



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Virilizaciones, ¿son siempre hiperplasias suprarrenales o tumores?



Virilizations, are they always adrenal hyperplasias or tumors?

Ana Belén Ariza Jiménez*, Beatriz Martín Tejedor y Juan Pedro López-Siguero

UGC Pediatría, Sección Endocrinología Infantil, Hospital Regional Universitario Materno-Infantil, Málaga, España

Disponible en Internet el 8 de diciembre de 2021

Ante la aparición de trastornos de la diferenciación sexual adquiridos es necesaria una buena anamnesis para establecer su diagnóstico¹⁻³.

Consulta niña de 3 años por presentar desde hace un mes crecimiento e inflamación de clítoris y coloración más oscura de los labios mayores (fig. 1).

En la exploración presenta labios mayores con aspecto escrotiforme, levemente pigmentados y con sinequia posterior. Clítoris de 30 × 10 mm, eritematoso, que impresiona de doloroso a la palpación. No presenta masas inguinales palpables ni vello púbico.

Ecografía abdominal con útero prepúber y ovarios pequeños.

En la analítica presenta 17-hidroxiprogesterona, DHEA-S y gonadotropinas normales con testosterona elevada en ese momento: 3,73 ng/ml (VN 0,02-0,1 ng/ml) y a los 4 días: 0,66 ng/ml. Ambas muestras se analizan por espectrometría de masas tandem objetivando la elevación significativa (0,95 ng/ml) y su posterior descenso (0,25 ng/ml). Al mes presenta testosterona de 0,03 ng/ml con clítoris menos ingurgitado con medidas de 27 × 10 mm.



Figura 1 Clitoromegalia de 30 × 10 mm.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: micodemas@hotmail.com
(A.B. Ariza Jiménez).

El padre refiere, en privado, haber estado con tratamiento tópico con testosterona por disfunción eréctil desde hacía un mes y que realiza colecho con la paciente. El inicio del cuadro clínico descrito coincide con el del tratamiento paterno. Debido a ello se diagnostica de clitoromegalia de causa exógena medicamentosa. Se mantiene seguimiento para establecer su regresión, objetivando buena evolución y normalización de testosterona tras evitar colecho.

Ante virilizaciones o pseudopubertad precoz se debe sospechar la causa exógena medicamentosa¹⁻³ y en esos casos evitar el contacto piel con piel mientras persista el tratamiento tópico androgénico paterno³.

Bibliografía

1. Patel A, Rivkees SA. Prenatal virilization associated with paternal testosterone gel therapy. *Int J Pediatr Endocrinol.* 2010;2010:867471.
2. Nelson D, Ho J, Pacaud D, Stephure D. Virilization in two pre-pubertal children exposed to topical androgen. *J Pediatr Endocrinol Metab.* 2013;26(9-10):981–5.
3. López García R, López Siguero JP, Martínez-Aedo Ollero MJ, Urda Cardona A. Pseudopubertad precoz tras exposición accidental a testosterona tópica [Precocious pseudopuberty after accidental exposure to topical testosterone]. *Med Clin (Barc).* 2012;138:321.