



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/2489 - Doctor, tengo los pies hinchados pero orino estupendamente

Z. Oreja Durán^a, A. Rocha Giraldo^a, S. García Espada^b, F. Caminero Ovejero^c, M. Cantillo Gutiérrez^d, M.J. Rangel Tarifa^e y B. Leal Correa^e

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Roque. Badajoz. ^bMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^cMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Calera de León. Badajoz. ^eMédico de Familia. Centro de Salud San Roque. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años con antecedentes personales de HTA, DLP, prótesis de rodilla bilateral y diagnosticada hace varios meses de Ca. no microcítico de pulmón estadio inicial IV por el cual está en tratamiento con quimioterapia; que acude a nuestra consulta de Atención Primaria por aparición de edemas generalizados a lo largo de la última semana junto con aparición de dolores en musculatura proximal del cuerpo. No fiebre, recorte de diuresis ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física sólo destaca una TA 190/100, unos roncus aislados en hemitórax izquierdo (ya conocidos y en relación con Ca. pulmón) y edemas generalizados. Por los antecedentes y exploración que presenta la paciente se decide solicitar una analítica completa. Una semana más tarde la paciente acude para recoger resultados de analítica y reexplorándola observamos que los edemas generalizados persisten, apreciándose en este momento “cara de luna llena” e hirsutismo facial. En analítica destaca una hipopotasemia e hipertransaminasemia junto con un aumento de la ACTH y el cortisol en sangre, además de un cortisol en orina de 24 horas elevado. Dado la clínica y nuestra sospecha diagnóstica decidimos derivar a la paciente de forma preferente a la consulta de Endocrinología.

Exploración y pruebas complementarias: TA 190/100. Roncus aislados en hemitórax izquierdo. Edemas generalizados. Hemograma: tres series normales. Bioquímica: potasio 3.1; LDH 1.052; GOT 39; GPT 66; GGT 161; ACTH 312,7 (6-56); cortisol 34 (10-25). Orina de 24 horas: cortisol 357,84 (20-100).

Juicio clínico: Síndrome de Cushing por producción ectópica de ACTH en paciente con ca. no microcítico de pulmón.

Diagnóstico diferencial: Administración exógena de glucocorticoides, tumor hipofisario (micro/macroadenoma), tumor secretor de ACTH ectópico, producción ectópica CRF, tumor corteza suprarrenal (adenoma o carcinoma), displasia adrenal micronodular.

Comentario final: La paciente es valorada en el Servicio de Endocrinología diagnosticándole de síndrome de Cushing por producción ectópica de ACTH, instaurando tratamiento con ketoconazol, Potasio bicarbonato + ácido ascórbico y furosemida con evolución favorable y mejoría de clínica. El síndrome de Cushing (SC) por secreción ectópica de ACTH es una forma de SC ACTH dependiente causada por el exceso de secreción de ACTH por un tumor no hipofisario benigno o maligno (más frecuentemente). El SC ACTH dependiente tiene una prevalencia de 1/26.000 y de ellos la secreción ectópica es responsable del 7-15%. Las manifestaciones

clínicas son muy variadas, incluyendo hiperpigmentación de la piel, amiotrofia, “cara de luna llena”, ganancia de peso, entre otros. El pulmón es el sitio principal en el 50% de los casos. Otros son tumores endocrinos tímicos y enteropancreáticos, feocromocitoma y carcinoma medular de tiroides. El 1º paso en el diagnóstico debe confirmar el SC (estado hipercortisolémico). El 2º es la detección de ACTH en plasma para diferenciar el SC ACTH-dependiente ($> 15\text{-}20\text{ pg/ml}$) del independiente. El 3º paso localiza el lugar de la hipersecreción de ACTH. El tratamiento ideal es la cirugía curativa del tumor subyacente. Si el tumor no es resecable se recomienda medicación anticortisólica (metirapona, ketoconazol, mitotano o etomidato).

BIBLIOGRAFÍA

1. Newell-Price J, Bertagna X, Grossman AB, Nieman LK. Cushing's syndrome. Lancet. 2006;367:1605-17.
2. Hopkins RL, Leinung MC. Exogenous Cushing's syndrome and glucocorticoid withdrawal. Endocrinol Metab Clin N Am. 2005;34:371-84.