

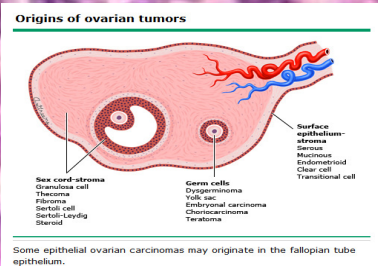
# VIRILIZACIÓN OVÁRICA.

Guijarro Campillo, A. R; Níguez Sevilla, I; García Hernández C. M; Cortés Sandoval, S;  
García Campaña, E; Machado Linde, F; Nieto Díaz, A.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

## INTRODUCCIÓN.

La presencia de signos de hiperandrogenismo en la postmenopausia es extremadamente rara. En mujeres premenopáusicas lo más frecuente es que su origen sea el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). Sin embargo, si la clínica se inicia durante la postmenopausia o progresa durante la misma lo más frecuente es que se asocie a hipertecosis o a un tumor secretor de andrógenos. Describimos 3 casos de mujeres con clínica de virilización que tras análisis anatomopatológico después de la cirugía se diagnosticaron de cuadros productores de andrógenos a nivel ovárico.



## DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS.

Todas las pacientes eran postmenopáusicas. Los dos primeros casos presentaron como principal signo de virilización el hirsutismo que además se desarrolló de forma considerable en un periodo de tiempo menor de dos años. El otro caso es una paciente en la que se decidió realizar anexectomía bilateral en el mismo tiempo quirúrgico que la histerectomía vaginal indicada por patología del suelo pélvico tras hallazgos casuales de elevación de testosterona sin poder descartarse origen ovárico de la misma. Al análisis hormonal todas presentaron niveles de testosterona por encima de los parámetros normales con DHEA S y cortisol sin alteraciones. En las pruebas de imagen (ecografía ginecológica)

en el primero de los casos, se observó un ovario derecho con un volumen (4 cc) aumentado para su edad. En el segundo y tercero de los casos no se advirtió ninguna alteración ecográfica.

Las dos primeras mujeres se resolvieron mediante anexectomía vía laparoscópica y el tercero mediante histerectomía con doble anexectomía vía vaginal. Como hallazgos solo se observó macroscópicamente un quiste de paraovario izquierdo en la cirugía vaginal. El diagnóstico definitivo tras examen anatomopatológico fue de un tumor ovárico de células de Leydig en la primera de las pacientes, hipertecosis estromal y tecoma, en la segunda y tercera.

## JUSTIFICACIÓN Y DISCUSIÓN.

Hay una gran variedad de posibles causas de virilización e hirsutismo en la mujer postmenopáusica (Tabla 1)(2). Es importante identificarlas si bien su incidencia es muy poco frecuente, un inicio de la clínica en la menopausia con una evolución y empeoramiento en un corto periodo de tiempo es muy indicativo de un tumor productor de andrógenos, ya sea de origen ovárico o suprarrenal, o hipertecosis estromal (3). Los 3 casos que presentamos son un claro ejemplo de las principales causas de virilización ovárica. Los tumores del estroma de los cordones sexuales son un grupo heterogéneo de neoplasias que comprende el 1.2% de todos los cánceres de ovario (4). Muchos de ellos, la mayoría benignos, pueden ser causa de hiperandrogenismo. Entre los más frecuentes están los tumores de células de Sertoli (75% en mujeres menores de 40 años). Están caracterizados por presentar estructuras similares a las del testículo las cuales producen andrógenos. En el caso de los tecomas, menos frecuentes, es más habitual que produzcan hiperestrogenismo pero se han visto casos como el nuestro, con clínica por hiperandrogenismo. La hipertecosis ovárica, es un desorden funcional caracterizado por hiperandrogenismo severo que aparece sobretodo en la postmenopausia (5). El manejo de los tres cuadros es el mismo, mediante anexectomía bilateral. Cierto es que este hiperandro-

CAUSA	FRECUENCIA (%)	EDAD DE COMIENZO
SOP	>95	15-25
HAC	1-2	CONGÉNITO
TUMOR OVÁRICO	<1	CUALQUIERA
SD. CUSHING	<1	CUALQUIERA
TUMOR ADRENAL	<1	CUALQUIERA
HIPERTECOSIS OVARIO	<1	PRE-POST MENOPAUSIA

Tabla 1 (1).

-genismo puede estar asociado a hiperplasia y/o carcinoma endometrial por lo que estaría indicado una biopsia previa a la cirugía si el grosor del endometrio estuviera por encima de los 4 mm para en tal caso realizar una histerectomía. En nuestro caso el grosor estaba por debajo de dichos límites.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. *Dennedy MC, Smith D, O'Shea D, McKenna TJ. Investigation of patients with atypical or severe hyperandrogenaemia including androgen-secreting ovarian teratoma. Eur J Endocrinol 2010; 162:213. Copyright © Society of the European Journal of Endocrinology 2010.*
2. *Barth JH, Jenkins M, Belchetz PE. Ovarian hyperthecosis, diabetes and hirsuties in post-menopausal women. Clin Endocrinol (Oxf) 1997; 46:123.*
3. *Shanbhogue AK, Shanbhogue DK, Prasad SR, et al. Clinical syndromes associated with ovarian neoplasms: a comprehensive review. Radiographics 2010; 30:903.*
4. *Krug E, Berga SL. Postmenopausal hyperthecosis: functional dysregulation of androgenesis in climacteric ovary. Obstet Gynecol 2002; 99:893.*