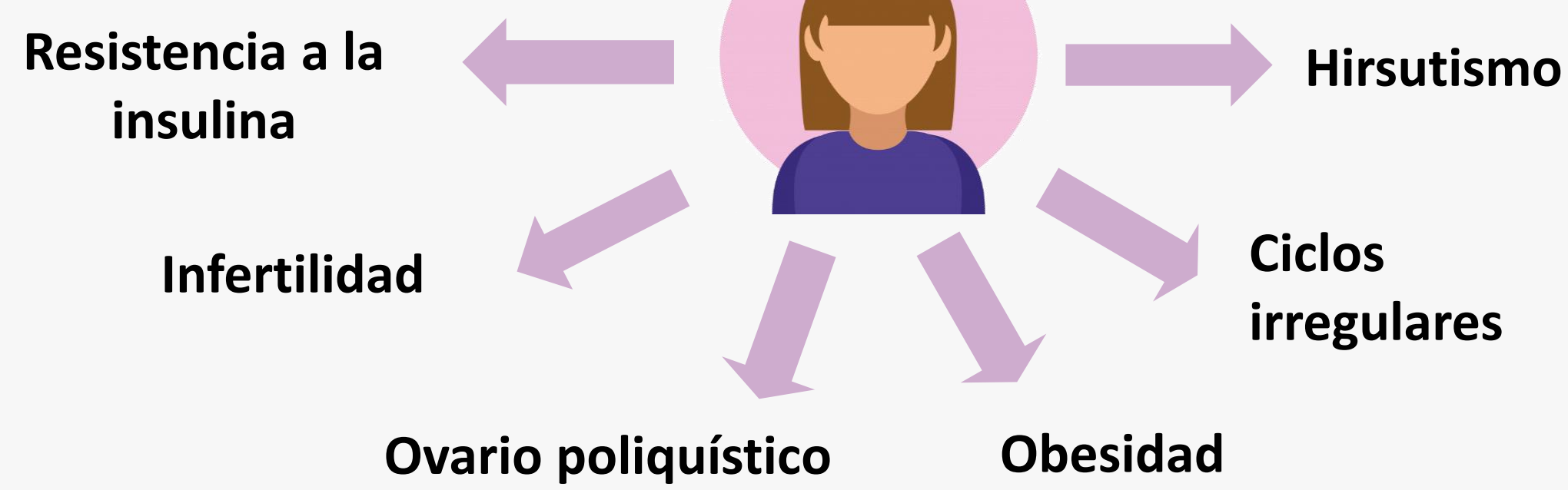


INTRODUCCIÓN

❖ El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es una disfunción endocrino-metabólica altamente prevalente en mujeres en edad reproductiva (5-10%).

❖ Síntomas:



❖ El exceso de andrógenos (hiperandrogenismo) es el mecanismo fisiopatológico principal.

OBJETIVOS

- ❖ Realizar una revisión sistemática sobre los factores involucrados en la etiología del SOP.
- ❖ Conocer los diferentes criterios de diagnóstico.
- ❖ Estudiar las posibilidades de tratamiento disponibles.

METODOLOGÍA

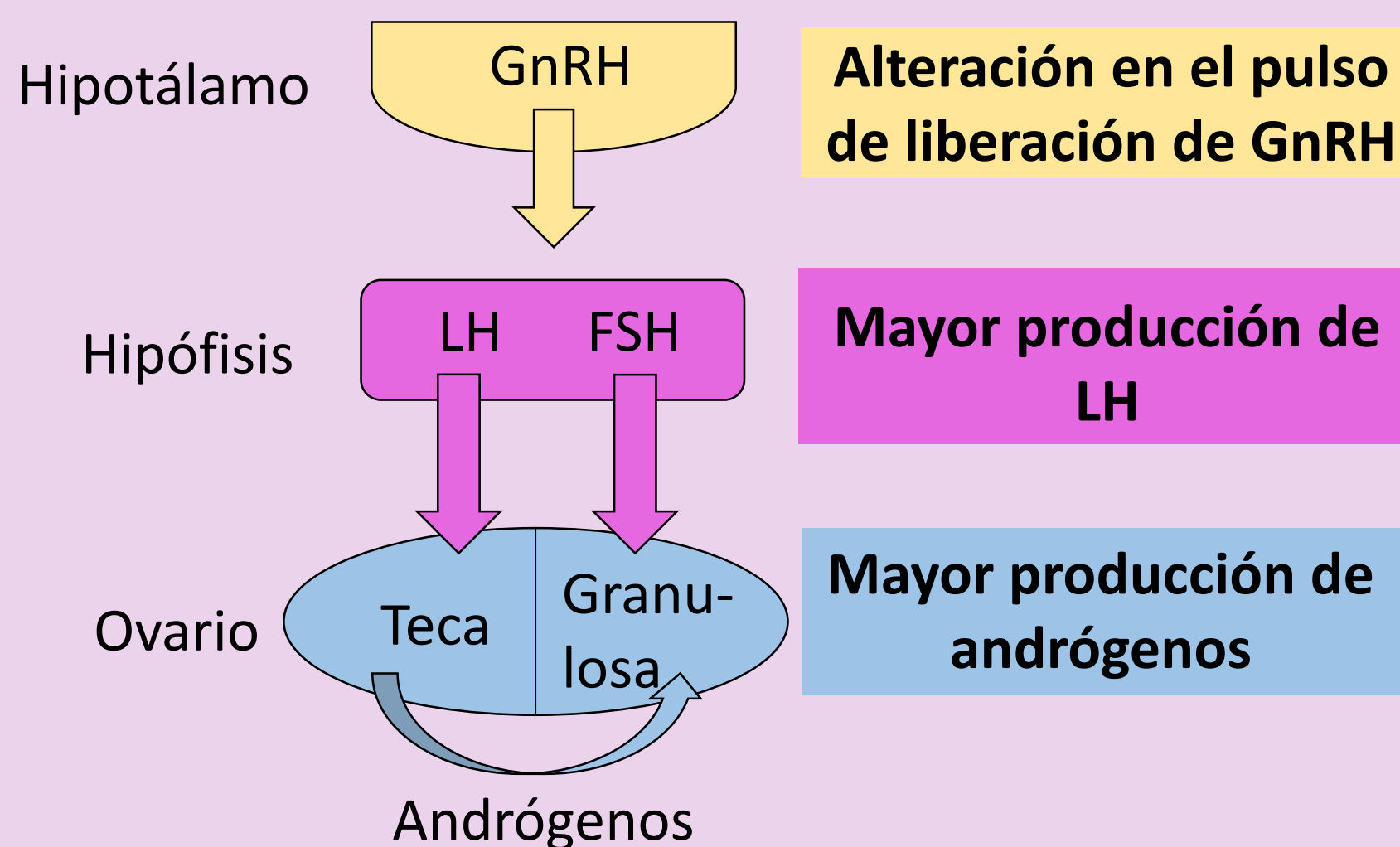
Revisión bibliográfica (2015-2020) mediante plataformas de bases de datos y páginas web de sociedades científicas.



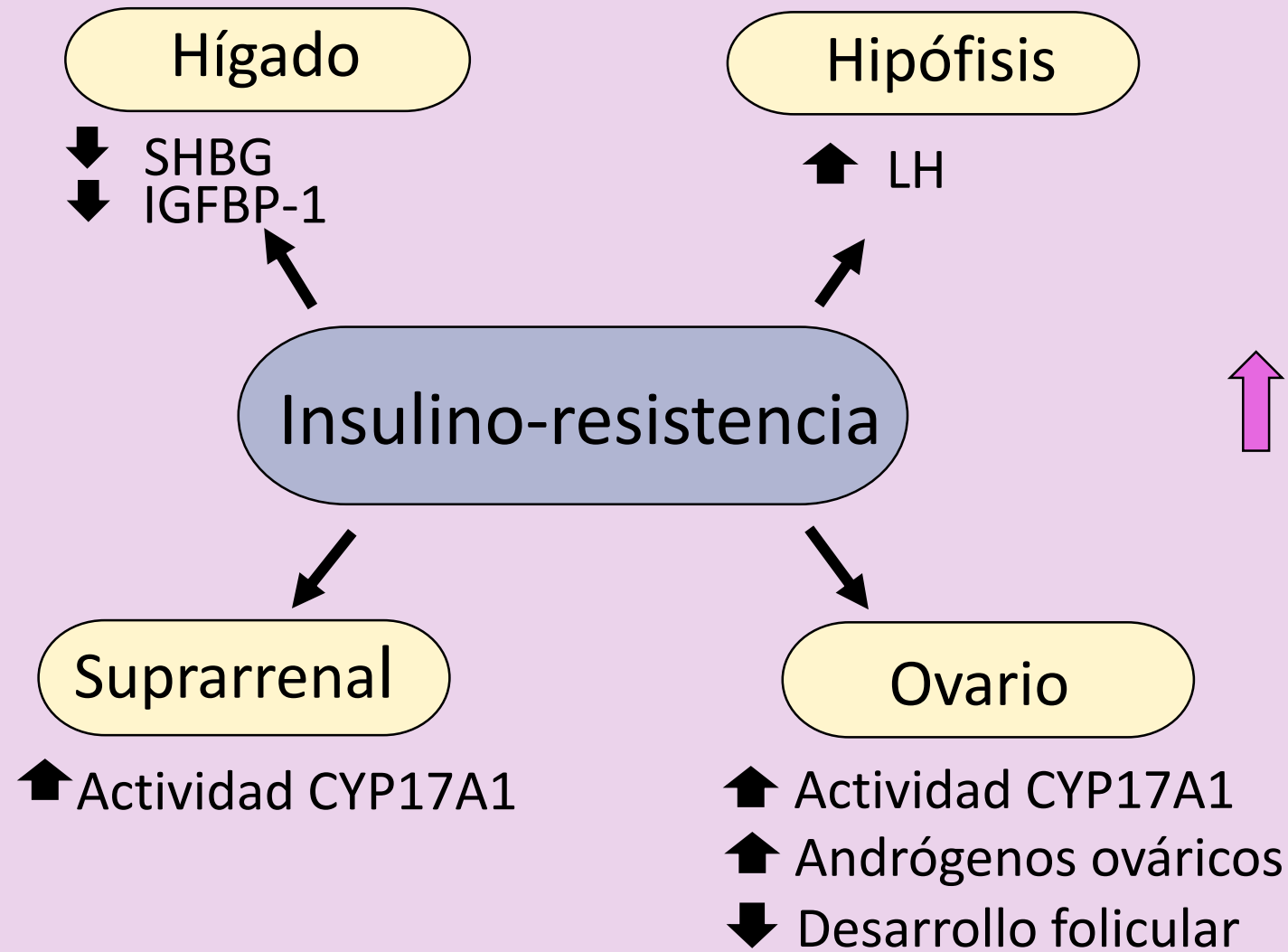
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Etiopatogenia

Disfunción neuroendocrina



Resistencia a la insulina



Disfunción ovárica

Mayor desarrollo de folículos antrales
Detención del crecimiento folicular
Aumento de andrógenos

La disfunción neuroendocrina, la resistencia a la insulina y la disfunción ovárica contribuyen directa o indirectamente al hiperandrogenismo.

Otros factores etiológicos: estado inflamatorio crónico, obesidad o genética

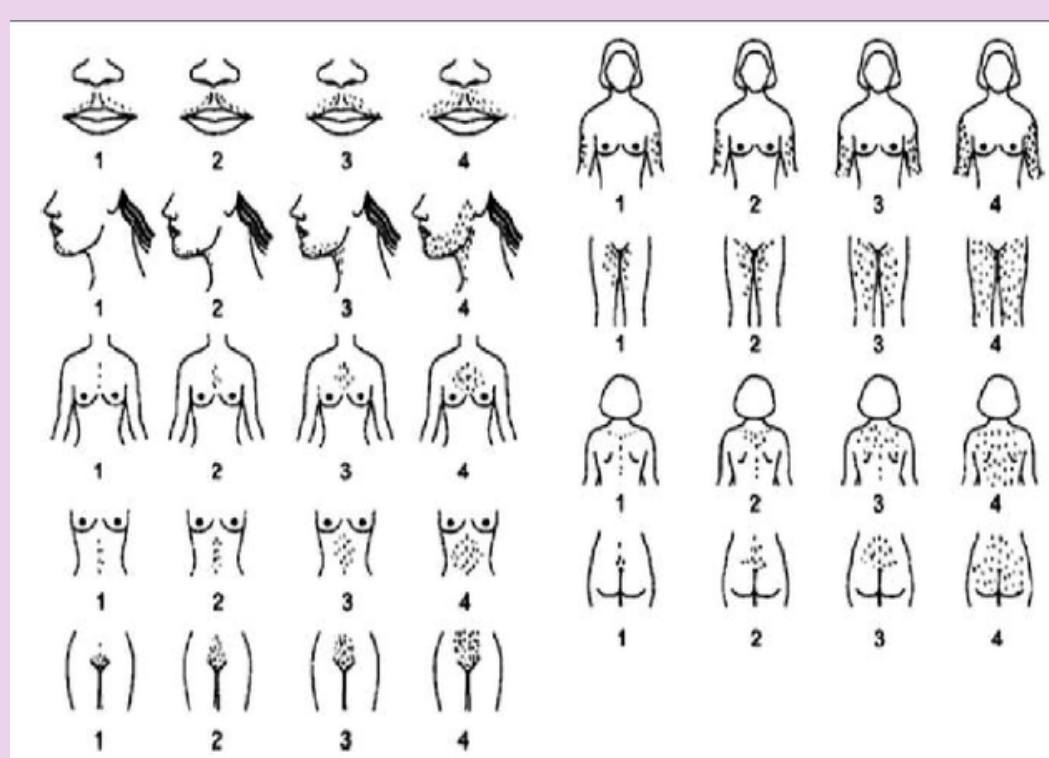
Diagnóstico

Criterios diagnósticos

NIH/1990	Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico + disfunción ovulatoria
Rotterdam/2003	2 de 3 criterios: - Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico - Disfunción ovulatoria - Morfología de ovario poliquístico (MOP)
Androgen Excess Society/2006	Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico + disfunción ovulatoria y/o MOP

Hiperandrogenismo clínico

Estudio del grado de hirsutismo. Escala de Ferriman-Gallwey:



Hiperandrogenismo bioquímico

Estudio a nivel de laboratorio de los niveles circulantes de andrógenos.

Testosterona
Androstenediona
DHEA-S

Disfunción ovulatoria

- Oligomenorrea
- Amenorrea
- Polimenorrea

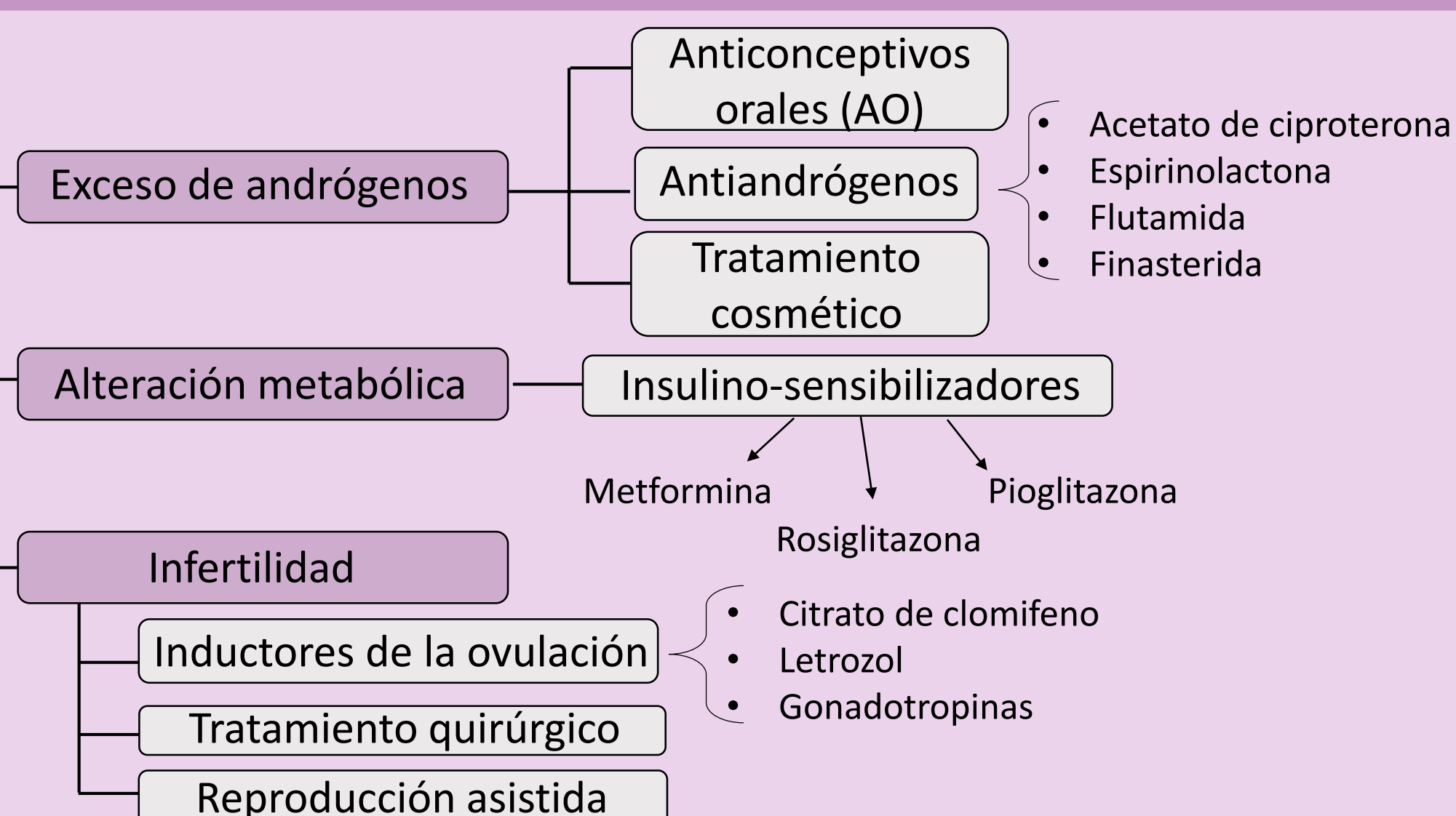
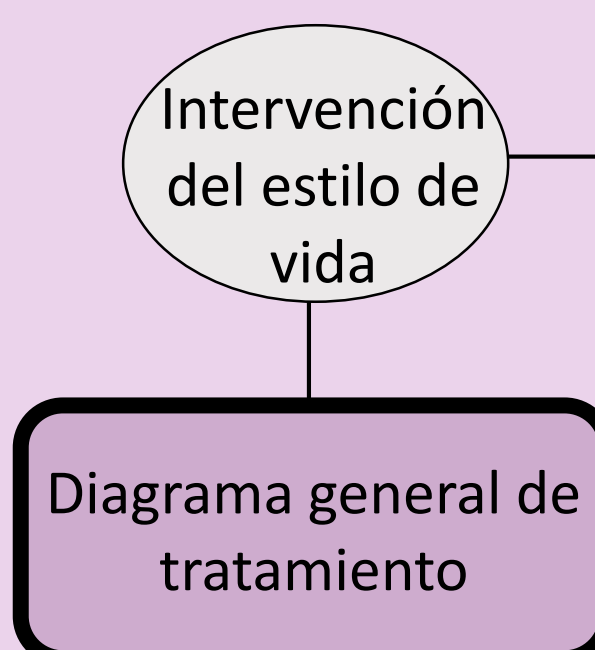
Ovario poliquístico

Ultrasonografía transvaginal:

≥12 folículos en cada ovario (2-9mm)
Volumen ovárico > 10ml.

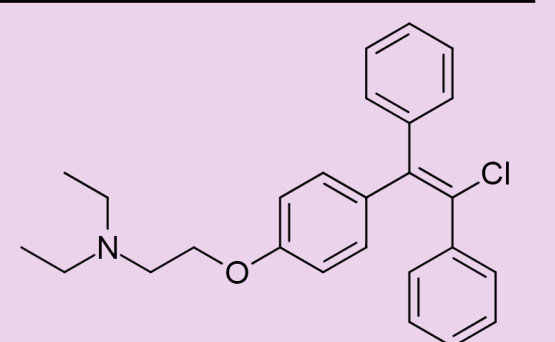
El consenso de Rotterdam es la base del diagnóstico, siendo recomendado por la Endocrine Society.

Tratamiento



- ❖ Modulador selectivo del receptor de estrógenos (SERM)
- ❖ Tradicionalmente fármaco de 1ª línea para la infertilidad
- ❖ Riesgo elevado de embarazo múltiple
- ❖ Alta tasa de ovulación pero baja tasa de embarazo por acción antiestrogénica en el endometrio

Citrato de clomifeno



Letrozol



- ❖ Inhibidor de la aromatasa
- ❖ Fármaco de 2ª línea en mujeres resistentes al clomifeno
- ❖ Menos riesgo de embarazo múltiple

Recientes investigaciones consideran al letrozol tratamiento farmacológico de primera línea para inducir la ovulación en el SOP, ya que ensayos en comparación con clomifeno reflejan una mayor tasa de nacimientos vivos.

CONCLUSIONES

- ✓ Hipótesis centrales de etiopatogenia
 - Disfunción neuroendocrina
 - Insulino-resistencia
 - Disfunción ovárica
- ✓ Los criterios de Rotterdam guían el diagnóstico y se basan en la combinación de características clínicas, bioquímicas y ultrasonográficas.
- ✓ AO, antiandrogénos y metformina son los tratamientos habituales para estas mujeres. Letrozol se encamina a la sustitución de citrato de clomifeno como la primera opción en mujeres con deseo de embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Leo V, Musacchio M.C, Cappelli V et al. Genetic, hormonal and metabolic aspects of PCOS: an update. Reproductive Biology and Endocrinology. 2016; 38.
2. Silva R. Infertility and polycystic ovary syndrome. Revista Médica Clínica Las Condes. 2010; 21(3):387-396.
3. Ibáñez L, Oberfiel S.E, Witchel S, Auchus R.J, Chang R.J et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence. Horm Res Paediatr. 2017; 88:371-395.
4. Ortiz-Flores E, Luque-Ramírez M, Escobar-Morreale H. Polycystic ovary syndrome in adult women. Medicina Clínica (english version). 2019; 152(11):450-457.
5. Tanbo T, Mellembakken J, Bjercke S, Ring E, Abyholm T, Fedorcsak P. Ovulation induction in polycystic ovary syndrome. AOGS. 2018; 97(10): 1162-1164,47.

Memoria completa del TFG:

