**P 19  
HIPERANDROGENIA EXTREMA EN LA POSTMENOPAUSIA. REPORTE DE UN CASO**  
Javier Jaramillo Medina1, Mauricio Cuello Fredes1, Roger Gejman Enríquez1, Alejandra Martínez García1, Eugenio Arteaga Urzúa1  
1Pontificia Universidad Católica de Chile

**Introducción:** El hiperandrogenismo en la postmenopausia es poco frecuente y habitualmente se asocia a hipertecosis ovárica o a tumores productores de andrógenos. Presentamos un caso de hiperandrogenemia extrema en una mujer peri menopaúsica, su estudio y manejo.

**Caso clínico:** Mujer, 50 años, portadora de prediabetes e hipotiroidismo en buen control. Usó ACO (EE 35 ug/ ciproterona acetato 2mg) entre los 14 y 49 años. Consulta por exacerbación de hirsutismo basal, de rápida evolución en 8 meses tras suspender ACO. Además reactivación de acné e incremento notorio de libido junto a alopecia androgénica leve y clitoromegalia. En exámenes (Tabla) destaca elevación de testosterona 2 años previos a consulta, que aumentan en el tiempo. Ecografía transvaginal: ovarios de forma y aspecto normales. TC abdomen-pelvis: glándulas suprarrenales de morfología y tamaño normal. Anexo izquierdo: lesión quística simple de 14 mm; anexo derecho normal. RM pelvis: masa anexial izquierda de 3 cm, hipointensa en T1, heterogénea en T2, zonas quísticas hiperintensas y áreas de densidad intermedia en T2. Manejo inicial: espironolactona 100 mg/día y nomegestrol 5 mg por 10 días/meses alternos, sin lograr flujo rojo. Se realiza anexectomía izquierda laparoscópica, sin incidentes. Biopsia: ovario de 3,3\*2,6\*2,4 cm; tumor constituido por nidos de células de citoplasma espumoso, amplio y eosinófilo con núcleos redondeados, levemente pleomórficos. Numerosos cristales de Reinke en citoplasma, sin necrosis ni hemorragia. Inmunohistoquímica (+) Inhibina A. Ki67 1%. Biopsia endometrial: fragmentos de tejido escamoso. Conclusión: Tumor de células de Leydig del ovario. Control 4 semanas post op; normalización de niveles hormonales (Tabla), excepto inhibina B. Clínicamente, disminución de libido, mayor labilidad emocional, sin bochornos ni síntomas urogenitales.

**Discusión:** El hiperandrogenismo asociado a virilización en la postmenopausia es raro y debe plantearse un origen tumoral (adrenal u ovárico), asociado a testosterona >150 ng/dL. En el caso descrito, pudo ser excluida etiología suprarrenal (normalidad de test de Nugent, DHEAS, TC suprarrenal), sospechándose causa ovárica, apoyada por hallazgo en RM pélvica. Se trataba de un tumor de células de Leydig, que representa <0,1% de los tumores ováricos. Destaca hiperandrogenismo extremo, normalidad de gonadotropinas y moderada secreción estrogénica, predominando efecto atrófico de los andrógenos sobre endometrio.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tabla** |  | ref. | dic 14 | nov 16 | \*jun 17 |
| Testosterona total | ng/dL | 2.9-40.8 | 626.7 | 1500 | 7.9 |
| SHBG | nmol/L | 17.3-125 |  | 42.9 | 58 |
| IAL |  | <4.5 |  | 121.2 | 0.46 |
| 17OHP basal/post ACTH | ng/mL | <0.51 |  | 2.83/3.21 |  |
| FSH | mUI/mL | 25.8-134.8 |  | 9.3 | 29.7 |
| LH | mUI/mL | 7.7-58.5 |  | 7.5 | 19.9 |
| E2 | pg/mL | <138 |  | 42.7 | <5 |
| DHEAS | ug/mL | 0.35-4.3 | 2.31 | 3.16 | 1.08 |
| Inhibina B | pg/mL | <4 |  | 9.4 | 6.1 |
| Cortisol post 1 mg dexametasona | ug/dL | <1.8 |  | 0.9 |  |
| ACTH | pg/mL | 10.0-60 |  | 16 |  |
| AFP | ng/mL | <7 |  | 3 |  |
| BhCG | mUI/mL | <5 |  | <5 |  |
| \* 4 semanas post op | | | | | |