

Emergências Endócrinas

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Crianças)

CONCEITO:

- Emergência metabólica caracterizada por uma produção deficiente de corticoesteróides em resposta ao estresse.

ETIOLOGIA:

- Hiperplasia supra-renal congênita (Deficiência de 21 OH – forma mais comum), hemorragia de supra-renais, doença auto-imune, adrenoleucodistrofia, pan-hipopituitarismo, supressão do eixo hipotálamo-hipófise-supra-renal (suspensão abrupta de corticoesteróides em corticoterapia prolongada).

QUADRO CLÍNICO:

- Anorexia, vômitos, apatia, hipotermia, hipotensão, sinais de choque, perda ponderal. Os portadores de hiperplasia supra-renal congênita – Def. de 21OH – apresentam-se com genitália ambígua no caso do sexo feminino e macrogenitossomia do sexo masculino, porém, a genitália normal não afasta esta patologia. Os pacientes com insuficiência supra-renal crônica podem apresentar hiperpigmentação de pele e mucosas.

DIAGNÓSTICO:

- Solicitar 17 OH progesterona, Na e K, glicemia capilar e plasmática, uréia, creatinina, gasometria, hemograma (eosinofilia), cortisol sérico, aldosterona sérica e renina plasmática. É sempre necessário o rastreamento de infecção como fator desencadeante do quadro.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Excesso de diuréticos, nefropatias perdedoras de sal, acidose tubular renal, fase poliúrica de necrose tubular renal, diurese pós-obstrutiva.

TRATAMENTO:

- Hidratação – choque: 20 ml/kg – SF a 0,9%
- Manutenção: dobre as necessidades basais hídricas e reponha com solução contendo glicose a 5% e soro fisiológico a 0,9% em partes iguais.
- Corticoterapia – hidrocortisona – 10mg/kg, seguido da manutenção de 5mg/kg a cada 4-6 horas por 48 horas. Os pacientes com a forma perdedora de sal necessitam da reposição de mineralocorticóide – flúorhidrocortisona (Florinef) na dose de 0,1 mg/dia-VO.
- As doses do glicocorticóide são reduzidas 1/3 a cada dia por 2 dias até chegar na manutenção diária: hidrocortisona: 15 a 20mg/m²/dia (2/3 pela manhã e 1/3 à noite) -> ou Prednisona (5mg/m²/dia).
- Os pacientes com sépsis ou trauma deverão receber doses de corticóides 6 vezes maior.



Emergências Endócrinas – I

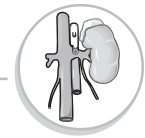
Insuficiência Supra-Renal Aguda (Adultos)

Independentemente de sua etiologia, a insuficiência supra-renal é uma situação clínica potencialmente letal, que precisa de um alto grau de suspeição para o diagnóstico. Devemos destacar a insuficiência supra-renal primária crônica agudizada (paciente sem diagnóstico em situação de estresse ou diagnosticado, mas mal orientado quanto à sua conduta nessas circunstâncias) e a hemorragia supra-renal bilateral volumosa (complicação de várias enfermidades críticas). Destaque igualmente importante deve ser dado à insuficiência supra-renal secundária, devido ao uso crônico de corticosteróides, cada dia mais freqüente.

A necessidade de tratar agressivamente o paciente, assim que se suspeita pela primeira vez do diagnóstico, torna importante integrar os procedimentos terapêuticos e diagnósticos com um objetivo duplo. Em primeiro lugar, a vida do paciente não deve correr riscos enquanto se aguardam resultados de testes de confirmação. O tratamento também não deve interferir na confirmação hormonal do diagnóstico.

Etapas básicas para o manejo da insuficiência supra-renal aguda na emergência:

1. Identificar pacientes de risco potencial para a complicação:
 - pacientes já em uso de doses de reposição ou em terapia prolongada com corticosteróides (mesmo já suspensas a até um ano antes do intercurso atual) em estresse;
 - doença tromboembólica em anticoagulação, pós-operatório com coagulopatia espontânea ou iatrogênica (cirurgia do coração aberto, substituição de articulação por prótese ou cirurgia vascular), infecções graves, gestantes em estresse ou toxemia, grandes queimados.
2. Identificar sinais e sintomas de comprometimento supra-renal agudo (muitas vezes similares aos das doenças críticas de base):
 - dor torácica ou abdominal, febre, hipotensão, fraqueza progressiva, náuseas, vômitos, letargia, confusão, torpor, aumento progressivo da uréia e K, queda na Hb/Ht, Na e HCO_3^- ;
 - hipotensão catastrófica;
 - ausência de resposta da PA à reanimação convencional.
3. Confirmação diagnóstica:
 - dosar a cortisolemia e nível de sódio (uma única dosagem de cortisolemia é um ótimo discriminante entre insuficiência supra-renal e outras causas de choque);
 - teste de estimulação rápida com ACTH (quando a PA estiver estável): administra-se 250 microgramas (25UI) de cortrosyn EV, com amostras de cortisol com 0 e 30 minutos. Sendo considerada resposta normal uma elevação de 7 microgramas/dl e um pico de pelo menos 20 microgramas/dl;
 - confirmação com TC supra-renal (particularmente na hemorragia supra-renal bilateral, com atenção especial para não perder o diagnóstico por cortes amplamente espaçados).
4. Terapia imediata:
 - administrar urgentemente esteróides (inicialmente preferir dexametasona 8-16 mg EV, por não interferir nos ensaios laboratoriais para o diagnóstico e, após serem colhidos, realizar o teste de estímulo rápido com ACTH; substituí-la por hidrocortisona 100mg EV de 6/6 h, de acordo com a evolução do paciente);
 - hidratação intravenosa vigorosa, com correção de depleção de volume e possível hipoglicemia;
 - avaliação e correção de infecções intercorrentes ou outros fatores precipitantes.



Emergências Endócrinas – II

Insuficiência Supra-Renal Aguda (Algoritmo)

