

GINECOLOGÍA

DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

Alejandro Vallecillo Torres*

SUMMARY

Polycystic ovary syndrome is the most common endocrinopathy in women, has also been associated with 75% of cases with anovulatory infertility. It was known in 1935 as “Stein-Leventhal syndrome,” because these researchers described for the first time the association between amenorrhea and polycystic ovaries. Currently, there are two trends in the diagnosis of PCOS, the proposal of the National Institute of Health (NIH) established since 1990 and the Rotterdam criteria, created in 2003.

Key words: diagnosis, syndrome, polycystic ovary.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) fue conocido en 1935 como “síndrome de Stein-Leventhal”, debido a que estos investigadores describieron por primera vez la asociación entre amenorrea y ovarios poliquísticos^{7,13}. Según Costello y Eden (2003), se ha visto que afecta aproximadamente del 5% al 10% de las mujeres en edad reproductiva y que probablemente es la endocrinopatía más frecuente en este grupo etario; además señalan que ha sido asociada con 75% de casos con infertilidad anovulatoria^{5,6}.

En este sentido, el objetivo principal de este estudio

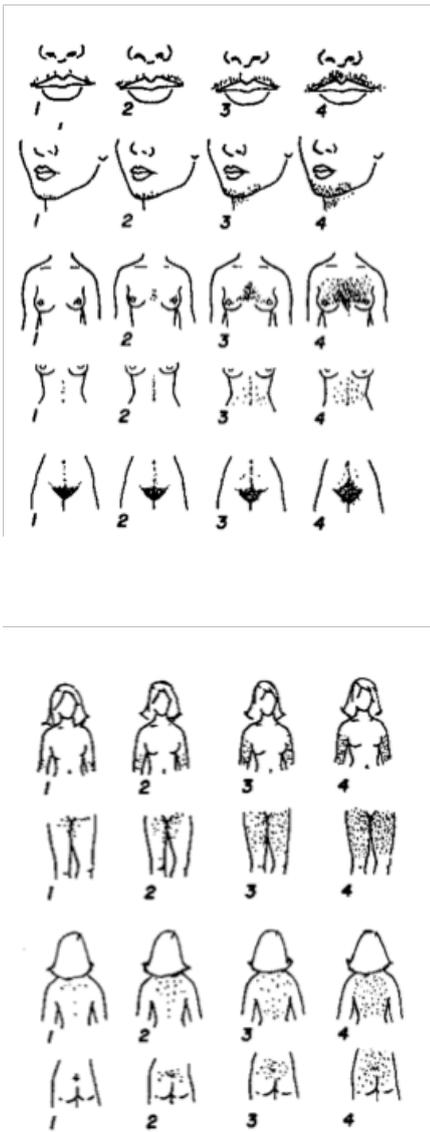
descriptivo^{10,16} es investigar sobre los criterios cardinales utilizados para hacer el diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico.

DEFINICIÓN

El SOP es un desorden caracterizado por hiperandrogenismo, disfunción ovulatoria¹¹ y ovarios poliquísticos¹, en el cual se han visto implicados múltiples genes, relacionados con la esteroidogénesis o la síntesis de insulina^{9,11}. Asimismo, se ha citado sobre la variabilidad fenotípica de las pacientes portadoras de este síndrome y su probable relación con las distintas alteraciones genéticas⁸.

* Médico Asistente General. Clínica Dr. Marcial Fallas Díaz

Figura 1. Método visual para clasificar el hirsutismo



Fuente: Azziz, R. The evaluation and Management of hirsutism. *Obstet & Gynecol.* 2003 May; 101(5) part 1:995-1007. Método visual para clasificar el hirsutismo, se muestran las nueve áreas más sensibles a los andrógenos con una puntuación de 0 a 4 cada una.

CUADRO CLÍNICO

El cuadro clínico del SOP es muy variado, ya que la presentación de sus diversos signos y síntomas depende de cada caso en particular. Esto genera polémica entre los autores que se dedican al estudio de este trastorno, sin embargo, se considera que los más significativos y de mayor impacto sobre este grupo de pacientes son: anovulación crónica, amenorrea, hiperandrogenismo, alteraciones cutáneas, acné¹⁴, hirsutismo (figura 1)^{2,3,14}, resistencia a la insulina, obesidad e incluso debe ser estimado como un factor de riesgo para el desarrollo de la enfermedad cardiovascular¹⁷. Por lo anterior, se debe dar a la paciente la recomendación de realizar ejercicio físico (aún sin una rutina establecida), ya que se ha visto que se asocia con importantes beneficios¹².

CRITERIOS PARA DIAGNÓSTICO

Actualmente existen dos tendencias en cuanto al diagnóstico del SOP, la ponencia del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) establecida desde 1990, y los criterios de Rotterdam, dictados en el año 2003^{4,6,15}. Según el NIH los criterios diagnósticos establecidos se basan en la presencia de signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo más anovulación crónica en aquellos casos en los cuales las causas secundarias han sido excluidas¹⁴ (tales como hiperplasia adrenal congénita, hiperprolactinemia y neoplasias secretoras de andrógenos). Por otro lado, los criterios de Rotterdam requieren la presencia de dos o más de los siguientes: anovulación crónica, signos clínicos o bioquímicos

Tabla 1. Fenotipos del síndrome de ovario poliquístico basado en los criterios de Rotterdam 2003

	SOP severo	Hiperandrogenismo y anovulación crónica	SOP Ovulatorio	SOP moderado
Períodos	Irregular	Irregular	Normal	Irregular
Ovarios en ultrasonido	Poliquistosis	Normal	Poliquistosis	Poliquistosis
Concentración de andrógenos	Alta	Alta	Alta	Ligeramente elevada
Concentración de insulina	Aumentada	Aumentada	Aumentada	Normal
Riesgo	Potencial a largo plazo	Potencial a largo plazo	Desconocido	Desconocido
Prevalencia en mujeres afectadas	61%	7%	16%	16%
SOP=síndrome de ovario poliquístico.				
Tabla 1: Fenotipos del síndrome de ovario poliquístico basado en los criterios de Rotterdam 2003				

Fuente: Norman, R. et al. Polycystic ovary syndrome *The Lancet.* 2007. Vol.370, 685-693.

de hiperandrogenismo, y ovarios poliquísticos. Debido a la inclusión de la presencia de ovarios poliquísticos como criterios diagnósticos, la definición de Rotterdam reconoce cuatro fenotipos apreciables en el síndrome de ovario poliquístico (tabla 1)¹⁵.

oligomenorrea y los cambios en la morfología ovárica durante la adolescencia deben ser valorados en forma individual, con el objetivo de no precipitarse en el momento de realizar este diagnóstico. De este modo, ante la sospecha de la enfermedad en jóvenes adolescentes, pero con

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- El SOP involucra una diversa gama de manifestaciones clínicas que puede variar de un caso a otro.
- El Síndrome de ovario poliquístico es una compleja y controversial enfermedad, que agobia a un gran número de mujeres en edad reproductiva.
- Este padecimiento involucra una diversa gama de manifestaciones clínicas que puede variar de un caso a otro.
- El exceso de andrógenos es una de las claves para el afloramiento de los signos y síntomas de la enfermedad.
- Las secuelas a largo plazo, producto del síndrome, están claramente establecidas, lo que es un motivo de alarma para la detección y tratamiento precoz de este trastorno.
- Se debe insistir en la educación de las pacientes sobre la enfermedad para lograr que efectúen cambios en su estilo de vida (dieta y ejercicio).

Tabla 2. Criterios diagnósticos para síndrome de ovario poliquísticos en adolescentes

Tabla	Hiperandrogenismo ^a	Anovulación crónica ^b	Ovarios poliquísticos ^c
Diagnóstico de SOP	+	+	+
Diagnóstico de SOP probable pero no confirmado	+	+	-
Diagnóstico de SOP no posible durante adolescencia	+	-	+
Diagnóstico de SOP no posible durante adolescencia	-	+	+
No SOP	+	-	-
No SOP	-	+	-
No SOP	-	-	+

SOP, síndrome de ovario poliquístico.

^aHiperandrogenismo es un criterio primario, acné y alopecia no son considerados como evidencia de hiperandrogenismo, hirsutismo debe ser considerado señal de hiperandrogenismo solo cuando se documenta que es progresivo; ^b Oligomenorrea (o anovulación documentada) que debe estar presente por lo menos 2 años; ^c Diagnóstico de ovarios poliquísticos por ultrasonido abdominal tiene que incluir un incremento del tamaño ovárico (>10cm³).

Carmina. The diagnosis of PCOS in adolescents. Am J Obstet Gynecol 2010.

Fuente: Carmina, E. et al. The diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. AJOG. 2010;203(3).201-202.

Es importante recordar, que las adolescentes experimentan signos o síntomas aislados que per sé no constituyen un diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico, motivo por el cual, las manifestaciones de hiperandrogenismo,

criterios dudosos o incompletos se sugiere dar seguimiento continuo para evaluar la posibilidad de un diagnóstico al pasar del tiempo. En la tabla 2 se ilustran los criterios diagnósticos para esta patología en adolescentes⁴.

RESUMEN

El síndrome de ovario poliquístico es la endocrinopatía más frecuente en mujeres, además ha sido asociado en 75% de casos con infertilidad anovulatoria. Fue conocido en 1935 como “síndrome de Stein-Leventhal”, debido a que

estos investigadores describieron por primera vez la asociación entre amenorrea y ovarios poliquísticos. Actualmente, existen dos tendencias en cuanto al diagnóstico del SOP, la ponencia del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (NIH) establecida desde 1990, y los criterios de Rotterdam, dictados en el año 2003.

Palabras clave: diagnóstico, síndrome, ovario poliquístico.

BIBLIOGRAFÍA

1. ACOG Practice Bulletin No. 108: Polycystic Ovary Syndrome. *Obstetrics & Gynecology*. 2009 Oct;114(4):936-49.
2. Azziz, R. The evaluation and Management of hirsutism. *Obstet & Gynecol*. 2003 May; 101(5) part 1:995-1007.
3. Battaglia, C. et al. The role of color Doppler imaging in the diagnosis of polycystic ovary syndrome. *AJOG*. 1995;172:108-113.
4. Carmina, E. et al. the diagnosis of polycystic ovary syndrome in adolescents. *AJOG*. 2010;203:201-202.
5. Costello, M. y Eden, J. A systematic review of the reproductive system effects of metformin in patients with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2003 Jan;79(1):1-13.
6. Fauser, B. et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop. *Group Fertil Steril*. 2012;97(1):28-38.
7. Fernández-Morales Donald. Manifestaciones clínicas del síndrome del ovario poliquístico. *Acta méd. costarric*. 2005 Oct;47(4):180-185.
8. Fratantonio, E; Vicari, E. et al. Genetics of polycystic ovarian syndrome. *Reproductive BioMedicine Online*. 2005;10(6):713-720.
9. Goodarzi MO. Looking for polycystic ovary syndrome genes: rational and best strategy. *Semin Reprod Med*. 2008 Jan;26(1):5-13
10. Hernández Sampieri, R. y colaboradores. Metodología de la investigación. Quinta edición. 2010. Editorial McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V.
11. Kauffman, R. et al. Polycystic ovarian syndrome and insulin resistance in white and Mexican American: A comparison of two distinct populations. *AJOG*. 2002. vol.187,1362-1369.
12. Lamb, J. et al. Physical activity in women with polycystic ovary syndrome: prevalence, predictors, and positive health associations. 2011; 204:352-354.
13. Mathur, R. et al. Use of metformin in polycystic ovary syndrome. *AJOG*. 2008;199,596-607.
14. Mor, E. et al. The insulin resistant subphenotype of polycystic ovary syndrome: Clinical parameters and pathogenesis. *AJOG* 2004;190,1654-60.
15. Norman, R. et al. Polycystic ovary syndrome *The Lancet*. 2007.Vol.370, 685-693.
16. Pineda Elia y De Alvarado Eva Luz. Metodología de la investigación. 3ra edición. 2008. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C.
17. Yildiz B. et al. Global fibrinolytic capacity is decreased in polycystic ovary syndrome, suggesting a prothrombotic state. *J Clin Endocrinol Metab*. 2002 Aug;87(8):3871-5.