

El síndrome de ovario poliquístico puede causar hirsutismo, acné, períodos menstruales irregulares o abundantes, falta de ovulación y esterilidad. Se puede asociar también a largo plazo a un incremento del riesgo de diabetes, de cáncer de endometrio, colesterol elevado y enfermedades cardiovasculares.

El diagnóstico es rápido y el tratamiento de los diferentes síntomas suele ser exitoso aunque no definitivo. Si se presentan problemas de esterilidad, se resuelven en la mayoría de casos.



Patrocinado por:



Schering-Plough

Síndrome del ovario poliquístico

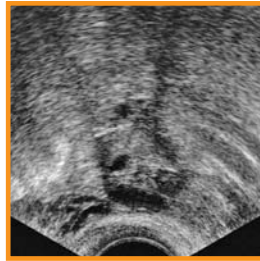


¿Qué es el síndrome de ovario poliquístico (SOP)?

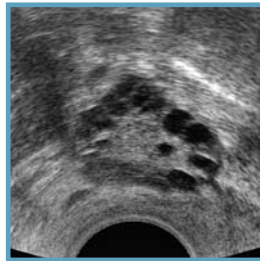
Es la patología endocrino-ginecológica más frecuente, la presentan entre un 6% a un 10% de mujeres en edad reproductiva.

El SOP es un trastorno hormonal y metabólico originado en el propio ovario. El ovario produce una cantidad excesiva de andrógenos (hormona masculina) dando lugar a alteraciones en la ovulación (ausencia de ovulación o que se produce esporádicamente). Además, se acompaña de diferentes signos y síntomas que configuran el síndrome.

Su nombre puede llevar a confusión, pero hay que señalar que no se trata de un problema de quistes en el ovario sino de una alteración hormonal que da lugar a múltiples pequeños folículos en el ovario.



Ecografía ovario normal



Ecografía ovario con SOP

¿Qué síntomas puede presentar?

Las mujeres con este problema pueden presentar diferentes síntomas:

- Alteraciones menstruales. Ciclos de 40 días o más; en ocasiones no se tiene la menstruación incluso en meses. En la mayoría de casos no se produce una ovulación normal y por este motivo algunas mujeres podrían tener dificultades en quedarse embarazadas.
- Además, el exceso de andrógenos (hiperandrogenismo) puede dar lugar a hirsutismo (exceso de vello en zonas del cuerpo en las que no debería estar, como en la cara, en las mamas, en la línea media etc.), acné y seborrea. En general estos síntomas aparecen en la adolescencia.
- En la ecografía transvaginal, se pueden observar lo que llamamos unos ovarios poliquísticos, son ovarios más grandes y con múltiples pequeños folículos que miden entre 2-9 mm de diámetro. Los folículos son pequeñas bolsas en cuyo interior se encuentran los óvulos, cuando los folículos son pequeños son óvulos inmaduros. Estos pequeños folículos se observan normalmente en mujeres con ciclos regulares sin SOP pero en un número inferior en comparación a los ovarios poliquísticos. El hecho de observarse un mayor número de folículos que en el ovario normal, simplemente es reflejo del mal funcionamiento del mismo.

¿Qué consecuencias a **corto-medio plazo** puede tener el SOP?

- Ausencia de regularidad en las menstruaciones, exceso de vello y acné.
- La alteración en la ovulación puede dar lugar a problemas de esterilidad por falta o defectos en la ovulación.

¿Y a **largo plazo**?

Un 50% de las mujeres con SOP pueden padecer problemas de obesidad. En estos casos pueden además presentar lo que se denomina una resistencia a la insulina (el páncreas debe producir más insulina para contrarrestar este defecto). Si no se toman las medidas oportunas, puede conllevar a largo plazo a desarrollar una diabetes tipo II. También en estos casos, se ha observado una mayor incidencia de hipertensión arterial y alteración en el metabolismo del colesterol y de los triglicéridos, esto conlleva un mayor riesgo a sufrir enfermedades cardiovasculares (infartos, trombosis cerebrales).

En mujeres que presentan ciclos regulares, la producción de estrógenos y progesterona está equilibrada. En el SOP, la misma alteración menstrual y la falta de ovulación puede dar lugar a un exceso de estrógenos que no son compensados por la progesterona. De esta manera el útero se expone de forma continua a los estrógenos, el endometrio (capa de revestimiento interior del útero) se vuelve más grueso y da lugar a sangrados irregulares. Parece ser que este desequilibrio hormonal, podría incidir en un mayor riesgo de desarrollar un cáncer de endometrio, especialmente en mujeres obesas.



¿Cómo se llega al **diagnóstico**?

El diagnóstico se realiza mediante:

- Historia clínica
- Exploración física y ginecológica
- Análisis de sangre en el que se analizan las diferentes hormonas, tanto femeninas como masculinas
- Ecografía vaginal, siempre que sea posible, para estudio de la morfología del ovario

¿Cuál es su **tratamiento**?

Los tratamientos no logran resolver el origen del problema, por lo que no existe un remedio definitivo y se realizará en función de los síntomas que presente y el momento reproductivo de la mujer.

Es importante prevenir las consecuencias que se pueden presentar a largo plazo. En general, llevar un estilo de vida saludable (dieta mediterránea, ejercicio físico, evitar sedentarismo, perder peso cuando sea necesario y dejar de fumar) debe ser la primera medida a aplicar, sobretodo en las mujeres diagnosticadas de SOP con obesidad.

En el tratamiento del SOP debemos diferenciar:

● **Tratamiento cuando no se desea una gestación**

El acné y el aumento de vello se suelen tratar con fármacos que disminuyan los andrógenos, como el acetato de ciproterona, la espironolactona o la flutamida. Cuando se instaura una terapia suele ser a largo plazo, con controles periódicos por parte del especialista y paciencia por parte de la paciente. Sería recomendable evitar o mejorar el hirsutismo con medidas cosméticas y estéticas (decoloración, depilación, láser etc.).

Para el control de las reglas irregulares, especialmente en mujeres que además precisen de un método anticonceptivo, los anticonceptivos hormonales suelen ser una buena solución, porque además de regular el ciclo menstrual, pueden mejorar el acné y el exceso de vello. Si no se desea método anticonceptivo, la administración periódica de progesterona será suficiente.

● **Tratamiento con deseo de embarazo**

Si por el contrario la mujer desea quedarse embarazada existen tratamientos hormonales cuyo objetivo es restaurar la ovulación:

Citrato de clomifeno: son pastillas que se administran de forma oral durante 5 días a partir del 3-5 día de la menstruación. Con este tratamiento se consiguen un 80% de ciclos ovulatorios pero solamente un 50% de embarazos. El tiempo máximo de tratamiento recomendado es de 6 meses.

Gonadotropinas: son inyecciones que se administran de forma subcutánea a partir del 3º-5º día de la menstruación. Serán necesarios controles mediante ecografía durante el tratamiento para establecer la dosis necesaria hasta conseguir la ovulación.

El riesgo de estos tratamientos son los embarazos múltiples y la hiperestimulación ovárica, es por ello que es necesario un control estricto de la respuesta para evitar esta posibilidad. Los inductores de la ovulación pueden asociarse a otras técnicas de reproducción asistida, como son la inseminación artificial y si el embarazo no se produce se podrá recurrir a la fecundación *in vitro*.

