

EL SÍNDROME DEL OVARIO POLIQUÍSTICO EN MUJERES CON DIABETES

El Síndrome del Ovario Poliquístico (SOP) es el trastorno endocrino más frecuente de cuantos afectan a las mujeres en edad fértil. Aunque se describió por vez primera hace casi 70 años, no hay un acuerdo universal acerca de su definición.

Recientemente, la Sociedad Europea de Reproducción y Embriología Humana y la Sociedad Americana de Medicina Reproductiva alcanzaron un nuevo consenso respecto a la definición del SOP. El síndrome se define hoy como la presencia de dos de los tres criterios que siguen a continuación:

- un ciclo menstrual irregular o infrecuente o la falta de menstruación
- pruebas clínicas o bioquímicas de un aumento del nivel de hormona masculina (andrógenos), que en mujeres puede provocar un exceso del vello corporal (Hirsutismo) en la cara, el pecho, la parte baja del abdomen, los antebrazos o los muslos, acné y pérdida del cabello
- la detección, tras un examen ecográfico, de ovarios poliquísticos: un gran número (12 ó más) de sacos llenos de fluido en cada ovario, que contengan un huevo inmaduro que mediría hasta 9mm de diámetro y/o un aumento del volumen ovárico.

Otros trastornos pueden causar síntomas similares a los del SOP. A veces, podría ser necesario realizar análisis de sangre para excluir dichos trastornos.

Hoy día hay pruebas que sugieren que el SOP es un trastorno hereditario, lo cual significa que tendría una base genética; pero el modo en que se hereda aún no se conoce. Es probable que una serie de genes contribuyan a las características metabólicas y hormonales de esta enfermedad, y que la expresión de dichas características venga muy influida por factores medioambientales añadidos, como la dieta y el ejercicio. Se ha formulado la hipótesis de que el SOP podría tener su origen en los primeros años de vida, durante el período pre-púber o incluso antes del nacimiento, mucho antes de que se exprese clínicamente durante la adolescencia.

Hasta un 10% de las mujeres en edad fértil tienen el SOP. Aproximadamente el 20% del total de mujeres en edad fértil (que se han sometido a una ecografía) tienen ovario poliquístico, pero menos de la mitad de dichas mujeres tiene los síntomas de síndrome. Los síntomas más frecuentes del síndrome son hirsutismo, acné e irregularidad del ciclo menstrual o ausencia de menstruación. También podría presentarse una disminución de la fertilidad y obesidad como parte del síndrome.

Las mujeres suelen desarrollar el SOP al final de la adolescencia o en los primeros años de su tercera década. Sin embargo, es importante destacar que los síntomas y los rasgos bioquímicos del síndrome varían enormemente de una mujer a otra, al igual que la combinación y las manifestaciones agudas de dichos rasgos. Algunas mujeres con el síndrome, por ejemplo, no tienen vellos en zonas no deseables, ni acné; algunas podrían tener dichos síntomas pero no tener irregularidades menstruales.

En los últimos años, ha quedado claro que el SOP no es simplemente una combinación de niveles excesivamente altos de andrógenos e irregularidades menstruales, sino que tiene importantes implicaciones metabólicas a largo plazo. Hoy está ampliamente aceptado que el SOP viene asociado a trastornos metabólicos como el aumento de los niveles de insulina y la insensibilidad a la misma, el aumento del riesgo de diabetes tipo 2, la obesidad, la hiperlipidemia y el aumento de los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular.

Las mujeres con SOP tienen tendencia a tener insensibilidad a la insulina y/o un aumento de la secreción de insulina, especialmente las mujeres con SOP que tienen irregularidades menstruales y son obesas, y en quienes la grasa acumulada se concentra en la sección media del cuerpo o tronco. La

presencia de insensibilidad a la insulina en mujeres con SOP sugiere que el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2 aumentará con el paso del tiempo.

Un importante porcentaje de mujeres con SOP (entre el 10 al 38%) están afectadas por la obesidad. Esta proporción varía de un país a otro según su población y los criterios utilizados para definir SOP. Mientras que las causas de la obesidad entre mujeres con el síndrome se desconocen, la presencia de la misma en mujeres con SOP aumenta aún más el riesgo de diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular.

La Obesidad en mujeres con SOP tiene importantes efectos sobre el sistema reproductor. Las mujeres obesas con SOP tienen más probabilidades de ser hirsutas, tener trastornos menstruales y tener unos niveles de andrógenos más altos que las mujeres no obesas con el síndrome.

Además, en comparación con las mujeres obesas con el síndrome tienen más probabilidades de necesitar un tratamiento de fertilidad, menos probabilidades de responder a dicho tratamiento y más probabilidades de abortar espontáneamente.

Las observaciones recientes sugieren que existe una fuerte asociación entre el SOP y la diabetes. Se ha observado que el riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 aumenta por lo menos tres veces entre mujeres con SOP. Mientras que, entre la población general, alrededor del 4% de las personas tienen diabetes tipo 2 (cifra que aumenta hasta el 18% en edades avanzadas), en algunos estudios con mujeres obesas y SOP, entre el 31% y el 35% tiene alteración de la tolerancia a la glucosa, y del 7,5% al 10% tienen diabetes. Aunque la obesidad y la edad avanzada aumentan de manera importante el riesgo de diabetes tipo 2 en mujeres con SOP, la alteración de la tolerancia a la glucosa y la diabetes también podrían aparecer incluso en mujeres no obesas con el síndrome.

La aparición de trastornos glucémicos en mujeres con SOP parece darse a una edad relativamente temprana (los treinta o los cuarenta), antes que en la población general. Además, las mujeres con SOP, incluso cuando tienen niveles normales de glucosa, tras un análisis detallado podrían mostrar defectos metabólicos precoces que podrían potenciar el desarrollo de diabetes tipo 2 con el paso de los años.

Las mujeres con SOP también podrían correr un mayor riesgo desarrollar diabetes durante el embarazo. Las anomalías de la regulación de la glucosa y la diabetes tipo 2 son frecuentes entre los parientes de las mujeres con SOP, lo cual indica la fuerte asociación entre las dos afecciones.

Aunque estos hallazgos suenan bastante alarmantes, deberíamos destacar que el aumento del riesgo de diabetes, tan solo es aplicable a las mujeres que tengan tanto trastornos menstruales como síntomas de exceso de andrógenos. Por lo general, este riesgo es mucho menor en mujeres delgadas con SOP que en mujeres con sobrepeso u obesidad con el síndrome.

Las mujeres con SOP tienden a tener mayores niveles de colesterol total y triglicéridos, lo cual las predispone a sufrir enfermedades cardíacas, incluso cuando están delgadas. En algunos estudios, aunque no en todos, se ha observado hipertensión entre mujeres con SOP, especialmente en aquellas que son obesas. Las mujeres con SOP también podrían presentar, incluso cuando son jóvenes, anomalías precoces de los vasos sanguíneos (alteración de la función endotelial, inflamación vascular crónica y aumento del grosor vascular), que aparecen normalmente en personas de más edad y son indicadores de las primeras etapas de la aterosclerosis.

Hasta el momento, sin embargo, hay pocas pruebas de que el aumento de estos factores de riesgo de enfermedad cardiovascular se traduzcan en un aumento del número de infartos del miocardio con el paso del tiempo.

El control del SOP depende de los principales síntomas que lleven a la persona a consultar. En mujeres obesas con SOP, la pérdida de peso podría (al menos parcialmente) invertir los trastornos metabólicos y mejorar las alteraciones menstruales, la fertilidad, y el hirsutismo.

Debería promoverse la pérdida de peso en mujeres obesas con SOP antes de plantearse ningún tratamiento. La modificación de otros factores de estilos de vida, como el consumo del alcohol, el stress psicosocial y el tabaquismo, también son importantes a la hora de limitar el riesgo de diabetes a largo plazo en mujeres con SOP. Es necesario destacar que la pérdida de peso y la modificación del estilo de vida es el mejor control inicial para mujeres obesas con el síndrome.

Si los síntomas están relacionados con un aumento de los niveles de andrógenos, como el hirsutismo y el acné, se pueden utilizar los denominados antiandrógenos, como el acetato de ciproterona o la espironolactona. El acetato de ciproterona suele utilizarse en combinación con el etinilestradiol, en forma de anticonceptivo oral, para proporcionar un control del ciclo menstrual y mejorar el hirsutismo.

En el caso de ambos medicamentos, es necesario monitorizar la función hepática. En todos los casos de hirsutismo, se recomienda la terapia cosmética ya sea sola o en combinación con un tratamiento médico.

Si la principal preocupación de las mujeres que no desean quedar embarazadas son las irregularidades menstruales, se puede administrar cíclicamente un anticonceptivo por vía oral en dosis bajas u hormonas sintéticas similares a la progesterona (progestinas; preferiblemente las que carecen de actividad andrógena). Si la fertilidad es importante, la primera opción para inducir la ovulación sería el citrato de clomifeno. Para alrededor del 25% de las mujeres que son resistentes al clomifeno, se ha utilizado preferiblemente la inyección de hormonas (gonadotropina) siguiendo una pauta de bajas dosis.

La metformina es un medicamento que reduce los niveles de insulina y aumenta la sensibilidad a la insulina, y que lleva años utilizándose en el tratamiento de la diabetes. Recientemente se ha comprobado que alivia las irregularidades menstruales y la ovulación, así como los niveles de andrógenos, en mujeres con SOP.

Dr. Roberto García Pereira
Unidad de Diabetes – Hospital de Carúpano
Diabetes Voice. Vol.51; 4. Diciembre 2006