



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CARRERA:

NUTRICION

MATERIA:

FISIOPATOLOGIA

TEMA:

INFOGRAMA SX DE CUSHING E
HIPERARDOSTERONISMO

CATEDRATICO:

BACILIO ROBLEDO MIGUEL

ALUMNO:

PUI RAMIREZ MANSENG

LUGAR:

TAPACHULA DE CORDOBA Y ORDOÑEZ, CHIAPAS

05 DE NOVIEMBRE DEL 2020

Síndrome de Cushing

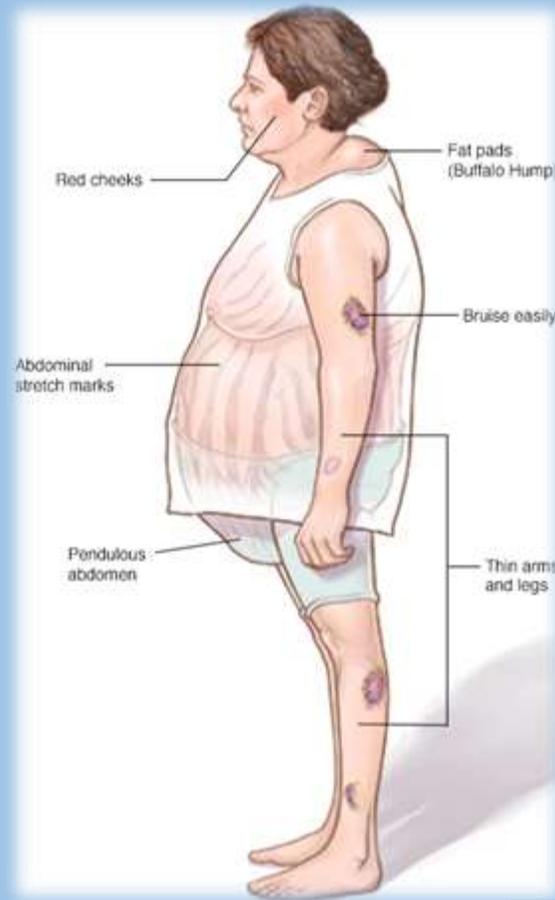
Entidad clínica producida por la exposición prolongada del organismo a cantidades suprafisiológicas de glucocorticoides (cortisol), por causas exógenas o endógenas.

Signos y síntomas del síndrome de Cushing

Aumento de peso no explicado	Obesidad troncular, centrípeta
Acné, hirsutismo	Fascias de luna llena, rubicundez
Cansancio	Relleno de huecos supraclaviculares
Perdida de fuerza	Giba de bufalo
Piel seca	Atrofia cutánea
Equimosis, hematomas fáciles	Hipertensión arterial
Depresión, nerviosismo	Diabetes
Oligomenorrea, impotencia	Osteoporosis
Atrofia de los músculos proximales	

CUADRO 54-9-1. Clasificación y causas comunes del síndrome de Cushing

ACTH-dependiente	ACTH-independiente
- Enfermedad de Cushing	- Adenoma suprarrenal
- Secreción ectópica de ACTH	- Carcinoma suprarrenal
	- Displasia suprarrenal nodular primaria pigmentada (PPNAD); síndrome de Carney
	- Hiperplasia suprarrenal macronodular independiente (AIMAH)

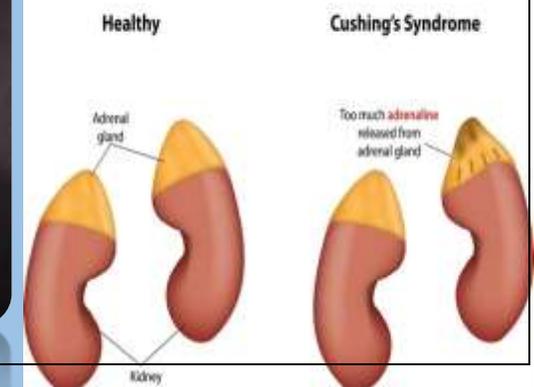


Diagnóstico

- Documentar hipercortisolismo
 - Saliva, orina de 24 horas, prueba con **dexametasona a dosis bajas** (por la noche)
- Solicitar ACTH
 - Baja: **Adenoma suprarrenal**
 - Alta: paso 3
- Supresión con **dexametasona a dosis altas**
 - ACTH ↓, Cortisol ↑: **Enfermedad de Cushing** (hipofisiario)
 - ACTH ↑, Cortisol ↑: **Tumor ectópico** (paso 4)
- TAC contrastada con ventana mediastinal: Probable tumor microcítico



Cushing's Syndrome

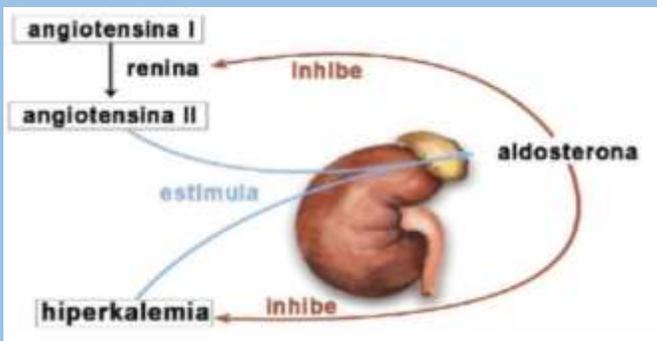
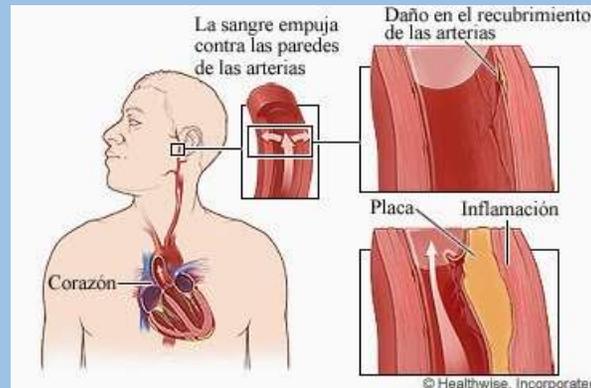
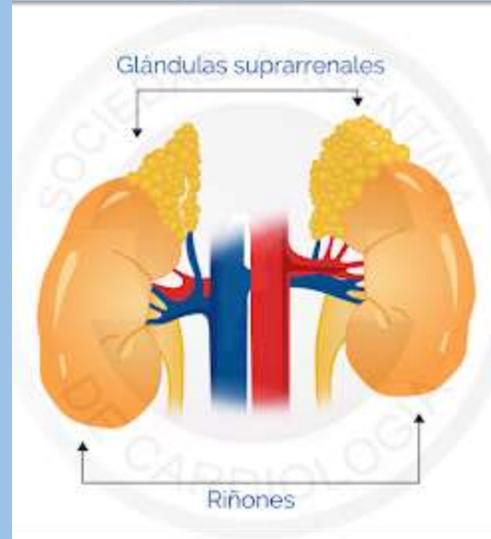


Hiperaldosteronismo

Trastorno hormonal que lleva a que se presente presión arterial alta. Ocurre cuando las glándulas suprarrenales producen demasiada hormona aldosterona.

Hiperaldosteronismo secundario: se asocia con otros trastornos como síndrome ascítico-edematoso por insuficiencia cardíaca, síndrome nefrótico, cirrosis hepática, uso y abuso de diuréticos y deshidratación crónica. El incremento de aldosterona en sangre está acompañado por una elevación de la secreción de renina y angiotensina; todos estos cuadros cursan más bien con normotensión o hipotensión arterial.

Hipersecreción primaria de aldosterona acompañados por expansión de LEC con supresión de la secreción de renina-angiotensina, hipertensión arterial, y hipopotasemia



CUADRO 54-12-1. Secuencia diagnóstica del hiperaldosteronismo primario

A quién estudiar:

- Hipertensos con hipopotasemia espontánea o fácilmente inducible
- Hipertensos resistentes al tratamiento
- Hipertensos con renina suprimida
- Hipertensos con un incidentaloma suprarrenal
- Hipertensos jóvenes

Cómo estudiar:

1. Pruebas de screening:
 - Relación aldosterona/actividad de renina en plasma
2. Pruebas de confirmación (si la prueba de screening arroja resultado sugestivo)
 - Pruebas de sobrecarga salina oral o parenteral
 - Prueba con fluohidrocortisona
3. Estudios de lateralización
 - Tomografía computarizada
 - Cateterismo selectivo de las venas suprarrenales

Manifestaciones clínicas:

- Cefalea
- Debilidad muscular
- Crisis paréticas
- Síndrome poliurio-polidipsico
- Parestesias
- Tetania clínica o latente
- Edema (solo en el secundario)
- Hiperglucemia
- Alteraciones electrocardiográficas
- Hipertensión arterial

Bibliografía

- «Semiología Médica. Fisiopatología, Semiología y Propedéutica». Enseñanza – aprendizaje centrada en la persona. Autores: Horacio A. Argente, Marcelo E. Álvarez , 2° Edición. 2013.