Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):1387

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/2473 - SÍNDROME DE CUSHING. LA ENFERMEDAD ENMASCARADA

R. Lope[1], E. Rad Moradillo[2], D. Aguilar Pérez[3] y C. Alonso Benito[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. [2]Médico de Familia. Centro de Salud Los Cubos. Burgos. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Agustín. Burgos. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Comuneros. Burgos.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 67 años con DM-2 de larga evolución en seguimiento discontinuo por endocrinología. Desde AP realizamos controles de glucemia, tensión y peso cada 3 meses. En 2014, se pauta liraglutida, consiguiéndose mejoría de las glucemias y pérdida de 6 kg en 4 meses. Permanece estable hasta noviembre de 2016, cuando comienzan a empeorar las cifras de glucemia, hemoglobina glicosilada (HbA1c), tensión y peso, sin que aparentemente hubiesen cambiado los hábitos de actividad física y dietéticos de la paciente. A partir de este momento se hizo más llamativo su aspecto, con cara redonda y acúmulo de grasa en región cervical, abdomen muy globuloso y piernas delgadas.

Exploración y pruebas complementarias: En los controles realizados desde AP, hasta febrero de 2014 presentaba peso de unos 84 Kg y HbA1c alrededor de 10,5%, cifras que mejoraron a 78 Kg y 8,8% tras la introducción de liraglutida. Se mantiene estable hasta noviembre 2017, cuando se detectan cifras muy incrementadas de peso y HbA1c, 89 kg y 10,7%. Desde AP pedimos cortisol libre en orina, siendo negativo. En julio 2018, ante sospecha clínica de síndrome de Cushing, endocrinología pide TC abdominal, encontrándose adenoma suprarrenal, pero sin hallazgos analíticos de hipercortisolemia hasta este momento. Diciembre de 2018, ante la insistencia desde AP debido al aspecto cushingoide, endocrinología realiza test de Nugent, test de cortisol nocturno en saliva, cortisol basal y ACTH, dando todos ellos cifras alteradas.

Orientación diagnóstica: Aunque los resultados analíticos no apoyaban el diagnóstico inicialmente, la alta sospecha clínica de DM-2 con mal control a pesar de toda la medicación utilizada, junto al aspecto físico característico del Cushing hicieron que en ningún momento dejásemos de pensar en esta patología.

Diagnóstico diferencial: Primero diferenciar entre Cushing y DM2 de mala evolución. Confirmado el diagnóstico de Cushing diferenciar entre causas exógenas (fármacos) o endógenas (adenoma suprarrenal, tumor hipofisario o tumores carcinoides).

Comentario final: El objetivo es transmitir la importancia de la clínica y no sólo de las pruebas analíticas. También lo importante de hacer un seguimiento integral del paciente desde AP aunque sea Tratado por un especialista.

Bibliografía

1. Santos S, Santos E. Diagnóstico y diagnóstico diferencial del síndrome de Cushing. Endocrinología y Nutrición. 2009;56:71-84.

Palabras clave: Diabetes. Obesidad. Insulina.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.