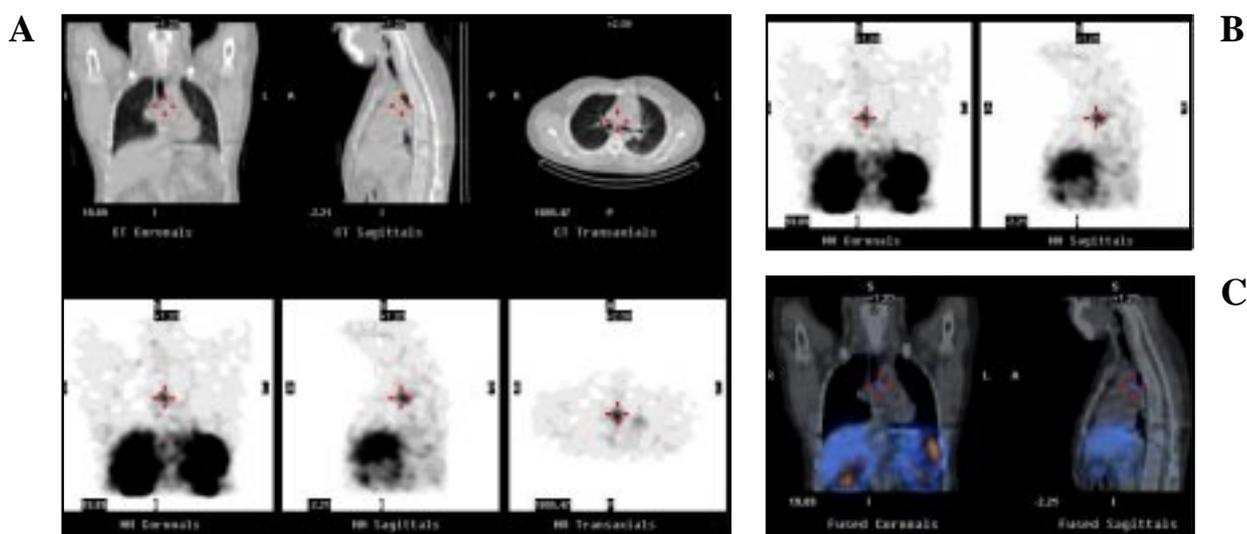


Diagnóstico de Cushing ectópico e imágenes híbridas SPECT/CT Octreótido-In111

Ectopic Cushing diagnosis and hybrid SPECT/CT Octreotide-In111 images

ALEX VALENZUELA, EDUARDO ZÚÑIGA • BOGOTÁ. D.C.



Hombre de 22 años quien consultó hace dos años por artralgias, aumento de peso, aparición de estrías e hipertensión arterial de difícil control. Al examen físico se encontraba hipertenso con IMC: 23.2 kg/m², fascias Cushingoide, ginecolipomastia y escasas estrías violáceas abdominales laterales, sin atrofia muscular.

Los paraclínicos evidenciaron cortisol libre urinario de 24 horas 403 µg/24horas (42-218), ACTH: 72 pg/ml(0-46), cortisol AM 20 µg/dl (6-20), PCR y factor reumatoideo negativo, glucosa, catecolaminas en orina y ácido vanilmandélico normales.

Se planteó Cushing dependiente de ACTH, probablemente de etiología central con prueba de dexametasona 8 mg que suprimía 50%.

La resonancia de hipófisis fue normal, luego se realizó tomografía toracoabdominal sin alteraciones. Se practicó metayodobencilguanidina (MIBG) que tampoco determinó patología estructural con actividad metabólica.

La persistencia de hipercortisolemia llevó a hacer freno esteroideo con ketoconazol 200 mg día por dos meses que discontinuó por intolerancia digestiva, decidiéndose tomar senos petrosos estimulado con desmopresina 10µg, con relación central-periférica sugestiva de Cushing ectópico. Se realizó gammagrafía con escanografía y tomografía de emisión SPECT/CT con Octreotide-Indio111, documentándose lesiones neoplásicas múltiples en hígado, suprarrenales, pulmón y mediastino. El panel A muestra SPECT Indio-111 OctreoScan en diferentes planos con captación focal, bien definida en mediastino medio, a nivel de la ventana pulmonar y otra de menor volumen e intensidad en el lado contralateral, representando actividad metabólica de lesiones con receptores positivos de somatostatina, identificando la lesión, el panel B muestra la secuencia coronal y sagital y el panel C indica imágenes de fusión estableciendo el sitio anatómico de la lesión.

Actualmente esta pendiente realizar estudio patológico que caracterice el tumor primario, para determinar manejo y pronóstico.

Dr. Alex Valenzuela: Medico Internista, Endocrinólogo, Instructor Asociado Universidad del Rosario; Dr. Eduardo Zúñiga Rodríguez: Residente Medicina Interna. Fundación Cardio-Infantil, Bogotá, D.C.

Correspondencia: Dr. Eduardo Zúñiga Rodríguez, Calle 146 No 28 - 21 apto 310 Bogota, Colombia. Tel.: 6672727 e-mail: eduzuro@gmail.com

Recibido: 07/04/06 Aprobado: 12/04/06