

CRISE ADRENAL: RECONHECIMENTO PRECOCE E MANEJO CLÍNICO NA EMERGÊNCIA SOB A ÓTICA DAS NOVAS DIRETRIZES

**Douglas Henrique Custodio Hotz¹, Renan Andrade Frassetto¹, Amanda Mayumi Costa Guinoza¹,
Jaqueline Freire Meirinho¹, Cecília Aline Lopes de Souza¹, Reinaldo Higashi Yoshii¹**

¹ Universidade Paranaense.
(douglas.29oficial@gmail.com)

RESUMO

A crise adrenal é uma emergência endócrina fatal caracterizada por falência circulatória aguda devido à deficiência absoluta ou relativa de cortisol. Este trabalho tem como objetivo revisar as diretrizes recentes (2024-2025) sobre o reconhecimento e manejo dessa condição no pronto-socorro. A metodologia consistiu em uma revisão bibliográfica na base de dados PubMed, utilizando os descritores “Adrenal crisis”, “Emergency” e “Management”, com recorte temporal nos últimos dois anos. Os resultados indicam que o diagnóstico é clínico e o tratamento não deve aguardar confirmação laboratorial em pacientes instáveis. O manejo baseia-se na administração imediata de hidrocortisona intravenosa e ressuscitação volêmica agressiva. Conclui-se que, apesar da disponibilidade de tratamento eficaz, a mortalidade permanece elevada devido ao atraso no reconhecimento dos sintomas inespecíficos, sendo fundamental a educação continuada das equipes de emergência.

PALAVRAS-CHAVE

Insuficiência Suprarrenal. Estabilização. Hidrocortisona.

ÁREA TEMÁTICA

Emergências metabólicas

INTRODUÇÃO

A crise adrenal, ou crise addisoniana, é uma emergência médica com risco iminente de vida, resultante da incapacidade do córtex adrenal em produzir cortisol suficiente para suprir a demanda metabólica durante situações de estresse agudo (ELSHIMY *et al.*, 2025). Estima-se que a crise adrenal ocorra em uma parcela significativa dos pacientes com insuficiência adrenal, apresentando uma taxa de mortalidade de 0,5% e sendo responsável por 15% das mortes em pacientes com Doença de Addison (VAIDYA; FINDLING; BANCOS, 2025). A condição exige reconhecimento imediato, pois o atraso terapêutico pode levar ao colapso circulatório. No entanto, a apresentação clínica é frequentemente composta por sintomas inespecíficos como fadiga, náuseas, vômitos e dor abdominal, mimetizando quadros de gastroenterite ou abdome agudo, o que desafia o diagnóstico no departamento de emergência (ELSHIMY *et al.*, 2025). Este

trabalho justifica-se pela necessidade de atualizar o manejo clínico diante das novas diretrizes publicadas entre 2024 e 2025. O objetivo deste estudo é descrever as condutas atuais para o reconhecimento e tratamento da crise adrenal no contexto de urgência e emergência, identificando sinais de alerta e sintetizando protocolos farmacológicos.

OBJETIVOS

O objetivo geral é revisar e compilar as diretrizes clínicas publicadas nos anos de 2024 e 2025 referentes ao manejo da crise adrenal em adultos. Os objetivos específicos incluem: descrever os sinais clínicos que diferenciam a crise adrenal de outras causas de choque; detalhar os protocolos de reposição volêmica e glicocorticoide recomendados; e discutir as estratégias de prevenção de novas crises em pacientes com insuficiência adrenal crônica.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão bibliográfica narrativa. A busca foi realizada na base de dados PubMed e em repositórios de diretrizes internacionais, utilizando os descritores: "Adrenal crisis", "Emergency" e "Management". Foram incluídos artigos de revisão, diretrizes clínicas e consensos publicados nos últimos dois anos (2024 e 2025). A análise focou prioritariamente nas diretrizes do *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE NG243, 2024), na revisão clínica do *Journal of the American Medical Association* (JAMA, 2025) e na atualização do *StatPearls* (2025). Foram excluídos estudos com modelos animais ou anteriores a 2023, visando a atualização mais recente do tema.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A insuficiência adrenal (IA) classifica-se em primária (falência da glândula adrenal), secundária (falência hipofisária) ou induzida por glicocorticóides (supressão do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal por uso exógeno) (VAIDYA; FINDLING; BANCOS, 2025). A crise adrenal é precipitada quando a produção de cortisol é inadequada frente a um estressor, sendo as infecções gastrointestinais o gatilho mais comum, seguidas por cirurgias, trauma e a suspensão abrupta de glicocorticóides (ELSHIMY *et al.*, 2025). Fisiopatologicamente, a ausência de cortisol leva à perda do tônus vascular, resultando em hipotensão refratária a vasopressores e fluidos. Na IA primária, a deficiência de aldosterona concomitante causa hiponatremia, hipercalemia e desidratação grave. O diagnóstico no pronto-socorro deve ser baseado na suspeita clínica (hipotensão, hiponatremia, histórico de uso de corticoides ou doença autoimune). Embora o cortisol sérico matinal < 5 mcg/dL confirme o diagnóstico de IA, em pacientes instáveis (choque), a coleta de exames não deve retardar a terapia (VAIDYA; FINDLING; BANCOS, 2025).

DISCUSSÃO

A análise das fontes evidencia que o maior obstáculo no manejo da crise adrenal não é a complexidade do tratamento, mas o atraso no início do mesmo. As diretrizes do NICE (2024) enfatizam que profissionais de

emergência muitas vezes hesitam em administrar esteróides sem confirmação laboratorial ou por medo de efeitos adversos, o que aumenta a mortalidade. A literatura é clara: a hidrocortisona não possui dose tóxica aguda e deve ser administrada ao menor sinal de suspeita ("treat first, confirm later") (NICE, 2024). Outro ponto relevante levantado por Vaidya, Findling e Bancos (2025) é a alta prevalência de IA induzida por glicocorticóides, que é a forma mais comum de insuficiência adrenal. Pacientes em uso crônico de corticoides que suspendem a medicação ou sofrem estresse agudo estão em alto risco e frequentemente não apresentam as alterações eletrolíticas típicas da doença de Addison (como hipercalemia), dificultando o diagnóstico diferencial.

RESULTADOS

As diretrizes analisadas (NICE, 2024; JAMA, 2025 e ELSHIMY *et al.*, 2025) convergem para um protocolo de manejo padronizado, contando com diversos itens padronizantes. Reconhecimento: A hipotensão refratária a volume e vasopressores é o marcador crítico. Sintomas como dor abdominal intensa e febre podem mimetizar abdome agudo cirúrgico. Manejo farmacológico: A droga de escolha é a hidrocortisona. A dose recomendada para adultos é um *bolus* imediato de 100 mg (IV ou IM), seguido por 200 mg/24h, administrados preferencialmente como infusão contínua ou em doses divididas de 50 mg a cada 6 horas (NICE, 2024; VAIDYA; FINDLING; BANCOS, 2025). Se a hidrocortisona não estiver disponível, a prednisolona pode ser usada, devendo-se evitar a dexametasona como primeira linha por falta de efeito mineralocorticoide, exceto se for a única opção disponível (ELSHIMY *et al.*, 2025). Ressuscitação Volêmica: Recomenda-se a infusão rápida de 1000 mL de solução salina isotônica (0,9%) na primeira hora, monitorando sinais de sobrecarga, seguida de manutenção contínua para correção da hipovolemia e hiponatremia (NICE, 2024).

CONSIDERAÇÕES FINAIS OU CONCLUSÃO

A crise adrenal é uma condição médica que exige intervenção imediata para prevenir o óbito. A revisão da literatura atual (2024-2025) reafirma a hidrocortisona 100 mg IV e a solução salina como pilares inegociáveis do tratamento. É imperativo que os serviços de emergência adotem protocolos que permitam a administração de glicocorticoides baseada na suspeita clínica, sem aguardar resultados laboratoriais. Além disso, a educação do paciente sobre as "regras de dias doentes" (aumento da dose de corticoide em situações de estresse) e o uso de identificação médica são estratégias cruciais para a prevenção de novas crises.

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

ELSHIMY, Ghada; CHIPPA, Venu; KAUR, Jasleen; JEONG, Jordan M. **Adrenal Crisis**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2025. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499968/>.

JAMA, v. 334, n. 8, p. 714-725, 2025.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Adrenal insufficiency: identification and management**. NICE guideline [NG243]. London: NICE, 2024.

VAIDYA, Anand; FINDLING, James; BANCOS, Irina. **Adrenal Insufficiency in Adults: A Review**.