

Insuficiencia suprarrenal secundaria a corticoides inhalados. Una entidad infradiagnosticada

Benegas Vaz N, García Reymundo M, Montero Salas A, Serrano Zamora V, Ortega Rodrigo EM, Peña Toro VE

INTRODUCCIÓN

- Los corticoides inhalados son el fármaco de elección para el control a largo plazo de asma persistente en todos los grupos de edad

Mejoran la función pulmonar

Reducen la necesidad de medicación de rescate

Mejoran la calidad de vida

Aumentan la tolerancia al ejercicio

Reducen las hospitalizaciones

- Su uso a dosis elevadas puede producir una supresión adrenal que puede ser relevante en caso de suspensión brusca del fármaco o una situación de estrés.
- La actividad sistémica se debe a su absorción gastrointestinal secundaria a la deglución y a través de la vasculatura pulmonar.

CASO CLÍNICO 1



Varón, 7 años

Antecedentes: Parto pretérmino a las 29 semanas. Alergia al huevo superada. Dermatitis atópica. Sensibilización a múltiples neuroalérgenos tratado con inmunoterapia.

Sibilancias recurrentes que requieren uso diario de salbutamol a pesar de tratamiento con budesonida inhalada 100 mcg al día y montelukast 5 mg al día.

Se añade al tratamiento salmeterol-fluticasona 50/500 mcg cada 12 horas con mejoría clínica y espirométrica. A los cuatro años del inicio del tratamiento comienza con astenia marcada por lo que se solicita cortisol basal siendo este de 2.93 mcg/dL (rango 6-19 mcg/dL).

Se inicia hidroaltesona como terapia de sustitución y omalizumab (uso compasivo). Se disminuye dosis de salmeterol-fluticasona inhalada con buen control de síntomas.

CASO CLÍNICO 2



Varón, 6 años

Antecedentes: Síndrome de alergia oral a coco y nuez. Dermatitis atópica leve.

Asma de difícil control a pesar de tratamiento con budesonida inhalada 400 mcg al día y montelukast oral 5 mg cada 24 horas. Se sustituye budesonida por salmeterol-fluticasona 25/250 mcg cada 12 horas por mal control de síntomas.

Se realizan controles de cortisol basal ante necesidad elevada de corticoide inhalado, con determinación a los 3 años de inicio de tratamiento en 1.53 mcg/dl y ACTH 4.9 pg/ml por lo que se deriva a consultas de endocrinología pediátrica que indican inicio de hidrocortisona oral.

Se inicia terapia con omalizumab (uso compasivo) y se disminuye dosis de salmeterol-fluticasona con buen control posterior.

CONCLUSIONES



- ✓ La insuficiencia suprarrenal secundaria al uso de corticoides inhalados es una entidad relativamente frecuente, aunque poco conocida y por lo tanto infradiagnosticada.
- ✓ La probabilidad de desarrollarla disminuye con el uso de esteroides con menor disponibilidad oral como budesonida y fluticasona y con sistemas de administración en cámara espaciadora.
- ✓ Su forma de presentación subaguda (clínica insidiosa, larvada e inespecífica) hace imprescindible la evaluación frecuente de suficiencia adrenal en pacientes que reciben corticoterapia inhalatoria prolongada.

BIBLIOGRAFÍA

- Insuficiencia suprarrenal secundaria a dosis altas de fluticasona inhalada E. García García, J.P. López Siguero, J. Pérez Frías, E. Pérez Ruiz y A. Martínez Valverde Departamento de Pediatría. Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga. (An Esp Pediatr 2000; 52: 476-478)
- Corticosteroides inhalados y control del asma en niños: evaluación del deterioro y el riesgo. G. Rachelefsky.