

URGÊNCIAS ENDOCRINOLÓGICAS: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL, MANEJO HOSPITALAR E PREVENÇÃO DE COMPLICAÇÕES SISTÊMICAS

ENDOCRINE EMERGENCIES: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS, HOSPITAL MANAGEMENT AND PREVENTION OF SYSTEMIC COMPLICATIONS

Mauro de Deus Passos¹; Glaisy Kellen Dias Saraiva²; Carlos Alberto Inácio Barros Filho³; Aron Staffen⁴; Marília Santos de Moraes⁵; Eise Souza do Vale⁶; Valma Pereira de Alencar⁷; Saulo Henrique Dias Oliveira⁸

¹ *Cardiologia e Medicina de Emergência. Mestre em Ciências Médicas (PPG/CM-UnB). Unidade de Medicina Interna, Hospital Regional de Sobradinho (Brasília-DF) | ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4193-9236> | mauropassos@cardiol.br*

² *Graduada em Farmácia, UNESA | glaisy.kds@hotmail.com*

³ *Nutricionista, Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (Faece-Fafor) | carlosalbertoibf@gmail.com*

⁴ *Graduando em Medicina, Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL) | aron__@hotmail.com*

⁵ *Pós-Graduada em Medicina, Uninovafapi | ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5621-4508> | anaoliv196@gmail.com*

⁶ *Médico residente em Clínica Médica, Complexo do Hospital de Clínicas da UFPR (CHC-UFPR) | eisesouzadovale@gmail.com*

⁷ *Graduada em Farmácia, Hospital Universitário Alcides Carneiro/UFPR (HUAC/UFPR) | valmaalencar@gmail.com*

⁸ *Graduado em Medicina, Universidade Evangélica de Goiás (UniEVANGÉLICA) | ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0007-9818> | saulohdoliver@gmail.com*

Resumo

As urgências endocrinológicas, como a cetoacidose diabética, o estado hiperglicêmico hiperosmolar, a crise tireotóxica, o coma mixedematoso, a crise adrenal e a apoplexia hipofisária, são condições potencialmente fatais que exigem reconhecimento rápido e manejo hospitalar qualificado. Este estudo teve como objetivo mapear as evidências recentes sobre diagnóstico diferencial, manejo hospitalar e prevenção de complicações sistêmicas nessas condições em adultos. Trata-se de revisão de escopo conduzida segundo o método do Joanna Briggs Institute e o checklist PRISMA-ScR, com busca em outubro de 2026 na PubMed/MEDLINE e na Biblioteca Virtual em Saúde (LILACS e BDENF), abrangendo publicações de 2026. Dos 873 registros identificados, 17 estudos primários foram incluídos, de 13 países, com predomínio de coortes retrospectivas. As crises hiperglicêmicas concentraram a maior parte das evidências. Os achados indicaram que o atraso diagnóstico se associou a maior necessidade de suporte intensivo, que escores clínicos e biomarcadores simples auxiliam a estratificação de risco e que choque, sepse, lesão renal aguda, doença cardiovascular e infecções concomitantes determinaram a mortalidade. Conclui-se que protocolos individualizados, vigilância metabólica e estratégias de prevenção baseadas em educação e continuidade do cuidado são centrais para reduzir complicações.

Palavras-chave: Cetoacidose Diabética; Crise Tireoidiana; Diagnóstico Diferencial; Emergências; Insuficiência Adrenal.

Abstract

Endocrine emergencies, such as diabetic ketoacidosis, hyperosmolar hyperglycemic state, thyroid storm, myxedema coma, adrenal crisis and pituitary apoplexy, are potentially fatal conditions that require rapid recognition and qualified hospital management. This study aimed to map recent evidence on differential diagnosis, hospital management and prevention of systemic complications in these conditions in adults. This scoping review followed the Joanna Briggs Institute method and the PRISMA-ScR checklist, with searches conducted on October, 2026, in PubMed/MEDLINE and the Virtual Health Library (LILACS and BDENF), covering publications from 2026. Of the 873 records identified, 17 primary studies were included, from 13 countries, mostly retrospective

cohorts. Hyperglycemic crises accounted for most of the evidence. Findings indicated that diagnostic delay was associated with greater need for intensive support, that clinical scores and simple biomarkers support risk stratification, and that shock, sepsis, acute kidney injury, cardiovascular disease and concurrent infections determined mortality. Individualized protocols, metabolic surveillance and prevention strategies based on education and continuity of care are central to reducing complications.

Keywords: Adrenal Insufficiency; Diabetic Ketoacidosis; Diagnosis, Differential; Emergencies; Thyroid Crisis.

INTRODUÇÃO

As urgências endocrinológicas constituem um grupo heterogêneo de condições agudas, potencialmente fatais, que exigem diagnóstico rápido e intervenção oportuna. Embora a cetoacidose diabética (CAD) e o estado hiperglicêmico hiperosmolar (EHH) sejam as mais conhecidas, as emergências endócrinas não diabéticas, como a crise tireotóxica, o coma mixedematoso, a crise adrenal, a hipercalcemia grave e a apoplexia hipofisária, ainda são pouco descritas, sobretudo em cenários de recursos limitados (Thakur *et al.*, 2026). A raridade de algumas dessas condições contribui para que sejam pouco vivenciadas durante a formação profissional, o que pode reduzir a confiança e o conhecimento das equipes para o reconhecimento e o manejo, como descrito para a crise adrenal em contexto pediátrico (Resnick; Matalka; Foster, 2026).

A CAD caracteriza-se pela tríade de hiperglicemia, cetonemia e acidose metabólica com ânion *gap* elevado; é mais comum em jovens com diabetes tipo 1, mas também ocorre no diabetes tipo 2, na gestação e como complicação rara da terapia com inibidores de *checkpoint* imunológico, além de apresentar uma variante euglicêmica associada ao uso de inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2 (SGLT2) (Ciafardini *et al.*, 2026). Apesar dos avanços diagnósticos e terapêuticos, a CAD permanece entre as principais causas de morbimortalidade em pessoas com diabetes, e persistem controvérsias de manejo para as quais faltam evidências de alta qualidade (Ciafardini *et al.*, 2026). Em contextos remotos e com poucos recursos, apresentação tardia, infecções, interrupção do acesso à insulina, suporte laboratorial limitado e escassez de pessoal treinado influenciam significativamente os desfechos (Masood *et al.*, 2026).

Entre as emergências tireoidianas, a crise tireotóxica é rara, mas caracterizada por tireotoxicose extrema e disfunção de múltiplos órgãos, com diagnóstico eminentemente clínico, apoiado em escores como os de Burch-Wartofsky e da Japan Thyroid Association, e com tratamento multidisciplinar em unidades de alta dependência ou terapia intensiva (Taylor *et al.*, 2026b). O coma mixedematoso, por sua vez, resulta de hipotireoidismo grave, acomete principalmente idosos e manifesta-se por alteração do estado mental, hipotermia e disfunção multiorgânica, exigindo reconhecimento precoce dos fatores precipitantes, glicocorticoide empírico em dose de estresse e reposição cautelosa de hormônio tireoidiano (Taylor *et al.*, 2026a). Já a crise adrenal pode ser desencadeada pela suspensão abrupta de corticoterapia prolongada ou pela ausência de ajuste de dose em situações de estresse, configurando emergência com elevado potencial de mortalidade (Brito; Gonçalves; Borges, 2026), e a apoplexia hipofisária é considerada o paradigma da emergência endócrina e neurocirúrgica (Biagetti *et al.*, 2025).

O traço comum dessas condições é o risco de evolução para complicações sistêmicas — choque, lesão renal aguda, insuficiência respiratória, distúrbios hidroeletrólíticos graves e coagulopatias —, de modo que o prognóstico depende tanto do reconhecimento precoce quanto da qualidade do manejo hospitalar. A adesão aos protocolos institucionais, por exemplo, associou-se à mortalidade intra-hospitalar na CAD (Fatima *et al.*, 2025), e inquérito com médicos de hospitais terciários identificou conhecimento insuficiente sobre o protocolo atualizado de CAD na maioria dos participantes (Al-Rasheedi *et al.*, 2026). Esses dados revelam a distância entre as recomendações e a prática assistencial.

A literatura recente sobre o tema mostra-se fragmentada, com estudos centrados em uma única condição e em desfechos isolados, o que dificulta uma visão integrada das evidências sobre diagnóstico diferencial, manejo e prevenção de complicações. Diante desse contexto, este estudo teve como objetivo mapear as evidências científicas publicadas em 2026 sobre urgências endocrinológicas em adultos, considerando o diagnóstico e o diagnóstico diferencial, o manejo hospitalar e os fatores associados às complicações sistêmicas e à mortalidade, a fim de identificar implicações para a prática clínica e lacunas para a pesquisa.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) e relatada segundo o checklist *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR). O protocolo não foi registrado previamente em plataforma pública. A questão norteadora foi elaborada segundo a estratégia PCC: População, adultos com urgência endocrinológica (CAD, EHH, crise tireotóxica, coma mixedematoso, crise adrenal, apoplexia hipofisária, crise hipercalcêmica ou emergências endócrinas em geral); Conceito, diagnóstico e diagnóstico diferencial, manejo e complicações sistêmicas ou mortalidade; e Contexto, serviços de emergência, internação hospitalar e terapia intensiva. A pergunta foi: quais evidências recentes existem sobre o diagnóstico diferencial, o manejo hospitalar e os fatores associados às complicações sistêmicas nas urgências endocrinológicas em adultos?

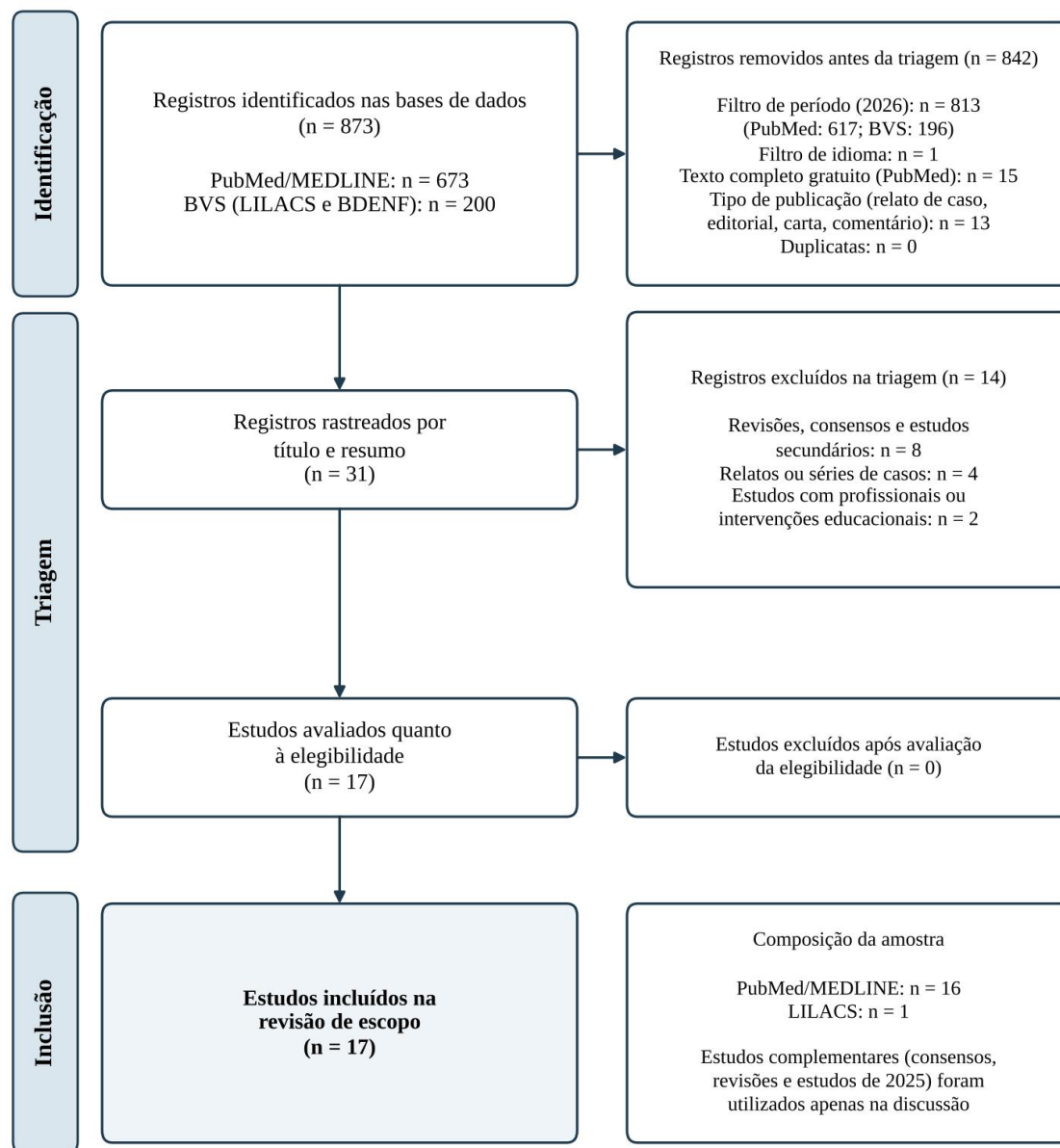
A busca foi realizada em outubro de 2026 na PubMed/MEDLINE e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), com seleção das bases LILACS e BDENF. Na PubMed, utilizou-se a estratégia: ("diabetic ketoacidosis"[ti] OR "hyperosmolar"[ti] OR "hyperglycemic crisis"[ti] OR "hyperglycemic crises"[ti] OR "thyroid storm"[ti] OR "thyrotoxic storm"[ti] OR "myxedema coma"[ti] OR "myxoedema coma"[ti] OR "adrenal crisis"[ti] OR "adrenal crises"[ti] OR "pituitary apoplexy"[ti] OR "hypercalcemic crisis"[ti] OR "endocrine emergenc"[ti]) AND ("Emergencies"[Mesh] OR "Emergency Service, Hospital"[Mesh] OR "Intensive Care Units"[Mesh] OR "Hospitalization"[Mesh] OR emergenc[tiab] OR "intensive care"[tiab] OR inpatient[tiab] OR hospitali[tiab] OR admitted[tiab]) AND ("Diagnosis, Differential"[Mesh] OR "differential diagnosis"[tiab] OR diagnos[ti] OR management[ti] OR complication[ti] OR mortality[ti] OR outcome[ti] OR prognos[ti] OR predictor[ti]) NOT (child[ti] OR pediatric[ti] OR paediatric[ti] OR adolescen*[ti]).

Na BVS, utilizou-se: ("cetoacidose diabética" OR "estado hiperglicêmico hiperosmolar" OR "crise hiperglicêmica" OR "crise tireotóxica" OR "tempestade tireoidiana" OR "coma mixedematoso" OR "crise adrenal" OR "apoplexia hipofisária" OR "emergências endócrinas" OR "cetoacidosis diabética" OR "estado hiperosmolar" OR "crisis tirotóxica" OR "tormenta tiroidea" OR "crisis suprarrenal" OR "crisis adrenal" OR "apoplejía hipofisaria" OR "diabetic ketoacidosis" OR "hyperosmolar hyperglycemic" OR "thyroid storm" OR "adrenal crisis" OR "myxedema coma" OR "pituitary apoplexy" OR "endocrine emergencies") AND (emergência OR urgência OR "terapia intensiva" OR hospitalização OR internação OR emergencia OR urgencia OR "cuidados intensivos" OR hospitalización OR emergency OR "intensive care" OR hospitalization OR inpatient).

Foram aplicados os filtros de período de publicação (2026), idioma (português, inglês e espanhol) e, na PubMed, texto completo gratuito e exclusão dos tipos de publicação relato de caso, editorial, carta e comentário. O recorte de um ano foi adotado em razão do elevado volume de publicações sobre crises hiperglicêmicas, de modo a privilegiar as evidências mais recentes. Foram incluídos estudos primários com adultos que abordassem diagnóstico, diagnóstico diferencial, manejo hospitalar, complicações, prognóstico ou prevenção de urgências endocrinológicas. Foram excluídos revisões, consensos, relatos e séries de casos, estudos exclusivamente pediátricos, estudos com profissionais de saúde ou intervenções educacionais e estudos sem relação com o contexto agudo. Consensos, revisões e estudos com profissionais identificados na busca, bem como estudos primários publicados em 2025 recuperados na fase exploratória da busca nas mesmas bases, foram utilizados apenas como literatura de apoio à discussão.

A seleção ocorreu em etapas: identificação, verificação de duplicatas, leitura de títulos e resumos e confirmação da elegibilidade, conduzidas por um revisor com registro dos motivos de exclusão, conforme o fluxograma adaptado do PRISMA 2020 (Figura 1). Os dados foram extraídos em formulário padronizado (autor e ano, país, base, delineamento, objetivo, amostra, principais resultados, limitações e contribuição), a partir dos resumos estruturados e das seções de limitações dos textos completos disponíveis na PubMed Central. Em consonância com o método JBI para revisões de escopo, não se realizou avaliação formal da qualidade metodológica; registraram-se o delineamento e as limitações declaradas pelos autores para qualificar a interpretação. A síntese foi descritiva e crítica, organizada em eixos temáticos. Por utilizar dados secundários de acesso público, o estudo dispensou apreciação ética.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA 2020



Fonte: elaborado pelos autores (2026).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram identificados 873 registros (673 na PubMed/MEDLINE e 200 na BVS). Após a aplicação dos filtros, 31 registros foram rastreados por título e resumo e 14 foram excluídos, resultando em 17 estudos incluídos (16 da MEDLINE e um da LILACS), todos publicados em 2026 e conduzidos em 13 países: Estados Unidos (n = 3), Japão e Tailândia (n = 2 cada), além de China, Coreia do Sul, Malásia, Índia, Egito, Etiópia, Noruega, Espanha, Reino Unido e Chile (n = 1 cada). Predominaram as coortes retrospectivas ou análises de bases hospitalares e administrativas (n = 12), seguidas de estudos caso-controle (n = 2), coortes prospectivas (n = 2) e um estudo descritivo de registros nacionais. Quanto às condições, dez estudos abordaram crises hiperglicêmicas (CAD e/ou EHH), três a crise tireotóxica, um o coma mixedematoso, um a crise adrenal, um a apoplexia hipofisária e um o espectro das emergências endócrinas atendidas em pronto-socorro.

O Quadro 1 apresenta os 17 estudos incluídos, ordenados segundo o eixo analítico predominante. A síntese foi organizada em quatro eixos: diagnóstico e diagnóstico diferencial; manejo hospitalar e estratificação de risco; complicações sistêmicas e mortalidade; e prevenção.

Quadro 1 – Caracterização dos estudos incluídos na revisão de escopo (n = 17)

Autor/Ano	País / Base	Delineamento	Objetivo	Amostra/População	Principais resultados	Limitações	Contribuição para a revisão
Thakur <i>et al.</i> (2026)	Índia / MEDLINE	Coorte prospectiva observacional (18 meses)	Avaliar espectro, características e desfechos das emergências endócrinas no pronto-socorro	212 pacientes ≥ 12 anos	Incidência de 1,82/1.000 atendimentos. CAD 69,3%, hipercalcemia 11,3%, hipoglicemia 7,1%, EHH 3,8%. Mortalidade: EHH 50%, coma mixedematoso 33,3% e crise tireotóxica 3/3. Na CAD, idade, menor TFG e maior osmolalidade associaram-se a pior desfecho	Poucos casos de algumas emergências; sem seguimento após a alta	Panorama de emergências diabéticas e não diabéticas
Kawahara <i>et al.</i> (2026)	Japão / MEDLINE	Coorte retrospectiva unicêntrica (12 anos)	Identificar determinantes do atraso diagnóstico na crise tireotóxica	91 adultos com crise tireotóxica	Mediana de 5 dias até o diagnóstico. Atraso associado a idade mais avançada, primeiro episódio e admissão por setores não emergenciais; atraso associado a maior necessidade de terapia intensiva e suporte orgânico	Unicêntrico; possível viés de memória; poucos óbitos	Diagnóstico precoce e fluxos assistenciais
Xu <i>et al.</i> (2026)	China / MEDLINE	Caso-controle (metabolômica)	Identificar biomarcadores séricos diagnósticos da apoplexia hipofisária	11 pacientes com apoplexia e 39 com adenoma sem apoplexia	Perfis metabólicos distintos (92 metabólitos aumentados e 310 reduzidos); glicerol-3-fosfato e N-acetil-D-galactosamina como biomarcadores candidatos	Amostra pequena; sem modelo diagnóstico formal	Diagnóstico diferencial da apoplexia hipofisária
Mohamed <i>et al.</i> (2026)	Egito / MEDLINE	Caso-controle retrospectivo	Avaliar função de células β, fatores de risco e desfechos da CAD em DM2 com COVID-19	70 adultos com DM2 e COVID-19 (35 com e 35 sem CAD)	Peptídeo C semelhante entre grupos; CAD associada a maior idade, maior duração do diabetes, resistência insulínica e marcadores inflamatórios; mortalidade de 22,9% vs. 0%	Unicêntrico; amostra pequena	Fenótipos de CAD sem insulinopenia absoluta
Lian <i>et al.</i> (2026)	Malásia / MEDLINE	Coorte retrospectiva unicêntrica	Comparar complicações metabólicas do tratamento da CAD entre DM1 e DM2	215 internações por CAD (100 DM1; 115 DM2)	Hipoglicemia maior no DM1 (33,0% vs. 15,7%); hipocalcemia em cerca de 55% em ambos. Preditores de hipocalcemia: pH baixo, potássio inicial baixo, menor duração do diabetes e ausência de nefropatia. DM2 com maior permanência e infecção hospitalar	Não localizada no texto consultado; unicêntrico	Individualização do protocolo conforme o tipo de diabetes
Miyazaki <i>et al.</i> (2026)	Japão / MEDLINE	Coorte retrospectiva multicêntrica (95 UTIs)	Descrever desfechos de pacientes com CAD em UTI segundo o pH do primeiro dia	866 adultos com CAD	Mortalidade hospitalar baixa em todos os estratos (leve 4,5%; moderada 3,2%; grave 5,7%); permanência na UTI maior com a gravidade (44,3 h; 48,3 h; 57,5 h)	Momento da gasometria incerto; sem bicarbonato e cetonas; possível erro de classificação	Crítérios de admissão em UTI
Chantrapitak <i>et al.</i> (2026)	Tailândia / MEDLINE	Coorte retrospectiva unicêntrica	Identificar fatores prognósticos e desenvolver escore de mortalidade em 30 dias na crise tireotóxica	115 pacientes	Mortalidade em 30 dias de 13%. Sexo masculino (OR 4,34), hipertensão (OR 2,54), SOFA ≥ 2 (OR 9,93) e Glasgow ≤ 10 (OR 1,95) compuseram escore de 8 pontos (AUC 0,81; 0,79 após validação interna)	Unicêntrico; poucos eventos; risco de sobreajuste	Estratificação de risco e priorização de UTI
Sebastian-Valles <i>et al.</i> (2026)	Espanha / MEDLINE	Coorte prospectiva multicêntrica	Avaliar o valor prognóstico da razão entre lactato pré-hospitalar e hospitalar na CAD grave	128 adultos atendidos por serviço pré-hospitalar com CAD grave ou EHH	Mortalidade hospitalar de 34,4%. Razão < 1,23 associada a maior mortalidade (57,3% vs. 14,5%), assim como comorbidades e causa infecciosa; Glasgow pré-hospitalar mais alto foi protetor	Não localizada (sem texto completo no PMC)	Biomarcador acessível para estratificação
Stokland <i>et al.</i> (2026)	Noruega / MEDLINE	Coorte nacional de registro (24 anos)	Avaliar tendências e fatores de risco da crise adrenal na insuficiência adrenal primária	1.040 pacientes do Registro Norueguês de Addison	25% tiveram crise adrenal manifesta; incidência de 3,2/100 pessoas-ano (manifesta) e 6,9/100 (incipiente). Mortalidade intra-hospitalar de 0,3%. Risco maior nos extremos de idade e no DM1 (RTI 2,09); dose de reposição sem associação; autoaplicação de dose de estresse em cerca de 50% das admissões	Retrospectivo; subnotificação de tratamento pré-hospitalar	Prevenção por educação e dose de estresse
Sothornwit <i>et al.</i> (2026)	Tailândia / MEDLINE	Coorte retrospectiva de base nacional	Investigar incidência, mortalidade e preditores na crise tireotóxica	4.418 internações por tireotoxicose (1.160 crises)	Incidência cresscente (0,15 para 0,32/100.000 pessoas-ano). Mortalidade de 18,0% vs. 1,0% sem crise (aOR 11,17). Preditores de óbito: choque séptico (aOR 5,26), choque cardiogênico (aOR 4,90) e lesão renal aguda (aOR 3,72)	Código CID não validado; sem dados laboratoriais e terapêuticos	Complicações sistêmicas e mortalidade
Granadino Pozo, Solar Poblete (2026)	Chile / LILACS	Descritivo retrospectivo de registros nacionais	Descrever perfil epidemiológico e tendências das internações por coma mixedematoso	121 internações (2015–2024)	Taxa média de 0,06/100.000 habitantes, com pico em 2022 (0,13/100.000) no período pós-pandemia; letalidade intra-hospitalar de 22,3%; distribuição geográfica heterogênea	Não informadas no resumo; dados de egressos hospitalares	Continuidade do tratamento do hipotireoidismo
Chandrabalan <i>et al.</i> (2026)	Reino Unido / MEDLINE	Coorte retrospectiva (2010–2024)	Identificar fatores de risco para desfechos adversos e mortalidade na CAD em DM2	464 pacientes com CAD e DM2	Mortalidade em 30 dias de 13,4%; sobrevida a longo prazo de 58,6%. Mortalidade hospitalar associada a doença vascular periférica, insuficiência cardíaca e menor TFG; uso de iSGLT2 associado a maior permanência; demência e idade associadas à mortalidade tardia	Dados de prontuário eletrônico; possíveis erros de codificação	Prognóstico e seguimento após a alta
Chia <i>et al.</i> (2026a)	EUA / MEDLINE	Coorte retrospectiva (National)	Investigar a interação entre idade e sexo nos	Internações de adultos com	Mulheres com menor chance de lesão renal aguda e maior chance de sepse; menor mortalidade entre	Base administrativa sem dados	Complicações e diferenças demográficas

Autor/Ano	País / Base	Delineamento	Objetivo	Amostra/População	Principais resultados	Limitações	Contribuição para a revisão
		Inpatient Sample)	desfechos da CAD no DM1	CAD e DM1 (2016–2021)	mulheres jovens (aOR 0,72). Aumento da mortalidade na pandemia, sobretudo em homens jovens	laboratoriais e de gravidade	
Chia <i>et al.</i> (2026b)	EUA / MEDLINE	Coorte retrospectiva (National Inpatient Sample)	Avaliar o impacto da COVID-19 nos desfechos da CAD	658.675 internações por CAD (10,5% com COVID-19)	Mortalidade de 21,3% vs. 3,4% (aOR 6,22), com maior risco de ventilação mecânica, sepse, vasopressores e lesão renal aguda, maior permanência e custos	Dados administrativos; sem dados metabólicos e virológicos	Infecção como agravante sistêmico
Zhu <i>et al.</i> (2026)	EUA / MEDLINE	Coorte retrospectiva (National Inpatient Sample)	Investigar a associação entre doença cerebrovascular e desfechos na CAD	445.863 internações de adultos com diabetes e doença cerebrovascular (4.363 com CAD; 1.648 com EHH)	CAD associada a maior mortalidade, complicações, permanência e custos em comparação com internações sem crise e com EHH	Codificação CID; sem dados clínicos e laboratoriais	Comorbidade cerebrovascular como marcador de risco
Cho <i>et al.</i> (2026)	Coreia do Sul / MEDLINE	Coorte retrospectiva multicêntrica	Avaliar incidência e preditores de pancreatite aguda na CAD e no EHH	406 pacientes (303 com CAD; 103 com EHH)	Pancreatite aguda em 14,8% (17,5% na CAD; 6,8% no EHH). Preditores: IMC elevado, dor abdominal, choque, gama-GT elevada e hipertrigliceridemia; maior admissão em UTI, sem aumento de mortalidade	Tomografia não universal; mudança nos critérios de CAD	Diagnóstico de complicação abdominal concomitante
Shogene <i>et al.</i> (2026)	Etiópia / MEDLINE	Coorte retrospectiva (2019–2024)	Determinar incidência e preditores do EHH em adultos com diabetes	452 adultos com DM1 ou DM2	EHH em 9,96% (5,36/100 pessoas-ano). Preditores: residência rural (AHR 1,99), comorbidades (AHR 3,01), não adesão medicamentosa (AHR 2,14) e ausência de seguro de saúde (AHR 2,04)	Possível erro de classificação entre CAD, EHH e quadros mistos	Prevenção da crise hiperglicêmica

Fonte: elaborado pelos autores (2026). Legenda: CAD – cetoacidose diabética; EHH – estado hiperglicêmico hiperosmolar; DM1/DM2 – diabetes *mellitus* tipo 1/tipo 2; TFGe – taxa de filtração glomerular estimada; UTI – unidade de terapia intensiva; iSGLT2 – inibidores do cotransportador sódio-glicose tipo 2; SOFA – *Sequential Organ Failure Assessment*; IMC – índice de massa corporal; OR – *odds ratio*; aOR – *odds ratio* ajustado; AHR – *hazard ratio* ajustado; RTI – razão de taxas de incidência; AUC – área sob a curva ROC.

Em relação à força das evidências, a amostra é composta exclusivamente por estudos observacionais, sem ensaios clínicos randomizados no período analisado. As análises de grandes bases administrativas (Chia *et al.*, 2026a; Chia *et al.*, 2026b; Zhu *et al.*, 2026; Sothornwit *et al.*, 2026) oferecem tamanho amostral expressivo, mas, como reconhecem os próprios autores, carecem de dados laboratoriais, de gravidade e de tratamento, além de dependerem da acurácia da codificação. Os estudos unicêntricos, por sua vez, apresentam amostras menores e menor capacidade de generalização, o que exige cautela na transposição dos resultados para outros contextos.

Eixo 1 – Diagnóstico e diagnóstico diferencial

Os achados desta revisão indicam que o tempo até o diagnóstico é um determinante clínico relevante, sobretudo nas emergências menos frequentes. Em coorte japonesa de adultos com crise tireotóxica, a mediana entre o início dos sintomas e o diagnóstico foi de cinco dias, e o atraso associou-se a idade mais avançada, ao primeiro episódio e à admissão por setores não emergenciais, com maior necessidade de terapia intensiva e suporte orgânico entre os casos diagnosticados tardiamente (Kawahara *et al.*, 2026). Os autores destacam que o atraso decorreu mais dos fluxos assistenciais do que do padrão de sintomas ou dos níveis hormonais (Kawahara *et al.*, 2026), o que converge com a recomendação de consenso de que o diagnóstico da crise tireotóxica é clínico e deve ser apoiado por escores validados (Taylor *et al.*, 2026b). Em hospital terciário indiano, a crise tireotóxica foi rara, mas todos os três pacientes faleceram, e o coma mixedematoso apresentou mortalidade de um terço (Thakur *et al.*, 2026), o que reforça a necessidade de que essas hipóteses sejam consideradas precocemente diante de pacientes graves com sinais inespecíficos.

No diagnóstico diferencial das crises hiperglicêmicas, os estudos mostraram que a CAD não constitui uma entidade homogênea. Em pacientes com diabetes tipo 2 e COVID-19, a CAD não se associou à insulinopenia absoluta, uma vez que o peptídeo C foi semelhante entre os grupos, mas sim a maior idade, maior duração do diabetes, resistência insulínica acentuada e inflamação sistêmica (Mohamed *et al.*, 2026). Na Malásia, pacientes com diabetes tipo 1 e tipo 2 apresentaram perfis distintos de complicações durante o tratamento, e os autores questionaram a aplicação de um protocolo único independentemente da classificação do diabetes (Lian *et al.*, 2026). Na literatura de apoio, a revisão sobre as controvérsias após o consenso internacional de 2024 lembra que a variante euglicêmica associada aos iSGLT2 pode retardar o reconhecimento da CAD (Ciafardini *et al.*, 2026), e o estudo "1-DKA Alert" desenvolveu ferramenta preditiva para diferenciar CAD de hiperglicemia simples no pronto-socorro, considerando que apenas uma pequena fração dos pacientes hiperglicêmicos investigados apresenta CAD confirmada (Peamyao *et al.*, 2025).

A pancreatite aguda emergiu como diagnóstico concomitante importante. Em estudo multicêntrico coreano, 14,8% dos pacientes com crise hiperglicêmica desenvolveram pancreatite, mais frequente na CAD do que no EHH, e a dor abdominal, o choque, a gama-GT elevada, a hipertrigliceridemia e o índice de massa corporal elevado foram preditores independentes (Cho *et al.*, 2026). Como a dor abdominal também é manifestação frequente da própria CAD, esse achado reforça a importância de investigar ativamente a pancreatite, sobretudo na presença de hipertrigliceridemia e instabilidade hemodinâmica. Para a apoplexia hipofisária, cujo diagnóstico permanece desafiador em pacientes sem doença hipofisária conhecida, um estudo metabólico identificou dois metabólitos séricos como biomarcadores candidatos, embora em amostra pequena e sem modelo diagnóstico formal (Xu *et al.*, 2026). Estudo multicêntrico espanhol de apoio acrescenta que pacientes com apoplexia apresentam elevada carga de fatores de risco cardiovascular e que a cirurgia associou-se a maior frequência de deficiência permanente de vasopressina em comparação com o tratamento conservador (Biagetti *et al.*, 2025).

Eixo 2 – Manejo hospitalar e estratificação de risco

A estratificação de risco foi tema recorrente. No Japão, entre pacientes com CAD admitidos em 95 unidades de terapia intensiva, a mortalidade hospitalar foi baixa em todos os estratos de gravidade definidos pelo pH do primeiro dia, enquanto a permanência na UTI aumentou com a gravidade (Miyazaki *et al.*, 2026). Os autores ressaltam o caráter descritivo dos achados e a necessidade de avaliar modelos prognósticos e estratégias de triagem (Miyazaki *et al.*, 2026), o que levanta a discussão sobre critérios de admissão em terapia intensiva baseados apenas no pH. Na crise tireotóxica, um escore prognóstico de oito pontos, composto por sexo masculino, hipertensão, SOFA ≥ 2 e escala de coma de Glasgow ≤ 10 , apresentou boa discriminação para a mortalidade em 30 dias e foi proposto como ferramenta para priorizar a admissão em UTI, embora ainda dependa de validação externa (Chantrapitak *et al.*, 2026). Na CAD grave e no EHH, a razão entre o lactato pré-hospitalar e o hospitalar associou-se de forma independente à mortalidade, configurando biomarcador acessível para a tomada de decisão (Sebastian-Valles *et al.*, 2026).

No manejo metabólico, os distúrbios iatrogênicos durante o tratamento mostraram-se frequentes. Na coorte malaia, a hipoglicemia ocorreu em um terço dos pacientes com diabetes tipo 1 e a hipocalcemia em mais da metade dos pacientes de ambos os tipos, com preditores identificáveis à admissão, como pH baixo e potássio inicial baixo (Lian *et al.*, 2026). Esse resultado é coerente com estudo multicêntrico chinês de apoio, no qual cerca de dois terços dos pacientes com CAD desenvolveram hipocalcemia durante o tratamento, com construção de nomograma de risco (Zhang *et al.*, 2025), e com estudo unicêntrico que comparou protocolos de infusão de insulina de taxa variável e fixa, observando maior hipoglicemia precoce com a taxa fixa (Baddock *et al.*, 2025). Quanto à insulino terapia, metanálise de oito ensaios clínicos randomizados demonstrou que a insulina basal subcutânea precoce, associada à infusão intravenosa, reduziu o tempo de resolução da CAD sem aumento de hipoglicemia ou hipocalcemia (AbuJlambo *et al.*, 2026), resultado convergente com ensaios recentes que testaram insulina degludeca e NPH (Thammakosol *et al.*, 2025; Baby *et al.*, 2025). Por outro lado, sistemas eletrônicos de manejo glicêmico não reduziram o tempo de resolução em metanálise de estudos não randomizados com alto risco de viés (Bhat *et al.*, 2026).

Nas emergências tireoidianas e adrenais, o manejo hospitalar segue majoritariamente orientado por consensos. As recomendações para a crise tireotóxica incluem betabloqueio, antitireoidianos em altas doses, corticosteroides e iodo, com terapias adjuvantes como plasmaférese e oxigenação por membrana extracorpórea nos casos refratários (Taylor *et al.*, 2026b); estudo japonês de base administrativa, utilizado como apoio, não encontrou associação global entre o uso precoce de iodeto de potássio e a mortalidade, mas observou menor mortalidade no subgrupo com doença de Graves (Matsuo *et al.*, 2025). Na crise adrenal, a coorte norueguesa observou mortalidade intra-hospitalar muito baixa, com uso de dose de estresse pré-hospitalar em cerca de metade das admissões (Stokland *et al.*, 2026). A variabilidade da prática também foi evidenciada no EHH, com diferenças entre hospitais britânicos na dose de insulina, na monitorização glicêmica e no tempo até a alta (Kew *et al.*, 2025), e a adesão inferior a 70% ao protocolo de CAD associou-se a maior mortalidade em hospital paquistanês (Fatima *et al.*, 2025). Esses dados indicam que a padronização dos protocolos, acompanhada de capacitação contínua, é tão relevante quanto a escolha das intervenções.

Eixo 3 – Complicações sistêmicas e mortalidade

A mortalidade associou-se de forma consistente às complicações sistêmicas e às comorbidades. Na Tailândia, a mortalidade hospitalar da crise tireotóxica foi de 18,0%, cerca de onze vezes maior que a da tireotoxicose sem crise, e o choque séptico, o choque

cardiogênico e a lesão renal aguda foram os preditores mais fortes de óbito, com incidência crescente da condição entre 2017 e 2024 (Sothornwit *et al.*, 2026). Tendência semelhante de aumento da mortalidade nas internações por tireotoxicose com e sem crise foi descrita nos Estados Unidos entre 2016 e 2020 (Uwumiro *et al.*, 2025), e a coagulação intravascular disseminada foi identificada como complicação frequente e grave da crise tireotóxica em estudo unicêntrico japonês (Hoshiyama *et al.*, 2025). No coma mixedematoso, a letalidade intra-hospitalar chegou a 22,3% no Chile, com aumento das internações no período pós-pandemia (Granadino Pozo; Solar Poblete, 2026), magnitude compatível com o aumento da mortalidade observado nos Estados Unidos, onde as admissões em fins de semana também se associaram a maior chance de óbito (Hashmi *et al.*, 2025).

Nas crises hiperglicêmicas, a infecção e a doença cardiovascular destacaram-se como determinantes de pior prognóstico. A COVID-19 associou-se a mortalidade mais de seis vezes maior entre internações por CAD nos Estados Unidos, com maior necessidade de ventilação mecânica, vasopressores e diagnóstico de sepse (Chia *et al.*, 2026b), e, no estudo egípcio, a mortalidade da CAD em pacientes com diabetes tipo 2 e COVID-19 foi de 22,9% (Mohamed *et al.*, 2026). A doença cerebrovascular associou-se a maior mortalidade, complicações e uso de recursos na CAD (Zhu *et al.*, 2026), e, no Reino Unido, a doença vascular periférica, a insuficiência cardíaca e a menor taxa de filtração glomerular foram preditores de mortalidade hospitalar em pacientes com CAD e diabetes tipo 2, cuja sobrevida a longo prazo foi de apenas 58,6% (Chandrabalan *et al.*, 2026). Diferenças demográficas também foram relevantes: entre adultos com diabetes tipo 1, as mulheres apresentaram menor chance de lesão renal aguda e maior chance de sepse, com vantagem de sobrevida restrita às mais jovens (Chia *et al.*, 2026a). A literatura de apoio acrescenta que a pneumonia aspirativa, embora pouco frequente, associou-se a mortalidade hospitalar muito superior na CAD (Tian *et al.*, 2025).

O EHH apresentou o pior prognóstico entre as crises hiperglicêmicas. No estudo indiano, a mortalidade do EHH foi de 50%, e os não sobreviventes tinham osmolalidade mais elevada; na CAD, idade mais avançada, menor taxa de filtração glomerular e maior osmolalidade associaram-se a desfechos desfavoráveis (Thakur *et al.*, 2026). Na coorte espanhola de pacientes graves atendidos pelo serviço pré-hospitalar, com mediana de idade de 71 anos, a mortalidade foi de 34,4%, e a causa infecciosa associou-se de forma independente ao óbito (Sebastian-Valles *et al.*, 2026). Esses achados contrastam com a baixa mortalidade observada nas UTIs japonesas (Miyazaki *et al.*, 2026), divergência que provavelmente reflete diferenças de idade, de carga de comorbidades, de inclusão do EHH e de critérios de admissão entre os estudos, e não necessariamente diferenças na qualidade do tratamento.

Eixo 4 – Prevenção de crises e de complicações

A prevenção apareceu em dois níveis: evitar a ocorrência da crise e reduzir complicações após o evento. Na Etiópia, o EHH ocorreu em quase 10% dos adultos com diabetes acompanhados por cinco anos, e residência rural, comorbidades, não adesão medicamentosa e ausência de seguro de saúde foram preditores independentes, o que aponta para intervenções de seguimento e acesso direcionadas a esses grupos (Shegene *et al.*, 2026). Na crise adrenal, o risco não se associou à dose de reposição, mas foi maior nos extremos de idade e em pacientes com diabetes tipo 1, e os autores defendem o fortalecimento da educação e da autoaplicação de dose de estresse antes da chegada ao hospital (Stokland *et al.*, 2026). No Chile, o aumento das internações por coma mixedematoso após a pandemia foi interpretado como alerta para a importância da continuidade do controle e do tratamento do hipotireoidismo (Granadino Pozo; Solar Poblete, 2026), e a revisão brasileira de apoio enfatiza protocolos de desmame gradual da corticoterapia prolongada para prevenir a crise adrenal (Brito; Gonçalves; Borges, 2026).

No pós-evento, a mortalidade tardia elevada após a CAD em pacientes com diabetes tipo 2, associada a demência e idade, sugere a necessidade de seguimento mais próximo e manejo agressivo das comorbidades após a alta (Chandrabalan *et al.*, 2026). A identificação precoce de precipitantes infecciosos, especialmente a pneumonia, e a ampliação do acesso a terapias avançadas foram apontadas como essenciais para melhorar a sobrevida na crise tireotóxica (Sothornwit *et al.*, 2026). No plano da qualificação profissional, o conhecimento insuficiente dos médicos sobre o protocolo de CAD (Al-Rasheedi *et al.*, 2026) e a proposição de simulação realística para residentes, motivada por lacunas no reconhecimento e no manejo da crise adrenal (Resnick; Matalka; Foster, 2026), indicam que a capacitação das equipes integra a prevenção de complicações. Em ambientes com poucos recursos, recomenda-se a adoção de recomendações estratificadas por recursos, que distingam o cuidado ideal do cuidado mínimo seguro (Masood *et al.*, 2026).

Implicações, limitações e lacunas

Para a prática hospitalar, os resultados sustentam a incorporação de alguns elementos: consideração precoce das emergências não diabéticas em pacientes graves com quadro inespecífico, sobretudo fora dos setores de emergência; investigação ativa de precipitantes infecciosos e de complicações como pancreatite aguda; estratificação de risco com instrumentos simples, como escores clínicos e cinética do lactato; protocolos de insulina e reposição de potássio sensíveis ao tipo de diabetes e à função renal; e planos de alta que garantam continuidade do cuidado, educação para dose de estresse e acesso a medicamentos.

Esta revisão apresenta limitações, como o recorte temporal restrito a 2026, a consulta a apenas duas fontes de informação, o filtro de texto completo gratuito, a triagem por um único revisor e a extração baseada predominantemente nos resumos, complementada pelas seções de limitações dos textos completos disponíveis. A amostra concentrou-se nas crises hiperglicêmicas, com poucos estudos sobre crise adrenal, coma mixedematoso e apoplexia hipofisária e nenhum sobre crise hipercalcêmica isolada, além de ausência de ensaios clínicos no período. Como lacunas, destacam-se a escassez de evidências latino-americanas e brasileiras, a necessidade de validação externa de escores e biomarcadores e a falta de estudos que avaliem desfechos após a alta. Recomenda-se que pesquisas futuras utilizem coortes prospectivas multicêntricas com dados clínicos detalhados e ensaios pragmáticos sobre protocolos de manejo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclui-se que as evidências recentes sobre urgências endocrinológicas em adultos se concentram nas crises hiperglicêmicas e indicam que o prognóstico depende de três elementos articulados: o reconhecimento precoce, que é prejudicado pelo atraso diagnóstico em fluxos não emergenciais e pela heterogeneidade fenotípica da cetoacidose diabética; o manejo hospitalar orientado por estratificação de risco e protocolos individualizados, capazes de reduzir distúrbios iatrogênicos como hipoglicemia e hipocalemia; e o controle das complicações sistêmicas, em especial choque, sepse, lesão renal aguda, infecções e doenças cardiovasculares, que foram os principais determinantes da mortalidade. A prevenção, por sua vez, envolve adesão ao tratamento, acesso aos serviços, educação para autocuidado e continuidade do acompanhamento após a alta.

Esses resultados contribuem para a organização de protocolos assistenciais e para a qualificação das equipes de emergência e terapia intensiva. Como limitação, destacam-se o recorte temporal de um ano, o número restrito de bases e a predominância de estudos observacionais retrospectivos. Recomenda-se que futuras pesquisas avaliem prospectivamente ferramentas diagnósticas e prognósticas, ampliem a investigação das emergências não diabéticas e incluam a realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- ABUJLAMBO, Abdallah *et al.* Impact of Early Subcutaneous Basal Insulin With Intravenous Insulin Infusion for Diabetic Ketoacidosis and Glycaemic Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Endocrinology, Diabetes & Metabolism**, v. 9, n. 4, art. e70277, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1002/edm2.70277>.
- AL-RASHEEDI, Mabrouk *et al.* Knowledge, attitude, and practice of physicians toward the management of diabetic ketoacidosis. **Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare**, v. 7, art. 1723632, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2026.1723632>.
- BABY, Naveen *et al.* Early use of neutral Protamine Hagedorn (NPH) insulin in the management of diabetic ketoacidosis: an open-label randomized controlled trial in a resource-limited setting. **BMC Research Notes**, v. 18, n. 1, art. 471, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13104-025-07508-5>.
- BADDOCK, Stephanie *et al.* Management of diabetic ketoacidosis in adult inpatients: A retrospective analysis of rates of hypoglycaemia with variable-rate and fixed-rate intravenous insulin infusion protocols. **Diabetic Medicine**, v. 42, n. 7, art. e70063, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/dme.70063>.
- BHAT, Adnan *et al.* Electronic Glycemic Management Systems Versus Conventional Insulin Infusion Protocols in Diabetic Ketoacidosis: A Systematic Review and Meta-Analysis of Non-Randomized Studies. **Medicina**, v. 62, n. 7, art. 1287, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3390/medicina62071287>.
- BIAGETTI, Betina *et al.* Pituitary Apoplexy: Comorbidities, Management, and Outcomes-A Spanish Observational Multicenter Study. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 110, n. 6, p. e1811-e1820, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae649>.
- BRITO, Matheus Oliveira; GONÇALVES, Nathalia Santos; BORGES, Viviane Gomes Paixão. Uso prolongado de corticosteroides e supressão adrenal. **Nursing (São Paulo)**, v. 32, n. 340, p. 21796-21800, 2026. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/view/5103/6356>.

- CHANDRABALAN, Vishnu *et al.* Diabetic ketoacidosis in patients with type 2 diabetes: Risk factors for mortality and adverse outcomes. **World Journal of Experimental Medicine**, v. 16, n. 1, art. 117464, 2026. DOI: <https://doi.org/10.5493/wjem.v16.i1.117464>.
- CHANTRAPITAK, Pakpoom *et al.* Prognostic factors and prognostic risk score of 30-day all-cause mortality in thyroid storm. **BMC Endocrine Disorders**, v. 26, n. 1, art. 290, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12902-026-02348-1>.
- CHIA, Jia Ee *et al.* Age and sex differences in diabetic ketoacidosis outcomes in type 1 diabetes: a national cohort study. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, v. 14, n. 1, art. e005817, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2025-005817>.
- CHIA, Jia Ee *et al.* COVID-19 and diabetic ketoacidosis: National outcomes, predictors, and resource utilization in the United States. **Journal of Diabetes Investigation**, v. 17, n. 3, p. 535-541, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/jdi.70217>.
- CHO, Eunae *et al.* Incidence and Predictors of Acute Pancreatitis in Patients With Diabetic Ketoacidosis (DKA) and Hyperosmolar Hyperglycemic State (HHS): A Multicenter Retrospective Study. **Endocrine Practice**, v. 32, n. 9, p. 1369-1377, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eprac.2026.04.015>.
- CIAFARDINI, A *et al.* Diabetic Ketoacidosis: Considerations and Residual Controversies in Management After the 2024 ADA, EASD, JBDS, AACE, and DST Joint Consensus. **Endocrine, Metabolic & Immune Disorders – Drug Targets**, v. 26, art. e18715303374972, 2026. DOI: <https://doi.org/10.2174/0118715303374972250407065308>.
- FATIMA, Samar *et al.* Threshold-based compliance with diabetic ketoacidosis management protocols and its association with inpatient mortality: a retrospective single-centre study in a tertiary hospital in Karachi, Pakistan. **BMJ Open**, v. 15, n. 7, art. e102173, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-102173>.
- GRANADINO POZO, Juan Osvaldo; SOLAR POBLETE, María Paz del. Perfil epidemiológico, distribución geográfica y tendencias de hospitalización por coma mixedematoso en Chile: estudio nacional 2015-2024. **Revista Chilena de Endocrinología y Diabetes**, v. 19, n. 3, p. 124-129, 2026. Disponible em: https://www.revistasoched.cl/3_2026/3.pdf.
- HASHMI, Mariam *et al.* Navigating Thyroid Crises: A Nationwide Analysis of the Weekend Effect and Mortality Trends in Myxedema Coma (2016-2020). **Journal of Community Hospital Internal Medicine Perspectives**, v. 15, n. 2, p. 6-13, 2025. DOI: <https://doi.org/10.55729/2000-9666.1423>.
- HOSHIYAMA, Ayako *et al.* Disseminated intravascular coagulation as a frequent and critical complication of thyroid storm: a single-center retrospective survey. **Endocrine Journal**, v. 72, n. 6, p. 719-726, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1507/endocrj.EJ24-0542>.
- KAWAHARA, Tetsuya *et al.* Determinants of diagnostic delay in thyroid storm: a 12-year single-center cohort study. **Journal of the Endocrine Society**, v. 10, n. 5, art. bvag088, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1210/jendso/bvag088>.
- KEW, Tania M *et al.* Identifying interhospital variation in hyperosmolar hyperglycemic syndrome (HHS) care: development and outcomes of the DEKODE HHS model. **BMJ Open Diabetes Research & Care**, v. 13, n. 6, art. e005489, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmjdr-2025-005489>.
- LIAN, Zi Yang *et al.* Metabolic Complications During the Initial Management of Diabetic Ketoacidosis According to Diabetes Type in a Single Tertiary Centre in Malaysia. **Cureus**, v. 18, n. 1, art. e101129, 2026. DOI: <https://doi.org/10.7759/cureus.101129>.
- MASOOD, Ubair *et al.* Management of Diabetic Ketoacidosis in Remote and Resource-constrained Settings in India. **Annals of African Medicine**, 2026. DOI: https://doi.org/10.4103/aam.aam_834_26.
- MATSUO, Yuichiro *et al.* Potassium Iodide Use and Patient Outcomes for Thyroid Storm: An Observational Study. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 110, n. 2, p. e310-e320, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae187>.
- MIYAZAKI, Reina *et al.* Severity and Clinical Outcomes Among ICU Patients With Diabetic Ketoacidosis: An Analysis of the Japanese Intensive Care Patient Database. **Critical Care Explorations**, v. 8, n. 8, art. e1449, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1097/CCE.0000000000001449>.
- MOHAMED, Rania Al Sayed Abd Albaky *et al.* Clinical characteristics and outcomes of diabetic ketoacidosis in patients with type 2 diabetes during acute systemic stress. **Cardiovascular Diabetology – Endocrinology Reports**, v. 12, n. 1, art. 28, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40842-026-00293-5>.
- PEAMYAO, Wanwisa *et al.* Predictive Factors for Diagnosing Diabetic Ketoacidosis or Simple Hyperglycemia in Adults With High Blood Glucose: The "1-DKA Alert" Study. **Journal of Clinical Medicine Research**, v. 17, n. 3, p. 164-173, 2025. DOI: <https://doi.org/10.14740/jocmr6180>.
- RESNICK, Ortal; MATAKA, Leen; FOSTER, Christy. Bridging the gap in adrenal crisis management: a pilot simulation-based pre post educational intervention to improve resident knowledge. **BMC Medical Education**, v. 26, n. 1, art. 1633, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12909-026-09924-y>.
- SEBASTIAN-VALLES, Fernando *et al.* Pre- and in-hospital lactate ratio as a predictor of mortality in severe diabetic ketoacidosis: a multicenter prospective cohort study. **European Journal of Internal Medicine**, v. 146, art. 106706, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ejim.2026.106706>.
- SHEGENE, Birhanu *et al.* Predictors of hyperosmolar hyperglycemic state among adult type 1 and type 2 diabetes mellitus patients at public hospitals in Harari region, Eastern Ethiopia: A survival analysis. **Journal of Public Health Research**, v. 15, n. 2, art. 22799036261456356, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1177/22799036261456356>.

- SOTHORNWIT, Jin *et al.* Epidemiology and mortality rate of thyroid storm in Thailand: Analysis using a national in-patient database. **PLOS ONE**, v. 21, n. 8, art. e0357142, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0357142>.
- STOKLAND, Ann-Elin Meling *et al.* Risk and outcomes of adrenal crisis in primary adrenal insufficiency: Evidence from a 24-year nationwide cohort study. **Journal of Internal Medicine**, v. 300, n. 5, p. 675-688, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1111/joim.70153>.
- TAYLOR, Peter *et al.* Management of endocrine emergencies: joint consensus statement for management of myxoedema coma. **European Thyroid Journal**, v. 15, n. 4, art. ETJ260044, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1530/ETJ-26-0044>.
- TAYLOR, Peter *et al.* Management of thyroid emergencies: joint consensus statement on management of thyroid storm. **European Thyroid Journal**, v. 15, n. 4, art. ETJ260043, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1530/ETJ-26-0043>.
- THAKUR, Rahul *et al.* Diabetic and Nondiabetic Endocrine Emergencies: Clinical Spectrum and Outcomes From a Tertiary Care Center in North India. **AACE Endocrinology and Diabetes**, v. 13, n. 1, p. 46-54, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aed.2025.09.003>.
- THAMMAKOSOL, Kittit *et al.* Early insulin degludec with continuous intravenous insulin infusion in the management of diabetic ketoacidosis: A randomized controlled trial. **Diabetes, Obesity and Metabolism**, v. 27, n. 12, p. 7020-7029, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/dom.70101>.
- TIAN, Binbin *et al.* Aspiration pneumonia in diabetic ketoacidosis: a decade-long analysis of occurrence , associated risk factors and clinical outcomes in 530,700 US hospitalizations. **Diabetology & Metabolic Syndrome**, v. 17, n. 1, art. 395, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13098-025-01972-6>.
- UWUMIRO, Fidelis *et al.* National Trends in US Hospitalizations and Outcomes of Thyrotoxicosis With and Without Thyrotoxic Storm, 2016 to 2020. **The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 110, n. 11, p. 3084-3096, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaf150>.
- XU, Rui *et al.* Metabolomics identifies candidate diagnostic biomarkers for pituitary apoplexy. **Frontiers in Endocrinology**, v. 17, art. 1879303, 2026. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2026.1879303>.
- ZHANG, Yue *et al.* Real-world insights from acute management of potassium disorders in diabetic ketoacidosis. **Frontiers in Endocrinology**, v. 16, art. 1669400, 2025. DOI: <https://doi.org/10.3389/fendo.2025.1669400>.
- ZHU, Xianying *et al.* Association of cerebrovascular disease with adverse outcomes in patients with diabetic ketoacidosis. **Endocrine Connections**, v. 15, n. 1, art. e250870, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1530/EC-25-0870>.