



## 31 - UTILIDAD DEL CORTISOL SALIVAL EN EL DIAGNÓSTICO Y MONITORIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA ADRENAL

P. Fernández Velasco<sup>1</sup>, S. Rubio Lanchas<sup>2</sup>, W. Trapiello Fernández<sup>2</sup>, D. Calvo Nieves<sup>2</sup>, M.O. Nieto de la Marca<sup>1</sup>, R. Herrero Gómez<sup>1</sup>, B. Torres Torres<sup>1</sup>, D. de Luis<sup>1</sup>, P. Martín Santos<sup>1</sup> y G. Díaz Soto<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Clínico Universitario de Valladolid. <sup>2</sup>Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la utilidad del cortisol salival (CS) en la insuficiencia adrenal (IA), su correlación con los niveles plasmáticos, el ritmo circadiano y el tratamiento sustitutivo con hidrocortisona (HC).

**Métodos:** Estudio prospectivo en aquellos pacientes con sospecha de IA con test de ACTH (ACTH-t) y determinación de ritmo CS ambulatorio de 2014 a 2023. El rendimiento diagnóstico del CS frente al cortisol plasmático basal (CPB) se evaluó con el área bajo la curva ROC(AUC), siendo el ACTH-t el *gold standard*.

**Resultados:** Se analizaron un total de 69 sujetos (58,5% mujeres, 23,2% IA) con una edad media  $52,0 \pm 15,8$  años. Los niveles de CS, CPB y ACTH fueron de  $0,378 \pm 0,242$  ug/dL,  $11,2 \pm 6,8$  ug/dL y  $30,5 \pm 45,8$  pg/mL, respectivamente. El 5,8% fueron excluidos por contaminación preanalítica del CS. El CS y CPB mostró una correlación positiva moderada ( $r = 0,405$ ,  $p < 0,001$ ). El rendimiento diagnóstico del CS 8:00h fue superior al del CPB (AUC = 0,805,  $p < 0,01$  y AUC = 0,783,  $p < 0,05$ , respectivamente), siendo el nivel de CS 0,794 ug/dL descartó IA, evitando el 20% de los ACTH-t. La determinación del ritmo de CS a las 13h (AUC = 0,242, ns), 18h (AUC = 0,326, ns) y 24h (AUC = 0,326, ns) no permitió el diagnóstico de IA. El ritmo de CS en pacientes en tratamiento con HC frente a aquellos sin tratamiento demostró valores de sobredosificación en todas las determinaciones: 13h ( $0,371 \pm 0,201$  vs.  $0,187 \pm 0,160$  ug/dl,  $p < 0,05$ ), 18h ( $0,250 \pm 0,171$  vs.  $0,119 \pm 0,103$  ug/dl,  $p < 0,001$ ) y 24h ( $0,219 \pm 0,187$  vs.  $0,069 \pm 0,054$  ug/dl,  $p < 0,001$ ), excepto a las 8:00h ( $0,224 \pm 0,175$  vs.  $0,407 \pm 0,231$  ug/dl,  $p < 0,001$ ), respectivamente.

**Conclusiones:** La determinación del CS 8:00h es una alternativa viable y válida en el cribado de la IA con una buena correlación con el CPB. Valores de CS 0,794 ug/dL confirmaron y descartaron IA respectivamente, evitando un 20% de los ACTHt. El CS a las 13h, 18h y 24h no identificó adecuadamente la IA, y mostró valores de sobredosificación en aquellos pacientes con HC.