Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):1817

Medicina de Familia. SEMERGEN

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]

[a]Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barrio del Carmen. Murcia. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Murcia-Sur. Murcia. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Vistabella. Murcia. [d]Médico 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, Gaztambide S, Salvador J. Diagnosis and differential diagnosis of Cushing&#39s syndrome. Endocrinol Nutr. 2009;56(2):71-84.
2. Nieman LK. Establishing the diagnosis of Cushing&#39s syndrome. UpToDate; 2015.
3. Nieman LK. Epidemiology and clinical manifestations of Cushing&#39s syndrome. UpToDate; 2017.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

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

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.