Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Lunes, 27 May 2024 18:04
Escrito por: Sofia
Visitas: 4922

La primera prueba recomendada para confirmar la recuperación del eje HPA, es la medición del cortisol sérico matutino.

Insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides: Puntos esenciales

La Sociedad Europea de Endocrinología y la Sociedad Americana de Endocrinología (Endocrine Society) acaban de publicar una nueva guía de Diagnóstico y tratamiento de Insuficiencia adrenal inducida por corticoides (Beuschlein F y col. JCEM 2024, 1-27).

Les dejamos un resumen con los conceptos más destacados.

Al menos el 1% de la población utiliza glucocorticoides (GC) crónicos como agentes antiinflamatorios o inmunosupresores.

La supresión del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) es un efecto inevitable de la terapia crónica con glucocorticoides exógenos, y la recuperación de la función suprarrenal varía mucho entre los individuos.

Incluso el uso de dosis bajas de glucocorticoides (prednisona 2,5 a 7,5 mg/día) aumentan el riesgo de enfermedad cardiovascular, infecciones graves, hipertensión, diabetes, osteoporosis y fracturas, así como la mortalidad general en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 concurrente.

La exposición a glucocorticoides por administración oral que presenta riesgo de insuficiencia suprarrenal supera, al menos, los dos umbrales siguientes:

- **Duración del tratamiento con glucocorticoides que plantea riesgo de insuficiencia suprarrenal:** 3 a 4 semanas o más.

- **Dosis de tratamiento con glucocorticoides que plantea riesgo de insuficiencia suprarrenal:** cualquier dosis superior al equivalente diario de hidrocortisona de 15 a 25 mg (4 a 6 mg de prednisona o prednisolona, 3 a 5 mg de metilprednisona, 0,25 a 0,5 mg de dexametasona).

Recomendaciones más destacadas

1) Se sugiere no reducir gradualmente los glucocorticoides en pacientes que reciben tratamiento a corto plazo durante <3-4 semanas, independientemente de la dosis. En estos casos, los glucocorticoides

Phoca PDF

se pueden suspender sin realizar pruebas debido a la baja preocupación por la supresión del eje HPA. (â□□â□□â□□â□□)

2) ***La reducción gradual de glucocorticoides en pacientes que reciben tratamiento a largo plazo sólo debe intentarse si la enfermedad subyacente para la que se recetaron estos fármacos está controlada y ya no se necesitan.*** En estos casos, los glucocorticoides se reducen gradualmente hasta acercarse a la dosis equivalente diaria fisiológica (p. ej., 4 a 6 mg de prednisona). (Buena práctica clínica)

3) Se recomienda considerar el síndrome de abstinencia de glucocorticoides que puede ocurrir durante la reducción gradual de glucocorticoides. Cuando el síndrome de abstinencia de glucocorticoides es grave, la dosis de glucocorticoides se puede aumentar temporalmente hasta la más reciente que haya sido tolerada, y se puede aumentar la duración de la reducción gradual de glucocorticoides. (Buena práctica clínica)

4) ***No se recomienda realizar pruebas de rutina para detectar insuficiencia suprarrenal en pacientes que reciben dosis suprafisiológicas de glucocorticoides o si todavía necesitan un tratamiento con glucocorticoides para la enfermedad subyacente.*** (Buena práctica clínica)

5) Se sugiere que los pacientes que toman glucocorticoides de acción prolongada (p. ej., dexametasona o betametasona) cambien a los d acción más corta (p. ej., hidrocortisona o prednisona) cuando los glucocorticoides de acción prolongada ya no sean necesarios. (â□□â□□â□□â□□)

6) ***Se sugiere que los pacientes que toman una dosis diaria equivalente fisiológica y desean suspender el tratamiento con glucocorticoides: 1) continúen disminuyendo gradualmente la dosis de glucocorticoides, mientras se los controla clínicamente para detectar signos y síntomas de insuficiencia suprarrenal, o 2) se les realice una prueba de cortisol sérico matutino.*** (â□□â□□â□□â□□)

7) ***Si se desea confirmar la recuperación del eje HPA, se recomienda el cortisol sérico matutino como primera prueba. El valor del cortisol sérico matutino debe considerarse como un continuo, siendo los valores más altos más indicativos de la recuperación del eje HPA.*** (â□□â□□â□□â□□)

A modo de orientación:

1) La prueba indica la recuperación del eje HPA si el cortisol es **>10 Î¼g/dL** (>300 nmol/L) con lo cual los glucocorticoides se pueden

Phoca PDF

suspender de manera segura

2) Si el resultado está entre **5 y 10 Î¼g/dL** (150 a 300 nmol/L), se debe continuar con la dosis fisiológica de glucocorticoides y repetir el cortisol matutino después de un período de tiempo adecuado (generalmente semanas a meses)

3) Se sugiere que si el resultado es **5 Î¼g/dL** (<150 nmol/L), se debe continuar con la dosis fisiológica de glucocorticoides y repetir el cortisol matutino después de unos meses.

8) Se sugiere estar conscientes de la posible insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides en pacientes:

- con uso actual o reciente de formulaciones de glucocorticoides no orales que presentan signos y síntomas indicativos de insuficiencia suprarrenal, o
- usando múltiples formulaciones de glucocorticoides simultáneamente, o
- usando dosis altas de glucocorticoides inhalados o tópicos, o
- usando glucocorticoides inhalados o tópicos durante >1 año, o
- que recibieron inyecciones intraarticulares de glucocorticoides en los 2 meses anteriores, o
- recibieron tratamiento concomitante con inhibidores potentes del citocromo P450 3A4.

9) Se sugiere que se asuma que los pacientes con tratamiento actual o previo con glucocorticoides que presentan signos y síntomas de síndrome de Cushing exógeno tienen insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides. (Buena práctica clínica)

10) Se sugiere que los pacientes que deseen suspender los glucocorticoides, pero sin recuperación del eje HPA en un año mientras reciben una dosis fisiológica diaria equivalente, sean evaluados por un especialista en endocrinología. (Buena práctica clínica)

11) ***No se recomienda el uso de fludrocortisona en pacientes con insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides.***

12) Se recomienda que ***los pacientes con uso actual o reciente de glucocorticoides, que no se sometieron a pruebas bioquímicas para descartar insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides, reciban cobertura de dosis de estrés cuando estén expuestos al mismo.***

Phoca PDF

(Buena práctica clínica)

12-A Los glucocorticoides orales deben utilizarse en caso de estrés menor y cuando no haya signos de inestabilidad hemodinámica, vómitos o diarrea prolongados.

12-B Los glucocorticoides parenterales deben usarse en caso de estrés moderado a mayor, procedimientos bajo anestesia general o regional, procedimientos que requieren evitación prolongada o incapacidad de la ingesta oral, o cuando hay signos de inestabilidad hemodinámica, vómitos o diarrea prolongados.

13) Se sugiere que en pacientes con uso actual o reciente de glucocorticoides que no se sometieron a pruebas bioquímicas para descartar insuficiencia suprarrenal inducida por glucocorticoides y que presentan inestabilidad hemodinámica, vómitos o diarrea, se debe considerar el diagnóstico de crisis suprarrenal independientemente del tipo de glucocorticoide, modo de administración y dosis. Los pacientes con sospecha de crisis suprarrenal deben ser tratados con glucocorticoides parenterales y reanimación con líquidos. (Buena práctica clínica).

Copyright 2024. Endoweb.net

Phoca PDF