



VIRILIZACIÓN EN MUJER EN EDAD FÉRTIL

Soler Gabaldón, S¹, Rocher Cruces, S¹, Merlos Martínez, MI¹, Gómez Meseguer, C¹, Gracia Laborda, R, Abril Alcobas, C¹, Machado Linde, F¹

¹Hospital General Universitario Reina Sofía

INTRODUCCIÓN

El hiperandrogenismo se define como el síndrome producido por la secreción excesiva de andrógenos. Se puede manifestar clínicamente mediante la aparición de hirsutismo, acné, seborrea, aumento de la libido, alopecia, alteración del ciclo menstrual o virilización. La virilización es la expresión máxima del hiperandrogenismo, cursa con signos de desfeminización tales como pérdida del perfil corporal femenino, tono de voz grave, hipoplasia mamaria, alopecia, aumento de la masa muscular y clitoromegalia. Suele ser poco frecuente y su aparición hace sospechar hiperplasia suprarrenal o tumores productores de andrógenos ováricos o suprarrenales, en este último caso la aparición suele ser brusca.

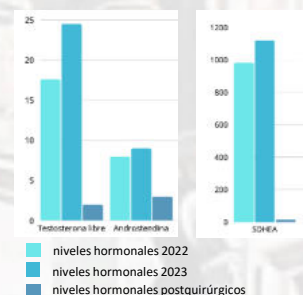
CASO CLÍNICO

Paciente de 27 años que acude a consulta de ginecología por deseo genésico. Refiere episodios de amenorrea tras retirar anillo anticonceptivo. Anamnesis sin enfermedades de interés. A la exploración destaca 18 puntos en la escala de Ferriman-Gallway (grado moderado). Ecografía transvaginal sin hallazgos significativos. Análítica general y hormonal con niveles de gonadotropinas normales, estradiol 41 pg/ml, elevación de hormonas androgénicas con testosterona libre 17.6, androstendiona 8 y SDHEA 982, resultados no compatibles con síndrome de resistencia a la insulina, con niveles de insulinemia y Homa dentro de la normalidad .

La paciente es remitida a la consulta de patología cervical por diagnóstico de CIN II, retrasando el estudio del hiperandrogenismo. Un año más tarde la paciente es valorada nuevamente en consulta donde se observa un aumento de la clínica de virilización, que la paciente refiere de forma brusca en los últimos meses, con una puntuación de 26 en la Escala de Ferriman-Gallway (grado severo), cambios en la tonalidad de la voz, obesidad troncular e hipertrofia de clítoris. Persisten periodos de amenorrea. Se vuelve a repetir analítica hormonal donde se observa estradiol 119 pg/ml, testosterona libre 24.5, androstendiona 8.7 y SDHEA 1119.2. Con el diagnóstico de sospecha de un hiperandrogenismo de origen suprarrenal se realiza TAC donde se objetiva masa suprarrenal izquierda de 4.1 x 3.9 x 5.7 cm, de bordes lobulados pero bien delimitados^{Imagen 1}. La paciente es intervenida quirúrgicamente mediante tumorectomía con resultado de adenoma cortical adrenal. Es valorada nuevamente en consulta a los tres meses tras la cirugía donde se observa normalización tanto clínica como analíticamente. En la actualidad la paciente se encuentra asintomática con ciclos normales y buscando embarazo.



Imagen 1: TAC julio 2023



DISCUSIÓN Y APORTACIÓN CLÍNICA

Por frecuencia las causas más probables de hiperandrogenismo en una mujer en edad fértil son el Síndrome de ovarios poliquísticos (SOP), el hiperandrogenismo idiopático, la hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, los tumores productores de andrógenos y otras causas como hiperprolactinemia, síndrome de Cushing, acromegalia, disfunción tiroidea o yatrogenia¹.

Una virilización de progresión rápida hace sospechar una causa tumoral como responsable de la hiperandrogenización². Los tumores productores de andrógenos son raros pero es muy importante descartarlos, ya que el 50% son malignos en el momento del diagnóstico³.

Se recomienda realizar una determinación de andrógenos a aquellas mujeres en edad fértil que presenten hirsutismo moderado o severo o, aun siendo leve, se acompañe de disfunción reproductiva, irregularidad menstrual, obesidad central, acantosis nigricans, la evolución sea rápida o exista clitoromegalia.

¹Hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico. (2012). Hiperandrogenismo y síndrome de ovario poliquístico. *Medicine - Programa De Formación Médica Continuada Acreditado*, 11(15), 895–903. [http://doi.org/10.1016/S0304-5412\(12\)70401-8](http://doi.org/10.1016/S0304-5412(12)70401-8)

²Study and treatment of hyperandrogenism. *Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Prog Obstet Ginecol.* 2017;60(6):618-624

³Barbieri, R. L., Ehrmann, D. A. (2015). Evaluation of premenopausal women with hirsutism. [Internet]. Waltham (MA): UpToDate. Disponible en: www.uptodate.com.

