



# Endocrinología, Diabetes y Nutrición



## 351 - ADENOMA ADRENAL PRODUCTOR DE ANDRÓGENOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

H. Casal de Andrés<sup>1</sup>, E. Chumbiauca Vela<sup>1</sup>, M. García Goñi<sup>1</sup>, M.D. Lozano Escario<sup>2</sup>, J.L. Pérez Gracia<sup>3</sup>, F. Rotellar Sastre<sup>4</sup>, M.B. Martínez-Barbeito<sup>5</sup> y C. Perdomo Zelaya<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>2</sup>Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>3</sup>Oncología Médica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>4</sup>Cirugía General. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. <sup>5</sup>Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Madrid.

### Resumen

**Introducción:** El hirsutismo es un motivo de consulta frecuente, siendo en su mayoría idiopático o en el contexto de hiperandrogenismo funcional ovárico. Los tumores adrenocorticales virilizantes son poco frecuentes. Si la virilización ocurre en una mujer adulta, la probabilidad de que el tumor sea maligno es del 70%.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 23 años con acné de un año de evolución. Fue derivada a nuestra consulta por aparición brusca y progresiva de hirsutismo. Sus ciclos menstruales han sido regulares. Presentaba un IMC de 21,7 kg/m<sup>2</sup>, en la exploración física destacó acné facial y 11 puntos en la escala de Ferriman-Gallway. Analíticamente destacó: androstenediona > 10 ng/mL (0,3-3,3 ng/mL), DHEAS > 9,66 µg/dL (1,48-4,07 µg/dL), testosterona libre 17,4 pg/mL (0,04-4,18 pg/mL), testosterona 0,878 ng/mL (0,084-0,481 ng/mL), 17 hidroxiprogesterona 2 ng/mL (0,11-1,08 ng/mL) y dihidrotestosterona de 0,70 ng/mL (? 0,399 ng/mL). El resto de las hormonas suprarrenales se encontraban dentro de la normalidad. La ecografía ginecológica fue normal. Se realizó un TAC de abdomen que reveló una masa bien delimitada y sólida en la glándula adrenal derecha, con una densidad media de 48 UH, sospechosa de malignidad, de 4,9 × 3,8 cm. Tras valoración multidisciplinar, se decide suprarrenalectomía derecha laparoscópica. La anatomía patológica fue compatible con adenoma de corteza suprarrenal; mostraba inmunorreactividad citoplasmática de las células frente a inhibina y Melan-A con un KI-67 del 1%. La evolución posquirúrgica fue satisfactoria con una temprana normalización de andrógenos.

**Discusión:** Considerar patología maligna debe de ser la prioridad en el escenario de hirsutismo de nueva aparición. Excepcionalmente, los tumores adrenales benignos son productores de hormonas virilizantes, sin embargo, por su potencial malignización, es aconsejable realizar un seguimiento clínico-analítico estrecho tras la cirugía.