

SÍNDROME DE CUSHING (SC)

La epidemia de obesidad existente ha complicado el diagnóstico del Síndrome de Cushing (SC), ya que no es posible separarlo del síndrome metabólico de la obesidad simple, basados sólo en criterios anabólicos.

Harvey Cushing describió hace más de un siglo, el "Síndrome Pluriglandular" caracterizado por el rápido desarrollo de obesidad central, hipertensión arterial, debilidad muscular proximal, diabetes mellitus, oligomenorrea, hirsutismo, piel delgada y equimosis. Cushing sabía que este síndrome estaba asociado a cáncer adrenal y en algunos casos a adenoma hipofisiario.

La prevalencia nacional de obesidad es de cuando menos 30%; y de ésta, un 10% tienen alteraciones metabólicas semejantes al SC, por lo que el diagnóstico diferencial puede ser complicado.

Son características clínicas de SC:

- Piel delgada: Definida cuando el pliegue sobre la falange proximal del dedo medio de la mano no dominante es menor de 2 mm utilizando un caliper.
- Equimosis: Tres o más equimosis mayores a 1 cm de diámetro y no asociadas a traumatismos o venopunción.
- Osteoporosis detectada por RX

Exámenes de laboratorio:

- Cortisol libre en orina de 24 h
Permite detectar exceso de secreción de glucocorticoides. No olvidar que ésta es un reflejo directo del cortisol libre y bioactivo en plasma. La depresión clínica, aumenta la excreción de cortisol urinario libre, pero rara vez por arriba de 60 ug/24h.
- Creatinuria: Determina si la colección de orina fue completa. Niveles menores de 1.5g/24h indican una colección incompleta y el examen debe ser repetido.
- Corticotropina plasmática
- Cortisol plasmático
- La prueba de supresión con dexametasona, si bien es frecuentemente utilizada, no tiene valor en la actualidad para el diagnóstico de SC.

En resumen: Un paciente obeso con hipertensión, diabetes tipo 2, hirsutismo, piel delgada, equimosis, osteopenia y cortisol urinario libre elevado, tiene la probabilidad de SC de 1 (100%).

Dichos pacientes deben ser referidos a un departamento endocrinológico, multidisciplinario y competente para establecer el diagnóstico diferencial entre Cushing eutópico y Cushing ectópico, que por lo general obedece a neoplasia adrenal. Los tumores adrenales secretores de varias hormonas (cortisol, andrógenos y estrógenos) suelen ser malignos.

ENFOQUE CLÍNICO Y DE LABORATORIO EN EL PACIENTE FEBRIL

Es importante resaltar que el 90% de enfermedades tropicales febriles obedecen a un grupo limitado de infecciones que incluyen: Paludismo, Dengue, Enfermedad de Lyme, Rickettsiosis, Fiebre entérica o intestinal y recientemente fiebre por virus de Chikungunya e infección por virus Zika.

Además del tiempo de incubación, la zona de residencia o regreso de viaje de otro país, signos y síntomas auxilian en el diagnóstico diferencial.

La presencia de esplenomegalia, trombocitopenia e hiperbilirrubinemia indirecta orientan a un cuadro de Paludismo y el examen diagnóstico debe repetirse si el primer resultado fue negativo. El hallazgo de rash, leucopenia y trombocitopenia hacen pensar en Dengue.

Rash, escaras, cicatriz por mordedura de garrapata y dolores articulares severos en Enfermedad de Lyme y rickettsiosis.

Esplenomegalia y elevación de aminotransferasas, en fiebre entérica.

Y actualmente en México, fiebre por virus de Chikungunya caracterizada por cuadro súbito de fiebre y dolor de articulaciones severo. Mientras que en la infección por virus Zika se presenta fiebre, rash, dolor articular y conjuntivitis.



El Bosco (1450-1516)

No quiero que la vida imite al arte. Quiero que la vida sea arte.
Ernst Fischer