

# SÍNDROME DE CUSHING EXÓGENO EN PACIENTE LACTANTE

EXACT CUSHING SYNDROME IN INFANT PATIENT

Consuelo Luna-Muñoz<sup>1,2,3</sup>, Mario Elías Berrocal<sup>1,2</sup>, Lucy E. Correa-López<sup>3,4</sup>, Jorge Gálvez Vallenás<sup>1</sup>, Paul Tello Almeri<sup>1,2</sup>

## RESUMEN

El Síndrome de Cushing (SC) es causado por exposición prolongada a corticosteroides, ya sea por producción endógena o por administración exógena. La aplicación tópica de corticosteroides superpotentes, puede ser un factor desencadenante. Se presenta el caso de un lactante masculino con Síndrome de Cushing exógeno secundario a aplicación de corticoide tópico en área de pañal.

**Palabras clave:** Cushing exógeno; Niños; Corticosteroides tópicos. (fuente: DeCS BIREME)

## ABSTRACT

Cushing's Syndrome (SC) is caused by prolonged exposure to corticosteroids, either by endogenous production or by exogenous administration. The topical application of superpotent corticosteroids may be a triggering factor. We present the case of a male infant with exogenous Cushing's Syndrome secondary to application of topical corticosteroids in the diaper area.

**Key words:** Exogenous Cushing; Children; Topical corticosteroids. (source: MeSH NLM)

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de Cushing (SC) es raro en la infancia y la adolescencia, la clínica típica en pacientes pediátricos además de la obesidad troncular y la hipertensión arterial, incluye disminución o cese del crecimiento, fascies de luna llena, plétora facial, intolerancia a la glucosa, joroba de búfalo, hipertricosis y acné<sup>1,2</sup>.

Al igual que con el SC en adultos, la causa más común es la iatrogénica, debido a la administración exógena de altas dosis de corticosteroides orales, tópicos e inhalados. Los lactantes tienen mayor riesgo de efectos secundarios, locales y sistémicos, por aplicación de esteroides tópicos ya que tienen una mayor área de superficie corporal<sup>3</sup>.

En la infancia los corticosteroides se utilizan con frecuencia en el tratamiento del asma y eczema, es importante realizar una historia clínica completa con la finalidad de obtener información detallada del historial de medicamentos del paciente<sup>4</sup>.

Presentamos el caso de un lactante con síndrome de Cushing exógeno secundario a la aplicación de corticosteroide tópico en área del pañal.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino, de 1 mes y 14 días de edad, antecedente de retardo del crecimiento intrauterino. Tiene 3 semanas aproximadamente de tiempo de enfermedad. Al presentar aparente dermatitis en área del pañal, madre aplica a su hijo en cada cambio de pañal, dexametasona en crema, por 5 días aproximadamente, al no observar mejoría utiliza propionato de clobetasol en crema (0.05%). Después de 2 semanas del uso de corticosteroide tópico, la madre observa en su hijo aumento progresivo del volumen de ambas mejillas, telangiectasias e hipertricosis en cara. 3 días previos a su ingreso al servicio de emergencia pediátrica paciente presenta alimentación entrecortada e irritabilidad.

<sup>1</sup> Médico Pediatra.

<sup>2</sup> Servicio de Emergencia Pediátrica – HNERM - EsSalud.

<sup>3</sup> Instituto de Investigación en Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina Humana. Universidad Ricardo Palma, Lima Perú.

<sup>4</sup> Economista, Master of Business Administration.

**Citar como:** Consuelo Luna-Muñoz, Mario Elías-Berrocal, Lucy E. Correa-López, Jorge Gálvez-Vallenás, Paul Tello-Almeri. Síndrome de cushing exógeno en paciente lactante.[Reporte de Caso]. Rev. Fac. Med. Hum. 2017;17(4):102-106. DOI 10.25176/RFMH.v17.n4.1218

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

© Los autores. Este artículo es publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana, Universidad Ricardo Palma. Este es un artículo de Open Access distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citadas. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con [revista.medicina@urp.pe](mailto:revista.medicina@urp.pe)

Antecedentes: Perinatales G3 P3 003. Nacido de parto eutócico domiciliario, edad gestacional 38semanas, pequeño para edad gestacional (PEG), perímetro cefálico 32.5cm., peso al nacimiento 2200gr., estuvo hospitalizado 2 días, alta conjunta. No tamizaje. Hermanos con aparente talla baja (sin estudios).

Al examen: FC: 160 x', FR: 40 x', T°: 36.6 °C, Peso: 3.8 kg, PA:160/107 mmHg.

Talla 46 cm (-5.2DS), P/T p99, PC 34 cm (-3.4 DS).

Plétora facial y de cuello (cara redondeada, con mejillas prominentes y aspecto sofocado), telangiectasias en región malar e hipertrichosis en frente. Tiroides no palpable. Mucosas orales con placas blanquecinas de 1-2 mm de

diámetro en labio inferior. No tirajes, murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no ruidos agregados. Ruidos cardiacos rítmicos no soplos. Abdomen algo globuloso, blando, depresible, no visceromegalias, ruidos hidroaéreos normales.

Eritema intenso, edematoso, confluyente, con afectación de pliegues, se extiende a toda la zona recubierta por el pañal, incluyendo tercio superior de superficie convexa de muslos. Llame capilar normal.

Paciente despierto, irritable, perímetro cefálico 34cm (microcefalia), fontanela anterior normotensa de 3x3cm, paciente fija la mirada, tono conservado, no déficit motor.

REPORTE DE CASO



Figura 1. Fases lunares llenas, telangiectasias (11/08/17).

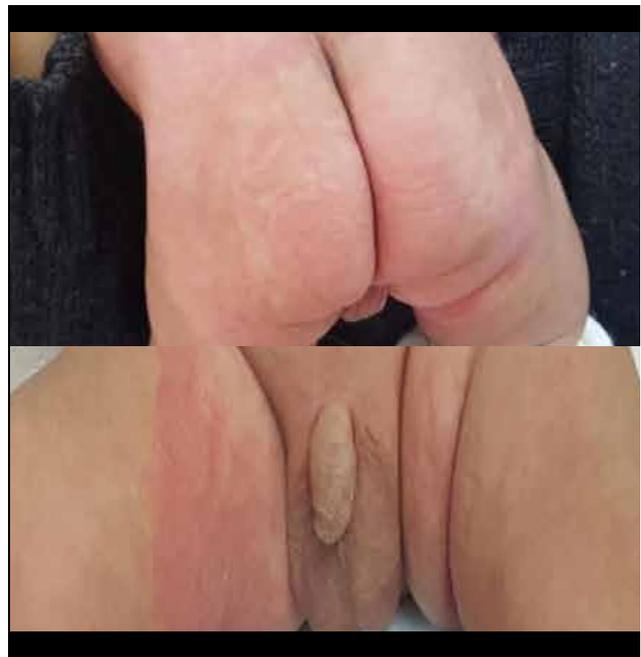


Figura 2. Dermatitis post aplicación de corticosteroide tópico, en resolución (11/08/17).

Tabla 1. Resultados de Laboratorio: Hemogramas.

HEMOGRAMA	08/08/2017	17/08/17	
Leucocitos	17,420	11,670	10 <sup>3</sup> /uL
Hemoglobina	15.7	12.6	g/dl
Hematocrito	43.6	37.5	%
Plaquetas	529	279	10 <sup>3</sup> /uL
Neutrófilos	11.43	4.39	10 <sup>3</sup> /uL
Linfocitos	3.39	6.55	10 <sup>3</sup> /uL
Monocitos	2.50	0.55	10 <sup>3</sup> /uL
Eosinófilos	0.04	0.08	10 <sup>3</sup> /uL
Basófilos	0.06	0.10	10 <sup>3</sup> /uL
Reticulocitos	0.27	2.34	%

**Tabla 2.** Resultados de Laboratorio: Hormonales.

15/08/17 (04:08 horas)				
	RESULTADO	UNIDAD DE MEDIDA	MÉTODO	RANGOS DE REFERENCIA
TSH	5.590	uU/ml	QML	0.400 - 4.00
T4	1.090	ng/dl	QML	0.800 - 1.900
ACTH adrenocortico trópica 8am	6.06	pg/ml	QML	0-120
Androstenediona	1.08	ng/ml	QML	0.60 - 3.10
DHEA S	<15.0	ug/dl	QML	80.00 - 560.00
Cortisol 8am	2.21	ug/dl	QML	1 - 35
IGH/Somatomedina C	33.00	ng/ml	QML	2-82

REPORTE DE CASO

**Tabla 3.** Resultados de Laboratorio: Química sanguínea.

ANÁLISIS	RESULTADO 08/08/2017	RESULTADO 17/08/17	UNIDADES	VALOR DE REFERENCIA
GLUCOSA	86	98	mg/dl	74 - 106
ÚREA	8.6	36.4	mg/dl	22 - 55
ECRE 2	0.20	0.35	mg/dl	H:0.6 - 1.1 / M: 0.5 - 8
NA	137	136	mEq/l	132 - 146
K	5.07	5.44	mg/dl	3.5 - 5.5
CL	108	103	mg/dl	99 - 109
CRP	1.4		mg/dl	< 1.0
LDLP	380	0.1	U/L	120 - 246
IP	5.9		mg/dl	3.5 - 5.5

Ecografías transfontanelar y abdominal normales.

Durante su hospitalización el paciente recibió nistatina oral, se suspendió el corticoide tópico y se aplicó crema Darier.

## DISCUSIÓN

El síndrome de Cushing iatrogénico o exógeno es consecuencia del uso excesivo de esteroides en forma de corticosteroides tópicos, inhalados u orales, a dosis por arriba de las fisiológicas y por un periodo prolongado. Se manifiesta con obesidad generalizada,

facies de "luna llena", joroba de búfalo, hirsutismo, hipertensión, adelgazamiento de la piel, fatiga, debilidad muscular, talla baja con el tiempo, etc.<sup>1,2,3</sup>.

Los lactantes tienen mayor riesgo de efectos secundarios, locales y sistémicos, por aplicación de esteroides tópicos debido a la mayor proporción de área de superficie corporal<sup>5,6</sup>.

Nuestro paciente presentó las manifestaciones clínicas que reporta la literatura en lactantes, cara redondeada, mejillas prominentes y aspecto sofocado (cara de luna llena); la obesidad generalizada es frecuente en

los niños pequeños, nuestro paciente no la presentó, posiblemente por el antecedente de PEG.

Los primeros registros de la presión arterial muestran hipertensión, los resultados de glucosa, electrolitos, cortisol y ACTH fueron normales.

La potencia de los corticosteroides tópicos varía desde muy baja a superpotente. Los efectos adversos, localizados y sistémicos, son bien conocidos y dependen de la potencia del corticosteroide y del tiempo de aplicación; se pueden absorber a través de la piel normal, pero más en la piel inflamada y oclusiva, como fue el caso de este paciente.

Los corticosteroides de muy baja potencia se pueden utilizar en cualquier zona corporal, mientras que los corticoides superpotentes tienen limitaciones en cuanto a sus indicaciones (edad, pliegues, cara, comisuras bucales, etc.) y la aplicación de pequeñas dosis puede disminuir el nivel de cortisol matutino por supresión del eje hipotálamohipofisariaadrenal, por lo que se debe evitar en menores de 12 años de edad<sup>7,8,9,10,11,12</sup>.

Al paciente del presente caso se le aplicó corticoide tópico superpotente (propionato de clobetasol 0.05% en crema) en área del pañal, por tiempo prolongado (3 semanas aproximadamente), medicado por la madre, que no tiene conocimientos en Salud, provocando como efecto secundario mayor enrojecimiento y delgadez de la piel

**Tabla 4.** Clasificación de Corticoides según potencia.

FÁRMACO	
Clase 1 (superpotente)	Dipropionato de betametasona en crema o ungüento 0.05% Propionato de clobetasol en crema o ungüento 0.05% Propionato de halobetasol en crema o ungüento 0.05%
Clase 2 (potente alta)	Acetonido de triamcinolona en ungüento 0.5z% Aceponato de metilprednisolona en crema, pomada o loción 0.1% Furoato de mometasona ungüento 0.1%
Clase 3 (potente baja)	Propionato de fluticasona en ungüento 0.005% Valerato de betametasona ungüento 0.1% Aceponato de hidrocortisona crema 0.127%
Clase 4 (intermedio alta)	Furoato de mometasona crema 0.1% Acetónido de flucinolona crema o ungüento 0.025%
Clase 5 (intermedio baja)	Butirato de hidrocortisona crema, ungüento o gel 0.1% Valerato de betametasona crema 0.1% Propionato de fluticasona crema 0.05%
Clase 6 (baja o suave)	Desonida crema o ungüento 0.05% Acetónido de flucinolona crema 0.01%
Clase 7 (muy baja o suave )	Hidrocortisona crema 1% Metilprednisolona 1% Dexametasona crema 0.1%

Dermatología CMQ. 2015;13(4):305-312.

del área del pañal y signos clínicos de síndrome Cushing sin supresión del eje hipotálamohipofisariaadrenal<sup>3</sup>, algunos autores reportan que la supresión de este eje es menos común que con el uso de las vías oral y parenteral<sup>3</sup>.

## CONCLUSIÓN

Conclusión, en la elección del corticosteroide tópico se debe considerar la edad del paciente, la localización y extensión de la lesión, la potencia terapéutica del fármaco, la dosis y el tiempo de aplicación, para prevenir los efectos secundarios como ocurrió con este paciente, además se debe informar al familiar sobre el efecto secundario por el mal uso de los fármacos y de las consecuencias de la medicación sin indicación médica.

**Financiamiento:** Autofinanciado.

**Conflicto de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés en la publicación de este caso clínico.

**Recibido:** 01 de septiembre del 2017

**Aprobado:** 05 de octubre del 2017

**Correspondencia:** Consuelo Luna Muñoz

**Dirección:** Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, Servicio de Emergencia Pediátrica. Avenida Edgardo Rebagliati N°490 Jesús María.

**Teléfono:** (01) 2654901/ (01) 2654904. Anexo:3296 - 1395

**Correo:** luna\_consuelo@yahoo.es

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Klein J, Vuguin P, Hyman S. Cushing Syndrome. *Pediatrics in Review*. 2014;35:40.
2. Rubio M, Colón A, Freitas L, Sáenz A, Ferreiro M. Síndrome de Cushing exógeno secundario al uso de clobetasol en el área del pañal. Presentación de un caso. *Dermatol Venez*. 2015; 53(1):26-28.
3. Ozdemir A, Nijat V. Case report Iatrogenic Cushing's Syndrome Due to Overuse of Topical Steroid in the Diaper Area *Journal of Tropical Pediatrics*. 2014;60(5):404-406.
4. Chan L.F, Storr H, Grossman A, Savage M. Pediatric Cushing's Syndrome: Clinical Features, Diagnosis, and Treatment. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2007;51(8):1261-1271.
5. Tiwari A, Goel M, Pal P, Gohiya P. Topical steroid induced iatrogenic Cushing syndrome in the pediatric age group: A rare case report. *Indian J Endocr Metab*. 2013;17:257-258.
6. Nantarakchaikul P, Nimdet K. An infantile exogenous Cushing syndrome caused by topical. *International Journal of Pediatric Endocrinology*. 2015; 2015(Suppl 1):45.
7. Lynette K. Nieman, M. Consequences of systemic absorption of topical glucocorticoids *J Am Acad Dermatol*. 2011 July; 65(1):250-252.
8. Rajendra N, Karthik T.S, Amaresh P. Iatrogenic Cushing's Syndrome. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2013;February,7(2):353-354.
9. Ciccone S, Marini R, Bizzarri C, El Hachem, Cappa M. Syndrome in a 6-month-old Boy: A Rare Side-effect due to Inadequate Use of Topical Corticosteroids. *Acta Derm Venereol*. 2016; 96:138-139.
10. Cheirif O, Sáez MM, Lammoglia L. Topical corticoids: current data, its indications and adverse effects in dermatology. *Dermatologia CMQ*. 2015;13(4):305-312.
11. Seyedzadeh A. Infantile Exogenous Cushing Syndrome due to Misuse of Topical Corticosteroid. *J Clin Case Rep*. 2012;2:179.

REPORTE DE CASO

Consulte la Versión Electrónica de la Revista:  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Universidad Ricardo Palma**

<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

