



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/527 - Hiperandrogenismo ovárico en adolescente

C. Mateo Pascual<sup>a</sup>, F. Marqués González<sup>b</sup>, Ó.A. Baptista Ferreira<sup>c</sup>, E.M. Faña Vargas<sup>d</sup>, Á.V. Ortigoza<sup>d</sup>, E. Robles Fernández<sup>a</sup>, D. Cano Pérez<sup>a</sup>, M. Adrián Sanz<sup>a</sup>, M. Schuffelmann Arauzo<sup>e</sup> y M.P. Pérez Unanue<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>b</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>d</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral. Madrid. <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Tres Cantos. Madrid. <sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Dr. Castroviejo. Madrid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 14 años que acude por polimenorrea de varios meses, hirsutismo y aumento de peso progresivo. Las reglas son cada 15 días; duran 1 semana. Diabetes gestacional materna con insulina. Desarrollo psicomotor infantil normal. Menarquia a los 13 años. Hábito más sedentario últimamente; alimentación variada sin exceso de grasas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Presenta un peso de 68,25 kg y una talla de 162,2 cm, con IMC = 25,94%. Se aprecia aumento del vello corporal en mejillas y mentón, en areolas mamarias así como en línea alba abdominal y en ambos muslos escala de Ferriman de 23. No hay acné. Exploración de cuello normal, no se palpa bocio. Acp normal y abdomen normal. No presenta estrías. Desarrollo puberal Tanner V. Se realiza analítica con hemograma y bioquímica normales, hormonas tiroideas normales, Progesterona, testosterona total, androstendiona y ACTH normales. Sólo el cortisol aparece alto: 23,5 µg/dl. Se deriva al servicio de endocrinología donde se le hacen pruebas de estimulación con ACTH, que resultan normales. Se solicita ecografía pélvica: útero de aspecto pospuberal con eje longitudinal de 5,4 cm. Anejo izquierdo de características ecográficas normales con un f volumen de 11 cc y un folículo dominante de 17 mm. Anejo derecho de aspecto prepuberal con un volumen de 2 cc. Hígado, vesícula biliar, riñones y páncreas y bazo sin alteraciones. En endocrinología le pautan etinilestradiol + drospirenona y espironolactona mejorando notablemente del hirsutismo y de las irregularidades menstruales. Sin embargo el peso ha seguido aumentando a pesar de seguimiento de dieta hipocalórica, constatada por su madre y por consultas semanales con enfermería por lo que nos planteamos iniciar tratamiento con orlistat 60 mg cada 8 horas con escaso resultado hasta el momento.

**Juicio clínico:** Hirsutismo e irregularidad menstrual. Hiperandrogenismo ovárico. Sobrepeso exógeno.

**Diagnóstico diferencial:** Sd. ovario poliquístico, hiperandrogenismo suprarrenal.

**Comentario final:** La causa más frecuente de hiperandrogenismo en la adolescencia es el síndrome de ovario poliquístico (SOP) que requiere para su diagnóstico el hiperandrogenismo y anovulación

crónica pero no ovarios poliquísticos. Suele haber obesidad y resistencia a la insulina. La hiperplasia adrenal presenta clínica similar con hirsutismo desde la pubertad y ciclos anovulatorios. Es preciso un hemograma, función renal y hepática, testosterona, androstendiona, progesterona, FSH, LH, ACTH y cortisol. En nuestra paciente se hicieron pruebas de estimulación de Acth descartándose origen suprarrenal. Las pruebas de imagen son obligadas. Nuestra paciente tiene hirsutismo y obesidad pero no anovulación, y los ovarios eran normales en la ecografía. El tratamiento fundamental es la dieta y el ejercicio. Los acos normalizan el ciclo menstrual pero agravan la adiposidad corporal incrementando el riesgo cardiovascular. Se suelen usar acos con drospetrinona, así como antiandrógenos como la flutamida, bloqueante androgénico sin actividad progestágena, ni corticoidea, a junto a un sensibilizante de la insulina (la metformina).

El tratamiento es mínimo 2 años, junto a eflornitina tópica y/o depilación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Becerra A. Tratamientos coadyuvantes del hirsutismo. *Endocrinol Nutr.* 2005;52(7):365-73.
2. García Blanco L, Azcona San Julián C. Hiperandrogenismo: pubarquia precoz y síndrome de ovario poliquístico. Etiología y posibilidades terapéuticas. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2012;14:61-7.