SUMARIO

7 **ALGORITMO**

Monitorización del tratamiento del paciente con hiperadrenocorticismo

13 **TÉCNICAS PRINCIPALES**

Cómo diagnosticar el HAC espontáneo (no iatrogénico)

Cómo diferenciar el HAC hipofisario del HAC adrenal 17

Cómo detectar y controlar efectos adversos y complicaciones asociadas al tratamiento con trilostano 25

Cómo detectar las principales complicaciones asociadas al HAC 31

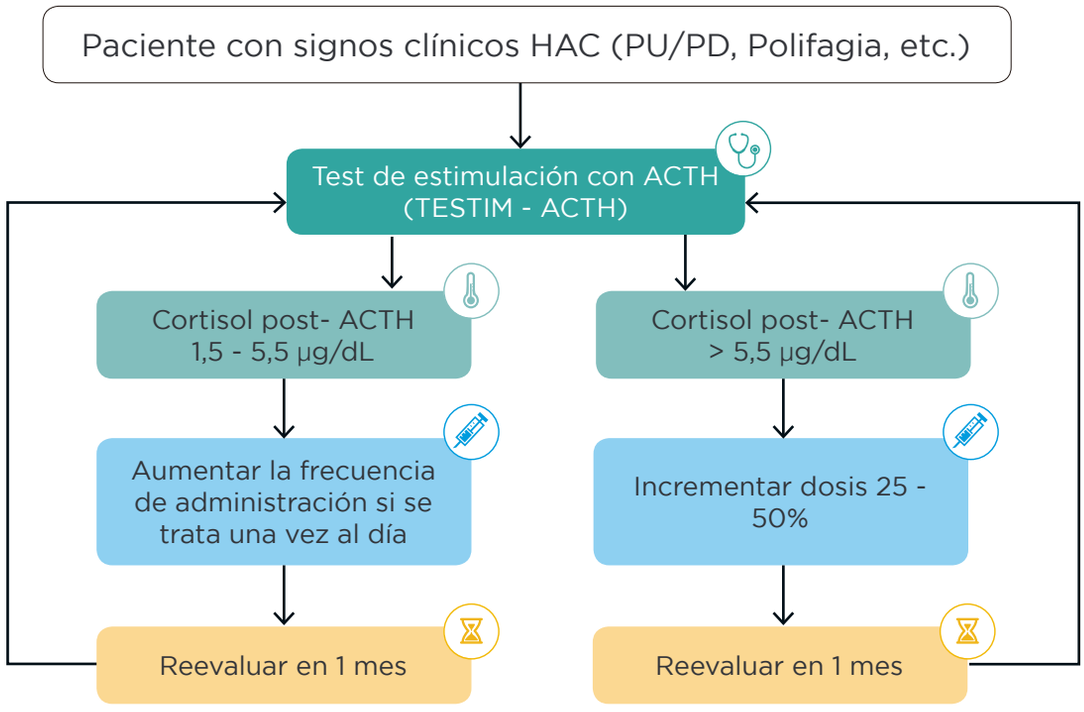

Figura 1: ajuste de la dosis de trilostano en pacientes con signos clínicos HAC utilizando el TESTIM - ACTH.

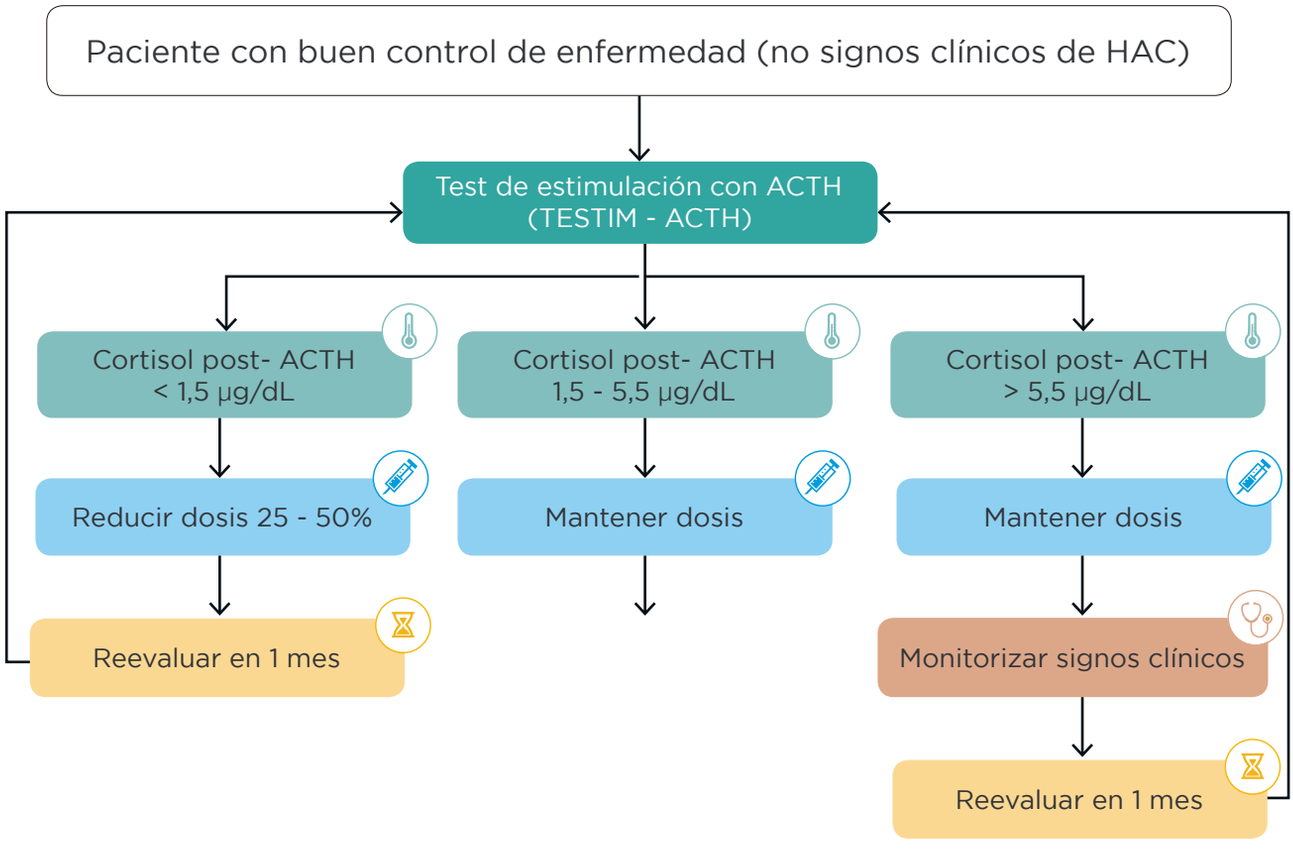

Figura 2: ajuste de la dosis de trilostano en pacientes con buen control de enfermedad (no signos clínicos de HAC) utilizando el TESTIM - ACTH.

Cómo diagnosticar el HAC espontáneo (no iatrogénico)

La supresión con dexametasona a dosis bajas (SDDB) se considera la prueba de elección para confirmar el diagnóstico de hiperadrenocorticismo (HAC) espontáneo (no iatrogénico). La respuesta normal del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HAA) al *feedback* negativo tras administrar dexametasona exógena, es la supresión de la secreción de hormona adrenocorticotropa (ACTH), que provoca una disminución de la secreción de cortisol.

La sensibilidad de esta prueba es muy alta (85 - 100%). Los resultados son compatibles con HAC (supresión de cortisol inadecuada) en aproximadamente un 90 - 95% de los perros con hiperadrenocorticismo pituitario (PDH) y virtualmente el 100% de los perros con hiperadrenocorticismo adrenal (ADH). La especificidad es más baja, llegando al 40 - 70%, sobre todo en perros que presenten una enfermedad no adrenal de forma concurrente. Es por ello que no debemos basar nuestro diagnóstico únicamente en esta prueba. Es necesario como siempre, que existan signos clínicos y laboratoriales compatibles con HAC. Si la enfermedad concurrente no está controlada, debería atrasarse su realización hasta que el perro se encuentre más estable.

Imagen 1: Muestra de orina con hematuria y mioglobinuria severas en un perro con sospecha de Cushing (Cortesía de Dolores Pérez-Alenza)

Esta prueba no es la adecuada en el caso de sospecha de un HAC iatrogénico o para monitorizar la respuesta al tratamiento.

Las muestras deben tomarse previamente a la administración de dexametasona (0,01 mg/kg intravenosa) y 4 horas y 8 horas después. El cortisol basal y el de las 8 horas serán utilizados para confirmar el diagnóstico. El cortisol a las 4 horas nos puede ayudar a diferenciar en algunos casos (aproximadamente 40%) el origen del HAC, pituitario o adrenal.

Podemos encontrarnos ante distintas situaciones:

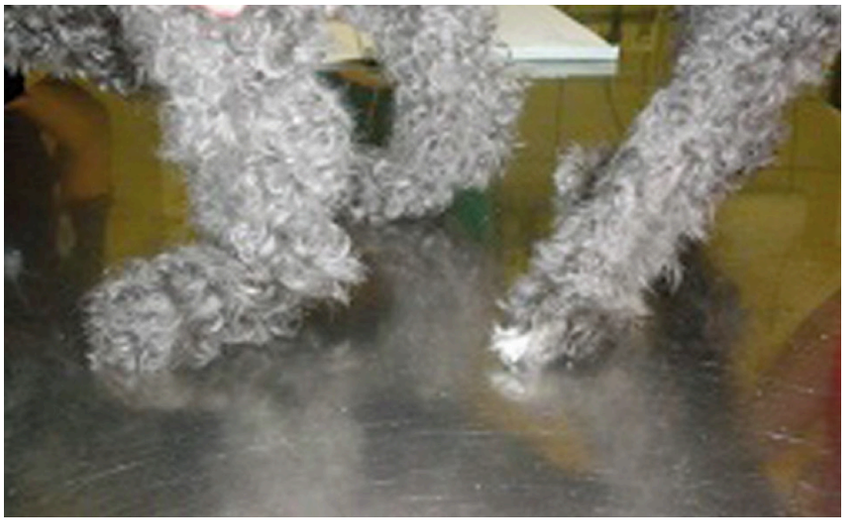

Imagen 2: Plantigradismo y debilidad en un perro caniche de 11 años con Cushing hipofisario. (Cortesía de Dolores Pérez-Alenza)

(A) No diagnóstico de Cushing:

Se observa supresión de la concentración de cortisol (menor al valor de corte establecido por el laboratorio, normalmente 1,4 o 1 ucg/dl) a las 4 y a las 8 horas. No obstante, no debemos olvidar que un 5 - 10% de los perros con PDH muestran una supresión completamente normal en esta prueba.

(B) Diagnóstico de Cushing:

- ADH o PDH posibles (necesarias más pruebas para diferenciar origen):
  - Cortisol a las 8 horas por encima de valor de corte establecido por el laboratorio.
  - Cortisol a las 4 y a las 8 horas por encima de valor de corte del laboratorio y mayor al 50% del valor del cortisol basal (no supresión).
- Diagnóstico de PDH muy probable
  - Cortisol a las 4 horas por debajo de valor de corte y a las 8 horas por encima de valor de corte (patrón de escape). No es necesario realizar más pruebas para diferenciar el origen.
  - Cortisol a las 4 horas por encima de valor de corte y a las 8 horas por debajo de valor de corte (patrón inverso): sospechoso de PDH. Se deben realizar más pruebas diagnósticas para confirmar la enfermedad.
  - Cortisol a las 4 y/o a las 8 horas menor al 50% del valor de cortisol basal (y a las 8 horas por encima del rango de referencia, es decir, diagnóstico de HAC).

Hemos de tener en cuenta que puede haber falsos positivos en animales sometidos a estrés (de ahí que la especificidad no sea elevada).