



Recibido: 2026-06-08

Aceptado: 2026-06-18

Publicado: 2026-07-08

Estética y estado emocional en pacientes con síndrome de Cushing **Aesthetics and Emotional State in Patients with Cushing's Syndrome**

Autores

Milton Junior Requelme Jaramillo¹

Licenciado en Enfermería, Magister en Gestión del Cuidado, Magister en Educación mención Investigación Educativa, Doctorante en Ciencias de la Salud, Maestrante en Enfermería
<https://orcid.org/0000-0002-7378-0453>
mjrequelme@utmachala.edu.ec
Universidad Técnica de Machala
Machala-Ecuador

Kleber Israel Guanuchi Merchán³

Estudiante de Licenciatura en Enfermería
kguanuchi1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-5511-1510>
Universidad Técnica de Machala
Machala - Ecuador

Nelly Alexandra Bustamante Rivas²

Estudiante de Licenciatura en Enfermería
nbustaman4@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0009-5917-8616>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador

Nohelia Mariane Ortega Loja⁴

Estudiante de Licenciatura en Enfermería
nortega1@utmachala.edu.ec
<https://orcid.org/0009-0005-0797-6430>
Universidad Técnica de Machala
Machala – Ecuador



Resumen

Introducción: El síndrome de Cushing es una condición endocrina multisistémica producida por la exposición crónica a niveles elevados de cortisol. Sus manifestaciones físicas visibles, complicaciones metabólicas y repercusiones psicosociales afectan la funcionalidad, la imagen corporal, la autoestima y la calidad de vida de las personas que lo padecen. **Objetivo:** Analizar la evidencia científica reciente sobre las manifestaciones clínicas, complicaciones, impacto psicosocial y pertinencia del cuidado de enfermería en personas con síndrome de Cushing. **Metodología:** Se realizó una revisión de publicaciones científicas recientes, organizadas en una matriz de análisis que incluyó autores, título, metodología, principales hallazgos y pertinencia para enfermería. La información fue depurada, sintetizada e interpretada con enfoque clínico y disciplinar. **Resultados:** La evidencia revisada muestra que el síndrome de Cushing se asocia con obesidad central, cara de luna llena, plétora facial, giba dorsocervical, estrías violáceas, hirsutismo, acné, fragilidad cutánea, equimosis, debilidad muscular proximal, hipertensión arterial, diabetes mellitus, alteraciones emocionales y deterioro de la calidad de vida. Además, se identifican complicaciones cardiometabólicas, musculoesqueléticas, tromboembólicas y neuropsiquiátricas. **Conclusión:** El síndrome de Cushing requiere una valoración integral, continua y humanizada. Enfermería cumple un papel relevante en la detección temprana, educación para el autocuidado, vigilancia de complicaciones, acompañamiento psicosocial y continuidad del cuidado.

Palabras clave: síndrome de Cushing; hipercortisolismo; enfermería; calidad de vida; autocuidado.



Abstrac

Introduction: Cushing syndrome is a multisystem endocrine condition caused by chronic exposure to elevated cortisol levels. Its visible physical manifestations, metabolic complications, and psychosocial consequences affect functionality, body image, self-esteem, and quality of life. **Objective:** To analyze recent scientific evidence on the clinical manifestations, complications, psychosocial impact, and relevance of nursing care in people with Cushing syndrome. **Methodology:** A review of recent scientific publications was conducted and organized in an analytical matrix including authors, title, methodology, main findings, and relevance to nursing. The information was refined, synthesized, and interpreted from a clinical and disciplinary perspective. **Results:** The reviewed evidence shows that Cushing syndrome is associated with central obesity, moon face, facial plethora, dorsocervical fat pad, purple striae, hirsutism, acne, skin fragility, ecchymosis, proximal muscle weakness, arterial hypertension, diabetes mellitus, emotional disturbances, and impaired quality of life. Cardiometabolic, musculoskeletal, thromboembolic, and neuropsychiatric complications were also identified. **Conclusion:** Cushing syndrome requires comprehensive, continuous, and humanized assessment. Nursing plays a relevant role in early detection, self-care education, complication surveillance, psychosocial support, and continuity of care.

Keywords: Cushing syndrome; hypercortisolism; nursing; quality of life; self-care.

Introducción

El síndrome de Cushing (SC) corresponde al conjunto de manifestaciones clínicas derivadas de la exposición crónica a concentraciones elevadas de glucocorticoides. Puede ser endógeno, por producción excesiva de cortisol asociada a causas hipofisarias, suprarrenales o ectópicas, o exógeno, como consecuencia del uso prolongado de glucocorticoides (Reincke & Fleseriu, 2023). Aunque se considera una enfermedad poco frecuente, su importancia clínica radica en la elevada carga de comorbilidades cardiovasculares, metabólicas, osteomusculares, dermatológicas, neuropsiquiátricas y funcionales que comprometen el bienestar de las personas afectadas (Mc Bride et al., 2021; Reincke & Fleseriu, 2023).

Las manifestaciones físicas del SC suelen ser visibles y progresivas. Entre las más características se encuentran la obesidad central, la plétora facial o cara de luna llena, la acumulación de grasa dorsocervical, las estrías violáceas, el hirsutismo, el acné, la fragilidad cutánea, las equimosis espontáneas y la debilidad muscular proximal (Reincke & Fleseriu, 2023). Estas alteraciones poseen valor diagnóstico, pero también constituyen una fuente de sufrimiento subjetivo por su impacto en la autoimagen, la identidad, las relaciones sociales y la percepción del estado de salud (Bednarski et al., 2026; Rakovec et al., 2023). La evidencia reciente señala que la alteración de la imagen corporal, el dolor, la pérdida de fuerza, la fatiga, la ansiedad y la depresión contribuyen significativamente al deterioro de la calidad de vida de las personas con SC, incluso después del tratamiento o de alcanzar el control bioquímico de la enfermedad (Bednarski et al., 2026; Theodorou et al., 2026).

El componente emocional del SC ha recibido una atención creciente, debido a que la enfermedad afecta de manera profunda la vivencia cotidiana, la autoestima y la adaptación psicosocial de las personas diagnosticadas (Michel & Beskow, 2024; Theodorou et al., 2026). La depresión, la ansiedad, la labilidad emocional, la alteración de la imagen corporal, la baja autoestima, la fatiga y las dificultades cognitivas pueden presentarse durante la fase activa de la enfermedad y persistir tras la remisión bioquímica. Esta persistencia evidencia que la normalización hormonal, aunque indispensable, no siempre equivale a una recuperación psicosocial completa (Theodorou et al., 2026; Webb & Valassi, 2022).

La calidad de vida en el síndrome de Cushing se encuentra considerablemente afectada tanto durante la fase activa de la enfermedad como después de alcanzar la remisión bioquímica (Mc Bride et al., 2021; Webb & Valassi, 2022). El uso de instrumentos validados, como el

CushingQoL, el Beck Depression Inventory-II y el State-Trait Anxiety Inventory, permite cuantificar el impacto de esta condición sobre el bienestar físico, emocional, psicológico y social de los pacientes (Theodorou et al., 2026). Asimismo, los instrumentos específicos de valoración de imagen corporal pueden complementar la evaluación integral de las repercusiones físicas y emocionales del SC (Bednarski et al., 2026). Diversos estudios evidencian que la mejoría clínica y hormonal no siempre se traduce en una recuperación integral de la calidad de vida, ya que pueden persistir secuelas emocionales, alteraciones en la autoimagen, disminución de la autoestima y dificultades de adaptación a la vida cotidiana (Theodorou et al., 2026; Webb & Valassi, 2022).

La relación entre cambios corporales visibles y bienestar emocional es particularmente relevante en enfermería, porque el cuidado no se limita al seguimiento de parámetros endocrinos. La enfermería participa en la valoración integral, la educación terapéutica, la identificación temprana de síntomas emocionales, la promoción del autocuidado, el acompañamiento durante el tratamiento y la coordinación con endocrinología, psicología, psiquiatría, nutrición y rehabilitación. Este enfoque es coherente con modelos de atención centrados en la persona, especialmente en enfermedades crónicas raras que generan estigmatización, incertidumbre diagnóstica y necesidades sostenidas de apoyo.

A pesar de la existencia de revisiones previas sobre la calidad de vida y las complicaciones psicológicas en el síndrome de Cushing, aún persiste la necesidad de integrar de manera más específica la dimensión estética, la imagen corporal y sus implicaciones para el cuidado de enfermería. Las alteraciones físicas derivadas del hipercortisolismo no solo tienen relevancia clínica, sino que también afectan la percepción de sí mismo, la autoestima, las relaciones sociales y el bienestar emocional de los pacientes.

En este contexto, la presente revisión busca sintetizar la evidencia científica reciente y orientar intervenciones clínicas y comunitarias que contribuyan al bienestar psicosocial de los adultos con síndrome de Cushing. Por ello, el objetivo del estudio es analizar la evidencia científica actual sobre la relación entre las alteraciones estéticas derivadas del hipercortisolismo y el bienestar emocional en adultos con síndrome de Cushing, así como identificar intervenciones y aportes de enfermería orientados al cuidado psicosocial integral.

Metodología

Se realizó una revisión integrativa de literatura científica. Este diseño permite reunir evidencia cuantitativa, cualitativa y documental para comprender fenómenos clínicos complejos y orientar la práctica profesional. La presentación del proceso de búsqueda, selección y síntesis se organizó conforme a las recomendaciones de PRISMA 2020 para mejorar transparencia, trazabilidad y reproducibilidad (Page M J, 2021).

La pregunta se estructuró mediante el marco PCC: población, adultos con diagnóstico de síndrome de Cushing; concepto, alteraciones estéticas, imagen corporal y bienestar emocional; contexto, atención clínica, psicosocial y de enfermería. La pregunta orientadora fue: ¿qué evidencia reciente describe la relación entre las alteraciones estéticas del síndrome de Cushing y el estado emocional de los pacientes adultos, y qué intervenciones de enfermería favorecen el bienestar psicosocial?

La búsqueda se realizó en PubMed, Scopus, ScienceDirect, CINAHL, SciELO y Google Scholar. Se utilizaron términos DeCS/MeSH y palabras clave en español, inglés y portugués, combinados con operadores booleanos: “Cushing syndrome” OR “síndrome de Cushing” AND “body image” OR “imagen corporal” OR “aesthetic alterations” OR “skin manifestations” OR “hirsutism” OR “striae” AND “depression” OR “anxiety” OR “self-esteem” OR “quality of life” OR “emotional well-being” AND “nursing care” OR “patient education” OR “psychosocial support”. La búsqueda se limitó a publicaciones de enero de 2021 a mayo de 2026; se incorporaron referencias fundacionales cuando resultaron necesarias para contextualizar signos clínicos o instrumentos de medición.

Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, revisiones clínicas, consensos, guías y estudios cualitativos en población adulta con SC, disponibles a texto completo y publicados en español, inglés o portugués. Los documentos debían reportar al menos uno de los siguientes dominios: manifestaciones estéticas o cutáneas, imagen corporal, depresión, ansiedad, autoestima, calidad de vida, experiencias psicosociales o intervenciones de enfermería/manejo multidisciplinar. Se excluyeron estudios pediátricos, reportes centrados exclusivamente en farmacoterapia sin resultados psicosociales, documentos sin acceso completo, publicaciones duplicadas y textos sin relación directa con el objetivo de revisión.

La selección se efectuó en tres etapas: identificación de registros, cribado por título/resumen y revisión de texto completo. Los datos fueron extraídos en una matriz que incluyó autor, año, país, tipo de documento, población o enfoque, instrumentos utilizados, hallazgos sobre manifestaciones estéticas, hallazgos emocionales y aportes para el cuidado. La síntesis fue narrativa y descriptiva debido a la heterogeneidad de diseños, medidas e indicadores. Los hallazgos se organizaron por dominios temáticos: manifestaciones estéticas, bienestar emocional, calidad de vida e intervenciones de enfermería. Al tratarse de una revisión de literatura, no se requirió consentimiento informado ni aprobación de comité de ética para la recolección de datos primarios. No obstante, se respetaron principios de integridad científica, citación adecuada, trazabilidad de fuentes y síntesis honesta de los hallazgos.

Se identificaron 85 registros en las bases de datos consultadas. Tras eliminar 18 duplicados, se evaluaron 67 registros por título y resumen. De estos, 31 fueron excluidos por no ajustarse al objetivo de la revisión. Posteriormente, 36 textos completos fueron revisados para elegibilidad y 9 fueron excluidos por ausencia de datos específicos sobre estética, bienestar emocional o cuidado psicosocial. Finalmente, 27 documentos fueron incluidos en la síntesis.

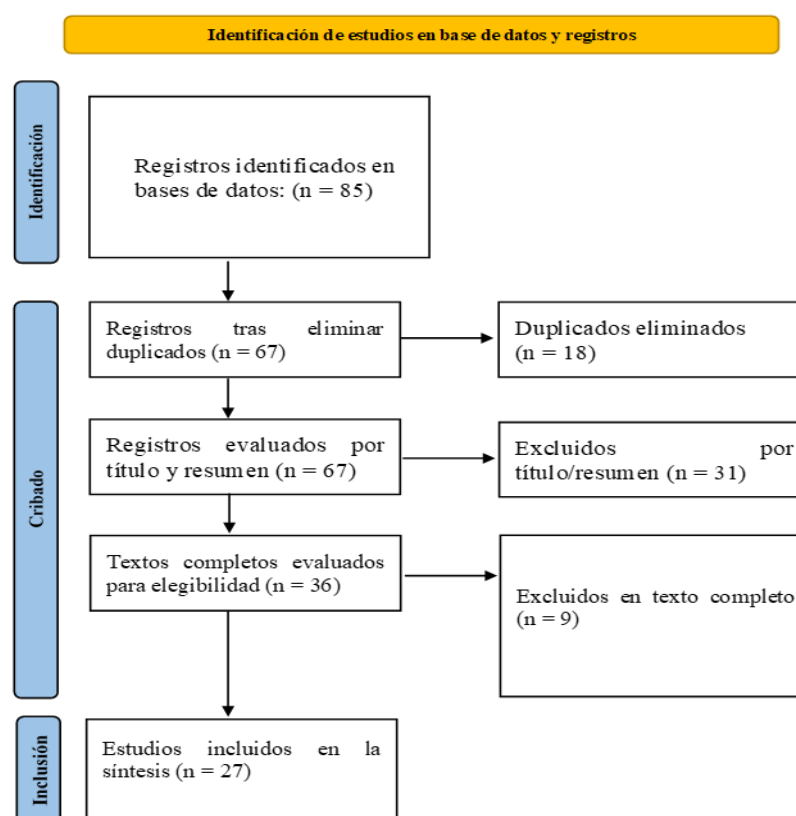


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios según PRISMA 2020. Fuente: elaboración propia con base en la estrategia de búsqueda.

Resultados y discusión

La evidencia incluida estuvo conformada por estudios observacionales, revisiones sistemáticas, revisiones clínicas, consensos, estudios cualitativos y documentos sobre resultados reportados por pacientes. Predominaron publicaciones procedentes de Europa y Norteamérica, con menor representación de estudios latinoamericanos. Los instrumentos de mayor uso fueron CushingQoL, SF-36, Beck Depression Inventory (BDI), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9), Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7), Body Image Scale (BIS), Multidimensional Body-Self Relations Questionnaire (MBSRQ) y Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES).

Tabla 1

Matriz sintetizada de evidencia sobre síndrome de Cushing

Nº	Autores	Título	Metodología	Principales hallazgos	Pertinencia
1	Iara y Beskow (2024)	La experiencia emocional de adultos que padecen síndrome de Cushing en Argentina	Estudio cualitativo exploratorio con diseño narrativo. Incluyó cinco adultos argentinos con síndrome de Cushing; se aplicaron entrevistas semiestructuradas, representación artística y notas de campo, con análisis temático de Braun y Clarke.	Se identificaron seis etapas emocionales: desorientación y soledad, ira y disgusto, desesperanza, adaptación, resurgimiento y empoderamiento solidario. El peregrinaje diagnóstico, la incomprensión social y los cambios corporales visibles intensificaron el sufrimiento subjetivo.	Sustenta el abordaje psicosocial de enfermería, la valoración de imagen corporal, la escucha terapéutica, el acompañamiento familiar y la educación durante diagnóstico y seguimiento.
2	Valenzuela et al. (2024)	Epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico del síndrome de Cushing: revisión de la literatura	Revisión cualitativa de literatura. Incluyó 30 fuentes publicadas entre 2014 y 2024, recuperadas de PubMed, Scopus y Web of Science, con análisis de patrones clínicos, diagnósticos y terapéuticos.	El síndrome de Cushing se asoció con hipertensión, diabetes, coagulopatías, enfermedad cardiovascular, infecciones y fracturas. Se recomienda sospecha clínica	Aporta base clínica para describir manifestaciones físicas, comorbilidades y ruta diagnóstica; fundamenta la vigilancia de enfermería y la



				ante signos progresivos, descartar de glucocorticoides exógenos y confirmación con al menos dos pruebas iniciales anormales.	derivación oportuna.
3	DeFronzo y Auchus (2025)	Cushing Syndrome, Hypercortisolism, and Glucose Homeostasis: A Review	Revisión narrativa biomédica y fisiopatológica sobre hipercortisolismo, obesidad, hipertensión, enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2. No presenta muestra propia ni metaanálisis.	El hipercortisolismo contribuye al deterioro de la homeostasis glucémica mediante resistencia a la insulina, aumento de producción hepática de glucosa, disfunción adiposa y alteración de secreción insulínica. En diabetes tipo 2 difícil de controlar, se plantea considerar tamizaje de hipercortisolismo.	Es útil para discutir riesgo cardiometabólico, diabetes mal controlada y necesidad de educación de enfermería sobre adherencia, control glucémico, presión arterial y signos de alarma.
4	Ceccato et al. (2023)	Dynamic Testing for Differential Diagnosis of ACTH-Dependent Cushing Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis	Revisión sistemática y metaanálisis de exactitud diagnóstica. Incluyó 62 estudios sobre HDDST, prueba con CRH y prueba con desmopresina; siguió PRISMA-DTA, registro PROSPERO y evaluación QUADAS-2.	La prueba con CRH mostró mayor rendimiento diagnóstico para enfermedad de Cushing, con sensibilidad aproximada de 86% y especificidad cercana a 90% para diferenciar secreción ectópica de ACTH. HDDST y desmopresina presentaron desempeño variable.	Fortalece el marco diagnóstico y justifica protocolos integrados, preparación adecuada del paciente y seguimiento de resultados bioquímicos por el equipo de salud.



5	Vaczlavik et al. (2022)	KDM1A inactivation causes hereditary food-dependent Cushing syndrome	Estudio molecular, genómico y traslacional con enfoque multiómico. Analizó tejidos de PBMAH de 36 pacientes mediante RNA-seq, análisis de variantes, metiloma, miRNome y secuenciación de exoma.	La inactivación de KDM1A se asoció con síndrome de Cushing dependiente de alimentos y expresión ectópica de GIPR. El hallazgo explicó cerca del 90% de casos de PBMAH asociada a FDOS en la serie analizada.	Aporta evidencia sobre etiología genética, medicina personalizada y necesidad de tamizaje familiar en formas hereditarias o ACTH-independientes.
6	Patel et al. (2022)	Exogenous Cushing Syndrome Caused by a “Herbal” Supplement	Reporte de dos casos clínicos en mujeres adultas con manifestaciones compatibles con hipercortisolismo. La evaluación incluyó historia farmacológica, examen físico y pruebas hormonales.	Los casos evidenciaron síndrome de Cushing exógeno por suplementos herbales contaminados con dexametasona. Se observaron aumento rápido de peso, estrías, mala cicatrización, diabetes, hipertensión y supresión de ACTH/cortisol endógeno.	Releva la importancia de anamnesis farmacológica, educación sobre suplementos no regulados, seguridad del paciente y vigilancia de automedicación.
7	Varlamov et al. (2022)	Perioperative Management of a Patient With Cushing Disease	Revisión narrativa clínica con enfoque práctico basado en escenarios. Analiza complicaciones cardiovasculares, tromboembólicas, metabólicas, infecciosas, musculoesqueléticas y psiquiátricas durante el periodo perioperatorio.	La enfermedad de Cushing requiere manejo perioperatorio individualizado. La cirugía transfenoidal es tratamiento de primera línea, pero exige control de comorbilidades, prevención tromboembólica, vigilancia infecciosa y seguimiento endocrino.	Orienta cuidados de enfermería perioperatorios: control hemodinámico y glucémico, prevención de trombosis, educación, vigilancia de complicaciones y coordinación interdisciplinaria.
8	He et al. (2022)	Glucocorticoid Withdrawal Syndrome Following Treatment of Endogenous Cushing Syndrome	Revisión narrativa clínica basada en literatura y experiencia experta. Revisa fisiopatología, presentación clínica, diagnóstico diferencial y manejo del síndrome	La retirada de glucocorticoides puede aparecer días después del tratamiento, con mialgias, debilidad, fatiga, anorexia, náuseas	Sustenta educación al paciente, vigilancia posquirúrgica, seguimiento de síntomas, apoyo emocional y



			de retirada de glucocorticoides.	y malestar, aun con reemplazo adecuado. Puede confundirse con insuficiencia suprarrenal o recurrencia.	derivación ante signos de insuficiencia suprarrenal.
9	Rocha et al. (2024)	Síndrome de Cushing: Diagnóstico, Manejo e Avances en Terapia Personalizada	Revisión integrativa descriptiva, analítica y exploratoria. La búsqueda se realizó en PubMed con términos relacionados con síndrome de Cushing, diagnóstico y tratamiento.	El diagnóstico precoz es esencial para reducir diabetes, hipertensión, osteoporosis y alteraciones psicológicas. Se resaltan cortisol libre urinario, cortisol salival nocturno y prueba de supresión con dexametasona como herramientas iniciales.	Apoya la descripción del algoritmo diagnóstico, el manejo interdisciplinario y el rol educativo de enfermería frente a pruebas, tratamiento y autocuidado.
10	Zhang et al. (2024)	Cushing Syndrome Is Associated With Gut Microbial Dysbiosis and Cortisol-Degrading Bacteria	Estudio observacional comparativo y metagenómico. Incluyó 78 pacientes con síndrome de Cushing y 78 controles sanos emparejados; se realizó secuenciación metagenómica shotgun en muestras fecales.	Los pacientes con síndrome de Cushing presentaron disbiosis intestinal, disminución de Bacteroidetes y aumento de Firmicutes, Actinobacteria y Proteobacteria. Se identificaron bacterias con potencial degradador de cortisol.	Amplía la discusión sobre mecanismos metabólicos, microbiota y posibles líneas futuras de intervención o interdisciplinaria.
11	Leszczyńska et al. (2023)	Musculoskeletal complications of Cushing syndrome	Revisión narrativa sobre complicaciones musculoesqueléticas del exceso de glucocorticoides, incluyendo osteoporosis, fracturas, miopatía, fragilidad y mecanismos fisiopatológicos.	El hipercortisolismo se asocia con osteopenia, osteoporosis, fracturas vertebrales y miopatía proximal. Estas complicaciones deterioran funcionalidad, movilidad, calidad de vida y riesgo de caídas.	Fundamenta intervenciones de enfermería en prevención de caídas, actividad física segura, educación sobre salud ósea y seguimiento funcional.



12	Braun et al. (2022)	Whom Should We Screen for Cushing Syndrome? The Endocrine Society Practice Guideline Recommendations 2008 Revisited	Estudio observacional prospectivo derivado del German Cushing Registry. Evaluó 377 pacientes con sospecha de síndrome de Cushing y aplicó pruebas diagnósticas según motivo de derivación.	El síndrome de Cushing se confirmó en 93 pacientes y se descartó en 284. Las recomendaciones de tamizaje de la Endocrine Society continuaron siendo válidas, especialmente ante signos progresivos, comorbilidades inusuales o edad temprana.	Aporta evidencia para priorizar tamizaje clínico, reconocer pacientes de riesgo y mejorar derivación desde atención primaria o enfermería especializada.
13	Rodríguez et al. (2025)	Hipercortisolismo endógeno: reporte de caso de adenoma hipofisario productor de ACTH	Reporte de caso clínico con revisión temática. Describe una mujer de 32 años evaluada con historia clínica, examen físico, pruebas hormonales e imagenología.	La paciente presentó ganancia de peso, oligomenorrea, edema, estrías violáceas, plétora facial, acné, debilidad muscular e hiperglucemia. El diagnóstico fue compatible con enfermedad de Cushing por adenoma hipofisario productor de ACTH.	Ilustra manifestaciones clínicas frecuentes y refuerza el registro sistemático de cambios físicos, metabólicos y menstruales.
14	Gutiérrez et al. (2025)	Prevención y manejo de la enfermedad tromboembólica venosa en el síndrome de Cushing	Artículo de revisión con caso clínico. Describe una mujer de 44 años con enfermedad de Cushing y tromboembolismo pulmonar posoperatorio; revisa literatura sobre riesgo tromboembólico.	El síndrome de Cushing incrementa significativamente el riesgo de enfermedad tromboembólica venosa. El riesgo puede ser 10 a 18 veces mayor que en la población general, especialmente en contexto perioperatorio.	Justifica evaluación de riesgo tromboembólico, movilización temprana, vigilancia respiratoria y educación sobre signos de alarma.



15	Altamirano et al. (2026)	Tratamientos contemporáneos del síndrome de Cushing exógeno: avances terapéuticos y consideraciones clínicas actuales	Revisión bibliográfica sistemática documental. Consultó PubMed, SciELO, ScienceDirect y Google Académico; incluyó publicaciones 2020-2025 sobre tratamiento del síndrome de Cushing exógeno.	El tratamiento central es la reducción progresiva de glucocorticoides para evitar insuficiencia suprarrenal secundaria. El seguimiento debe incluir cortisol matutino, ACTH, electrolitos, función renal, presión arterial, glucosa y salud ósea.	Aporta lineamientos para educación farmacológica, vigilancia de efectos adversos, adherencia, autocuidado y seguimiento interdisciplinario.
16	Katabami et al. (2025)	Changes in clinical features of adrenal Cushing syndrome: A national registry study	Estudio observacional retrospectivo multicéntrico basado en registro nacional. Analizó 101 pacientes con síndrome de Cushing suprarrenal por adenoma y comparó periodos diagnósticos.	El incidentaloma suprarrenal fue el motivo diagnóstico más frecuente. Los rasgos cushingoides específicos fueron menos evidentes que en reportes históricos, aunque persistieron comorbilidades cardiometabólicas, óseas, infecciosas y cardiovasculares.	Refuerza la necesidad de vigilancia clínica aun con fenotipo poco florido, valoración de presión arterial, glucosa, salud ósea e infección.
17	Ferriere et al. (2025)	Approach to the Patient With Cyclical Cushing Syndrome	Revisión narrativa clínica tipo “Approach to the Patient”, basada en tres casos clínicos y discusión crítica de literatura especializada sobre hipercortisolismo cíclico.	El síndrome de Cushing cíclico alterna picos de exceso de cortisol con periodos de cortisol normal o bajo. Esta variabilidad puede producir pruebas falsamente normales y dificultar diagnóstico etiológico y seguimiento terapéutico.	Sustenta educación para registro de síntomas, repetición de pruebas en periodos activos y seguimiento prolongado ante sospecha clínica persistente.



18	Concepción et al. (2023)	Cushing disease in pediatrics: An update	Revisión narrativa sobre enfermedad de Cushing pediátrica. Integra fisiopatología, manifestaciones clínicas, diagnóstico bioquímico y etiológico, tratamiento y seguimiento; valorada mediante SANRA.	En población pediátrica, la enfermedad de Cushing se relaciona con retraso de crecimiento, ganancia rápida de peso, cambios faciales, hirsutismo, virilización y acné. El diagnóstico suele retrasarse entre 1,7 y 2,5 años.	Aporta criterios para valoración pediátrica, crecimiento, desarrollo, imagen corporal, salud mental y coordinación con endocrinología.
19	Feller et al. (2026)	Síndrome de Cushing cíclico y alteraciones endocrinas en dos niños con complejo de Carney	Reporte de dos casos pediátricos con complejo de Carney y síndrome de Cushing cíclico asociado a PPNAD. Incluyó evaluación hormonal, molecular, imagenológica, anatomopatológica e inmunohistoquímica.	La PPNAD puede producir síndrome de Cushing subclínico, progresivo o cíclico independiente de ACTH. En ambos casos se documentaron signos fluctuantes, respuesta paradójica a dexametasona y necesidad de adrenalectomía bilateral.	Apoya el diagnóstico diferencial en pediatría, el seguimiento molecular-familiar y la vigilancia longitudinal de alteraciones endocrinas.
20	Mamani et al. (2021)	Síndrome de Cushing por consumo excesivo de corticoesteroide	Revisión narrativa/documental sobre hipercortisolismo, glucocorticoides, diagnóstico, manifestaciones clínicas y complicaciones. No presenta muestra ni estrategia sistemática de búsqueda.	El síndrome de Cushing exógeno se asocia con exposición crónica a glucocorticoides prescritos o automedicados. Describe obesidad central, facies de luna llena, estrías, fragilidad cutánea, debilidad, hipertensión, alteración glucémica, osteoporosis y síntomas neuropsiquiátricos.	Puede utilizarse como antecedente sobre automedicación y educación sanitaria, aunque debe considerarse fuente menos reciente y de menor rigor metodológico.



21	Flowers y Shipman (2023)	Pitfalls in the Diagnosis and Management of Hypercortisolism (Cushing Syndrome) in Humans: A Review of the Laboratory Medicine Perspective	Revisión narrativa desde la perspectiva de medicina de laboratorio. Sintetiza evidencia sobre confirmación bioquímica, selección de muestras, inmunoensayos, espectrometría de masas y pruebas con dexametasona.	La confirmación bioquímica es indispensable antes de estudios etiológicos por la superposición clínica con pseudo-Cushing, obesidad, depresión y alcoholismo. Los métodos más específicos pueden ser útiles en casos complejos o limítrofes.	Fundamenta la preparación del paciente para pruebas, identificación de interferencias farmacológicas y seguimiento de resultados dudosos.
22	Nieman et al. (2025)	Cushing syndrome	Artículo tipo Primer de Nature Reviews Disease Primers. Revisión experta de alto nivel sobre epidemiología, fisiopatología, diagnóstico, manejo, calidad de vida y perspectivas.	El síndrome de Cushing se define por exposición excesiva a glucocorticoides exógenos o endógenos y se asocia con morbilidad multisistémica, alteraciones cardiometabólicas, infecciones, compromiso neuropsiquiátrico y mayor mortalidad.	Es fuente central para marco teórico, justificación y discusión; respalda la valoración integral, el manejo interdisciplinario y el seguimiento de calidad de vida.
23	Gilis et al. (2022)	Individualized medical treatment options in Cushing disease	Revisión narrativa sobre tratamiento médico individualizado en enfermedad de Cushing. Organiza fármacos en inhibidores de esteroidogénesis, terapias dirigidas al tumor hipofisario y antagonistas/moduladores del	Aunque la cirugía transesfenoidal es tratamiento de elección, cerca de la mitad de pacientes puede requerir tratamientos de segunda o	Apoya el rol de enfermería en educación terapéutica, vigilancia de efectos adversos, adherencia y control de comorbilidades.



			receptor glucocorticoide.	tercera línea. La selección debe individualizarse según severidad, comorbilidades, efectos adversos y disponibilidad.	
24	García et al. (2024)	Hipercortisolismo endógeno: diferentes formas de presentación	Reporte de dos casos clínicos pediátricos. Incluyó anamnesis, exploración física, cortisoluria de 24 horas, cortisol nocturno, ACTH, dexametasona, imagenología, anatomía patológica e inmunohistoquímica.	Los casos evidenciaron formas ACTH-dependiente e independiente: microadenoma hipofisario y carcinoma adrenocortical. Las manifestaciones incluyeron talla baja relativa, obesidad centripeta, facies cushingoide, estrías, hipertriosis, hipertensión y complicaciones graves.	Refuerza la importancia de valorar crecimiento, presión arterial, signos cutáneos, fenotipo cushingoide y pruebas hormonales seriadas.
25	John y Anastasopoulos (2025)	Hypercortisolism (Cushing Syndrome)	Recurso educativo de StatPearls/NCBI Bookshelf basado en revisión de evidencia clínica y guías. Orientado a actualización de profesionales de salud.	El hipercortisolismo puede ser exógeno o endógeno y presenta diagnóstico complejo por variabilidad clínica. Requiere confirmación bioquímica, estudios de imagen y manejo multidisciplinario para reducir	Fortalece la base conceptual para diagnóstico, educación al paciente, detección temprana y prevención de complicaciones.



				morbimortali dad.	
26	Espinosa et al. (2023)	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cushing: actualidades y posicionamiento del Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología	Artículo de posicionamiento y consenso experto. Basado en revisión crítica de literatura, experiencia clínica y reuniones del Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología.	Recomienda tamizar a pacientes con sospecha clínica de hipercortisolismo, descartar glucocorticoides exógenos y confirmar el diagnóstico con pruebas bioquímicas. Aborda tratamiento quirúrgico, farmacológico, radioterapia, seguimiento y recurrencia.	Aporta orientación regional para diagnóstico y manejo; sustenta derivación, seguimiento posquirúrgico y educación del paciente.
27	Rolón et al. (2026)	Hipokalemia severa refractaria como manifestación inicial de enfermedad de Cushing	Reporte de caso clínico de un varón de 31 años con parestesias, hipertensión e hipokalemia severa. Incluyó historia clínica, examen físico, electrolitos, cortisol, ACTH, prueba de Liddle e imagenología.	La hipokalemia severa refractaria, asociada a hipertensión y cortisol/ACTH elevados, permitió sospechar enfermedad de Cushing como causa secundaria. El caso resalta manifestaciones iniciales atípicas.	Es útil para diagnóstico diferencial, vigilancia de alteraciones electrolíticas, hipertensión secundaria y derivación oportuna.

Fuente: Elaboración propia, (2026)

Los resultados muestran que el síndrome de Cushing constituye una condición endocrina compleja, progresiva y de expresión multisistémica, en la que la exposición crónica al exceso de glucocorticoides compromete el metabolismo, la función cardiovascular, el sistema musculoesquelético, la piel, la salud mental y la calidad de vida. Esta interpretación coincide con la literatura reciente, que define el síndrome de Cushing como un conjunto de signos y

síntomas causados por la exposición excesiva a glucocorticoides endógenos o exógenos. Su abordaje exige diferenciar las causas, confirmar bioquímicamente el hipercortisolismo e identificar su etiología para orientar el tratamiento oportuno (Nieman et al., 2025; Savas et al., 2022). Por tanto, los hallazgos no solo confirman la amplitud clínica de la enfermedad, sino también la necesidad de una valoración integral y sostenida durante todo el proceso diagnóstico-terapéutico.

Un primer aspecto relevante es la dificultad diagnóstica del síndrome de Cushing. Los hallazgos de la matriz muestran que las manifestaciones clínicas pueden confundirse con obesidad, diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, síndrome metabólico, depresión o efectos derivados del uso crónico de glucocorticoides. Esta situación incrementa el riesgo de retraso diagnóstico, especialmente cuando los signos aparecen de manera gradual, incompleta o poco específica (Savas et al., 2022). Desde la perspectiva del laboratorio clínico, la confirmación bioquímica del hipercortisolismo debe preceder a la localización etiológica, debido a posibles interferencias analíticas, variaciones circadianas del cortisol y condiciones clínicas que pueden simular hipercortisolismo (Flowers et al., 2023; Fleseriu et al., 2021).

También se evidencia que el diagnóstico diferencial de las formas ACTH-dependientes requiere un abordaje especializado. Ceccato et al. (2023), mediante una revisión sistemática y metaanálisis, demostraron que las pruebas dinámicas, como la estimulación con hormona liberadora de corticotropina, la prueba con desmopresina y la supresión con dexametasona en dosis altas, pueden contribuir a diferenciar la enfermedad de Cushing de la secreción ectópica de ACTH. Este hallazgo respalda la importancia de aplicar protocolos diagnósticos ordenados, preparar adecuadamente al paciente, controlar los factores que alteran los resultados y coordinar la atención con endocrinología para evitar decisiones clínicas precipitadas.

En relación con las complicaciones metabólicas, los resultados de la tabla muestran una asociación consistente entre hipercortisolismo, resistencia a la insulina, diabetes mellitus de difícil control, obesidad central, hipertensión arterial y dislipidemia. La evidencia reciente indica que el exceso crónico de cortisol altera la homeostasis glucémica y se relaciona con una mayor carga de complicaciones cardiometabólicas, tanto durante la enfermedad activa como después del control bioquímico (Nieman et al., 2025; Puglisi et al., 2024). En este sentido, la vigilancia de glucemia, presión arterial, peso, perímetro abdominal y adherencia terapéutica debe considerarse una prioridad durante el seguimiento clínico y de enfermería.

Otro hallazgo relevante corresponde al compromiso musculoesquelético. Se identifican osteoporosis, osteopenia, fracturas vertebrales, miopatía proximal, debilidad muscular y riesgo de caídas como complicaciones frecuentes del síndrome de Cushing. Estas manifestaciones afectan la movilidad, la autonomía, la funcionalidad y la capacidad de autocuidado de las personas afectadas (Leszczyńska et al., 2023; Zdrojowy-Wełna et al., 2024). En consecuencia, la atención de enfermería debe incluir valoración del riesgo de caídas, educación sobre actividad física segura, seguimiento del dolor, prevención de lesiones y orientación sobre medidas protectoras que favorezcan la independencia funcional.

La evidencia incluida también permite interpretar que el fenotipo clínico del síndrome de Cushing puede variar según la etiología y el momento del diagnóstico. En el síndrome de Cushing de origen suprarrenal, los estudios basados en registros nacionales han mostrado cambios en la presentación clínica y la persistencia de complicaciones relevantes, lo que refuerza la necesidad de no depender exclusivamente de los signos clásicos de la enfermedad (Katabami et al., 2025). Por ello, debe mantenerse una vigilancia clínica rigurosa en personas con masas suprarrenales, comorbilidades cardiometabólicas y alteraciones sugestivas de hipercortisolismo.

Asimismo, debe destacarse el riesgo tromboembólico como una complicación de elevada relevancia clínica. La evidencia reciente reconoce que las personas con síndrome de Cushing presentan mayor predisposición a eventos tromboembólicos venosos, como trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, especialmente durante la fase activa de la enfermedad y en el periodo perioperatorio (Akirov & Fleseriu, 2026). Por ello, la valoración de enfermería debe incorporar vigilancia de edema, dolor en extremidades, disnea, signos de alarma respiratoria, movilización temprana y educación sobre la consulta inmediata ante síntomas compatibles con trombosis.

Los hallazgos también son consistentes con estudios recientes que describen deterioro de la calidad de vida, depresión, ansiedad y dificultades neurocognitivas en personas con síndrome de Cushing. Asimismo, se ha evidenciado que las alteraciones de la imagen corporal y el dolor pueden asociarse con síntomas depresivos persistentes, incluso después del control bioquímico de la enfermedad (Bednarski et al., 2026; Theodorou et al., 2026). Además, la evidencia cualitativa describe experiencias de estigma relacionado con el peso, comunicación clínica insuficiente y falta de atención centrada en la persona en mujeres con síndrome de Cushing (Jones et al., 2024).

En conjunto, los resultados confirman la pertinencia de abordar este padecimiento desde un enfoque interdisciplinario y contextualizado. Los posicionamientos clínicos sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cushing enfatizan la necesidad de mantener una alta sospecha clínica, realizar confirmación bioquímica, identificar la etiología, instaurar tratamiento oportuno y efectuar seguimiento de posibles recurrencias (Espinosa de los Monteros-Sánchez et al., 2023; Fleseriu et al., 2021). Esta orientación resulta especialmente útil en contextos donde existen limitaciones para el acceso oportuno a endocrinología y pruebas diagnósticas especializadas. En consecuencia, enfermería puede contribuir mediante educación, detección temprana, registro sistemático, seguimiento de comorbilidades, apoyo psicosocial y coordinación de las rutas de referencia.

En este marco, enfermería cumple un papel estratégico por su contacto continuo con la persona durante el diagnóstico, tratamiento, hospitalización, seguimiento ambulatorio y educación para el autocuidado. La evidencia reciente reporta alteraciones persistentes de la calidad de vida, el estado de ánimo, la imagen corporal y el dolor, aun después del control bioquímico del hipercortisolismo (Bednarski et al., 2026; Theodorou et al., 2026). Por ello, la valoración de enfermería debe explorar la percepción corporal, el sueño, la energía, el estado de ánimo, el apoyo social, la adherencia terapéutica y las expectativas de recuperación, con el propósito de identificar necesidades físicas y emocionales que pueden permanecer invisibilizadas.

La educación terapéutica constituye una intervención central. Explicar al paciente y a su familia que los cambios corporales, emocionales y funcionales están relacionados con el hipercortisolismo, y que la recuperación puede ser gradual, favorece la comprensión de la enfermedad, disminuye la incertidumbre y fortalece la adherencia al tratamiento. Asimismo, una comunicación empática, clara y centrada en la persona puede reducir experiencias de estigma, invalidación y malestar emocional durante el proceso asistencial (Jones et al., 2024). La derivación oportuna a psicología o psiquiatría debe considerarse ante síntomas depresivos, ansiedad intensa, deterioro funcional, alteración significativa de la imagen corporal o ideación autolesiva.



Conclusiones

El síndrome de Cushing constituye una condición endocrina multisistémica, progresiva y de diagnóstico complejo, cuyo impacto trasciende las manifestaciones físicas visibles. La evidencia analizada demuestra que el exceso crónico de cortisol se asocia con complicaciones cardiometabólicas, musculoesqueléticas, tromboembólicas, neuropsiquiátricas y deterioro de la calidad de vida. Además, los cambios corporales, la fatiga, el dolor, la depresión, la ansiedad y la alteración de la imagen corporal afectan la funcionalidad, la autoestima, la adherencia terapéutica y la vida familiar del paciente.

Desde la perspectiva de enfermería, estos hallazgos resaltan la necesidad de una valoración integral, continua y humanizada, que no se limite al reconocimiento de signos clínicos, sino que incorpore la identificación de necesidades emocionales, sociales y educativas. El cuidado enfermero debe fortalecer la detección temprana de signos progresivos, la educación para el autocuidado, la vigilancia de complicaciones, la preparación para pruebas diagnósticas, el seguimiento perioperatorio y el acompañamiento psicosocial. Asimismo, se evidencia la necesidad de desarrollar investigaciones primarias e intervenciones específicas de enfermería orientadas a mejorar la calidad de vida, la adaptación corporal, la salud mental y la continuidad del cuidado en personas con síndrome de Cushing.



Referencias bibliográficas

- Akirov, A. (2025). Hypercoagulability in Cushing's syndrome: Past, present, and future. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, e250062. <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2025-0095>
- Braun, L. T., Vogel, F., Zopp, S., Marchant Seiter, T., Rubinstein, G., Berr, C. M., Künzel, H., Beuschlein, F., & Reincke, M. (2022). Whom Should We Screen for Cushing Syndrome? The Endocrine Society Practice Guideline Recommendations 2008 Revisited. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 107(9), e3723–e3730. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac379>
- Bednarski, F. B. (2026). Changes in body image and pain in patients with Cushing syndrome: A predictor for depression and vice versa. *Journal of the Endocrine Society*, 10(3), bvaf226. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvaf226>
- Ceccato, F., Barbot, M., Mondin, A., Boscaro, M., Fleseriu, M., & Scaroni, C. (2023). Dynamic Testing for Differential Diagnosis of ACTH-Dependent Cushing Syndrome: A Systematic Review and Meta-analysis. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 108(5), e178–e188. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac686>
- Concepción-Zavaleta, M. J., Armas, C. D., Quiroz-Aldave, J. E., García-Villasante, E. J., Gariza-Solano, A. C., Durand-Vásquez, M. D. C., Concepción-Urteaga, L. A., & Zavaleta-Gutiérrez, F. E. (2023). Cushing disease in pediatrics: an update. *Annals of pediatric endocrinology & metabolism*, 28(2), 87–97. <https://doi.org/10.6065/apem.2346074.037>
- DeFronzo, R. A., & Auchus, R. J. (2025). Cushing Syndrome, Hypercortisolism, and Glucose Homeostasis: A Review. *Diabetes*, 74(12), 2168–2178. <https://doi.org/10.2337/db25-0120>
- Ekbom, K. (2022). The impact of adherence and therapy regimens on quality of life in patients with congenital adrenal hyperplasia. *Clinical Endocrinology*, 96. <https://doi.org/10.1111/cen.14676>
- Espinosa de los Monteros-Sánchez, A. L., Cuevas-Ramos, D., Espinosa-Cárdenas, E., Hinojosa-Amaya, J. M., Reza-Albarrán, A. A., Navas-Minero, C. E., Balderrama-Soto, A., Rangel, G., Vergara-López, A., Abreu-Rosario, C., Rivera-Hernández, A., Valdivia-López, J. A., Portocarrero-Ortiz, L. A., Nava-de la Vega, A., Carrillo-González, P. A., & Mercado-Atri, M. (2023). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cushing: Actualidades y posicionamiento del Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo & Nutrición*, 10(Supl. 1), 9–32. <https://doi.org/10.24875/RME.M23000025>
- Ferrante, E., Simeoli, C., Mantovani, G., & Pivonello, R. (2025). Who and how to screen for endogenous hypercortisolism in patients with mood disorders. *Journal of endocrinological investigation*, 48(Suppl 1), 75–82. <https://doi.org/10.1007/s40618-024-02457-5>



- Ferriere, A., Nunes, M. L., & Tabarin, A. (2025). Approach to the Patient With Cyclical Cushing Syndrome. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 110(7), e2338–e2346. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgae864>
- Feller, A., Mendoza, L., Ferrari, C., Mattone, M. C., Aziz, M., Strambach, J., Pérez Espinosa, C., Flores, P., Galluzzo Mutti, L., Ramírez, P., & Costanzo, M. (2026). Cyclic Cushing syndrome and endocrine disorders in two children with Carney complex. Síndrome de Cushing cíclico y alteraciones endocrinas en dos niños con complejo de Carney. *Archivos argentinos de pediatría*, 124(1), e202510743. <https://doi.org/10.5546/aap.2025-10743.eng>
- Fleseriu, M., Auchus, R. J., Bancos, I., Ben-Shlomo, A., Bertherat, J., & Biermasz, N. R.† (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)
- Flowers, K. C., & Shipman, K. E. (2023). Pitfalls in the Diagnosis and Management of Hypercortisolism (Cushing Syndrome) in Humans; A Review of the Laboratory Medicine Perspective. *Diagnostics (Basel, Switzerland)*, 13(8), 1415. <https://doi.org/10.3390/diagnostics13081415>
- Halstrom, A. (2024). Different patient versus provider perspectives on living with Cushing’s disease. *Pituitary*, 27(2). <https://doi.org/10.1007/s11102-024-01381-4>
- García L, Mora M, González-Pinto L, Fernández M, Rodríguez A. (2024). Hiper cortisolismo endógeno: diferentes formas de presentación, *Rev Esp Endocrinol Pediatr*, 15 Suppl(1),83-87. <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2024.Mar.883>
- Gilis-Januszewska, A., Bogusławska, A., Rzepka, E., Ziąja, W., & Hubalewska-Dydejczyk, A. (2022). Individualized medical treatment options in Cushing disease. *Frontiers in endocrinology*, 13, 1060884. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.1060884>
- Gutiérrez-Restrepo J, Tenorio-Plaza M, Román-González A. (2025). Prevención y manejo de la enfermedad tromboembólica venosa en el síndrome de Cushing. Una propuesta a partir de un caso y revisión de la literatura. *Iatreia*, 38(3), 470-483. <https://doi.org/10.17533/udea.iatreia.320>
- Hayes, A. R. (2022). Distinguishing Cushing’s disease from the ectopic ACTH syndrome: Needles in a haystack or hiding in plain sight? *Journal of Neuroendocrinology*, e13137. <https://doi.org/10.1111/jne.13137>
- He, X., Findling, J. W., & Auchus, R. J. (2022). Glucocorticoid Withdrawal Syndrome following treatment of endogenous Cushing Syndrome. *Pituitary*, 25(3), 393–403. <https://doi.org/10.1007/s11102-022-01218-y>
- Hinojosa-Amaya, J. M. (2023). Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad de Cushing: Actualidades y posicionamiento del Grupo de Trabajo de Neuroendocrinología de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. *Revista Mexicana de Endocrinología, Metabolismo y Nutrición*, 9–32. <https://doi.org/10.24875/RME.M23000025>



- Iara M & Beskow E. (2024). La experiencia emocional de adultos que padecen síndrome de Cushing en Argentina. *Psíntesis*, 1(1), 107-133. <https://doi.org/10.56487/qzrh4k10>
- John TA, Anastasopoulou C. Hypercortisolism (Cushing Syndrome) [Updated 2025 Nov 28]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2026 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551526/>
- Jones, S. N. (2024). “The healthcare system did fail me repeatedly”: A qualitative study on experiences of healthcare among Canadian women with Cushing’s syndrome. *BMC Primary Care*, 25, Article 329. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02580-5>
- Katabami, T., Asai, S., Matsuba, R., Sone, M., Izawa, S., Ichijo, T., Tsuiki, M., Okamura, S., Yoshimoto, T., Otsuki, M., Takeda, Y., Naruse, M., Tanabe, A., & ACPA-J Study Group (2025). Changes in clinical features of adrenal Cushing syndrome: a national registry study. *Endocrine connections*, 14(5), e240684. <https://doi.org/10.1530/EC-24-0684>
- Kreitschmann-Andermahr, I. S.† (2018). Support needs of patients with Cushing’s disease and Cushing’s syndrome: Results of a survey conducted in Germany and the USA. *International Journal of Endocrinology*, 2018, Article 9014768. <https://doi.org/10.1155/2018/9014768>
- Leszczyńska, D., Szatko, A., Papierska, L., Zgliczyński, W., & Glinicki, P. (2023). Musculoskeletal complications of Cushing syndrome. *Reumatologia*, 61(4), 271–282. <https://doi.org/10.5114/reum/169889>
- Lhul, R. V. D. S.† (2026). Cushing’s syndrome: A systematic review of psychiatric and cognitive symptoms in case studies. *Archives of Endocrinology and Metabolism*, 70(1). <https://doi.org/10.20945/2359-4292-2026-0029>
- Lin, T. Y. (2020). Psychiatric symptoms in Cushing’s syndrome: A systematic review. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 17(1). <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7239565/>
- Maillen Michel, I.† (2024). La experiencia emocional de adultos que padecen síndrome de Cushing en Argentina. *Psintesis*, 1(1). <https://doi.org/10.56487/qzrh4k10>
- Mamani L, Chura S, Alejo H. (2021). Síndrome de Cushing por consumo excesivo de corticoesteroides. *Current Opinion Nursing & Research*, 3(1). <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/314/3142383005/index.html>
- McBride, M., Crespo, I., Webb, S., & Valassi, M. (2021). Quality of life in Cushing’s syndrome. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 35(1), Article 101505. <https://doi.org/10.1016/j.beem.2021.101505>
- Muñoz Sánchez, I. (2025). Nurses’ knowledge of rare diseases: A systematic review. *Nursing Reports*, 15. <https://doi.org/10.3390/nursrep15090321>
- Nieman, L. K., Castinetti, F., Newell-Price, J., Valassi, E., Drouin, J., Takahashi, Y., & Lacroix, A. (2025). Cushing syndrome. *Nature reviews. Disease primers*, 11(1), 4. <https://doi.org/10.1038/s41572-024-00588-w>



- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: An updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Patel, R., Sherf, S., Lai, N. B., & Yu, R. (2022). Exogenous Cushing Syndrome Caused by a "Herbal" Supplement. *AACE clinical case reports*, 8(6), 239–242. <https://doi.org/10.1016/j.aace.2022.08.001>
- Rakovec, M. Z. (2023). Patient-reported outcomes and treatment satisfaction in patients with Cushing syndrome. *Endocrine*, 79(1). <https://doi.org/10.1007/s12020-022-03214-5>
- Reincke, M. (2023). Cushing syndrome: A review. *JAMA*, 330(2), 165–181. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.11305>
- Rodríguez L, Marquez D, Mejía A, Pérez M & Gallego V. (2025). Hiper cortisolismo endógeno: Reporte de caso adenoma hipofisario productor de ACTH enfermedad de Cushing. *Revista Salud Uninorte*, 41(1), 420-431. <https://doi.org/10.14482/sun.41.01.999.563>
- Rocha Guimarães , K. W., Simonassi Dantas Alves , C., Boa Sorte Alves , R., Soares de Oliveira , R., Santos Rocha , S., Fortuna Kalil de Faria, I. A., Ferreira Santana , C., de Moura Sousa , Ítalo, de Moura Sousa , I., Ávila , M. H., & Hildefonso, D. M. (2024). Síndrome de Cushing: Diagnóstico, Manejo e Avanços na Terapia Personalizada. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(12), 586–595. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n12p586-595>
- Rolón R, Méndez C, Cano J. (2026). Hipokalemia severa refractaria como manifestación inicial de enfermedad de Cushing. *Rev. virtual Soc. Parag. Med*, 13(1), e13142607. <https://mail.revistaspmi.org.py/index.php/rvspmi/article/view/693/410>
- Theodorou, A., Tan, E. C., Bakkar, M. A., Reiner, A. S., Sazo, M., Cohen, M. A., & Geer, E. B. (2026). Prospective assessment of mood and quality of life in Cushing syndrome before and after biochemical control. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 111(5), 1396–1411. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgaf598>
- Vaczlavik, A., Bouys, L., Violon, F., Giannone, G., Jouinot, A., Armignacco, R., Cavalcante, I. P., Berthon, A., Letouzé, E., Vaduva, P., Barat, M., Bonnet, F., Perlemoine, K., Ribes, C., Sibony, M., North, M. O., Espiard, S., Emy, P., Haissaguerre, M., Tauveron, I., ... Bertherat, J. (2022). KDM1A inactivation causes hereditary food-dependent Cushing syndrome. *Genetics in medicine : official journal of the American College of Medical Genetics*, 24(2), 374–383. <https://doi.org/10.1016/j.gim.2021.09.018>
- Valassi, E. (2022). Clinical presentation and etiology of Cushing's syndrome: Data from ERCUSYN. *Journal of Neuroendocrinology*, e13114. <https://doi.org/10.1111/jne.13114>



- Valenzuela Astudillo, V. O., Chavarrea Cadena, M. B., Tumbaco Fernández, Óscar E., López Sevilla, J. del P., Rojas Romero, A. R., Rosales Carvajal, C. B., Estévez Yépez, J. S., & Cuasapás Luna, A. D. (2024). Epidemiología, manifestaciones clínicas y diagnóstico del síndrome de Cushing: revisión de la literatura. *Florence: Interdisciplinary Journal of Health and Sustainability*, 2(2), e24009. <https://doi.org/10.56183/florence24009>
- Varlamov, E. V., Vila, G., & Fleseriu, M. (2022). Perioperative Management of a Patient With Cushing Disease. *Journal of the Endocrine Society*, 6(3), bvac010. <https://doi.org/10.1210/jendso/bvac010>
- Vela, J., Vela, M., & Valero, M. (2025). El síndrome de Cushing: Características, causas y el papel de la enfermería en el manejo integral del paciente. *Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/el-sindrome-de-cushing-caracteristicas-causas-y-el-papel-de-la-enfermeria-en-el-manejo-integral-del-paciente/>
- Webb, S. M., & Valassi, E. (2022). Quality of life impairment after a diagnosis of Cushing's syndrome. *Pituitary*, 25, 768–771. <https://doi.org/10.1007/s11102-022-01245-9>
- Webb, S. M. (2018). Quality of life in Cushing's disease: A long-term issue? *Annales d'Endocrinologie*, 79(3), 132–137. <https://doi.org/10.1016/j.ando.2018.03.007>
- Zhang, M., Shi, Z., Wu, C., Yang, F., Su, T., Jing, X., Shi, J., Ren, H., Jiang, L., Jiang, Y., Zhang, C., Zhou, W., Zhou, Y., Wu, K., Zheng, S., Zhong, X., Wu, L., Gu, W., Hong, J., Wang, J., ... Wang, W. (2024). Cushing Syndrome Is Associated With Gut Microbial Dysbiosis and Cortisol-Degrading Bacteria. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*, 109(6), 1474–1484. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgad766>

Contribuciones de los autores:

Milton Junior Requelme Jaramillo¹: Diseño metodológico, validación de contenidos, revisión crítica, corrección académica y gestión del proyecto.

Nelly Alexandra Bustamante Rivas²: Conceptualización del estudio, supervisión del proyecto, validación científica y revisión crítica del manuscrito.

Kleber Israel Guanuchi Merchán³: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Nohelia Mariane Ortega Loja⁴: Investigación, búsqueda y recopilación bibliográfica, análisis de la literatura científica y redacción del borrador original.

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés