



P-41 - RIESGO DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL TRATADOS CON UN ESQUEMA CONVENCIONAL DE CORTICOSTEROIDES SISTÉMICOS: RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO (ESTUDIO CORTIRISC)

Mercè Navarro-Llavat¹, Orlando García-Bosch¹, Jesús Castro-Poceiro¹, Ana Bargalló García¹, Montse Martín Baranera², Dolores Ruiz Arroyo³, Iolanda Bial Mula³, Álex Blasco Pelicano¹, Mercè Albareda Riera⁴ y Eugeni Domènech Morral^{5,6}

¹Servicio de Aparato Digestivo, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ²Servicio de Epidemiología, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ³Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complex Hospitalari Universitari Moisès Broggi, Sant Joan Despí. ⁵Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁶Centro de Investigaciones en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD).

Resumen

Introducción: Los corticosteroides (CS) son el tratamiento de primera línea para la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) moderada-grave, aunque pueden causar insuficiencia suprarrenal (IS) debido a la alteración del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS). Evaluar este riesgo es crucial, ya que estos pacientes suelen enfrentarse a situaciones de estrés, y la IS puede simular los síntomas de la EII, lo que puede derivar en diagnósticos erróneos. Sin embargo, faltan estudios que evalúen adecuadamente la función suprarrenal en estos pacientes. Los objetivos de este estudio fueron determinar la proporción de pacientes con EII que presentan supresión del eje HHS tras el tratamiento con CS, evaluar el tiempo necesario para la recuperación del eje y analizar los factores de riesgo asociados a la IS.

Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional que incluyó pacientes adultos con EII activa que iniciaron tratamiento sistémico con CS y que no habían estado expuestos a CS en los últimos 6 meses. Todos siguieron un esquema predefinido de 1 mg/kg/día de prednisona (máximo 60 mg) durante 2 semanas, con reducción de 10 mg/semana hasta alcanzar 20 mg, seguido de reducción de 5 mg/semana. Se evaluó el eje HHS 24 horas después de la suspensión de CS mediante la medición de cortisol y ACTH basales, y cortisol a los 30 y 60 minutos tras estimulación con 250 µg de ACTH. La recuperación del eje HHS se evaluó a los 3 y 6 meses después de la suspensión de CS. Además, se analizó la asociación entre variables clínicas y demográficas con el desarrollo de IS.

Resultados: Se incluyeron 92 pacientes (58% enfermedad de Crohn, 39% colitis ulcerosa; edad media $39,8 \pm 16$ años; 50% mujeres), quienes recibieron una dosis total de CS de $2.000,7 \pm 543,1$ mg durante $63,5 \pm 14,1$ días. Cuarenta pacientes (43,5%) fueron diagnosticados con IS (32 parcial, 8 completa). En 10 de los 40 pacientes no se realizó el test de ACTH a los 3 y 6 meses para valorar la recuperación (5 por pérdida de seguimiento, 5 por necesidad de nuevo tratamiento con CS). A los 3 meses, 23/30 pacientes habían recuperado la función suprarrenal, y a los 6 meses, 27/30 pacientes. En el análisis univariante, únicamente la calprotectina fecal al finalizar el tratamiento con CS se asoció a la IS ($p = 0,026$).

Conclusiones: Una proporción elevada de pacientes con EII tratados con un esquema convencional de CS desarrolla supresión del eje HHS, aunque la mayoría recupera la función suprarrenal en los primeros seis meses. El desarrollo de IS no se asoció con ninguna de las variables estudiadas, excepto los niveles de calprotectina fecal. Nuestros resultados destacan los riesgos potenciales del uso prolongado de CS y subrayan la importancia de considerar la IS en este contexto, especialmente en situaciones de estrés.