



P-192 - DOBLE ADENOMA SUPRARRENAL VIRILIZANTE BENIGNO

M. Mogollón González, N. Muñoz Pérez, J. Villar del Moral, J. Turiño Luque, J. Triguero Cabrera, S. González Martínez, N. Pineda Navarro, S. Céspedes Mas, J.I. Arcelus Martínez y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Los tumores suprarrenales virilizantes son poco frecuentes en adultos. En torno a un 50% aparecen antes de la pubertad, generalmente en mujeres (80%). El riesgo de malignidad es del 70% cuando se diagnostica en una mujer adulta, sobre todo si existe hipercortisolismo concomitante, por lo que el hallazgo de un adenoma adrenal virilizante benigno constituye una rara entidad.

Caso clínico: Paciente de 34 años, con antecedentes personales de hemocromatosis y esterilidad primaria en seguimiento por la Unidad de Reproducción. Consultó por alteraciones en el ciclo menstrual de un año de evolución, dolor abdominal, pérdida de peso y cambio en la tonalidad de la voz junto con aumento de la sequedad vaginal y del tamaño del clítoris. A la exploración física, no se apreció bocio ni estigmas de hipercortisolismo y el examen ginecológico fue normal salvo clitoromegalia. En el estudio hormonal destacaba el aumento de testosterona (6,1 ng/ml) y dehidroepiandrosterona sulfato (19.100 ng/ml), con 17 hidroxiprogesterona, cortisol libre urinario y resto de determinaciones normales. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal informó de dos lesiones suprarrenales derechas de 4,8 × 3,6 × 2,7 cm y 4,2 × 3,1 × 2,3 cm respectivamente, presentando la más craneal densidad superior a 10 Unidades Hounsfield (HU) y bajo porcentaje de lavado de contraste intravenoso, sugerente de malignidad. La TAC asociada a tomografía por emisión de positrones (PET-TAC) sólo mostró un foco con débil actividad metabólica en adrenal derecha, sugerente de benignidad. Se realizó adrenalectomía derecha por vía laparoscópica. El estudio anatomopatológico informó de doble adenoma corticosuprarrenal. Los controles postoperatorios han sido correctos hasta la fecha.

Discusión: El exceso de andrógenos en la mujer produce tres tipos de síntomas: hirsutismo, virilización y trastornos del ciclo. Estos cambios se deben a diferentes causas: síndrome del ovario poliquístico, tumores ováricos, hiperplasia suprarrenal congénita, tumores suprarrenales, etc. El diagnóstico diferencial se realiza mediante la determinación de las concentraciones séricas de dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), androstenediona y testosterona. Si es de origen adrenal, la elevación de andrógenos se deberá a una hiperproducción de DHEAS (carcinomas principalmente), mientras que la elevación a expensas de la testosterona, nos orientará hacia un origen ovárico. Los estudios de imagen (TAC o RMN) indican la localización y orientan sobre la naturaleza de la lesión: tamaño, homogeneidad, contornos, porcentaje de lavado del contraste y coeficiente de atenuación (medido en HU). Aunque la PET-TAC posee una alta capacidad discriminativa entre benignidad o malignidad, el diagnóstico definitivo ha de ser histopatológico. La clave de la curación es la

resección completa y precoz de la lesión, siendo la primera línea de tratamiento la extirpación quirúrgica, que podrá realizarse por vía laparoscópica en neoplasias sin evidencia de invasión local ni metástasis.