

Algoritmo diagnóstico y terapéutico de Insuficiencia suprarrenal

Datos sugestivos de insuficiencia suprarrenal
(Ver tabla 1)

Paciente inestable

- Hipotensión
- Hipoglucemia
- Hipovolemia
- Letargo
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Fiebre

- Preferentemente, medir cortisol sérico y ACTH.
- Hidrocortisona 100 mg IV en bolo, posteriormente 200 mg IV cada 24 hrs dividida en 4 dosis o en infusión continua
- Reanimación con soluciones cristaloides IV
- Administración de soluciones glucosadas en caso de hipoglucemia

Quando esta estable y no se realizo toma de cortisol basal inicial o no es concluyente

Paciente estable

Medir cortisol sérico matutino

Cortisol sérico < 5 mcg/dl*
CONFIRMA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL
(Pasar a figura 2)

Cortisol sérico entre 5 y 10
sustituir y hacer prueba dinámica*

Cortisol sérico entre 10 y 15
sustituir solo en estrés y hacer prueba dinámica*

Cortisol sérico >15 mcg/dl**
DESCARTA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL

* Algunas fuentes utilizan un valor de corte menor a 3 mcg /dl
** Algunas fuentes utilizan un valor de corte mayor a 18 mcg /dl
IV: intravenoso
ACTH: Hormona adenocorticotropa
Mcg: microgramo
Dl: decilitro

Algoritmo diagnóstico y terapéutico de Insuficiencia suprarrenal

Diagnóstico confirmado de insuficiencia suprarrenal

Medir ACTH

ACTH alta:
Insuficiencia suprarrenal primaria.
Iniciar reemplazo
Glucocorticoide (tabla 3)
y Mineralocorticoide (tabla 4)

Medir anticuerpos adrenales

POSITIVOS:
Adrenalitis
autoinmune

NEGATIVOS:
Realizar TAC
suprarrenales

NEGATIVA
Diagnóstico mas
probable
es adrenalitis
autoinmune

POSITIVA
Adrenalitis por
tuberculosis
Hemorragia
adrenal
Metastasis adrenal
Adrenoleucodistrofia

ACTH normal o baja:
Insuficiencia suprarrenal secundaria.
Iniciar reemplazo
glucocorticoide (tabla 3)

Realizar IRM de silla turca

POSITIVA:
Macroadenoma
hipofisario
Metastasis a SNC
Craneofaringioma
*Evaluar el resto
de las lineas
hipofisarias

NEGATIVA:
Hacer énfasis en
uso previo de
esteroides.
Antecedente de
trauma craneal
Síndrome de
Sheehan
Deficiencia
aislada de ACTH

ACTH: Hormona adenocorticotropa
TAC: Tomografía axial computarizada
IRM: Imagen por resonancia magnetica

Tabla 1. Signos y síntomas sugestivos de insuficiencia suprarrenal

<ul style="list-style-type: none"> • Náusea • Vómito • Fatiga 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso • Hiperpigmentación* • Fiebre • Dolor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotensión • Hipoglucemia • Hiperpotasemia* • Hiponatremia*
--	--	---

* Solo en insuficiencia suprarrenal primaria

Tabla 2. Pruebas dinámicas en insuficiencia suprarrenal

Prueba	Procedimiento	Interpretación
Curva de cortisol por hipoglucemia*	Administrar insulina rápida 0.1 UI/kg IV. Medir cortisol sérico y glucosa a los -30, 0, 30, 60 y 120 minutos.	La glucosa debe bajar a <40 mg/dl. Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.
Estimulación con ACTH a dosis estándar (250 mcg)	Administrar 250 mcg de ACTH intravenosa. Determinación de cortisol a los 0, 30 y 60 minutos	Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.
Estimulación con ACTH a dosis baja (1 mcg)	Administrar 1 mcg de ACTH intravenosa. Determinación de cortisol a los 0, 30 y 60 minutos	Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.

* Contraindicada en pacientes con antecedente de cardiopatía o crisis convulsivas

<18 TIENE SENSIBILIDAD DEL 97.5% Y ESPECIFICIDAD DE 95%.

EN LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA ES MENOS ÚTIL. Un cortisol > 23 = sensibilidad del 100%

Entre 18 y 23 se descarta una insuficiencia suprarrenal 2ª grave o de larga duración pero no se descarta una leve o de inicio reciente. Mejor repetir la prueba en 6 meses. Esto dependen del tiempo en que la suprarrenal ha dejado de estar estimulada por la ACTH y el grado de atrofia que tiene, si la insuficiencia suprarrenal es de corta evolución todavía puede responder a la ACTH. También puede tratarse de baja reserva del corticotropo, es decir todavía se produce ACTH, pero no lo suficiente para responder al estrés.

Tabla 3. Fármacos recomendados para reemplazo glucocorticoide

Fármaco	Presentación	Dosis
Hidrocortisona	Tabletas 5 mg□ Tabletas 10 mg	15-25 mg/día Dividido en 2-3 dosis diarias
Acetato de cortisona	Tabletas 25 mg	20-35 mg /día Dividido en 2-3 dosis diarias
Prednisona	Tabletas 5 mg	5-7.5 mg/día Dividido en 1-2 dosis al día

Tabla 4. Fármacos recomendados para reemplazo mineralocorticoide

Fármaco	Presentación	Dosis
Fludrocortisona	Tabletas 100 mcg	50-200 mcg cada 24 horas Administrar en una sola toma por la mañana Iniciar con la dosis mas baja

BIBLIOGRAFÍA:

- Bornstein S, Allolio B, Wiebke A. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency. JCEM; February 2016
- Fleseriu M, Hashim I, Karivitaki N. Hormone Replacement in hypopituitarism, JCEM; October 2016
- Arlt W. Emergency management of acute adrenal insufficiency (crisis) in adult patients. Endocr Connect. September 2016
- Paz de Miguel Novoa et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal en el adulto. Endocrinol Nutr. 2014;61:1-35