

# Revisión: Síndrome de ovario Poliquístico

## POLYCYSTIC OVARY SYNDROME

Meier, R. K. (2018). Polycystic Ovary Syndrome. *Nursing Clinics of North America*, 53(3), 407–420. doi:10.1016/j.cnur.2018.04.008

### Introducción

El síndrome de Ovario Poliquístico (PCOS, por sus siglas en inglés) es el trastorno endocrino más frecuente entre las mujeres. Se estima que tiene una incidencia de 4 a 12% en el mundo, y en Estados Unidos se cree que está más cercano al 18%.

Existen distintos criterios para su diagnóstico, pero todas las sociedades especialistas que evalúan el PCOS concuerdan que debe existir hiperandrogenismo Clínico o bioquímico y disfunción ovulatoria, sea oligoovulación crónica o anovulación. Los ovarios poliquísticos o los síndromes de hiperinsulinemia, son comunes en estas pacientes, pero no son requisitos diagnósticos. Actualmente no se cuenta con una única prueba diagnóstica, ni tampoco se tiene certeza de las consecuencias finales del síndrome. Tradicionalmente traía problemas en la reproducción, pero hoy se conoce que afecta a el sistema cardiovascular y el metabolismo de la mujer. Por lo tanto el estudio de estas pacientes, sería beneficiado si se realiza por múltiples especialidades para el manejo del mismo.

### Definición

Basado en los criterios de Rotterdam se definen 4 fenotipos del síndrome

- 1 Clásico: hiperandrogenismo, oligo/anovulación y ovarios poliquísticos evidentes
- 2 No polycystic ovary PCOS: hiperandrogenismo y oligo/anovulación sin ovarios poliquísticos.
- 3 Ovulatory PCOS: hiperandrogenismo con ovarios poliquísticos, sin alteraciones en ovulación.
- 4 mild/normoandrogenic PCOS: andrógenos normales con ovarios poliquísticos y alteraciones ovulatorias.

### Clínica

Como se explicó el diagnóstico del PCOS se basa en la clínica y el laboratorio.

El hiperandrogenismo clínico evaluará el hirsutismo mediante el score de Ferriman-Gallwey, la presencia de acné y la presencia de alopecia.

La disfunción ovulatoria se sospechará principalmente por irregularidades menstruales, siendo sugestivo la ovulación en ciclos mayores a 35 días; como también se sospechara ante la dificultad de quedar embarazada o de llevar a término un embarazo. El 30- 35% de las mujeres con PCOS que logran embarazar, abortan en el primer trimestre.

También puede estar acompañado de hiperinsulinismo, resistencia a la insulina y obesidad, junto a los trastornos metabólicos y cardiovasculares que esto conlleva.

### **Diagnóstico**

La aproximación diagnóstica se debe realizar en el consultorio con la evaluación de la historia menstrual, los signos de hirsutismo y la evaluación del peso. Se completará con un laboratorio básico (sumando testosterona libre y PTOG) y se puede sumar una ecografía de los ovarios, principalmente para conocer el fenotipo. Se requieren 2 de 3 criterios de Rotterdam para PCOS

### **Estrategias de manejo**

El tratamiento del síndrome estará ajustado a las necesidades y expectativas de la paciente, siendo estos, el alivio de los síntomas androgénicos, regulación del ciclo menstrual o tratamiento de la infertilidad.

Para el tratamiento de los síntomas androgénicos los anticonceptivos orales (ACO) son la primera elección, con aviso previo que pueden tardar 6 meses en manejar el hirsutismo. Pasado este periodo de correcta toma y no poder corregirlo se pueden sumar anti androgénicos como espironolactona o flutamida

Para las pacientes con irregularidades menstruales que no busquen fertilidad, los ACO son la mejor opción de tratamiento. Las píldoras de progestágenos son útiles para provocar menstruación cada 90 días en quienes no usen ACO.

Para los trastornos de fertilidad, tradicionalmente se recomendaba el descenso de 5 a 10% de peso y los cambios de hábito, hoy se cuenta también con terapia inductora de ovulación como son letrozole o citrato de clomifeno, siendo este último menos efectivo para la fecundación por acción antiestrogénica en el útero y el cérvix.

### **Resumen**

Como se nombró en la introducción, las mujeres con PCOS sufren un síndrome del cual no se conoce la causa. Su diagnóstico y estudio es principalmente clínico mediante los criterios de Rotterdam, y el laboratorio y su tratamiento es sintomático, sin un típico tratamiento causa-efecto. Sin embargo, por el riesgo que corren de eventos metabólicos o CV, estas pacientes deben ser identificadas y tratadas junto a otras especialidades, y se debe dar a conocer este síndrome a la población por los riesgos mencionados y por los cambios de hábito que se pueden impulsar en la vida de estas pacientes.

Francisco Principe

[franprincipe17@gmail.com](mailto:franprincipe17@gmail.com)

Alumno IAR UBA