

## Tumor ovárico virilizante en mujer postmenopáusica. Reporte de caso

Irasel Martínez M<sup>1</sup>.

### *Ovarian virilizing tumor in postmenopausal woman. Case report*

**Abstract.** Ovarian steroid-producing tumors are infrequent entities and are potentially malignant. Testosterone is the hormone that rises more frequently and is associated mostly with signs of virilization. We present the clinical case of a 67-year-old postmenopausal woman who came to the clinic for alopecia, with high levels of testosterone and ovarian mass by ultrasound. Surgical treatment was indicated. The main diagnostic aspects are presented. Key words: Ovarian tumors; Virilization; Hiperandrogenism.

1. Médico Tratante. Servicio de Endocrinología. Hospital Teodoro Maldonado Carbo. Guayaquil-Ecuador.

**Resumen.** Los tumores productores de esteroides ováricos constituyen entidades infrecuentes y son potencialmente malignos. La testosterona es la hormona que se eleva con más frecuencia y se asocia en su mayoría a signos de virilización. Se presenta el caso clínico de una mujer postmenopáusica de 67 años que acude a consulta por alopecia, con niveles elevados de testosterona y masa ovárica por ecografía. Se indicó tratamiento quirúrgico. Se presentan los principales aspectos diagnósticos. Palabras clave: Hiperandrogenismo; Tumores ováricos; Virilización.

Correspondencia:  
Irasel Martínez Montenegro  
Correo electrónico: irasel051283@gmail.com

Recibido: 24-09-2018  
Aceptado: 20-11-2018

### Introducción

La mayoría de los tumores productores de andrógenos se localizan en los ovarios, los más comunes en la postmenopausia son los de células hiliares. Los síntomas y signos de progresión rápida del hiperandrogenismo hacen que las pacientes acudan a consulta<sup>1</sup>. Se presenta a continuación un caso de hiperandrogenismo postmenopáusico por tumor de ovario.

### Caso clínico

Paciente femenina de 67 años de edad con antecedentes de HTA (Hipertensión Arterial); DM2 (Diabetes Mellitus Tipo 2)

complicada con polineuropatía e insulino tratada. Al interrogatorio no señaló uso de medicamentos con efecto androgénico. Presentó la menarquia a los 13 años con reglas siempre regulares, 2 gestaciones y menopausia a los 50 años. Acude a consulta de endocrinología refiriendo preocupación por calvicie frontotemporal y de la región del vértex, que pueden apreciarse en las figuras 1 y 2. Desde hace aproximadamente 1 año comenzó a depilarse con frecuencia semanal. Comentó además aparición de vello terminal en línea intermamaria y región alta de la espalda. Al examen físico presentó Obesidad grado II (Índice de masa corporal 35.4), TA (tensión arterial)

## Artículo Original

238/104, índice de hirsutismo igual a 16, moderado (según clasificación de Ferriman-Galwey), alopecia androgénica, tamaño del clítoris 9 mm, pérdida de contorno corporal femenino.

Los hallazgos en los exámenes bioquímicos fueron: testosterona total 1.54 (valor referencial 0.029 a 0.408) ng/ml, androstenediona 7.49 ng/ml (valor referencial 0.30 a 3.30) ng/ml, 17 beta estradiol 73,38 (valor referencial postmenopausia 10.0 a 39.5) pg/ml, FSH (hormona folículo estimulante) 11.99 (valor referencial postmenopausia 25.8 a 134.8) mUI/ml, LH (hormona luteinizante) 14,64 (valor referencial postmenopausia 7.7 a 58.5) mUI/ml, DHEAS (deshidroepiandrosterona sulfato) 67.04 (valor referencial 35 a 430) ug/dl. Se realizó una ecografía transvaginal que evidenció endometrio 0.53 cm, ovario derecho 3 por 2.58 cm con imagen irregular hipocogénica de 1.68 cm intraovarica con alteración de su ecoestructura.

Dado que el estudio hormonal y de imagen orientaba hacia un hiperandrogenismo ovárico, se derivó a la paciente a ginecología para una ooforectomía derecha por vía laparoscópica. En espera de la cirugía se instauró tratamiento con espironolactona 75 mg día, por su efecto antiandrógeno y consiguiente mejoría del riesgo cardiovascular.



Figura 1. Alopecia androgénica.



Figura 2. Receso frontotemporal.

## Discusión

Los tumores virilizantes de ovario presentan una prevalencia de 0.2% de todas las causas de hiperandrogenismo<sup>2</sup>, entre ellos se encuentran tumores de células de Sertoli-Leydig, tumores de células hiliares, tumores de células lipoides y, menos frecuente, tumores de la granulosa-teca<sup>1</sup>. Los tumores de células hiliares son los más comunes en la postmenopausia<sup>1,3</sup>, son tumores raros, que constituyen menos del 0,1% de todas las neoplasias ováricas, a diferencia de otros tumores ováricos virilizantes, como el de células de Sertoli-Leydig, que evidencia una secreción predominante del andrógeno testosterona, los tumores hiliares también secretan a la par que testosterona, el andrógeno androstenediona, lo que en algunos casos puede ayudar a diferenciar ambos tipos de tumores antes de que se disponga del estudio histológico<sup>4</sup>. La secreción estrogénica incrementada se encuentra con más frecuencia en mujeres posmenopáusicas cuando éstas se comparan con las premenopáusicas<sup>5</sup>.

Si los valores altos de testosterona se asocian a clínica de masculinización, la ecografía transvaginal es el medio más sensible para detectar un tumor ovárico. Incluso los incrementos escasos de testosterona en mujeres postmenopáusicas son altamente sospechosos de tumor secretor de andrógenos<sup>1</sup>.

Asimismo, un incremento importante de las concentraciones séricas de testosterona se observa a veces en mujeres con hipertecosis ovárica grave en ausencia de tumor. El hiperandrogenismo que ocasiona es más grave que en el Síndrome de Ovarios Poliquísticos, pero progresa más lentamente que cuando la causa es tumoral<sup>6</sup>.

La virilización de inicio reciente, en postmenopausia, con testosterona y androstenediona elevada, acompañada de masa ovárica pequeña, en ecografía transvaginal, respalda el diagnóstico de tumor de ovario virilizante de células hiliares.

**Referencias**

1. Serdar EB. Abordaje de la mujer con disfunción reproductiva. En: Williams, 13 ed. Tratado de Endocrinología. Editorial Elsevier 2017; 620-624.
2. Carmine E, Rosato F, Janni A, et al. Extensive clinical experience: relative prevalence of different androgen excess disorders in 950 women referred because of clinical hyperandrogenism. *J Clin Endocrinol Metab.* 2006; 91: 2-6.
3. Norris HJ, Chorlton I. Tumores funcionales del ovario. *Clín Obstet Ginecol.* Marzo 1974: 185-224.
4. Cruz Hernández, Jeddú, Yanes Quesada, Marelis, Hernández García, Pilar, Isla Valdés, Ariana, & Turcios Tristán, Silvia Elena. (2007). Tumores funcionales del ovario. *Revista Cubana de Endocrinología*, 18(3) Recuperado en 16 de diciembre de 2018, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-29532007000300007&lng=es&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-29532007000300007&lng=es&tIng=es).
5. Lauszus FF, Petersen AC, Greisen J, Jakobsen A. Granulosa cell tumor of the ovary: A population-based study of 37 women with stage I disease. *Gynecol Oncol* 2001; 81: 456-60.
6. García E, García V, De la Maza L, Álvarez P, Santos E, Pi J, et al. Hiperandrogenismo en una mujer postmenopáusicas. *Endocrinol y Nutric* 2008 Octubre; 55: 313-379.