

## Identificación y descripción del procedimiento:

La prueba consiste en la administración de dexametasona, la cual inhibe la secreción de la hormona ACTH y consecuentemente la inhibición de la liberación del cortisol adrenal. La prueba básicamente consiste en recoger orina de 24 horas para medir el nivel basal de cortisol libre, 17-hidroxycorticosteroides y el aclaramiento de creatinina. A continuación se administra la dexametasona a razón de 0,5 mg cada 6 horas durante 2 días (2 mg/día en adultos ó 30 microg/Kg/día en niños) y se extrae sangre a las 8 de la mañana en los siguientes días (24 y 48 horas). A continuación se administran 2 mg de dexametasona cada 6 horas durante 2 días más (8 mg/día en adultos ó 120 microg/Kg/día en niños) y se extrae sangre a las 8 de la mañana en los siguientes días (24 y 48 horas). Diariamente se recoge la orina de 24 horas durante los días que dura la prueba.

## Objetivo:

Las glándulas suprarrenales producen cortisol tras la estimulación de ACTH liberada en la hipófisis. Cuando encontramos niveles elevados de cortisol en sangre hay que descartar la causa de ese aumento. Dicho aumento puede ser debido o bien a una liberación de cortisol por las glándulas suprarrenales sin intervención de la ACTH o bien con la intervención de la misma. Esta prueba nos ayuda a determinar la causa de ese hipercortisolismo patológico diferenciando entre una posible enfermedad de Cushing con otras formas de síndromes de Cushing. La sensibilidad de este test ronda el 85 %.

## Beneficios:

En la dosis bajas: la supresión de 17-hidroxycorticosteroides a  $< 4$  mg por día o  $< 2,5$  mg/g de creatinina durante el segundo día indica regulación normal de ACTH así como la supresión del cortisol libre urinario a  $> 50$  % de la basal o un disminución del cortisol plasmático de  $< 5$  microg/dl también sugiere una regulación normal de ACTH. En dosis altas: la supresión de 17-hidroxycorticosteroides a  $> 50$  % de la basal y la supresión del cortisol libre urinario a  $> 90$  % de la basal y la supresión del cortisol plasmático de  $< 5$  microg/dl sugiere una enfermedad de Cushing.

## Alternativas razonables a dicho procedimiento:

No las hay.

## Consecuencias previsibles de su realización:

No producen ninguna consecuencia negativa previsible.

## Consecuencias previsibles de su no realización:

Va a suponer no disponer su médico responsable, de información necesaria para el diagnóstico y tratamiento más oportuno de su enfermedad.

## Riesgos frecuentes:

Fallos en la toma del medicamento, haber dormido poco o tener un metabolismo lento o elevado para la dexametasona puede interferir en la prueba. No se observan riesgos de importancia. La parte de la punción venosa puede resultar dolorosa o al menos molesta. Dolor o hematoma en la zona de la punción.

## Riesgos poco frecuentes:

No se describen.

## Riesgos por la situación personal del paciente:

Es necesario por parte del paciente, advertir de sus posibles alergias medicamentosas, alteraciones de la coagulación, enfermedades cardiopulmonares, renales, existencia de prótesis, marcapasos, medicaciones actuales o cualquier otra circunstancia, que pudiera complicar la prueba o agravarla. Por la situación vital actual del paciente (diabetes, obesidad, inmunodepresión, hipertensión, anemia, edad avanzada...) puede aumentar la frecuencia o la gravedad de riesgos o complicaciones, por lo que el riesgo general es mayor.

# Test largo de supresión de cortisol plasmático con Dexametasona

## 9. Declaración de consentimiento

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... , DNI ..... y nº de SIP .....

Don/doña ..... de ..... años de edad, con domicilio en ..... en calidad de (representante legal, familiar o allegado de la paciente) ..... , con DNI .....

Declaro:

Que el Doctor/a ..... me ha explicado que es conveniente/necesario, en mi situación la realización de ..... y que he comprendido adecuadamente la información que me ha dado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo.: Don / doña ..... DNI .....

Fdo.: Dr/a ..... DNI .....

Colegiado nº: .....

## 10. Revocación del consentimiento

Revoco el consentimiento prestado en fecha ..... de ..... de 2 ..... y no deseo proseguir el tratamiento que doy con esta fecha por finalizado.

En ..... a ..... de ..... de 2 .....

Fdo. el médico

Fdo. el/la paciente

Colegiado nº: .....



ANÁLISIS CLÍNICOS