

TRAUMA, CIRURGIA E MEDICINA INTENSIVA

EDIÇÃO VI

Capítulo 10

MANEJO DA INSUFICIÊNCIA ADRENAL AGUDA NA EMERGÊNCIA

PAOLLA RAMOS CARVALHO CORRÊA¹
PEDRO AUGUSTO BARBOSA SILVA²
LUIS LEVINO BATISTA VIEIRA FILHO³
BRUNO HENRIQUE WAILAND LOPES⁴
YASMIM DOS SANTOS AMARAL⁵
PEDRO AUGUSTO ANDRADE DE MELO⁶
KEMILLY NUNES DE SOUSA⁷

¹Discente – Medicina do Centro Universitário de Caratinga UNEC

²Discente – Medicina da Universidade Federal de Jataí - UFJ

³Discente – Medicina da UNIFAMAZ

⁴Discente – Medicina da Universidade Federal do Mato Grosso – UFMT/Sinop

⁵Discente – Medicina da Universidade de Itaúna

⁶Discente – Medicina da Universidade Federal de Goiás – UFG

⁷Discente – Fisioterapia da Universidade Federal de Alfenas

Palavras-chave: Insuficiência Adrenal; Emergência; Manejo

DOI

10.59290/978-65-6029-239-0.10

P EDITORA
PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Insuficiência Adrenal (IA) é uma condição que pode evoluir para crise adrenal e levar à morte se não reconhecida e tratada de modo adequado (MILLER *et al.*, 2020; WORTH *et al.*, 2021). Ela é caracterizada por um prejuízo na síntese adrenal de glicocorticóides (MILLER *et al.*, 2020). Quando há comprometimento da produção de mineralocorticoide (aldosterona), há hiponatremia, em virtude da perda de sal e a hipercalemia recíproca (MILLER *et al.*, 2020).

A IA pode ser classificada em (MILLER *et al.*, 2020):

1. IA primária: Defeito da própria glândula adrenal (MILLER *et al.*, 2020).
2. IA secundária (central): Uma disfunção de causa central, como, por exemplo, na hipófise e/ou hipotálamo (MILLER *et al.*, 2020). Nessa forma, com a redução dos níveis do hormônio adrenocorticotrófico (ACTH), acarreta em atrofia da zona fasciculada do córtex adrenal (MILLER *et al.*, 2020). Há preservação da zona mineralocorticoide, devido ao sistema renina-angiotensina se encontrar intacto (MILLER *et al.*, 2020). Há uma outra classificação que aponta a secundária como uma causa relacionada à hipófise e terciária ao hipotálamo (SIMPSON *et al.*, 2020).

Os fatores causais mais comuns da IA primária incluem hiperplasia adrenal congênita, doença de Addison, adrenalectomia bilateral e hemorragia adrenal (SIMPSON *et al.*, 2020). Já as causas secundárias incluem tumores hipofisários (incluem os tratamentos cirúrgicos e radioterápicos) e hipofisária. Relacionado a causas no hipotálamo a principal causa é a supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal devido ao uso exógeno de esteroides, outras condições, mais raras, são tumores cerebrais (SIMPSON *et al.*, 2020).

Os distúrbios da região hipotálamo-hipófise correspondem em até 60% dos casos da doença e a primária 40% (SIMPSON *et al.*, 2020).

As manifestações clínicas são inespecíficas, algumas das manifestações clínicas são evidenciadas a seguir (**Quadro 10.1**) (AZEVEDO *et al.*, 2022):

Tabela 10.1 Sintomas e sinais sugestivos de insuficiência adrenal

Cansaço, fraqueza, depressão
Anorexia e perda de peso
Tontura e hipotensão postural
Náusea, vômito e diarreia
Hiponatremia, hipoglicemia, anemia normocítica, linfocitose e eosinofilia
Hipotensão
Hipotermia

Fonte: Medicina Intensiva, 2022

Na suspeição clínica, pode-se lançar mão de exames para auxiliar no diagnóstico da doença, como eletrólitos (sódio e potássio), cortisol e ACTH (AZEVEDO *et al.*, 2022). Outros exames podem ser solicitados a depender da causa e condição clínica do paciente para auxiliar no diagnóstico e manejo do paciente (AZEVEDO *et al.*, 2022).

A fisiopatologia não é totalmente compreendida (SARAUZ, 2022). O cortisol tem papel importante anti-inflamatória, seu déficit está relacionado a um aumento das citocinas inflamatórias após um estresse, por exemplo, cirúrgico (SARAUZ, 2022). Outro papel desse hormônio é na conversão da norepinefrina em adrenalina, sendo sua diminuição relacionada a redução da síntese de catecolaminas (SARAUZ, 2022).

A identificação dessa condição e seu respectivo tratamento é importante para melhora da morbidade e mortalidade do indivíduo (AZEVEDO *et al.*, 2022).

O objetivo do trabalho é analisar a importância do manejo adequado dos pacientes com Insuficiência Aguda na emergência para melhorar do prognóstico.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão integrativa dos últimos 5 anos, do período de 2020 a 2025. O site de pesquisa utilizado foi a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). As bases de dados utilizadas foram Medline e LILACS. Os descritores em ciências da saúde (DECS) foram: "Insuficiência Adrenal" "emergência". Foram encontrados 13 artigos, sendo eles analisados conforme os critérios de inclusão e exclusão. Além disso, foi utilizado um documento do Medicina Intensiva.

Os critérios de inclusão utilizados foram artigos independentes do idioma, do período de 2022 a 2025, que foram disponibilizados na íntegra e que se relacionavam à proposta estudada. Estudos observacionais, ensaios clínicos e artigos de revisão que atendiam a esses critérios foram selecionados e analisados. Os critérios de exclusão utilizados foram: artigos disponibilizados na forma de resumo, relatos de caso e que não apresentavam relação com a proposta estudada.

Após a seleção restaram 4 artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva. Após a seleção restaram 4 artigos, além do documento. Os artigos foram submetidos a uma análise minuciosa para coleta de dados. Os resultados foram mostrados de forma descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O tratamento na emergência não deve ser postergado mesmo se ainda não confirmado o diagnóstico, a fim de melhorar o prognóstico do paciente (SIMPSON *et al.*, 2020).

O tratamento da doença se faz por meio do uso de corticoide (SIMPSON *et al.*, 2020; WORTH *et al.*, 2021). Alguns dos fármacos que podem ser utilizados no tratamento são hidrocortisona, prednisolona e dexametasona (SIMPSON *et al.*, 2020). A dose utilizada na IA é realizada em doses fisiológicas de glicocorticóides, sendo utilizada, no caso da prednisolona, a dose de 3 a 5 mg/dia (SIMPSON *et al.*, 2020). A dose da hidrocortisona, se utilizada, é de 15 a 25 mg/dia (SIMPSON *et al.*, 2020). A dexametasona, embora mais rara, também pode ser utilizada em doses de 0,25 a 0,5 mg/dia (SIMPSON *et al.*, 2020). No caso da IA primária há possibilidade de redução da aldosterona, sendo necessário a reposição com fludrocortisona (SIMPSON *et al.*, 2020).

Na crise adrenal se deve utilizar a hidrocortisona na dose de 100 miligramas (mg) intravenosa ou intramuscular, posteriormente uma dose 200 mg do fármaco em um período de 24 horas (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). A reidratação de modo rápido com cloreto de sódio 0,9% é recomendado quando não há evidências de hiponatremia (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). Inicia-se com uma ressuscitação com bolus de 500 mililitros (ml) em 15 minutos, seguida, posteriormente, com reposição de déficits eletrolíticos (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). Deve-se sempre buscar o equilíbrio de fluidos e monitorar de modo cuidadoso os eletrólitos (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). A reidratação em um período de 24 horas com soro fisiológico gira em torno de 3 a 4 litros (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). A monitorização cardíaca também é importante na emergência (SIMPSON *et al.*, 2020; SARAUZ, 2022). O objetivo dessa terapia é a reversão de anormalidades eletrolíticas, tratar a hipotensão e o déficit de cortisol apresentado pelo paciente, no intuito de

melhorar o prognóstico do paciente e logo, reduzir a morbimortalidade (SARAUZ, 2022).

Pacientes que apresentam sepse ou submetidos a cirurgia que apresentam IA são incapazes de apresentar uma resposta adequada endógena de estresse de cortisol, podendo acarretar em hipotensão e choque posteriormente e logo, em uma potencial fatalidade (SIMPSON *et al.*, 2020). Nesse sentido, pacientes com a doença que necessitam de alguma intervenção invasiva, devem-se utilizar o cortisol exógeno tentando manter o mais próximo do fisiológico, a fim de evitar essas complicações. No momento intra operatório, normalmente, se dá uma dose de glicocorticóide (SIMPSON *et al.*, 2020).

CONCLUSÃO

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância da identificação e tratamento da doença de modo precoce, a fim de evitar uma possível evolução da IA para uma crise renal, sendo uma condição grave com risco de mortalidade. O tratamento gira em torno da reposição de corticoide exógeno, hidratação para correção da hipotensão e correção dos distúrbios hidroeletrólíticos. O manejo e monitorização dessas condições é importante para melhora do prognóstico e logo, melhora da morbimortalidade do paciente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AZEVEDO, LCP. *et al.* Medicina intensiva: abordagem prática. 5. ed., rev. e atual. - Santana de Parnaíba [SP]: Manole, 2022.

MILLER, BS. *et al.* Emergency management of adrenal insufficiency in children: advocating for treatment options in outpatient and field settings. *Journal of Investigative Medicine*, v. 68, ed.1, p. 16-25, jan. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1136/jim-2019-000999>.

SARAUZ, EAA.; MALDONADO, HEM. Crisis suprarrenal: prevención, corticoterapia y elección del fármaco, revisión de la evidencia actual y recomendaciones. *CAMBios*, 2022. DOI: <https://doi.org/10.36015/cambios.v21.n1.2022.766>.

SIMPSON, H. *et al.* Guidance for the prevention and emergency management of adult patients with adrenal insufficiency. *Clinical Medicine*, v. 20, ed. 4, p. 371-378, jul. 2020. DOI: <https://doi.org/10.7861/clinmed.2019-0324>.

WORTH, C. *et al.* Acute Illness and Death in Children With Adrenal Insufficiency. *Frontiers Endocrinology*, 13 oct. 2021. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2021.757566>.