

CASO 1

“VIRILIZACIÓN CON HIPERANDROGENISMO E HIPERESTROGENISMO SEVERO EN LA POST MENOPAUSIA”

Presenta: Dra. Lisselot Escárate Alarcón
Médico Internista Hospital Barros Luco Trudeau
GRUPO CENTRO SUR

Paciente femenina de 71 años, con antecedentes de Hipertensión Arterial, DM2IR, Insuficiencia Cardíaca de etiología hipertensiva, Hipotiroidismo primario, Depresión y Obesidad grado 3. Derivada de APS a Endocrinología en Noviembre 2018 por historia de 8 años de evolución caracterizada por aumento del vello corporal principalmente en zonas andrógeno dependientes, alopecia androgénica, voz ronca y aumento de peso. Tratada en APS con espironolactona por 5 años, sin respuesta. Dentro de sus antecedentes destaca: Menopausia a los 50 años, sin flujos rojos posteriores. Histerectomía total a los 58 años por prolapso genital. Al examen físico, hirsutismo severo con score Ferriman de 33 puntos, sin estigmas de Cushing, sin clitoromegalia. Al laboratorio destaca: TSH: 1,27 uIU/mL, T4L: 1,57 ng/dL ; Prolactina: 21,6 ng/ml; FSH: 0,1/mIU/ml; LH: 0,1 mIU/ml; Estradiol: 1723 pg/ml; Testosterona: 1008 ng/dl, Cortisol salival Nocturno 0,069 y 0,054 ug/dL (rango normal).

Sin estudio de andrógenos suprarrenales por no disponibilidad del recurso. Se realiza TAC de abdomen y pelvis (AP) con contraste, con protocolo suprarrenal, que muestra glándulas suprarrenales sin lesiones.

Frente a sospecha de origen ovárico, se realiza RM de pelvis (Diciembre 2018): masa ovárica derecha de 6,5 x 5,4 cm sugerente de neoplasia primaria ovárica. Se realiza anexectomía bilateral (Marzo 2019). Biopsia diferida: Tumor de células esteroideas de ovario derecho, no se observan cristales de Reinke. Un mes postcirugía, paciente asténica, con baja de peso. Testosterona 2,5 ng/dl, Estradiol: 14,96 pg/ml , FSH: 3 mIU/ml, LH: 0,5 mIU/ml. Cortisol basal 14 ug/dL. Sintomatología explicada por brusco descenso hormonal. TAC AP de control, sin signos de diseminación. A los 5 meses hirsutismo en regresión, revierte alopecia y niveles hormonales en rango normal para postmenopausia.

En control de Marzo 2021, presenta aumento del vello corporal. Ferriman: 32 ptos. Se realiza TAC AP de control (Abril 21): Lesión anexial derecha sugerente de recidiva tumoral. Importantes fenómenos edematosos subcutáneos y ascitis, que no permiten descartar compromiso carcinomatoso peritoneal. Ingres a pabellón 04-06-2021 : ascitis abundante, tumor 6 x 4 cm, adherido a pared pélvica. Cavidad peritoneal sin implantes secundarios. Biopsia y niveles hormonales postquirúrgicos de control pendientes.

Bibliografía:

1. Postmenopausal Hyperandrogenism. Evaluation and Treatment Strategies. *Endocrinol Metab Clin N Am* 50 (2021) 97–111. <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2020.12.002>
2. Hiperandrogenismo en mujer posmenopáusica: reporte de un caso. Mariño-Méndez H, González-Palanca SJ, Rodríguez-López JA, Palmeiro- Fernández G, Varela-Ponte C, Domínguez-Salgado JC. *Ginecol Obstet Mex.* 2021; 89 (1): 51-57. <https://doi.org/10.24245/gom.v89i1.4406>
3. Hyperandrogenism after menopause. Marios C Markopoulos, Evanthia Kassi, Krystallenia I Alexandra, George Mastorakos and Gregory Kaltsas. *European Journal of Endocrinology* (2015) 172, R79–R91. <https://doi.org/10.1530/EJE-14-0468>