

CASO #1

MUJER DE 43 AÑOS

- Aumento de peso reciente.
- Asma severo; uso de glucocorticoides.
- Infecciones frecuentes.
- PA: 150/80 mmHg.
- Hiperglicemias.



CASO #2

HOMBRE DE 38 AÑOS

- **Obesidad.**
- **HAS en tratamiento.**
- **NO medicamentos.**
- **Hiperglicemia.**
- **Cara de luna llena.**



SÍNDROME DE CUSHING

¿QUÉ ES?

- Entidad clínica caracterizada por la existencia de alteraciones físicas, metabólicas y psicológicas que resultan de la exposición de los tejidos a altas concentraciones de hormonas glucocorticoides, y en menor proporción a lesiones tumorales hipofisarias.

Conocido también como **Hipercortisolismo**.

EPIDEMIOLOGÍA

- ❖ Más frecuente en mujeres.
- ❖ Ocurre entre 25-45 años de edad.
- ❖ Incidencia: 0.7 a 2.4 por 1,000,000 de habitantes al año.
- ❖ En pacientes diabéticos y obesos es común (2 % - 5%).

CLASIFICACIÓN

ENDÓGENO

Producción de cortisol en exceso dentro del organismo.

Atribuida a diferentes padecimientos: Tumores hipofisarios, de glándulas adrenales, entre otros.

EXÓGENO

Consecuencia de un factor externo al organismo, usualmente el consumo de esteroides con función análoga a la del cortisol.

Temporal; cede al suspender el uso de esteroides.

CAUSAS ENDÓGENAS

Dependiente de ACTH

Enfermedad de Cushing (dependiente de la hipófisis)

Síndrome de ACTH ectópico

Síndrome de CRH ectópico

Iatrogénica (tratamiento con ACTH sintética)

Independiente de ACTH

Adenoma adrenal

Carcinoma adrenal

Hiperplasia adrenal macronodular

Hiperplasia adrenal nodular pigmentada primaria y complejo de Cushing

Síndrome de McCune-Albright

Alteraciones en la expresión de receptores

Iatrogénica (glucocorticoides exógenos como prednisona y dexametasona)

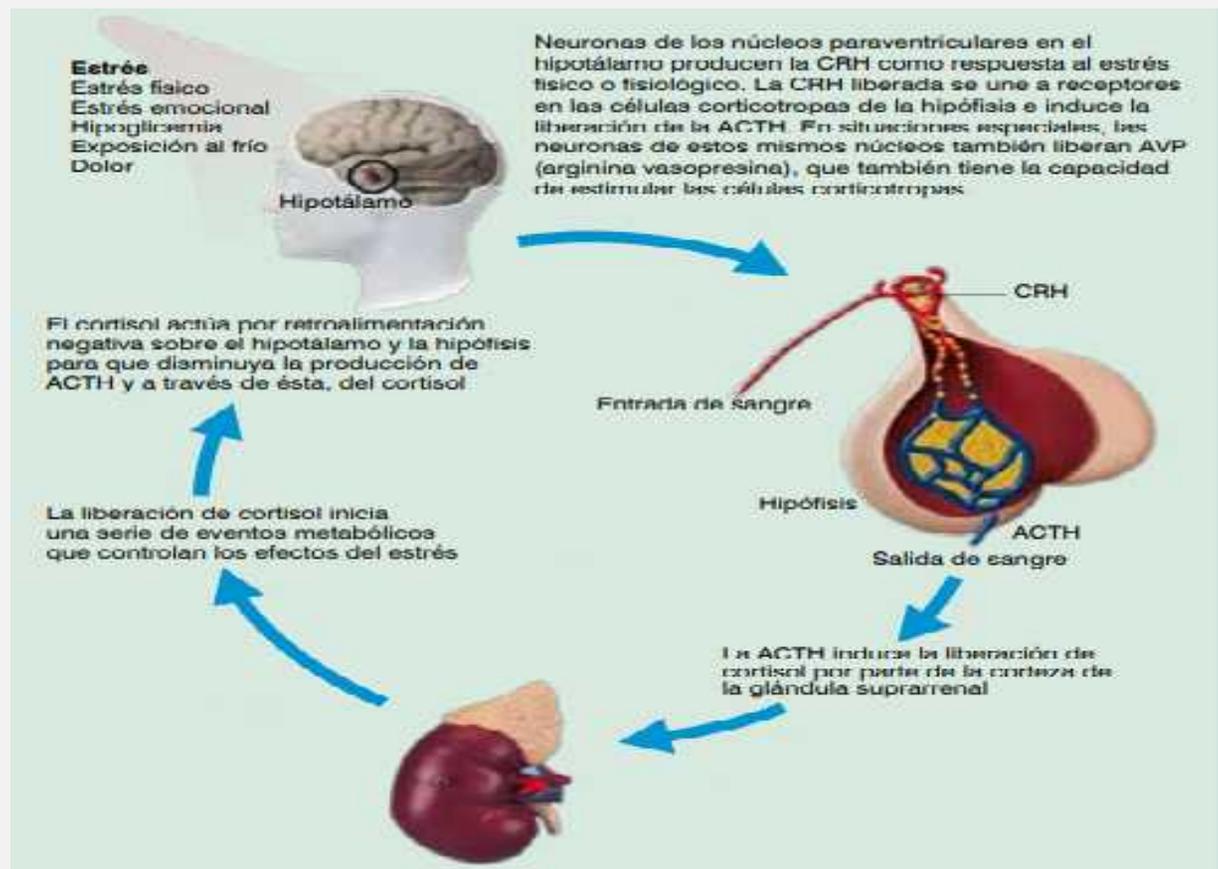
Síndromes pseudo-Cushing

Alcoholismo

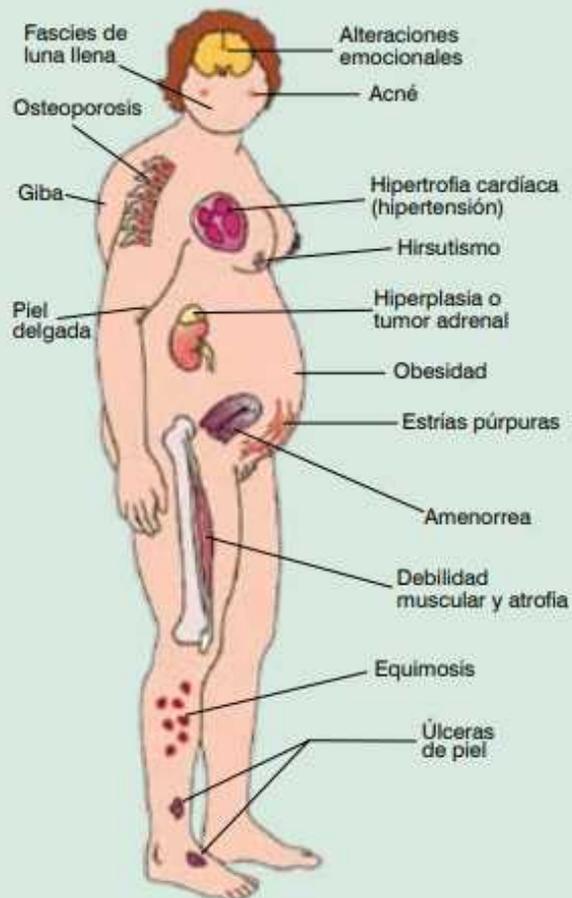
Obesidad

Depresión

FISIOPATOLOGÍA



MANIFESTACIONES CLÍNICAS



Característica clínica	Frecuencia (%)
Obesidad o ganancia de peso	95
Facies de "luna llena"	90
Disminución de la libido	90
Estrías púrpuras	90
Adelgazamiento de la piel	85
Irregularidad menstrual	80
Hipertensión arterial	75
Hirsutismo, acné	75
Depresión/labilidad emocional	70
Fragilidad cutánea	65
Giba o joroba	65
Intolerancia a la glucosa	60
Debilidad	60
Osteoporosis o fracturas	50
Nefrolitiasis	50
Hipokalemia	50
Infecciones	50

DIAGNÓSTICO

- ❖ Debe estar encaminada al diagnóstico de un estado hipercortisolismo autónomo antes de intentar determinar su causa, con el fin de evitar un diagnóstico errado y tratamiento inadecuado.
- ❖ NINGUNA PRUEBA ES DIAGNÓSTICA y se debe hacer énfasis en la anamnesis para descartar Cushing iatrógeno.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Medición de Cortisol Libre Urinario de 24 horas (CLU).
- Medición de Cortisol salival (CES).
- Prueba de supresión a dosis bajas con dexametasona (PSDDB).
- Prueba de supresión con dosis alta de dexametasona (PSDDA).
- Prueba de supresión con DEXA mas CRH (PSDCRH).

La determinación de CLU de 24 horas es actualmente una de las pruebas más recomendadas y empleadas ya que está disponible en nuestro medio y ofrece una elevada sensibilidad diagnóstica particularmente cuando los valores son cuatro veces o más el valor superior normal.

Tabla 4. Pruebas de utilidad para el diagnóstico y diagnóstico diferencial de síndrome de Cushing [22]

Para el diagnóstico

Ritmo circadiano del cortisol

Cortisol libre urinario

Prueba de supresión con dosis bajas de dexametasona

Para el diagnóstico etiológico

ACTH

Prueba de supresión con dosis altas de dexametasona

Prueba de metirapona

Estímulo con CRH

Cateterismo del seno petroso inferior

Para localización tumoral

Tomografía de la hipófisis y glándulas adrenales

Resonancia magnética de la hipófisis y glándulas adrenales

Estudio con radiofármacos

Otras

Marcadores tumorales para tumores neuroendocrinos: cromogranina A sérica 5-OH-indolacético

TRATAMIENTO

Dependerá sin duda de la causa, pero en la mayor parte de estos el tratamiento de primera elección es quirúrgico.

En los pacientes con un tumor suprarrenal el tratamiento recomendado es la adrenalectomía unilateral la cual tiene un 100% de cura; de igual manera si se tratará de una hiperplasia macronodular o micronodular pigmentada, la indicación es una adrenalectomía bilateral.

PRONÓSTICO

Dependerá de la causa, pero muchas de las veces es el retraso en el diagnóstico y la dificultad para lograr la curación las causas que contribuyen a que este padecimiento tenga un mal pronóstico. En los casos no tratados se reporta una mortalidad mayor al 50% después de 5 años del diagnóstico.

El mejor pronóstico lo tienen los pacientes que presentan un adenoma suprarrenal y el peor lo presentan un carcinoma suprarrenal y/o tumores ectópicos. En cuanto al adenoma hipofisario, aunque estos tumores generalmente no muestran un comportamiento maligno se ha observado que tienen una alta frecuencia de recidivas lo que dificulta su cura.