

SINDROME DE OVARIO POLIQUISTICO (POLYCYSTIC OVARY SYNDROME)

*Margarita Malpartida Ampudia

RESUMEN

Esta enfermedad afecta a 6 -10% de edad reproductiva mujeres.

Se dice que es un síndrome porque es un conjunto de signos y síntomas en los que un solo test no realiza el diagnóstico, por lo que para su diagnóstico es necesario excluir otras patologías que causen trastornos del ciclo menstrual y exceso de andrógenos, y cumplir al menos dos de los siguientes criterios:

- Oligo/anovulación
- Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico
- Ovarios poliquísticos por ecografía
- El tratamiento debe de ser integral e individualizada

DESCRIPTORES

Anovulación, gestación, ciclo menstrual, andrógenos, androgenismo, ovario poliquístico

SUMMARY

This disease affects 6 -10% of women of reproductive age.

It is a syndrome because it is a set of signs and symptoms, in this disease a single test does not make the diagnosis to make a diagnosis is necessary to exclude other diseases that cause menstrual cycle disorders and androgen excess, and have at least two of the following criteria:

- Oligo / anovulation
- Clinical and / or biochemical hyperandrogenism.
- Polycystic ovaries by ultrasound.
- Treatment should be complete and individual

KEYWORDS

Anovulation, pregnancy, menstrual cycle, androgens, androgyny, polycystic ovary

*Médico General.
Universidad de
Iberoamérica (UNIBE). San
José – Costa Rica

INTRODUCCION

El síndrome de ovario poliquístico es una endocrinopatía común que afecta a 6 -10% de edad reproductiva mujeres. El síndrome de ovario poli quístico es la causa más frecuente de infertilidad por anovulación en

los países desarrollados. Puede ocasionar además alteraciones metabólicas y cardiovasculares similares a las que definen el síndrome metabólico, con el que coincide en presentar resistencia a la insulina como anomalía metabólica central

VALORACION

- Historia clínica completa

Antecedentes de ginecobstetricia

Las manifestaciones clínicas más comunes son: irregularidad menstrual y signos de exceso de andrógenos: hirsutismo, acné y alopecia.

- Exploración física

Signos de hiperandrogenismo: hirsutismo y/o seborrea y/o acné y/o alopecia.

Acné que empeora en la edad adulta o que no responde a los tratamientos.

Sobrepeso u obesidad.

Acantosis nigricans

Siempre deben medirse las cifras tensionales.

FISIOPATOLOGIA

Existe una alteración a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-ovario con un aumento de actividad del hipotálamo que produce un mayor número de pulsos de hormona liberadora de Gonadotropinas, por lo tanto, aumenta LH y la relación LH/ FSH, por lo cual se crea un desbalance resultando un exceso de andrógenos circulantes. La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia compensadora tienen un rol importante en el exceso de andrógenos y la anovulación. La insulina estimula la producción de andrógenos al activar su receptor homólogo, ya que los ovarios de mujeres con ovario poli quístico son sensibles o hipersensibles a la insulina, aun cuando el musculo y el tejido adiposo manifiestan.

La resistencia a la insulina. La hiperinsulinemia inhibe la producción hepática de la globulina ligadora de las hormonas sexuales, aumentando así los niveles de testosterona libre.

- Oligo/anovulación (clínica de oligomenorrea o amenorrea).
- Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico.
- Ovarios poli quísticos por ecografía, definido por la presencia de 12 o más folículos, de diámetro entre los 2- 9 mm y/o un volumen ovárico mayor de 10 mm

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- Hiperplasia suprarrenal congénita de aparición tardía
- Síndrome de Cushing
- Hipogonadismo hipogonadotropo
- Hiperprolactinemia
- Hipotiroidismo primario
- Acromegalia
- Fallo ovárico prematuro
- Obesidad simple
- Tumores productores de andrógenos
- Fármacos: corticoides, andrógenos, esteroides anabolizantes, ácido, valproico, danazol, ciclosporina, etc.
- Hirsutismo idiopático

RIESGO CARDIOVASCULAR EN SOP

TABLA 1: Riesgo característicos de Síndrome Ovárico Poli quístico	
En riesgo cardiovascular	En alto riesgo Cardiovascular
Obesidad abdominal	Sind. metabólico
Tabaquismo	Diabetes mellitus
Hipertensión arterial	Enf.CV manifiesta
Aumento de LDL y Col (no HDL)	Enf. Renal manifiesta
Intolerancia a la glucosa	
ECV prematura en la familia	
Enf. CV subclínica	

PRUEBAS Y EXÁMENES

Se debe de Pesar, realizar el índice de masa corporal y medir el tamaño del abdomen.

TABLA 2: Pruebas y exámenes	
Exámenes de sangre:	Examen imágenes:
Nivel de estrógenos Nivel de hormona foliculoestimulante Nivel de hormona luteinizante Nivel de testosterona 17 cetosteroides Glucosa en ayunas Niveles de lípidos GCH en suero Niveles de prolactina Pruebas de la función tiroidea	Ecografía trans vaginal (80% de los casos se observa un crecimiento bilateral de los ovarios, con presencia de más de 12 folículos de un diámetro entre 29 mm subcorticales rodeado de un estroma denso, pueden presentarse en mujeres sin afectación clínica)

Las pacientes con síndrome de ovario poli quístico, aún con peso normal, deben ser estudiadas con una curva de tolerancia a la glucosa y repetirla cada dos años.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe de ser integral e individualizada, según el riesgo que tenga cada persona, dependerá de la severidad de los síntomas y del objetivo principal

Terapéutico, si la paciente tiene:

- Alteraciones metabólicas: El tratamiento debe acompañarse siempre de consejos sobre estilos de vida saludables con el fin de disminuir los factores de riesgo cardiovascular y el riesgo de desarrollar diabetes mellitus Además de seguir una dieta sana y equilibrada.
- Alteraciones menstruales: La pérdida de peso y la modificación de los estilos de vida han demostrado reducción de peso, acompañada de un programa de ejercicios.
- La pérdida de peso aumenta la posibilidad de que vuelva la ovulación, por lo que hay que prevenir a la paciente que si no desea salir embarazada debe usar un método anticonceptivo de barrera.
- Está contraindicada en presencia de insuficiencia renal, debido al peligro de acidosis láctica, y se asocia a una reducción en la absorción de la vitamina B12.

Recepción: 10 Diciembre de 2015

Aprobación: 10 Enero de 2016

BIBLIOGRAFÍA

- fisterra. (2012). <http://www.fisterra.com>. Obtenido de fisterra atención primaria en red: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/sindrome-ovario-poliquistico/>
- Fisterra. (6 de julio de 2012). Síndrome de Ovario Poliquistico. Fisterra, atención primaria.
- L. Martínez, I. G. (2011). <http://www.hvn.es>. Recuperado el diciembre de 2014, de http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia_y_obstetricia/ficheros/curso2011_reprod_04sindrome_ovarios_poliquisticos.pdf
- .nlm,medline plus. (24 de febrero de 2014). <http://www.nlm.nih.gov>. Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000369.htm>
- PubMed. (Mayo de 2010). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>. Recuperado el Diciembre de 20 de 2014, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20375205>
- Scielo, V. D. (2011). SIMPOSIO SÍNDROME METABÓLICO. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, SCIELO Peru.
- Sociedad Peruana de Endocrinología ,Dr.Jaime Villena Chavez. (17 de Julio de 2013). <http://www.endocrinoperu.org>. (S. P. Endocrinología, Ed.) Recuperado el 20 de diciembre de 2014, de <http://www.endocrinoperu.org/pdf/Enfoque%20del%20Ovario%20Poliquistico%2078%20anos%200despues.pdf>
- SPECIAL FEATURE ,Consensus Statement. (11 de mayo de 2010). Assessment of Cardiovascular Risk and Prevention of Cardiovascular Disease in Women with the Polycystic Ovary Syndrome: A Consensus Statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome (AE-PCOS) Society. Consensus Statement.