

CASO CLÍNICO: Cortisol salival en paciente con sospecha de síndrome de Cushing

HISTORIA CLÍNICA:

Mujer de 44 años remitida a la consulta de Endocrinología por presentar clínica de astenia progresiva de 6 meses de evolución, oligomenorrea e hirsutismo desde hace 4 meses.

• ANTECEDENTES PERSONALES:

Hipertensión arterial y diabetes mellitus 2 desde hace 2 meses. Fumadora de 10 - 12 cig/día. Síndrome ansioso. Leve dispepsia postprandial en tratamiento con omeprazol 20 mg/día.

• EXPLORACION FISICA.

60.2 Kg, 163 cm, Índice de masa corporal (IMC) 22, Tensión arterial 160/100. Plétora e hirsutismo faciales. Aumento de acúmulo de grasa supraclavicular, retrocervical y abdominal. Moderada atrofia cutánea. Hiperpigmentación en zonas de roce. No estrías ni hematomas. Edemas bimaleolares.

• PRUEBAS COMPLEMENTARIAS.

Hemograma: Hemoglobina 11 g/dL.

Los datos bioquímicos más destacados son:

| Magnitud | Resultado | Intervalo de Referencia |
|-----------|-------------|-------------------------------------|
| Glucosa | 141 mg/dL | 70-100 mg/dL |
| HbA1c | 6.3 % | 4.0 - 5.5% (Diabetes 6.5 - 7.0%) |
| TSH | 0.37 µUI/mL | 0.4 - 4.0 µUI/mL |
| T4L | 1.10 ng/dL | 0.90 - 1.70 ng/dL |
| FSH | 1.4 nUI/mL | |
| LH | 0.1 mUI/mL | |
| Estradiol | 32 pg/mL | |
| Cortisol | 30.6 µg/dL | 5.0 - 25.0 µg/dL |

Se solicita el estudio de síndrome de Cushing.

Cortisol salival a las 23 h (2 muestras): 170 ng/dL y 185 ng/dL.

Se procede a la confirmación del hipercortisolismo y diagnóstico diferencial

Cortisol tras frenación con 1 mg de dexametasona: 29.8 µg/dL

Hormona Adrenocorticotropa (ACTH) 8h: < 5 pg/mL (5 - 70 pg/mL).

Se somete a la paciente a un scanner suprarrenal que muestra una imagen de aspecto sólido a nivel del brazo lateral de la glándula suprarrenal izquierda (adenoma suprarrenal izquierdo). Se realiza RMN de la silla turca encontrando una glándula hipofisaria de tamaño e intensidad normal que capta el contraste de forma homogénea sin que se observen lesiones focales.

Se diagnostica a la paciente de Síndrome de Cushing no dependiente de ACTH, por adenoma suprarrenal productor de cortisol.

En nuestro laboratorio el estudio del síndrome de Cushing se realiza de forma secuencial, comenzando con una de las siguientes determinaciones:

1. Dos muestras de cortisol en saliva a las 23 h
2. Dos muestra de cortisol libre en orina de 24 h
3. Test corto de frenación nocturna con 1 mg de Dexametasona oral o prueba de Nugent.

Determinación de Cortisol salival. A la paciente se le adjunta con los dispositivos de toma de saliva, una hoja informativa de condiciones de toma de muestra, especificando aquellas condiciones que pueden influir en la calidad del resultado, pudiendo originar principalmente falsos positivos.

Específicamente se indica no hacer ejercicio, ni comer o mascar chicle durante al menos 2 h antes de la toma de la muestra, ambas situaciones aumentan el cortisol salival. Se ha de especificar si el paciente es fumador, o toma regaliz ya que el tabaco y el licor inhiben la acción de la 11 β hidroxisteroide deshidrogenasa 2 (11 β HSD2), es la enzima que cataliza la inactivación de cortisol por conversión de cortisol a cortisona y se expresa principalmente en tejidos diana de la aldosterona (glándula salival, lacrimal, riñones, colon distal, etc.) para prevenir la activación del receptor mineralocorticoide por el cortisol. Por tanto, el tabaco o regaliz pueden originar falsos positivos. Se recomienda un mínimo de 2 h sin fumar.

No se recogerá la muestra hasta pasados al menos 15 min tras el cepillado de dientes. Se recomienda lavar la cavidad oral con agua antes de recoger la muestra. En caso de contaminación con sangre se desecha la muestra de saliva.

Se ha de especificar la hora en que se tomó la muestra de saliva, así como se adjunta información sobre toma de fármacos y el cumplimiento de los requisitos preanalíticos.
