

## **CASO 1**

# **“CONTROVERSIAS Y CONCEPTOS ACTUALES SOBRE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN EL PACIENTE CRÍTICO”**

**Presenta:** Dr. Sebastián Oksenberg  
Residente de Medicina Interna PUC  
GRUPO ENDOCRINOLOGÍA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

La evaluación de la insuficiencia suprarrenal en hospitalizados (especialmente en pacientes críticos) es compleja y suscita importantes dudas clínicas entre los distintos equipos médicos. A continuación, presentaremos 2 casos clínicos reales que sirven como ejemplo para iniciar la discusión sobre este controvertido tema.

### **CASO 1:**

Paciente de sexo femenino, 72 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca con fracción de eyección reducida (FEVI 23%) e hipotiroidismo de reciente diagnóstico. Usaria de furosemida, betabloqueadores, losartan, ácido acetilsalicílico, espironolactona, fibratos y levotiroxina 50 mcg de reciente comienzo.

Presenta historia de 5 meses de evolución de compromiso de estado general, baja de peso no cuantificada, dolor abdominal intermitente, diarrea de 3 semanas de evolución y náuseas. A la anamnesis dirigida niega uso de corticoides previamente.

Ingres a al Servicio de Urgencias en malas condiciones generales, mal perfundida, hipotensa y con compromiso cualitativo de conciencia. En los exámenes destaca falla renal aguda, hiperkalemia y acidosis metabólica.

Se hospitaliza en UPC y se inicia manejo con volemicización y drogas vasoactivas (DVA). Evolucion a con necesidad de 2 DVA para mantener hemodinamia estable, por lo que se solicita muestra crítica de cortisol sérico (tomado a las 10 AM) cuyo valor fue de 15 ug/dL. Se interpreta valor inadecuadamente normal en contexto clínico de refractariedad a manejo con DVA, por lo que se sospecha componente de insuficiencia suprarrenal asociado y se inicia hidrocortisona en dosis de estrés. Evolucion a estable, logrando suspensión de ambas DVA y sin nuevos episodios de inestabilidad hemodinámica. Se interconsulta a Endocrinología, manteniendo terapia esteroidal con decalaje de dosis y se titula hidrocortisona hasta 10 mg AM y 5 mg PM oral, bien tolerado. Se decide alta con dichas dosis.

Al control post alta, destaca asintomática, normotensa (125/75 mmHg), usando hidrocortisona 10 mg AM y 5 mg PM y levotiroxina 50 mcg al día. Se realiza test de estimulación con ACTH exógena que muestra cortisol basal 24 ug/dL y post ACTH 28 ug/dL, por lo que se interpreta recuperación del eje suprarrenal y se decide suspensión de la terapia corticoidal.

### **Diagnósticos:**

- *CIRCI – Critical Illness-related corticosteroid Insufficiency*
- *Shock hipovolémico v/s distributivo en recuperación.*

- *Falla renal aguda KDIGO 3*
- *Insuficiencia Cardíaca Crónica FEVI 23%*
- *Hipotiroidismo primario, reciente diagnóstico*

## **CASO 2:**

Paciente de sexo femenino de 56 años, con antecedentes de trasplante hepático en septiembre de 2019 de donante cadavérico, usuaria de tacrolimus y micofenolato y con esquema vacunación COVID completado pocos días antes del inicio del cuadro clínico.

Consulta inicialmente por dolor abdominal asociado a diarrea y síntomas respiratorios altos, sin disnea ni requerimientos de oxígeno. TC de tórax sugerente de compromiso por COVID y PCR COVID (+). Sin requerimientos de O<sub>2</sub> en el momento de la evaluación, por lo que es dada de alta.

Reingresa 4 días después por disnea y mayor compromiso del estado general. Ingres a urgencias desaturando hasta 60% con FiO<sub>2</sub> ambiental, por lo que se traslada a UPC para CNAF, desarrollando insuficiencia respiratoria que requiere inicio de ventilación mecánica invasiva (VMI). Evoluciona con falla renal, múltiples complicaciones infecciosas y VMI prolongada. Tras larga estadía en UPC logra destete de VMI y mejoría clínica, por lo que inicia rehabilitación.

Desde el ingreso destaca uso de corticoides en dosis altas, inicialmente por protocolo *Recovery* (dexametasona 6 mg diarios EV por 10 días) y luego, por sospecha diagnóstica de neumonía organizante, prednisona 30 mg diarios por 7 días. Posteriormente se realiza esquema de decalaje hasta prednisona 2.5 mg diarios y finalmente se suspende su uso. Tras la suspensión corticoidal la paciente evoluciona con hipotensión y deterioro de perfusión, por lo que se sospecha insuficiencia suprarrenal y se inicia hidrocortisona en dosis 20 mg AM y 10 mg PM por vía oral. Se decide evaluación del eje con test de estimulación con ACTH exógena: cortisol basal 10.1 ug/dL y post ACTH 20.8 ug/dL.

En dicho contexto se solicita evaluación por endocrinología. Dado resultado de exámenes con normalidad del eje corticotropo se decide suspensión de terapia corticoidal y búsqueda de otras causas de hipotensión. Se realiza ecocardiograma que informa marcada hipokinesia inferior y septal inferior, por lo que se inicia manejo con inótrupos, logrando buena respuesta.

### **Diagnósticos:**

- *Neumonía por COVID grave*
  - *Tratamiento prolongado con corticoides sistémicos*
- *Insuficiencia Suprarrenal descartada*
  - *Hipotensión secundaria a compromiso cardiogénico*

### **REFERENCIAS:**

- Ananne D, Pastores SM, et al. **Guidelines for the diagnosis and management of critical illness-related corticosteroid insufficiency (CIRCI) in critically ill patients (Part I): Society of Critical Care Medicine (SCCM) and European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) 2017.** Crit Care Med. 2018 Jan;46(1):146-148
- Javorsky BR, Raff H, et al. **New Cutoffs for the Biochemical Diagnosis of Adrenal Insufficiency after ACTH Stimulation using Specific Cortisol Assays.** J Endocr Soc. 2021 Feb 18;5(4):bvab022
- Téblick A, Langouche L, Van den Berghe G. **Anterior pituitary function in critical illness.** Endocr Connect. 2019 Aug 1;8(8):R131-R143