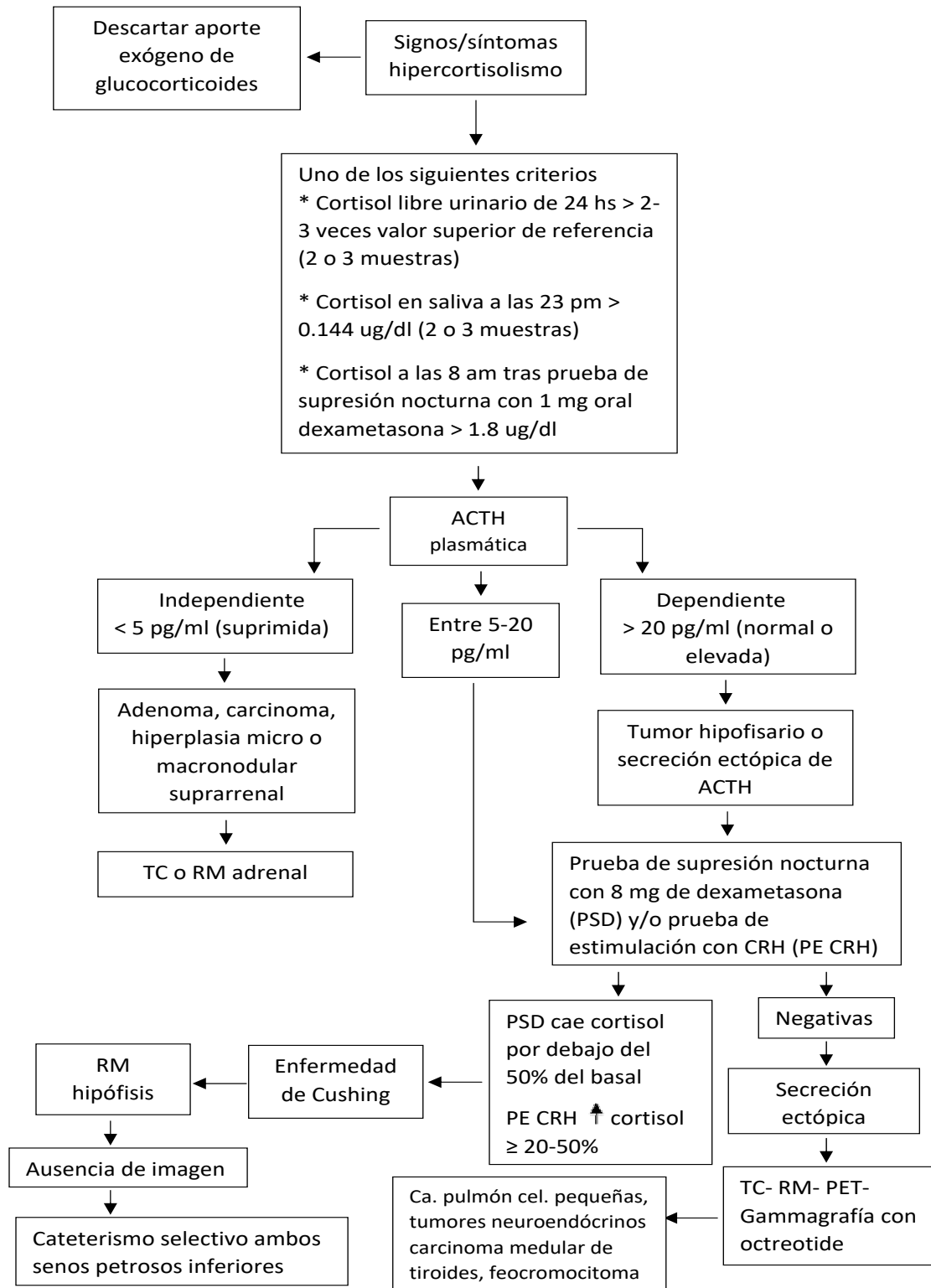


# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 2

Dra. Silvia I. Falasco

## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME/ENFERMEDAD DE CUSHING



## ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL SÍNDROME/ENFERMEDAD DE CUSHING

El hipercortisolismo endógeno es una situación poco frecuente pero con una elevada morbimortalidad, tienen un riesgo cardiovascular 5 veces mayor que el de la población sin síndrome de Cushing. 80- 85 % de los casos corresponden a adenomas hipofisarios (Enfermedad de Cushing). El cuadro clínico es muy proteiforme. Existen formas leves de difícil diagnóstico expresadas como “síndrome de Cushing subclínico”. Entre los hallazgos más característicos destacan la obesidad centrípeta, rubicundez facial, hirsutismo, HTA, debilidad muscular proximal, trastornos menstruales, intolerancia a la glucosa-diabetes, estrías violáceas mayor a 1 cm de diámetro, osteoporosis, alteraciones psíquicas. Se observa hiperpigmentación en el Cushing ACTH dependiente.

Tener en cuenta que la secreción de cortisol puede ser cíclica. La determinación del cortisol en saliva a la medianoche es sencillo, repetible y muy fiable para poner en evidencia la pérdida del ritmo circadiano. Su determinación en plasma a la medianoche requiere de la internación del paciente. Hay fármacos que interfieren con el diagnóstico del síndrome de Cushing (aceleran o alteran el metabolismo de la dexametasona, otros pueden elevar la globulina transportadora de esteroides).

Existen otras situaciones de hipercortisolismo “no síndrome de Cushing”: obesidad mórbida, alcoholismo crónico, síndrome de ovario poliquístico androgénico, diabetes descontrolada, embarazo, depresión, desnutrición, anorexia nerviosa, stress físico, entrenamiento de alto rendimiento, uso de anticonceptivos.

La Sociedad Europea de Endocrinólogos Clínicos en colaboración con la red Europea para el estudio de Tumores adrenales en su guía de 2016 recomiendan: si cortisol plasmático tras PSD (a las 23 hs dar 1 mg de dexametasona vía oral) presenta valores comprendidos entre 1.8 y 5 ug/dl deberá asociarse a ésta la positividad de alguna de las otras pruebas de tamizaje, ya sea CLU en orina de 24 hs o cortisol en saliva a la medianoche.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Clinical Practice Guideline. Management of adrenal incidentalomas: European Society of Endocrinology Clinical Practice Guideline in collaboration with the European Network for the Study of Adrenal Tumors. 2016 European Society of Endocrinology
2. Hazbun W. Abordaje del paciente con hipercortisolismo. Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo 2017; 34
3. Gutiérrez Restrepo J, Latorre Sierra G, Campuzano Maya G. Síndrome de Cushing. Medicina y Laboratorio 2009; 15: 411- 430
4. Lynn Loriaux D. Diagnóstico del Síndrome de Cushing. N Engl J Med 2017; 376:1451-9