

**VIRILIZACIÓN E HIPERESTROGENISMO SEVERO EN POSTMENOPAUSIA POR TUMOR OVÁRICO DE CÉLULAS ESTEROIDALES. REPORTE DE UN CASO.**

*E Millar<sup>2</sup>, L Escárate<sup>2</sup>, F Cayumil<sup>1</sup>, L Giaveno<sup>2</sup>, C Palma<sup>2</sup>, V Vaswani<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Residente Medicina Interna U. de Chile, <sup>2</sup>Endocrinología Hospital Barros Luco Trudeau.

El hiperandrogenismo de inicio en la postmenopausia es una entidad infrecuente. La virilización en este grupo etario es extraordinariamente raro, sus manifestaciones incluyen voz ronca, alopecia frontal, aumento de la masa muscular y clitoromegalia. Suele deberse a causas tumorales, ovárica o suprarrenal, benigna o maligna. El tumor de células el tumor de células esteroideas NOS (TCENOS) pertenece a los tumores mixtos estromales y de los cordones sexuales. TCNOS representa menos de 0,1% de las neoplasias de ovario, es más frecuente en postmenopausia, habitualmente benigno, aunque un 20% son malignos. El hirsutismo y la virilización están presentes en 56 a 80% de los casos y en 20% hay actividad estrogénica. Se presenta el caso de una paciente femenina, 70 años, con antecedente de Hipertensión arterial, DM-2 con requerimientos de insulina, Insuficiencia Cardíaca, Hipotiroidismo 1°, Depresión y Obesidad. Historia de 8 años de aumento del vello corporal principalmente en zonas andrógeno dependientes, alopecia, voz ronca, aumento de peso y aumento de volumen de extremidades inferiores. Fue tratada con espironolactona por 5 años, sin respuesta. Menopausia a los 50 años, sin flujos rojos posteriores. Histerectomía total a los 58 años por prolapso genital. Hospitalización reciente por insuficiencia cardíaca descompensada. En examen físico destaca hirsutismo severo score Ferriman-Gallway 33 puntos, alopecia androgénica y edema de extremidades inferiores. Sin estigmas de Cushing. Sin clitoromegalia. Se diagnostica hirsutismo severo con virilización. Testosterona: 1008 ng/dl; TSH: 1,27; T4L: 1,57; Prolactina: 21,6 ng/ml; Estradiol: 1723 pg/ml; FSH: 0,1/mUI/ml; LH: 0,1 mUI/ml; Cortisol salival Nocturno 0,069 y 0,054 ug/dL (rango normal). Frente a sospecha de origen ovárico se realiza RM de pelvis que evidencia masa ovárica derecha de 6,5 x 5,4 cm sugerente de neoplasia primaria ovárica derecha. Se realiza anexectomía bilateral, sin complicaciones. Biopsia: Tumor de células esteroideas de ovario derecho, no se observan cristales de Reinke (se descarta tumor de células de Leydig). 1 mes post-cirugía, destaca paciente muy decaída, con baja de peso. Testosterona: 2,5 mg/dl Estradiol: 14,96 pg/ml, FSH: 3, LH: 0,5. Cortisol 14 ug/dL. Sintomatología explicada por brusco descenso hormonal. TC Tórax-abdomen-pelvis sin signos de diseminación. A los 5 meses hirsutismo en regresión, revierte alopecia y niveles hormonales en rango normal para postmenopausia.

Discusión: Se presenta un caso muy infrecuente de virilización e hiperestrogenismo severo en la postmenopausia, sin estudio etiológico hasta asociarse a morbilidad cardiovascular tras varios años de evolución. Cabe destacar que ante hiperandrogenismo rápidamente progresivo, virilización o hiperandrogenismo en la postmenopausia, el estudio precoz es fundamental, por sospecha de causa tumoral ovárica o suprarrenal.

**Financiamiento:** Sin financiamiento