

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

(POLYCYSTIC OVARIAN SYNDROME)

* Rafael Arley Hernández

RESUMEN

El síndrome de ovario poliquístico es un trastorno endocrino metabólico que afecta entre el 5 y el 7% de las mujeres en edad reproductiva. El diagnóstico generalmente se realiza a fines de la adolescencia. La prevalencia de la enfermedad en esta etapa de la vida es desconocida porque los síntomas y los signos generalmente superan los cambios fisiológicos que caracterizan esta etapa de la vida.

DESCRIPTORES

Oligoovulación, hiperandrogenismo, anovulación, hormona luteinizante (LH) que de hormona foliculoestimulante (FSH).

SUMMARY

Polycystic ovarian syndrome is a metabolic endocrine disorder that affects between 5 and 7% of women of reproductive age. The diagnosis is usually made in late adolescence. The disease prevalence on this life stage is unknown because symptoms and signs usually overcome the physiological changes that characterize this life stage.

KEYWORDS

Oligo-ovulation, hyperandrogenism, anovulation, luteinizing hormone (LH) and follicle-stimulating hormone (FSH).

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

DEFINICION

En las pacientes que se están estudiando por un síndrome de poliquistosis ovárica, necesitamos encontrar dos de los siguientes tres criterios diagnósticos:

1. Oligoovulación, anovulación o ambas
2. Hiperandrogenismo
3. Ovario poliquístico en la ecografía

Recordar siempre descartar otras patologías que produzcan dichas manifestaciones como la hiperplasia suprarrenal congénita, tumores productores de andrógenos e hiperprolactinemia.

CAUSA

La causa del síndrome de poliquistosis ovárica se desconoce.

Sin embargo después de varios estudios se sospecha una base genética que es tanto multifactorial como poligénica. Se ha observado mayor frecuencia entre las pacientes y sus hermanas en un 32 a 66% y las pacientes con sus madres 24 a 52%.

FISIOPATOLOGIA

Gonadotropinas

La anovulación en el síndrome de ovario poliquístico se caracteriza por la secreción inapropiada de gonadotropinas. Dicha alteración provoca una mayor producción de hormona luteinizante (LH) que de hormona foliculoestimulante (FSH), esta manifestación se observa en alrededor del 50 % de las pacientes. La relación de estas hormonas se eleva por arriba de 2:1, predomina la LH.

Resistencia insulínica

La resistencia insulínica se define como la respuesta reducida de la glucosa a determinada cantidad de insulina. Tanto las mujeres delgadas como las obesas con síndrome de ovario poliquístico tienen más resistencia insulínica que las personas sanas con peso similar. Recordar que como consecuencia de la resistencia de la insulina se aumenta la frecuencia de riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias y enfermedades del aparato cardiovascular; por consiguiente no podemos considerar este síndrome como una enfermedad exclusivamente ginecológica sino la tenemos que ver como una posible alteración a nivel sistémico.

Cuadro 1. Consecuencias de la resistencia insulínica.	
Consecuencias a corto plazo	Consecuencias a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Irregularidad menstrual • Hirsutismo • Esteilidad • Obesidad • Trastornos metabólicos • Intolerancia a la glucosa 	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes Mellitus • Enfermedad cardiovascular • Cáncer endometrial

Andrógenos

Tanto la insulina como la LH estimulan la producción de andrógenos en las células de la teca ovárica. Por consiguiente, los ovarios secretan una mayor cantidad de testosterona y androstenediona. Se ha observado testosterona libre elevada en 70 a 80% de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico así como una elevación de un 25 y 65% de dehidroandrostenediona.

Globulina transportadora de hormonas sexuales

En este síndrome la concentración de la globulina transportadora de hormonas sexuales es reducida. La síntesis de SHBG se suprime con insulina, andrógenos, corticoides, progestágenos y somatostatina. Puesto que la producción de SHBG disminuye, menos andrógenos circulan unidos a la globulina y una mayor cantidad se encuentra disponible para unirse con los receptores de los órganos terminales. Es por esta razón que en algunas mujeres con el síndrome de ovario poliquístico la testosterona total es normal, pero padecen hiperandrogenismo por la testosterona libre elevada.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

A. Disfunción ovulatoria

La disfunción en mujeres con poliquistis ovárica varía desde la amenorrea u oligomenorrea, hasta la menometrorragia episódica con anemia.

La exposición crónica a los estrógenos sin la oposición de la progesterona posovulatoria provoca un estímulo mitógeno constante del endometrio. La inestabilidad del endometrio engrosado provoca un

patrón hemorrágico impredecible. Es importante señalar que los andrógenos contrarrestan a los estrógenos para generar un endometrio atrófico.

La oligomenorrea o amenorrea del síndrome de ovario poliquístico, empieza con la menarquía. Sin embargo, hay que recordar que las adolescentes postmenárquicas presentan menstruaciones irregulares hasta 2 años por inmadurez del eje hipotálamohipófisis-ovario, por lo que no se sugiere realizar mediciones de progesterona durante esta etapa.

B. Hiperandrogenismo

Corresponde a las manifestaciones clínicas por exceso de andrógenos. El Hiperandrogenismo corresponde al signo cardinal en el síndrome de ovario poliquístico.

El signo más específico del hiperandrogenismo corresponde al hirsutismo, el cual se define como la presencia de pelo terminal en zonas dependientes de andrógenos (labio superior, mentón, espalda alta y baja, cara anterior del tórax, abdomen alto y bajo, brazos y muslos). Es importante realizar la diferencia con hipertriosis que se diferencia por ser un vello fino y largo y distribuirse en otras zonas anatómicas.

El acné se considera dentro del Hiperandrogenismo solo si son casos severos, o si después de utilizar tratamiento con retinoides vuelve a reaparecer nuevamente.

La alopecia androgénica es un signo mucho menos frecuente en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. En su patogenia participa un exceso de la

actividad de la 5^a reductasa en el folículo piloso provocando una elevación en la concentración de dehidrotestosterona.

C. Morfología de Ovario Poliquístico

Se define como la presencia de 12 o más folículos de 2 a 9 mm de diámetro y/o un volumen mayor de 10 ml en uno o ambos ovarios. No se considera el aspecto subjetivo de ovario poliquístico, la distribución folicular y tampoco el aspecto del estroma.

Numerosos estudios han evaluado la utilidad de la hormona antimulleriana como marcador en la morfología de Ovario poliquístico en pacientes adultas; se ha querido relacionar la secreción de esta hormona por las células de la granulosa con los folículos antrales pequeños.

FACTORES PREDISPONENTES

Se ha visto que los principales factores predisponentes para este síndrome son la presencia de obesidad e insulinoresistencia. Estudios demuestran que un índice de masa corporal alto se relaciona directamente con mayores niveles de testosterona total y libre, y menores niveles de SHBG. La insulinoresistencia se ha relacionado con un aumento en la secreción de andrógenos por las células de la teca y una menor producción hepática de su hormona transportadora (SHBG).

TRATAMIENTO

La mayoría de las pacientes con poliquistosis ovárica buscan tratamiento, ya sea por su hirsutismo o infertilidad.

El hirsutismo puede ser tratado con cualquier sustancia que reduzca las concentraciones de andrógeno, y,

típicamente los anticonceptivos orales son el tratamiento de primera línea para mujeres que no desean quedar embarazadas.

En cuanto a infertilidad, el tratamiento más utilizado es el citrato de clomifeno, el cual es un inductor de la ovulación. Estudios recientes indican que el tratamiento con metformina mejora las tasas de fertilidad cuando se administra en conjunto con citrato de clomifeno.

También se ha observado que una reducción de 2 a 7% en el peso corporal se asocia con mejoras en la función ovulatoria de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico.

Las hiperplasias endometriales son muy comunes en este síndrome ya que no hay oposición de la progesterona por su anovulación, esta hiperplasia se puede revertir con grandes dosis de progestágenos, como acetato de megestrol, 40-60 mg/día durante 3 a 4 meses. Es indispensable realizar una biopsia endometrial de seguimiento para determinar la respuesta del endometrio

BIBLIOGRAFIA

1. DeCherney A, N. L. (2014). Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos. México: McGraw Hill.
2. SIR T, Preisler J, Magend A. Síndrome de Ovario Poliquistico: Diagnóstico y Manejo. (2013) Revista Médica Clínica los Condes. 24 (5). 818 - 826
3. Hoffman B, S. J. (2012). Williams: Ginecología. Mexico: McGrawHill

Recepción: 1 Octubre de 2017

Aprobación: 15 Octubre de 2017

CONCLUSIONES

El síndrome de ovario poliquístico consiste en una enfermedad endocrino-metabólica de gran incidencia en mujeres en edad reproductiva de un 5 a 10%. Importante recordar que es una enfermedad que se diagnostica por medio de hallazgos clínicos, como en el caso del hirsutismo; mediante medición hormonal por su característica anovulación, que produce un aumento de la hormona luteinizante; y por medio ultrasonográfico, donde se tienen que observar un mínimo de 12 folículos a nivel de los ovarios.

Se debe valorar dicho síndrome de manera sistémica, ya que se compone de resistencia a la insulina que puede llevar a enfermedad cardiovascular, y enfermedades metabólicas mucho más graves, que pueden poner en riesgo la salud de las mujeres con este síndrome.

Importante recalcar que un estilo de vida saludable, incluyendo ejercicio diario y una dieta adecuada, disminuirá los signos y síntomas del síndrome de ovario poliquístico, y también evitará evolucionar a patologías crónicas como la diabetes mellitus y las enfermedades cardiovasculares.