

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

CARRERA MEDICIINA

TEMA:

**Incidencia de Síndrome de Cushing en pacientes del Hospital Teodoro
Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 – diciembre 2020**

AUTOR (ES):

Jalón Morales, Kerly Sujeinne

Reyes Albán, Lourdes Michelle

Trabajo de Titulación previo a la obtención del grado de

MÉDICO

TUTOR:

Dr. Solís Villacrés, Emilio José

Guayaquil, Ecuador

Guayaquil, 30 de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

CERTIFICACION

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **Jalón Morales, Kerly Sujeinne** y **Reyes Albán, Lourdes Michelle**, como requerimiento para la obtención del Título de **Médico**

TUTOR

f. 

Solís Villacrés, Emilio José

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Dr. Aguirre Martínez, Juan Luis, Mgs

Guayaquil, 30 de agosto del 2021



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

DECLARACION DE RESPONSABILIDAD

Nosotras, **Jalón Morales, Kerly Sujeinne Y Reyes Albán Lourdes Michelle**

DECLARAMOS QUE:

El Trabajo de Titulación, **Incidencia de Síndrome de Cushing en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 – diciembre 2020** previo a la obtención del Título de Médico, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

f.

Jalón Morales, Kerly Sujeinne

f.

Reyes Albán, Lourdes Michelle



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Nosotras, **Jalón Morales, Kerly Sujeinne y Reyes Albán, Lourdes Michelle**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de Titulación, **Incidencia del Síndrome de Cushing en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 – diciembre 2020**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 30 de agosto del 2021

LOS AUTORES:

f.

Jalón Morales, Kerly Sujeinne

f.

Reyes Albán, Lourdes Miche

REPORTE URKUND



Document Information

Analyzed document	SINDROME DE CUSHING marco teorico.docx (D111482677)
Submitted	8/20/2021 2:10:00 AM
Submitted by	
Submitter email	kerlyjalon@gmail.com
Similarity	0%
Analysis address	emilio.solis.ucsg@analysis.urkund.com

Sources included in the report



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios y a la Virgen María por permitirme culminar con mis estudios universitarios, por darme la valentía de seguir y no decaer en cada paso que daba, quien me mantuvo firme en las caídas y en la toma de decisiones que se presentaban.

A mi familia por apoyarme y aconsejarme siempre en cada momento que sentía que ya no podía, a ellos que fortalecieron mi carácter y que por ellos estoy cumpliendo mi sueño de ser Doctora

A mis compañeros y amigos, con los que caminábamos juntos luchando por ser mejores cada día entre risas y momentos difíciles llegamos a ser los médicos que siempre soñamos.

A cada uno de los docentes que compartieron sus enseñanzas y anécdotas para hacer de sus estudiantes mejores. Agradezco de manera particular a nuestro tutor Dr. Emilio Solís, por el apoyo y tiempo que dedicó en el cumplimiento y realización de este proyecto de titulación

Jalón Morales, Kerly Sujeinne

AGRADECIMIENTO

Este agradecimiento va en primer lugar a DIOS y a la Virgen María, por ayudarme a realizar una de todas las metas que quiero alcanzar para el desarrollo de mi vida profesional y espiritual; siendo una de ellas el poder graduarme como Médico de la Republica del Ecuador. Gracias por permitirme vivir y disfrutar de cada día.

Con todo mi amor a mi madre Rosario Albán Verdezoto y a mi tía Hilda Albán Verdezoto siendo ellas mis pilares fundamentales que me ayudaron a forjar mi carácter y poder alcanzar todas las metas que me propuse desde pequeña, gracias por ese amor incondicional que me han dado, por ser pacientes conmigo. Me han enseñado lo más importante que necesita el ser humano que son los valores y sobre todo aplicar la humildad.

A mis hermanas Sharone y Emely, gracias por todo el apoyo incondicional que me dieron todos los años de mi carrera profesional.

A mi padre que a pesar de no haber estado conmigo en mi preparación profesional, gracias por las bendiciones que me dio desde la distancia.

A mi tutor, Dr. Emilio Solís, gracias por la paciencia y el tiempo que nos dedicó todos los días durante este año de preparación que me han permitido finalizar este increíble trabajo.

A mis amigos/amigas por toda la ayuda que me brindaron desde el primer semestre de la universidad, gracias por sus buenos consejos. Ustedes son una pieza fundamental en mi vida.

A mi querida amiga Kerly Jalón que ha estado conmigo en la buenas y en las malas, estoy infinitamente agradecida por la ayuda incondicional que me brinda a lo largo de la carrera, << sin ti no hubiera llegado donde estoy ahora, te quiero un montón amiga>>.

Gracias a todas las personas que creyeron en mí, no ha sido fácil el camino, pero gracias por sus aportes, su amor, su bondad y apoyo. Hago presente mi gran afecto hacia ustedes, mi hermosa y grande familia.

Reyes Albán, Lourdes Michelle

DEDICATORIA

Este proyecto se lo dedico a Dios y a la Virgen María, que sin ellos no habría podido llegar a ser Medico, espero cumplir y hacer su voluntad ya que lo logre para ser instrumento de ellos.

Se lo dedico a cada uno de las personas que conforman mi familia a mi madre *Nelly Morales Flores*, que me acompaña, aconseja y apoya en cada paso que doy; a mi tío- papá *Luis Morales Flores*, que confió en mí y me dio todo su apoyo y que me aguantaba mis “llantitos”. A mi tía *Clarisa Morales Flores* y a mis hermanos *Pedro* y *Andrea*, mis sobrinas y en el cielo que me acompaña mi abuelita *Andrea*; gracias a ellos estos donde yo siempre soñé estar y a donde siempre soñé llegar.

A mis amigos que me permitieron adaptarme y ser parte de ellos, a cada uno de ellos les doy las gracias por su apoyo, consejos y buenos momentos que compartimos durante la vida universitaria.

De manera muy especial se lo dedico a aquella pequeña que soñó, luchó y logró; gracias a su lucha llego a ser Medico de la República del Ecuador.

Jalón Morales, Kerly Sujeinne

DEDICATORIA

Mi trabajo de titulación la dedico con todo amor y cariño a mi madre Rosario Albán y a mi tía Hilda Albán por su sacrificio y esfuerzo por haberme ayudado con mi carrera para mi futuro y por creer en mis capacidades, aunque hemos pasado momentos difíciles ustedes estuvieron siempre para mí. Gracias por el apoyo incondicional que siempre me brindan y recuerden que ustedes dos son mi motor de cada día.

A mi amado DIOS y a la Virgen María por ser siempre mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder ayudar a todas las personas que necesitan mi ayuda, estoy lista para poder servir a la humanidad.

A mis compañeros y amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio me brindaron su conocimiento, alegrías y tristezas, también a todas las personas que durante estos 6 años de carrera estuvieron a mi lado apoyándome incondicionalmente y lograron que este sueño se haga realidad.

Reyes Albán, Lourdes Michelle



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DR. AGUIRRE MARTÍNEZ, JUAN LUIS, MSG

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

DR. AYÓN GENKUONG, ANDRÉS MAURICIO

COORDINADOR DE TITULACION

f. _____

OPONENTE

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	2
OBJETIVOS.....	4
HIPÓTESIS.....	4
MARCO TEORICO	5
CAPITULO 1	5
Epidemiología.....	5
Etiología	6
Manifestaciones clínicas	6
Diagnostico.....	7
Tratamiento	9
Pronóstico	10
CAPITULO 2.....	12
1. Materiales y Métodos.....	12
2. Resultados.....	14
3. Discusión	17
4. Conclusión	18
5. Recomendaciones	19
REFERENCIAS	20
ANEXOS.....	23
GRAFICOS	29

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores de riesgo de Síndrome de Cushing	23
Tabla 2. Etiología del Síndrome de Cushing	23
Tabla 3. Manifestaciones clínicas según aparato	24
Tabla 4. Diagnóstico del Síndrome de Cushing según su etiología...	25
Tabla 5. Prevalencia de casos de acuerdo con Etiología de Síndrome de Cushing.....	25
Tabla 6. Medidas de Resumen y Dispersión para la Edad.....	26
Tabla 7. Distribución de casos de acuerdo con el Sexo del Paciente.....	26
Tabla 8. Prevalencia de Casos de Acuerdo con IMC.....	27
Tabla 9. Prevalencia de Casos Según Dependencia con ACTH.....	27
Tabla 10. Prevalencia de Casos según presencia de síntomas.....	27
Tablas 11. Análisis de Distribución de Casos de acuerdo a Cara de luna llena.....	28
Tabla 12. Análisis de Casos de acuerdo con Estado.....	28
Tabla 13. Análisis de Casos de acuerdo con Niveles de Cortisol en Orina en 24 Horas.....	28

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de casos de acuerdo con Etiología de Sx. Cushing	29
Gráfico 2. Curva de Distribución para la Edad	29
Gráfico 3. Distribución de casos de acuerdo con el Sexo del Paciente.....	30
Gráfico 4. Prevalencia de Casos de Acuerdo con IMC	30
Gráfico 5. Prevalencia de Casos Según Dependencia con ACTH ...	31
Gráfico 6. Prevalencia de Casos Según Presencia de Síntomas	31
Gráfico 7. Análisis de Distribución de Casos de acuerdo a Cara de luna llena	32
Gráfico 8. Análisis de Casos de acuerdo con Estado	32
Gráfico 9. Análisis de Casos de acuerdo con Niveles de Cortisol en Orina en 24 Horas	33

RESUMEN

INTRODUCCION: El Síndrome de Cushing, trastorno clínico causado por aumento prolongado de hormonas esteroideas, llamado hipercortisolismo. (1) De manera general la causa de hipercortisolismo es de manera dependiente y no dependiente de hormona adrenocorticotrópa (ACTH); teniendo el 80% de Cushing de manera dependiente provocado por aumento de secreción de ACTH ya sea por tumores hipofisarios, al igual que la secreción primaria excesiva de cortisol; y con un 20% de manera no dependiente, producto de administración de corticoides exógenos y tumores o hiperplasia de la glándula suprarrenal. (2)(3).

OBJETIVO: Identificar la incidencia del síndrome de Cushing en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 a diciembre 2020.

METODOLOGIA: realizamos estudio de carácter retrospectivo, cuya población fue de 359 pacientes, y con la muestra de 92 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. **RESULTADOS:** con el análisis de los datos recolectados, se evidencia que los casos reportados de Síndrome de Cushing por causa farmacológica son de 53,3% de los casos, seguido de adenoma hipofisario con el 22,8% de los casos, al igual sin reporte etiológico un 22,8% de los casos. **CONCLUSIÓN:** La causa de más frecuente de Síndrome de Cushing de los pacientes en estudio es por fármacos, así mismo se destaca el sexo masculino y la edad de entre 40 a 50 años y un índice de masa corporal elevado entre los factores de riesgo, la sintomatología puede ser o no evidente entre los casos estudiados.

Palabras claves: *Síndrome de Cushing, hormona adenocorticotropina (ACTH), cortisol, esteroides, mitotano, adrenalectomía.*

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cushing's Syndrome, a clinical disorder caused by a prolonged increase in steroid hormones, called hypercortisolism. (1) In general, the cause of hypercortisolism is dependent and not dependent on adrenocorticotrophic hormone (ACTH); having 80% of Cushing in a dependent way caused by increased secretion of ACTH either by pituitary tumors, as well as excessive primary secretion of cortisol; and with 20% in a non-dependent manner, product of the administration of exogenous corticosteroids and tumors or hyperplasia of the adrenal gland. (2) (3). **OBJECTIVE:** To identify the incidence of Cushing's syndrome at the Teodoro Maldonado Carbo Hospital in the period January 2016 to December 2020. **METHODOLOGY:** we carried out a retrospective study, whose population was 359 patients, and with a sample of 92 patients who met the criteria of inclusion and exclusion. **RESULTS:** with the analysis of the data collected, it is evidenced that the reported cases of Cushing's Syndrome due to pharmacological causes are 53.3% of the cases, followed by pituitary adenoma with 22.8% of the cases, as well as without etiological report 22.8% of the cases. **CONCLUSION:** The most frequent cause of Cushing's Syndrome in the patients under study is due to drugs, likewise the male sex and age between 40 to 50 years and a high body mass index among the risk factors, the Symptoms may or may not be evident among the cases studied.

Key words: *Cushing's syndrome, adenocorticotropin hormone (ACTH), cortisol, steroids, mitotane, adrenalectomy.*

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cushing es un trastorno clínico causado por el aumento prolongado de hormonas esteroideas, llamado hipercortisolismo (1) El cortisol es una hormona esteroide que se produce en la zona fasciculada de la corteza suprarrenal, cumpliendo la función el mantenimiento de la homeostasis en factores estresantes. (1)

De manera general la causa de hipercortisolismo se conoce que es de manera dependiente y no dependiente de hormona adrenocorticotrópa (ACTH); teniendo el 80% de Cushing de manera dependiente provocado por aumento de secreción de ACTH ya sea por tumores hipofisarios, al igual que la secreción primaria excesiva de cortisol; y con un 20% de manera no dependiente, producto de administración de corticoides exógenos y tumores o hiperplasia de la glándula suprarrenal. (2)(3).

En España y en Estados Unidos el riesgo de desarrollar el síndrome de Cushing es menor, ya que dos o tres casos en un millón son diagnosticados en cada año, por lo que se debe conocer la sintomatología para no confundirse con enfermedades como: Diabetes mellitus tipo 2 y Osteoporosis. (4) Para diferenciar la sintomatología esta se clasifica en: dermatológicas. Reproductivas, cardiovasculares, metabólicas, musculoesqueléticas, infecciosas y neuropsiquiátricas; entre las más frecuentes son: cara de luna llena, obesidad, hirsutismo, hipertensión, letargo-depresión, almohadilla de grasa dorsal, etc. (4)(5)

Según Rugel manifestó que en Ecuador 2013 este trastorno es más frecuente en mujeres (3:8), afectando adultos entre 20 y 50 años, y provocando complicaciones como: diabetes, osteoporosis, infecciones, afectaciones

cardiacas y renales. De acuerdo con el MSP este trastorno se encuentra en la lista de enfermedades raras o huérfanas. (6)

OBJETIVOS

- **Objetivo General:**

Identificar la Incidencia del Síndrome de Cushing en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 a diciembre 2020.

- **Objetivos específicos**

- Identificar los factores de riesgo del síndrome de Cushing en los pacientes del HTMC.
- Analizar las causas del hipercortisolismo que provoca síndrome de Cushing.
- Detallar las características clínicas de los pacientes con síndrome de Cushing.

HIPÓTESIS

Con el conocimiento de las manifestaciones clínica se llega a un precoz diagnóstico de síndrome Cushing.

MARCO TEORICO

CAPITULO 1

Epidemiología

Dentro de los datos encontrados en literatura médica, la incidencia del síndrome de Cushing o hipercortisolismo es incierta o imprecisa por el leve conocimiento del diagnóstico y que se pueden pensar en otra patología.

El Síndrome de Cushing exógeno, por el consumo o administración de fármacos del grupo de glucocorticoides, es común en pacientes con patologías que necesiten dosis de corticoesteroides entre ellas las dermatológicas, reumatológicas, hematológicas entre otras. (5)

Síndrome de Cushing endógeno, entre el 65 al 70 % es de causa endógena por tumor hipofisiaria dependiente de ACTH causante de *Enfermedad de Cushing*; en Europa con una incidencia de 1.2 a 2.4 por millón de personas en el año y en Estados Unidos con 6.2 a 7.6 por millón de personas en el año. En hipercortisolismo ectópico encontramos entre 10 y 15% de pacientes al cual se estudia el hipercortisolismo, pero su diagnóstico es incierto al no presentar características catabólicas. Así mismo en los tumores suprarrenales con una 20% de pacientes diagnosticados por año en diferentes países; en Estados Unidos la incidencia del carcinoma suprarrenal se da en 1.26 por millón por año entre los años 2000 y 2012. (5)

Etiología

El Hiper cortisolismo o Síndrome de Cushing, es una extraña enfermedad que se activa por la elevación o exceso de cortisol en la sangre. El cortisol inicia su producción en hipotálamo a través de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), dicha hormona se va a activar en el lóbulo anterior de la hipófisis para formar la hormona adenocorticotropina (ACTH) la cual se va a secretar en la glándula suprarrenal. (8)

La glándula suprarrenal, va a tener 2 capas: la interna o medula, en ella se producen las catecolaminas en especial la adrenalina; y la externa o corteza, se subdivide en 3 capas: glomerular, productora de mineralocorticoides como la aldosterona; fascicular, productora de cortisol y reticular, productora de andrógenos; estas dos últimas capas son responsables de la activación de la ACTH, entre otros mecanismos productores de ACTH están la hipoglucemia, sepsis o estados inflamatorios.

Al hiper cortisolismo se lo puede clasificar de maneras: según factores de producción de ACTH (tabla 1) y etiología (tabla 2).

Manifestaciones clínicas

Los signos y síntomas del síndrome de Cushing no son tan específicos entre ellos: hipertensión, obesidad e hiperglicemia. Es por ello por lo que detallaremos en la tabla (tabla 3).

Entre las características clínicas más común se encuentra cara de luna llena, cuello/tronco y abdomen prominente, aumento de grasa a nivel dorso-cervical "joroba de búfalo" y extremidades atróficas; al igual que adelgazamiento y

fragilidad de la piel formando estrías purpúricas en axilas, muslos y principalmente en abdomen; a nivel gonadal alteraciones como: amenorreas, infertilidad, disminución de la lívido, hirsutismo y aparición de acné. (5) (9)

Entre otras manifestaciones se pueden encontrar a nivel emocional depresión, ataques de pánico, paranoia e insomnio (9)

Diagnostico

Para confirmar dicho síndrome luego de conocer la clínica, se presentan alternativas en la que nos permite clasificar o conocer la causa del hipercortisolismo, manifestándolo en la tabla (tabla 4).

Cortisol libre urinario en 24 horas: esta prueba se debe realizar al menos en dos ocasiones distintas, es un estudio de elección para mujeres que toman anticonceptivos orales, no recomendable en pacientes con insuficiencia renal crónica; cuenta con una especificidad del 45-98% con sensibilidad del 80-98%. (9) (10)

Entre los rangos normales es de 4 a 40mcg/24h.o 11 a 110 nmol/día, en esta prueba se debe comunicar al paciente que evite ingestas excesivas de líquidos así mismo como las terapias de glucocorticoides ya que se requiere recolectar la orina en 24 horas ya que si no se cumple nos puede conducir a falso positivos o a falsos positivos. (10)

Prueba de supresión con dosis baja de dexametasona: esta prueba tiene una especificidad del 95-99% con sensibilidad del 85-90%. Se puede realizar como procedimiento ambulatorio ya que al paciente debe ingerir 1mg de dexametasona a las 23h, la cual se le tomara una muestra a las 8:00 AM si esta se encuentra mayor o igual a 1.8 ug/dl se considera que es positivo; cabe recalcar que el

paciente al cual se le realiza esta prueba no debe haber administrado medicamentos esteroideos al igual que otros medicamentos que alteran el metabolismo de los esteroideos (itraconazol, ritonavir, diltiazem, rinfampicina, carbamazepina, entre otros ya que puede ocasionar falsos positivos o falsos negativos.(9)(10)(11).

Cortisol salival nocturno: esta prueba tiene como especificidad del 93-100% con sensibilidad del 92-100%. En esta prueba se le comunica al paciente que debe cumplir con estrictas condiciones como: lavado de boca, no ingerir alimentos tres horas antes de realizar toma de muestra, no estimular con cítricos, no realizar ejercicios físicos. Entre los resultados de la muestra debemos conocer que valores inferiores a 3nmol/l se considera como negativo; valores superiores de 5.5nmol/l se considera positivo; se debe percatar que pacientes con diabetes e hipertensión nos pueden dar falsos positivos ya que ellos manejan niveles elevados de cortisol. (9)(10)(11)

Las pruebas antes mencionadas son las que nos darán un indicio para diagnosticar el síndrome de Cushing es por ello se manifestara las pruebas confirmatorias utilizadas para el diagnóstico de la patología en estudio.

Prueba de supresión en dosis alta de dexametasona: esta prueba tiene una especificidad del 70-95% con sensibilidad del 91-98%. El hipercortisolismo causado por tumores secretores de ACTH se lo puede diagnosticar de esta manera con la administración de 8mg por vía oral de dexametasona por la noche tomando muestra a la mañana siguiente si esta da valores mayores a 1.8 ug/dl confirmamos la positividad de nuestra prueba. (9)(10)

Imágenes: la finalidad del estudio por imágenes es confirmar mediante tomografía computarizada o resonancia magnética, alteraciones, masas o hiperplasia de la glándula suprarrenal.

Así mismo en el diagnóstico de tumores secretores de ACTH en hipófisis e hipotálamo; podemos utilizar gammagrafía con octreótido o tomografía con emisión de positrones (PET/CT), teniendo una sensibilidad mayor en tumores no detectado con las anteriores. (9)(10)(12)

Tratamiento

El tratamiento del síndrome de Cushing se llega según la etiología ya que si nos enfrentamos aun síndrome de Cushing exógeno el tratamiento sería detener la secreción de glucocorticoides, para así disminuir la ACTH. De acuerdo con el síndrome de Cushing endógeno presentamos varios tratamientos médico y quirúrgico.

Terapia médica: medicamentos como cabergolina, o pasireotida disminuye o normaliza el cortisol libre, así mismo como antagonista de glucocorticoides (mifepristona) se recomienda en pacientes no aptos a la cirugía. (9)(13)

Fármacos inhibidores de enzimas suprarrenales utilizadas para controlar el exceso de cortisol como el ketoconazol, metirapona y mitotano disminuye la secreción de ACTH, pero se debe estudiar ya que en embarazadas puede ser teratogénico (13)

Tratamiento quirúrgico: en el hipercortisolismo provocado por secreción excesiva de ACTH producto de tumores o ectópico lo más recomendable es la cirugía ya que es el tratamiento es oportuno, específico y óptimo para restaurar el eje hipofisario-adrenal. (9)(12)

Pronóstico

El hipercortisolismo o síndrome de Cushing como toda patología al no ser tratada es mortal para la vida del ser humano, si no se trata dicho síndrome trae complicaciones como: tromboembólicas, cardiovasculares infecciones bacterianas o fúngicas, músculo esqueléticas entre otras. Gracias a la tecnología y al avance científico la calidad de vida de los pacientes es mucho mejor ahora. (5)(13)

El tratamiento farmacológico como los inhibidores de las enzimas suprarrenales como el mitotano o el tratamiento quirúrgico como la adrenalectomía, ningún paciente debe morir por causas de hipercortisolismo persistente es prácticamente curable, aunque en ocasiones los pacientes pueden morir por complicaciones preoperatorios u otros factores. (5)

El pronóstico de los pacientes que obtienen secreción de ACTH ectópica o carcinoma adrenocortical es precario debido a la asociación del tumor subyacente. El que dicta el pronóstico es la naturaleza del tumor y la gravedad del hipercortisolismo. Independientemente del pronóstico, ningún paciente debe padecer los efectos del hipercortisolismo persistente ya que esto se puede controlar fácilmente. (5)(13)

Pacientes que adquieren el síndrome de Cushing grave pueden fallecer por infecciones oportunistas antes de finalizar los estudios de diagnóstico ya sean por imágenes o de laboratorios.

Los pacientes que tienen dicha patología tienen una calidad de vida deteriorada durante muchos años a pesar de la absolución del hipercortisolismo. En cambio, el pronóstico de largo plazo de los pacientes curados que tenían una enfermedad benigna es extraordinario y el pronóstico del paciente que obtienen malignidad

es variable ya que depende de cómo controlamos el hipercortisolismo y tratar el cáncer. (5)(13)

CAPITULO 2

1. Materiales y Métodos

1. Tipo de estudio:

- Estudio Retrospectivo

2. Población de estudio:

- La población de 92 pacientes atendidos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero2016 a diciembre 2020.

3. Criterios de inclusión:

- Pacientes de consulta externa
- Pacientes hospitalizados
- Pacientes que se administran corticoides

4. Criterios de exclusión:

- Pacientes pediátricos

5. Cálculo del tamaño de la muestra:

- Con la muestra de 92 pacientes aplicando los criterios de inclusión y exclusión.
- Nivel de confianza: 95%
- Nivel de error: 5%

6. Método de muestreo:

- Muestreo aleatorio, no probabilístico.

7. Método de recogida de datos:

- Datos recolectados mediante la estadística del hospital y fueron estudiados mediante historias clínicas y datos de laboratorio.

8. Entrada y gestión informática de datos:

- Información almacenada en Microsoft Excel 2018.

9. Estrategia de análisis estadístico:

- Mediante organización de los datos en Excel, se analizó las variables cualitativas por frecuencia y porcentaje y las cuantitativas mediante curva de distribución.

10. Variables:

<u>Nombre Variables</u>	<u>Definición de la variable</u>	<u>Tipo</u>	<u>Resultado</u>
Edad	Periodo que ha vivido una persona (10)	ordinal	<ul style="list-style-type: none">• 20 – 50
Sexo	Situación orgánica de los seres humanos (10)	Cualitativa-nominal-categorica	<ul style="list-style-type: none">• Masculino• Femenino
ACTH	Hormona adenocorticotropica	Cualitativo-categorica	<ul style="list-style-type: none">• No dependiente• Dependiente
IMC	Clasificación de estado ponderal de la persona.	Cualitativa-nominal-categorica	<ul style="list-style-type: none">• Normal• Sobrepeso• Obesidad I

			<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad II • Mórvido
Cara de luna llena	Cara redonda y roja	Cualitativa Ordinal	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Corticoides exógenos	Hormonas exógenas	Categórica-ordinal-dicotómica	<ul style="list-style-type: none"> • Si • No
Orina en 24h	Presencia de cortisol filtrado libre	Cuantitativa	<ul style="list-style-type: none"> • <100-150 ug/24h • >100-150 ug/24h

2. Resultados

Se llevó a cabo el análisis de los datos recolectados como muestra para el presente trabajo de investigación, el cual tenía como principal objetivo la descripción de los casos de pacientes diagnosticados con Síndrome de Cushing, donde se evidencia que, en términos de etiología reportada en cada caso que formó parte del presente estudio, la de mayor frecuencia fue la etiología por fármacos, con un 53,3% de los casos (n=49), seguido de adenoma hipofisario con un 22,8% de los mismos (n=21). Así mismo, el 22,8% de los casos no tenían reporte etiológico. (Ver Tabla 1 y Gráfico 1)

Dando inicio al análisis de las características epidemiológicas de los pacientes quienes formaron parte de la muestra del presente estudio, se realiza el análisis, por medio de medidas de dispersión y tendencia central, de la edad de los pacientes. Se puede observar que, entre los casos diagnosticados con Sx.

Cushing, la media y mediana fue de 47 años, mientras que la moda fue de 42. Al evidenciarse un valor negativo de asimetría y de curtosis, se puede determinar que existe una curva de distribución normal de los datos. (Ver Tabla 2 y Gráfico 2)

Manteniendo al análisis de los factores epidemiológicos de los pacientes, se realiza el análisis de acuerdo con el sexo de los pacientes, encontrándose que, de los 92 pacientes que conformaron la muestra en estudio, hubo una ligera distribución a favor de pacientes de sexo femenino, puesto que ocuparon el 65,2% de los pacientes (n=60), manteniendo una proporción de 2 a 1 en contraste con los casos de sexo masculino, quienes ocuparon el 34,8% de la muestra (n=32). (Ver Tabla y Gráfico 3)

Entre el análisis de los factores clínicos de los pacientes, se realiza el análisis de la distribución de casos de acuerdo al índice de masa corporal, para lo cual, en conformidad con establecer categorías que faciliten el análisis e interpretación de la información, se agrupan en tres categorías: Normopeso, Sobrepeso y Obesidad. La mayor distribución de casos se observa en pacientes con obesidad, con un 55,4% de la muestra (n=51), seguido de casos cuyo índice de masa corporal fue compatible con sobrepeso con un 39,1% (n=36). (Ver Tabla y Gráfico 4)

Se realizó un análisis de los casos de acuerdo con el hecho de si se determinó una dependencia o no de hormona adenocorticotropica (ACTH). Se observa, en un 65,2% de los casos (n=60), una independencia del desarrollo de la enfermedad con la ACTH, mientras que en un 28,3% de los casos, se observó una dependencia con esta hormona (n=26). En un 6,5% de casos (n=6), no se cuenta con análisis para determinar dependencia. (Ver Tabla y Gráfico 5)

De la misma forma, se lleva a cabo el análisis de los casos de acuerdo a la presencia de síntomas de Síndrome de Cushing, donde se observa que, del total de 92 pacientes que formaron parte de la muestra, el 71,1% de los casos sí

presentó síntomas de esta enfermedad (n=65), mientras que en el 29,3% restante no se evidencio sintomatología de esta patología, por lo cual el diagnóstico de estos casos fue netamente por medio de exámenes complementarios. (Ver Tabla y Gráfico 6)

Dentro del marco de la sintomatología con la enfermedad, se realiza el análisis de la presencia de síntomas directamente asociados con esta patología, como es la cara de luna llena, donde se observa que, de los 92 casos que fueron incluidos en el presente estudio, el 59,8% sí tuvo este signo al momento de su ingreso y estadía hospitalaria (n=55), mientras que el 40,2% restante no lo tuvo (n=37). (Ver Tabla y Gráfico 7)

Finalmente, se realiza el análisis de los casos de acuerdo al estado en el que se encuentran, en conformidad con lo recabado al momento de hacer el corte para recolección de información, encontrándose que, del total de casos que formó parte de la muestra, en un 54,3% de los casos la enfermedad no se encontraba curada ni controlada (n=50), seguido de un 26,1% de casos en el cual la enfermedad se reportaba como controlada (n=24), y finalmente un 19,6% de los mismos en el cual la enfermedad se reportaba como curada (n=18). (Ver Tabla y Gráfico 8)

Para finalizar el presente estudio, se realiza el análisis de distribución de casos de acuerdo con los niveles de cortisol en orina en 24 horas. Se evidencia que, del total de 92 pacientes que formaron parte de la muestra, en un 40,2% de casos los niveles de cortisol fueron menores a 100 mcg/24 horas (n=37), seguido de 27,2% de casos cuyos niveles de cortisol en orina fueron superiores a 100mcg/24hrs (n=25). (Ver Tabla y Gráfico 9)

3. Discusión

El presente trabajo investigativo se realizó con el principal objetivo de determinar la incidencia de Síndrome de Cushing y sus factores relacionados a nivel del Hospital Teodoro Maldonado Carbo de Guayaquil, para lo cual, posterior a la obtención de resultados y análisis estadístico de la información, se realiza la comparativa de los mismos con estudios similares que fueron incluidos en la bibliografía citada. Iniciando por la prevalencia de casos de acuerdo a la etiología reportada, en el presente estudio se determinó una prevalencia de 53,3% de casos de Síndrome de Cushing por medicamentos, con una prevalencia de 22,8% de casos por adenoma hipofisario. Arias, E. et al (2016) en Argentina reporta valores similares en cuanto a la prevalencia de enfermedades hipofisarias como etiología reportada, con un 27,4% en su estudio. (14)

De igual manera, analizando los factores clínicos asociados a esta patología, en el presente trabajo de investigación se reportó una dependencia de hormona ACTH en un 28,3%, mientras que, al realizar el análisis de los casos de acuerdo al nivel de Cortisol en Orina en 24 horas, en un 27,2% de los casos se reportaron niveles mayores a 100mcg/24hrs. Al llevar a cabo la comparación de resultados con estudios recientemente publicados y cuyos análisis sean similares al llevado a cabo, se destaca el de Botina, H. et al (2017) en Colombia y Quintero, M. et al (2017) en Perú, ambos reportaron valores similares en cuanto a casos de dependencia de hormona ACTH en el desarrollo de esta enfermedad, con 31,3% y 29,7% de casos, respectivamente. No se encontraron estudios que analicen la distribución de casos de acuerdo a los niveles de cortisol en orina de 24 horas de recolección. (15)(16)

Se debe destacar como principal ventaja del presente trabajo de investigación que realiza un análisis descriptivo de todos los factores clínicos y epidemiológicos que engloban el desarrollo de Síndrome de Cushing, lo cual permite aumentar y

profundizar más el conocimiento acerca de esta enfermedad en relación con nuestro medio. De igual manera, se destaca el análisis de variables que no son frecuentes en trabajos de investigación acerca de esta patología y mucho menos en la región, como son la dependencia hormonal y los valores de hormonas en exámenes complementarios.

Sin embargo, como desventaja se enfatiza que el presente trabajo de investigación se limitó a una sola unidad hospitalaria, lo cual limitó la recolección de información y redujo el tamaño de la muestra, lo cual genera un impacto negativo en la significancia estadística de los resultados. Por tal motivo se sugiere llevar a cabo un estudio similar en varios establecimientos de salud a nivel nacional para obtener resultados globales que permitan abarcar de mejor manera la realidad nacional en cuanto se refiere a los factores que influyen en el desarrollo y presentación de este cuadro patológico.

4. Conclusión

Luego de haber realizado el presente trabajo de investigación, se llega a las siguientes conclusiones:

- Factores como el sexo masculino, la edad entre 40 a 50 años y el índice de masa corporal elevado suponen en factores de riesgo, tanto clínicos como epidemiológicos, asociados al desarrollo de Síndrome de Cushing, de acuerdo a lo evidenciado en el presente estudio.
- Se concluye que la etiología por fármacos, supone una de las más frecuentemente asociadas al desarrollo de Síndrome de Cushing entre los pacientes en nuestro medio, donde se evidencian de igual forma factores como presencia de sintomatología general y específica de la enfermedad.

- No existe una relación directa entre el desarrollo de esta enfermedad con la dependencia con hormonas previas en el eje hormonal, como la ACTH, ni con los niveles de cortisol en 24 horas.

5. Recomendaciones

En este estudio se evidencia que entre los causales de Síndrome de Cushing es la administración de fármacos esteroideos, los cuales se debe realizar un control en los pacientes que administren el mismo, al igual la educación de los pacientes sobre los factores de riesgo.

La detección precoz mediante la clínica y niveles de la ACTH para diagnosticar si esta es dependiente o independiente de la misma, ya que al optimizar el diagnóstico se llegaría al manejo directo de este y evitar complicaciones.

REFERENCIAS

1. Nicolaus A. Wagner-Bartak, et al. [Internet]. Síndrome de Cushing: funciones diagnósticas y de imagen, con correlación clínica y patológica: American Journal of Roentgenology; 2017; [acceso 10 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.ajronline.org/doi/full/10.2214/AJR.16.17290>
2. Academia de estudios MIR [libro]. Síndrome de Cushing. Marbán: AMIR; 2018; [acceso 10 diciembre 2020].
3. Lynnette K Nieman, MD [Internet]. Causes and pathophysiology of Cushing's syndrome: UpToDate; 2019; [acceso 11 diciembre 2020]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/causes-and-pathophysiology-of-cushings-syndrome?search=sindrome%20cushing&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5
4. Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development. [Internet]. ¿Cuántas personas tienen el síndrome de Cushing o corren riesgo de tenerlo?: NIH; [acceso 10 diciembre 2020]. Disponible en: <https://espanol.nichd.nih.gov/salud/temas/cushing/informacion/riesgo>
5. Lynnette K Nieman, MD. [Internet]. Epidemiology and clinical manifestations of Cushing's syndrome: UpToDate; 2020; https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/epidemiology-and-clinical-manifestations-of-cushings-syndrome?search=sindrome%20cushing&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
6. Jessica E. Rugel Moposita. [Internet]. El Síndrome de Cushing y su influencia en la calidad de vida: RRAAE.org.ec; 2018; [acceso 11 diciembre 2020]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/28696/2/RUGEL%20JESSICA.pdf>

7. Susmeeta T. Sharma; Et al. [Internet]. Cushing's syndrome: epidemiology and developmets in disease management: NCBI; 2015; [acceso 12 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/pmc4407747/>
8. Javier Villanueva Martínez; et Al [Manual]. Síndrome de Cushing: Manual AMIR; 2018; [acceso 30 de junio de 2021]. Disponible en: Manual AMIR, endocrinología, pág. 43-46.
9. Hernán David Gracia Botina; et Al [internet]. Presentación de tres casos y revisión en la literatura: Síndrome de Cushing: Biblioteca Virtual de Salud de España; 2017; [acceso 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/882355/19-rc-sindrome-de-cushing.pdf>
10. Lynnette K Nieman, M. [internet]. Establishing the diagnosis of Cushing's syndrome: UpToDate; 2020; [acceso 4 de julio de 2021]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/establishing-the-diagnosis-of-cushings-syndrome?search=Cushing%27s%20syndrome%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
11. Leah T. Braun; et Al [internet]. Hacia una puntuación diagnóstica en el Síndrome de Cushing: Frontiers en Endocrinología; 2019; [acceso 29 de junio de 2021]. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fendo.2019.00766/full>
12. Lynnette K Nieman, M. [internet]. Recent Updates on the Diagnosis and Management of Cushing's Syndrome: US National Library of Medicine National Institutes of Health ; 2018; [acceso 4 de julio de 2021]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-treatment-of-cushings-syndrome?search=Cushing%27s%20syndrome%20TREATMEN%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1

13. Lynnette K Nieman, M. [internet]. Overview of the treatment of Cushing's syndrome: UpToDate; 2019; [acceso 4 de julio de 2021]. Disponible en: https://www21.ucsg.edu.ec:2065/contents/overview-of-the-treatment-of-cushings-syndrome?search=Cushing%27s%20syndrome%20TREATMEN%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
14. Arias EA, Castillo VA. Síndrome de Cushing adrenal dependiente de hormona luteinizante. Revista argentina de endocrinología y metabolismo. 2016 Jan 1;53(1):36-41.
15. Botina HD, Botina DR, Sánchez FM, González AR. Presentación de tres casos y revisión en la literatura: Síndrome de Cushing. Archivos de Medicina (Manizales). 2017 Dec 6;17(2):415-24.
16. Quintero MZ, Ramírez A, Palacio A, Botero JF, Clavijo A. Síndrome de Cushing exógeno e insuficiencia adrenal relacionada con consumo de producto natural. Acta Médica Colombiana. 2017 Nov 15;42(4):243-6.

ANEXOS

Tabla 1. Factores de riesgo de Síndrome de Cushing

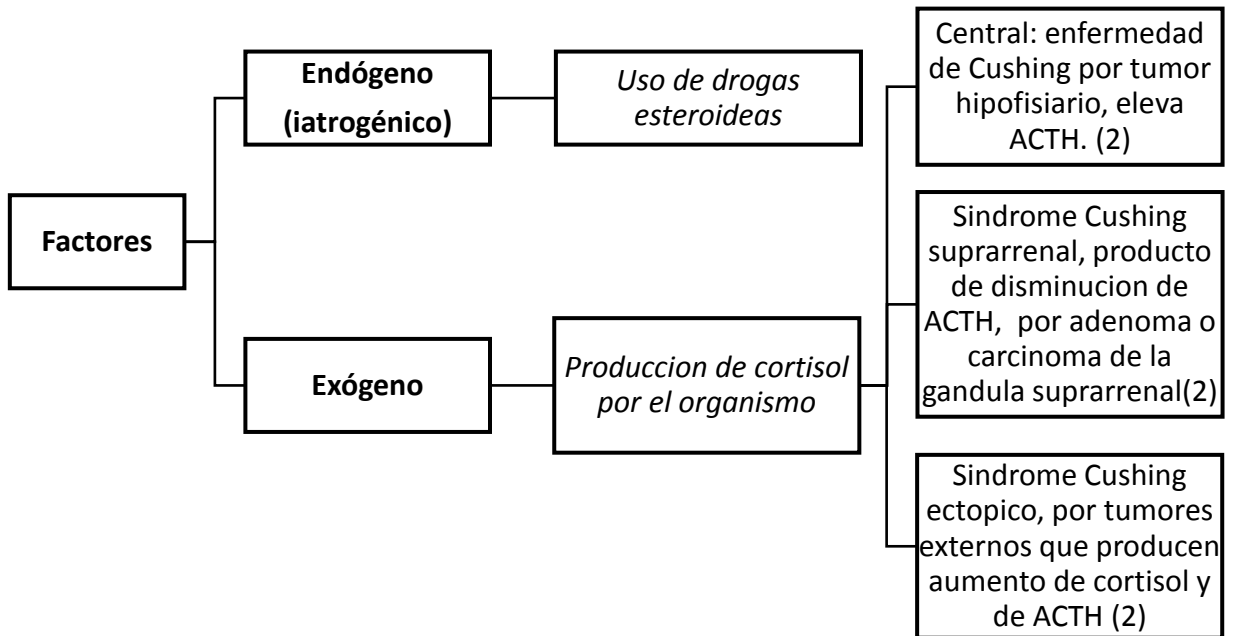


Tabla 2. Etiología del Síndrome de Cushing

Etiología	
Independiente de ACTH	Dependiente de ACTH
<i>El aumento del cortisol no se ve afectada por la ACTH por causa de feedback negativo (2)</i>	<i>Se va a elevar tanto el cortisol como el ACTH (2)</i>

Tabla 1. Manifestaciones clínicas según aparato

APARATO	CAUSA	%
Cardiovascular	HTA. Tromboembolismo. Riesgo cardiovascular.	50-85
Metabólico	Intolerancia a la Glucosa. Obesidad progresiva. Apnea del sueño.	30-70
Dermatológico	Formación de hematomas. Atrofia de piel. Estrías. Infecciones micóticas. Hiperpigmentación.	20-55
Reproductivo	Irregularidades menstruales. Exceso de andrógenos.	55-80
Musculoesquelético	Debilidad muscular. Osteoporosis.	30-70
Neuropsicológico	Depresión. Insomnio. Pérdida de memoria. Ataques de pánico. Ansiedad.	31-86
Inmunológico	Bacterianas y oportunista.	20-74
Oftalmológico	Exoftalmos. Glaucoma. Catarata. Corioretinopatía.	0-33

Tabla 2. Diagnóstico del Síndrome de Cushing según su etiología

Independiente de la ACTH	Cortisol urinario de 24 horas. Prueba de supresión de dexametasona en dosis baja. Prueba de cortisol salival. (6)
Dependiente de la ACTH	Prueba de supresión de dosis alta de dexametasona. (6) Imágenes.

Tabla 5. Prevalencia de casos de acuerdo con Etiología de Síndrome de Cushing

ETIOLOGIA DE SX CUSHING

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido ADENOMA HIPOFISARIO	21	22,8	22,8	22,8
NO ESPECIFICADA	21	22,8	22,8	45,7
POR DROGAS	49	53,3	53,3	98,9
TUMOR SUPRARRENAL	1	1,1	1,1	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tabla 6. Medidas de Resumen y Dispersión para la Edad

Estadísticos

EDAD DE PACIENTE

N	Válido	92
	Perdidos	0
Media		47,35
Mediana		47,50
Moda		42 ^a
Desviación estándar		11,731
Asimetría		-,150
Error estándar de asimetría		,251
Curtosis		-,151
Error estándar de curtosis		,498

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

Tabla 7. Distribución de casos de acuerdo con el Sexo del Paciente

SEXO DE PACIENTE

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido FEMENINO	60	65,2	65,2	65,2
MASCULINO	32	34,8	34,8	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tabla 8. Prevalencia de Casos de Acuerdo con IMC

		INDICE DE MASA CORPORAL			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NORMAL	5	5,4	5,4	5,4
	OBESIDAD	51	55,4	55,4	60,9
	SOBREPE SO	36	39,1	39,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tabla 9. Prevalencia de Casos Según Dependencia con ACTH

		DEPENDENCIA DE ACTH			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	DEPENDIENT E	26	28,3	28,3	28,3
	INDEPENDIEN TE	60	65,2	65,2	93,5
	NO	6	6,5	6,5	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tabla 10. Prevalencia de Casos Según Presencia de Síntomas

		PRESENCIA DE SINTOMAS			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	27	29,3	29,3	29,3
	SI	65	71,1	71,1	100,0
	Total	92	100,0	100,0	

Tablas 11. Análisis de Distribución de Casos de acuerdo a Cara de luna **llena**

CARA DE LUNA LLENA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido NO	37	40,2	40,2	40,2
SI	55	59,8	59,8	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tabla 12. Análisis de Casos de acuerdo con Estado

CURACION DE ENFERMEDAD				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido CONTROLADA	24	26,1	26,1	26,1
NO CURADA	50	54,3	54,3	80,4
CURADA	18	19,6	19,6	100,0
Total	92	100,0	100,0	

Tabla 13. Análisis de Casos de acuerdo con Niveles de Cortisol en Orina en 24 Horas

ORINA EN 24 HORAS				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido >100	25	27,2	27,2	27,2
<100	37	40,2	40,2	67,4
NO HAY	30	32,6	32,6	100,0
Total	92	100,0	100,0	

GRAFICOS

Gráfico 1. Prevalencia de casos de acuerdo con Etiología de Sx. Cushing

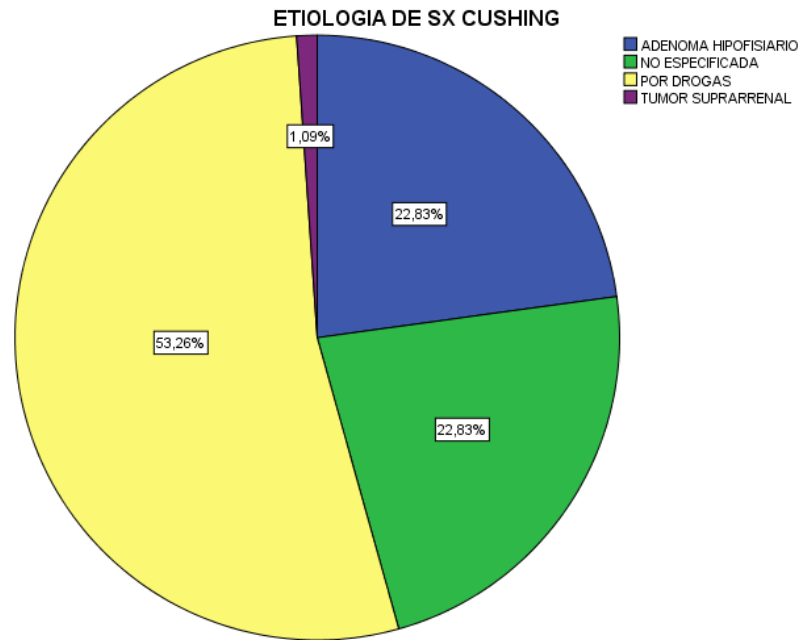


Gráfico 2. Curva de Distribución para la Edad

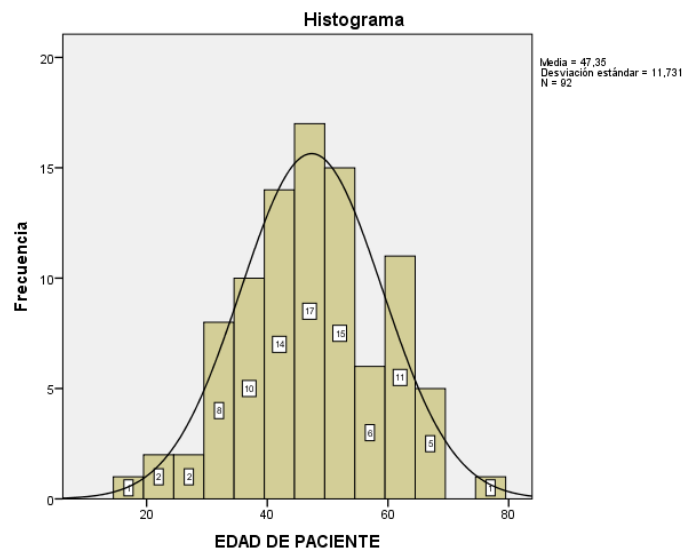


Gráfico 3. Distribución de casos de acuerdo con el Sexo del Paciente

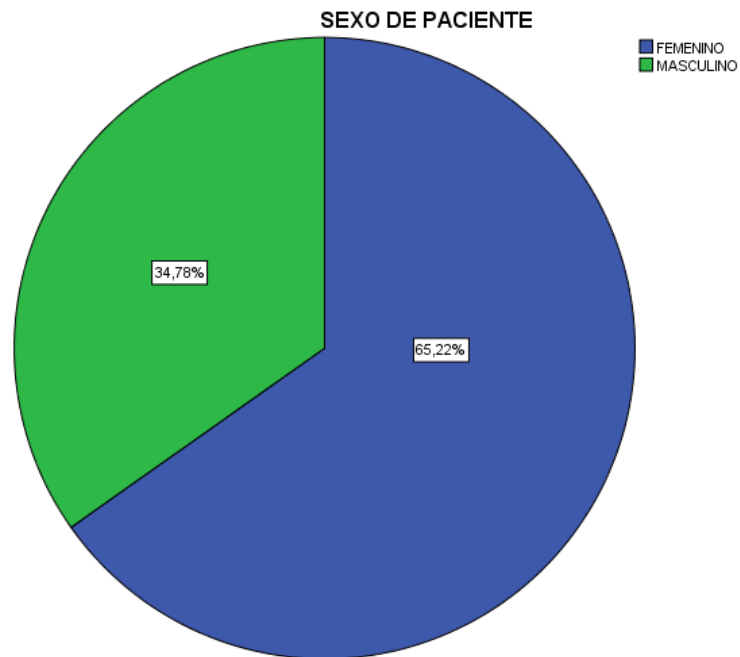


Gráfico 4. Prevalencia de Casos de Acuerdo con IMC

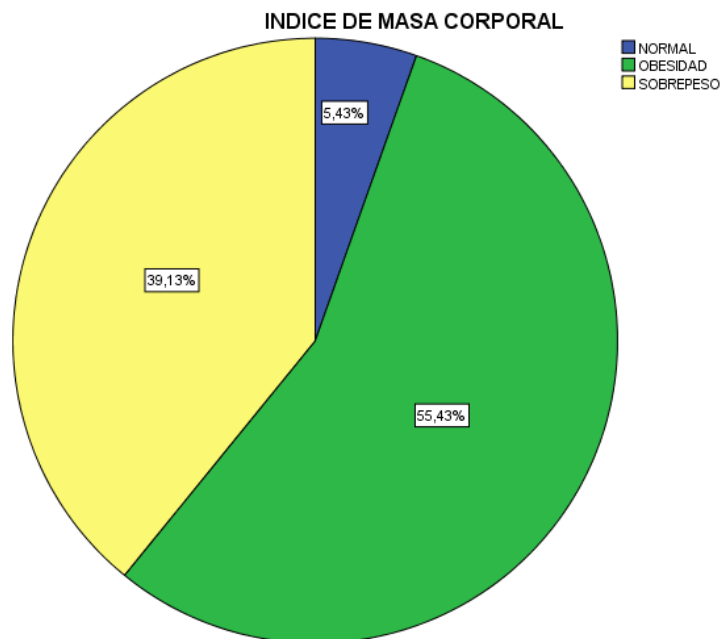


Gráfico 5. Prevalencia de Casos Según Dependencia con ACTH

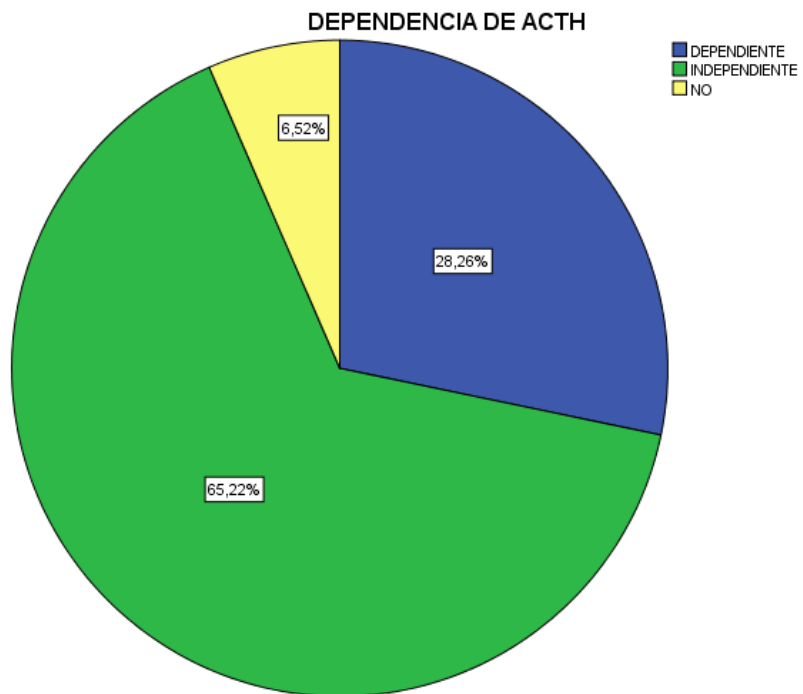


Gráfico 6. Prevalencia de Casos Según Presencia de Síntomas

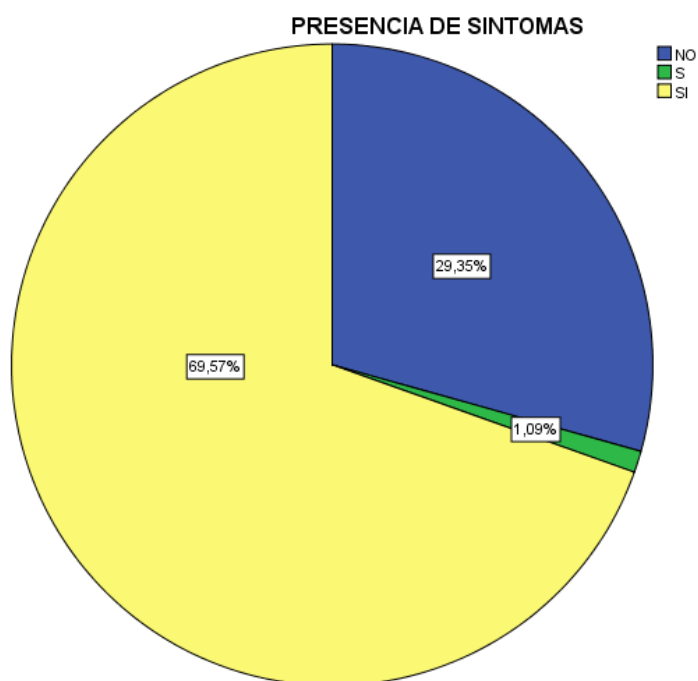


Gráfico 7. Análisis de Distribución de Casos de acuerdo a Cara de luna **llena**

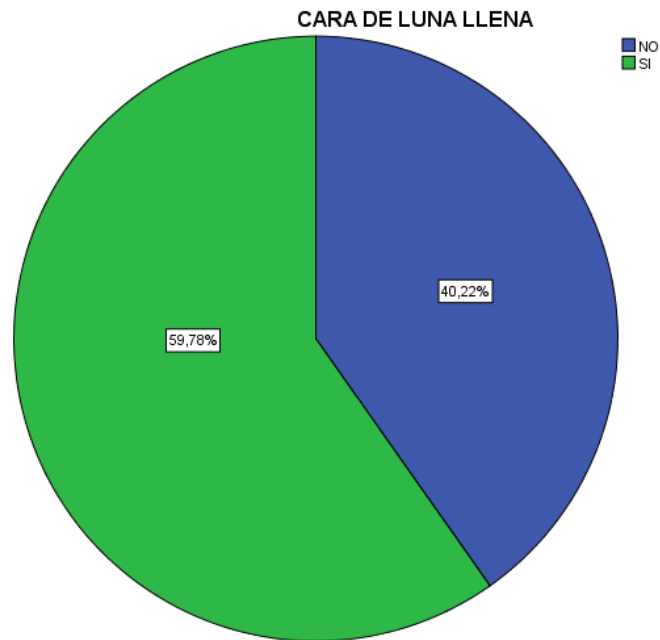


Gráfico 8. Análisis de Casos de acuerdo con Estado

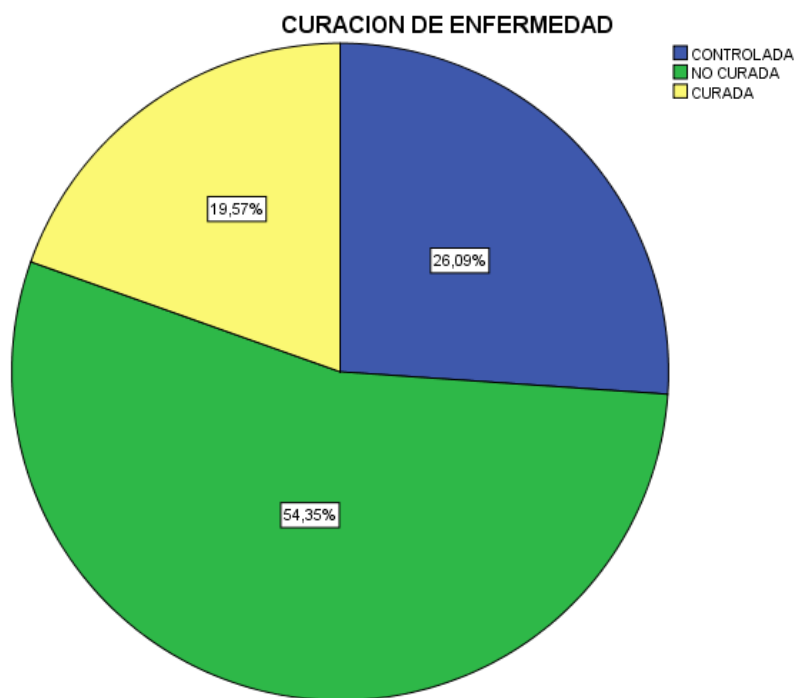
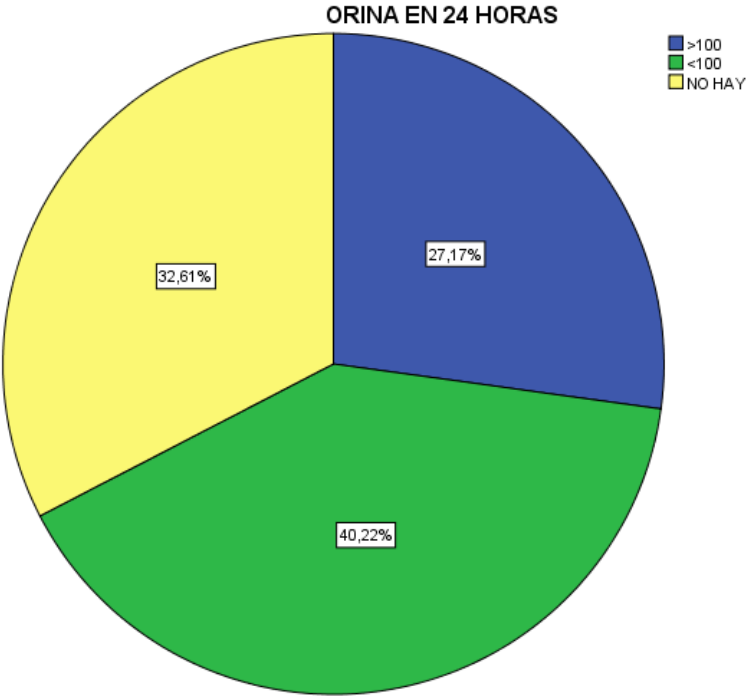


Gráfico 9. Análisis de Casos de acuerdo con Niveles de Cortisol en Orina en 24 Horas





Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



SENESCYT
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Nosotros, **Jalón Morales, Kerly Sujeinne**, con C.C: # **0925599250** y **Reyes Alban Lourdes Michelle**, con C.C: # **0940679780** autoras del trabajo de titulación: **Incidencia de Síndrome de Cushing en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo de enero 2016 a diciembre 2020** previo a la obtención del título de **MEDICO** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **30 de agosto de 2021**

f.

Nombre: **Jalón Morales, Kerly
Sujeinne**

C.C: **0925599250**

f.

Nombre: **Reyes Albán, Lourdes
Michelle**

C.C: **0940679780**

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Incidencia de Síndrome de Cushing en pacientes del Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 – diciembre 2020		
AUTOR(ES)	Jalon Morales, Kerly Sujeinne / Reyes Albán Lourdes Michelle		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Solís Villacrés, Emilio José		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	30 de agosto de 2021	No. PÁGINAS:	49
ÁREAS TEMÁTICAS:	Endocrinología, Medicina Interna, Hematología		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Síndrome de Cushing, hormona adenocorticotropina (ACTH), cortisol, esteroides, mitotano, adrenalectomía		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>INTRODUCCION: El Síndrome de Cushing, trastorno clínico causado por aumento prolongado de hormonas esteroideas, llamado hipercortisolismo. (1) De manera general la causa de hipercortisolismo es de manera dependiente y no dependiente de hormona adrenocorticotrópa (ACTH); teniendo el 80% de Cushing de manera dependiente provocado por aumento de secreción de ACTH ya sea por tumores hipofisarios, al igual que la secreción primaria excesiva de cortisol; y con un 20% de manera no dependiente, producto de administración de corticoides exógenos y tumores o hiperplasia de la glándula suprarrenal. (2)(3). OBJETIVO: Identificar la incidencia del síndrome de Cushing en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el periodo enero 2016 a diciembre 2020. METODOLOGIA: realizamos estudio de carácter retrospectivo, cuya población fue de 359 pacientes, y con la muestra de 92 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. RESULTADOS: con el análisis de los datos recolectados, se evidencia que los casos reportados de Síndrome de Cushing por causa farmacológica son de 53,3% de los casos, seguido de adenoma hipofisario con el 22,8% de los casos, al igual sin reporte etiológico un 22,8% de los casos. CONCLUSIÓN: La causa de más frecuente de Síndrome de Cushing de los pacientes en estudio es por fármacos, así mismo se destaca el sexo masculino y la edad de entre 40 a 50 años y un índice de masa corporal elevado entre los factores de riesgo, la sintomatología puede ser o no evidente entre los casos estudiados.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	CON	Teléfono: +593-4995031444 / +593-480438380	E-mail: kerlyjalon@gmail.com / loumirea@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	LA	Nombre: Ayón Genkuong, Andrés Mauricio Teléfono: +593997572784 E-mail: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			