



Endocrinología, Diabetes y Nutrición



350 - HIPERANDROGENISMO DE INSTAURACIÓN TARDÍA: EN OCASIONES LA ETIOLOGÍA PUEDE NO SER EVIDENTE

I. Galicia Martín¹, E. Atienza Sánchez¹, I. Pérez Martínez², E. Esteban Agustí², A. Mingo Basaí³ y A. Ortiz-Flores¹

¹Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. ²Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. ³Radiología Intervencionista. Hospital Universitario Torrejón de Ardoz. ⁴Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario Torrejón de Ardoz.

Resumen

Introducción: EL hiperandrogenismo (HA) de instauración tardía es un hallazgo inusual, siendo la principal causa de origen ovárico.

Caso clínico: 49 años, no menopáusica, acude por hirsutismo de instauración súbita y evolución lenta en dos años. Niega acné, alteraciones del ciclo menstrual o signos de virilización. Sin estigmas sugestivos de hiperandrogenismo. La analítica inicial demostró unos valores de testosterona total (TT) de 3,1 ng/ml y niveles normales de LH y FSH. Los niveles de cortisol sérico tras supresión con 1 mg de dexametasona fueron de 2,02 y 2,5. La ecografía ovárica transvaginal y el TC abdomino-pélvico fueron normales. Con el fin de establecer la etiología, se realizó un test con supresión con Triptorelina (TRL) en la cual no se observó un descenso de TT a las 3 semanas. Ante la posible etiología suprarrenal, se solicita una RMN que evidenció un nódulo suprarrenal izquierdo de 1,2 cm compatible con adenoma rico en lípidos. Ante la sospecha de adenoma productor de andrógenos se realizó una suprarrenalectomía izquierda, diagnosticando un adenoma cortical suprarrenal de predominio de capa fascicular, pero no logro remitir el HA. Un nuevo test de TRL nuevamente fracasó en suprimir las cifras de TT. Al no poder establecer la correcta localización, programamos un cateterismo simultáneo de venas suprarrenales y ováricas (CVOS), el cual pudo evidenciar una hipersecreción ovárica bilateral, a predominio derecho. La paciente fue sometida a doble anexectomía evidenciando un tumor de células de Leydig de 1 cm en ovario derecho, logrando remisión completa del HA.

Discusión: El CVOS presenta una alta especificidad a la hora de establecer el diagnóstico, aunque no es una técnica ampliamente disponible precisando un operador experto. El test de supresión con TRL es fácilmente reproducible, aunque en algunas series ha demostrado una baja sensibilidad. Ante la presencia de HA grave, siempre debemos plantearnos el diagnóstico de un origen tumoral.