



Reprodução & Climatério

<http://www.sbrh.org.br/revista>



Relato de caso

Hirsutismo pós-menopausa: caso clínico raro de hipertecose ovárica



Sílvia Fernandes*, Ana Mações, Filipa Nunes, Fernanda Geraldês e Fernanda Águas

Serviço de Ginecologia B, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal

INFORMAÇÕES SOBRE O ARTIGO

Histórico do artigo:

Recebido em 22 de março de 2015

Aceito em 24 de março de 2015

On-line em 30 de junho de 2015

Palavras-chave:

Hipertecose ovárica

Hirsutismo

Hiperandrogenismo

Menopausa

R E S U M O

Durante o climatério podem ocorrer sinais clínicos de hiperandrogenismo. Contudo quadros de virilização exigem investigação para exclusão de uma fonte produtora de androgênios.

Doente de 66 anos, com menopausa espontânea aos 50, referenciada à consulta de ginecologia por hirsutismo após a menopausa, com agravamento no último ano e episódios de metrorragia que não valorizava. Ao exame objetivo tinha masculinização da voz, alopecia androgênica, aumento da pilosidade na face, tronco e membros e hipertrofia do clitóris.

Feita ecografia endovaginal que revelou espessamento endometrial e ovários aumentados de volume para a idade; estudo analítico que demonstrou um valor de testosterona total elevado (225ng/dL); tomografia computadorizada da suprarrenal e ressonância magnética crânio-encefálica que não revelaram alterações; e histeroscopia com remoção de pólipos endometrial, associado a hiperplasia endometrial simples sem atipia. Submetida a histerectomia total com anexectomia bilateral. O estudo histológico concluiu tratar-se de hipertecose ovárica. Seis meses após a cirurgia apresentava normalização da testosterona sérica, acentuada redução do hirsutismo e melhoria da alopecia.

O diagnóstico de hiperandrogenismo em mulheres na pós-menopausa constitui um desafio. Os meios complementares de diagnóstico nem sempre permitem detectar a origem da hiperandrogenemia. O tratamento da hipertecose ovárica melhora o hirsutismo e pode reduzir o risco de patologia maligna hormonodependente.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

Post-menopausal hirsutism: a rare case of ovarian hyperthecosis

A B S T R A C T

Mild clinical signs of hyperandrogenism such as hirsutism may arise during the menopausal transition as part of the aging process. However, development of virilization may be interpreted as the presence a specific source of androgen excess.

66 year-old menopausal woman, with a record of progressive hirsutism since menopausal age (50 years-old) exacerbated over the past year. Episodes of metrorrhagia were not

Keywords:

Ovarian hyperthecosis

Hirsutism

Hyperandrogenism

Menopause

* Autor para correspondência.

E-mail: s-m-m-fernandes@sapo.pt (S. Fernandes).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recli.2015.03.004>

1413-2087/© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos os direitos reservados.

valued by the patient. Physical examination showed deepening of voice, frontotemporal alopecia, hirsutism in face, trunk and limbs and hypertrophy of the clitoris.

A transvaginal ultrasound revealed a thickened endometrium and enlarged ovaries considering her age and analytical study showed an increase of total testosterone (225ng/dL). No changes were detected at computerized tomography of adrenals and cerebral magnetic resonance. Performed an hysteroscopy with removal of endometrial polyp, associated to simple endometrial hyperplasia without atypia. The histological diagnosis after hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy, revealed a ovarian hyperthecosis. Six months after surgery it was observed a testosterone within the normal range, marked hirsutism reduction and alopecia improvement.

Diagnosis of hyperandrogenism in postmenopausal is a challenging task. Imaging techniques do not always reveal the source of excess androgens. The ovarian hyperthecosis treatment effectively improves hirsutism and reduces the risk of hormone-dependent tumors.

© 2015 Sociedade Brasileira de Reprodução Humana. Published by Elsevier Editora Ltda.

All rights reserved.

Introdução

Após a menopausa os ovários mantêm alguma atividade hormonal. Verifica-se em resposta aos níveis elevados de LH um declínio gradual da secreção de androgênios, enquanto que em relação aos estrogênios essa redução ocorre de uma forma abrupta. Naturalmente, ocorre um desequilíbrio entre estrogênios e androgênios circulantes, amplificado pela diminuição da concentração de *sex hormone-binding globulin*, o que pode provocar o aparecimento de sinais clínicos de hiperandrogenismo.¹

Contudo, quando o hirsutismo (definido como o crescimento de pelos no queixo, lábio superior e abdômen) é acompanhado de sinais de virilização (definida como a presença de hirsutismo grave associado a alopecia frontotemporal, engrossamento da voz e clitoromegalia), deve ser sempre investigada a hipótese de um tumor secretor de androgênios.^{1,2}

A identificação da origem do excesso de androgênios, em alguns casos de virilização pós-menopausa, é um desafio que exige a combinação de competências clínicas com exames laboratoriais e/ou técnicas de imagem adequadas.¹

Caso clínico

Doente do sexo feminino com 66 anos, referenciada à consulta de ginecologia por hirsutismo com início na menopausa, embora com agravamento no último ano. Apresentava ainda episódios de metrorragia não valorizados pela própria, engrossamento da voz, alopecia e aumento da libido. Referia menarca aos 13 anos e ciclos regulares. Tinha história de infertilidade, com dois abortamentos espontâneos precoces e uma morte fetal. Fez múltiplos tratamentos de infertilidade, sem sucesso. Menopausa espontânea aos 50 anos e não fizera terapêutica hormonal. Nos antecedentes pessoais a destacar a existência de obesidade, dislipidemia, hipertensão arterial (medicada com Lercanidipina e Aliscireno) e depressão (medicada com Citalopram, Clorazepato e Nicergolina).

Negava história familiar de alopecia. Ao exame objetivo apresentava um IMC de 34,7 kg/m², masculinização da voz, alopecia frontotemporal (fig. 1), aumento da pilosidade no nível da face, do tronco e dos membros (16/36 no score Ferriman-Gallwey) e vulva com hipertrofia do clitóris (fig. 2).

Foi feita ecografia endovaginal, que revelou um espessamento endometrial com 12mm e ovários com dimensões aumentadas, face ao status pós-menopausa (fig. 3), com estroma denso e imagens econegativas sugestivas de folículos.

O estudo analítico revelou um doseamento sérico de testosterona total de 225ng/dL e de Estradiol de 60,3 pg/mL; restantes parâmetros avaliados sem alterações (tabela 1).

A histeroscopia revelou a existência de uma formação polipóide, cujo estudo histológico demonstrou tratar-se de um pólipio endometrial simples, associado a hiperplasia endometrial simples sem atipia. Foram feitas ainda tomografia computadorizada (TC) da suprarrenal e ressonância magnética (RM) crânio-encefálica, que não mostraram alterações.

Perante a ausência de um tumor ovárico ou suprarrenal identificável, mas na presença de ovários aumentados de volume, foi decidida histerectomia total com anexectomia



Figura 1 – Alopecia frontotemporal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3969858>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3969858>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)