



Mi Universidad

Nombre del Alumno: Leticia Desiree Morales Aguilar

Nombre del tema: Cushing, flashcard.

Nombre de la Materia: Fisiopatología

Nombre del profesor: Edwin Yoani Lopez Montes

Nombre de la Licenciatura: Medicina Humana

Semestre: 4°

Síndrome de Cushing

Definición

Conjunto de síntomas diversos debido a un exceso de producción de glucocorticoides por la corteza suprarrenal o por la administración mantenida de glucocorticoides

ETIOLOGIA/ FISIOPATOLOGIA

Exógeno o iatrogénico:
La causa más frecuente es el uso de esteroides exógenos

- Fenotipo Cushing
- Niveles de ACTH suprimidos

Endógeno comprende: SC hipofisario, Ectópico y suprarrenal



Enfermedad de Cushing

Causada por un tumor hipofisario (90%) que produce grandes cantidades de ACTH



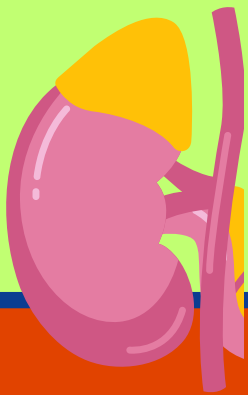
SC ectópico/ suprarrenal

Producción autónoma de ACTH o CRH a partir de enfermedades tumorales extrahipofisarias
Más frecuentes: carcinoma pulmonar de células pequeñas (50%)



SC SUPRARRENAL

Causado por tumor suprarrenal (adenoma 75%, carcinoma 25%)



Epidemiología

Dos a tres personas por millón reciben un diagnóstico de esta enfermedad cada año.

Tiene mayor posibilidad de surgir entre los 20-50 años y las mujeres tienen tres veces más probabilidad que los hombres de desarrollar este síndrome.



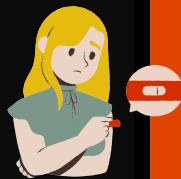
PRINCIPALMENTE

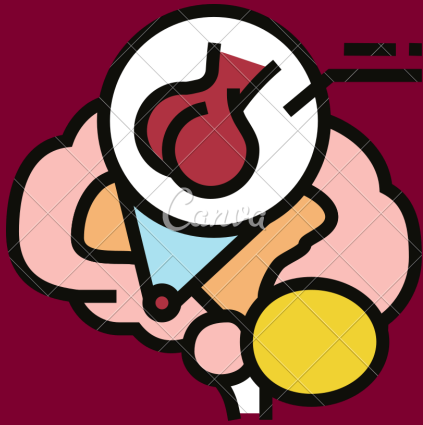
- Plethora facial
- Obesidad
- Hirsutismo
- Alopecia
- Hipertensión
- Afecciones neuropsiquiátricas
- Hipogonadismo

Clínica

OTROS

- Irregularidades menstruales
- Hiperlipidemia
- Acné
- Disfunción eréctil
- Pérdida de libido
- Infertilidad



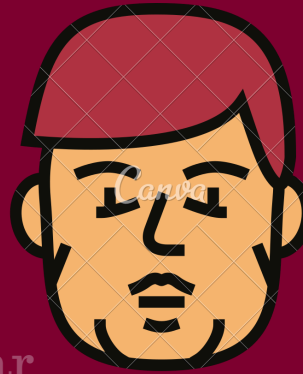
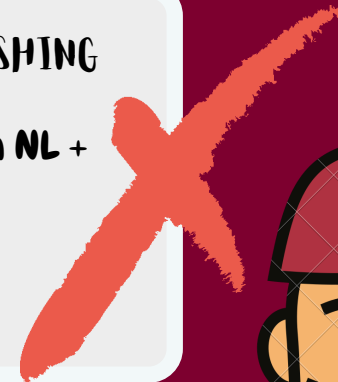


1. SOSPECHA CLÍNICA

- Cortisol en orina 24 h (x 2) + PSDBD
- Cortisol en orina NL / elevado
- cortisol PSDBD <1.8 / >1.8 microgramos/ decilitro

DESCARTA CUSHING

Cortisol en orina NL +
cortisol PSDBD
< 1.8 Mg/dL



Leticia Desiree Morales Aguilar

Cushing/diagnóstico

CUSHING

Cortisol en orina alto +
cortisol PSDBD
> 1.8 ug/dL

ACTH

Cortisol sérico PM
1.8 - 7.5 microgramos/dl

Cortisol en
orina alto
cortisol PSDBD
≥ 1.8 ug/dL
sospecha de
pseudocushing

< 5 PCG/ML

- Cushing suprarrenal

> 15 PCG/ML

Hipofisario

Supresión > 68%
cortisol sérico post
8 mg DXM DU +
tumor en IRM

Hipofisario

Supresión > 68%
cortisol sérico post 8 mg
DXM DU + no tumor en
IRM + MSPI / ACTH > 3:1

Ectopico

Supresión < 68%
cortisol sérico
post 8 mg DXM DU +
MSPI/ACTH < 3:1

Tratamiento

Principales

- Cirugía- inmediato -con un éxito de 50/ / evento adverso: hipopituitarismo
- Radioterapia- años -éxito de 40-50% / R. Adversas: Hipopituitarismo, complicaciones cerebrales
- Pasireotide-en semanas- éxito de 26% / adversos: Diabetes
- Cabergolina- semanas- éxito 40% / adversos: tolerabilidad

Inhibidores suprarrenales

- Ketoconazol / Metirapona: inmediato con éxito de 50% / adversos : Escape, tolerabilidad
- Pruebas de función hepática
- Defecto andrógenos
- Exceso andrógenos / mineralocorticoides

SUPRARRENALECTOMIA

- Inmediato, éxito- 100% / adversos insuficiencia suprarrenal, síndrome de Nelson

MIFEPRISTONE

- Inmediato con éxito de 60% / adversos: Nausea, fatiga, hipopotasemia, engrosamiento endometrial, hipertension

