Semergen. 2015;41 (Espec Congr):2144

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/2333 - CARA EN LUNA LLENA

A. Carrasco Angulo[a], L. Úbeda Cuenca[b], A.C. Frazao dos Santos[c], M. Martínez Pujalte[b], A.B. Martorell Pro[d], M.Á. Gomariz Martínez[e], Y. Romero Castro[d], C. Aguayo Jiménez[f], D.P. Piñar Cabezos[f] y M.G. Cortez Lede[g]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Murcia. [d]Urgencias. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [e]Gerencia 061 Murcia. Urgencias Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [f]Medicina Interna. Hospital Universitario Los Arcos del Mar Menor. Murcia. [g]Urgencias. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 43 años remitida a nuestra consulta de primaria por leucocitosis mantenida en las últimas analíticas realizadas en sus revisiones laborales. Como único antecedentes de interés HTA mal controlada de un año de evolución. Llama la atención el aspecto físico de la paciente, de hábito cushingoide (aporta fotografía de hace un año con diferencia clara en cuanto a rubefacción/abotargamiento facial). Refiere ganancia de 45 Kg de peso en los últimos 7 meses, labilidad emocional, menstruación regular pero muy escasa, aumento del vello facial.

No refiere fiebre ni otra clínica acompañante.

Exploración y pruebas complementarias: Facies abotargada, giba nucal, lanugo facial. ACP: tonos rítmicos sin soplos. MVC. Obesidad troncular, sin estrías, abdomen blando y depresible sin masas ni megalias, no signos de irritación peritoneal. Delgadez de MMSS e II. TSH: 0,82 (uUI/ml), T4l: 1,1 (ng/dL), Cortisol basal: 32,3 (ug/dL), prolactina basal: 353 (uUI/ml), ACTH: 7,7 (pg/mL), CLU 359 (36-137). 2º CLU: 707. Test de Nugent (supresión 1 mg DXM): 27. Catecolaminas en orina 24h: normales. ALD/ARP: normal. Eco abdominal: nódulo de 4 cm en suprarrenal derecha. TAC abdominal: nódulo suprarrenal derecho de 4 × 3 cm bien delimitado y homogéneo con densidad < 10 UH compatible con adenoma.

Juicio clínico: Hipercortisolismo ACTH-independiente. Adenoma suprarrenal derecho.

Diagnóstico diferencial: Tumores secretores de ACTH: Carcinoma de pulmón, Carcinoma bronquial, Carcinoma pancreático. Tumores de la corteza suprarrenal: Adenoma, carcinoma. Hiperplasia nodular suprarrenal. Administración prolongada de corticoides. Pseudocushing: embarazo, depresión, anorexia nerviosa, obesidad, alcoholismo crónico.

Comentario final: La paciente fue intervenida de suprarrenalectomía derecha laparoscópica, con resultado de anatomía patológica de adenoma suprarrenal. Previa a la cirugía comenzó tratamiento con hidroaltesona oral que actualmente las mantiene en dosis sustitutivas por insuficiencia suprarrenal primaria (temporal vs definitiva). Normalización de TA sin tratamiento farmacológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nieman LK, Biller BMK, Findling JW, Newell-Price J, Savage MO, Stewart PM, et al. The diagnosis of Cushing's yndrome: An Endocrine Society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab. 2008;93:1526-40.

2. Giraldi FP, Ambrogio AG, De Martin M, Fatti LM, Scacchi M, Cavagnini F. Specificity Of First-Line Tests For The Diagnosis Of Cushing's Syndrome. Assessment In A Large Series. J Clin Endocrin Metab. 2007;92:4123-9.

3. Kidambi S, Raff H, Findling JW. Limitations nocturnal salivary cortisol and urine free cortisol in the diagnosis of mild Cushing's syndrome. European Journal of Endocrinology. 2007;157:725-31.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.