

Hipoadrenocorticismo



Diagnóstico Laboratorial

- Hemograma: anemia normocítica normocrômica; leucograma NDN (pode ter eosinofilia, linfocitose)
- Função renal: azotemia pré-renal
- Exame de urina: tende a estar normal (d > 1.030 – azotemia pré-renal; d: 1.008-1.020: diferenciar de renal)
- Relação Na / K < 27 !!!
- ± Hipercalcemia; hipoglicemia (convulsões); acidose metabólica
- ECG: bradicardia sinusal, onda T espiculada, QRS largo, ↑ intervalo P-R, onda P peq ou inexistente
- Raios-X: microcardia (melhora depois da fluido)



Diagnóstico Laboratorial

- Diagnóstico: *Teste de Estimulação com ACTH*
 - *Indicação*: diagnóstico de hipoadreno, diagnóstico de HAC iatrogênico, monitorar o tratamento de HAC
 - *Método*: coletar o soro (cortisol basal)
 - Aplicar 5µg/kg, IV, Synacthen® (ou 0,25mg/cão)
 - Aguardar 1h e coletar o soro



Hipoadrenocorticismo



Diagnóstico Laboratorial

- Diagnóstico: *Teste de Estimulação com ACTH*
 - Resultado:

Cortisol basal	0,5 - 6,0 μ g/dl à Normal Se \leq ao N à Iatrogênico
Cortisol pós-estimulação com ACTH	6 - 17 μ g/dl à NORMAL 17 - 21 μ g/dl à SUSPEITO > 21 μ g/dl à HAC < 2 μ g/dl à HIPOADRENO ou HAC IATROGÊNICO

Animais com HAC em tratamento à 2 - 5 μ g/dl (pós-ACTH)



Tratamento Ambulatorial

- Hipovolemia: fluidoterapia (40 - 80ml/kg, SF + Glicose 50%)
- Acidose (ela piora a hipercalemia!): se $\text{HCO}_3^- < 12 \text{ mEq/L}$ administrar bicarbonato de sódio (corrige a acidose, aumenta Na e diminui K)
- Hipercalemia: Bicarbonato de sódio, IV / sol. de Glicose 5 - 10%, IV / insulina regular (0,06 - 0,125U/kg) + 2g glicose/U de insulina – no fluido) / Gluconato de Ca 10%, IV
- Reposição hormonal: Dexametasona ou Hidrocortisona ou Succinato de prednisolona
- Dexametasona (não interfere no teste): 0,1 - 2mg/kg, IV (inicial) / 0,05 - 0,1mg/kg, BID, IV (só glicocorticoide)
- Hidrocortisona: 2 - 4mg/kg, IV inicialmente, seguido de 0,5 - 1,0mg/kg, IV cada 6h (glicocorticoide = mineralocorticoide)
- Prednisolona: 4 - 20mg/kg, IV / repetir cada 2 - 6h (5 glicocorticoide : 0,3 mineralocorticoide)

- *Hipoadrenocorticismo em emergência*



Tratamento Ambulatorial

- Insulina e glicose simultaneamente: devem ser usadas apenas em hipercalemia grave (acima de 8,5mmol/L) refratária a fluidoterapia
 - Administrar insulina IV, na dose de 0,25 a 0,5U/kg
 - Administre Glicose na dose de 2 a 3g por unidade de Insulina, sendo metade em bolus e a outra metade diluída no fluido a ser administrado em 6 a 8h
- Deficiência de glicocorticoides: diminuição gliconeogênese e glicogenólise (hipoglicemia), menor tolerância ao estresse e diminuição na sensibilidade vascular as catecolaminas (bradicardia e hipotensão)
- Deficiência de mineralocorticoides: retenção de potássio e hidrogênio, perda excessiva de sódio, cloreto e água (poliúria, polidipsia, hipotensão e fraqueza)



Hipoadrenocorticismo

Prescrição Medicamentosa

- Primário: Acetato de Fludrocortisona (Florinef® 0,1mg): 0,02mg/kg, dividido BID (10 glicocorticoide : 250 mineralo)
- Prednisolona: 0,1 - 0,22mg/kg, BID (5 glicocorticoide : 0,3 mineralocorticoide)
- Secundário: Prednisolona: 0,1 - 0,22mg/kg, BID (5 glicocorticoide : 0,3 mineralocorticoide)
- Iatrogênico (retirada brusca): reduzir dose gradativamente

