



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

212/1249 - Síndrome de cushing de origen pulmonar

F. Aulet Garaa^a, A. Aguilar Margalejo^b, C.B. Díaz San José^a, G. Berná Redondo^a, Ó. Linares Cerro^a, M. Bardina Santos^c, V.A. Zambrana Campos^a, M.L. Serrano Barragán^c, I. Arapovic Amat y León^c y D. Giménez Pastor^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Hospitalet de Llobregat. ^cMédico de Familia; ^dMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. ABS Florida Sud. Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años sin hábitos tóxicos, diabética, dislipémica e hipertensa en tratamiento con diuréticos. Explica debilidad musculatura proximal extremidades inferiores. Analítica de control objetiva potasio 2,5 mEq/L con ECG normal. Se retiran diuréticos, se recomienda dieta rica en potasio y se inicia estudio.

Exploración y pruebas complementarias: Edemas con fóvea en EEII y fenotipo cushingoide no florido (obesidad central, ocupación fosas supraclaviculares, giba y fragilidad capilar). En Atención Primaria se realiza nueva analítica con K 2,6 mmol/L, ACTH basal, cortisol plasmático y cortisol libre urinario elevados. Radiografía tórax normal. Se deriva a endocrinología para completar estudio etiológico y deciden ingreso realizándose confirmación bioquímica mediante cortisol libre en orina de 24 h y ACTH elevados. Tras ausencia de frenación débil y fuerte con dexametasona se orienta como síndrome de Cushing de probable origen ectópico. Estudio de localización: RMN hipofisis normal; TC abdominopélvico y RNM objetivan adenoma suprarrenal; PET/TC nódulo en lóbulo pulmonar superior izquierdo sin captación. Broncoscopia y PAAF no accesibles. Marcadores tumorales normales.

Juicio clínico: Se orienta como síndrome de Cushing de origen ectópico probablemente pulmonar. Ausencia de captación en PET del nódulo pulmonar orienta a tumor neuroendocrino bien diferenciado. Se deriva a cirugía torácica para extirpación nódulo pulmonar.

Diagnóstico diferencial: Hipopotasemia por diuréticos, adenoma hipofisario, adenoma suprarrenal.

Comentario final: Se considera hipopotasemia grave K 2,5 mEq/L. Ante hipopotasemia solicitar ECG. La clínica más frecuente es neuromuscular. Las causas más frecuentes son diuréticos, vómitos, diarreas y laxantes. Una vez descartadas éstas se ampliará estudio. Síndrome de Cushing, entidad clínica producida por exposición prolongada del organismo a cantidades suprafisiológicas de glucocorticoides, puede cursar con hipopotasemia. Existen dos tipos: exógeno (más frecuente) y endógeno (dependiente de ACTH como adenoma hipofisario o síndrome de secreción ectópica de ACTH; o independiente de ACTH como tumor adrenal). Rasgos físicos característicos: cara de luna llena, estrías rojo-vinosas, obesidad central, depósitos de grasa en cuello, fragilidad capilar. Diagnóstico inicial: confirmación bioquímica de hiper cortisolismo. Posteriormente, diagnóstico etiológico y de localización. Tratamiento etiológico del hiper cortisolismo.

Bibliografía

1. Botella JI, Valero MA, Sánchez AI, Cánovas B, Roa C, Martínez E, et al. Manual de Endocrinología y nutrición. 2013.
2. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, Newell-Price J, Savage MO, Stewart PM, et al. The diagnosis of Cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2008;93:1526-40.

Palabras clave: Cushing. Hypokalemia. Ectopic. Diuretics.