

Panorama Cuba y Salud 2011;6(2-3): 35-37

(Recibido: 9 de enero de 2011,
aprobado: 10 de junio de 2011)

(Presentación de caso)

Síndrome de Cushing secundario al uso de esteroides

Policlínico "Mario Escalona Reguera", La Habana del Este

¹Lena Sofía Periut González, ²Maislete Gutiérrez Rufin¹ Médico Especialista de 1er Grado en Pediatría, Máster en Infectología, Profesor Instructor² Médico Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral, Máster en Urgencias Médicas, Profesor Instructor.

RESUMEN

Se informa el caso de una escolar de 10 años de edad con diagnóstico de síndrome de Cushing secundario a la administración oral o tópica de esteroides durante cinco años consecutivos, con cuadro clínico característico: cara de luna llena, baja talla, distribución centripeta de las grasas, hirsutismo, deformidad en miembros inferiores, dermatitis atópica y retraso del desarrollo psicomotor; cortisol sérico bajo, glicemia y colesterol elevados. El síndrome de Cushing es la consecuencia clínica de la presencia de concentraciones séricas de esteroides anormalmente elevadas, medicamentos que en este caso fueron aplicados de forma tópica y sistémica, en ocasiones por indicación médica y en otras por administración materna. Se suspende lentamente la medicación esteroidea con el fin de evitar complicaciones. Después de dos meses se observó notable mejoría clínica. El empleo de esteroides debe ser siempre bajo estricta vigilancia médica.

Palabras clave: Síndrome de Cushing; Esteroides; Hidrocortisona.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cushing es la consecuencia clínica de la presencia de concentraciones de esteroides en la sangre, anormalmente elevadas y mantenidas, ya sean como consecuencia de una producción endógena o por una causa exógena. La causa más frecuente de este síndrome es la administración de esteroides sintéticos para el tratamiento de enfermedades crónicas (síndrome de Cushing exógeno). La constelación clínica que lo caracteriza es fácil de reconocer cuando están presentes síntomas y signos tales como: obesidad centripeta, plétora facial, retardo del crecimiento, debilidad muscular, hipertriosis, trastornos de la personalidad, hipertensión e hiperglucemia (1-4).

El síndrome de Cushing es relativamente raro en pediatría, puede ocurrir a cualquier edad, incluso en lactantes. Aparece fundamentalmente después de los siete años y con un pico de incidencia mayor en la fase de desarrollo prepuberal observado con mayor frecuencia en el sexo femenino (5). Su diagnóstico se basa en el cuadro clínico y exámenes de laboratorio tales como nivel de ACTH, cortisol, glucosa en ayunas, potasio sérico, densidad mineral ósea, colesterol y triglicéridos (2, 6).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de una escolar de 10 años de edad, nacida el

14 de diciembre del 2000 que cuenta con los siguientes antecedentes patológicos familiares: abuela materna con diabetes mellitus tipo II; hermana que padece de asma bronquial.

Antecedentes prenatales: Gestación de alto riesgo obstétrico por edad materna (41 años) y anemia ferripriva.

Antecedentes peri y postnatales: Parto distócico (cesárea) a las 37 semanas.

Peso al nacimiento 2 700 g (peso de riesgo); talla 50 cm, Apgar 9/9; inmunización completa; ganancia de peso normal presentando al año de edad una valoración nutricional entre el 10 y el 25p. Desarrollo psicomotor normal hasta los cinco años cuando comienza su vida escolar y presenta trastornos del aprendizaje y apatía.

Antecedentes patológicos personales: Dermatitis atópica crónica desde el año de edad, la cual requería el uso tópico o sistémico de esteroides en ocasiones indicados por el facultativo y en otras por decisión materna. Infecciones respiratorias a repetición: amigdalitis y otitis media desde los dos años de edad, neumonía con derrame pleural a los cuatro años y anemia ferripriva.

Se comienza estudio de esta paciente hace cuatro años, cuando asiste a la consulta de Puericultura y aparecen al examen físico alteraciones en las mensuraciones y valoración nutricional por encima del 97 percentil. Se realiza valoración de la talla para la edad que se encuentra por debajo del tercer percentil, con un peso de 16 kg y una talla de 92 cm.



Figura 1. Cara de luna llena, hirsutismo e hipertrichosis.

Al examen físico presentaban cara de luna llena e hipertrichosis, hirsutismo (figura 1), estrías violáceas en muslos y lesiones de dermatitis crónica; baja talla, distribución centripeta de las grasas, deformidad de miembros inferiores conocida como tibias varas y pérdida de la masa muscular (figura 2). No se encontraron otras alteraciones al examen físico incluyendo normotensión (TA: 90/60mmHg).

Con la presencia de los síntomas y signos antes expuestos y la sospecha de un síndrome de Cushing se realizaron los siguientes estudios: Hemoglobina: 110g/L, Leucocitos: $6,5 \times 10^3$; Polimorfonucleares: 058, Linfocitos: 040, Eosinófilos: 002; glicemia (elevada: 6,8mmol/L); colesterol (elevado: 6,3mmol/L), niveles de cortisol (disminuido: 2ug/dL) y edad ósea: retrasada. Test psicométricos: trastornos del aprendizaje.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del síndrome de Cushing se estableció basado en las características clínicas de la paciente y los exámenes complementarios, situación que era de esperarse ya que recibió tratamiento indiscriminado con esteroides, causa de esta entidad (8).

Los síntomas y signos que se encontraron al examen físico fueron obesidad centripeta y retardo del crecimiento, al

igual que en tres casos anteriores estudiados y atendidos en Holguín y puede ser ocasionado tanto por el uso tópico como sistémico (9, 10). En ocasiones, el retardo del crecimiento puede ser el único signo presente asociado a retardo en la maduración ósea, debido a la inhibición que los esteroides producen sobre la hormona del crecimiento. También se puede observar cara de luna llena, con mejillas prominentes, plétora facial, giba de búfalo, hipertrichosis, debilidad muscular causada por la miopatía proximal y la osteoporosis, alteraciones en la piel, alteraciones de la personalidad y retardo del desarrollo psicomotor (11, 12). Ante este cortejo sintomático se pueden considerar otras posibilidades diagnósticas por lo que se debe enfatizar en el interrogatorio para llegar a la etiología específica y evitar lo sucedido con esta paciente que desde el año 2004 pudo ser diagnosticada y tratada en consecuencia, evitando las secuelas que en la actualidad presenta. La evolución ha sido favorable con disminución progresiva de los síntomas a excepción del retraso del desarrollo psicomotor y de la talla, siendo esta de 110 cm, por lo cual presenta talla/edad por debajo del tercer percentil.

Existe abuso en la utilización de los glucocorticoides, incluso por indicación facultativa, estos deben utilizarse bajo estricta vigilancia médica y acatándose al modo de empleo, dado los múltiples efectos indeseables que pueden



Figura 2. Estrías violáceas y dermatitis crónica, deformidad de miembros inferiores (tibias varas).

tener (13). La posibilidad de un diagnóstico precoz es de gran importancia, ya que se evitan las secuelas irreversibles que puedan ocasionar al paciente.

Este síndrome, aunque es poco frecuente, puede aparecer en edades pediátricas, por lo que ante un cuadro clínico se-

mejante al que se presenta en este trabajo, se debe diagnosticar de forma precoz para evitar los efectos irreversibles. Valorar, también, el uso de nuevas alternativas para el tratamiento de las dermatitis crónicas (14, 15).

BIBLIOGRAFÍA

1. Pivonello R, de Martino, de León M, Lombardi G, Colao A. Cushing's síndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2008;37:135-49.
2. Díez JJ, Gómez-Pan A. Diagnóstico del síndrome de Cushing. En: Novaendo editor. *Barcelon: Ed. EDIKA Med; 2002. p. 1-10.*
3. Coureau B, Bussièrès JF, Tremblay S. Cushing's syndrome induced by misuse of moderate to high-potency topical corticosteroids. *Ann Pharmacother.* 2008;42:1903-7.
4. Leal-Cerro A, Silva Muñoz H, Venegas Moreno E, Astorga Jiménez R. Síndrome de Cushing. En: Tresguerres Jesus AF, Aguilar Benitez de Lugo E, Devesa Mugica J, Moreno Esteban B (eds). *Tratado de Endocrinología Básica y Clínica. Vol 1. Editorial Sintesis, 2000; pp.1070-1080.*
5. Woo Wk, Mckenna KE. Iatrogenic adrenal suppression from use of a potent topical steroid. *Clin Exp Dermatol* 2003;28(6):672-3.
6. Arnaldi G, Angeli A, Atkinson B, Bertagna X, Cavagnini F, Chrousos GP, et al. Diagnosis and complications of cushing's syndrome: a consensus statement. *J Clin Endoc Metab* 2003;88:5593-5602.
7. Guven A, Gulumser O, Ozgen T. Cushing's syndrome and adrenocortical insufficiency caused by topical steroids: Misuse or abuse? *J Pediatr Endocrinol Metab* 2007;20:1173-82.
8. Antillón C.A, Faugier E, Ramírez D. Síndrome de cushing secundario a aplicación tópica de esteroides. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2004;49 (1):43-46.
9. Motes Velásquez MA, Suárez Peña E, Velásquez P A, Cedeño Almaguer Y. Síndrome de cushing secundario a tratamiento con cremas esteroideas. *Correo Científico Médico de Holguín* 2008;12(5). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no125/pdf/n125presc1.pdf> [acceso: julio 2011].
10. Semiz S, Balci YI, Ergin S, Candemir M, Polat A. Two cases of cushing's syndrome due to overuse of topical steroid in the diaper area. *Pediatr Dermatol.* 2008;25(5):544-7.
11. Hameed R, Zacharin MR. Cushing syndrome, adrenal suppression and local corticosteroid use. *J Paediatr Child Health.* 2006;42:392-4.
12. Nieman LK, Biller BM, Findling JW, Newell-Price J, Savage MO, Stewart PM, et al. The diagnosis of cushing's syndrome: an Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008;93:1526-40.
13. Abraham G Exogenous cushing's syndrome induced by surreptitious topical glucocorticosteroide overdose in infants with diaper dermatitis. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2007;20(11):1169-71.
14. Keil M, Batista D, Constantine A, NICHD, The National Institutes of Health, Bethesda, MD. Early identification of Cushing' Syndrome in children. Disponible en: <http://www.csrf.net/Keil-handout-final.pdf> [acceso: julio 2011].
15. Walling HW, Swick BL. Update on the management of chronic eczema: new approaches and emerging treatment options. *Clin Cosmet Investig Dermatol.* 2010; 3: 99-117.

Cushing syndrome secondary to steroid use

SUMMARY

A ten years old school girl who was diagnosed with Cushing's syndrome after the administration oral or topical steroids for five consecutive years. Characteristic clinical features: moon face, short stature, centripetal fat distribution, hirsutism, lower limb deformity, atopic dermatitis and delayed psychomotor development, low serum cortisol, high level of glucose and cholesterol. Cushing's syndrome is the clinical consequence of the presence of serum concentrations of steroids abnormally high. In this case these drugs were applied topically and systemically, sometimes for medical reasons and other for maternal administration. The steroid medication was suspended slowly to avoid complications. After two months, there was significant clinical improvement. The use of steroids should be under strict medical supervision.

Key words: Cushing Syndrome; Steroids; Hydrocortisone.

Dirección para la correspondencia: Dra. Lena Sofía Periut González. Edificio 42 apto. 806 Ciudad Camilo Cienfuegos, Habana del Este. La Habana, Cuba. CP 11700.

E-mail: lenasofia@infomed.sld.cu