

### VIRILIZACIÓN SECUNDARIA A TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDEAS DEL OVARIO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Sánchez Rivadulla, Laura; Aneiros Suárez, Carolina; Míguez Vázquez, Verónica; Gómez Pérez, María Isabel; Domínguez Olivera, Nadia; Veiga Tuimil, Manuel A.

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Xerencia da Xestión Integrada de Ferrol.

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores de células esteroideas representan el 0,1% de los tumores ováricos. Pertenecen al grupo de los tumores del estroma, también llamados de los cordones sexuales.

Son más frecuentes en mujeres menopáusicas y con frecuencia se asocian a síndromes endocrinos.

La mayoría de estos tumores producen hormonas esteroides siendo la testosterona la que se eleva frecuentemente.

El hirsutismo y la virilización son los hallazgos clínicos más significativos.

#### CASO CLÍNICO

-Mujer de 72 años con antecedentes de polipectomía por histeroscopia por metrorragia de la postmenopausia.

-Menarquia: 13. THM: 5/28. G1P1. Menopausia: 54 años.

-Remitida por hiperandrogenismo e hirsutismo. Aumento de vello facial y corporal desde los últimos 2-3 años.

#### Exploración física:

Aumento del vello de distribución sexual en cara y resto de la superficie corporal. Alopecia de distribución masculina.

Genitales externos normales. Ligera hipertrofia de clítoris. Vagina y cérvix normales.

Masa que ocupa toda la pelvis y llega hasta 2 traveses de ombligo, poco móvil.

**Ecografía:** masa pélvica irregular con múltiples calcificaciones en su interior que parece corresponder con útero polimiomatoso de 156x133x93 mm. No se identifican ovarios.

**RMN:** masa pélvica compleja que depende o contacta con útero.

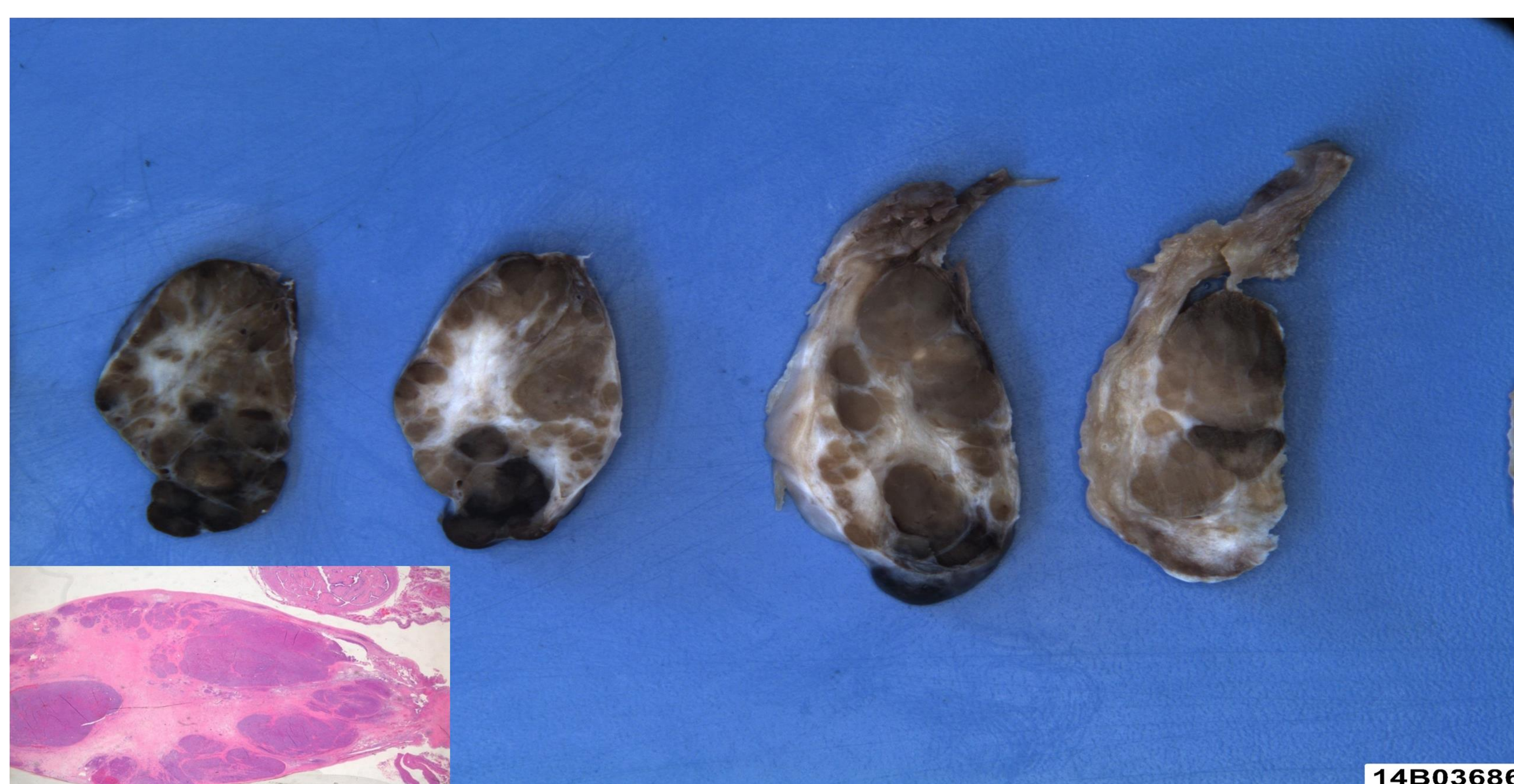
**Testosterona:** 557 ng/dL. Resto de estudio hormonal sin hallazgos.

#### DIAGNÓSTICO

Útero miomatoso y sospecha de tumoración ovárica virilizante.

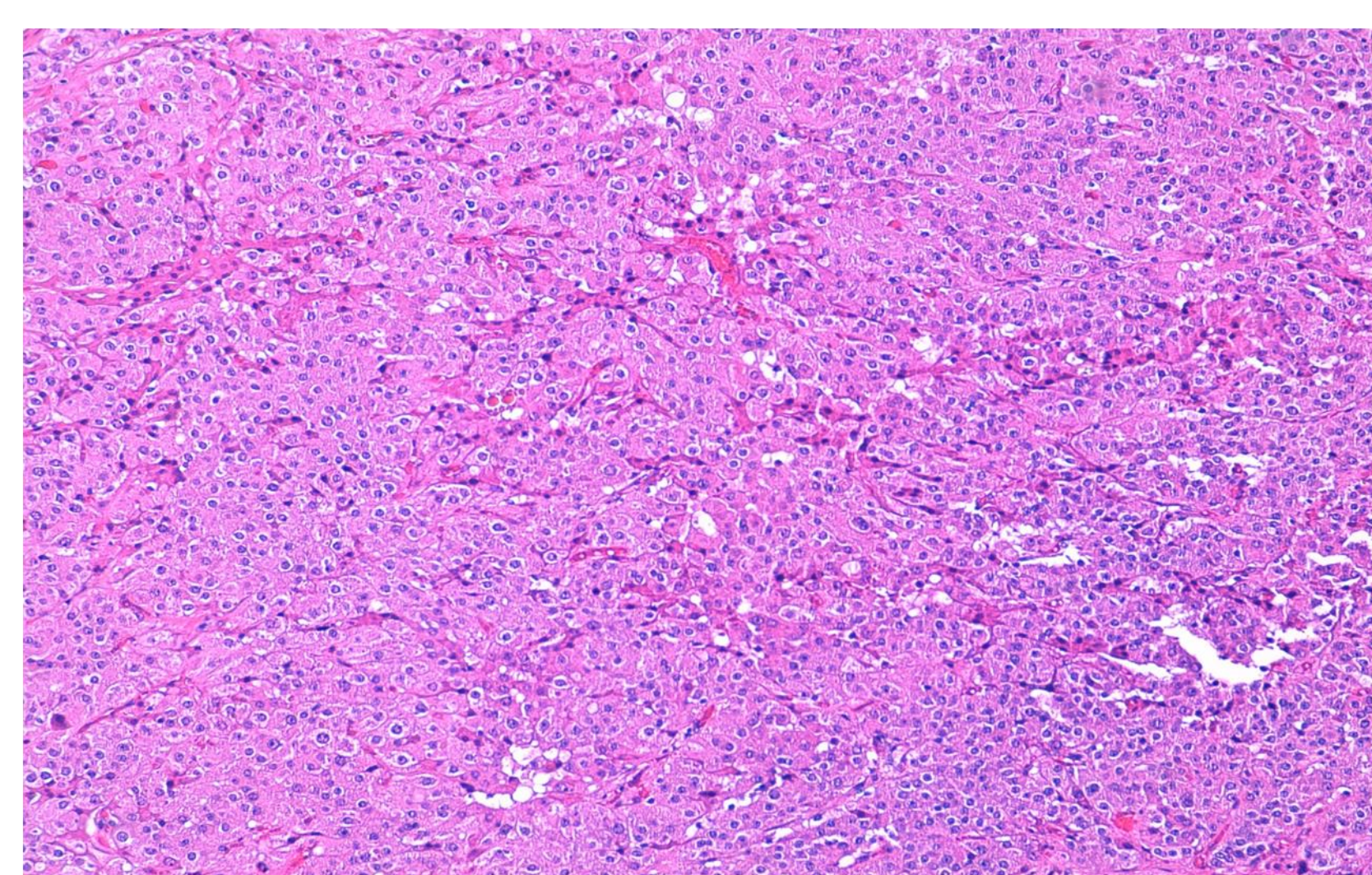
#### CONDUCTA

Laparotomía: Útero polimiomatoso (18 semanas). Anexos pegados a ligamento ancho, macroscópicamente normales. Se realiza histerectomía total con doble anexectomía.

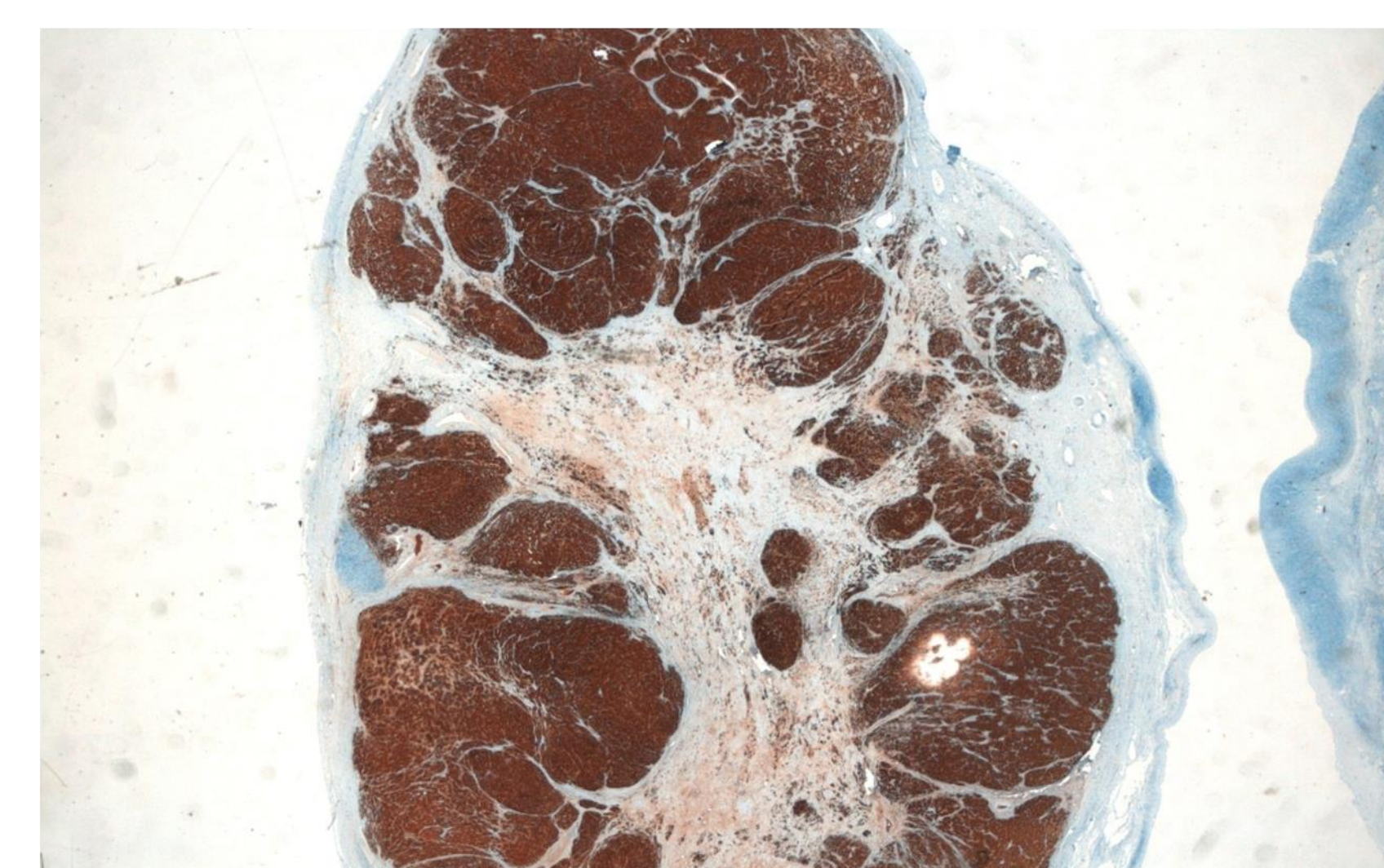


Secciones macroscópicas del ovario, en las que se observan varios nódulos bien delimitados de coloración parduzca.

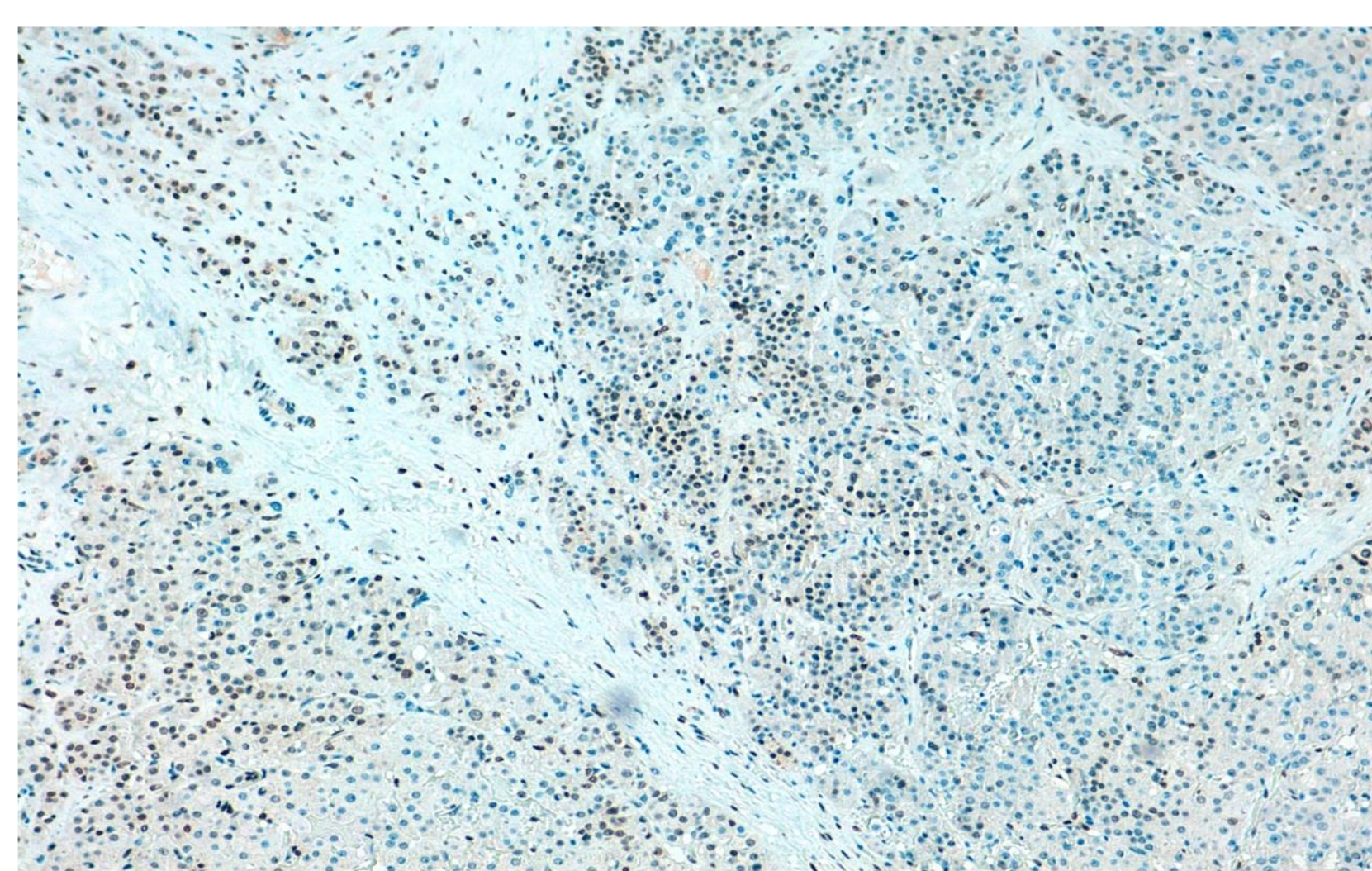
Esquema inferior izquierdo: Sección histológica en la que aprecian los nódulos tumorales.



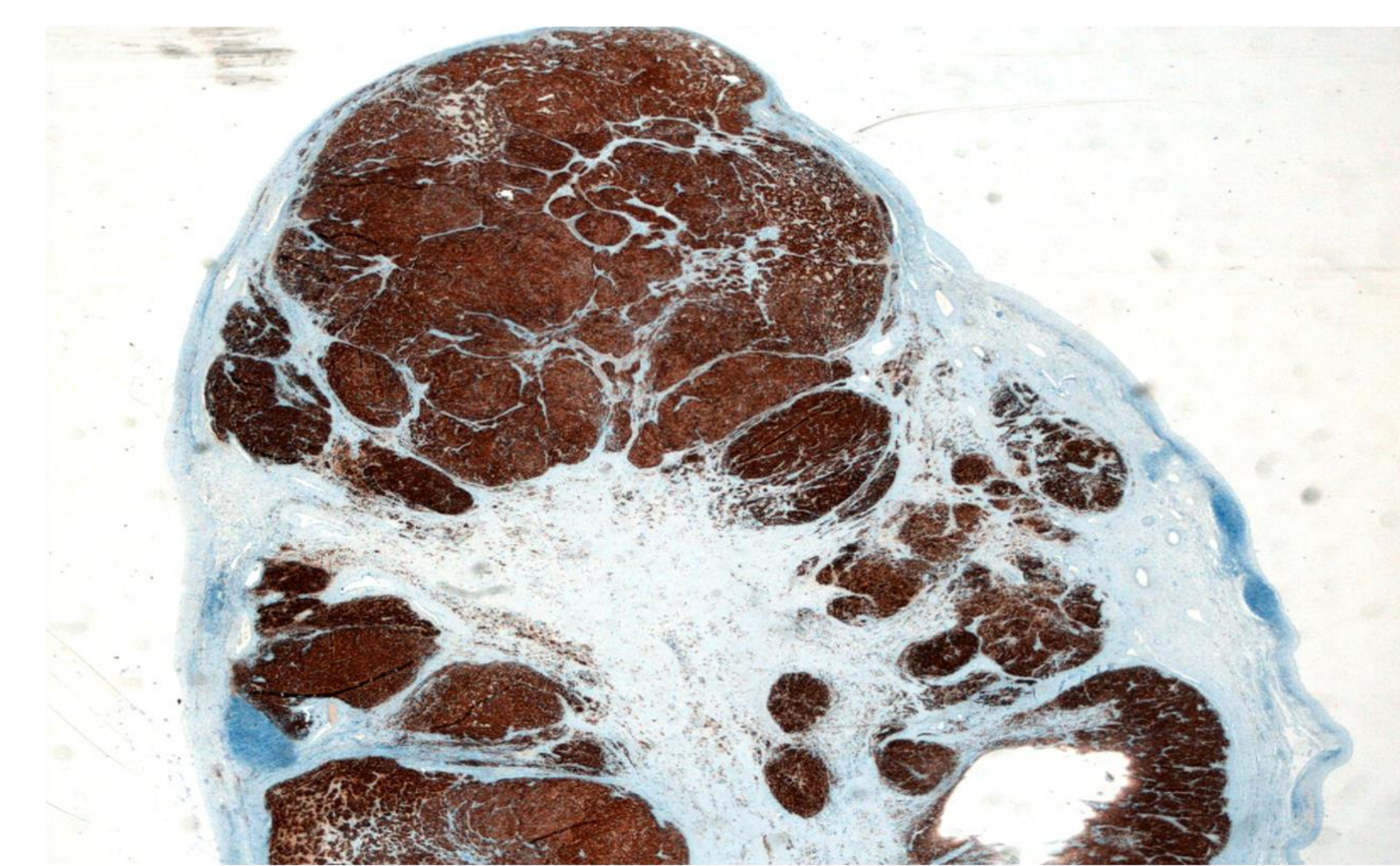
**HEMATOXILINA-EOSINA:** Tumor constituido por células poligonales con escasa atipia citológica y amplios citoplasmas granulares.



**INMUNOHISTOQUÍMICA:** Positividad para INHIBINA.



**INMUNOHISTOQUÍMICA:** Positividad para ANDRÓGENOS.



**INMUNOHISTOQUÍMICA:** Positividad para CALRETININA.

#### DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO

Tumor de células esteroideas bien diferenciado de ovario derecho y leiomiomas uterinos.

#### EVOLUCIÓN

Normalización de los niveles de testosterona, mejoría de la alopecia y desaparición total del vello en el resto del cuerpo.

#### DISCUSIÓN

Cuando en una mujer postmenopáusica aparecen síntomas de hiperandrogenismo siempre se debe tener en cuenta la posibilidad de un tumor secretor de andrógenos, entre ellos el tumor de células esteroideas. El tratamiento debe individualizarse en función de la histología, el estadio quirúrgico y el deseo genésico de la mujer. En las mujeres postmenopáusicas, se recomienda histerectomía con doble anexectomía.

#### BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Ramos P, Valdívila-Franco H et al. Tumor de células esteroideas de ovario: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Med Hered 2011; 22:38-41.

Vidal R, Campos S, Vázquez M et al. Tumor virilizante de células esteroideas del ovario. Prog Obstet Ginecol 2012; 55(4):189-192.