

mente de talla elevada⁸⁻¹⁰, que tampoco es el caso de la paciente presentada. Por otro lado, la enferma no se encontraba bajo el efecto de ninguna medicación que pudiera justificar su hiperprolactinemia inicial o influir en sus valores de GH; sobre este aspecto, la paciente fue reiteradamente interrogada. Finalmente, el hirsutismo idiopático con valores androgénicos normales que presentaba este caso no se ha descrito como una causa de aumento secundario de GH.

La paciente descrita es, por consiguiente, un caso de respuesta paradójica de GH a SOG en una mujer no adolescente sin patología asociada (exceptuando su hirsutismo idiopático), del que no hemos encontrado precedente en la literatura médica (Medline 1975-2002, palabras clave: *oral glucose, growth hormone*), y que cuestiona la especificidad de este test en el diagnóstico de acromegalia. Este hallazgo confirma la necesidad de tener muy presentes los valores de IGF-I, además de los resultados del test de SOG, antes de establecer este diagnóstico, tal y como recomienda el Documento de Consenso de los Criterios de Curación de Acromegalia³.

M.A. Gargallo^a y A.I. Jiménez^b

^aUnidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Virgen de la Torre.

^bUnidad de Endocrinología y Nutrición. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gsponer J, De Tribolet N, Deruaz JP, Janzer R, Uske A, Mirmanoff RO, et al. Diagnosis, treatment, and outcome of pituitary tumors and other abnormal intrasellar masses. Retrospective analysis of 353 patients. *Medicine (Baltimore)* 1999;78:236-69.
2. Ezzat S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am* 1997;26:703-23.
3. Guistina A, Barkan A, Casanueva F, Cavagnini F, Frohman L, Ho K, et al. Criteria for cure of acromegaly: a consensus statement. *J Clin Endocrinol Metab* 2000;85:526-9.
4. Stoffel-Wagner B, Springer W, Bidlingmaier F, Klingmüller D. A comparison of different methods for diagnosing acromegaly. *Clin Endocrinol (Oxf)* 1997;46:531-7.
5. Ben-Shlomo A, Melmed S. Acromegaly. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2001;30:565-83.
6. De Marinis L, Mancini A, Zuppi P, Anile C, Maira G. Paradoxical growth hormone response to thyrotropin releasing hormone in active acromegaly: clinical correlations and prognostic value. *Acta Endocrinol (Copenh)* 1990;122:433.
7. Lucas T. Acromegalia. Gigantismo. En: Tresguerres JAF, Aguilar Benítez de Lugo E, Devesa Mugica J, Moreno Esteban B, editores. *Tratado de endocrinología básica y Clínica*. Madrid: Editorial Síntesis, 2000; p. 447-75.
8. Holl RW, Bucher P, Sorgo W, Heinze E, Homoki J, Debatin KM. Suppression of growth hormone by oral glucose in the evaluation of tall stature. *Horm Res* 1999;51:20-4.
9. Pieters GFFM, Smals AGM, Kloppenborg PWC. Defective suppression of growth hormone after oral glucose loading in adolescence. *J Clin Endocrinol Metab* 1980; 51:265-70.
10. Brion DEB, Garnier P, Schimpff RM, Chaussain LJ, Job JC. Growth hormone response to thyrotropin releasing hormone and oral glucose loading test in tall children and adolescent. *J Clin Endocrinol Metab* 1983;56:429-31.

¿Adenoma o carcinoma suprarrenal virilizante?

Sr. Director:

Hemos leído atentamente la carta de Rodríguez et al¹ y quisiéramos hacer algunas puntualizaciones. La paciente descrita presentaba un tumor virilizante. Lo que nos parece más difícil de precisar es que fuera un carcinoma y no un adenoma suprarrenal. La radiología puede ayudarnos en esta diferenciación. La resonancia magnética suele mostrar, en el carcinoma, un aumento de la intensidad de señal en T2 debido a su alto contenido en agua². La densidad del tumor en la TC suele ser superior a 10 unidades Hounsfield (UH) que se incrementa a más de 40 UH a los 30 min de administrar contraste³. Los bordes del tumor suelen ser irregulares y mal definidos.

Aunque en el caso presentado estaban elevadas la testosterona, la androstendiona y la DHEA-S, eran las dos primeras hormonas las que presentaban mayores elevaciones. Los adenomas suprarrenales virilizantes secretan con frecuencia todas estas hormonas⁴. Algunos de estos adenomas no responden a la ACTH, pero sí lo hacen a la LH. El carcinoma adrenal virilizante secreta en la mayoría de los casos andrógenos con actividad biológica escasa como la DHEA-S y otros esteroides⁴ Δ⁵.

Aunque el tumor presentado podría tratarse de un carcinoma en estadio II (tumor mayor de 5 cm confinado a la suprarrenal)⁵, sorprende el estudio citológico. Era un tumor escasamente pleomórfico y sin mitosis. Las células del cáncer suprarrenal presentan en general mitosis abundantes, citoplasma escaso y gran pleomorfismo⁶. Las zonas de hemorragia y también de necrosis son frecuentes⁶.

Concluimos haciendo hincapié en la dificultad que entraña diferenciar en la suprarrenal, como en otras glándulas endocrinas, un tumor benigno de otros malignos. Sólo la invasión vascular y capsular es indicativa de malignidad. En otras ocasiones, el diagnóstico está claro al demostrarse invasión de órganos vecinos o metástasis a distancia.

V. Estopiñán^a, J.A. Martínez^b, M. Galindo^b y P. Majó^b

^aUnidad de Endocrinología. Hospital Obispo Polanco. Teruel. ^bUnidad de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez I, Páramo C, Luna R, Sierra JM, García-Mayor RV. Carcinoma suprarrenal virilizante: a propósito de un caso. *Endocrinología* 2003;50:149-50.
2. Stratakis CA, Chrousos GP. Endocrine tumors. En: Pizzo PA, Poplack DG, editors. *Principles and practice of pediatric oncology*. Philadelphia: Lippincott, Raven-Publishers, 1997; p. 947.
3. Young Jr WF. Management approaches to adrenal incidentalomas. A view from Rochester, Minnesota. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000;29:159-85.
4. Vermeulen A, Rubens R. Adrenal virilism. En: Virian HT James, editor. *The adrenal gland*. 2nd ed. New York: Raven Press, 1992; p. 413-40.
5. Stratakis CA, Chrousos GP. Adrenal cancer. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2000; 29:15-25.
6. Weiss LM. Comparative histologia study of 43 metastasizing and nonmetastasizing adrenocortical tumors. *Am J Surg Pathol* 1984;8:163-9.