

Cuidado paso a paso – Hipofisitis (inflamación de la glándula pituitaria)

Evaluación

Observe:

- ¿El paciente parece fatigado?
- ¿El paciente parece apático?
- ¿El paciente parece enfermo?
- ¿El paciente parece incómodo?

Escuche:

- Informa el paciente de:
 - o ¿Cambio en energía?
 - o ¿Dolor de cabeza?
 - o ¿Mareos?
 - o ¿Náusea/vómitos?
 - o ¿Estado mental alterado?
 - o ¿Trastornos visuales?
 - o ¿Fiebre?
 - o ¿Cambios en la libido?

Reconozca:

- Bajos niveles de hormonas producidas por la glándula pituitaria (ACTH, TSH, FSH, LH, GH, prolactina)
- RM cerebral con inclusión estudio/realce hipófisis
- Hipotensión
- DDX con Insuficiencia suprarrenal; bajo cortisol y ACTH Alta
- DDX con Hipotiroidismo primario: bajo T4 libre y alto TSH

Clasificación de Toxicidad (General)

Grado 1 (Leve)

Asintomático o síntomas leves; observación clínica (dolor de cabeza, fatiga)

Grado 2 (Moderado)

Moderado; intervención mínima, local o no invasiva indicada; Limitación de las ADL instrumentales apropiadas para la edad

Grado 3 (Severo)

Severo o medicamento significativo, pero no pone en peligro la vida de inmediato; hospitalización indicada; limitadas las ADL de autocuidado

Grado 4 (Potencialmente mortal)

Requiere intervención urgente (ataxia severa)

Grado 5 (Muerte)

Manejo

Estrategia Global:

- Valorar la consulta a endocrinología
- El trabajo de diagnóstico debe iniciarse si aún no lo ha hecho: monitorizar los niveles de ACTH, cortisol matutino, TSH, T4 y electrolitos
- El tratamiento adicional para la disminución de la libido, los cambios de humor y la fatiga pueden incluir LH, FSH, testosterona y estradiol
- Ipilimumab se detendrá temporalmente por cualquier hipofisitis sintomática y se suspenderá por reacciones sintomáticas que persistan durante 6 semanas o por incapacidad para reducir la dosis de esteroides a 10mg de prednisona o equivalente por día
- Nivolumab se suspenderá por hipofisitis de Grado 2/3 y se suspenderá permanentemente por hipofisitis de Grado 4. Pembrolizumab se detendrá temporalmente por hipofisitis de Grado 2 y se suspenderá definitivamente por hipofisitis de Grado 3/4
- 1 mg / kg de metilprednisolona (o equivalente) IV para administrar diariamente *
 - o Si se administra durante la fase aguda, puede revertir el proceso inflamatorio
- Debe seguirse con prednisona 1-2 mg / kg al día con disminución gradual durante al menos 4 semanas
- Podría detener los inhibidores de punto de control para cualquier síntoma sospechoso de hipofisitis y reiniciarse después de estabilizarse con terapia hormonal
- A menudo se requiere la suplementación a largo plazo de las hormonas afectadas
 - o Hipotiroidismo secundario que requiere reemplazo de levotiroxina
 - o Hipoadrenalismo secundario que requiere reemplazo de hidrocortisona
 - o Dosis típica: 20 mg qAM y 10 mg qPM
 - o Los esteroides deben comenzar varios días antes de cualquier terapia sustitutiva tiroidea para prevenir la crisis suprarrenal
- Evaluar el riesgo de infección oportunista según la duración de la disminución de los esteroides (y considerar la profilaxis si es necesario)
- Manejo conjunto con endocrinología (particularmente si la pérdida permanente de la función del órgano)

Implementación:

- ACTH y el perfil tiroideo deben realizarse al inicio y antes de cada dosis de ipilimumab
- Asegúrese de que la resonancia magnética estudie la glándula hipofisaria
- Anticípese al tratamiento con corticosteroides y detenga la inmunoterapia
- Revisar la administración adecuada de esteroides
 - o tomar con comida
 - o tomar AM
- Educar al paciente sobre la posibilidad de pérdida permanente de la función del órgano (pituitaria +/- afectación de tiroides, glándula suprarrenal, etc)
- Asesorar a los pacientes sobre brazaletes de alerta médica, etc., dosis de estrés de hidrocortisona o infección, etc.

* Administración Corticoides:

Instrucciones / calendario de reducción de esteroides como guía/recomendación

- La disminución gradual debe tener en cuenta los síntomas que presente el paciente
- Seguimiento cercano en persona o por teléfono, según la necesidad individual y la sintomatología
- Los esteroides causan indigestión; proporcionar terapia antiácida diaria como prevención de la úlcera gástrica mientras toma esteroides (por ejemplo, inhibidor de la bomba de protones o bloqueador H2 si la dosis de prednisona es > 20 mg / día)
- Revisar los efectos secundarios de los medicamentos esteroideos: cambios de humor (enojado, reactivo, hiperactivo, eufórico, maníaco), aumento del apetito, sueño interrumpido, aftas orales, retención de líquidos
- Esté atento a los síntomas recurrentes a medida que los esteroides disminuyen (es posible que sea necesario ajustar la reducción)

Esteroides a dosis altas a largo plazo:

- Considere la profilaxis antimicrobiana (sulfametoxazol / trimetoprima dosis doble L / M / V; dosis única si se usa diariamente) o alternativa si es alérgica a las sulfas (por ejemplo, pentamidina inhalada)
- Valore profilaxis antiviral y antifúngica adicional
- Evite el alcohol / fármacos hepatotóxicos
- Si uso prolongado de esteroides, riesgo de osteoporosis; iniciar suplementos de calcio y vitamina D

BANDERA(S) ROJA(S):

- Síntomas de insuficiencia suprarrenal.
- Nuevo inicio de dolor de cabeza severo o cambios en la visión

