

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

424/1766 - ¿DOCTORA, QUÉ ME PASA?

E. Alaminos Tenorio¹, L. Ávila Álvarez¹, G. Mestre Reoyo² y J. Dorado Fajardo¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.²Médico de Familia. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 41 años, fumadora de 2 cigarrillos/día, alérgica a contrastes yodados, y a alimentos (cacahuetes, melocotón, kiwi, fresa, tomate, plátano, melón, nuez). Intolerante a la lactosa. Raquitismo infantil, gastritis asociada a H. pylori con terapia erradicadora en 2016. Osteoporosis premenopáusica (Z-Score -3,40), con múltiples aplastamientos vertebrales. Acude a su médico de familia por distensión abdominal, artromialgias generalizadas, sequedad oral y de mucosas y aftas orales desde hace 6 meses. Aporta AMPA con cifras de tensión arterial altas. Solicitamos analítica.

Exploración y pruebas complementarias: Talla 154 cm (talla previa 165 cm), Peso 58 kg. IMC 24,46. Rubicundez facial Giba. ACR: tonos rítmicos, no soplos audibles. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: distendido, blando y depresible, no doloroso a la palpación. No masas, no megalías. Timpanismo. EEII: edemas pretibiales. Piel: lívedo reticularis y arañas vasculares en EEII. Enrojecimiento generalizado de la piel. Fragilidad ungueal y capilar. Sequedad de mucosas oral y conjuntival. Analítica: Hemograma: linfocitos 740, resto normal. Bioquímica: Na 151 mg/dl, K 2,6 mg/dl, resto normal. PCR normal. Coagulación normal. Metabolismo fosfocalcico normal. Hormonas tiroideas normales. ACTH 155 pg/mL. Cortisol 832 ug/100 ml. Ante la sospecha clínica se deriva a la paciente a Endocrinología. Analíticas posteriores cortisol libre en orina 10.289 nmol/24h. RMN craneal con gadolinio: LOE en adenohipofisis, hipointensa en T2, compatible con microadenoma hipofisario.

Orientación diagnóstica: Enfermedad de Cushing (Síndrome de Cushing ACTH dependiente de origen hipofisario).

Diagnóstico diferencial: Obesidad. Depresión. Menopausia. Síndrome de Cushing. Síndrome paraneoplásico.

Comentario final: Una historia clínica sistemática y estructurada, es fundamental en Atención Primaria. Dar a cada síntoma la merecida relevancia es importante, para alcanzar el diagnóstico definitivo. En este caso una tensión arterial mal controlada, las lesiones cutáneas, un abdomen distendido, o amenorrea en mujeres peri-menopáusicas son síntomas frecuentes en la consulta del médico de familia. No banalizar la sintomatología de los pacientes y saber discernir aquello que requiere atención, a pesar del escaso tiempo del que disponemos en consulta y la alta demanda asistencial, es el fundamento del bonito arte de la Medicina en Atención Primaria.

Bibliografía

1. Nieman LK. Epidemiology and clinical manifestations of Cushing's syndrome. UpToDate Inc. <https://www.uptodate.com> (acceso Febrero 04,2019).

Palabras clave: Hipercortisolismo. Cushing. Adenoma hipofisario.