Supresión de la glándula suprarrenal en pacientes que reciben corticoides inhalatori

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 09 May 2016 20:54
Escrito por: Super User
Visitas: 16434

Adrenal suppression in patients taking inhaled glucocorticoids is highly prevalent and managment can be guided by morning cortisol. Conor P Woods, et al. Eur J Endocrinol. 2015 Nov;173(5):633-42



Es sabido que los glucocorticoides (GCs) exógenos pueden causar la supresión del eje hipotálamo- hipófiso-adrenal (HHA), atrofia e incapacidad de responder al estrés.

La función dinámica del eje HHA se evalúa actualmente utilizando la prueba de estimulación con ACTH recombinante (Corticotropina 250 mcg, Synacthen ®).

Actualmente el 3% de la población de USA y Reino Unido se encuentran bajo corticoterapia prolongada. En la mayoría de los casos las dosis de GCs prescriptos son suficientes para causar supresión del eje HHA (> 5 mg de Prednisolona o equivalente).

El grado de supresión del eje HHA en pacientes bajo GCs inhalados, tópicos o intraarticulares es desconocido.

Este es un estudio retrospectivo de 5 años de duración cuyos objetivos fueron:

1. Determinar la prevalencia de insuficiencia adrenal, luego de la prueba de ACTH, en todas las especialidades y específicamente en los pacientes bajo GCs.

2. Analizar si el cortisol sérico basal puede guiar al médico a saber que pacientes tendrán un eje HHA intacto.

Se analizaron 3603 pruebas de ACTH (Cortisol basal y a los 30 minutos de la inyección intramuscular de 250 mcg de ACTH recombinante) en 2773 pacientes. Se interpretó como prueba satisfactoria cuando el cortisol a los 30 min era mayor a 18 mcg/dl y como insuficiencia adrenal cuando

Phoca PDF

el cortisol a los 30 min era menor a 18 mcg/dl.

Los pacientes fueron divididos en 14 grupos según la indicación: 1) GCs inhalados, tópicos, intraarticulares, 2) GCs orales (VO) o endovenosos (EV), 3) Cirugía hipofisaria sin radioterapia, 4) Cirugía hipofisaria con radioterapia, 5) Adenoma hipofisario, 6) Otras patologías hipofisarias, 7)Tumores del sistema nervioso central, 8) Enfermedades adrenales, 9) Enfermedad autoinmune, 10) Hiponatremia / Hiperkalemia, 11) Hipoglucemia, 12) Hipotensión arterial, sincope, 13) Fatiga, pérdida de peso, astenia, 14) Otras indicaciones.

Los GCs orales fueron suspendidos 24 hs previo a la prueba de ACTH, los pacientes con cirugía hipofisaria se evaluaron al mes de la misma. El cortisol sérico fue analizado con un inmunoensayo competitivo automatizado que no tenía reactividad cruzada con los GCs inhalados utilizados.

Los resultados muestras que todos los pacientes bajo tratamientos con GCs (grupos 1 y 2) 33.2% presentó una respuesta insuficiente a la prueba de ACTH. La tasa de pacientes con respuesta insuficiente a la prueba de ACTH fue mayor en el grupo bajo GCs orales (44.3%) en comparación a la tasa de pacientes bajo GCs inhalados y tópicos (24.6%).

De los 166 pacientes bajo tratamiento con GCs inhalados, 20.5% (34) presentaron respuesta insuficiente a la prueba de ACTH. De estos, 21.2% estaban bajo Fluticasona, 16.7% estaban bajo Beclometasona, 19.1% estaban bajo Budesonide y 2/5 estaban bajo Ciclesonide.

Bajo las dosis más bajas de Fluticasona (<500 mcg/día) en comparación a Beclometasona (<400 mcg/día), el porcentaje de pacientes con respuesta insuficiente a la prueba de ACTH fue mayor; pero a altas dosis de ambos (>500 mcg/día para Fluticasona y >400 mcg/día para Beclometasona) la diferencia en cuanto a la respuesta, no fue significativa. Al comparar altas dosis contra bajas dosis de ambos GCs inhalados la tasa de respuesta insuficiente a la prueba de ACTH fue significativamente mayor a altas dosis.

En cuanto al segundo objetivo, se demostró que el cortisol sérico basal es un buen predictor de respuesta a la prueba de ACTH (Ãrea bajo la curva: 0.91). De los pacientes bajo GCs inhalados (166) todos aquellos con cortisol basal > 12 mcg/dl tuvieron una respuesta satisfactoria a la prueba de ACTH (Especificidad 100%) y todos aquellos con cortisol basal < 1.2 mcg/dl tuvieron una respuesta insuficiente a la prueba (Sensibilidad 100%).

La discusión planteada en este artículo es que se ha demostrado una

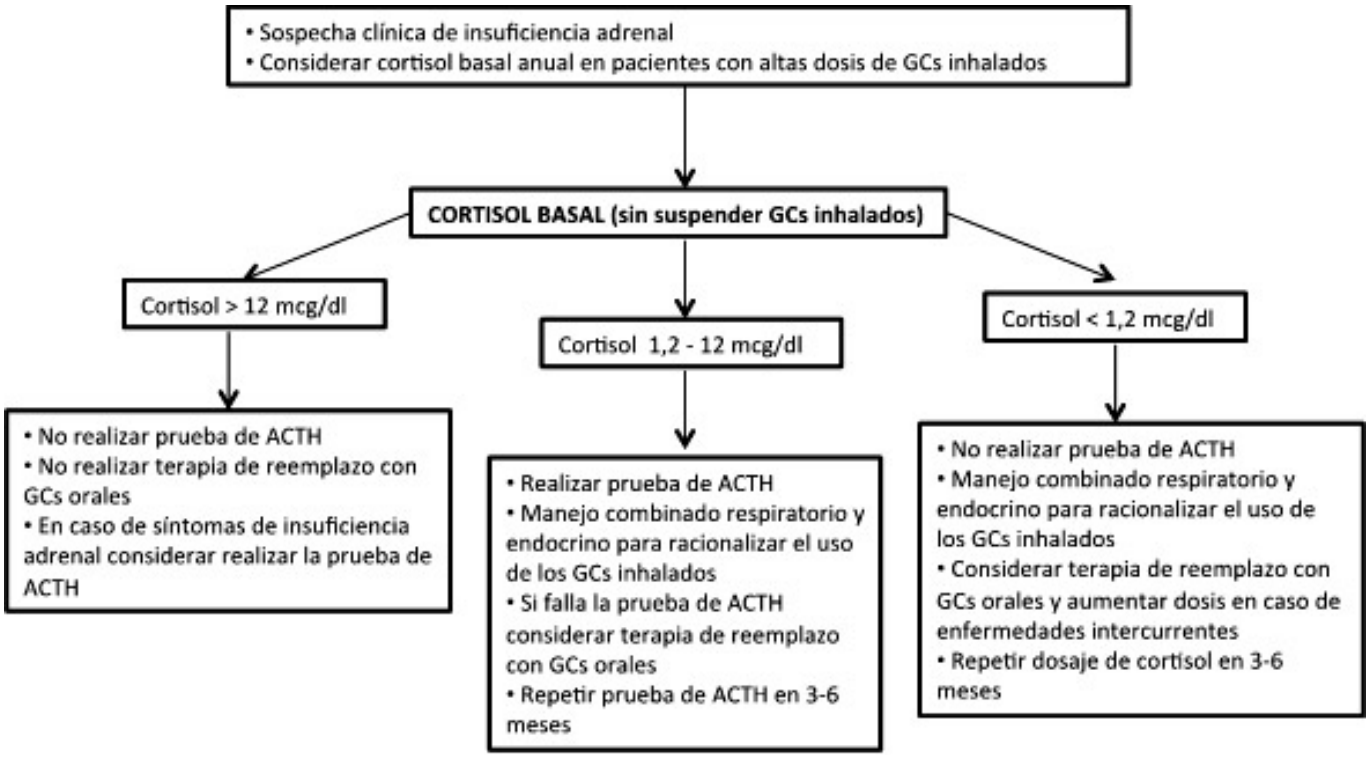
Phoca PDF

alta prevalencia de insuficiencia adrenal asociada a tratamiento con GCs exógenos. La supresión adrenal es infrecuente cuando la prescripción es por menos de 2 semanas. En esta cohorte, el 20% de los pacientes con GCs inhalados presentaban insuficiencia adrenal.

La supresión adrenal bajo GCs inhalados es dosis dependiente y también depende del corticoide utilizado (Fluticasona > Beclometasona). Hay que tener en cuenta que esta supresión puede persistir por períodos prolongados luego de la suspensión de los mismos.

El manejo de aquellos pacientes bajo terapia prolongada con GCs orales es conocido aunque también poco estudiado. Actualmente no existen recomendaciones para evaluar suficiencia adrenal en pacientes bajo GCs inhalados, pero a diferencia de los GCs orales, los GCs inhalados no tienen las acciones sistémicas necesarias para proporcionar una respuesta adecuada al estrés.

Finalmente el cortisol basal nos serviría para predecir suficiencia adrenal en estos pacientes, y así reducir la necesidad de test dinámicos y costos (en este trabajo se hubiesen ahorrado el 50% de las pruebas de ACTH realizadas). Tal como muestra el siguiente algoritmo:



Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 09 May 2016 20:54
Escrito por: Super User
Visitas: 16434

Copyrigth2018 ENDOweb. Citar este artículo: Supresión de la glándula suprarrenal en pacientes que reciben corticoides inhalatorios – ENDOweb– 9 de Mayo 2016

Phoca PDF