

HIPERANDROGENISMO EN LA POST-MENOPAUSIA

COHEN, Ana Carolina; JERKOVICH, Fernando; ABELLEIRA, Erika; MOCARBEL, Yamile; BUENO, Fernanda; NOLTING, Manuel; PÉREZ LANA, María Belén; CROSS, Graciela.
Hospital de Clínicas José de San Martín

INTRODUCCIÓN. El ovario en la postmenopausia (PM) persiste hormonalmente activo, y aunque el nivel de estradiol cae abruptamente, la secreción de andrógenos declina en forma gradual y puede persistir en la senescencia. A nivel suprarrenal, se produce un declive en los niveles de DHEAS, conocido como adrenopausia. Este estado de hiperandrogenismo (HA) relativo de origen ovárico puede dar lugar a hirsutismo. Sin embargo, la presencia de virilización es un signo de alarma que obliga a descartar la presencia de la patología tumoral, y el origen de la secreción androgénica, ovárica vs. adrenal, de importancia pronóstica.

CASO CLÍNICO. Mujer de 64 años derivada por el Servicio de Diabetología por HA. Refería oligomenorrea desde la menarca e hirsutismo desde los 17 años, con voz gruesa y alopecia androgénica desde los 40 años. Antecedentes patológicos: obesidad e HTA desde los 19 años, diabetes tipo 2 desde los 40 años y tabaquismo de 50 p/y. Antecedentes gineco-obstétricos: G11P5A6 (inducidos), menopausia espontánea a los 47 años, sin controles ginecológicos regulares. Al examen físico se constató peso 93 kg, talla 156 cm, IMC 38, TA 140/60 mmHg. Presentaba alopecia de tipo androgénica con pérdida de la línea de implantación frontal (Ludwig grado 2), hirsutismo moderado (FG: 14), clitoromegalia, voz gruesa y acantosis nigricans en cuello. Además, mostraba ligera giba dorsal y huecos supraclaviculares ocupados, pero sin estrías y con fuerza muscular conservada. Se solicitaron dosajes hormonales: FSH 26,1 mUI/ml (23-116), LH 15,9 mUI/ml (15,9-54), E2 19,6pg/ml (<32), To 1,00 ng/ml (0,14-0,76), To libre 17 pg/ml (2-8,5), TO bio 39,8 pg/ml (5-19), GLAE 24,8 nmol/l (18-144), Delta4A 8,9 ng/ml (0,1-0,6 ng/ml), DHEAS 71,5 ug/dl (35-430), 17OHP 1,1 ng/ml (0,1-0,6). La ecografía ginecológica mostró útero de forma, tamaño y estructura normal, endometrio de 2,3 mm, ovario derecho de 20,8 x 12,8 mm y ovario izquierdo de 57 x 29,9 x 31 mm, ambos de ecoestructura heterogénea. La tomografía computada (TC) de abdomen mostraba nódulo hipodenso (12 UH) de 11 x 9 mm en adrenal izquierda. Por resonancia magnética (RM), se observó ovarios aumentados de tamaño, sin lesiones focales. El dosaje de catecolaminas urinarias y plasmáticas, actividad de renina plasmática, aldosterona y cortisol libre urinario de 24hs fueron normales. Dada la presencia de HA clínico y bioquímico de probable origen ovárico, se solicitó evaluación por Ginecología, y se decidió realizar ooforectomía bilateral e histeroscopia. La histología reveló la presencia de hipertecosis ovárica (HO). Al mes de la cirugía, presentó labilidad emocional, con clara mejoría del hirsutismo. El dosaje de andrógenos evidenció un descenso > 50%: To 0,14 ng/ml, To libre 2,5 pg/ml, To bio 6 pg/ml, GLAE 23,1 nmol/l, Delta4A 2,2 ng/ml, DHEA-S 73 ug/dl, 17OHP 0,6 ng/ml.

COMENTARIO. El HA en la PM requiere una evaluación rigurosa para descartar la presencia de causas tumorales. El dosaje hormonal debe realizarse teniendo en cuenta los rangos acordes a la edad. La realización de imágenes (ecografía, RM) permite identificar en gran parte a los tumores ováricos. La presencia de tumores adrenales debe descartarse por TC. Sin embargo, se ha descrito una prevalencia de hasta 7% de incidentalomas adrenales en esta población. En este caso, tras descartar funcionalidad del adenoma adrenal, se documentó aumento de tamaño de ambos ovarios en una mujer PM, sugerente del origen ovárico del HA.

La HO se define como la presencia de nidos de células luteínicas en el estroma ovárico, y su diagnóstico es histológico. Es la única causa no tumoral de HA que cursa con virilización, pero de lenta evolución. Se vincula a la presencia de insulinoresistencia y su prevalencia aumenta en la PM por la elevación de gonadotropinas. Tras la resolución quirúrgica, hay un brusco descenso de andrógenos. Esta situación, si bien lleva a la regresión de los signos de virilización, puede tener implicancias psicológicas importantes tras un HA de larga evolución.