

LIH

Al Día

BOLETÍN CIENTÍFICO

SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO

Una aproximación diagnóstica

T.Ortiz Picon

Endocrinóloga Pediatra y de la Adolescencia

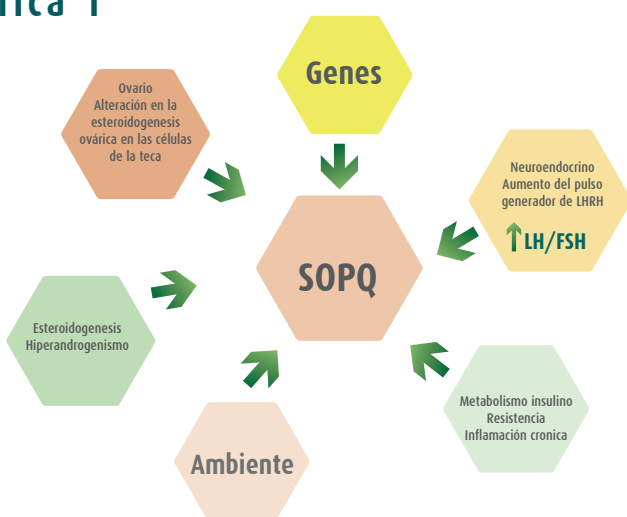
Asesor Científico LIH

El síndrome de ovario poliquístico (SOPQ), también denominado hiperandrogenismo ovárico funcional o anovulación crónica hiperandrogénica, es una disfunción endocrino-metabólica de alta prevalencia.

Se caracteriza por hiperandrogenismo (HA), oligo /anovulación (OA) y/o morfología de ovario poliquístico, su prevalencia es del 6-18% de las mujeres en edad reproductiva a nivel mundial, dependiendo de los criterios que se usen para el diagnóstico.

El SOPQ es también el mayor desorden metabólico debido a la frecuente asociación con insulino resistencia (IR); las mujeres afectadas incrementan el riesgo de diabetes tipo 2 aproximadamente cuatro veces, así como la asociación a síndrome metabólico e hígado graso no alcohólico, Existe una prevalencia aumentada de la obesidad que exagera tanto la disfunción metabólica y como las morbilidades de la disfunción ovulatoria. Finalmente la ansiedad y la depresión están elevadas en los cuadros de SOPQ (1,2,3)

Gráfica 1



COMPROMISO MULTISISTÉMICO

Debemos tener en cuenta que el SOPQ su compromiso es multisistémico y para su diagnóstico la clínica y el laboratorio, además del aporte ecográfico son excelentes herramientas.



ENTREGAMOS **CONFIABILIDAD Y PRECISIÓN** EN NUESTROS RESULTADOS

*Si requieres más información, comunícate al 320 889 63 38

1. A nivel ovárico en el SOPQ, se pierde el equilibrio entre los andrógenos, la hormona anti-Mülleriana (AMH) y la FSH se ven alterados, lo que conduce a un par o arresto folicular.

La LH abundante conduce a las células de la teca a producir andrógenos, pero las concentraciones de FSH y la conversión de andrógenos a estradiol son insuficientes, lo que resulta en la falta de selección de un folículo dominante, por lo tanto se llega a la anovulación crónica.

La AMH, secretada por las células de la granulosa, juega un papel importante en el control de este equilibrio porque inhibe la transición de los folículos primordiales a los primarios. Por lo tanto, SOPQ se caracteriza por un mayor crecimiento de los folículos pequeños, pero la detención del crecimiento posterior conduce a la morfología poliquística típica. Se ha sugerido que los folículos en un ovario SOPQ difieren inherentemente de los folículos en un ovario normal.

2. Insulino Resistencia/Hiperinsulinemia, la insulino resistencia (IR) y la hiperinsulinemia son hallazgos comunes en las mujeres con SOPQ independiente de su grado de adiposidad, distribución de la grasa y niveles de andrógenos, estas mujeres tienen alto riesgo de desarrollar intolerancia a la glucosa y diabetes mellitus tipo 2.

La patogénesis de la IR refleja la interacción de influencias genéticas, factores ambientales no heredados intra y extra uterinos y adaptación alternativa al exceso de energía.(4,5)

3. Alteraciones Neuroendocrinas dadas por cambios en la secreción de gonadotropinas, existe una desregulación a este nivel, lo cual no es mandatorio para el diagnóstico; se incrementan los pulsos GnRH, lo cual con lleva a una mayor producción de LH, con alteración en la relación LH/FSH, alterando de esta forma la producción de andrógenos, la dinámica folicular y la ovulación.

AYUDA DIAGNÓSTICA DESDE EL PUNTO DE VISTA LABORATORIO CLINICO

1) Niveles de hormona anti-Mülleriana (HAM) son recomendados para el diagnóstico de PCOS; HAM en suero lo ideal medirla entre 1 y 5 día del ciclo menstrual, esta se encuentra elevada

2) Gonadotropinas y hormonas sexuales: LH, FSH, testosterona, estradiol, progesterona, y Globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG).(5) Niveles de hormonas sexuales: la testosterona libre es el test más sensible para el diagnóstico bioquímico de hiperandrogenismo

3) exclusión de otros trastornos que pueden ser similares PCOS como HSC, Tumores ováricos

LECTURAS RECOMENDADAS

Selma Feldman Witchel, Sharon E. Oberfield, and Alexia S. Peña ; Polycystic Ovary Syndrome: Pathophysiology, Presentation, and Treatment With Emphasis on Adolescent Girls; Journal of the Endocrine Society 1545-1573 August 2019 | Vol. 3, Iss. 8 doi: 10.1210/js.2019-00078

2. Alexia S. Peña¹, Selma F. Witchel , Kathleen M. Hoeger , Sharon E. Oberfield , Maria G. Vogiatzi , Marie Misso , Rhonda Garad , Preeti Dabadghao and Helena Teede; Adolescent polycystic ovary syndrome according to the international evidence based guideline Medicina BMC volumen 18 , Número de artículo: 72 (2020)

3. Andrea Dunaif MD:What Endocrinologists Really Need To Know About Polycystic Ovary Syndrome :From the experts in endocrinology 2019 MEET -The_Professor ,ENDOCRINE, Case Management 2019

4. Stephen Frank , FMedSci ;Metabolic Consequences of Polycystic Ovary Syndrome ;From the experts in endocrinology 2019 MEET -The_Professor , ENDOCRINE, Case Management,2019

5. Christopher R McCartney,MD;Case Management Forum :Polycystic Ovary Syndrome ; From the experts in endocrinology , MEET-The_Professor ,ENDOCRINE, Case Management ,2017



ENTREGAMOS **CONFIABILIDAD Y PRECISIÓN** EN NUESTROS RESULTADOS

*Si requieres más información, comunícate al 320 889 63 38

www.laboratoriolih.com
@LABORATORIOLIH

Fecha de publicación: Abril 2023