

# Síndrome de ovario poliquístico en primer nivel, a propósito de un caso

Evelyn Alcázar Moreno, Mixalis Rosas Ramos, Alejandra Pérez Hernández, Santiago Óscar Pazarán Zanella,  
Itzayana Noemy Reyes Hernández, AnaBelén Calixto Leonor

Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familia No. 06. Puebla

## Resumen

El síndrome de ovario poliquístico es una entidad caracterizada por disfunción endocrina, anovulación crónica e hiperandrogenismo la cual tiene una prevalencia en la población mexicana del 6-26 %, representando hasta un 10% de las mujeres diagnosticadas durante visitas ginecológicas. Se presenta el caso de una paciente de 31 años de edad que acude a primer nivel de atención por presencia de alteraciones menstruales, datos de sobrepeso, hiperandrogenismo, a quien por estudios laboratoriales se descarta datos de resistencia a la insulina y síndrome metabólico, pero se integra hipertrigliceridemia, presentando historia de incumplimiento del régimen de tratamiento médico.

## Abstract

Polycystic ovary syndrome is an entity characterized by endocrine dysfunction, chronic anovulation and hyperandrogenism which has a prevalence in the Mexican population of 6-26%, representing up to 10% of women diagnosed during gynecological visits. We present the case of a 31-year-old patient who came to first-level care due to the presence of menstrual disorders, signs of overweight, hyperandrogenism, whose laboratory studies ruled out signs of insulin resistance and metabolic syndrome, but integrates hypertriglyceridemia, presenting a history of non-compliance with the medical treatment regimen.

**Palabras Clave:** ovario, poliquístico, síndrome, sobrepeso

**Keywords:** ovary, polycystic, syndrome, overweight

## 1. REPORTE DE CASO

### Antecedentes de importancia

Femenina de 31 años originaria y residente de Puebla, religión: católica, estado civil: soltera, de escolaridad licenciatura en administración de empresas, de ocupación gerente, con casa propia que cuenta con todos los servicios de urbanización, cohabita con 1 persona, índice de hacinamiento 0.6, COMBE clase 0, biomasa negativo, promiscuidad filogenética negativa, hábitos higiénicos baño y cambio de ropa diario, cepillado dental 3 veces al día, alimentación alta en lácteos, carnes rojas, bebidas carbonatadas, baja en verduras, pescado, leguminosas, ingiere agua 1.5 litros por día, requerimiento calórico calculado por la ecuación Harris-Benedict de 1020.84 kcal, alcoholismo negativo, tabaquismo negativo, inmunizaciones: completas para la edad (esquema COVID completo, 3 dosis, marca Pfizer, vacuna Influenza (Octubre del 2022). Hemotipo Rh: O (+), sedentaria, cuenta con carga genética para hipertensión arterial sistémica, obesidad, diabetes mellitus tipo 2, como antecedentes personales patológicos tenemos: crónico-degenerativos negativos, alérgicos negativos, quirúrgicos negativos, transfusionales negativos, traumáticos negativos. La paciente presente los siguientes antecedentes ginecobstétricos de importancia: Menarca a los 14 años, ciclos irregulares, IVSA a los 22 años, Número de parejas sexuales 1, MPF: implante, FUM: 23.05.23, G: 0 C: 0 A: 0 DOCACU último hace 1 año negativo para malignidad, autoexploración de mama no realiza [1, 2].

### Interrogatorio

Acude a consulta médica en nuestro primer nivel de atención en el mes de Julio de 2023 refiriendo alteraciones en su ciclo menstrual tanto en frecuencia como cantidad desde hace más de 2 años, notando aumento de peso

de forma paulatina, refiriendo presencia de lesiones dermatológicas tipo comedones en cara y tórax sin causa aparente, así como datos de hiperandrogenismo por escala de Ferriman de 13 puntos, motivo por el cual acude a consulta, se da manejo a paciente en primer nivel canalizando a servicio de planificación familiar, medicina preventiva, trabajo social, laboratorio e imagen, se citó en una segunda ocasión al mes siguiente para envió a ginecología integrando sus diagnósticos con base a CIE 10, dos meses después en septiembre de 2023 acude para revaloración mencionando que no acudió a consulta con ginecología por lo que se programa nuevamente para ginecología [3].

**Exploración física**

Peso de 65 kg, talla de 1.57 m, en consulta con una somatometría de TA 120/80 mmHg, FC 75 lpm, FR 19 rpm, SAO2 96 %, temperatura 36.4 °C, se encuentra consciente, orientada, bien hidratada, adecuada coloración de piel y tegumentos, normocéfalo, pupilas isocóricas y normorreflexicas, cuello cilíndrico con tráquea central, desplazable, sin adenopatías palpables, con presencia de hirsutismo en bigote y mentón, tórax simétrico con presencia de lesiones tipo comedon cerrado y abierto, con campos pulmonares bien ventilados, ruidos cardíacos adecuados en tono, intensidad y frecuencia, sin soplos, abdomen con presencia de hirsutismo en línea infraumbilical, globoso a expensas de panículo adiposo, peristalsis normoaudible, blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, circunferencia de cintura de 89 cm genitales de acuerdo a edad y sexo, extremidades integra, sin edema, llenado capilar de 2 segundos [4].

**Estudios complementarios**

Para integrar un diagnóstico definitivo se debe considerar la realización de los siguientes estudios de imagen (tabla 1):

**Tabla 1.** Estudios de imagen y su utilidad

**ESTUDIOS DE IMAGEN**

<b>USG pélvica o TV</b>	Morfología ovárica, grosor endometrial y otras patologías pélvicas
<b>TC o RNM de glándulas suprarrenales</b>	Descartar neoplasias adrenales
<b>TC o RNM de glándula pituitaria</b>	Descartar neoplasias hipofisarias o de la silla turca

Así como descartar patologías agregadas como el síndrome metabólico cuyos parámetros de referencia son los siguientes (tabla 2) [5].

**Tabla 2.** Criterios diagnosticos de síndrome metabólico

<b>SÍNDROME METABÓLICO</b>	
<b>OBESIDAD ABDOMINAL</b>	hombres: mayor 102cm, en mujeres: mayor 88cm
<b>TRIGLICERIDOS</b>	Mayor a 150mg/dl
<b>HDL</b>	hombres: menor 40mg/dl, mujeres: menor 50mg/dl
<b>PRESIÓN ARTERIAL</b>	PAS: mayor o igual 130mmHg , PAS: mayor o igual 85mmHg
<b>NIVEL DE GLUCOSA</b>	Mayor o igual 100mg/dl

En esta paciente se realizaron los siguientes estudios en la primera consulta con fecha 15 de Agosto de 2023 que reportan: biometría hemática con resultado de hb 15.4 g/dl, hto 46.3%, plaquetas 313, leu 7,130, glucosa 86, urea 25.2, mg/dl, creatinina 0.64 mg/ dl, nitrógeno ureico 11.8 mg/ dl, ácido úrico 3.30 mg/ dl, índice FG 105.12

ml/min/1.73/m<sup>2</sup>, TSH 1.2 UI/mL, perfil lipídico: índice teratogénico 4.2, colesterol 185 mg/ dl, triglicéridos 175 mg/ dl, hdl colesterol 44 mg/dl, ldl colesterol 98 mg/ dl, vldl colesterol 35 mg/dl, se tuvo un perfil lipídico realizado el día 20 de agosto de 2023 que reporta: hormona folículo estimulante 6.92 mUI/ ml, hormona luteinizante 23 mUI/ml, estradiol (E2) 67.90 pg/ ml, prolactina 209 ulU/ml, progesterona 0.5 mg/ ml, testosterona total 1,01 ng/ml.

Se realiza un US pélvico con fecha 03 de septiembre de 2023 que reporta: Útero: en avf bordes irregulares de 7.12x3.72cm, endometrio proliferativo de 10.38mm, miometrio homogéneo, bordes regulares, al Doppler color avascular, ovario derecho de 4.06x2.90x3.07cm, ovario izquierdo de 2.96x2.46x2.48cm, ambos ovarios de bordes regulares, en su interior con imágenes con aproximadamente 11 folículos en ovario derecho, con un volumen de 10ml, así como en ovario izquierdo con presencia de 9 folículos, dispuestas en la periferia. Sin datos de líquido libre [6].

### Diagnóstico

Con base a diagnósticos de CIE-10 se integran los siguientes diagnósticos: E282 Síndrome de ovario poliquístico, E66.3 Sobrepeso, E78.1 Hipertrigliceridemia, Z911 Historia personal de incumplimiento del régimen o tratamiento médico.

### Diagnósticos diferenciales

Se deben descartar patologías con sintomatología similar, en toda mujer en edad fértil descartar embarazo, hiperprolactinemia, falla ovárica primaria, hipotiroidismo primario, obesidad simple, tumor secretor de andrógenos, hiperplasia suprarrenal congénita de aparición tardía, síndrome de Cushing, hirsutismo idiopático, acromegalia, hipogonadismo hipogonadotropo, fármacos (corticoides, anabolizantes, ácido valproico, danazol ciclosporina) [7].

### Tratamiento

El tratamiento en primer nivel debe tener como objetivos reducir las alteraciones metabólicas tales como la obesidad que predispone a DM2 y ECV, a tratar el hiperandrogenismo, las alteraciones menstruales, la anovulación y el deseo de embarazo, se debe realizar un plan integral que incluya el mejoramiento en su estilo de vida a través de una dieta hipocalórica, baja en grasa saturada, alta en fibra, en el caso de esta paciente fue tratada con metformina 1 tableta de 850 mg cada 24 hrs, atorvastatina 1 tableta de 20 mg cada 24 hrs, y se derivó a otros servicios como planificación familiar, y segundo nivel de atención. Si bien en primer nivel de atención no se cuenta con una amplia gama de medicamentos para el tratamiento de hiperandrogenismo, se puede optar por medicamentos como la noretindrona, o el desogestrel, antiandrogénicos como la espironolactona, ofrecer alternativas como la depilación láser y el afeitado, o el uso de clorhidrato de eflornitina para inhibir el crecimiento del vello facial, para las alteraciones menstruales y riesgo de hiperplasia y cáncer endometrial la primera línea son los ACO combinados, se puede optar por DIU de liberación continua con levonorgestrel, para problemas de ovulación con medicamentos como el citrato de clomifeno y la fertilización in vitro [8].

**Referencias:** En pacientes con Síndrome de ovario poliquístico se debe realizar envío de primer a segundo nivel a pacientes con sospecha clínica de SOP con trastornos menstruales como única alteración, sin deseo de embarazo y sin respuesta a tratamiento, así como aquellos pacientes con diagnóstico de SOP y deseo de embarazo, las cuales serán sometidas a estudio de fertilidad y tratamiento ya sea con clomifeno o Gonadotropinas [9].

## 2. DISCUSIÓN

Tenemos el caso de un femenino de 31 años de edad, que acudió a consulta por presentar alteraciones en su ciclo menstrual, presencia de oligomenorrea (la cual se describe en 75 % de los casos) datos de hiperandrogenismo que de acuerdo a la escala de Ferriman se cataloga con 13 puntos, sin presencia por laboratorios de resistencia a la insulina, si bien los criterios diagnósticos para confirmar síndrome de ovario poliquístico la presencia de 12 o más folículos en el ovario de 2-9mm de diámetro y/o Volumen ovárico superior 10ml, podemos constatar que en esta paciente se tiene la presencia de un volumen de 10 ml, y 11 folículos por ultrasonido.

Además de ello, existen comorbilidades asociadas a esta patología como lo son el sobrepeso y la obesidad presente hasta en el 60% de los casos, como podemos ver en esta paciente se cumple con este criterio, la presencia de disfunción metabólica la cual no estuvo presente en esta paciente ni se integra síndrome metabólico, pero si hipertrigliceridemia, así mismo la disfunción vascular que puede conducir a enfermedades como HAS, ACV, TVP, se deben descartar complicaciones reproductivas como infertilidad y en su caso tratar, trastornos del ánimo tales como ansiedad y depresión, y descartar patologías malignas, hiperplasia y carcinoma endometrial con estudios como la biopsia endometrial [10].

## 3. CONCLUSIONES

Concluimos, con base a la evidencia que el síndrome de ovario poliquístico debe ser sospechado en pacientes en edad fértil con datos de alteraciones menstruales tales como amenorrea y oligomenorrea con historia de hiperandrogenismo o datos de sobrepeso y obesidad, se debe dar un adecuado diagnóstico solicitando estudios complementarios y realizar un tratamiento multidisciplinario con los servicios de planificación familiar, trabajo social psicología y envío a segundo nivel de atención, siendo el primer nivel de atención la piedra angular del tratamiento integral.

## REFERENCIAS

- [1] Guadamuz Delgado J, Miranda Saavedra M, Mora Miranda N. Actualización sobre síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg.* 1 de mayo de 2022;7(5): e801.
- [2] Carmona, I., García, F., Saucedo, E., & Moraga, M. R. (2021). Síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida. *Revista Iberoamericana De Fertilidad Y Reproducción Humana*, 38(3 Julio-agosto-septiembre).
- [3] Zarnowski GA, Salazar SA. Síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Sinergia.* 2022;7(01):
- [4] Barba EJR. Síndrome de ovario poliquístico. *Rev Mex Patol Clin Med Lab.* 2019;66(2):107-123.
- [5] Orias Vásquez M. Actualización del síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg.* 2021;6(2): e648.
- [6] Castro Quintanilla DA, Rivera Sandoval N, Solera Vega A. Síndrome metabólico: generalidades y abordaje temprano para evitar riesgo cardiovascular y diabetes mellitus tipo 2. *Rev Medica Sinerg.* 2023;8(2): e960.
- [7] Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Manejo del síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg.* 2020;5(4): e438.
- [8] Azziz R. Polycystic ovary syndrome. *Obstet Gynecol.* 2018;132(2):321–36.
- [9] Sanchez Gaitan E. Actualización del manejo de síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg.* 2019;4(12): e322.
- [10] Castro TGR, Rojas MKJ, Min KH, actualización sobre el síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg* 2023; 8, (2):1-7.

Correo de autor de correspondencia: [evelyn.alcazarm@gmail.com](mailto:evelyn.alcazarm@gmail.com)