenir complicaciones graves. Un diagnóstico y tratamiento oportunos son vitales, ya que cualquier retraso puede derivar en una crisis suprarrenal, una emergencia médica que pone en riesgo la vida del paciente y requiere atención inmediata.

Conjuntamente con los síntomas mencionados, algunos pacientes pueden experimentar cambios en el sentido del gusto y una susceptibilidad aumentada a infecciones orales, debido al debilitamiento del sistema inmunológico asociado con la deficiencia de corticosteroides.⁽⁶⁾ El conocimiento profundo de estas manifestaciones y su relación con la Enfermedad de Addison puede mejorar significativamente los resultados clínicos, permitiendo a los profesionales de la salud proporcionar una atención más completa y efectiva.

A nuestro juicio, es imperativo no solo entrenar al personal médico en el reconocimiento de estos síntomas, sino también fomentar una colaboración interdisciplinaria. Odontólogos, endocrinólogos y médicos de Atención Primaria deben trabajar juntos para asegurar un enfoque integral en el diagnóstico y manejo de esta condición. La implementación de programas de educación continua sobre la Enfermedad de Addison y sus manifestaciones orales puede ser una herramienta poderosa para mejorar la detección temprana y el tratamiento oportuno, y reduce así el riesgo de complicaciones severas y mejora la calidad de vida de los pacientes afectados. El papel del odontólogo en la identificación temprana de la Enfermedad de Addison es crucial para un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Durante un examen dental de rutina, la detección de estos signos puede llevar al odontólogo a sospechar la presencia de la Enfermedad de Addison y referir al paciente para una evaluación médica más exhaustiva. La capacidad del odontólogo para identificar estos signos es esencial por varias razones. En primer lugar, un diagnóstico precoz permite iniciar el tratamiento adecuado antes de que la enfermedad progrese a estadios más graves, evitando así las potenciales consecuencias mortales de una crisis adrenal. En segundo lugar, un manejo adecuado de los síntomas mejora significativamente la calidad de vida del paciente y previene complicaciones severas.

Por otra parte, la investigación continua en el campo de la Odontología y la medicina puede ofrecer nuevas perspectivas y tratamientos para mejorar la vida de los pacientes con Enfermedad de Addison. La integración de tecnologías avanzadas, como la inteligencia artificial para el análisis de imágenes orales, podría revolucionar la detección y el diagnóstico precoz de diversas enfermedades sistémicas, incluida la Enfermedad de Addison. La formación del personal de salud y el uso de herramientas innovadoras son claves para un enfoque integral y efectivo en la gestión de esta patología. Programas de formación continua y la participación en conferencias y talleres sobre enfermedades sistémicas también pueden equipar a los odontólogos con el conocimiento necesario para manejar a estos pacientes de manera más segura.

El papel del odontólogo en este contexto también incluye la educación del paciente(7) sobre la importancia de seguir las indicaciones médicas y mantener una buena salud oral. Esto es crucial, ya que las infecciones orales pueden complicar la condición de los pacientes con Addison. Además, el odontólogo debe estar preparado para manejar consideraciones especiales durante los procedimientos dentales, como la necesidad de ajustar la medicación corticosteroide en situaciones de estrés quirúrgico. Por ejemplo, antes de una intervención dental mayor, puede ser necesario aumentar la dosis de corticosteroides para prevenir una crisis adrenal.

Además, es importante fomentar un entorno de apoyo para el paciente, que incluya no solo atención médica, sino también asesoramiento sobre hábitos de vida saludables, nutrición adecuada y estrategias para manejar el estrés, ya que estos factores pueden influir en la gestión de la Enfermedad de Addison. La colaboración entre odontólogos y otros profesionales de la salud puede crear un plan de tratamiento integral que aborde todos los aspectos del bienestar del paciente. Estos autores destacan la importancia de que los profesionales de la salud, en particular los odontólogos, estudiantes de odontología y médicos que realizan exámenes bucales de rutina, estén familiarizados con los signos y síntomas asociados con la Enfermedad de Addison. Asimismo, la sensibilización sobre la importancia de la detección temprana y el manejo adecuado de las causas infecciosas de la insuficiencia suprarrenal es fundamental, especialmente en regiones donde ciertas infecciones son más prevalentes.

Finalmente, es esencial fomentar una cultura de colaboración interdisciplinaria que genere compromiso médico, humano y social en los profesionales y que abarque no solo el diagnóstico y tratamiento, sino también el apoyo psicológico y la educación del paciente. La concienciación sobre la importancia de una atención integral que incluya la salud oral y sistémica puede conducir a mejores resultados en el manejo de la Enfermedad de Addison y otras patologías similares. Este enfoque holístico debe ser una prioridad en la formación y práctica clínicas para asegurar que todos los aspectos de la salud del paciente sean considerados y tratados adecuadamente.

El estudio que se presenta tiene como **objetivo** examinar la evidencia científica existente respecto a varios aspectos de la Enfermedad de Addison en la consulta de Odontología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un artículo de revisión narrativa. La revisión de la literatura fue realizada el 30 de abril de 2024; el periodo de selección contemplado fue de 15 años, la búsqueda se limitó a los idiomas español e inglés.

La búsqueda de información inicial se realizó en tres bases de datos: *Pubmed*, *SciELO Redalyc* y *Scopus*. Como estrategia de búsqueda se utilizó la siguiente fórmula: "Primeras manifestaciones de la Enfermedad de Addison" en la "Enfermedad de Addison en consulta de Odontología" AND "Addison disease" "Addison disease in Odontology office" y sus traducciones al español utilizando términos claves como "Enfermedad de Addison", "manifestaciones orales", "diagnóstico temprano" y "colaboración interdisciplinaria". De esta búsqueda se incluyeron 7 publicaciones para el estudio.

También se revisaron 13 documentos identificados por medio de la búsqueda específica de conocidos artículos de investigación, artículos de revisión y tesis que se relacionan directamente con las variables de la investigación. La selección de los artículos se basó en criterios de inclusión que consideraron estudios revisados por pares, informes de casos clínicos y revisiones sistemáticas publicadas en los últimos 15 años. Este proceso arrojó 40 publicaciones depuradas del total de 78 publicaciones encontradas.

Se priorizaron aquellos estudios que abordaron la relación entre las manifestaciones orales y la Enfermedad de Addison, así como su diagnóstico y manejo multidisciplinario.

Se realizó un análisis crítico de los datos recopilados, enfocándose en los hallazgos relevantes que evidencian la importancia del reconocimiento temprano de los signos clínicos asociados con esta enfermedad. Además, se evaluó la necesidad de fomentar una colaboración efectiva entre odontólogos, endocrinólogos y médicos de atención primaria para mejorar la calidad del diagnóstico y tratamiento.

Los resultados obtenidos fueron clasificados en categorías que incluyeron manifestaciones clínicas, diagnóstico diferencial, importancia del examen bucal y estrategias de manejo interdisciplinario. Este enfoque permitió identificar patrones comunes en la presentación de la enfermedad y resaltar la relevancia del examen oral como una herramienta crucial para la detección temprana.

Finalmente, se discutieron las implicaciones clínicas de los hallazgos, enfatizando la necesidad de formación continua para los profesionales de la salud en el reconocimiento de las manifestaciones orales de la Enfermedad de Addison y su integración en el enfoque diagnóstico general.

RESULTADOS

Investigaciones indican que la manifestación de la insuficiencia suprarrenal varía según la rapidez y el grado de afectación de la función de las glándulas suprarrenales. Cualquier enfermedad que dañe directamente la corteza suprarrenal puede llevar a una insuficiencia suprarrenal primaria, conocida como Enfermedad de Addison.⁽⁸⁾ Las causas de esta afección incluyen factores autoinmunes, infecciosos, hemorrágicos, farmacológicos e infiltrativos.⁽⁸⁾ La Enfermedad de Addison está relacionada con altos niveles de anticuerpos contra la 21-hidroxilasa.^(9,10) Las causas infecciosas incluyen sepsis, tuberculosis, citomegalovirus y VIH.⁽¹¹⁾ A pesar de la disminución en la incidencia de tuberculosis, el VIH ha emergido como la principal causa de insuficiencia suprarrenal asociada con necrosis de la corteza suprarrenal.⁽¹²⁾ Otras causas infecciosas abarcan infecciones fúngicas diseminadas, histoplasmosis y sífilis; y en América del Sur, la blastomycosis es una causa importante de la Enfermedad de Addison. Un incremento en los niveles de hormona adrenocorticotrófica (ACTH)⁽¹³⁾ provoca alteraciones en los melanocitos de la lengua y la boca en la Enfermedad de Addison, lo que causa hiperpigmentación. En algunos casos, la pigmentación en la boca puede ser el único signo visible de esta enfermedad, y un evento agudo que demande más cortisol, como una enfermedad o un accidente, podría desencadenar una insuficiencia suprarrenal aguda. Este síntoma puede ser la única manifestación clínica perceptible de la afección subyacente en un paciente.

La hiperpigmentación cutáneo-mucosa, presente en más de 90 % de los pacientes con la Enfermedad de Addison, puede coincidir o preceder a otros síntomas generales hasta en una década. Se debe a la infiltración de melanocitos en la capa basal de la epidermis, melanófagos en la dermis superficial, y en raras ocasiones, a acantosis, infiltrado linfocitario perivascular e hiperqueratosis.⁽¹⁴⁾ La pigmentación intraoral podría ser el único signo de esta enfermedad, por lo que el reconocimiento temprano es esencial y una biopsia puede ser útil en casos seleccionados.

Una prueba de la variabilidad clínica en la manifestación de casos y la importancia de un examen minucioso de síntomas y signos se refleja en un estudio donde una mujer de 66 años acudió a los servicios de salud por fatiga generalizada y falta de apetito.⁽¹⁵⁾ Al revisar su historial médico, se descubrió que había recibido un trasplante de riñón a los 52 años debido a una insuficiencia renal terminal, y estaba en tratamiento. Después de este período, sin esteroides ni medicamentos antihipertensivos, su presión arterial se mantuvo normal. Se observó una leve hiperpotasemia y sus niveles de glucosa en ayunas eran normales.

Al ingresar, tenía una frecuencia cardíaca de 74 latidos por minuto y una presión arterial de 117/80 mm Hg. El examen físico mostró hiperpigmentación en la lengua, el paladar blando, la mucosa bucal, el labio inferior, los dedos y el lecho ungueal, mientras que los párpados, el cuello, los pezones, los codos, la espalda, las rodillas y las plantas de los pies tenían poca o ninguna pigmentación. Al ser interrogada sobre la hiperpigmentación, la paciente mencionó que la había notado por primera vez hacía más de 20 años, pero que no había afectado su vida diaria ni había buscado atención médica por ello.⁽¹⁵⁾

Estos hallazgos, junto con los resultados de laboratorio, respaldaron el diagnóstico de Enfermedad de Addison. La paciente comenzó terapia de reemplazo de glucocorticoides sin mineralocorticoides, lo que mejoró la hiponatremia, la hiperpotasemia y los síntomas generales. Un mes después de iniciar la terapia, la hiperpigmentación había mejorado ligeramente. Como se puede ver, la mayoría de las manifestaciones son inespecíficas y de progresión lenta, lo que hace que el diagnóstico de la Enfermedad de Addison sea difícil o se retrase. Sin embargo, la hiperpigmentación, causada por la unión excesiva de ACTH y la hormona estimulante de alfa-melanocitos al receptor de melanocortina 1, es un signo distintivo y una pista diagnóstica de la Enfermedad de Addison.⁽¹⁶⁾

Este caso nos muestra que cuando se considera la Enfermedad de Addison en el diagnóstico diferencial, es importante revisar la historia clínica del paciente, examinar la piel y las membranas mucosas en busca de hiperpigmentación, medir la ACTH plasmática y el cortisol sérico en la mañana y realizar la prueba de estimulación con ACTH. La terapia de reemplazo con glucocorticoides y mineralocorticoides es esencial.

La literatura confirma que en la Enfermedad de Addison la boca es la zona más afectada, con otros sitios como los arcos palatinos, los labios, las encías y la lengua. Las lesiones bucales pigmentadas suelen ser irregulares o difusas, mayoritariamente asintomáticas, y ocasionalmente acompañadas de dolor, picazón o lesiones similares a quemaduras. Las placas pigmentadas en la lengua pueden ser aisladas o múltiples, ubicadas en las áreas dorsal y lateral. También se han descrito papilas fungiformes pigmentadas en personas con la Enfermedad de Addison. El examen dermatoscópico es particularmente indicado para la etiología fúngica; sin embargo, no se realiza de manera rutinaria.⁽¹⁷⁾

La comorbilidad asociada a la Enfermedad de Addison incluye el síndrome poliglandular autoinmune (APS) tipo 1, vinculado a disfunciones genéticas. Este síndrome se presenta con poliendocrinopatía autoinmune, candidiasis y displasia ectodérmica. La tríada clásica de síntomas incluye hipoparatiroidismo, Enfermedad de Addison y candidiasis mucocutánea.⁽¹⁸⁾ La gama de comorbilidades autoinmunes en la Enfermedad de Addison complica considerablemente el cuadro clínico de las manifestaciones bucales.

Datos recientes indican que tanto la enfermedad como su tratamiento impactan significativamente en la morbilidad y pueden influir en la mortalidad. Más de un siglo después de que Thomas Addison describiera la insuficiencia suprarrenal primaria y más de cincuenta años desde el descubrimiento e implementación de la cortisona, el tratamiento de reemplazo suprarrenal sigue siendo similar al de décadas pasadas.⁽¹⁹⁾ A pesar de los avances en las terapias, aún no se ha alcanzado un tratamiento de reemplazo fisiológico óptimo para un sistema que es inherentemente complejo y dinámico.

Esta situación puede atribuirse a varias razones, entre ellas la presentación clínica inespecífica de la condición, lo que a menudo causa retrasos en el diagnóstico y complica el tratamiento. Además de los síntomas principales derivados de la deficiencia de cortisol, los pacientes pueden experimentar dolores corporales, dolores articulares, alteraciones en el nivel de conciencia y, en el caso de insuficiencia suprarrenal primaria, presión arterial baja o hipotensión ortostática, presentando un cuadro complejo y difícil de tratar.⁽²⁰⁾

De manera que se coincide con el criterio de los autores que indican que la manifestación clínica de la insuficiencia suprarrenal primaria es inespecífica y a menudo avanza de manera insidiosa, y resulta un diagnóstico tardío o, en casos graves, en un colapso circulatorio potencialmente mortal.⁽²¹⁾ Uno de estos estudios describe el caso de una mujer que llegó a urgencias con un shock inexplicable que luego se diagnosticó como crisis suprarrenal debido a la Enfermedad de Addison.⁽²²⁾

La crisis de Addison, una forma extrema de deficiencia absoluta de glucocorticoides, ejemplifica claramente la falta de funciones cruciales de los glucocorticoides en una reacción de estrés.⁽²³⁾ Esto se debe a la pérdida de sus efectos permisivos y supresores. El efecto permisivo sobre la acción de las catecolaminas se logra a través de varios mecanismos: los glucocorticoides aumentan la concentración de catecolaminas circulantes mediante la inducción de la enzima clave en la síntesis de adrenalina, la inhibición de las enzimas responsables de su degradación y mediante acciones directas sobre los receptores adrenérgicos o influencias en los mecanismos post-receptores. La ausencia de estos efectos permisivos conduce a una resistencia a las catecolaminas y, por ende, a hipotensión, exacerbada por la pérdida de sal y agua debido a la deficiencia de mineralocorticoides, vómitos o diarrea. El efecto supresor de los glucocorticoides evita una respuesta inmune excesiva, por ejemplo, al inhibir la secreción y acción de citocinas inflamatorias y al contrarrestar la resistencia a los glucocorticoides mediada por citocinas a nivel del receptor.⁽²⁴⁾ Además de ser una manifestación inicial de insuficiencia suprarrenal, las infecciones (especialmente gastrointestinales), cirugías, estrés emocional o la falta de tratamiento con glucocorticoides son los desencadenantes más comunes de una crisis addisoniana.^(25,26)

Los análisis de laboratorio en personas con insuficiencia suprarrenal suelen mostrar hiponatremia. Este desequilibrio fisiológico se debe a la falta de cortisol, que impide la adecuada supresión de la arginina vasopresina del hipotálamo. Como resultado, la deficiencia de cortisol afecta la capacidad del riñón para excretar agua libre, causa una retención excesiva de agua y una disminución de la osmolalidad plasmática. Estos procesos contribuyen a la hiponatremia euvolémica observada en todas las formas de insuficiencia suprarrenal.⁽²⁷⁾ Además, en la insuficiencia suprarrenal primaria, la falta de aldosterona también es significativa, especialmente en niños pequeños; provoca hiponatremia hipovolémica debido a la pérdida renal de agua y sodio, acompañada de azotemia prerrenal.⁽²⁸⁾

En casos de insuficiencia suprarrenal primaria, los análisis de laboratorio también han identificado ocasionalmente anemia normocítica, eosinofilia, linfopenia e hipercalcemia. Aunque estos resultados por sí solos pueden no ser concluyentes, ciertos signos y síntomas pueden ayudar a diferenciar el tipo de insuficiencia suprarrenal. Por ejemplo, en la insuficiencia suprarrenal primaria, la deficiencia de aldosterona puede manifestarse con antojos de sal, hipotensión postural, hiperpotasemia y acidosis metabólica.⁽²⁹⁾

El tratamiento de la Enfermedad de Addison implica una terapia continua con glucocorticoides, que se administran cada ocho o doce horas al día, y mineralocorticoides, que se toman una vez al día.^(30,31) A pesar de los avances en la terapia y la educación adecuada de los pacientes, estos siguen enfrentando un mayor riesgo cardiovascular y una calidad de vida más afectada en comparación con la población general. La identificación y el tratamiento temprano de las complicaciones y comorbilidades, incluidas las manifestaciones orales, mejoran el pronóstico y la calidad de vida general de los pacientes.⁽³²⁾ El enfoque del tratamiento moderno de la EA está en desarrollar nuevos regímenes de administración de glucocorticoides para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas. Investigaciones recientes se centran en optimizar estas terapias para mejorar los resultados a largo plazo en los pacientes con Enfermedad de Addison.⁽³³⁾

Se ha descrito que las causas más comunes de la insuficiencia adrenal primaria en los países desarrollados incluyen etiología autoinmune, infecciones, hemorragia suprarrenal bilateral, infiltraciones bilaterales, metástasis suprarrenales, medicamentos y adrenalectomía.⁽³⁴⁾ No obstante, el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad siguen siendo un desafío, especialmente en los países africanos de ingresos bajos y medianos, donde los recursos sanitarios son limitados.⁽³⁵⁾ Una revisión de la literatura sobre la insuficiencia suprarrenal primaria en África muestra que algunos pacientes inicialmente presentan síntomas gastrointestinales, como calambres abdominales, náuseas, vómitos y diarrea, y en otros casos, la enfermedad puede ser diagnosticada erróneamente como depresión o ansiedad nerviosa.⁽³⁶⁾

Adicionalmente, la dificultad para diagnosticar la insuficiencia adrenal primaria en africanos negros puede deberse a que la hiperpigmentación no es fácilmente visible en su piel y los síntomas a menudo se atribuyen erróneamente a enfermedades transmisibles más comunes, como el VIH y la tuberculosis. Las lesiones pigmentadas orales podrían ser un indicador útil de sospecha de la Enfermedad de Addison en individuos aparentemente sanos, mientras que la variedad de comorbilidades autoinmunes complica el cuadro general de las manifestaciones bucales. Un estudio de casos en Sudáfrica documentó 3,1 casos por millón de habitantes, una cifra considerablemente menor que en los países occidentales.⁽³⁷⁾ A nuestro parecer, las posibles razones de la menor prevalencia se debe a las mismas causas que en el estudio anterior mencionado.

La disponibilidad de personal calificado y sistemas de laboratorio confiables y accesibles en África es esencial para el diagnóstico oportuno y preciso de los trastornos genéticos. Es fundamental que los médicos africanos sean conscientes de que la tuberculosis y las infecciones por VIH pueden provocar insuficiencia adrenal primaria, dada la alta prevalencia de estas condiciones en la región. Además, la educación continua de los pacientes es necesaria para optimizar el cumplimiento del tratamiento y mejorar la atención y la calidad de vida.

En relación con el tratamiento de la Enfermedad de Addison señalamos requiere un reemplazo vitalicio de glucocorticoides y mineralocorticoides. No obstante, la mayoría de los pacientes llevan una vida activa. Es esencial mantener un equilibrio preciso para evitar tanto el exceso como la insuficiencia de glucocorticoides, lo que requiere un seguimiento cuidadoso. Un tratamiento excesivo con glucocorticoides puede resultar en obesidad, diabetes y osteoporosis,⁽³⁸⁾ mientras que el exceso de mineralocorticoides puede causar hipertensión.

La mitad de los pacientes con Enfermedad de Addison pueden tener asociada otra afección autoinmune, por lo que se aconseja un estricto seguimiento clínico.⁽³⁹⁾ Administrar hormona tiroidea antes de los glucocorticoides puede desencadenar una crisis suprarrenal en pacientes no diagnosticados debido al aumento del aclaramiento de cortisol. En una crisis suprarrenal aguda, es fundamental un reconocimiento y tratamiento rápidos.

Pueden ocurrir varias complicaciones debido a la Enfermedad de Addison o secundarias a un tratamiento inadecuado. La Enfermedad de Addison puede progresar a una crisis suprarrenal si no se reconoce y se trata con prontitud, lo que provoca hipotensión, shock, hipoglucemia, descompensación cardiovascular aguda y muerte.⁽³⁹⁾ Los pacientes con insuficiencia suprarrenal también tienen un mayor riesgo de muerte debido a infecciones, cáncer y causas cardiovasculares.

El retraso en el reconocimiento y tratamiento de la hipoglucemia puede tener consecuencias graves.⁽⁴⁰⁾ Un reemplazo suprafisiológico de glucocorticoides puede provocar el desarrollo del Síndrome de Cushing. La supresión del crecimiento puede ocurrir en los niños. Se puede desarrollar insuficiencia ovárica prematura o insuficiencia ovárica primaria hasta en 10 % de las mujeres con Enfermedad de Addison.

El diagnóstico oportuno de la insuficiencia adrenal es de suma importancia para evitar condiciones potencialmente mortales durante situaciones estresantes cuando la respuesta del cortisol está comprometida. Paralelamente, un diagnóstico incorrecto de insuficiencia adrenal somete al paciente a una terapia con glucocorticoides de por vida y debe impedirse, particularmente cuando la supresión reversible del eje primario, central e hipotálamico-pituitario-suprarrenal por glucocorticoides exógenos reduce el cortisol sérico por debajo de ciertos umbrales.^(1,13)

Como ya se ha expuesto, la Enfermedad de Addison es una condición que puede ser mortal si no se diagnostica y trata a tiempo. Un diagnóstico tardío puede resultar en alta morbilidad y mortalidad. Por ello, es crucial que un equipo interprofesional de profesionales de la salud, que incluya a un endocrinólogo, un intensivista, un especialista en enfermedades infecciosas y un farmacéutico, maneje la enfermedad. La educación del paciente es esencial para quienes padecen enfermedades crónicas, y esta tarea puede ser compartida entre médicos, enfermeras y farmacéuticos. Las enfermeras tienen la responsabilidad de administrar tratamientos, monitorear a los pacientes y mantener informado al equipo médico. Una vez realizado el diagnóstico, el pronóstico depende de la causa subyacente, y cualquier retraso en el tratamiento puede tener consecuencias negativas.

Se debe instar a todos los pacientes que padecen la Enfermedad de Addison a que usen un brazalete de alerta médica. Se debe educar a los pacientes sobre los signos y síntomas. Se les debe instar a que se comuniquen con su proveedor de atención primaria si presentan algún síntoma de advertencia. Finalmente, en momentos de estrés, como fiebre, se debe indicar a los pacientes que dupliquen la dosis de esteroides y consulten a su proveedor de Atención Primaria.

Elementos novedosos relacionados con la Enfermedad de Addison

Actualmente se está avanzando en diversos aspectos para un mejor manejo de la Enfermedad de Addison. Se están desarrollando nuevas tecnologías de diagnóstico que buscan identificar marcadores concretos de insuficiencia suprarrenal en fases más tempranas. Estas incluyen pruebas genéticas y biomarcadores específicos en sangre que podrían reducir significativamente el tiempo hasta el diagnóstico y mejorar los resultados del tratamiento. Entre estas tecnologías están los métodos avanzados de análisis que incluyen el uso de inteligencia artificial para interpretar patrones complejos en los datos de laboratorio. Estos métodos pueden predecir la hiponatremia y su causa subyacente con mayor precisión y rapidez.

CONCLUSIONES

La detección de las manifestaciones tempranas de la Enfermedad de Addison en la cavidad oral puede ser fundamental para un diagnóstico precoz y un manejo eficaz de esta condición. La atención temprana y el tratamiento adecuado no solo mejoran la calidad de vida de los pacientes, sino que también previenen complicaciones graves asociadas con la enfermedad. En este contexto, el papel del odontólogo es vital, ya que puede identificar signos orales tempranos que podrían pasar inadvertidos en otras evaluaciones médicas. Esta identificación temprana permite una intervención oportuna y eficaz.

RECOMENDACIONES

Una perspectiva integral y colaborativa, que incluye la atención dental, es esencial para el manejo efectivo de la enfermedad de Addison, proporcionando a los pacientes una atención de alta calidad que abarca todas sus necesidades médicas y contribuye a su bienestar general.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Husebye ES, Pearce SH, Krone NP, Kämpe O. Adrenal insufficiency. Lancet [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024];397:613-29. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00136-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00136-7)
2. Pearce SH, Gan EH, Napier C. Management of endocrine disease: residual adrenal function in Addison's disease. European Journal of Endocrinology. 2021; 184(2): R61-R67.
3. Thawabteh AM, Jibreen A, Karaman D, Thawabteh A, Karaman R. Skin Pigmentation Types, Causes and Treatment-A Review. Molecules [Internet]. 2023 [Citado 2/03/2024];28(12). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1420-3049/28/12/4839>
4. Mohamed F, Raal FJ. Hyperpigmentation from Addison's disease. N Engl J Med. 2021;384:1752.
5. Freitas PFS, Oliveira JM, Kater CE. Crisis? What crisis? Abdominal pain and darkening skin in Addison's disease. Lancet [Internet]. 2020 [Citado 2/03/2024];396:498. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31680-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31680-9)
6. Laugesen K, Jørgensen JOL, Petersen I, Sørensen HT. Fifteen-year nationwide trends in systemic glucocorticoid drug use in Denmark. European Journal of Endocrinology [Internet]. 2019 [Citado 2/03/2024]; 181(3): 267-73. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31269470/>
7. Ahmet A, Gupta A, Malcolm J, Constantacos C. Approach to the patient: preventing adrenal crisis through patient and clinician education. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism. 2023;108(7): 1797-805.
8. Saverino S, Falorni A. Autoimmune Addison's disease. Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism [Internet]. 2020 [Citado 2/03/2024]; 34(1), 101379. Disponible: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521690X20300063>
9. Choudhury S, Meeran K. Glucocorticoid replacement in Addison disease. Nat Rev Endocrinol. 2018 Sep;14(9):562.
10. Bachmeier CAE, Malabu U. Rare case of meningococcal sepsis-induced testicular failure, primary hypothyroidism and hypoadrenalism: Is there a link?. BMJ Case Rep [Internet]. 2018 [Citado 02/03/2024]; 2018:bcr2018224437. Disponible en: <https://casereports.bmj.com/content/2018/bcr-2018-224437.short>
11. Mayo J, Collazos J, Martínez E, Ibarra S. Adrenal function in the human immunodeficiency virus-infected patient. Arch Intern Med. 2002 May 27;162(10):1095-8.
12. Hasenmajer V, Bonaventura I, Minnetti M, Sada V, Sbardella E, Isidori AM. Non-Canonical Effects of ACTH: Insights Into Adrenal Insufficiency. Front Endocrinol [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024];12:701263. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.701263>
13. Bugăla NM, Carsote M, Stoica LE, Albuлесcu DM, Tuculina MJ, Preda SA, et al. New Approach to Addison Disease: Oral Manifestations Due to Endocrine Dysfunction and Comorbidities' Burden. Diagnostics [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024];12:2080. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12092080>
14. Hirota Y, Matsushita T. Hyperpigmentation as a clue to Addison disease. Cleve Clin J Med [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024];89(9). Disponible en: <https://doi.org/10.3949/ccjm.89a.21082>
15. Nowotny H, Ahmed SF, Bensing S, Beun JG, Brösamle M, Chifu I, et al. Therapy options for adrenal insufficiency and recommendations for the management of adrenal crisis. Endocrine [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024]; 71: 586-94. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12020-021-02649-6>
16. Nowroozadeh MH, Thornton S, Watson A, Syed ZA, Razeghinejad R. Ocular manifestations of endocrine disorders. Clinical and Experimental Optometry [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024]; 105(2): 105-16. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08164622.2021.1986354>

17. López NAS, Vega JLS, Salazar JEC, Mariño AVC. Caracterización de pacientes con insuficiencia suprarrenal primaria en un hospital de tercer nivel de atención en Ecuador: un estudio transversal. *Mediciencias UTA* [Internet]. 2024 [Citado 2/03/2024]; 8(4):140-8. Disponible en: <https://revistas.uta.edu.ec/erevista/index.php/medi/article/view/2634>
18. Salazar CBV, Arboleda GCD, San Miguel CSQ, Rodríguez EMQ, Díaz NMR, Farfán FGG, et al. El papel de las pruebas de estimulación de cortisol en el diagnóstico de la insuficiencia suprarrenal. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* [Internet]. 2024 [Citado 2/03/2024]; 6(4): 952-63. Disponible en: <https://bjih.emnuvens.com.br/bjih/article/view/1898>
19. Hahner S, Ross RJ, Arlt W, Bancos I, Burger-Stritt S, Torpy DJ, et al. Adrenal insufficiency. *Nat Rev Dis Primers*. 2021;7:19.
20. Wina Dharmesti NW, Saraswati MR, Suastika K, Gotera W, Dwipayana IMP. Challenging Diagnosis of Addison's Disease Presenting with Adrenal Crisis. *Case Rep Endocrinol* [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024];7137950. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2021/7137950>
21. Bugăla NM, Carsote M, Stoica LE, Albulescu DM, Tuculina MJ, Preda SA, et al. New Approach to Addison Disease: Oral Manifestations Due to Endocrine Dysfunction and Comorbidities' Burden. *Diagnostics* [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024];12:2080. Disponible en: <https://doi.org/10.3390/diagnostics12092080>
22. Herman JP. The neuroendocrinology of stress: Glucocorticoid signaling mechanisms. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024];137: 105641. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0306453021005151>
23. Simpson H, Tomlinson J, Wass J, Dean J, Arlt W. Guidance for the prevention and emergency management of adult patients with adrenal insufficiency. *Clinical Medicine* [Internet]. 2020 [Citado 2/03/2024]; 20(4): 371-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1470211824035176>
24. White K, Arlt W. Adrenal crisis in treated Addison's disease: a predictable but under-managed event. *Eur J Endocrinol*. 2010 Jan;162(1):115-20.
25. Kumar R, Wassif WS. Adrenal insufficiency. *Journal of Clinical Pathology*. 2022; 75(7): 435-42.
26. Garrahy A, Thompson CJ. Hyponatremia and glucocorticoid deficiency. *Front Horm Res*. 2019;52:80-92.
27. Benner BJ, Alsma J, Feelders RA. Hyponatraemia and hyperpigmentation in primary adrenal insufficiency. *BMJ Case Rep*. 2019;12.
28. Barthel A, Benker G, Berens K, Diederich S, Manfras B, Gruber M, et al. An update on Addison's disease. *Exp Clin Endocrinol Diabetes* [Internet]. 2019 [Citado 2/03/2024];127:165-75. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/a-0804-2715>
29. Chacón AGM, Wang C, Waqar D, Syeda SA, Kumar R, Meghana DR. Long-term usage of oral glucocorticoids leading to adrenal insufficiency: A comprehensive review of the literature. *Cureus*. 2023; 15(5).
30. Isidori AM, Arnaldi G, Boscaro M, Falorni A, Giordano C, Giordano R. Towards the tailoring of glucocorticoid replacement in adrenal insufficiency: the Italian Society of Endocrinology Expert Opinion. *Journal of Endocrinological Investigation* [Internet]. 2020 [Citado 2/03/2024]; 43:683-96. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40618-019-01146-y>
31. Sandru F, Petrova E, Petrov B, Draghici A, Ghemigian A, Carsote M, et al. Not just weight loss. *Ro J Med Pract*. [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024];16:529-32. Disponible en: <https://doi.org/10.37897/RMJ.2021.4.24>
32. Jang W, Sohn Y, Park JH, Pai H, Kim DS, Kim B. Clinical characteristics of patients with adrenal insufficiency and fever. *Journal of Korean Medical Science* [Internet]. 2021 [Citado 2/03/2024]; 36(23). Disponible en: <https://jkms.org/DOIx.php?id=10.3346/jkms.2021.36.e152>
33. Anesi GL, Kerlin MP. The impact of resource limitations on care delivery and outcomes: routine variation, the coronavirus disease 2019 pandemic, and persistent shortage. *Curr Opin Crit Care*. 2021;27(5):513-9.

34. Mofokeng TRP, Beshyah SA, Ross IL. Characteristics and Challenges of Primary Adrenal Insufficiency in Africa: A Review of the Literature. *Int J Endocrinol* [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024]; 8907864. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2022/8907864>
35. Mofokeng TRP, Beshyah SA, Mahomed F, Ndlovu KCZ, Ross IL. Significant barriers to diagnosis and management of adrenal insufficiency in Africa. *Endocr Connect*. 2020;9(5):445-56.
36. Carsote M, Nistor C. Addison's Disease: Diagnosis and Management Strategies. *Int J Gen Med* [Internet]. 2023 [Citado 2/03/2024];16:2187-210. Disponible en: <https://doi.org/10.2147/IJGM.S390793>
37. Le BT, Duong CM, Nguyen TQ, Nguyen CM. Two siblings with non-classic P450scc deficiency resulted from a novel mutation in CYP11A1 gene misdiagnosed as familial glucocorticoid deficiency. *BMJ Case Rep* [Internet]. 2022 [Citado 2/03/2024];15(12). Disponible en: <https://doi.org/10.1136/bcr-2022-250238>
38. Gaw G, Wemyss C, Goodall C. Steroid cover. *British Dental Journal*. 2021;231(10): 604.
39. Morar A, Ghemigian A, Tupea C, Petrova E, Popescu M. Twist of endocrine scenario: Approach of ectopic Cushing syndrome (review). *Rom J Med Pract* [Internet]. 2020 [Citado 2/03/2024];15:405-9. Disponible en: https://rjmp.com.ro/articles/2020.4/RJMP_2020_4_Art-07.pdf
40. Lee SC, Baranowski ES, Sakremath R, Saraff, V, Mohamed Z. Hypoglycaemia in adrenal insufficiency. *Frontiers in Endocrinology* [Internet]. 2023 [Citado 2/03/2024];14: 1198519. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/endocrinology/articles/10.3389/fendo.2023.1198519/full>

Financiamiento:

No se declaran fuentes de financiamiento externa para el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores ni en ningún ámbito relacionado con esta investigación.

Contribución de autoría

Janeth Salvador Arroba: Conceptualización, análisis formal, investigación, recursos.

Ariel Romero Fernández: Investigación, metodología, investigación, escritura – borrador original, escritura – revisión y edición.

Sandra Rojas Rojas: Curación de datos, administración de proyecto, validación, investigación.

Todos los autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.