

Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico (síndrome de Stein-Leventhal)

Arturo Zárate*

CONTEXTO

Este síndrome es uno de los más frecuentes en la edad reproductiva de la mujer, ya que se estima que tiene una prevalencia cerca del 10% y generalmente aparece poco después de la pubertad. La fisiopatogenia se atribuye a un trastorno de la intercomunicación entre la unidad hipotálamo-hipofisaria con el ovario, lo que a su vez produce una producción irregular de los esteroides, estrógenos y andrógenos, en el marco de un crecimiento anormal de los folículos que impide que se presente la ovulación. En paralelo se desarrolla un estado de resistencia a la insulina con hiperinsulinismo compensatorio que agrava el trastorno ovárico y desencadena alteraciones metabólicas. El incremento en los andrógenos parece resultar tanto de un exceso en la producción de hormona luteinizante (LH) como del aumento de la insulina que se acompaña de un descenso en la proteína que transporta a los andrógenos. No obstante estos adelantos en el conocimiento del mecanismo del síndrome, aún existen espacios oscuros para explicar el desarrollo del síndrome de ovarios poliquísticos.

Después de varias reuniones de expertos internacionales para llegar a un consenso en cuanto a los elementos que permitirían establecer el diagnóstico, se ha concluido que sería necesario que concurran varios elementos: 1) anovulación crónica, coincidiendo con un estado de hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico, 2) eliminación de otras causas de hiperandrogenismo, y 3) demostración de

ovarios poliquísticos por ultrasonografía. Hirsutismo y acné son las más frecuentes manifestaciones clínicas de hiperandrogenismo; en contraste, las técnicas de laboratorio para estimar las concentraciones de andrógenos (en particular testosterona) carecen de valor en la clínica e incluso crean confusión. Tampoco se utiliza la determinación de LH en sangre para apoyar el diagnóstico. Cuando se utiliza el ultrasonido se puede demostrar la presencia de cerca de 10 folículos crecidos en la periferia de cada ovario, más varios folículos en vías de crecimiento; cada ovario con un volumen mayor de 10 mL. Sin embargo, la inconstancia de los hallazgos por el ultrasonido han hecho que se reduzca la utilidad diagnóstica. En resumen, la presencia de anovulación crónica que ocasiona trastorno menstrual y el hiperandrogenismo se consideran como la base para el diagnóstico. Por otra parte, la obesidad, un componente inconstante, puede agravar tanto el trastorno metabólico como el endocrino.

El diagnóstico diferencial se realiza con la hiperplasia suprarrenal congénita de aparición tardía, el hipotiroidismo, una hiperprolactinemia y la enfermedad de Cushing. En la actualidad se supone que la existencia del síndrome de ovarios poliquísticos aumenta el riesgo de diabetes 2, enfermedad cardiovascular y cáncer endometrial.

TERAPÉUTICA

Es importante individualizar el tratamiento, ya que la paciente puede tener diferentes motivos para asistir a la consulta. Los trastornos menstruales son tratados con anticonceptivos hormonales orales que contengan una de las progestinas de la última generación (drospirenona) que poseen efectos tanto antiminerolocorticoide como antianandrógeno y en consecuencia también contribuyen en la corrección del hiperandrogenismo. A propósito de este último, el hirsutismo puede tratarse con medicamentos como la ciproterona, la espironolactona, la finasterida, pero debido a que tienen una eficacia moderada, en ocasiones se tiene que recurrir a los depilatorios locales, la cera, el uso de láser y la afeitada. La obesidad es una condición que afecta de manera importante a la paciente, pero su

* Unidad de Investigación de Endocrinología del Centro Médico Nacional, IMSS y del Hospital Ángeles México.

Correspondencia:
Arturo Zárate
Hospital Ángeles México
Agrarismo 208, Col. Escandón
México, D.F. 11800
zarate@att.net.mx

Aceptado: 2-10-2007.

tratamiento es difícil, ya que la base es la alimentación adecuada y la actividad física regular; por ello se recurre en forma adicional a los fármacos como sibutramina, rimonabant, orlistat. La farmacoterapia tiene limitantes como es el costo elevado y que sólo se obtiene en promedio una reducción en el peso del 10%. Para la esterilidad se utiliza preferentemente el clomifeno que tiene una efectividad cercana al 70% y para las fallas se puede agregar metformina que tiene la ventaja adicional de su acción

sobre el componente metabólico del hiperinsulinismo. Incluso se ha propuesto, independientemente de la causa de la consulta, el uso de metformina como la primera opción en el tratamiento del síndrome de ovarios poliquísticos, ya que actuaría sobre el hiperandrogenismo y la esterilidad anovulatoria. Se requiere una vigilancia a largo plazo por la implicación que se ha sugerido en cuanto al desarrollo de diabetes, enfermedad cardiovascular y cáncer endometrial.