



Capítulo 8

Errores comunes en el contexto del síndrome de ovario poliquístico

Luisa Fernanda Muñoz Fernández

Especialista en Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antioquia
Máster en anticoncepción y Salud sexual y reproductiva Universidad de Alcalá
Docente en el departamento de Ginecología y Obstetricia
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia.

Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es el trastorno endocrinológico más común en las mujeres de edad reproductiva (1). La frecuencia de esta condición varía ampliamente según los criterios diagnósticos utilizados, pero se sitúa entre el 5 y el 20 %, lo que implica que el personal de salud tanto en la atención primaria como especializada deberá estar familiarizado con el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de este síndrome.

El objetivo de la presente revisión es destacar situaciones frecuentes en la práctica clínica que, de no ser interpretadas con precaución, pueden suscitar errores en el enfoque clínico y de tratamiento.

Errores frecuentes en la concepción del síndrome:

- **No concebirlo como una condición más allá del trastorno menstrual y cosmético.**

Las características clínicas más evidentes del síndrome de ovario poliquístico son los trastornos del ciclo menstrual; usualmente ciclos infrecuentes o amenorrea, y las implicaciones cosméticas del hirsutismo. A su vez, estas dos situaciones representan los principales motivos por los que las mujeres pudieran llegar a solicitar atención en los servicios de salud. Si bien entre el 45-95 % de las mujeres adultas con SOP refieren alteraciones en la regularidad de sus ciclos menstruales (2) y entre el 65-75 % reportaron hirsutismo, según del fenotipo del mismo, las implicaciones clínicas de esta condición deben entenderse más allá de estos dos fenómenos; puesto que la presencia del síndrome confiere un riesgo metabólico y reproductivo importante del que tanto el personal de salud como las pacientes deben estar al tanto para poder implementar estrategias de abordaje y seguimiento integrales.

Entre el 50-80 % de las mujeres con el síndrome presentan obesidad (3) y algunas condiciones asociadas como intolerancia al metabolismo de los carbohidratos, y menos frecuente, diabetes tipo 2 y dislipidemia. Conocer esta importante asociación debe despertar el interés de profundizar en los estudios pertinentes para establecer el riesgo cardiovascular de cada mujer para diseñar estrategias que afronten los factores de riesgo susceptibles

de modificación. Es en este sentido que el principal tratamiento del SOP son los cambios en el estilo de vida en las mujeres con sobrepeso y obesidad, y que las siguientes recomendaciones de las guías de práctica clínica toman relevancia:

- **Evaluación del riesgo cardiovascular en las mujeres con SOP y sobrepeso u obesidad (4).**

- Monitorizar cambios en el peso, especialmente ganancia, cada 6 a 12 meses o según la condición de la paciente y lo establecido entre el personal de salud y la mujer.

- Sin importar la edad se sugiere realizar perfil lipídico al momento del diagnóstico y subsecuentemente según los resultados obtenidos.

- Medir la presión arterial anualmente.

- Evaluar el metabolismo de los carbohidratos al momento del diagnóstico y cada 1-3 años según la presencia de otros factores de riesgo para diabetes. Es posible realizarlo con una glucosa en ayunas o medición de la hemoglobina glicosilada; y en aquellas mujeres con índice de masa corporal (IMC) $>25 \text{ kg/m}^2$, antecedente de diabetes gestacional o diabetes familiar o hipertensión se recomienda una curva de tolerancia a la glucosa.

- **Universalización de la Infertilidad**

El 50 % de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico presenta infertilidad primaria y un 25 % infertilidad secundaria (5). Es importante reconocer que aunque las mujeres con SOP presentan oligo o anovulación, este fenómeno no está claramente establecido ni se presenta de manera definitiva; las mujeres pueden presentar menos de 8 ciclos ovulatorios al año, lo que les ubica en dos situaciones particulares: quienes tienen deseo de fertilidad pueden requerir más tiempo para lograr un embarazo espontáneo o la ayuda de inductores de ovulación, y quienes no tienen interés reproductivo deben ser aconsejadas de utilizar un método anticonceptivo. Este último aspecto toma relevancia cuando en la práctica clínica es considerable el número de mujeres que no usan métodos de planificación a pesar de tener vida sexual activa porque creen que el antecedente de SOP y la concepción cultural generalizada de que no podrán quedar en embarazo. Cerca del 50 % de

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA
Facultad de Medicina

embarazos en el país son no deseados de acuerdo con la Encuesta Nacional de Demografía (ENDS) del año 2015; cuando estos se presentan en el contexto de una mala interpretación del síndrome pueden llegar a impactar de manera catastrófica en la vida de las mujeres. El personal de salud debe conocer estas concepciones culturales y educar a las mujeres y sus familias en la consulta para promover el uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos a pesar del diagnóstico del síndrome de ovario poliquístico.

Errores frecuentes en el diagnóstico de SOP

Dadas las implicaciones reproductivas, metabólicas, cosméticas y cardiovasculares del síndrome de ovario poliquístico, establecer un adecuado y acertado diagnóstico es fundamental para no someter a mujeres sanas a preocupaciones, estudios y en algunos casos tratamientos innecesarios. En la práctica clínica se evidencia en ocasiones un sobrediagnóstico de esta condición dado principalmente por la inadecuada interpretación de dos circunstancias; en primer lugar, la concepción de que el hallazgo ecográfico por sí solo establece el diagnóstico, y en segundo lugar la asociación del acné y el aumento del vello corporal con el síndrome.

• Interpretación de la ecografía

Los criterios de Rotterdam para el diagnóstico de SOP establecen la ecografía transvaginal como el método de referencia (gold standard) para la evaluación de la morfología ovárica; sin embargo, deben tenerse en cuenta los siguientes detalles para poder definir si el reporte ecográfico que se está evaluando fue realizado y reportado de manera adecuada y sus hallazgos son válidos o no para aportar al diagnóstico:

- Edad de la paciente: Las mujeres jóvenes presentan frecuentemente imágenes ecográficas de ovarios multifoliculares que no deben malinterpretarse pues son el reflejo de la función ovárica a temprana edad; algunas guías clínicas son bastante conservadoras y sugieren evaluar con cuidado e incluso evitar el ultrasonido en los primeros 8 años de la menarca.

- Tipo de ecografía: La vía de acceso a la imagen pélvica preferida es la transvaginal; sin embargo, en los casos que no sea posible o sea rechazado por la mujer, la vía transabdominal permite evaluar la morfología ovárica. En dichos casos el volumen ovárico con punto de corte de 10 ml es el criterio de preferencia dado que esta vía ofrece dificultades técnicas para el conteo folicular.

- Reporte ecográfico: Un adecuado estudio debe incluir el número de folículos entre 2-9 mm, el volumen y la medición en 3 dimensiones de cada ovario, la presencia de quistes, cuerpo lúteo o folículo dominante de 10 mm o mayor tamaño que invalidarían la ecografía.

- El uso de compuestos hormonales exógenos como métodos anticonceptivos altera la morfología ovárica, por lo que se sugiere tenerlo en consideración cuando se reporten imágenes ováricas sugestivas de SOP; en estos casos es necesario suspender los medicamentos antes de realizar el estudio imagenológico.

• Signos clínicos de hiperandrogenismo

Existe una inadecuada asociación entre el acné y el síndrome de ovario poliquístico; de hecho, es frecuente que a mujeres que consultan por afecciones dermatológicas como única presentación les sea sugerido el inicio de anticonceptivos orales combinados para “control del síndrome”. Si bien la presencia de acné puede estar relacionado con un aumento en los niveles de andrógenos circulantes (4), es también la afección dermatológica más frecuente en hombres y mujeres jóvenes. Es importante recordar que la etiología de esta condición es multifactorial e incluye, además del aumento de la producción de sebo por las glándulas sebáceas, la colonización por *Cutibacterium acnes*, predisposición genética y una posible asociación con consumo de medicamentos como los esteroides anabólicos, fenobarbital, ciclosporina, entre otros (6). Es por lo que ante la presencia de acné es mandatorio evaluar todos los factores relacionados; y si es del caso, estudiar la causa de hiperandrogenismo, sin asumir o establecer el diagnóstico de SOP previo a la evaluación de los criterios de Rotterdam.

Errores frecuentes en el tratamiento

El tratamiento hormonal de primera línea en el síndrome

de ovario poliquístico es sin duda el uso de anticonceptivos orales combinados (ACOS); no solo tienen un efecto antigonadotrópico, sino que por la inducción hepática en la producción de globulina transportadora de hormonas sexuales intentan controlar también los niveles de andrógenos libres circulantes. Sin embargo, es importante destacar que en el tratamiento del SOP debe tenerse en cuenta las consideraciones individuales y preferencias personales de cada paciente, además de sus necesidades anticonceptivas particulares. La elección de los compuestos hormonales anticonceptivos dependerán en gran medida de los efectos que el síndrome genere en cada paciente; en ocasiones, mujeres con ciclos menstruales infrecuentes y sin signos clínicos de hiperandrogenismo (fenotipo D) que no tuvieran interés anticonceptivo en el momento pudieran beneficiarse del uso de implantes subdérmicos o endoceptivo intrauterino liberador de levonorgestrel como método de planificación que a su vez controlará el riesgo endometrial que confiere el SOP. Vemos entonces como existe la posibilidad de ofrecer a las mujeres según el impacto del síndrome en su salud, otras alternativas diferentes a los ACOS, cuando así lo desearan.

Mención especial debe hacerse sobre el uso de píldoras con etinil estradiol y acetato de ciproterona, ampliamente ofertado en el mercado para el tratamiento del SOP; si bien desde el punto de vista práctico y teórico es una combinación óptima en cuanto a la posibilidad de control de la hiperandrogenemia y sus estigmas a nivel cutáneo, las guías internacionales sugieren recordar que no debe considerarse de primera línea y se recomienda usar otras alternativas con base en los mayores riesgos de eventos tromboembólicos reportados.

• Abuso de la metformina

Mucho se ha descrito sobre el uso de la metformina como coadyuvante en el manejo de esta condición; sin embargo, es importante resaltar que a la fecha no es un medicamento de recomendación de uso universal sino en algunas circunstancias clínicas particulares, como en las alteraciones del metabolismo de los carbohidratos documentadas y, según algunas recomendaciones de expertos, mujeres con alto riesgo metabólico. Falsas expectativas se sustentan en el uso de metformina como coadyuvante a la pérdida de peso cuando no está enmarcado en un programa nutricional y de actividad física.

Errores frecuentes en el seguimiento

• Tratamientos cortos sin continuidad

El síndrome de ovario poliquístico es una entidad de características crónicas, multifactorial y con una etiología aún no del todo descrita. Una vez establecido el diagnóstico con los criterios de Rotterdam, es importante educar a las pacientes y sus familias sobre las condiciones asociadas que juegan un papel perpetuador de este síndrome como son la obesidad y la necesidad de continuar un seguimiento clínico durante su vida reproductiva e incluso en los años subsecuentes. En este sentido, las estrategias de tratamiento tanto farmacológico como de cambios en el estilo de vida deben tomar un papel protagonista a largo plazo; es frecuente encontrar mujeres que reportan ciclos de tratamiento médico por 3-6 meses de manera intermitente en el tiempo que son suspendidos por desconocimiento, falta de prescripción o seguimiento médico. Una mujer que entiende las implicaciones del síndrome en su salud probablemente esté más motivada a ser adherente con las terapias propuestas y a introyectarlas como cambios permanentes en el estilo de vida.

Conclusiones

Si bien el síndrome de ovario poliquístico es la endocrinopatía más frecuente en la mujer en edad reproductiva, se deben unir esfuerzos para garantizar estudios pertinentes y oportunos a la vez que se acompañen los diferentes tipos de tratamiento farmacológicos y cambios en el estilo de vida que promuevan transformaciones actitudinales permanentes en el tiempo.

Bibliografía

1. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E. AACE / ACE Disease State Clinical Review. 2015;21(12):1415–26.
2. Pcos A. Consensus on women ' s health aspects of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril [Internet]. 2012;97(1):28-38.e25. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2011.09.024>
3. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome : An Endocrine Society Clinical Practice

XXX Curso de actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA

Facultad de Medicina

Guideline. 2016;98(December 2013):4565–92.

4. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2018. 2018.

5. Syndrome PO. HHS Public Access. 2017;375(1):54–64.

6. Williams HC, Dellavalle RP, Garner S. Acne vulgaris. Lancet [Internet]. 2012;379(9813):361–72. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60321-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60321-8)