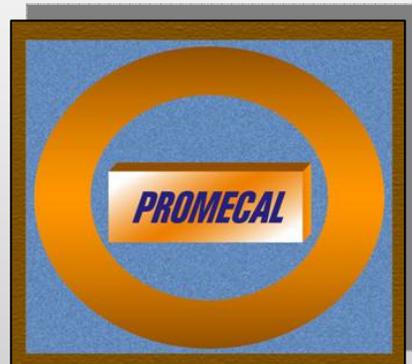


PROGRAMA PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

MEDICINA BASADA EN EVIDENCIA PARA LOS PROFESIONALES DEL LABORATORIO CLINICO



ENFERMEDAD DE CUSHING SINDROME DE CONN

DR. ARTURO M. TERRÉS SPEZIALE
Patología Clínica y Medicina de Laboratorio

www.qualitat.cc/qualitat/id169.html

PRESENTACION DEL CASO

CASO CLINICO. CICLO 201 JUNIO 2023
Dr. Arturo Manlio Terrés Speziale aterres@qualitat.cc

www.qualitat.cc/qualitat



Paciente del sexo femenino de 42 años que acude a consulta de atención primaria refiriendo "mareos" de dos semanas de evolución. Los síntomas no se acompañan de vértigo, tampoco se asocian a palpitaciones, ortostatismo u otros síntomas cardiovasculares. A la EF se encuentra facies de luna llena, presencia de giba dorsal palpable y de estrias abdominales leves. La exploración cardiopulmonar y neurológica que resultaron normales, únicamente destaca una Tensión Arterial de (176/110) que la paciente refiere padecer desde hace aproximadamente 8 meses. Ella misma refiere que su médico le comentó en aquel entonces que todos sus análisis eran normales. La paciente informa que ha presentado aumento importante de peso y alteraciones en el periodo menstrual (oligomenorrea), que ella piensa pueden estar relacionados con la medicación antihipertensiva que ha tomado de manera irregular (IECA y diuréticos). En el servicio de urgencias se realiza un EKG el cual no muestra alteraciones de interés, además de diversas pruebas de laboratorio entre las que se encontró glicemia de 120 mg/dL, colesterol total de 250 mg/dL, Na 145.5 mEq/L y K 3.2 mEq/L. Relación Sodio / Potasio > 45.

Signos y Síntomas

- Mujer de 42 años de edad
- Mareos de dos semanas de evolución
- Aumento de peso no cuantificado
- Alteraciones del ritmo menstrual oligomenorrea
- Hipertensión arterial TA 176/110 x 8 meses
- Tx IECA + Diuréticos

- Fascies de luna llena
- Giba dorsal palpable
- Estrias abdominales

Exploracion Física

- **Cardiorespiratorio SDP**
- **Neurológico SDP**
- **Fascies de luna llena**
- **Giba dorsal palpable**
- **Estrías abdominales**



LABORATORIO Y GABINETE

1. Electrocardiograma SDP
2. Glicemia 120 mg/dL
3. Colesterol Total 250 mg/dL
4. Sodio (s) 145.5 mEq/L (Ref. 130 – 145)
5. Potasio (s) 3.2 mEq/L (Ref. 3.3 – 5.5)

LABORATORIO Y GABINETE



CONSENSO

ETIOLOGIA	% RESPUESTAS
METABOLICA	86%
NEOPLASICA	29%
GENETICA	14%
TOXICO	14%
AUTOINMUNE	14%



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

DXS	% RESPUESTAS
SINDROME DE CUSHING	79%
SINDROME DE CONN	21%
SX OVARIOS POLIQUISTICOS	7%

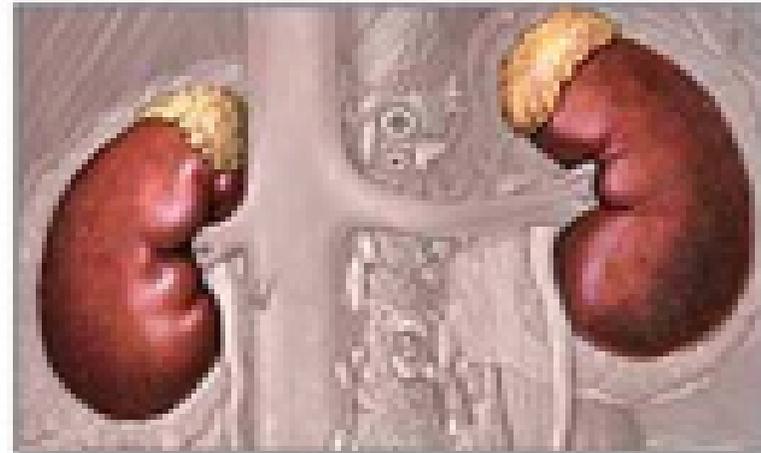
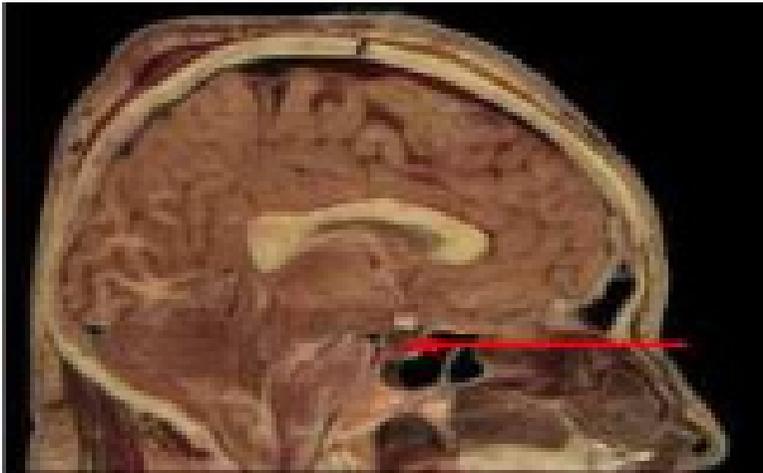


*¿QUE PRUEBAS DE LABORATORIO REQUIERE PARA
EVALUAR LA CONDICION CLINICAS
DE LA PACIENTE Y PARA
FUNDAMENTAR SU DIAGNOSTICO ?*

¿ QUE PRUEBAS DE GABINETE SUGIERE ?



LABORATORIO	% RESPUESTAS
QUIMICA DE 24 ELEMENTOS	86%
CORTISOL SALIVA, SANGRE Y ORINA 24 HRS	86%
ACTH	71%
BIOMETRIA HEMATICA	64%
PBA DEXAMETASONA	43%
ALDOSTERONA	43%
EXAMEN GENERAL DE ORINA	36%
PERFIL HORMONAL GINECOLOGICO	29%
HBAIC %	21%
RENINA	21%
PERFIL TIROIDEO	21%
CURVA TOLERANCIA A LA GLUCOSA	14%
ELECTROLITOS O 24 HRS	14%



GABINETES	% RESPUESTAS
TAC ABDOMEN	100%
RMN CRANEO	79%
US RENAL	50%
US TIROIDES	21%
GAMAGRAMA SUPRARRENAL	7%

ENFERMEDAD DE CUSHING

Es una afección en la cual la hipófisis, secreta demasiada ACTH

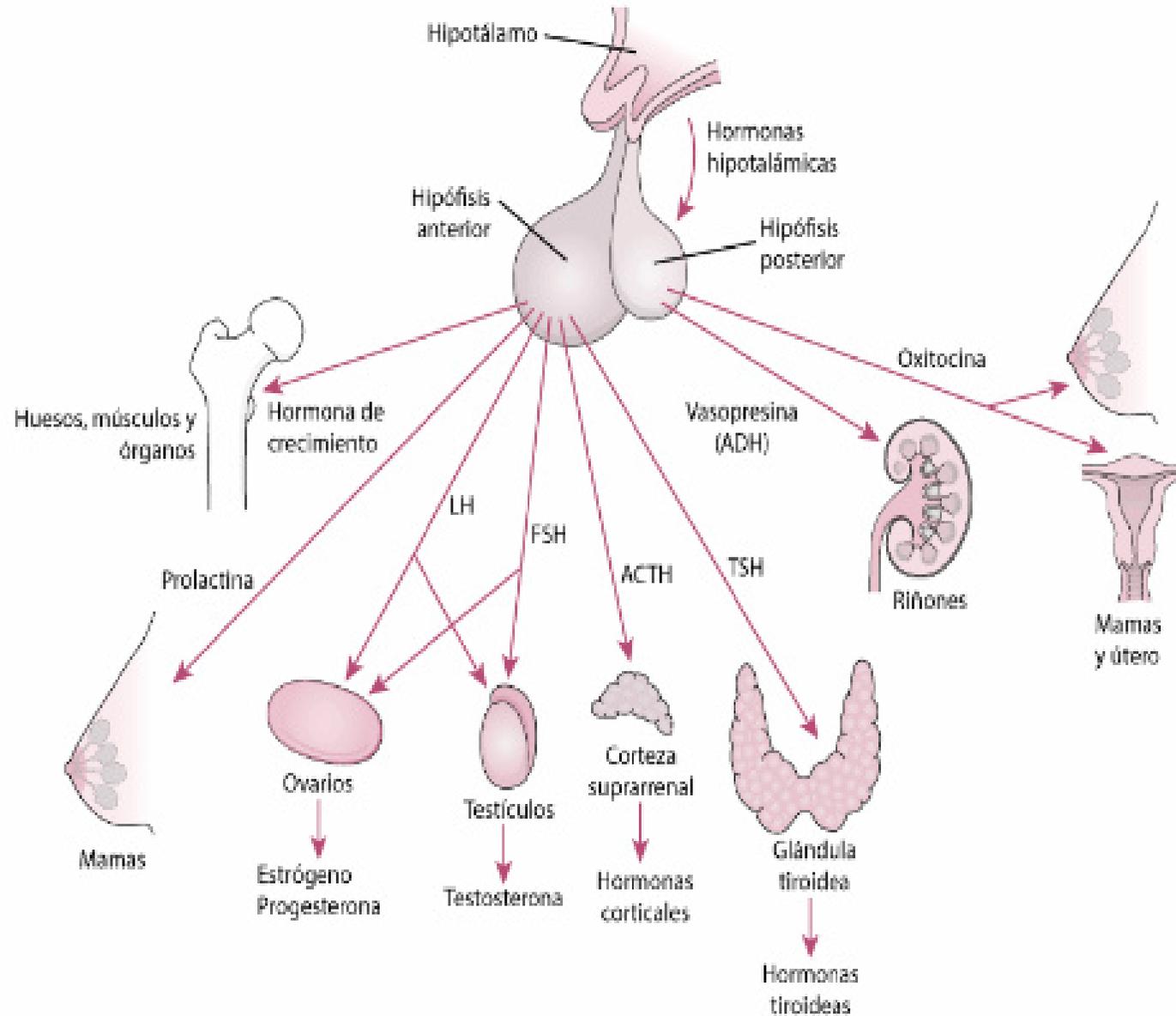
La enfermedad de Cushing es provocada por un tumor o por hiperplasia de la adenohipófisis.

El exceso de ACTH estimula la producción y secreción de cortisol por parte de **zona glomerular de las glándulas suprarrenales**.

El cortisol normalmente se secreta en situaciones estresantes. Esta hormona controla el uso por parte del cuerpo de carbohidratos, grasas y proteínas y también ayuda a reducir la respuesta del sistema inmunitario y de la inflamación.

SINDROME DE CONN

ACTH tiene un efecto discreto en la **zona fascicular de las suprarrenales**, por lo que también puede ser capaz de elevar los niveles de aldosterona cuya función es la reabsorción de Sodio y la eliminación de Potasio en los túbulos renales.



SINDROME DE CUSHING

Es un trastorno que ocurre cuando el cuerpo se expone a niveles altos de cortisol.

El síndrome de Cushing puede ser causado por tomar demasiados medicamentos corticoesteroides, como prednisona y prednisolona. Estos fármacos se utilizan para tratar afecciones como el asma o la artritis reumatoidea.

Otras personas desarrollan el síndrome de Cushing debido a que sus cuerpos producen demasiado cortisol, una hormona que normalmente se produce en las glándulas suprarrenales.



AUMENTO DE CORTISOL ENDOGENO

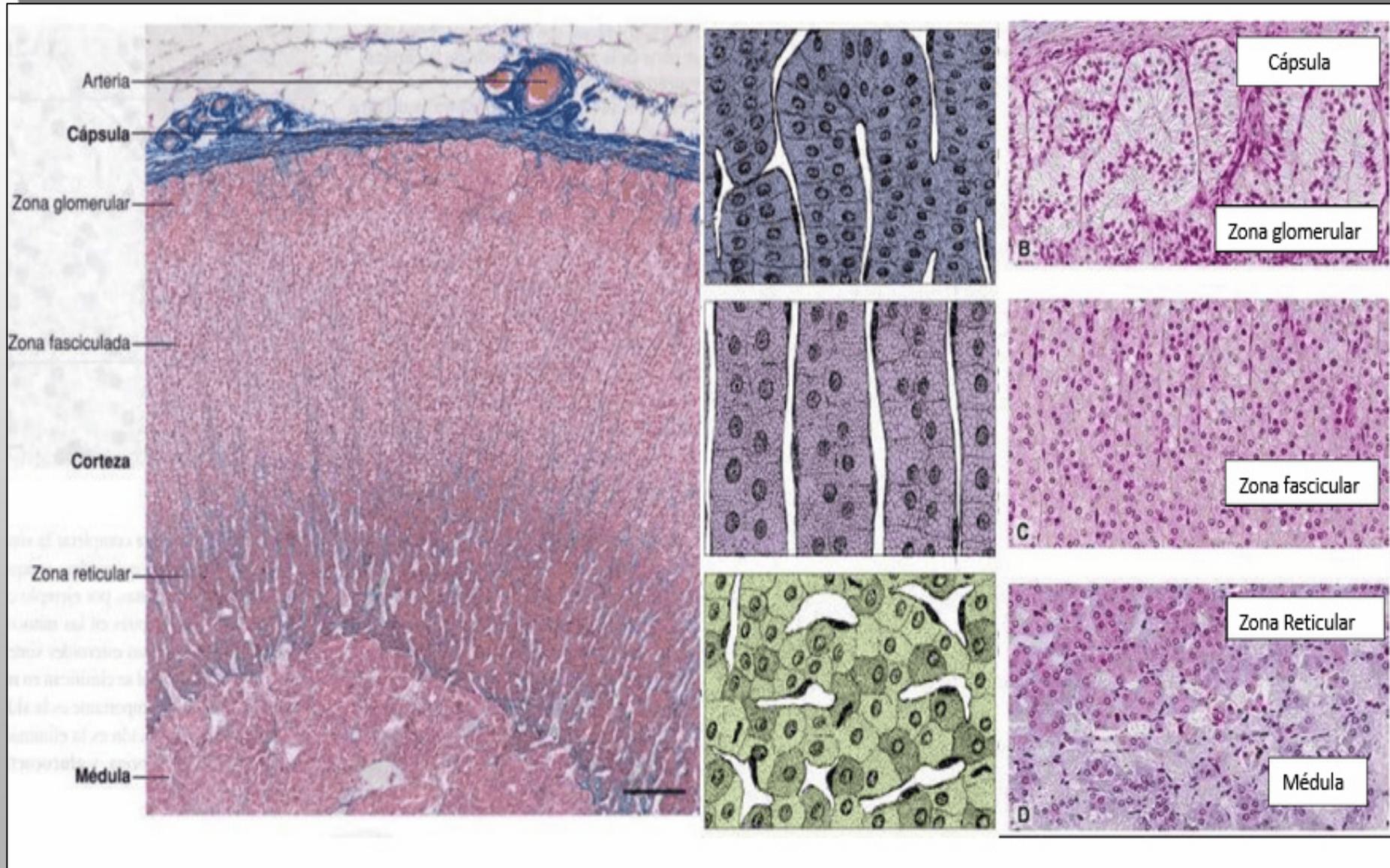
1. ACTH

- Tumor versus hiperplasia de la adenohipófisis
- Tumor que produce ACTH en otro sitio: páncreas, pulmón, tiroides

2. CORTISOL

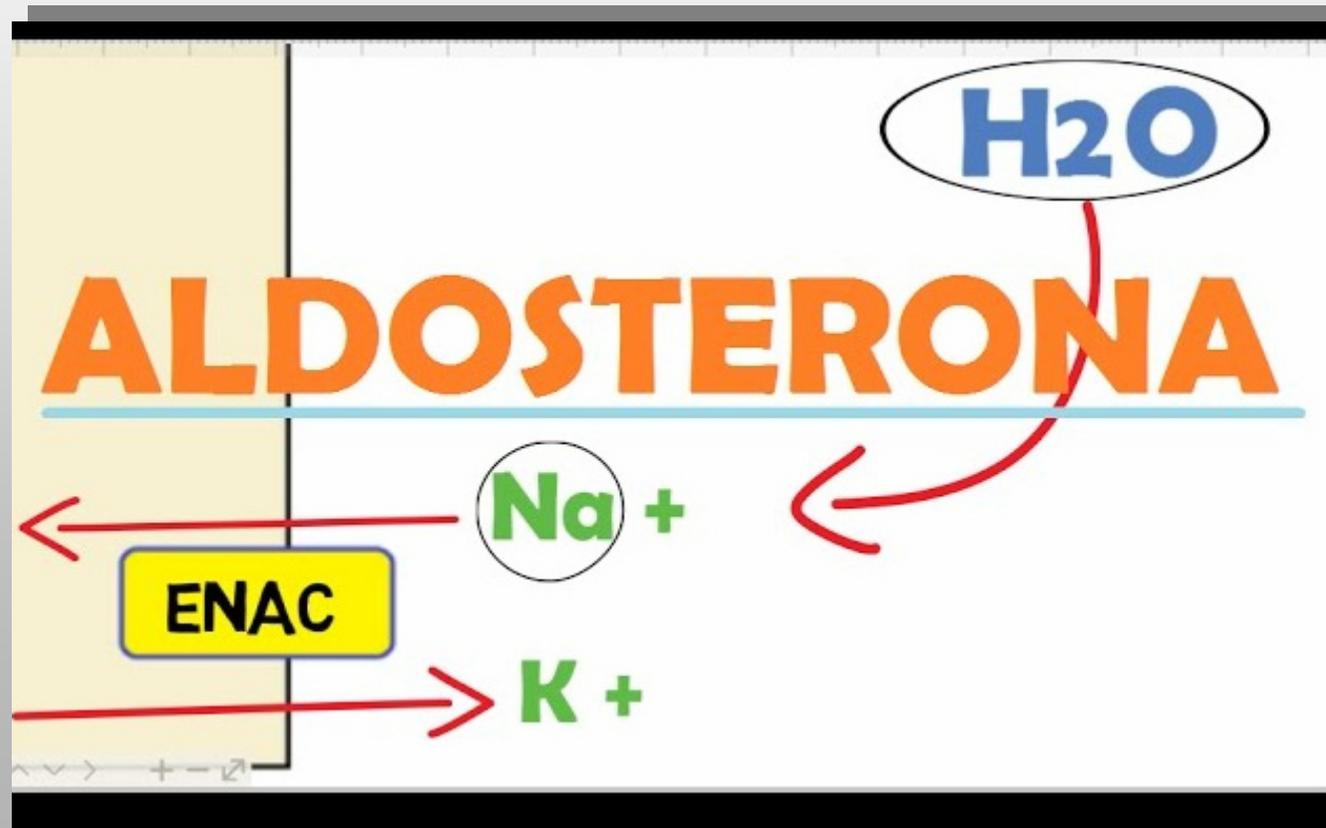
- Tumor de la zona glomerular de la glándula suprarrenal
- Tumor en otra parte del cuerpo que produce cortisol





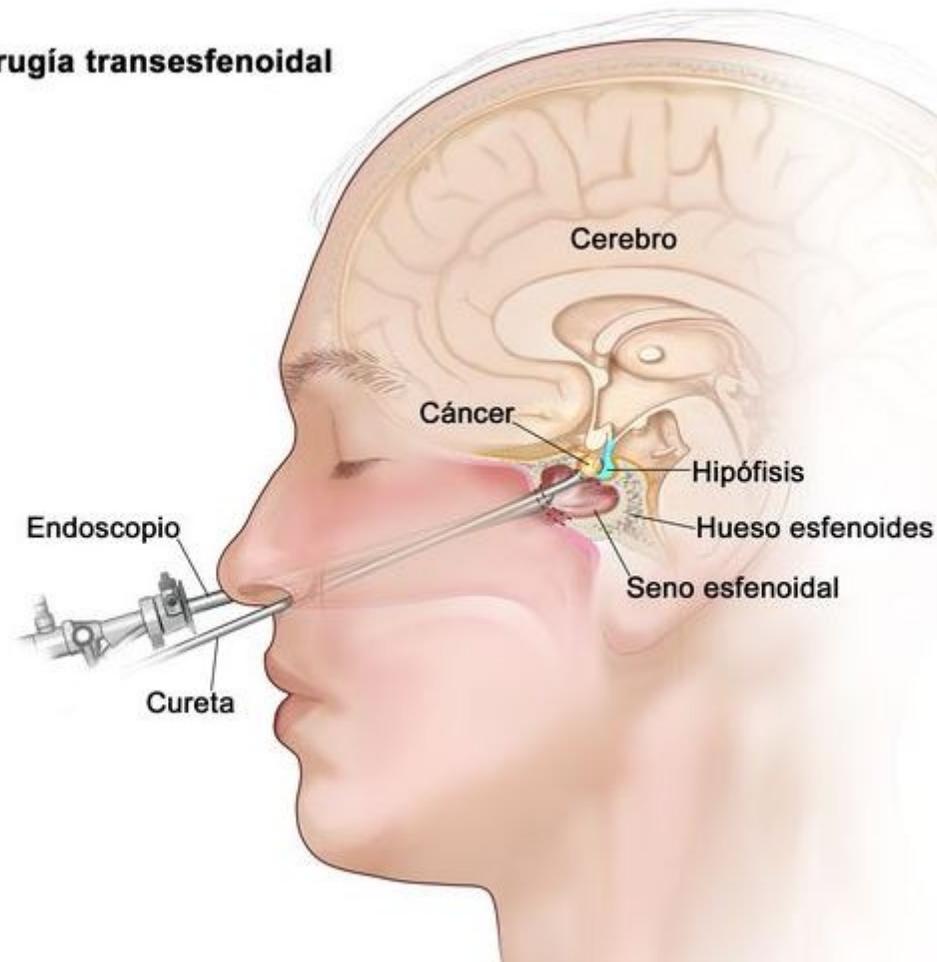
Hiperaldosteronismo

Es causa de hipertensión arterial con hipernatremia e hipokalemia



TRATAMIENTO	% RESPUESTAS
FARMACOLOGIA	79%
CIRUGIA	71%
RADIOTERAPIA	50%

Cirugía transesfenoidal





Revista de Endocrinología y Nutrición
Vol. 21, No. 4 • Octubre-Diciembre 2013 • pp 164-170

Artículo original

Ketoconazol en el tratamiento de la enfermedad de Cushing

Patsy Etual Espinosa-Cárdenas,* Ana Laura Espinosa de los Monteros-Sánchez,*
Moisés Mercado,* Ernesto Sosa-Eroza*

Resumen

El síndrome de Cushing es un estado crónico y debilitante, potencialmente fatal, que requiere de una evaluación sistemática para establecer un diagnóstico preciso. La resección quirúrgica de la lesión tumoral causante del hipercortisolismo puede lograr la remisión en algunos pacientes. Sin embargo, existe una proporción de ellos que persistirán con actividad bioquímica o que, por diferentes razones, no pueden ser sometidos a cirugía. Para ellos existen opciones de tratamiento farmacológico que se describen en este trabajo, teniendo una especial atención al ketoconazol, único fármaco que bloquea la esteroidogénesis, y que además se encuentra disponible en México. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia publicada en la literatura y la de los autores con el uso de este fármaco. El ketoconazol ha demostrado tener una tasa de control bioquímico que supera 50% en la mayoría de las series y en algunas llega a superar el 80%. Con la información disponible concluimos que se puede considerar al ketoconazol como una opción útil, relativamente segura y costeable para el manejo médico del hipercortisolismo.

Palabras clave: Síndrome de Cushing, tratamiento médico, ketoconazol.

PRONOSTICO	% RESPUESTAS
RESERVADO	57%
FAVORABLE	43%

www.qualitat.cc/qualitat

Dr. Arturo Manlio Terrés Speziale

aterres@qualitat.cc

<http://www.qualitat.cc/qualitat/id169.html>

