

O hipoadrenocorticismismo é caracterizado por uma série de distúrbios naturais ou iatrogênicos que levam à redução da função do córtex adrenal, resultando em um estado de deficiência de glicocorticoides, mineralocorticoides ou ambos (PROJETO ALIVE, 2021).

CLASSIFICAÇÃO

- **PRIMÁRIO:** ocorre quando há lesão ou hipofunção do córtex da glândula adrenal. Pode ser de origem natural, geralmente imunomediada, ou iatrogênica, como resultado de cirurgia (adrenalectomia) ou do uso de medicamentos, como trilostano ou mitotano.
- **SECUNDÁRIO:** ocorre quando a deficiência de glicocorticoides — ou, menos frequentemente, de mineralocorticoides — é causada pela ausência de ACTH ou renina, respectivamente. A deficiência de glicocorticoides pode ser natural ou iatrogênica, decorrente de cirurgia (como hipofisectomia ou pós-adrenalectomia de um tumor produtor) ou da interrupção abrupta de medicamentos com atividade glicocorticoide.

SINAIS CLÍNICOS

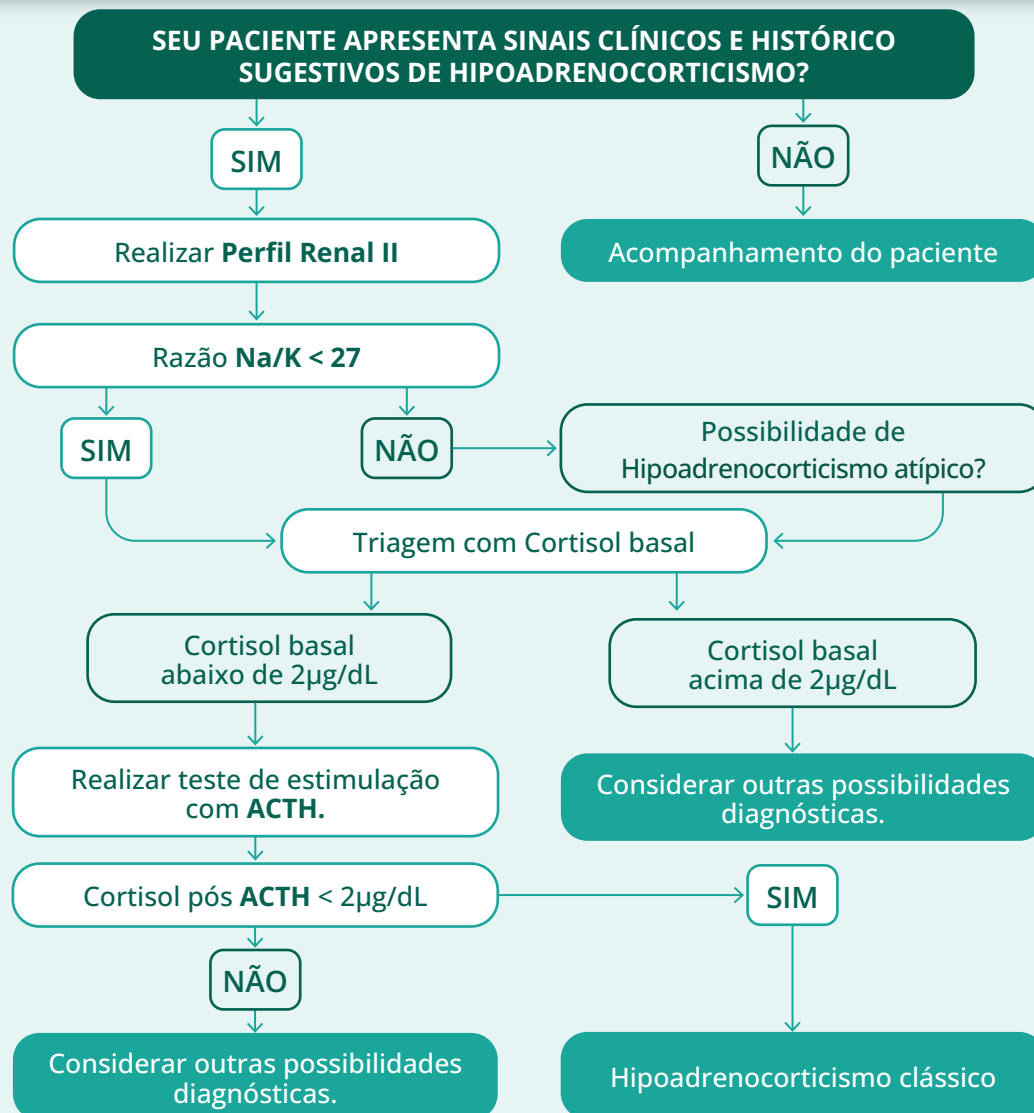
- Apatia
- Vômitos
- Tremores
- Gastroenterite
- Desidratação
- Poliúria/polidipsia
- Hipo/anorexia
- Dor abdominal
- Hipotensão arterial

DIAGNÓSTICO

Triagem:

- **PERFIL RENAL II:** ● ●
Hemograma, Ureia, Ca, P, Prot. totais, Na, K.
- Urinálise com cultura e antibiograma.
- Glicose
- Cortisol basal
- Hemogasometria (crise adrenal severa)

- A realização de exames hematológicos, bioquímicos, hemogasometria e a dosagem do cortisol basal podem auxiliar o clínico na identificação da doença.
- No entanto, o padrão-ouro para o diagnóstico do hipoadrenocorticismismo é o teste de estimulação com **ACTH**.
- Uma resposta subnormal do cortisol sérico após a administração de **ACTH**, associada a uma razão sódio/potássio (Na/K) alterada — com hipercalemia e hiponatremia — é compatível com hipoadrenocorticismismo.



Hipercortisolismo é caracterizado por um conjunto de anormalidades clínicas e bioquímicas causadas pela produção excessiva crônica de cortisol pelo córtex da adrenal (BICHARD, 2008). **Endocrinopatia incomum em felinos.**

CLASSIFICAÇÃO

- ACTH dependente (comumente de origem hipofisária)
- ACTH independente (comumente de origem adrenal)
- Atípico (Síndrome de Cushing subclínica)
- Iatrogênico (glicocorticoide exógeno)

SINAIS CLÍNICOS

- PU/PD
- PF e ganho de peso
- Abdome pendular ou distendido
- Fraqueza muscular
- Dispneia/taquipneia
- Letargia
- Hepatomegalia
- Hiperpigmentação
- Comedões, alopecia simétrica bilateral, pele fina e sem elasticidade, telangiectasia
- Retinopatia hipertensiva
- Pele facilmente lacerável (felino)

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

- Leucograma de estresse
- Hiperlipidemia
- Trombocitose
- Densidade urinária < 1,018
- Hiperglicemia
- ALT e FA aumentada

DIAGNÓSTICO

Triagem:

- **PERFIL CHECK UP II:** ● ● ● ●
Hemograma, ALT, AST, FA, Ureia, Creatinina, Albumina, Prot. totais, Glicose, Trig., Colest., GGT.

Testes hormonais:

- Teste de supressão por baixa dose de dexametasona (SBDD).
- Teste de estimulação com ACTH.
- Urinálise com cultura e antibiograma.

