25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

CRISI SURRENALICA NELL'IPERPLASIA SURRENALICA CONGENITA

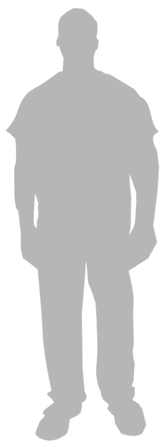
Un protocollo di dimissione strutturato per un paziente in viaggio internazionale

Yana Pigotskaya, Michela Del Prete, Francesca Pesenti, Flavio Azzalini, Olga Eugenia Disoteo
SC Endocrinologia-Diabetologia, Dietetica e Nutrizione Clinica, ASST Lariana, Como

INTRODUZIONE

La crisi surrenalica (CS) è un'emergenza potenzialmente fatale nei pazienti con insufficienza surrenalica primitiva (ISP). Le infezioni gastrointestinali ne sono il fattore scatenante più frequente, perché vomito e diarrea compromettono sia l'assorbimento della terapia orale sia la volemia. L'iperplasia surrenalica congenita (ISC) è una causa rilevante di ISP e richiede una terapia sostitutiva glucocorticoide e mineralcorticoide a vita. Nonostante le raccomandazioni per l'adeguamento della terapia durante le malattie intercorrenti ("sick day rules"), molti pazienti restano impreparati ad applicarle, e il rischio aumenta lontano dal proprio centro di riferimento.

PRESENTAZIONE DEL CASO



Uomo statunitense, 33 anni,
in viaggio in Italia
ISP da ISC

Terapia abituale:

Idrocortisone 10 mg + 5 mg (15 mg/die)
Fludrocortisone 0,05 mg/die

Trigger: gastroenterite acuta
Complicanza: insufficienza renale acuta prerenale

Il paziente non aveva applicato alcun adeguamento della terapia sostitutiva durante la malattia intercorrente.

ACCESSO IN PRONTO SOCCORSO

PA	97/52 mmHg
FC	100 bpm
Temperatura	38,8 °C
SpO_2	92%
Na^+	135 mmol/L
K^+	4,2 mmol/L
Creatinina	2 mg/dL
Hct	50,3%
GB	18.030/mm³

Elettroliti nella norma non escludono una crisi surrenalica nei pazienti in terapia con fludrocortisone

GESTIONE DELLA FASE ACUTA

1. **Idrocortisone EV**
   Bolo 200 mg
2. **Infusione continua**
   Idrocortisone EV 200 mg/24 h
3. **Reidratazione**
   Soluzione fisiologica 1.500 mL/24h
4. **Terapia antibiotica empirica**
   Piperacillina/Tazobactam, per controllo del fattore infettivo scatenante

RAPIDO MIGLIORAMENTO CLINICO E BIOCHIMICO

Hct	50,3% → 34%
GB	18.030 → 9.330/mm³
Creatinina	2 → 0,86 mg/dL
Na^+	135 → 139 mmol/L
K^+	4,2 → 3,5 mmol/L*

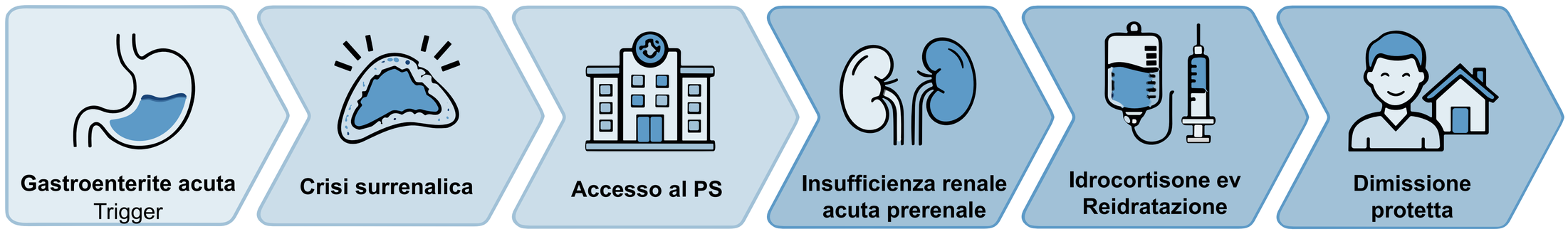
**Calo atteso per l'effetto mineralcorticoide dell'idrocortisone ad alte dosi e per la reidratazione*

PROTOCOLLO DI DIMISSIONE

VINCOLO ORGANIZZATIVO

Rientro negli Stati Uniti con volo previsto entro 30 ore dal ricovero

1. **Idrocortisone orale**
   Passaggio a idrocortisone orale a dose raddoppiata rispetto alla terapia abituale (30 mg/die) per 48 ore, poi ritorno alla dose abituale
2. **Fludrocortisone**
   Ripresa alla dose abituale
3. **Terapia di salvataggio**
   Fornitura di idrocortisone 100 mg IM per le emergenze durante il volo, da usare in caso di vomito, diarrea profusa o malessere grave
4. **Istruzioni scritte in inglese**
   Consegna di istruzioni scritte in lingua inglese per l'adeguamento della terapia sostitutiva in caso di malattie intercorrenti.



TAKE-HOME MESSAGES

Educazione: ogni paziente con ISP/ISC deve conoscere le "sick day rules" e la gestione dell'emergenza glucocorticoide, e saper usare l'idrocortisone parenterale.

Riconoscimento: la gastroenterite è il trigger più frequente di crisi surrenalica; nei pazienti in fludrocortisone, elettroliti normali non escludono la diagnosi.

Viaggio internazionale: un protocollo di dimissione strutturato e nella lingua del paziente, con istruzioni scritte e terapia parenterale di salvataggio già consegnata, garantisce la continuità delle cure e previene le recidive.

Bibliografia — 1. Bornstein SR et al. Diagnosis and treatment of primary adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2016;101:364–89. · 2. Speiser PW et al. Congenital adrenal hyperplasia due to steroid 21-hydroxylase deficiency. *J Clin Endocrinol Metab* 2018;103:4043–88. · 3. Rushworth RL, Torpy DJ, Falhammar H. Adrenal crisis. *N Engl J Med* 2019;381:852–61.