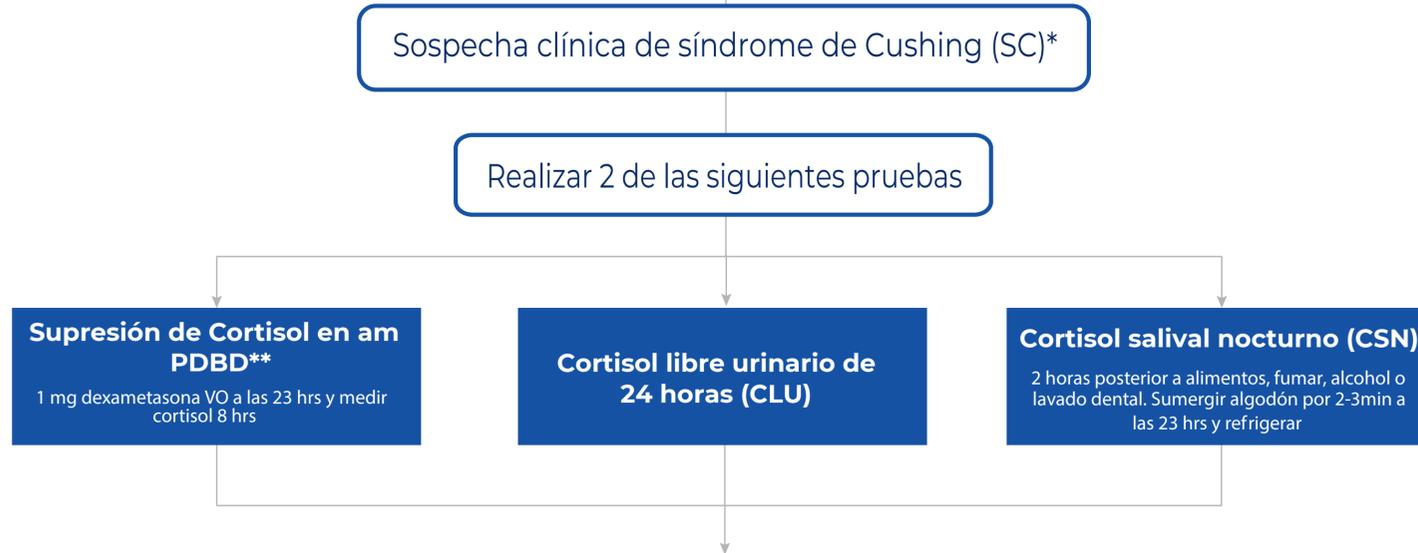
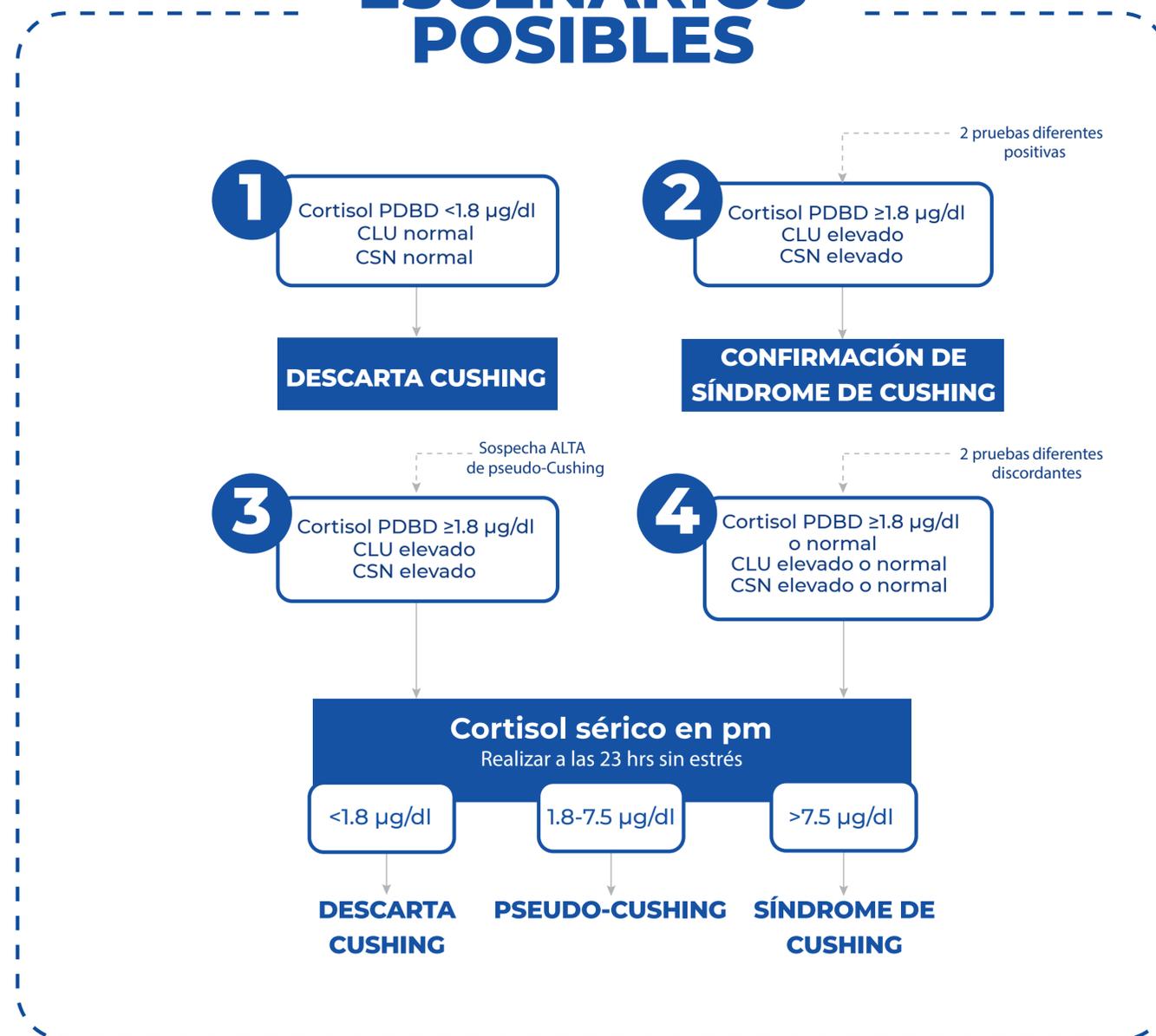


Algoritmo Diagnóstico de Síndrome de Cushing



ESCENARIOS POSIBLES



Notas

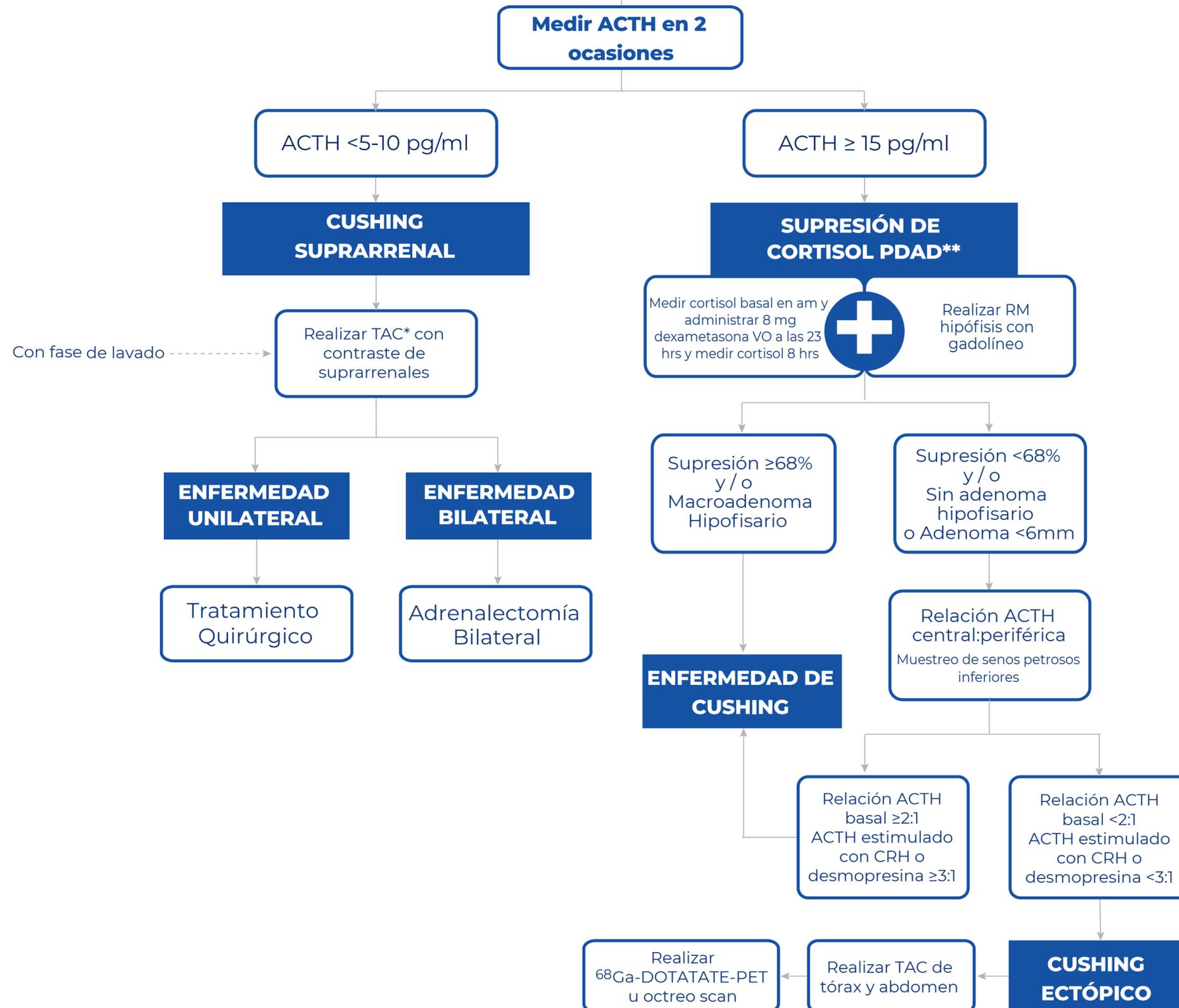
Causas de Pseudo-Cushing:
 Embarazo
 Obesidad extrema
 Alcoholismo
 Diabetes Mellitus descontrolada
 Estrés (ejercicio intenso, depresión, dolor, etc.)
 Síndrome de Ovario Poliquístico
 SAOS

*Alto Riesgo de SC
 DM2 difícil control
 HTA difícil control
 Obesidad Central (progresiva)
 Osteoporosis severa en <65 años
 Síndrome de ovario poliquístico
 Hipokalemia
 Tromboembolismo venoso
 Infecciones inusuales y repetitivas
 Incidentaloma adrenal

*Otros signos o síntomas asociados a SC (menos sensibles)
 Cara de luna llena (80%)
 Equimosis frecuente (80%)
 Alteraciones menstruales (90%)
 Fatiga / debilidad proximal (77-60%)
 Adelgazamiento de la piel (70%)
 "Giba" dorsal (57%)
 Estrías violáceas (>1cm) (45%)
 Aumento de peso y disminución velocidad de crecimiento (niños 90%)

**PDBD = Prueba de supresión con dosis baja de dexametasona

Diagnóstico de Síndrome de Cushing(SC) Pruebas de localización



Notas

Muestreo de senos petrosos inferiores:
Cateterismo de ambos senos petrosos
Confirmar sitio adecuado (Prolactina central:periférica $>1.8 \text{ ng/ml}$)
ACTH central y periférica basal
Estimulación con desmopresina $15 \mu\text{g}$ ó con CRH $100 \mu\text{g}$ IV
ACTH a los 3, 5, 10 y 15 minutos bilateral

**PDAD= Prueba de supresión con dosis alta de dexametasona

Tratamiento de Enfermedad de Cushing

Adenoma Hipofisario resecable

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RESECCIÓN DE ADENOMA

Criterios de cura:
Cortisol postquirúrgico <2-5 µg/dl
CLU normal + cortisol ≤ 1.8 PDBD

SI

En caso de hipocortisolismo:
Hidrocortisona 15mg/d ó
Prednisona 5mg/d

Recuperación lenta del eje
hipotálamo-hipófisis-
suprarrenal (≥1año)

NO

Tratamiento Médico



Terapia con Radiación

MACROADENOMA INVASOR A SENOS CAVERNOSOS Ó TUMOR NO RESECABLE

Tratamiento quirúrgico
Reducción de adenoma



Terapia con Radiación

Tratamiento Médico

Mejoría clínica de la enfermedad y sin complicaciones severas asociadas

SI

Continuar Tratamiento Médico + vigilancia de comorbilidades

NO

ADRENALECTOMÍA BILATERAL

Vigilancia estrecha:
Reemplazo hormonal
Síndrome de Nelson

Tratamiento Médico

- 1 Ketoconazol 400-1200 mg/d (monitorizar enzimas hepáticas)
- 2 Metirapona 250mg-6 gr/d (dividido 3 veces/d)
- 3 Etomidato IV0.1 mg/kg/hr y titular de acuerdo a respuesta. (tratamiento intrahospitalario)
- 4 Mitotano: 500 mg - 3 gr/d (titular cada sem)
- 5 Cabergolina 0.5-7 mg/sem
- 6 Pasireotide 600-900 µg cada 12 horas (afinidad a receptor de somatostatina 1,2,3 y 5)
- 7 Mifepristona 300-1200 mg/d

BIBLIOGRAFÍA:

- Hiroshi Nishioka, Shozo Yamada. Cushing's Disease Review. J. Clin. Med. 2019,8,1951.
- Andre Lacroix, Richard A Feelders, Constantine A Stratakis, Lynnette K Nieman. Cushing's Syndrome, Lancet 2015;386:913-27
- Filippo Ceccato, Marco Boscaro. Cushing's Syndrome: Screening and diagnosis. High Blood Press Cardiovasc Prev 2016 sep;23(3):209-15
- Lynnette Kaye Nieman. Diagnosis of Cushing's Syndrome in the Modern Era. Endocrinol Metab Clin N Am 47 (2018):259–273.
- D. Lynn Loriaux, M.D., Ph.D. Diagnosis and Differential Diagnosis of Cushing's Syndrome, N Engl J Med 2017;376:1451-9.