

Insuficiencia suprarrenal primaria (un trastorno en el cual la corteza suprarrenal no produce suficiente cortisol o aldosterona, y que es causada directamente por la inflamación suprarrenal)

Evaluación

Observe:

- El Paciente aparece:
- ¿Letárgico?
 - ¿Irritable?
 - ¿Ha perdido peso?
 - ¿Deprimido?
 - ¿Débil?
 - ¿Hiperpigmentado)?
 - ¿Más delgado?
 - ¿Sudoroso?
 - ¿Dolor (espalda, piernas, abdomen, cabeza)?
 - ¿Mareado?
 - ¿Piel seca?
 - ¿Hipotermia?
 - ¿Olvidadizo?

Escuche:

- Fatiga
- Debilidad
- Siente frío todo el tiempo
- Pérdida de apetito
- Dolor abdominal
- Náuseas/vómitos
- Diarrea
- Desmayo/Mareo al estar de pie
- Cambio de humor (irritable/deprimido)
- Antojo por comida salada
- Dolores de cabeza recurrentes o severos
- Menstruación irregular (mujeres)
- Pérdida de libido
- Cambios en la piel: seca, se oscurece
- Fiebre
- Olvido persistente o que empeora

Reconozca:

- Determinación de cortisol, prueba de estimulación con ACTH
- Insuficiencia suprarrenal primaria versus secundaria (AI)
 - o AI Primaria: Cortisol matutino **bajo** (<5 mcg/dL<3ug/dl) más ACTH alta con o sin niveles anormales de electrolitos y síntomas (otros criterios: cortisol <20ug/dl, 60 minutos después de estimulación de ACTH con ACTH alta)
 - o IA Secundario: cortisol basal bajo y **ACTH baja o retrasados** (con prueba de estimulación de ACTH)
- Alta actividad de renina plasmática (primaria) versus normal (secundaria)
- Hiponatremia, hiperpotasemia, hipercalcemia, hipoglucemia
- Hipotensión ortostática
- Imágenes de las glándulas suprarrenales y glándula pituitaria consisten con IA primaria o secundaria
- Fiebre que puede precipitar una crisis adrenal
- Síntomas y hallazgos analíticos de crisis suprarrenal

Clasificación de Toxicidad

Insuficiencia Suprarrenal Primaria

Grado 1 (Leve)

Asintomático; observaciones clínicas o diagnósticas solamente

Grado 2 (Moderado)

Síntomas moderados

Grado 3 (Severo)

Hospitalización indicada

Grado 4 (Potencialmente mortal)

Intervención urgente indicada

Grado 5 (Muerte)

Manejo

Grado 1 (leve)

- Continúe pembrolizumab, nivolumab, ipilimumab
- Hidrocortisona (20 mg por la mañana y 10 mg en la tarde y luego titula lentamente a la dosis más baja posible según los síntomas) o prednisona dosis inicial de 5 a 10 mg*
- Fludrocortisona 0.1 mg cada dos días
- Aconsejar una dieta alta en sodio y una ingesta adecuada de calcio / vitamina D
- Educación del paciente sobre la crisis suprarrenal y los requisitos para las dosis de corticosteroides ante situaciones de estrés

Grado 2 (Moderado)

- Detener pembrolizumab, nivolumab o ipilimumab
- Hidrocortisona (20 mg por la mañana y 10 mg en la tarde y luego titula lentamente a la dosis más baja posible según los síntomas) o prednisona dosis inicial de 5 a 10 mg
- Fludrocortisona a 0.1 mg en días alternos; luego valorar en función de los síntomas
- Aconsejar una dieta alta en sodio y una ingesta adecuada de calcio / vitamina D
- Educación del paciente sobre la crisis suprarrenal y los requisitos para las dosis de corticosteroides ante situaciones de estrés. (si está gravemente enfermo, puede necesitar una dosis doble o triple durante las primeras 24-48 horas)
- Reanude los inhibidores del punto de control en pacientes que ya no son sintomáticos (Grado 0 a 1)

Grados 3/4 (Severo o potencialmente mortal)

- Detener los inhibidores del punto de control para el Grado 3 y/o considerar la interrupción permanente para el Grado 4
- Los pacientes requieren hospitalización y cuidados potencialmente intensivos bajo la guía de un endocrinólogo.
- Para el grado 3, se deben iniciar dosis de corticosteroides orales dobles o triples durante 24-48 horas
- Para el Grado 4, las dosis altas de esteroides deben iniciarse inmediatamente (hidrocortisona 100 mg IV seguida inmediatamente de hidrocortisona 200 mg / día como infusión continua durante 24 h, reducida a hidrocortisona 100 mg / día al día siguiente)
- Si es inestable hemodinámicamente, puede requerir líquidos adicionales (por ejemplo, infusión rápida de 1000 ml de solución salina isotónica [o más si es necesario dentro de la primera hora] o glucosa al 5% en solución salina isotónica, seguido de solución salina IV continua guiada por las necesidades individuales del paciente)
- Reducción de las dosis de estrés de los corticosteroides a una dosificación más fisiológica bajo la guía del endocrinólogo
- Si no se suspende permanentemente, reanude los inhibidores del punto de control en pacientes que ya no presentan síntomas (Grado 0 a 1)

Implementación:

- PRECAUCIÓN: Comience con corticosteroides primero antes de cualquier otro reemplazo hormonal para evitar la crisis suprarrenal
- Monitorización de niveles hormonales antes de cada dosis y verifique la ACTH según los resultados de laboratorio o síntomas
- Valore la vigilancia por endocrino
- Descartar otras posibles causas de insuficiencia suprarrenal primaria, incluyendo infección (TB), metástasis suprarrenales, amiloidosis, medicamentos (antifúngicos) o disminución adecuada de los corticosteroides
- Proporcionar educación al paciente / cuidador con respecto a:
 - o Comprender que los corticosteroides son para reemplazo fisiológico y se continuarán indefinidamente
 - o **Necesidad de dosis adicional de corticosteroides para cirugía, lesión grave o enfermedad o situaciones de estrés**
 - o Importancia de usar un brazalete de alerta médica y llevar corticosteroides en todo momento en caso de crisis suprarrenal (así como saber cómo administrarse)

* Administración Corticoides:

Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es > 20 mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maníaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamidina inhalada)
- Valore una profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

BANDERAS ROJAS:

Crisis Suprarrenal

- **Dolor repentino y severo en la parte baja de la espalda, el abdomen y las piernas.**
- **Debilidad severa**
- **Vómitos severos y diarrea**
- **Hipotensión severa**
- **Deshidratación severa**
- **Confusión, delirio**
- **Pérdida de consciencia**

