



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Tumor de células esteroideas sin otra especificación: reporte de un caso

O. Díaz Trastoy^a, B.L. Rodríguez Cañete^{a,*}, J.M. Cabezas Agrícola^a,
M.A. Martínez Olmos^a, P. Fraga Blanco^b, M. Seoane Villaverde^b,
M. Bouso^c y F. Casanueva^a

^a Servicio de Endocrinología y Nutrición, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^b Servicio de Ginecología, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, La Coruña, España

Recibido el 20 de octubre de 2015; aceptado el 2 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Hiperandrogenismo;
Tumor ovárico de
células esteroideas;
Sin otra
especificación;
Virilización

KEYWORDS

Hyperandrogenism;
Ovarian steroid cell
tumour;
Not otherwise
specified;
Virilisation

Resumen Los tumores de ovario de células esteroideas constituyen una entidad infrecuente de virilización. Pueden originarse del estroma o de los cordones sexuales; en ocasiones el linaje tumoral es desconocido, denominándose tumor esteroide no especificado.

Presentamos el caso de una paciente con signos de virilización rápidamente progresiva, sugestivo de origen ovárico. Las pruebas de imágenes fueron negativas, y tras ser sometida a intervención quirúrgica se objetivó la presencia de un tumor microscópico con marcadores positivos para células esteroideas.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Steroid cell tumour, not otherwise specified (NOS): A case report

Abstract Ovarian steroid cell tumours are an uncommon cause of virilisation. They may originate from the stroma or sex cords; sometimes the tumour lineage is unknown, in which case the tumour is described as "not otherwise specified". We report the case of a patient with signs of rapidly progressive virilisation, suggestive of ovarian origin. Imaging tests were negative. After surgical intervention, the presence of microscopic tumour markers positive for steroid cells was observed.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: leti.ro@gmail.com (B.L. Rodríguez Cañete).

Introducción

Los tumores ováricos virilizantes representan menos del 5% de todos los tumores del ovario. El tumor de células esteroideas es un subtipo clasificado dentro del grupo de tumores de los cordones sexuales o del estroma¹. Son muy infrecuentes, representando el 0,1% de todos los tumores del ovario. Fueron previamente clasificados como tumores de células lipoideas o lipídicas. En 1979 Scully los denominó «tumor de células esteroideas» del ovario². Este término describe más la estructura morfológica y funcional que las manifestaciones clínicas.

La detección de tumores de ovario productores de testosterona por técnicas de imagen puede ser difícil, sobre todo en niñas y adolescentes, debido a la estructura radiológica y a veces a su pequeño tamaño³. El curso clínico es desconocido debido a las pocas series descritas en la literatura.

Caso clínico

Mujer sin antecedentes que destacar, que consulta por primera vez a los 51 años por alopecia androgénica severa e hirsutismo, que se inicia 5 años antes, con hirsutismo progresivo sin otras alteraciones hasta hace 3 años, cuando se hace evidente una alopecia rápidamente progresiva de predominio frontal y temporal junto con cambios en la voz, siendo esta más grave. Una ecografía ginecológica realizada 2 años antes fue normal.

En el momento que acude a nuestra consulta la paciente está perimenopáusica, refiriendo oligomenorrea.

A la exploración física destacaba sobrepeso grado 1, con IMC de 27,5 kg/m², importante alopecia androgénica (fig. 1), hirsutismo principalmente en la cara, la espalda y el abdomen (fig. 2), sumando 20 puntos en la escala de Ferriman-Gallway. En la exploración los genitales eran adecuados para edad y el sexo.



Figura 1 Alopecia androgénica.

Pruebas complementarias

En la analítica hormonal destacan valores de testosterona de 5,09 ng/ml (límites de la normalidad: 0,1-1,1 ng/ml) y D4 androstendiona 6,5 ng/ml (límites de la normalidad: 0,40-3,40 ng/ml) con dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) y 17-OH progesterona normales.

La tomografía computarizada abdominal muestra hiperplasia suprarrenal nodular bilateral con un nódulo dominante de 18 mm en suprarrenal derecha y otro izquierdo de 1 cm que se comportan radiológicamente como adenomas.

Ecografía ginecológica: útero miomatoso y ovarios normales.

Biomarcadores (alfafetoproteína, CEA-II, CA 19.9, Ca 125-II, CA 15.3, BR 27.29) negativos.

Se realizan cortisol basal, cortisoluria de 24h, catecolaminas y metanefrinas en orina, así como test de supresión con 1 mg de dexametasona y se descarta funcionalidad de los nódulos suprarrenales observados en la tomografía computarizada.

Evolución

Inicialmente, y debido a la no visualización de masas ováricas, se decidió tratamiento médico con análogos de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) en inyección mensual, con mejoría franca de la clínica y analítica hormonal, lográndose tras las primeras 2 inyecciones una testosterona total de 1,37 ng/ml (VN: 0,1-1,1 ng/ml) y una D4-androstendiona de 2,5 ng/ml (VN: 0,40-3,40 ng/ml). Esta buena respuesta terapéutica apoya el origen ovárico del hiperandrogenismo, a pesar de la negatividad en las pruebas de imagen.



Figura 2 Hirsutismo facial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8644083>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8644083>

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