25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Una subdola crisi surrenalica acuta: quando la diagnosi avviene per riscontro incidentale di emorragia surrenalica bilaterale

V. Menegaldo[1,2], G. Sguotti[1,2], C. Mian[1,2], C. Sabbadin[1,2]

1. UOC di Endocrinologia, Azienda Ospedale Università di Padova, Padova, Italia
2. Dipartimento di Medicina (DIMED), Università di Padova, Padova, Italia

Università degli Studi di Padova
Regione del Veneto Azienda Ospedale Università Padova

INTRODUZIONE

L'emorragia surrenalica bilaterale è una causa rara e sottodiagnosticata di insufficienza surrenalica acuta, di difficile riconoscimento a causa della clinica aspecifica e del ritardo nell'imaging. Presentiamo il caso di un paziente con chetoacidosi diabetica e concomitante sepsi che ha sviluppato un improvviso peggioramento delle condizioni cliniche, il cui corretto inquadramento diagnostico è avvenuto per riscontro incidentale di emorragia surrenalica bilaterale e conseguente sospetto di iposurrenalismo acuto.

CASO CLINICO

PAZIENTE Uomo, 63 anni
APR Muta
DIAGNOSI Chetoacidosi in diabete mellito di nuovo riscontro e rialzo degli indici di flogosi
TERAPIA Idratazione, terapia insulinica, terapia antibiotica e profilassi antitrombotica
IMAGING In **5ª giornata**, TC torace-addome: sospetto ascesso polmonare e dubbia formazione pancreatica

↓

Dopo un iniziale miglioramento, in **11ª giornata**, **improvviso peggioramento clinico** con insorgenza di dolore addominale, nausea, vomito, ipotensione, ipoglicemia, iponatriemia e stupor

↓

TERAPIA Correzione ipoglicemia e supporto volemico con NaCl
IMAGING RMN addome (11ª giornata): escluse formazioni pancreatiche, ma evidenza di un infarcimento emorragico surrenalico bilaterale

↓

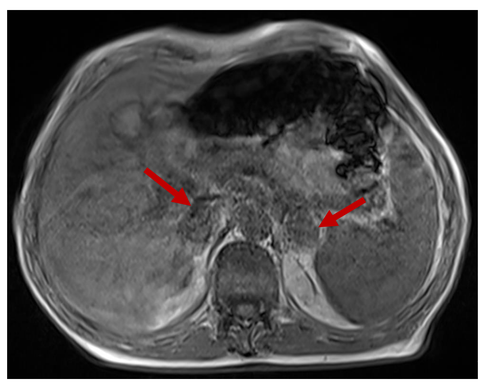
VALUTAZIONE ENDOCRINOLOGICA → nel sospetto di una crisi surrenalica acuta, si avvia prontamente terapia con idrocortisone 100 mg ev, seguiti da 50 mg ev ogni 6 ore nelle prime 48 ore, ottenendo rapido miglioramento clinico

↓

Successiva conferma biochimica di iposurrenalismo primitivo



5ª giornata, TAC addome pre-emorragia



11ª giornata, RMN post-emorragia, sequenza T1: sangue disomogeneamente iso-sfumatamente iperintenso



11ª giornata, RMN post-emorragia, sequenza T2: sangue ipointenso

Esami ematochimici e parametri vitali

	Ingresso	5° giorno	11° giorno	Intervalli di riferimento
PAO	180/90*	100/70	**74/50**	PAS>100 mmHg PAD>60 mmHg
Glicemia a digiuno	481*	175*	**14**	70-100 mg/dL
Sodio	139	138	**126**	136 - 145 mmol/L
Potassio	3.3*	3.8	4.2	3.4 - 4.5 mmol/L

Esami ematochimici a distanza di 24 h dall'ultima somministrazione di cortone acetato

S-cortisolo h 8:00	**83**	185 – 624 nmol/L
ACTH h 8:00	**165.0**	4.7 - 48.8 ng/L
Renina	**54.4**	2.8 - 39.9 mIU/L
Aldosterone	68.2	48.7 - 643.0 pmol/L

DISCUSSIONE

L'emorragia surrenalica è una condizione rara e sottodiagnosticata.
L'**eziologia** è **multifattoriale**: infezioni, chetoacidosi, neoplasie, traumi, disordini coagulativi. Nel caso presentato coesistevano una chetoacidosi diabetica e uno stato infettivo, entrambi associati a stato protrombotico; la peculiare vascolarizzazione surrenalica, con ricco apporto arterioso e limitato drenaggio venoso, rende la ghiandola vulnerabile a congestione, trombosi e conseguente emorragia.
La diagnosi resta insidiosa poiché la clinica si sovrappone spesso a quella della condizione precipitante; nel nostro caso, la comparsa di **ipotensione**, **ipoglicemia** e **iponatriemia** dopo iniziale stabilizzazione metabolica e il concomitante riscontro incidentale di emorragia surrenalica bilaterale ha orientato un sospetto diagnostico, che altrimenti poteva non essere identificato correttamente, con possibile esito fatale.

TAKE HOME MESSAGE

L'insufficienza surrenalica acuta da emorragia surrenalica bilaterale può presentarsi in modo subdolo: la comparsa improvvisa di dolore addominale e disturbi gastro-intestinali, associati a severo peggioramento clinico in un paziente con fattori di rischio protrombotici, deve porre il sospetto diagnostico di tale quadro. Il riconoscimento tempestivo e l'avvio della terapia glucocorticoide sono determinanti per l'outcome clinico e devono **precedere** la conferma diagnostica biochimica.

BIBLIOGRAFIA

[1] Elhassan YS, Ronchi CL, Wijewickrama P, Baldeweg SE. Approach to the Patient With Adrenal Hemorrhage. J Clin Endocrinol Metab. 2023;108(4):995–1006
[2] Bornstein SR, Allolio B, Arlt W, et al. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):364–389