**P 3
VIRILIZACIÓN EN MUJER JOVEN CON TUMOR SUPRARRENAL BENIGNO**Macarena Arias Thormann1, Patricio Salman Mardones1, Carlos Stehr Gesche1
1 Universidad de Concepción

Mujer de 28 años, usuaria de anticonceptivos orales, que consulta por cuadro de 6 meses de evolución de aumento de vello hirsuto facial y clitoromegalia.

Al examen físico destacaba voz de tono normal, vello facial grueso, score de Ferian Gallwey de 12.

Al laboratorio, donde destaca:

* Testosterona total: 3,6 ng/ml (0,1-0,5)
* SHBG 14,7
* Índice androgénico libre: 85.6%
* DHEAS: 5757 ug/dl (normal < de 5,11)
* 17 OH progesterona 4,2 ng/ml (normal < de 1,8)

Se solicita TAC abdomen: “En glándula suprarrenal derecha se observa una masa redondeada 9,8 cm, heterogéneo que realza con uso de contraste y en su interior áreas hipodensas. Sin calcificaciones”.

Con este resultado del TAC se solicita:

* Metanefinas en orina 24 hrs: 70.9 ug/24 hrs
* Normetanefrinas orina 24 hrs: 157 ug/24 hrs
* Cortisol libre urinario 24 hrs: 48,7 mcg/24 hrs

Se realizó suprarrenalectomía vía laparoscópica, cuyo resultado de biopsia fue: “Neoplasia constituida por tejido cortical suprarrenal, con caracteres de adenoma. Forma una lesión que alcanza 12 cm. La cápsula se encuentra continua e intacta, no se reconocen imágenes de compromiso linfovascular, no se observa actividad mitótica de significación. Se reconoce porción de suprarrenal adyacente, dentro de limites histológicos normales”.

En sus controles posteriores hay regresión de hiperandrogenismo y exámenes 2 meses postoperatorios: DHEAS 159 Ug/dl y testosterona total 0,31 ng/ml.

Revisión:

La mayoría de los tumores suprarrenales son benignos y no funcionantes. Cuando producen virilización en general está en contexto de un carcinoma suprarrenal, donde además coexiste cosecreción de cortisol (en un 50% de los casos).

En los niños, la mayoría de los tumores suprarrenales son funcionantes, con un 80-90% de manifestaciones clínicas endocrinas al diagnóstico, y de ellos un 50-84% presentará signos de virilización. En los adultos, la gran mayoría no funcionantes, y en general cuando existe virilización está asociado a secreción de otras hormonas, habitualmente cortisol.

Los tumores virilizantes puros son extremadamente raros, en general se presentan en edades pediátricas. Sólo un 10% ocurren en mayores de 15 años, como fue nuestra paciente. El cuadro clínico va desde la pubertad precoz en edades pediátricas con signos de virilización (90-100%) y alteraciones menstruales en la adultez (40-60%).

Los tumores virilizantes puros suelen tener más probabilidades de ser benignos a diferencia de aquellos tumores virilizantes que cosecretan otras hormonas, en particular cortisol que tienen mayor riesgo de ser malignos.

Del punto de vista bioquímico, la testosterona y DHEAS están elevados virtualmente en todos los pacientes.

El manejo es esencialmente quirúrgico, vía laparotomía abierta cuando existe alta sospecha que se trate de un tumor maligno, pudiéndose plantear la vía laparoscópica cuando existe evidencia de ser más probablemente benigno como fue finalmente en este caso.