



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

242/4069 - GRACIAS COMPAÑEROS: SÍNDROME DE CUSHING

R. Alcolea Garrido^a, S. Paoli^b, C. Espín Giménez^c y C. de Prados González^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur. Murcia. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia. ^dMédico de Familia. Centro de Salud de Santomera. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años que acude, por insistencia de sus compañeros de trabajo, por morfotipo compatible con síndrome de Cushing (SC). No antecedentes ni medicación crónica.

Exploración y pruebas complementarias: Obesidad troncular, debilidad muscular, giba, cara de luna llena, estrías rojo-vinosas en abdomen. Cortisol libre urinario (dos determinaciones): 362 y 402. ACTH: 155. Cortisol basal: 26,1. Test de supresión fuerte con 8 mg de dexametasona: cortisol de 2. RMN hipofisaria: microadenoma hipofisario.

Juicio clínico: Enfermedad de Cushing por microadenoma hipofisario.

Diagnóstico diferencial: Pseudo-Cushing (obesidad, alcoholismo, depresión), SC iatrógeno, suprarrenal, ectópico.

Comentario final: La historia clínica y la exploración física desempeñan un papel fundamental en la sospecha del SC. El diagnóstico se divide en varias etapas: 1) Diagnóstico bioquímico: En este caso se realizó la determinación del cortisol libre urinario en dos días distintos, siendo positivo (los valores exceden 3 veces los rangos de normalidad) por lo que se confirma el SC. 2) Diagnóstico etiológico y localización: el primer paso es la determinación de ACTH: a. Suprimida (5): Cushing ACTH independiente (suprarrenal) y se realizaría prueba de imagen. b. Indeterminada (5-20): se realiza test de CRH y si es positivo se trata de un Cushing ACTH dependiente. c. Elevada (> 20): Cushing ACTH dependiente, como ocurre en nuestro caso. El siguiente paso en caso de Cushing ACTH dependiente es el test supresión fuerte con 8 mg de dexametasona. Los macroadenomas hipofisarios y los tumores productores de ACTH ectópica no suelen suprimir. Al reducirse el cortisol por debajo del 90% se trata de un microadenoma hipofisario, como se confirma con la RMN. Ante resultados discordantes, el cateterismo de los senos petrosos ayuda a localizar el origen de la hipersecreción de ACTH (hipófisis VS ectópico).

Bibliografía

1. Santos S, Santos E, Gatzambide S, Salvador J. Diagnosis and differential diagnosis of Cushing's syndrome. Endocrinol Nutr. 2009;56(2):71-84.
2. Nieman LK. Establishing the diagnosis of Cushing's syndrome. UpToDate; 2015.
3. Nieman LK. Epidemiology and clinical manifestations of Cushing's syndrome. UpToDate; 2017.

Palabras clave: Síndrome de Cushing. Cortisol urinario. Supresión de dexametasona.