

CASOS CLINICOS

Dra. Patricia Chang*

Dra. Amelia López **

Dr. Victor Román Toro***

Dr. Luis Miguel Cabrera ****

Dra. Gabriela Rivera *****



* Dermatóloga Hospital General de Enfermedades IGSS

** Especialista en Medicina Interna Hospital General de Enfermedades IGSS

***Endocrinólogo Hospital General de Enfermedades IGSS

**** Patólogo Hospital General IGSS

***** Residente IV Medicina Interna Hospital General de Enfermedades IGSS

CASO CLINICO I



- **Femenina**
- **57 años**
- **Consulta emergencia: dolores articulares**
- **Por lesión cutánea se hace interconsulta en abdomen placas eritemato-escamosas**



RESTO DEL EXAMEN FISICO











Paciente había venido presentando dolores articulares desde hace un año por lo cual había recibido múltiples tratamientos orales a base antiinflamatorios no esteroides y en los últimos 4 meses ella se auto medicó esteroides de depósito inyectados 1 ampolla por mes por el tiempo ya descrito.

Antecedentes familiares sin importancia y personales diabética desde hace 2 años tratada con metformina 850 mg 2 veces al día.

Los únicos resultados positivos fueron glicemia post pandrial 243mg/dl,(80-180) hemoglobina glicosilada 7.89% (4.8-6 %), cortisol antes de las 10 a.m. 85.2 nmol/l (123.0-626.0) KOH positivo para micelio de dermatofito y en el cultivo se aisló *T.rubrum*

DIAGNOSTICO CASO CLINICO I

**Síndrome de Cushing exógeno
Tiña del cuerpo extensa**

CASO CLINICO II

Femenina de 28 años de edad ingresada en el Servicio de Medicina para estudio por presentar lesiones dermatológicas desde hace 4 meses.

Resto del examen físico : hipertricosis , pápulas faciales y en tórax anterior y posterior, estrías atróficas en cara interna de muslos y abdomen, joroba dorsal y melanoniquia de las 20 uñas.

Resto del examen físico dentro de límites normales.

Antecedentes médicos familiares y personales sin importancia.

Paciente refiere que hace 4 meses empezó a notar acné, la presencia de vellos, estrías y caída de las uñas lo cual la motivo a consultar a su unidad periférica en donde por los hallazgos clínicos deciden realizar una tomografía axial computarizada cerebral , debido al hallazgo encontrado es enviada al Servicio de medicina interna para su estudio

CASO CLINICO II



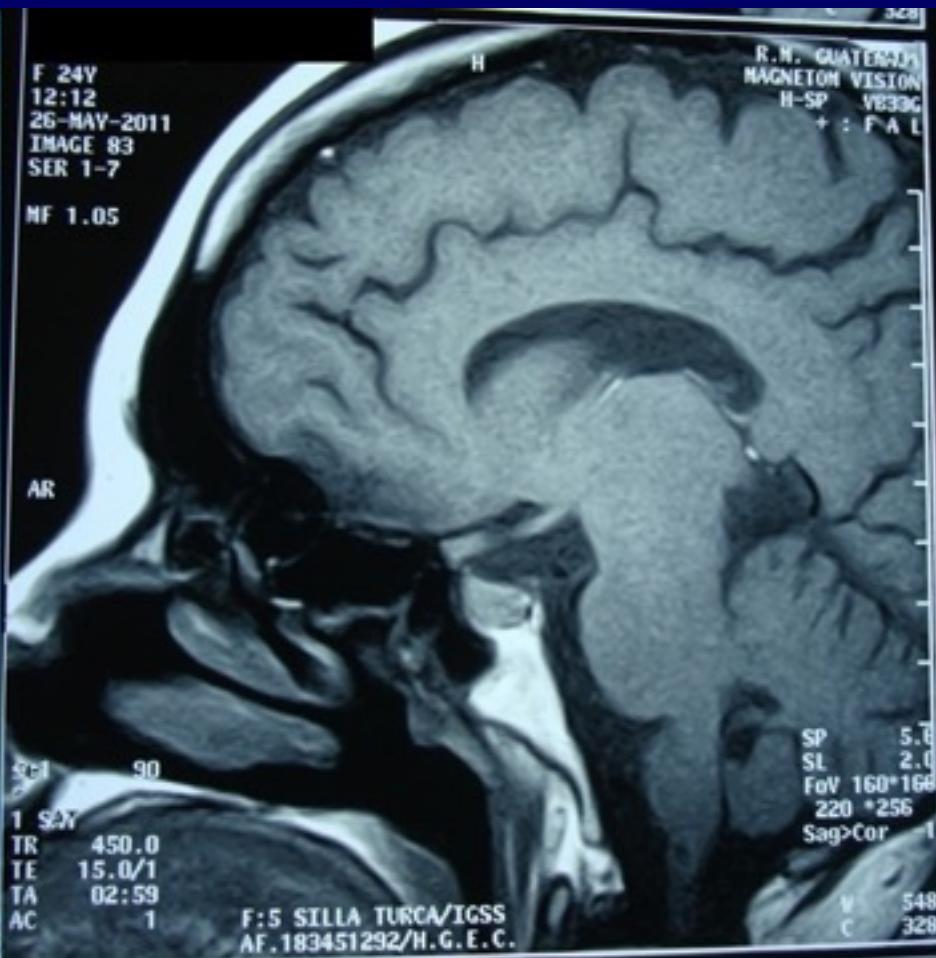
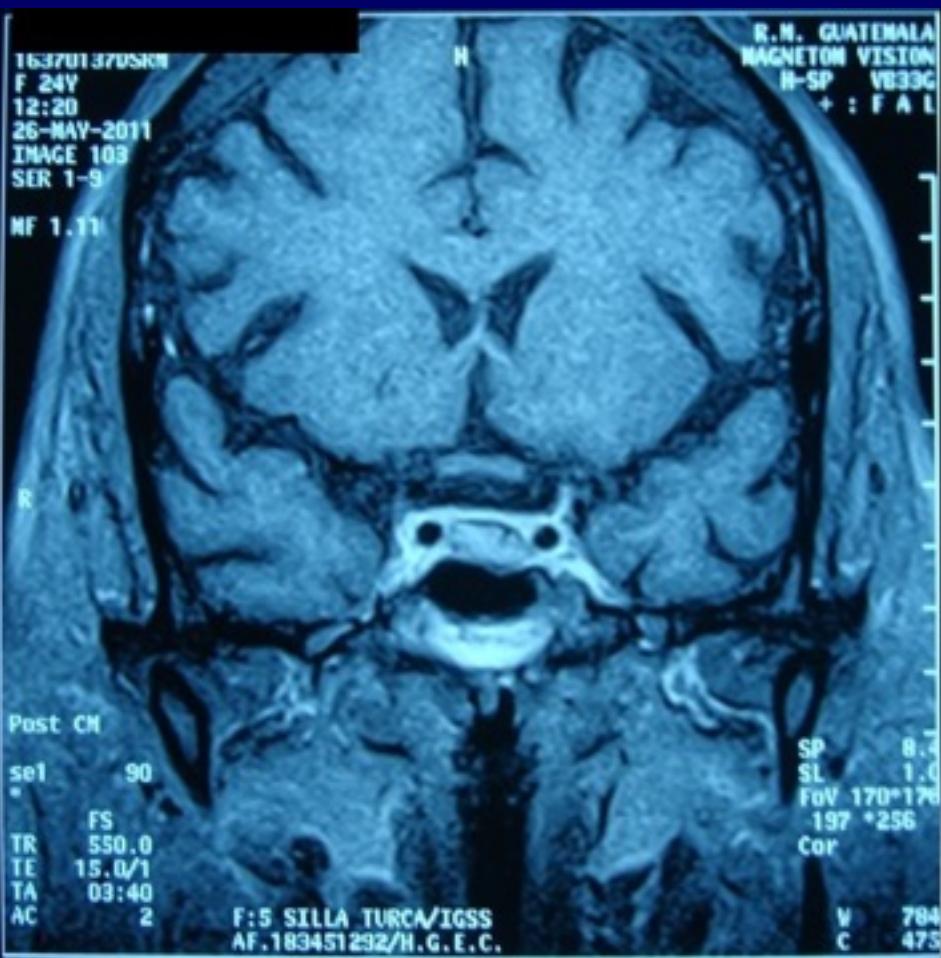












Con estos datos clínicos se hizo el diagnóstico de **Síndrome de Cushing**
Exámenes complementarios :

Hematología completa, QQSS, electrolitos pruebas de función hepática, niveles de ACTH y cortisol.

Resultados de laboratorio : Hb 10.5 g/dl, (11.5-14.5) Hto.: 31% (33-45),
potasio 3.3 mmol/l (3.5-5.1), sodio 153 mmol/ L (136-145), calcio 7.4 mg/dl
(8.4-10.2) aspartato amino transferasa(ASAT) 75 U/L 15-46),
alaninoaminotrasferasa
(ALAT) 68 U/L, (11-66), fosfatasa alcalina 194 U/L (38-126),
gamaglutamiltransferasa (GGT) 482 U/L (17-58), deshidrogenasa láctica (DHL)
1,935 UL(313-618), hormona-adrenocortical (ACTH) al azar 500 pg/ml (7.9-66.1),
hormona adrenocortical (23:00 hrs): 25.1 pg/ml (7.9-66.1),
hormona adrenocortical (07:00): 43.7 pg/ml (7.9-66.1),
cortisol a las 23:00 hrs: 696 nmol/L (123.0-626.0),
Cortisol a las 07:00 hrs: 948 nmol/L (123.0-626).

DIAGNOSTICO CASO CLINICO II

Síndrome De Cushing por adenoma hipofisiario se presenta el caso al departamento de neurocirugía para tratamiento quirúrgico pero paciente rehúsa procedimiento y pide su egreso contraindicado.

CASO CLINICO III



Paciente femenina de 30 años quien consultó a su unidad periférica por presentar edema generalizado, acné, disfonía amenorrea y engrosamiento en piel de manos y uñas quebradizas de 2 meses de evolución. En unidad periférica realizan tomografía axial computarizada del abdomen, la cual mostró una masa suprarrenal izquierda,





Exámenes complementarios

glóbulos blancos: 8.24 10³/uL, (5.0-10.0), Neutrofilos 82% (40-74), Hb: 14 g/dl (11.5-14.5), Hematocrito: 44.8 % (33-45), Plaquetas: 263,000 10³ /uL (150.0-500.0), Cortisol antes de las 10:00 hrs: 1,100 nmol/L (123.0-626.0), ASAT: 84 U/L (15-46), ALAT: 51 U/L (11-66), FA: 139 U/L (38-126), GGT: 65 U/L (17-58), DHL: 3094 U/L, (313-618), prolactina 51 ng/ml (3.7-17-9), Tiroxina libre: 0.78 ng/dl (0.71-1.85), Testosterona 9.61 ng/ml (0.1-1.2), TSH: 0.36 uIU/ml (0.47-4.64), Hormona adrenocortical: 0.01 pg/ml (7.9-66.1).

A la paciente se le realiza adrenalectomía laparoscópica la cual fue reportada por patología como un carcinoma adrenocortical grado III de Furhman por lo que se realizaron tomografías de estadificación en donde se documentaron lesiones de metástasis a hígado, polo superior riñón del derecho derrame pleural bilateral es evaluado por el departamento de oncología y se le inicia tratamiento a base de doxorubicina (80 mg) /ciclofosfamida (750 mg) /vincristina (2mg) cada 21 días por 3 ciclos luego de los cuales en tomografías control persisten múltiples lesiones hepáticas mayores a 6.7 cms con mejoría respecto a derrame pleural y persistencia de masa suprarrenal derecha por lo que planifica otros 3 ciclos con el esquema ya mencionado sin embargo cuando paciente asiste a recibirlos se documenta proceso infeccioso pulmonar. Paciente fallece meses más tarde por una complicación infecciosa pulmonar.

280295270
F, 30Y

A SU MEDICO TRATAR
Sympho
MR 200
Hi

Cor

RALLELM/M

P

RMI. ANGIO ABD. SUPERIOR

A SU MEDICO TRATAR

GSS AFIL 280295270 ELIZABETH
10/08/1980, F, 30Y

STUDY 1
0/08/2010
15 16 35 p.m.
3 IMA 1 / 1

una masa suprarrenal izquierda,

A SU MEDICO TRATANTE TUDY 1
Symphony 0/08/2010
MR 2004A5 16 35 p.m.
HFS3 IMA 1 / 1
+LPH



10

MF 1.46

R 3.7

E 1.7

SP A1A 23.82

SL 199 W 590.0

FoV 371 MIP_COR/ND/SUB
230p

1
W 301.2:SP2-5
C fl3d1 / 25

.46

7

7

82

90.0

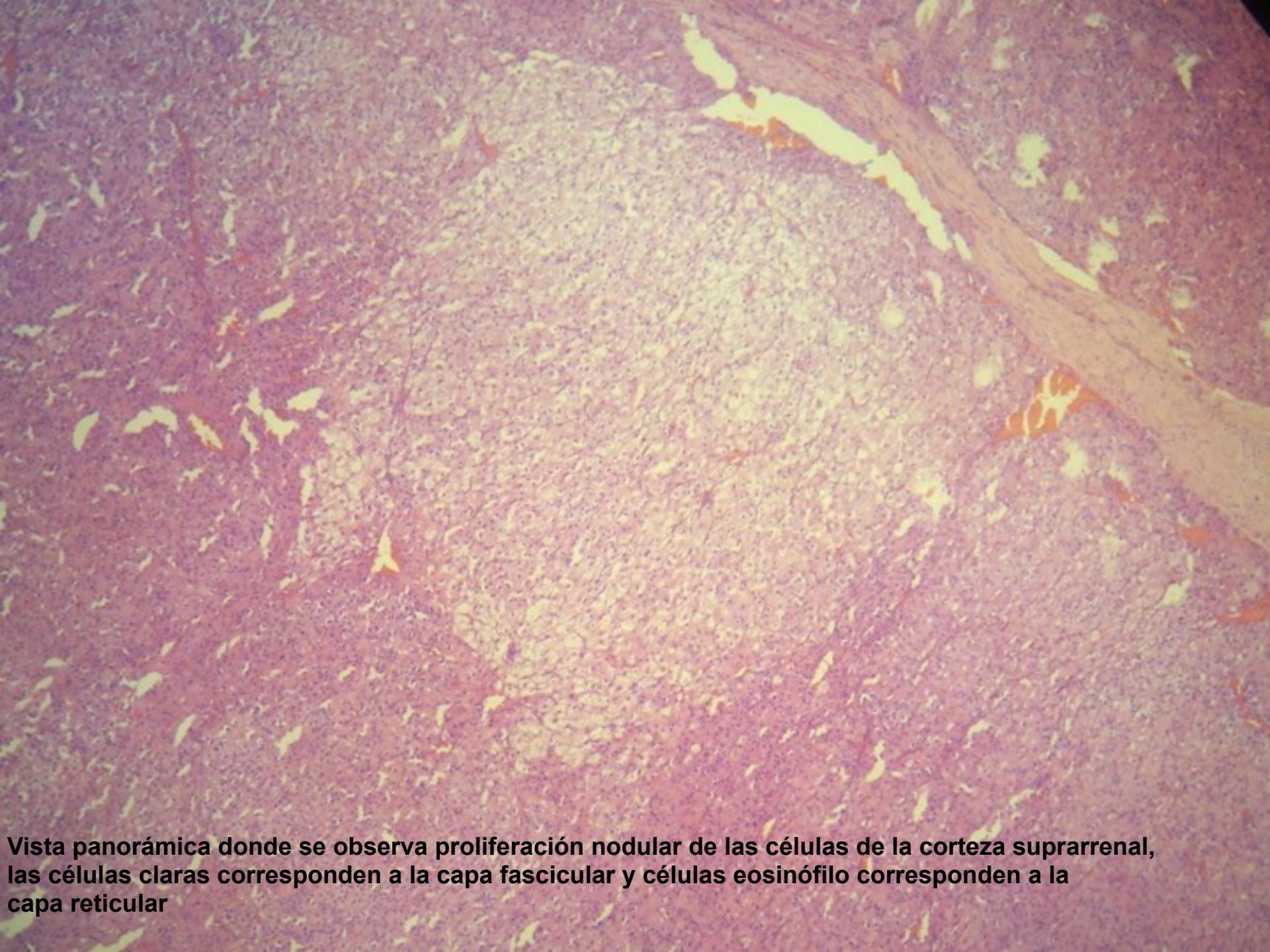
COR/ND/SUB

SP2-5
/25

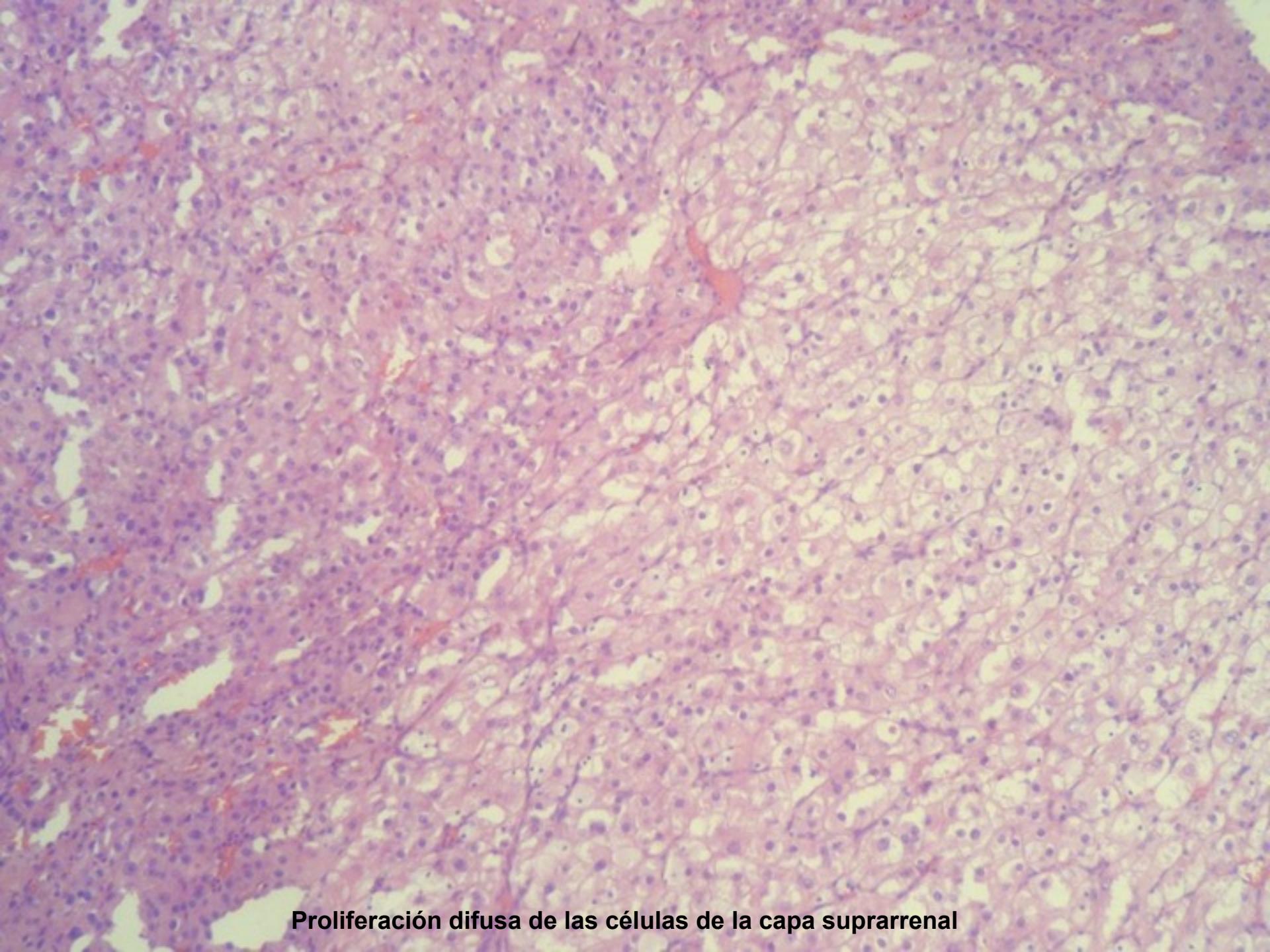
1
RMI ANGIO ABD. SUPERIOR

1
RMI ANGIO ABD. SU



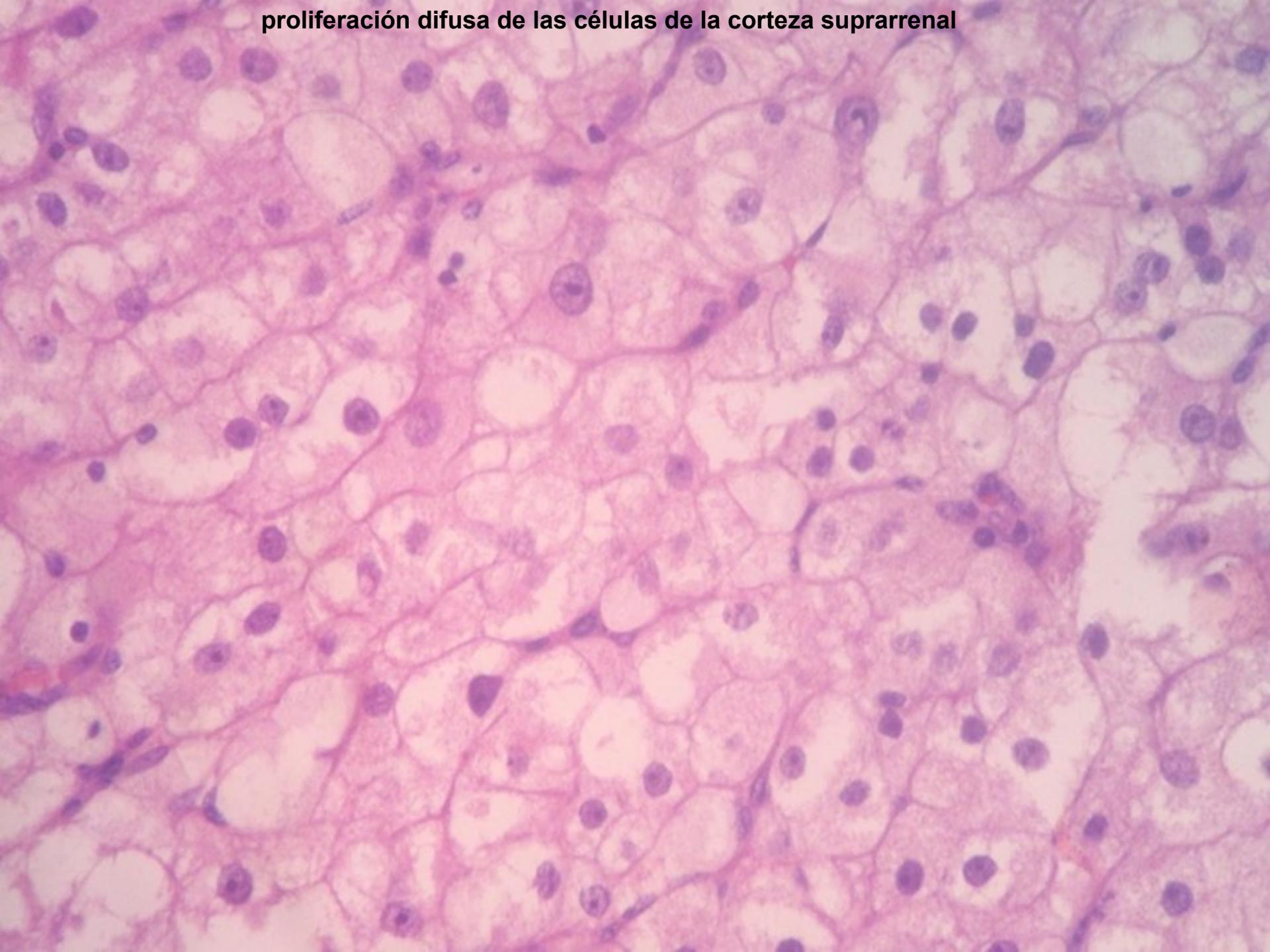


Vista panorámica donde se observa proliferación nodular de las células de la corteza suprarrenal, las células claras corresponden a la capa fascicular y células eosinófilo corresponden a la capa reticular

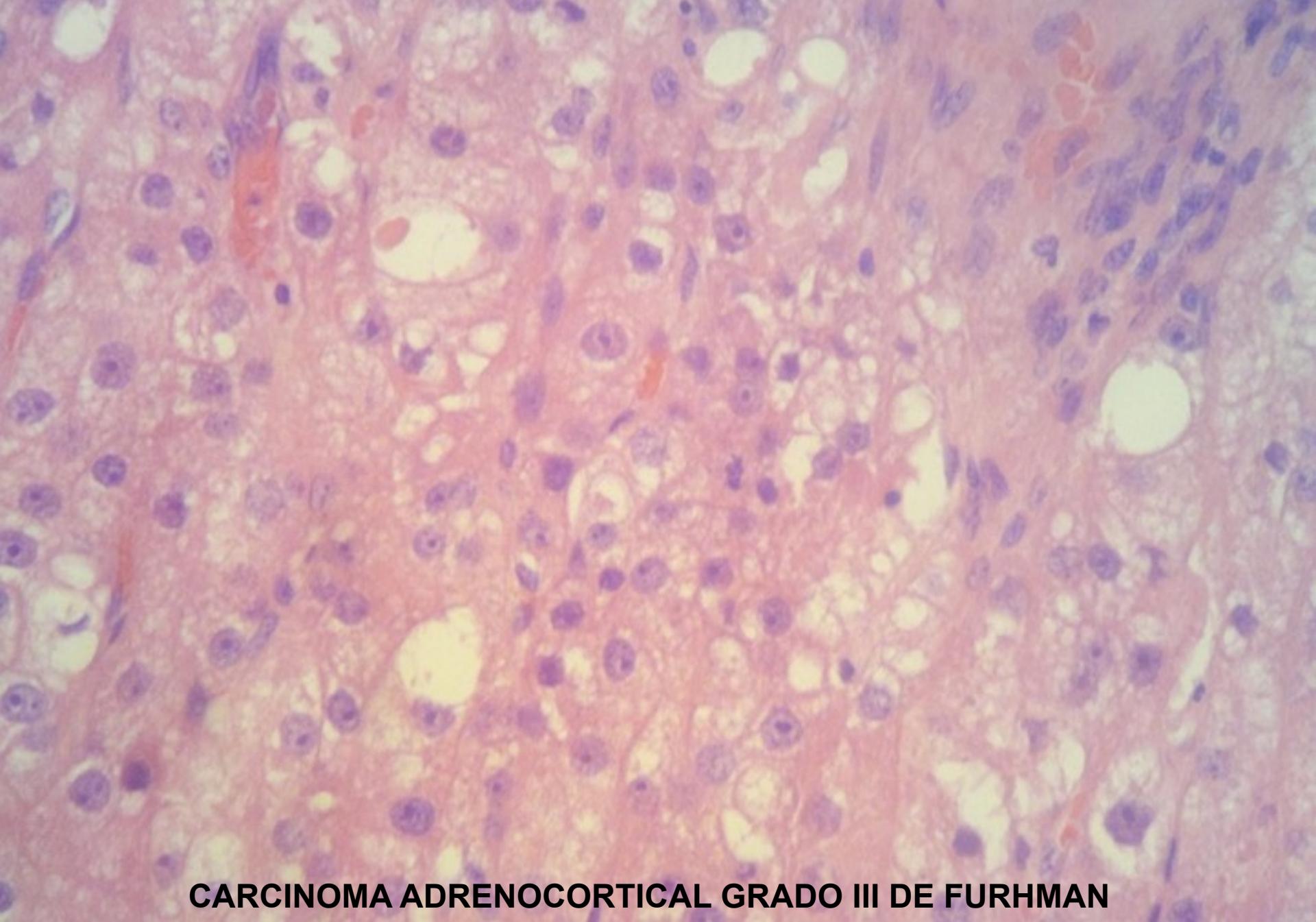


Proliferación difusa de las células de la capa suprarrenal

proliferación difusa de las células de la corteza suprarrenal



Se observan células neoplásicas las cuales son pleomórficas, con núcleos anaplásicos e hipercromáticos y presencia de mitosis



CARCINOMA ADRENOCORTICAL GRADO III DE FURHMAN

DIAGNOSTICO CASO CLINICO III

**Síndrome Cushing asociado a Carcinoma
adrenocortical grado III de Furhman**