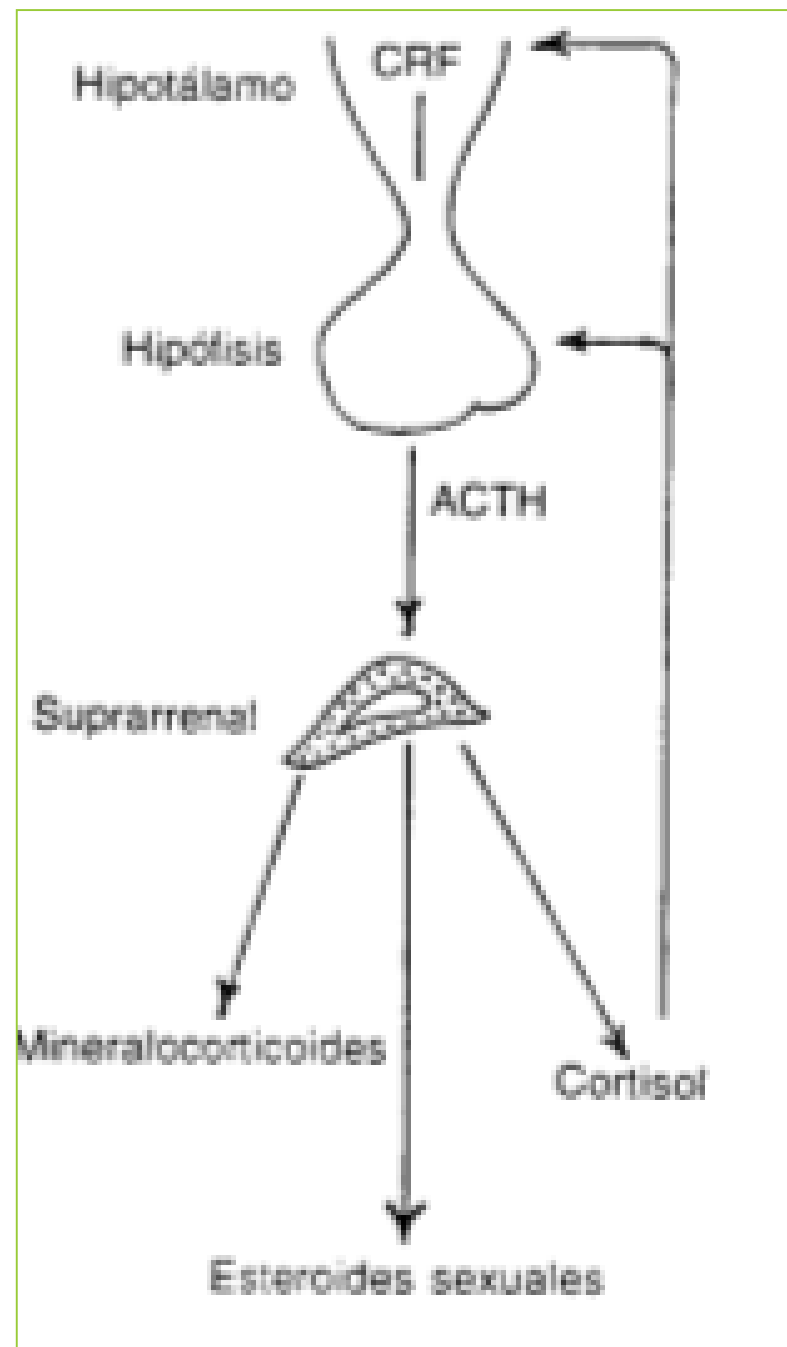




HIPOCORTISOLISMO EN RN

Amanda Rapimán – Interna Medicina USS
Agosto 2019



FUNCIÓN ADRENAL EN EL RECIÉN NACIDO

RN término

- ✓ Concentraciones de cortisol:
 - 200-300nmol/l → 1° día
 - 100-200 nmol/l → 7° día
 - <100 nmol/l → 2° semana
- ✓ Producción diaria → 8mg/m²/día

RN pre-término

- ✓ Concentraciones de cortisol
 - 300-400 nmo/l → 1° día
 - 280 nmol/l → 7° día
- ✓ Producción diaria → 10-31 mg/m²/día



La respuesta del Recién nacido de pre término ante el estímulo del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal es menor

“Insuficiencia suprarrenal relativa del prematuro” → buena respuesta a Hidrocortisona



La maduración del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal depende en parte del ritmo circadiano.

Durante los primeros tres meses de edad, el ritmo circadiano de ACTH y Cortisol no existe y podría no ser semejante al de un adulto hasta los tres años de vida.

Ante la sospecha clínica de hipocortisolismo → medición de niveles de cortisol

Tabla 2. Metodología para el diagnóstico de una insuficiencia suprarrenal.

Primer paso: determinación de cortisol y ACTH basales

1. Cortisol basal $> 8-10 \mu\text{g/dl}$ o $> 18-20 \mu\text{g/dl}$ en estrés: normalidad
2. Cortisol $< 3 \mu\text{g/dl}$ en situaciones basales o $< 5 \mu\text{g/dl}$ en estrés: insuficiencia:
 - ACTH $> 100 \text{ pg/ml}$: insuficiencia primaria
 - ACTH $< 16 \text{ pg/ml}$: insuficiencia secundaria o terciaria
 - ACTH normal: resultado no concluyente (hacer test de estimulación)
3. Valores intermedios de cortisol: no se descarta insuficiencia suprarrenal (hacer test de estimulación)

Segundo paso: cronograma para pruebas de estimulación

1. Test con dosis estándar de ACTH ($250 \mu\text{g}$):
 - Cortisol $> 18-20 \text{ pg/ml}$: eje normal
 - Cortisol $< 18 \text{ pg/ml}$: posible insuficiencia secundaria o terciaria

TEST DE ESTIMULACIÓN ACTH

Medición directa de la integridad de las glándulas suprarrenales e indirectamente evalúa función del eje HHA.

Se administran 250mg de Synacthen (ACTH sintética) y se miden niveles de cortisol a los 0, 30, 60 minutos.

Resultado normal: 18-20mg/dL

ESQUEMA DE TRATAMIENTO

Producción diaria de cortisol en condiciones basales

RNT: 8mg/m²/día

RNPT: 10-31mg/m²/día

¿Cómo sustituir?

Hidrocortisona (vía oral o endovenosa). Dividir la dosis total en 2-4 veces por día

*Fórmula superficie corporal en <10kg

SC (m²) = [(Peso Kg x 4)+9] /100

El descenso de la dosis depende de la clínica del paciente, corrección de las alteraciones y el tiempo de duración de la terapia

Descenso de la dosis debe ser gradual

Manejo supresión eje corticotropo



- En cursos de terapia < 10 días
 - Suspensión brusca independiente de tipo y dosis
- En cursos de terapia mayores
 - Disminución de dosis gradual:
 - Un mes: reducción en 20-25% cada 2-3 días
 - 2-3 meses: reducción en 20-25% cada 4-5 días
 - > 3 meses: reducción en 20-25% cada 1 semana
 - En base a corticoides de corta acción

Otro esquema

1. Suspender en forma progresiva disminuyendo el 25% de la dosis cada 4-7 días hasta alcanzar la dosis equivalente a la dosis fisiológica de reemplazo de hidrocortisona
2. Continuar con la dosis fisiológica de reemplazo de hidrocortisona, dividida en 2 tomas (cada 12 h) durante 7-10 días.
3. Luego, pasar a la mitad de la dosis fisiológica, en una toma diaria matinal, y mantenerla durante 7-10 días evaluando la tolerancia
4. Si se tolera bien, se puede suspender.
5. Una vez suspendido el reemplazo con glucocorticoides, es muy importante monitorear la aparición de síntomas de insuficiencia adrenal.

Comité Nacional de Endocrinología. Consideraciones para una corticoterapia segura. Arch. Argent Pediatr 2018;116 Supl 3: S71-S76.