

Acta Médica
Grupo Ángeles

Volumen **3**
Volume

Número **1**
Number

Enero-Marzo **2005**
January-March

Artículo:

**Metformin en el tratamiento del
síndrome de ovarios poliquísticos
(síndrome de Stein-Leventhal)**

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Grupo Ángeles Servicios de Salud

**Otras secciones de
este sitio:**

-  **Índice de este número**
-  **Más revistas**
-  **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

-  ***Contents of this number***
-  ***More journals***
-  ***Search***



Medigraphic.com



Metformin en el tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos (síndrome de Stein-Leventhal)

Arturo Zárate,* Renata Saucedo,* Marcelino Hernández*

El síndrome de ovarios poliquísticos también conocido con el epónimo Stein-Leventhal ha mantenido tanto el interés del médico como del investigador científico desde su descubrimiento en 1935. No obstante, el mecanismo fisiopatológico aún permanece sin aclararse, aunque se sospecha que dos factores son relevantes: uno genético y otro intrauterino, a los que se suma posteriormente el impacto ambiental. El cuadro clínico tiene la característica de ser versátil y cambiante, siendo más frecuentes la falta de ovulación, los trastornos menstruales, la infertilidad, el hiperandrogenismo y la obesidad, así como un componente metabólico que se origina de un estado de resistencia a la insulina y en consecuencia el desarrollo de hiperinsulinismo. Aunque es tradicional la existencia de ovarios poliquísticos, su ausencia no descarta el diagnóstico y por ello ha dejado de ser popular la realización de imágenes por ultrasonido para detectar la anomalía morfológica gonadal.

El tratamiento se debe individualizar con base en la causa de la consulta individual y el componente del síndrome que se decide tratar. La resistencia a la insulina parece relacionarse directamente con la disfunción ovárica que produce la anovulación y el hiperandrogenismo por lo que se propuso la utilización de fármacos que pueden corregir la resistencia a la insulina en las células de varios tejidos (hígado, músculo esquelético, adipocitos). Existen ya múltiples estudios que han probado la efectividad terapéutica del metformin y cuando menos dos tiazolidinedionas (rosiglitazona, pioglitazona) como fármacos que inducen los ciclos ovulatorios, resuelven la esterilidad, restablecen las menstruaciones regulares y pueden mejorar en algunos casos el hiperandrogenismo

(acné e hirsutismo). En cuanto al efecto sobre la obesidad, los resultados con el uso de estos agentes farmacológicos han sido variables y por ello es importante que se asocie un régimen de reducción del peso corporal (dieta y actividad física).

En los casos en que no se consiga inducir la ovulación para condicionar un embarazo se recomienda combinar el metformin con citrato de clomifeno en la forma y dosis convencional de este último; así se ha logrado conseguir un número mayor de gestaciones e incluso se ha propuesto mantener el metformin en el primer trimestre de embarazo para reducir la posibilidad de aborto. Esto último permanece aún en discusión, aunque no se ha encontrado que exista algún riesgo para su uso.

El metformin puede contribuir a la reducción del sobrepeso cuando se asocia con un programa dietético y ejercicio físico regular. Aunque el tratamiento farmacológico consigue reducir el grado de hiperinsulinismo y la concentración de testosterona como se ha demostrado en varios estudios mediante ensayos de laboratorio que no son de uso generalizado y de cierta inespecificidad, el efecto sobre los signos clínicos de hiperandrogenismo es tenue. Por esto último se sugiere utilizar otros fármacos con acción antiandrogénica específica (v.g. ciproterona, aldactone, etc) combinados o no con metformin.

Los efectos indeseables del metformin, en dosis terapéutica de 800 a 1,000 mg repartidos en dos tomas al día con los alimentos, son náusea, constipación y malestar abdominal que habitualmente son transitorios. La duración del tratamiento puede prolongarse indefinidamente; por otra parte el riesgo de acidosis láctica que se tenía en el pasado, ya se ha olvidado.

CONCLUSIÓN

En la actualidad se ha generalizado la utilización de metformin para el tratamiento de algunos de los componentes del síndrome de ovario poliquístico por su efectividad, seguridad y aceptación. Otra ventaja es que no hay necesidad de realizar estudios de seguimiento durante la terapéutica. Hasta ahora los estudios con rosiglitazona

* Unidad de Investigación de Endocrinología, Centro Médico Nacional, Instituto Mexicano del Seguro Social & Hospital Ángeles México.

Correspondencia:

Dr. Arturo Zárate, E-mail: zarate@att.net.mx

Aceptado: 19-11-2004.

y pioglitazona han mostrado resultados semejantes, pero es necesario contar con una mayor experiencia.

Los autores declaran no tener conflicto de interés

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Zárate A, Moran C, Hernández M, Saucedo R. Criterio actual para el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 283-286.
2. Lord JM, Flight IHK, Norman RJ. Metformin in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. *Brit Med J* 2003; 327: 951-955.
3. Masiel GAR, Suárez JM, Alves EL, Haidar MA, Rodríguez G, Baracat EC. Nonobese women with polycystic ovary syndrome respond better than obese women to treatment with metformin. *Fertil Steril* 2004; 81: 355-360.
4. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004; 81: 19-25.
5. Nestler JE, Jakubowicz DJ, Evans WS, Pasquali R. Effects of metformin on spontaneous and clomiphene-induced ovulation in the polycystic ovary syndrome. *N Engl J Med* 1998; 338: 1876-1880.

