

**NOTA DE APOIO À ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA ADDISONIANA PARA INCLUSÃO DOS
MEDICAMENTOS ACETATO DE TETRACOSACTIDA 0,25 MG E HIDROCORTISONA NA
RESOLUÇÃO - RDC Nº 28 DE 09/05/2008**

A insuficiência adrenal (IA) é uma condição que merece bastante atenção de todo o Sistema de Saúde, pois é potencialmente fatal e com elevada morbimortalidade quando não diagnosticada. Para dificultar ainda mais, seu diagnóstico depende do conhecimento dos médicos e alto grau de suspeição, visto que cursa com sinais e sintomas geralmente inespecíficos e frequentemente encontrados em outras condições comuns.

De fato, a IA apresenta diversos desafios para seu diagnóstico. O primeiro desafio é suspeitar clinicamente de IA, visto que na maioria dos casos, a IA se apresenta com sinais e sintomas inespecíficos que fazem os pacientes buscarem médicos das mais diversas especialidades médicas. Um atraso ou erro neste diagnóstico pode ser grave com consequências potencialmente ameaçadoras da vida. Uma vez superado o primeiro desafio e existindo uma suspeita clínica de IA, o próximo desafio é a confirmação laboratorial da IA. A acurácia da dosagem do cortisol basal para o diagnóstico de IA não é elevada, já que há grande sobreposição de níveis de cortisol basal entre os indivíduos com e sem IA. Atualmente, o recomendado no último consenso da Endocrine Society sobre o assunto, é que sempre devemos lançar mão dos testes de estímulo com dosagem de cortisol sérico basal e após o estímulo para exclusão ou confirmação do diagnóstico de IA. O teste de estímulo considerado "padrão-ouro" para o diagnóstico de IA primária, segundo esse consenso, é o teste da Cortrosina (ACTH sintético, acetato de tetracosactida 0,25 mg). Um cortisol sérico em qualquer uma das dosagens após estímulo (30 ou 60 min) menor que 18 mcg/dL confirma IA. Porém, a cortrosina é uma medicação que não é fabricada no Brasil, devendo sempre ser importada elevando bastante o seu custo, o que na prática, dificulta a sua realização. Outra opção de teste de estímulo é o teste de tolerância à insulina (ITT). Entretanto, devido aos seus riscos e contraindicações deixou de ser a primeira opção na investigação de IA. O ITT tem lugar de destaque na IA de origem central de início recente, visto que a falência adrenal consequente à deficiência de ACTH demora tempo para ocorrer de modo que, nesse início, a adrenal responde normalmente ao análogo sintético do ACTH, gerando resultados falso negativos.

A IA é uma condição potencialmente fatal. Assim, o tratamento deve ser iniciado assim que o diagnóstico for confirmado, ou até antes da confirmação, se o paciente apresentar quadro suspeito de crise adrenal. Nenhuma das preparações amplamente disponíveis de glicocorticoides permite imitar exatamente a fisiologia de secreção rítmica do cortisol em nosso organismo. Dessa forma, com o intuito de tornar a reposição a mais fisiológica possível, devemos utilizar glicocorticoides de curta duração, podendo ser usados na posologia de 2 a 3 doses/dia. O glicocorticoide de escolha, por ser de curta duração, é a hidrocortisona. Essa é geralmente administrada em um regime de 2 ou 3 vezes ao dia, com a dose mais alta administrado pela manhã, para produzir um pico de cortisol plasmático no início da manhã, a segunda dose é administrada no máximo 6 horas após a primeira para evitar um nadir não fisiológico nas concentrações de cortisol sérico (que poderia gerar sintomas de hipocortisolismo) e a última dose deve ser administrada 5–6 h antes hora de dormir para reduzir a exposição noturna ao cortisol, uma vez que a hipercortisolemia noturna é o principal contribuinte para a resistência à insulina e o desenvolvimento de consequências metabólicas adversas.

A hiperplasia adrenal congênita (HAC), também uma causa de insuficiência adrenal, apresenta desafios para seu diagnóstico. Muitos pacientes apresentam valores basais indeterminados de 17hidroxi-progesterona, necessitando do teste de estímulo com acetato de tetracosactida 0,25 mg para elucidação diagnóstica. Nesse contexto, os valores diagnósticos de 17hidroxi-progesterona após estímulo com ACTH sintético permitirão o tratamento adequado com glicocorticoide, evitando o risco de crise adrenal e os sinais e sintomas de hiperandrogenismo.

Pelo exposto acima, o Departamento de Adrenal e Hipertensão da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia apoia a iniciativa da Associação Brasileira Addisoniana para a solicitação junto à ANVISA da inclusão do ACTH sintético (acetato de tetracosactida 0,25 mg) no algoritmo diagnóstico e hidrocortisona no manejo terapêutico na resolução - RDC nº 28 de 09/05/2008 para os pacientes com IA e HAC.



Dr. César Luiz Boguszewski
Presidente da Sociedade Brasileira
de Endocrinologia e Metabologia – SBEM



Dr. Leonardo Vieira Neto
Presidente do Departamento de
de Adrenal e Hipertensão da SBEM