



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

160/2343 - Frágil juventud

T. Tigera Calderón^a, S. Crespo González^b, N. Virseda^a, M. Pastrana Franco^c, M.Á. de la Hoz Gutiérrez^c y E. Padrón del Castillo^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Renedo. Santander. Cantabria. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Montaña. Santander. Cantabria.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Alisal. Santander. Cantabria. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Bezana. Bezana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 24 años con antecedentes personales: Fumadora de media cajetilla al día. Hemoperitoneo secundario a folículo ovárico hemorrágico y apendicectomía (2008). Conización (2009). Acude a consulta refiriendo dolor lumbar de más de un año de evolución irradiado a ambas extremidades.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: TA: 160/100; FC: 80/min; SatO2: 99%. Obesa. Cabeza y cuello: facies pletórica. Eritema malar. Tórax: rítmica, mvc. Abdomen: globuloso. Estrías rojas a nivel abdominal y lumbar. Resto normal. EEII: hematomas. Leves edemas maleolares. Pruebas complementarias: Rx pelvis y lumbar: Disminución de la densidad ósea. Fractura rama inferior del pubis. Hemograma, bioquímica y hormonas tiroideas: normales. Cortisol basal: 18,2 y ACTH 5. Cortisoluria: 372 pg.

Juicio clínico: Síndrome de Cushing.

Diagnóstico diferencial: Síndrome de Cushing exógeno o yatrogénico. Síndrome de Cushing endógeno: hipofisario, suprarrenal o ectópico.

Comentario final: Ante la sospecha clínica de síndrome de Cushing y su confirmación mediante los estudios hormonales. Se derivó a la consulta de especializada donde se filió la etiología. Mediante TC corporal se objetivó un adenoma a nivel de la suprarrenal derecha. El origen suprarrenal supone el 15% de las causas de este síndrome y su tratamiento inevitablemente pasa por la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Blasco F, Alpañés Buesa M, Luque Ramírez M, Escobar Morreale HF. Adrenal Hypercortisolism: Cushing's Syndrome. Medicine 2012;11:861-70.