

¿Qué es el síndrome de Cushing?

El síndrome de Cushing consiste en niveles altos persistentes de una hormona llamada cortisol.

El **síndrome de Cushing exógeno** está causado por el uso de fármacos que aumentan los niveles de cortisol en la sangre. La causa más frecuente del síndrome de Cushing exógeno son los esteroides orales, que a menudo se recetan para afecciones como el asma, el lupus o la artritis reumatoide.

El **síndrome de Cushing endógeno** es el resultado de la producción excesiva de cortisol en el cuerpo. Aproximadamente entre el 60 % y el 70 % de los pacientes con este síndrome tienen un tumor benigno en una parte específica del cerebro (la hipófisis) que causa un exceso de producción de cortisol. Esta forma se conoce como **enfermedad de Cushing**. El síndrome de Cushing puede estar causado con menos frecuencia por tumores en los pulmones, el páncreas, la glándula tiroidea o la glándula suprarrenal.

Si bien se desconoce el número exacto de personas con síndrome de Cushing, se diagnostica en aproximadamente de 2 a 8 personas por cada millón de personas al año, normalmente entre los 30 y los 49 años.

Signos y síntomas frecuentes del síndrome de Cushing

Los pacientes con síndrome de Cushing suelen tener cara redondeada, debilidad muscular, fácil aparición de moretones, estrías moradas y cuerpos adiposos en la parte superior de la espalda.

Otros signos y síntomas frecuentes del síndrome de Cushing incluyen aumento de peso reciente, irregularidades menstruales, depresión, presión arterial alta, nivel alto de azúcar en sangre, crecimiento excesivo del vello y trastornos del sueño.

¿Cómo se diagnostica el síndrome de Cushing?

Después de confirmar que no se han utilizado esteroides exógenos, los médicos diagnostican el síndrome de Cushing midiendo el cortisol en la orina o la saliva o comprobando los niveles de cortisol por la mañana después de que los pacientes tomen un comprimido de esteroides sintéticos por la noche. Normalmente, los pacientes deben realizarse más de 1 de estas pruebas para confirmar el diagnóstico de síndrome de Cushing. Las técnicas adicionales de obtención de muestras de sangre y las imágenes por resonancia magnética (magnetic resonance imaging, MRI) de la hipófisis o la glándula suprarrenal pueden ayudar a determinar la fuente del exceso de cortisol.

Es importante realizar el diagnóstico porque los pacientes con síndrome de Cushing presentan un mayor riesgo de ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, diabetes, colesterol alto, depresión, ansiedad, fracturas óseas, coágulos de sangre e infecciones, y tiene una mayor mortalidad general que las personas que no tienen síndrome de Cushing.

¿Cómo se trata el síndrome de Cushing?

La cirugía es el tratamiento de primera línea para los tumores que causan el síndrome de Cushing. Si bien la cirugía de la hipófisis es la operación que se realiza con más frecuencia, las técnicas quirúrgicas varían en función del tipo, tamaño y ubicación del tumor.



Si la cirugía no es viable o eficaz, los pacientes con síndrome de Cushing a menudo reciben tratamiento con medicamentos, como osilodrostat, levoketoconazol o mifepristona, que la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drug Administration, FDA) de los EE. UU. ha aprobado para esta afección. Otros fármacos utilizados habitualmente son ketoconazol, metirapona y etomidato.

Los pacientes que no estén completamente curados después de la cirugía también pueden ser tratados con radioterapia, que tiene una tasa de éxito del 92 % entre aquellos con tumores de la hipófisis.

Resultados típicos después del tratamiento del síndrome de Cushing

Después del tratamiento quirúrgico, los niveles de cortisol caen por debajo de lo normal, por lo que los pacientes necesitan tratamiento con hidrocortisona. Los niveles de cortisol vuelven a la normalidad entre 7 meses y 2.5 años después de la intervención quirúrgica, dependiendo de la ubicación del tumor. Aproximadamente un tercio de los pacientes que se someten a cirugía de la hipófisis por síndrome de Cushing presentan recurrencia de la afección después de la operación.

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
(Instituto Nacional de la Diabetes, las Enfermedades Digestivas y Renales)

Autora: Rebecca Voelker, MSJ

Publicado en línea: 1 de marzo de 2024. doi:10.1001/jama.2023.19100

Afiliaciones de la autora: Escritora colaboradora, JAMA.

Divulgaciones relacionadas con conflictos de intereses: No se informó ninguna.

Fuente: Reincke M, Fleseriu M. Cushing syndrome: a review. *JAMA*. 2023;330(2):170-181. doi:10.1001/jama.2023.11305

La hoja para el paciente de JAMA es un servicio público de JAMA. La información y las recomendaciones que aparecen en esta hoja son adecuadas en la mayoría de los casos, pero no reemplazan el diagnóstico médico. Para obtener información específica relacionada con su afección médica personal, JAMA le sugiere que consulte a su médico. Los médicos y otros profesionales de atención médica pueden descargar o fotocopiar esta hoja con fines no comerciales para compartirla con los pacientes. Para comprar reimpressiones en grandes cantidades, envíe un correo electrónico a reprints@jamanetwork.com.