

ADENOMA SUPRARRENAL CON SÍNDROME DE CUSHING Y VIRILIZACIÓN EN UNA MUJER ADULTA JOVEN

11

Bolobanich G., Namur M.A., Quintero L., Fernández M.V., Márquez M.E., Paradelo M., Casareto E., Surraco M.E.

Hospital San Roque, Bajada Pucará 1900, Córdoba, 5000. Argentina - Email: gabybo83@hotmail.com

Introducción: El 15% de los tumores suprarrenales son funcionantes, la mayoría son benignos. La hipersecreción de cortisol es la anomalía hormonal más frecuentemente detectada en estos, constituyendo aproximadamente el 10% de las causas de Síndrome de Cushing (SC). La secreción de andrógenos, es característica en los de naturaleza maligna (probabilidad del 70%), esta se sospecha aun más si ambos tipos de secreciones se asocian. Los adenomas mixtos con predominancia en la virilización son mas frecuentes en niños.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 22 años de edad, que consulta por amenorrea de 7 años de evolución. Menarca: 12 años. Refiere aumento de peso, debilidad en MMII, aumento de vello corporal, estrías y piel seca. Concorre ya a nuestra consulta con una prueba de Proluton (-) y había sido medicada con ACO y Levotiroxina (50 ug) sin lograr ciclos. APP: Hipotiroidismo AHF: Hipotiroidismo, Asma, DBT, HTA, Ca páncreas. Al examen presentaba: BMI: 35 TA: 140/80 Acantosis (++) Hirsutismo severo (score F-G > 25), atrofia cutánea, Giba (+) HSC ocupados, Estrías rojo vinosas (+) en abdomen, Obesidad centripeta. Se solicito: TSH: 1,01 uUI/ml, T4l: 1,22 ng/dl, To t: 651 ng/dl, FSH: 0,26 mUI/ml, LH: 0,13 mUI/ml, PRL: 24 ng/ml, E2: 79 pg/ml, CLU: 633 ug/24 hs, S-DHEA: 651 ug/dl, Co8am: 18,8 ug/dl, Co pos Dex 1 mg: 18,3 ug/dl, ACTH: 1 pg/ml, Co pos Dex 16 mg en 48 hs: 17 ug/dl, Co saliva 23 hs: 8,13 mmol/l, 17-OH-P: 3,7 ng/ml, Androstenediona: 6,2 ng/ml, SHBG: 7,52 nmol/l. Se realiza RNM 17/2/2009: informa lesión de 5,8 mm en glándula suprarrenal derecha, heterogénea y de bordes definidos. No se informa unidades Hounsfield. No adenopatías. Ecocardiograma, Ecografía ginecológica y abdominal normales. Perfil lipídico, PTOG, Rutina y metabolismo fosfocalcico normales. El día 5/6/09 se realiza suprarrenalectomía derecha por vía anterior. AP: Adenoma suprarrenal con focos de mielolipoma. Inmunohistoquímica: Vim ++ MELAN A ± CD 56 ++ SYN ± Ki 67 2% resto negativo. Índice de Weiss 0. Comienza ciclos menstruales el 28/9/09 sin ACO. En el posquirúrgico se indica Hidrocortisona 30 mg día por signos y síntomas de insuficiencia adrenal. Laboratorio posquirúrgico bajo Hidrocortisona:

Laboratorio	Fecha y dosis	10/08/09 (30 mg)	17/12/09 (20 mg)
17-OH-Progesterona		0,26 ng/ml	0,28 ng/ml
S-DHEA		15,29 ug/dl	6,27 ug/dl
CLU		83 ug/24 hs	44 ug/24 hs
Co 8 am		17 ug/dl	15 ug/dl
Androstenediona		6,2 ng/ml	1,5 ng/ml
To total		12 ng/dl	12 ng/dl
To biodisponible		0,03 ng/ml	0,02 ng/ml
Insulina basal		19 uUI/ml	17 uUI/ml

TAC abdominal c/ contraste a los 3 y 8 meses posteriores a la cirugía.: normal.

Tras 10 meses posteriores de la cirugía su BMI se redujo a 25, el score de F-G hasta 18, disminuyeron los estigmas cushingoides, normalizo TA y cicla regularmente (28/5) Sin ACO. Continúa medicada con 15 mg de Hidrocortisona y 50 ug de Levotiroxina.

Comentario: El objetivo de esta presentación es exponer el caso de un raro adenoma suprarrenal mixto, con hiperandrogenismo e hiperandrogenismo, en un adulto joven, cuya presentación clínica, bioquímica y por imágenes, hacia pensar en un carcinoma, pero que la histología e inmunohistoquímica confirman su benignidad, apoyando a este diagnostico el sistema de weiss y la evolución posquirúrgica. En forma general existen escasas publicaciones similares a este fenómeno, siendo la mayoría de ellas pertenecientes a edades pediátricas y/o adenomas puros.