

# Algoritmo diagnóstico y terapéutico de Insuficiencia suprarrenal

Datos sugestivos de insuficiencia suprarrenal  
(Ver tabla 1)

**Paciente inestable**

- Hipotensión
- Hipoglucemia
- Hipovolemia
- Letargo
- Desequilibrio hidroelectrolítico
- Fiebre

- Preferentemente, medir cortisol sérico y ACTH.
- Hidrocortisona 100 mg IV en bolo, posteriormente 200 mg IV cada 24 hrs dividida en 4 dosis o en infusión continua
- Reanimación con soluciones cristaloides IV
- Administración de soluciones glucosadas en caso de hipoglucemia

Cuando esta estable y no se realizó toma de cortisol basal inicial o no es concluyente

**Paciente estable**

Medir cortisol sérico matutino

Cortisol sérico < 5 mcg/dl\*  
**CONFIRMA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL**  
(Pasar a figura 2)

Cortisol sérico entre 5 y 10  
sustituir y hacer prueba dinámica\*

Cortisol sérico entre 10 y 15  
sustituir solo en estrés y hacer prueba dinámica\*

Cortisol sérico >15 mcg/dl\*\*  
**DESCARTA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL**

\* Algunas fuentes utilizan un valor de corte menor a 3 mcg /dl  
\*\* Algunas fuentes utilizan un valor de corte mayor a 18 mcg /dl  
IV: intravenoso  
ACTH: Hormona adenocorticotropa  
Mcg: microgramo  
Dl: decilitro

# Algoritmo diagnóstico y terapéutico de Insuficiencia suprarrenal

Diagnóstico confirmado de insuficiencia suprarrenal

Medir ACTH

**ACTH alta:**  
Insuficiencia suprarrenal primaria.  
Iniciar reemplazo  
Glucocorticoide ( tabla 3)  
y Mineralocorticoide (tabla 4)

Medir anticuerpos adrenales

**POSITIVOS:**  
Adrenalitis  
autoinmune

**NEGATIVOS:**  
Realizar TAC  
suprarrenales

**NEGATIVA**  
Diagnóstico mas  
probable  
es adrenalitis  
autoinmune

**POSITIVA**  
Adrenalitis por  
tuberculosis  
Hemorragia  
adrenal  
Metastasis adrenal  
Adrenoleucodistrofia

**ACTH normal o baja:**  
Insuficiencia suprarrenal secundaria.  
Iniciar reemplazo  
glucocorticoide ( tabla 3)

Realizar IRM de silla turca

**POSITIVA:**  
Macroadenoma  
hipofisario  
Metastasis a SNC  
Craneofaringioma  
\*Evaluar el resto  
de las lineas  
hipofisarias

**NEGATIVA:**  
Hacer énfasis en  
uso previo de  
esteroides.  
Antecedente de  
trauma craneal  
Síndrome de  
Sheehan  
Deficiencia  
aislada de ACTH

ACTH: Hormona adenocorticotropa  
TAC: Tomografía axial computarizada  
IRM: Imagen por resonancia magnetica

**Tabla 1. Signos y síntomas sugestivos de insuficiencia suprarrenal**

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Náusea</li> <li>• Vómito</li> <li>• Fatiga</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de peso</li> <li>• Hiperpigmentación*</li> <li>• Fiebre</li> <li>• Dolor abdominal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hipotensión</li> <li>• Hipoglucemia</li> <li>• Hiperpotasemia*</li> <li>• Hiponatremia*</li> </ul>
--	--	---

\* Solo en insuficiencia suprarrenal primaria

**Tabla 2. Pruebas dinámicas en insuficiencia suprarrenal**

Prueba	Procedimiento	Interpretación
Curva de cortisol por hipoglucemia*	Administrar insulina rápida 0.1 UI/kg IV. Medir cortisol sérico y glucosa a los -30, 0, 30, 60 y 120 minutos.	La glucosa debe bajar a <40 mg/dl. Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.
Estimulación con ACTH a dosis estándar (250 mcg)	Administrar 250 mcg de ACTH intravenosa. Determinación de cortisol a los 0, 30 y 60 minutos	Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.
Estimulación con ACTH a dosis baja (1 mcg)	Administrar 1 mcg de ACTH intravenosa. Determinación de cortisol a los 0, 30 y 60 minutos	Un cenit > 18 mcg/dl descarta insuficiencia suprarrenal.

\* Contraindicada en pacientes con antecedente de cardiopatía o crisis convulsivas

<18 TIENE SENSIBILIDAD DEL 97.5% Y ESPECIFICIDAD DE 95%.

EN LA INSUFICIENCIA SUPRARRENAL SECUNDARIA ES MENOS ÚTIL. Un cortisol > 23 = sensibilidad del 100%

Entre 18 y 23 se descarta una insuficiencia suprarrenal 2ª grave o de larga duración pero no se descarta una leve o de inicio reciente. Mejor repetir la prueba en 6 meses. Esto dependen del tiempo en que la suprarrenal ha dejado de estar estimulada por la ACTH y el grado de atrofia que tiene, si la insuficiencia suprarrenal es de corta evolución todavía puede responder a la ACTH. También puede tratarse de baja reserva del corticotropo, es decir todavía se produce ACTH, pero no lo suficiente para responder al estrés.

**Tabla 3. Fármacos recomendados para reemplazo glucocorticoide**

Fármaco	Presentación	Dosis
Hidrocortisona	Tabletas 5 mg□ Tabletas 10 mg	15-25 mg/día Dividido en 2-3 dosis diarias
Acetato de cortisona	Tabletas 25 mg	20-35 mg /día Dividido en 2-3 dosis diarias
Prednisona	Tabletas 5 mg	5-7.5 mg/día Dividido en 1-2 dosis al día

**Tabla 4. Fármacos recomendados para reemplazo mineralocorticoide**

Fármaco	Presentación	Dosis
Fludrocortisona	Tabletas 100 mcg	50-200 mcg cada 24 horas Administrar en una sola toma por la mañana Iniciar con la dosis mas baja

## BIBLIOGRAFÍA:

- Bornstein S, Allolio B, Wiebke A. Diagnosis and Treatment of Primary Adrenal Insufficiency. JCEM; February 2016
- Fleseriu M, Hashim I, Karivitaki N. Hormone Replacement in hypopituitarism, JCEM; October 2016
- Arlt W. Emergency management of acute adrenal insufficiency (crisis) in adult patients. Endocr Connect. September 2016
- Paz de Miguel Novoa et al. Guía para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia suprarrenal en el adulto. Endocrinol Nutr. 2014;61:1-35