

2017 Octubre, 7(1): 1-1

## **HIPERANDROGENISMO SECUNDARIO A TUMOR DE CÉLULAS DE LEYDIG DE OVARIO EN PACIENTE POSTMENOPAUSICA**

Blanco, J.; Mazzucchelli, E; Forestieri, O.

Cátedra de Ginecología B; Especialidad Ginecología, Hospital Italiano La Plata. [oforestieri@gmail.com](mailto:oforestieri@gmail.com)

### **Introducción**

El tumor de células de Leydig, también llamado tumor de células del hilio o tumor de Berger. Constituye uno de los tipos de tumores originados en los cordones sexuales y mesénquima específico. Es un tumor productor de andrógenos y, por lo tanto, masculinizante. Suelen ser unilaterales y de evolución benigna. Corresponden a menos del 0,5% de los tumores ováricos.

Dentro de las distintas patologías que cursan con hiperandrogenismo, el 70-80% corresponde al Sme. de ovario poliquístico, seguido del hirsutismo idiopático 5-15%, Hiperplasia suprarrenal congénita 1-8% y siendo una causa infrecuente, los tumores productores de andrógenos: 0,01-0,3%. Estos tumores pueden ser de origen ováricos o adrenales. Es por eso, que es indispensable la valoración bioquímica como imagenológica.

### **Objetivos**

Reporte de caso de paciente femenina con hiperandrogenismo de larga data y Sme metabólico, sin hallazgos patológicos en ecografía o tomografía que pudieran justificar la causa del exceso de andrógenos circulantes

### **Materiales y métodos**

Paciente de 55 años con antecedentes clínicos de Hipertensión, Insulinorresistencia, Hipercolesterolemia, Hipotiroidismo e Hiperandrogenismo de 14 años de evolución. Recibió tratamiento antiandrogénico con ciproterona durante 5 años, y Flutamida, durante 3 años, sin respuesta.

Antecedentes tocoginecológicos. Nuligesta. Menarca 10 años. Menopausia 43 años. Clínicamente presentaba Hirsutismo (escala Ferriman-Gallwey: 16), alopecia, clitoromegalia, acantosis en región inguinal (como expresión de la insulinorresistencia), obesidad aumento de libido y deseo sexual.

Se le solicitaron estudios, entre ellos: pap clase II; ecografía transvaginal con endometrio lineal 0.9mm. OD 18x13x16mm vol20cc OI 24x13x13mm vol23cc., Mamografía y ecografía mamaria: Birads 2., ecografía renal: riñones, glándulas suprarrenales sin particularidades, TAC abd y pelvis sin particularidades

Laboratorio que evidenció eritrocitosis con hto 51.2 y hb 15.8, insulinorresistencia y aumento en la testosterona total y libre.

### **Resultados**

Se realizó, en junio de 2017, anexectomía bilateral laparoscópica cuya anatomía patológica informó en parénquima ovárico derecho, formación nodular de 2cm, sólida, bien delimitada compatible con tumor de células de Leydig de ovario. Posteriormente la paciente evolucionó con mejoría de sintomatología, refiriendo disminución de libido y deseo sexual. A los dos meses, el resultado de la testosterona libre fue de 6,3 pg/ml.

### **Conclusiones**

El tumor de células de Leydig es una causa infrecuente de hiperandrogenismo en la postmenopausia. Es importante el abordaje multidisciplinario y la realización de estudios complementarios y hormonales para poder plantear una estrategia terapéutica.