



DOI: <https://doi.org/10.23857/dc.v12i1.4766>

Ciencias de la Salud
Artículo de Investigación

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

Cushing's syndrome: cutaneous manifestations and considerations in surgical management

Síndrome de Cushing: manifestações cutâneas e considerações no tratamento cirúrgico.

David Alejandro Orbea Jácome ^I
davichoorbea@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-2271-847X>

Daniela Monserrath Ocaña Viera ^{II}
monsedani2301@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0009-5160-7594>

Luis Alberto Vélez Quezada ^{III}
betovlzq@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9667-7806>

Fernando Alexander Bravo Calderón ^{IV}
alexfer2294@hotmail.com
<https://orcid.org/0009-0003-2762-6249>

Vanessa Stefannia Cabrera Ramón ^V
vanesacabrera0669@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-9667-7806>

Correspondencia: davidchoorbea@gmail.com

***Recibido:** 27 de enero de 2025 ***Aceptado:** 15 de febrero de 2025 *** Publicado:** 25 de marzo de 2026

- I. Médico. Quito, Ecuador
- II. Médico. Quito, Ecuador
- III. Médico. Quito, Ecuador
- IV. Médico. Quito, Ecuador
- V. Médico. Quito, Ecuador

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo analizar las manifestaciones cutáneas y las consideraciones en el manejo quirúrgico del síndrome de Cushing, con énfasis en los criterios diagnósticos, las opciones terapéuticas y los factores que influyen en la remisión postoperatoria. Se empleó una metodología basada en la revisión de consensos de sociedades científicas internacionales, ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas y estudios observacionales, incluyendo registros epidemiológicos de Europa, Latinoamérica y Colombia, así como la presentación de casos clínicos. Los principales resultados evidencian que las manifestaciones cutáneas como atrofia dérmica, estrías purpúreas, fragilidad vascular y acné esteroideal constituyen signos predictivos relevantes del hipercortisolismo. En el manejo quirúrgico, se confirmó que la vía transesfenoidal para adenomas hipofisarios y la adrenalectomía laparoscópica para tumores suprarrenales ofrecen las mayores tasas de remisión, aunque estas dependen críticamente de la experiencia del cirujano y del volumen de cirugías anuales. Se identificó que las tasas de remisión en Latinoamérica son inferiores (15-41%) a las reportadas en centros de alta especialización (74-96%), atribuibles a la experticia quirúrgica y al tamaño tumoral. Asimismo, se destaca la necesidad de un manejo perioperatorio multidisciplinario para prevenir complicaciones tromboembólicas, infecciosas y la insuficiencia suprarrenal postquirúrgica. Se concluye que el síndrome de Cushing constituye un reto considerable para los sistemas de salud, pues requiere estudios complejos, seguimiento a largo plazo y un equipo multidisciplinario experimentado para identificar la causa, administrar un tratamiento adaptado, detectar precozmente la recurrencia, garantizar una sustitución hormonal adecuada y tratar las comorbilidades derivadas del exceso de glucocorticoides, siendo imperativo desarrollar estrategias efectivas en el manejo de estos pacientes a nivel local y global.

Palabras Claves: síndrome de Cushing, manifestaciones cutáneas, manejo quirúrgico

Abstract

This research aimed to analyze the cutaneous manifestations and surgical management considerations of Cushing's syndrome, with an emphasis on diagnostic criteria, therapeutic options, and factors influencing postoperative remission. A methodology based on a review of international scientific society consensus statements, clinical trials, meta-analyses, systematic reviews, and observational studies was employed, including epidemiological registries from Europe, Latin

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

America, and Colombia, as well as the presentation of clinical cases. The main results demonstrate that cutaneous manifestations such as dermal atrophy, purplish striae, vascular fragility, and steroid acne are relevant predictive signs of hypercortisolism. Regarding surgical management, the transsphenoidal approach for pituitary adenomas and laparoscopic adrenalectomy for adrenal tumors were confirmed to offer the highest remission rates, although these rates are critically dependent on the surgeon's experience and the volume of annual surgeries. It was found that remission rates in Latin America are lower (15-41%) than those reported in highly specialized centers (74-96%), attributable to surgical expertise and tumor size. Furthermore, the need for multidisciplinary perioperative management to prevent thromboembolic and infectious complications, as well as postoperative adrenal insufficiency, is highlighted. It is concluded that Cushing's syndrome poses a considerable challenge to healthcare systems, requiring complex studies, long-term follow-up, and an experienced multidisciplinary team to identify the cause, administer tailored treatment, detect recurrence early, ensure adequate hormone replacement, and treat comorbidities resulting from glucocorticoid excess. Therefore, it is imperative to develop effective strategies for managing these patients at both local and global levels.

Keywords: Cushing's syndrome, cutaneous manifestations, surgical management.

Resumo

Esta investigação teve como objetivo analisar as manifestações cutâneas e as considerações sobre a gestão cirúrgica da síndrome de Cushing, com ênfase nos critérios de diagnóstico, opções terapêuticas e fatores que influenciam a remissão pós-operatória. Foi empregue uma metodologia baseada na revisão de consensos de sociedades científicas internacionais, ensaios clínicos, meta-análises, revisões sistemáticas e estudos observacionais, incluindo registros epidemiológicos da Europa, América Latina e Colômbia, bem como a apresentação de casos clínicos. Os principais resultados demonstram que manifestações cutâneas como atrofia dérmica, estrias arroxeadas, fragilidade vascular e acne esteroide são sinais preditivos relevantes de hipercortisolismo. Em relação à gestão cirúrgica, a abordagem transesfenoidal dos adenomas hipofisários e a adrenalectomia laparoscópica dos tumores adrenais foram confirmadas como as que oferecem as maiores taxas de remissão, embora estas taxas dependam criticamente da experiência do cirurgião e do volume de cirurgias realizadas anualmente. Verificou-se que as taxas de remissão na América Latina são inferiores (15-41%) às reportadas em centros altamente especializados (74-96%), atribuíveis à experiência cirúrgica e ao tamanho do tumor. Além disso, destaca-se a necessidade de

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

uma abordagem perioperatória multidisciplinar para prevenir complicações tromboembólicas e infecciosas, bem como a insuficiência adrenal pós-operatória. Conclui-se que a síndrome de Cushing representa um desafio considerável para os sistemas de saúde, exigindo estudos complexos, acompanhamento a longo prazo e uma equipa multidisciplinar experiente para identificar a causa, administrar tratamento individualizado, detetar recidivas precocemente, garantir uma reposição hormonal adequada e tratar as comorbilidades decorrentes do excesso de glicocorticóides. Assim, é imprescindível desenvolver estratégias eficazes para a gestão destes doentes a níveis local e global. Palavras-chave: síndrome de Cushing, manifestações cutâneas, tratamento cirúrgico.

Introducción

La descripción de Harvey Cushing del síndrome que lleva su nombre data de 1912. El síndrome de Cushing abarca un conjunto de trastornos clínicos causados por un aumento crónico de las concentraciones sanguíneas de cortisol o los corticosteroides relacionados. La enfermedad de Cushing es el síndrome provocado por una producción hipofisaria excesiva de hormona adrenocorticotrópica (ACTH) y es secundaria a la presencia de un adenoma hipofisario.

También se define como el hipercortisolismo endógeno (HE) es una enfermedad poco común, ocasionada por la exposición prolongada al exceso de glucocorticoides endógenos en los tejidos. *(Mamani Huanca et al., 2021)

Esta enfermedad aparece de forma más frecuente en la quinta década de la vida, en otras literaturas lo describen entre los 20 y los 40 años. Cada día las series reportan sus casos en edades más jóvenes porque el diagnóstico se hace más precoz teniendo en cuenta que los fenotipos Cushing se han incrementado y la búsqueda de la enfermedad se hace más activa. (Valassi et al., 2011)

Cabrera et al., (2021) profesores de la Universidad de Ciencias Médicas. Y Instituto de Endocrinología y del Hospital Militar La Habana, Cuba declaran en su investigación que el hipercortisolismo endógeno es más prevalente en mujeres que en hombres, con una proporción 3:1 especialmente en los pacientes con enfermedad de Cushing y un predominio de la piel blanca.

Estudios epidemiológicos muestran lo variable que son las manifestaciones clínicas del SC y difieren en severidad dependiendo del grado y la duración del hipercortisolismo. En una revisión, que incluyó más de 5 series de pacientes con HE, realizada por Susmeeta T, y otros publicada en 2015 se describen como características clínicas más frecuentes las siguientes: La obesidad central constituye la manifestación más común y a menudo es el signo inicial en los pacientes. Además, es

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

frecuente encontrar fascies de “luna llena”, acúmulo de grasa en la región de cervicodorsal y supraclavicular, estrías purpúreas adelgazamiento de la piel, debilidad en la musculatura proximal, fatiga, hipertensión arterial, acné, hirsutismo, intolerancia a la glucosa, disminución del deseo sexual e irregularidades menstruales. Otros hallazgos relativamente frecuentes incluyen: atrofia muscular, equimosis, osteoporosis e inclusive trastornos neuropsicológicos como depresión, irritabilidad y disfunción cognitiva(Sharma et al., 2015)

El síndrome de Cushing representa un desafío diagnóstico y terapéutico que requiere un abordaje integral por parte de equipos multidisciplinarios experimentados, dada su complejidad fisiopatológica y el impacto significativo en la morbilidad y mortalidad de los pacientes afectados.

En este contexto, resulta fundamental profundizar en el conocimiento de las manifestaciones clínicas que orientan la sospecha diagnóstica, particularmente las alteraciones cutáneas que constituyen signos tempranos y altamente predictivos del hipercortisolismo endógeno, así como en las consideraciones quirúrgicas que determinan el éxito terapéutico y la remisión a largo plazo.

La importancia, utilidad y relevancia de abordar esta temática radican en la necesidad de actualizar la evidencia disponible sobre los factores que influyen en los desenlaces postoperatorios, especialmente en regiones como Latinoamérica donde las tasas de remisión han mostrado variabilidad significativa en comparación con centros de alta especialización internacionales, lo que ha motivado la realización de este trabajo con el fin de contribuir a la optimización del manejo clínico y quirúrgico de estos pacientes en nuestro contexto.

El objetivo de esta investigación es analizar las manifestaciones cutáneas y las consideraciones en el manejo quirúrgico del síndrome de Cushing, integrando los criterios diagnósticos, las opciones terapéuticas y los factores que influyen en la remisión postoperatoria, motivado por la necesidad de consolidar una visión comprehensiva que permita mejorar los desenlaces clínicos y la calidad de vida de los pacientes que padecen esta patología.

A continuación, se presenta el desarrollo del trabajo, estructurado en categorías temáticas que abordan desde las bases clínicas del síndrome de Cushing hasta las consideraciones específicas en el manejo quirúrgico y el seguimiento a largo plazo.

Metodología

Se desarrolló una investigación de tipo revisión bibliográfica documental, fundamentada en la búsqueda, selección, análisis crítico y síntesis de la literatura científica publicada sobre el síndrome

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

de Cushing, con énfasis en las manifestaciones cutáneas y las consideraciones en el manejo quirúrgico. La estrategia de búsqueda se realizó en las bases de datos indexadas PubMed, Scopus y SciELO, empleando palabras clave en español e inglés como "síndrome de Cushing", "Cushing síndrome", "manifestaciones cutáneas", "manejo quirúrgico", "hipercortisolismo endógeno". Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para combinar los términos y refinar los resultados, aplicando un corte temporal comprendido entre los años 2008 y 2025, a fin de garantizar la actualidad y relevancia de la evidencia consultada. Se incluyeron artículos originales, consensos de sociedades científicas internacionales, ensayos clínicos, metanálisis, revisiones sistemáticas y estudios observacionales, priorizando los registros epidemiológicos provenientes de Europa, Estados Unidos, Irán y Latinoamérica, con especial atención a estudios desarrollados en Colombia y Argentina, así como la presentación de casos clínicos que aportaran información detallada sobre las manifestaciones cutáneas predictivas, los criterios diagnósticos funcionales y de imagen, las opciones terapéuticas farmacológicas y quirúrgicas, y los factores asociados a la remisión postoperatoria. El análisis documental se estructuró en categorías temáticas que permitieron integrar los hallazgos desde la fisiopatología hasta el manejo perioperatorio y el seguimiento a largo plazo, con el propósito de consolidar una visión comprehensiva del abordaje integral de esta patología.

Desarrollo

Revisión de la Literatura

Los hallazgos derivados de la revisión bibliográfica documental permiten caracterizar la frecuencia signos y síntomas con que se presentan estas alteraciones que se presenta en la tabla 1

Signos y Síntomas	Frecuencia (%)
Obesidad central	97%
Fascies de luna llena	89%
Hipertensión arterial	76%
Adelgazamiento cutáneo y equimosis	75%
Diabetes o intolerancia a la glucosa	70%
Disfunción gonadal	69%
Debilidad muscular	68%
Hirsutismo, acné	56%
Desórdenes neuropsicológicos	55%
Osteoporosis	40%
Edema	15%
Polidipsia/Poliuria	10%
Infecciones fúngicas	8%

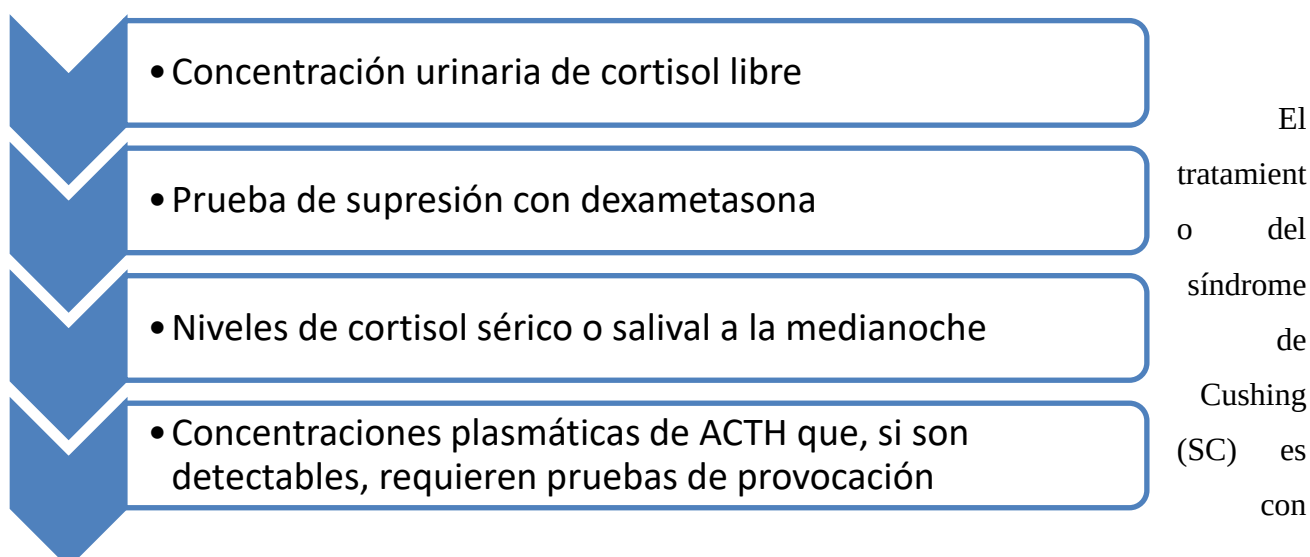
Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

La presencia de estos signos y síntomas como de la obesidad central, la dislipidemia, la hipertensión arterial, la resistencia a la insulina y los trastornos en la tolerancia a la glucosa (componentes del síndrome metabólico), aceleran el proceso de la aterosclerosis sistémica. El exceso de glucocorticoides genera además, un estado protrombótico que se acompaña de disfunción endotelial. Esto se traduce en un mayor riesgo de infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, ictus y eventos tromboembólicos venoso. Por lo que se estima un incremento de la mortalidad hasta 4 veces mayor cuando se compara a estos pacientes con la población general, de ahí que pueda considerarse una enfermedad potencialmente letal Asociado a la necesidad de eliminar la causa del exceso de glucocorticoides, se recomienda la evaluación del riesgo cardiovascular global y el tratamiento intensivo de cada uno de los factores de riesgo durante la fase activa, en el periodo de remisión y luego de la curación(García et al., 2014)

Debido a la variabilidad clínica y bioquímica de los pacientes el diagnóstico del SC no siempre es fácil Para establecer el diagnóstico es necesario tener la sospecha clínica, la cual se debe confirmar por medio de estudios de tamización y confirmación, con pruebas tanto funcionales como de imagen, para así instaurar un tratamiento óptimo y oportuno que impacte sobre la morbilidad y mortalidad y logre una remisión completa del cuadro

En este mismo orden y dirección el diagnóstico se basa en el antecedente del consumo de corticosteroides y/o en el hallazgo de un aumento del nivel sérico de cortisol relativamente autónomo(García Botina et al., 2017; Maggiari et al., 2025)

Diagnóstico del síndrome de Cushing



Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

frecuencia difícil, y entre sus modalidades, en el caso del hipercortisolismo endógeno, el paciente puede requerir cirugía (de elección), tratamiento farmacológico y/o radioterapia.

Debido a que el tratamiento quirúrgico ofrece posibilidades de curación, este debe ser el tratamiento de elección en el paciente con SC de cualquier causa, es decir:

- a) Resección del tumor hipofisiario en el caso de enfermedad de Cushing,
- b) Suprarrenalectomía unilateral en el caso de adenoma o carcinoma suprarrenal o suprarrenalectomía bilateral en el caso de hiperplasia (Cushing ACTH independiente)
- c) Resección del tumor ectópico. (Fleseriu et al., 2021)

El tratamiento farmacológico, aunque no constituye la primera línea de tratamiento en el hipercortisolismo endógeno, desempeña un importante rol en determinados pacientes con síndrome de Cushing. Diversos fármacos pueden ser utilizados, de forma aislada o combinada. El ketoconazol es una opción útil, económica, con determinada seguridad y eficacia a largo plazo.

Otros medicamentos utilizados en el SC son:

- Inhibidores de la esteroidogénesis adrenal (que bloquean en uno o varios pasos la síntesis de cortisol), agentes de acción central (que inhiben la secreción de ACTH por tumores de la hipófisis) y antagonistas de receptores de glucocorticoides. Cabe destacar que ninguno de estos ha sido aprobado por la FDA (Federal Drug Administration) para su uso en pacientes con SC o EC, siendo empleados en aquellos pacientes con contraindicación quirúrgica. (Espinosa de los Monteros-Sánchez et al., 2007)
- Inhibidores de la esteroidogénesis: utilizados para el control del hipercortisolismo
- **Metirapona:** inhibe selectivamente la 11 β hidroxilasa, reduciendo entre un 75-80% la concentración sérica de cortisol. Puede utilizarse como monoterapia a dosis de 250 mg BID hasta alcanzar 1,5 gr cada 6 horas. Es la droga de elección en las embarazadas por la seguridad demostrada en este grupo de pacientes-
- **Mitotano:** inhibe múltiples enzimas esteroidogénicas y a dosis altas posee también una acción adrenalítica causando atrofia y necrosis de la glándula suprarrenal. Debido a su toxicidad se utiliza en casos de carcinoma adrenal, y no se recomienda su uso en pacientes que desean embarazo ya que se acumula en el tejido adiposo hasta por 2 años posterior a la suspensión del mismo. Entre otros (Robles Torres et al., 2014)

El objetivo del tratamiento es normalizar las concentraciones de cortisol con el fin de corregir los signos clínicos y las comorbilidades asociadas al hipercortisolismo. A la espera del resultado del

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico
tratamiento específico, cada comorbilidad (HTA, hipopotasemia, diabetes, comorbilidades psiquiátricas, etc.) debe tratarse de manera individual específicamente

Los objetivos del tratamiento del SC podrían resumirse en:

- Restaurar la secreción normal de cortisol.
- Eliminar el tumor.
- Evitar el déficit hormonal.
- Evitar la sustitución hormonal definitiva.
- Disminuir la morbilidad y mortalidad asociada.(Robles Torres et al., 2014)

Debido al incremento en la prevalencia de esta patología, este trabajo tiene como iniciativa analizar consensos de sociedades científicas internacionales, ensayos clínicos, metanálisis, así como revisiones sistemáticas y generales, correspondientes a SC, con el manejo y propósito.

Manifestaciones cutáneas en los pacientes con SC

Los cambios dermatológicos traducen una alteración de la distribución subcutánea de la grasa, lo que clínicamente se manifiesta como "cara de luna", "cuello de búfalo", depósito graso en la cintura pelviana y reducción de la grasa en brazos y piernas .Las manifestaciones cutáneas en los pacientes con SC presentan atrofia cutánea generalizada con disminución de los componentes epidérmicos y dérmicos, estrías, fragilidad cutánea, púrpura (por reducción del soporte conectivo) y enlentecimiento en la curación de heridas. Es posible apreciar también acné esteroideal e hirsutismo. (Saenz de Santa María, 2011; Sampaio et al., 2021)

Atenciones en el manejo quirúrgico del SC

El primer paso para iniciar una terapéutica adecuada consiste en identificar la causa subyacente de la patología, siendo la cirugía el tratamiento de elección en la mayoría de los casos.

Los registros internacionales han proporcionado datos sobre incidencia, prevalencia, impacto clínico y manejo del SC., Albiero et al., (2010) señala en su investigación que en Latinoamérica hay un registro de EC publicado en Argentina En Colombia, en EC existen datos provenientes de dos estudios en Bogotá y Cali estos estudios reportaron tasas de remisión (15 y 41%). más baja que la informada en la literatura estudiadas (64-90%), esto puede ser debido a ciertos factores como la experticia del neurocirujano lo que es relevante en la remisión.

Con referencia a lo anterior los registros de Irán, USA y algunos países europeos han mostrado un porcentaje de remisión mayor (78-92%). La discordancia en estas estadísticas se ha atribuido a

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

varios factores. Honegger y Grimm en 2018 efectuaron un análisis de la literatura sobre la probabilidad de remisión postoperatoria de acuerdo al número de cirugías realizadas por cada neurocirujano. Encontraron que una experiencia de 10 cirugías al año justificó una tasa de remisión mayor al 70%, en un rango estrecho (74-96%). Mientras tanto en los centros que realizaban menos de 10 operaciones al año, las tasas de remisión fueron menores y ampliamente variables (50-100%). La edad de los pacientes es otro factor que se relaciona con la remisión postquirúrgica. Por otra parte, el tamaño del adenoma hipofisario se ha asociado con una menor probabilidad de remisión en tumores más grandes. Algunas series estudiadas han demostrado que los cirujanos de experiencia se remiten pacientes con características que predicen peores resultados en cuanto a control de la enfermedad y complicaciones quirúrgicas, como tumores de gran tamaño e invasión de senos cavernosos (Honegger & Grimm, 2018; Wang et al., 2021)

Hechas las observaciones anteriores en Cirugía la vía transesfenoidal constituye la opción terapéutica de elección en la EC, con una tasa de remisión del 70-90% y una baja mortalidad cuando es realizada por cirujanos expertos. Por su parte, la cirugía laparoscópica (adrenalectomía uni o bilateral) es de elección en el tratamiento del SC secundario a tumor adrenal, con una tasa de curación del 100% en el caso de adenomas unilaterales, aunque con menor éxito cuando se trata de carcinomas adrenales, en cuyo caso el pronóstico tiende a ser fatal al cabo de 2 – 3 años. Cuando el SC es secundario a secreción ectópica de ACTH, el tratamiento depende de la patología de base, usualmente consiste en la exégesis quirúrgica del tumor (por ejemplo carcinoma bronquial, timomas, etc).

Es saludable acotar dar terapia de reemplazo tanto en la cirugía transesfenoidal (dexametasona) como en la adrenalectomía ante el riesgo de insuficiencia adrenal (hidrocortisona más fludrocortisona). (Lima-Martínez et al., 2013)

Se destaca que posterior a la resolución quirúrgica, los pacientes afectados con SC presentan una supresión del eje hipófisis-hipotálamo-adrenal, por lo cual es necesario colocar dosis sustitutivas de esteroides, como hidrocortisona de 12-15 mg/m², o su equivalente de dexametasona, prednisona o prednisolona, al menos durante 1 mes, aunque en algunos casos su uso puede extenderse por un periodo de 6 a 12 meses; sin embargo, el momento óptimo para detener la terapia de reemplazo es cuando los valores séricos de cortisol post estimulación con CRH sean > 18 µg/dL (500 nmol/L). (Biller et al., 2008)

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

Sobre la base de las consideraciones anteriores declaran numerosas literaturas que en la actualidad no se ha llegado a un acuerdo entre las diferentes instituciones en lo relativo a los criterios de resolución de la EC; algunas recomiendan usar como criterio valores muy bajos de cortisol am (menores de 2 µg/dL, o valores entre 2-5 µg/dL), otras usan valores bajos de cortisol libre en orina de 24 horas (por debajo de 20 µg/24h), y otras, valores normales de cortisol post supresión con dosis bajas de dexametasona (1 mg o 2 mg)³⁸. No obstante, se coincide en que para considerar curación, debe haber remisión de las características clínicas, normalización de los valores séricos de cortisol y ausencia de recurrencia a largo plazo.(Tritos et al., 2011)

Después de todo lo explicado no se puede dejar de mencionar algo muy importante en el manejo quirúrgico del SC y es que los pacientes con enfermedad de Cushing (EC) pueden presentar complicaciones peri operatoria crónica y aguda que requieren atención multidisciplinaria. Esta revisión destaca varios objetivos para estos pacientes antes y después de la cirugía transesfenoidal. El manejo preoperatorio incluye el tratamiento de alteraciones electrolíticas, comorbilidades cardiovasculares, prediabetes/diabetes, así como consideraciones profilácticas para tromboembolismo e infecciones. La terapia médica preoperatoria (TMP) podría ser beneficiosa en pacientes con hipercortisolismo grave o en casos de cirugía tardía.

Si bien se espera que la cirugía induzca la remisión y mejore las morbilidades relacionadas con el cortisol, el período perioperatorio, desde el momento del diagnóstico hasta al menos 3 meses después de la operación, está marcado por la tasa más alta de morbilidad y mortalidad. Por lo tanto, es crucial evaluar y tratar la hipertensión, la hipocalemia, la hiperglucemia/diabetes, así como evaluar el riesgo de complicaciones tromboembólicas e infecciosas y utilizar medidas preventivas para reducir este riesgo. En particular, el riesgo de complicaciones como accidente cerebrovascular, tromboembolismo y sepsis podría persistir incluso durante la remisión a largo plazo

Resulta oportuno destacar que además del manejo de las complicaciones, el postoperatorio inmediato es crucial para evaluar el éxito quirúrgico. La insuficiencia suprarrenal (IA) indica remisión postoperatoria y requiere una reposición adecuada de glucocorticoides (GC) para prevenir síntomas graves de abstinencia de GC o incluso una crisis suprarrenal Asimismo, las alteraciones del sodio son frecuentes y requieren una estrecha monitorización y tratamiento. (Varlamov et al., 2022)

Reclutamos algunos resultados de investigaciones relacionados con la temática

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

Rivera Martínez & Ramirez Castano, (2025) de la Universidad de Antioquia. Colombia 2025. realizo un estudio observacional retrospectivo con revisión de registros médicos electrónicos. Se recopilaron datos demográficos, clínicos, pruebas diagnósticas, tratamientos realizados y evolución postoperatoria. 130 pacientes diagnosticados con síndrome de Cushing fueron incluidos en el análisis. El estudio evidencia la heterogeneidad en la presentación clínica, diagnóstico y tratamiento del síndrome de Cushing, con una elevada prevalencia de comorbilidades y una tasa significativa de recurrencia postquirúrgica. La medición conjunta de cortisol salival nocturno y prueba de supresión con dexametasona de baja dosis puede mejorar el rendimiento diagnóstico en Colombia. El rendimiento del manejo quirúrgico de la enfermedad de Cushing en Antioquia es comparable con el de centros especializados en hipofisis en el mundo

Roubicek et al., (2001), en su investigación titulada. Detección de síndrome de Cushing preclínico en pacientes con sobrepeso y diabetes tipo 2. El objetivo de este estudio fue detectar SCP en 48 pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 2 y sobrepeso (DM). En una mujer con DM se detectaron repetidamente niveles elevados de CLU y Cuv con ausencia de inhibición de la cortisolemia luego de la administración nocturna de 1 mg de dexametasona oral. Se diagnosticó SCP. Post cirugía hipofisaria remitió el hipercorticismismo, lográndose buen control glucémico con dieta solamente. Se sugiere la búsqueda de síndrome de Cushing preclínico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y mal control glucémico.

García Botina et al., (2017) de los tres casos clínicos presentados haremos referencias a:

Mujer de 67 años quien consultó inicialmente en octubre de 2016 por disnea de medianos esfuerzos, asociado a debilidad proximal en las cuatro extremidades de 16 meses de evolución. Además, presencia de equimosis con traumas menores, aumento de perímetro abdominal con presencia de estrías y depósito de grasa en cara y cuello. Adicionalmente con hipertensión refractaria (manejo farmacológico con verapamilo, losartan, hidroclorotiazida y prazosina a dosis máximas). Con diagnóstico en el último mes de diabetes mellitus (hemoglobina glicosilada de 7,53%). Prueba de cortisol en orina 24 horas (no se midió cortisol sérico); con reporte es 184,59 ug/dL (2,8 veces en límite superior) y cortisol post supresión con 1 mg dexametasona de 21,59 ug/dl (Referencia normal < 1,8 ug/dl). Se confirmó hipercortisolismo, prueba de ACTH con resultado de 1,05 pg/ml (rango de referencia entre 5-60 pg/ml), lo que definió la independencia a esta hormona. TAC de abdomen que evidenciaba adenoma suprarrenal derecho de 40 * 47 * 27 mm. La paciente fue llevada a adrenalectomía laparoscópica; en postoperatorio inmediato presenta hipotensión refractaria a pesar

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico
de haber recibido esteroides y de reanimación con líquidos endovenosos, norepinefrina; hacia las 24 horas postoperatoria presenta parada cardíaca, sin respuesta a medidas de reanimación cardiopulmonar y fallece.(García Botina et al., 2017)

Conclusiones

Se concluye que el síndrome de Cushing constituye un reto considerable para los sistemas de salud, pues requiere estudios complejos, seguimiento a largo plazo y un equipo multidisciplinario experimentado para identificar la causa, administrar un tratamiento adaptado, detectar precozmente la recurrencia, garantizar una sustitución hormonal adecuada y tratar las comorbilidades derivadas del exceso de glucocorticoides, siendo imperativo desarrollar estrategias efectivas en el manejo de estos pacientes a nivel local y global.

Referencias

- Albiero, C., Juarez-Allen, L., Longobardi, V., Danilowicz, K., Manavela, M., & Bruno, O. (2010). Analysis of a pituitary adenoma registry. *Medicina*, 70(5), 415–20.
- Biller, B. M. K., Grossman, A. B., Stewart, P. M., Melmed, S., Bertagna, X., Bertherat, J., Buchfelder, M., Colao, A., Hermus, A. R., Hofland, L. J., Klibanski, A., Lacroix, A., Lindsay, J. R., Newell-Price, J., Nieman, L. K., Petersenn, S., Sonino, N., Stalla, G. K., Swearingen, B., ... Boscaro, M. (2008). Treatment of Adrenocorticotropin-Dependent Cushing's Syndrome: A Consensus Statement. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 93(7), 2454–2462. <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2734>
- Cabrera, M., Domínguez, E., Mustelier, M., Acosta, A., & Turcios, S. (2021). Manifestaciones clínicas predictivas del diagnóstico del hipercortisolismo endógeno. *Revista Cubana de Endocrinología*, 32(1), 1–18.
<https://revendocrinologia.sld.cu/index.php/endocrinologia/article/view/217>
- Espinosa de los Monteros-Sánchez, A., Valdivia-López, J., Mendoza-Zubieta, V., Mercado-Atri, M., Gómez-Pérez, F., Vergara-López, A., Romero-Zazueta, A., Hernández-García, I., Reza-Albarrán, A., Portocarrero-Ortiz, L., Cortinas-López, L., Rangel-Sánchez, G., González-Villaseñor, G., Martínez-Sibaja, C., & Orozco, R. (2007). Consenso en el diagnóstico y tratamiento del síndrome de Cushing. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 15(4), 3–12.
- Fleseriu, M., Auchus, R., Bancos, I., Ben-Shlomo, A., Bertherat, J., Biermasz, N. R., Boguszewski,

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

C. L., Bronstein, M. D., Buchfelder, M., Carmichael, J. D., Casanueva, F. F., Castinetti, F., Chanson, P., Findling, J., Gadelha, M., Geer, E. B., Giustina, A., Grossman, A., Gurnell, M., ... Biller, B. M. K. (2021). Consensus on diagnosis and management of Cushing's disease: a guideline update. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 9(12), 847–875.

[https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(21\)00235-7](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(21)00235-7)

García Botina, H. D., Lara Botina, D. R., Mauricio Sánchez, F., & Román González, A. (2017).

Presentación de tres casos y revisión en la literatura: Síndrome de Cushing. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 17(2), 415–424. <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2403.2017>

García, Y. G., Tristá, S. T., Cedeño, A. A., Socorro, C. D., Gámez, M. C., & Torres, E. R. (2014).

Riesgo cardiovascular en el síndrome de Cushing Cardiovascular. *Revista Cubana de Endocrinología*, 25(2), 178–190.

Honegger, J., & Grimm, F. (2018). The experience with transsphenoidal surgery and its importance to outcomes. *Pituitary*, 21(5), 545–555. <https://doi.org/10.1007/s11102-018-0904-4>

Lima-Martínez, M. M., Zerpa, J., Guerrero, Y., Rivera, J., & Vielma, M. (2013). Manejo De Pacientes Con Síndrome De Cushing. *Rev Venez Endocrinol Metab*, 11(2), 147–156.

Maggiari, L., Castrillón, C., & Laborde, G. (2025). Enfermedad de Cushing como causa infrecuente de hipercortisolismo. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 10, e401.

<https://doi.org/10.26445/10.01.1>

Mamani Huanca, L. K., Chura Catacora, S., & Alejo Callisaya, H. J. (2021). Síndrome de Cushing por consumo excesivo de corticoesteroides. *Universidad Católica Boliviana San Pablo, Bolivia*, 3(1). <https://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/314/3142383005/index.html>

Rivera Martínez, W., & Ramirez Castano, M. (2025). *Características clínicas, diagnóstico y tratamiento: Registro de Síndrome de Cushing en Antioquia, Colombia*. [Trabajo de grado especialización]. Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia.

Robles Torres, E., Curi, L. L., & Díaz Socorro, C. (2014). Tratamiento farmacológico del síndrome de Cushing. *Revista Cubana de Endocrinología*, 25(2), 206–215. <http://scielo.sld.cu>

Roubicek, M., Isaac, G., & Viñes, G. (2001). Detección de síndrome de Cushing preclínico en pacientes con sobrepeso y diabetes mellitus tipo 2. *Medicina*, 61(1), 116–117.

Saenz de Santa María, M. L. (2011). Manifestaciones cutáneas de las enfermedades sistémicas.

Revista Médica Clínica Las Condes, 22(6), 749–756. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70487-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70487-4)

Síndrome de Cushing: manifestaciones cutáneas y consideraciones en el manejo quirúrgico

- Sampaio, A. L., Bressan, A. L., Vasconcelos, B. N., & Gripp, A. C. (2021). Skin manifestations associated with systemic diseases – Part I. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 96(6), 655–671. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2021.02.008>
- Sharma, S. T., Nieman, L. K., & Feelders, R. A. (2015). Síndrome de Cushing: epidemiología y avances en el manejo de la enfermedad. *Clinical Epidemiology*, 281. <https://doi.org/10.2147/CLEP.S44336>
- Tritos, N. A., Biller, B. M. K., & Swearingen, B. (2011). Management of Cushing disease. *Nature Reviews Endocrinology*, 7(5), 279–289. <https://doi.org/10.1038/nrendo.2011.12>
- Valassi, E., Santos, A., Yaneva, M., Tóth, M., Strasburger, C. J., Chanson, P., Wass, J. A. H., Chabre, O., Pfeifer, M., Feelders, R. A., Tsagarakis, S., Trainer, P. J., Franz, H., Zopf, K., Zacharieva, S., Lamberts, S. W. J., Tabarin, A., & Webb, S. M. (2011). The European Registry on Cushing's syndrome: 2-year experience. Baseline demographic and clinical characteristics. *European Journal of Endocrinology*, 165(3), 383–392. <https://doi.org/10.1530/EJE-11-0272>
- Varlamov, E. V, Vila, G., & Fleseriu, M. (2022). Perioperative Management of a Patient With Cushing Disease. *Journal of the Endocrine Society*, 6(3). <https://doi.org/10.1210/jendso/bvac010>
- Wang, F., Catalino, M. P., Bi, W. L., Dunn, I. F., Smith, T. R., Guo, Y., Hordejuk, D., Kaiser, U. B., Laws, E. R., & Min, L. (2021). Postoperative Day 1 Morning Cortisol Value as a Biomarker to Predict Long-term Remission of Cushing Disease. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 106(1), e94–e102. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaa773>

©2025 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).|