



Liliana Pérez López

Dr. Arely Aguilar Velazco

SOP

Ginecología

Sexto semestre

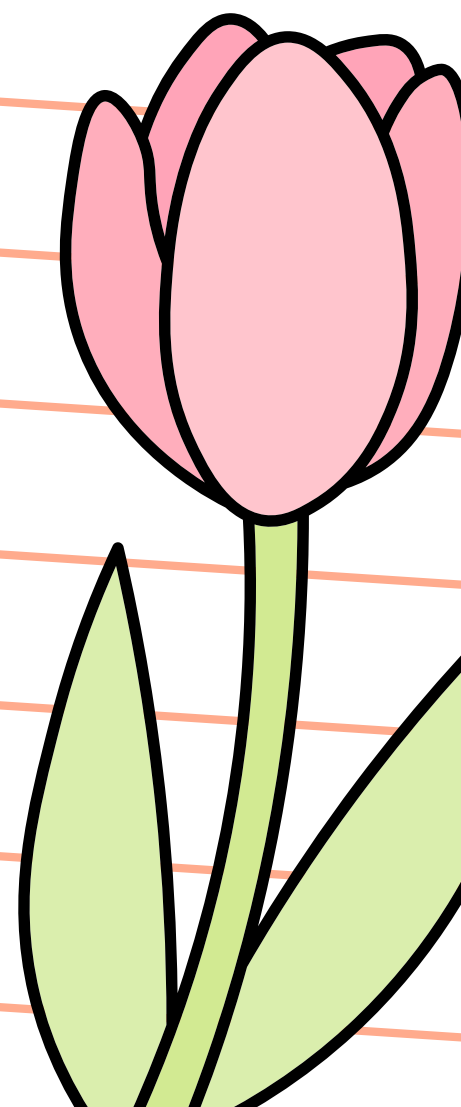
Grupo "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 04 de julio de 2025

DEFINICIÓN

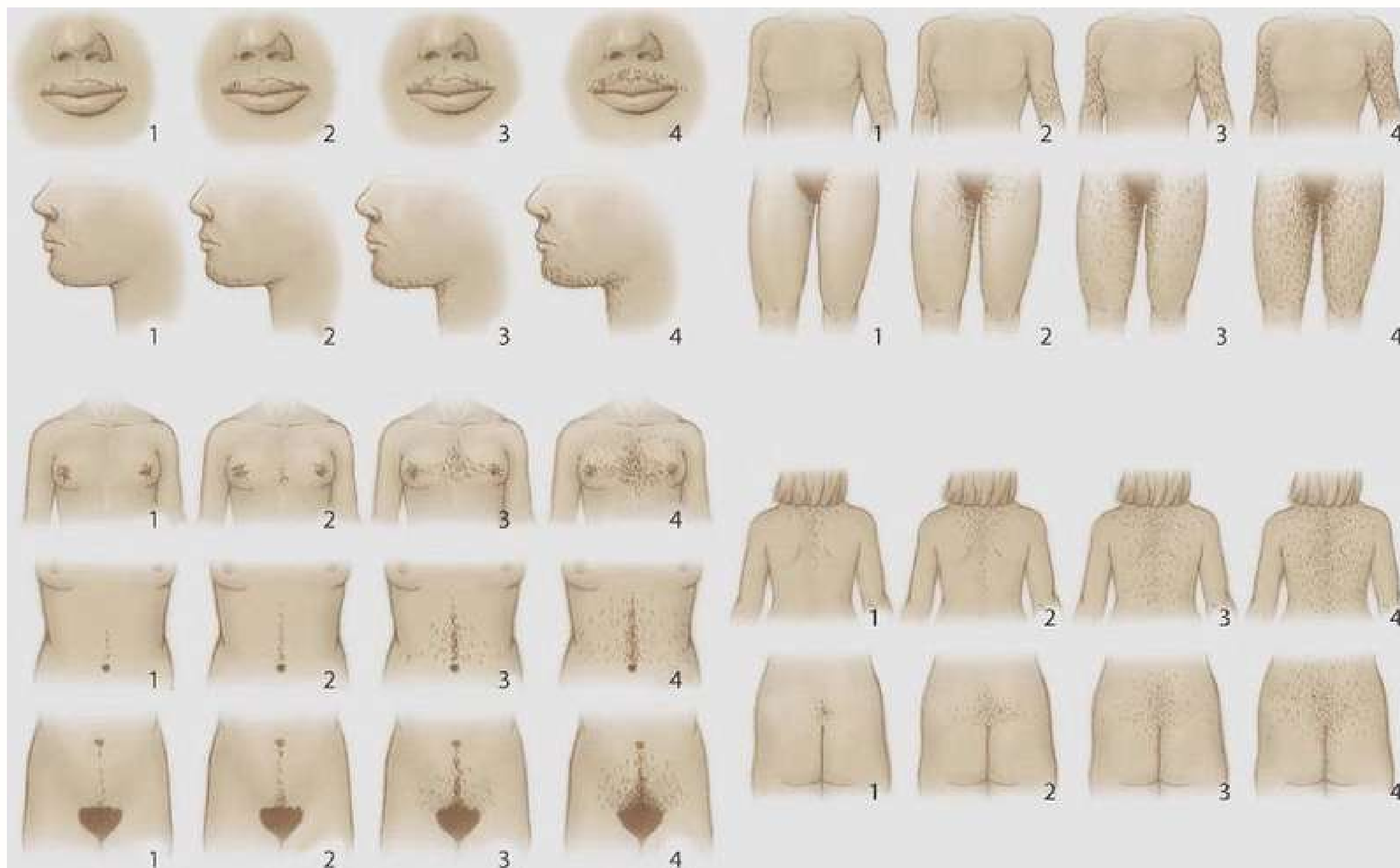
Endocrinopatía frecuente en mujeres en edad reproductiva, caracterizada por:

- Hiperandrogenismo
- Disfunción ovulatoria
- Ovarios poliquísticos (≥ 12 folículos de 2-9 mm o volumen ovárico >10 ml)



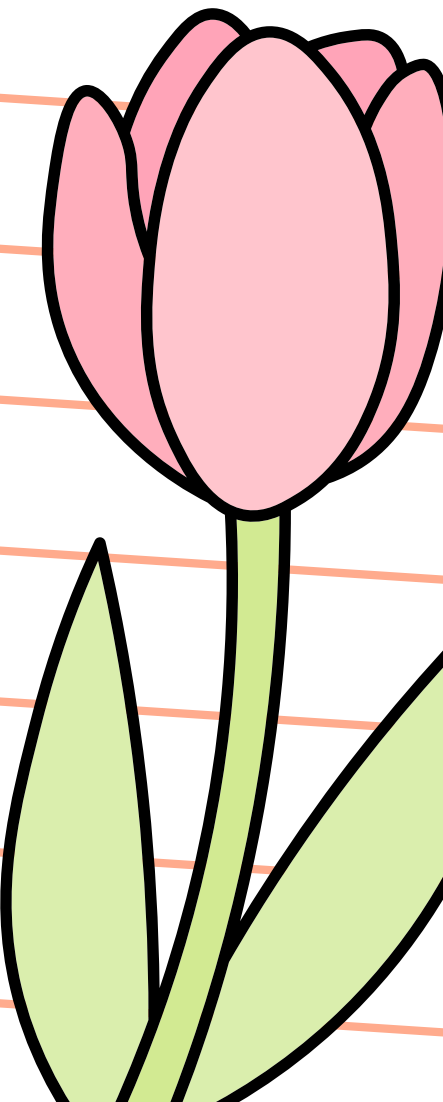
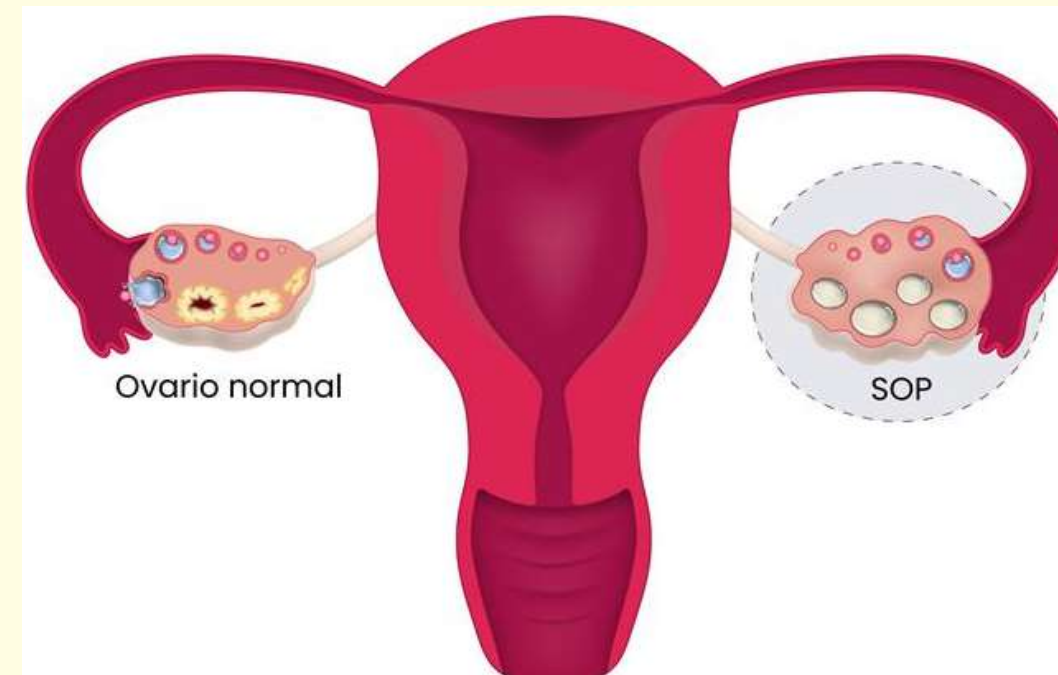
CARACTERÍSTICAS

Hiperandrogenismo	Disfunción ovulatoria	Morfología ovárica
Exceso de andrógenos	Ciclos irregulares o anovulación	Ovarios con ≥ 12 folículos (2–9 mm) o volumen >10 mL
- Hirsutismo (Score Ferriman–Gallwey ≥ 8) - Acné severo, alopecia - Virilización	- Oligoamenorrea (ciclos >35 días) - Polimenorrea (<21 días) - Anovulación (progesterona <4 ng/mL)	- Ecografía transvaginal en fase folicular - No aplicar en adolescentes
- Testosterona libre (gold standard) - Androstenediona/DHEA–S (elevados en 33–48%) - Medir en fase folicular temprana	- Progesterona en fase lútea - Historia menstrual detallada	- Criterios de Rotterdam - HAM elevada (2–3x mayor)
Relacionado con resistencia a insulina	- Predictor de infertilidad - Riesgo de hiperplasia endometrial	- SOP puede existir sin poliquistosis (20% casos). - HAM alta $\rightarrow$ mayor riesgo de hiperestimulación ovárica.

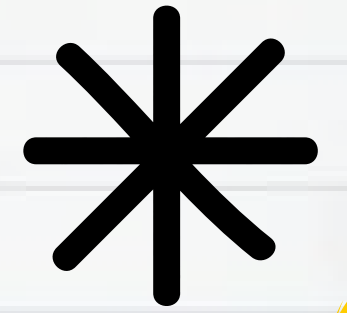


EPIDEMIOLOGÍA

- Afecta al 3-7% de mujeres en edad reproductiva
- 60-80% de mujeres con hiperandrogenismo
-  6%

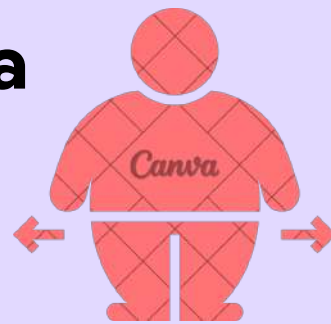


EVALUACIÓN DE CORMOBILIFADES



Obesidad

Calcular IMC en cada visita



Dislipidemia

- Perfil lipídico cada 2 años
- Dislipidemia o aumento de peso c/año



Diabetes

- Tolerancia oral a la glucosa c/2 años.
- Antecedentes c/año.



HTA

- Medir en cada consulta



Fisiopatología

**Artículo. Winnykamien I., et al. (2017) Síndrome de ovario poliquístico. Rev. Hospital Ital. B.
Aires. Vol 37, N°1**



TRASTORNO

Complejo

Multifactorial

Poligénico

Influ. ambiental

COMPONENTE GENETICO

Solo puede dx en mujeres de edad reproductiva

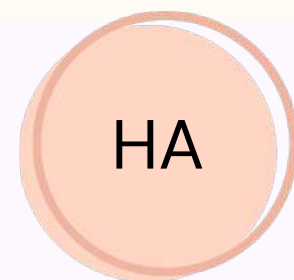


Gen del receptor de
HL, FSH, Insulina , Andrógenos, GLAE

AMBIENTE INTRAUTERINO

- Retraso de crecimiento intra uterino
- Exposición fetal a andrógenos
- Mujeres SOP clásico

ALT. ESTEROIDEOGENEIS OVARICA Y ADRENAL



Desregulación ► ESTEROIDEOGÉNESIS

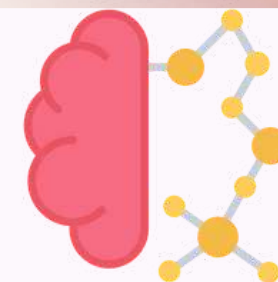


- Enzima citocromo p450c17 (CYP17)
- 3B Hidroxiesteroide deshidrogenasa II



DISFUNCIÓN NEUROENDOCRINA

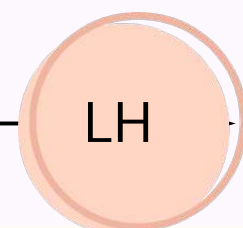
- Alteracion hipotalamica
-  → aceleración GnRH



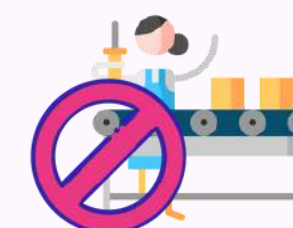
LH sobre FSH
= ▲ sx de andrógenos
nivel cel. de la teca

COMPONENTE METABOLIC

Insuloresistencia



= andrógenos



sx. GLAE

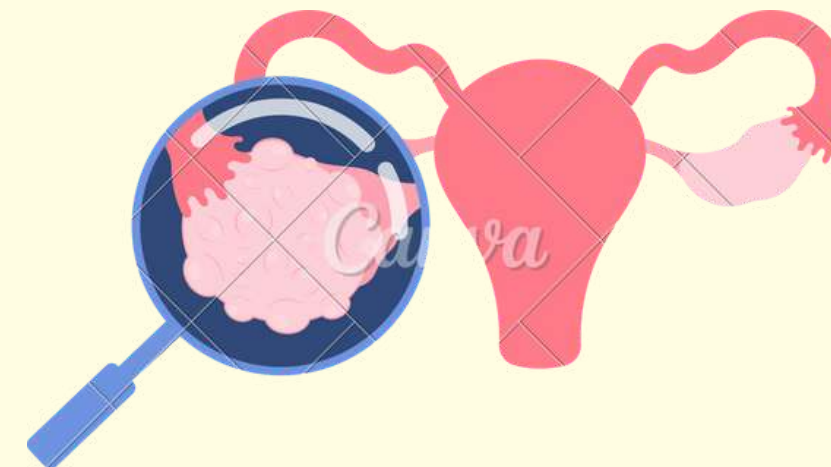
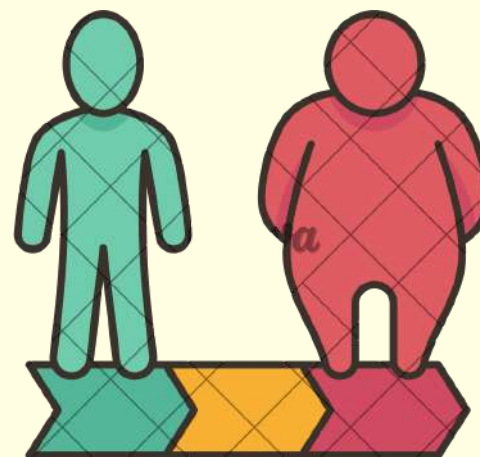
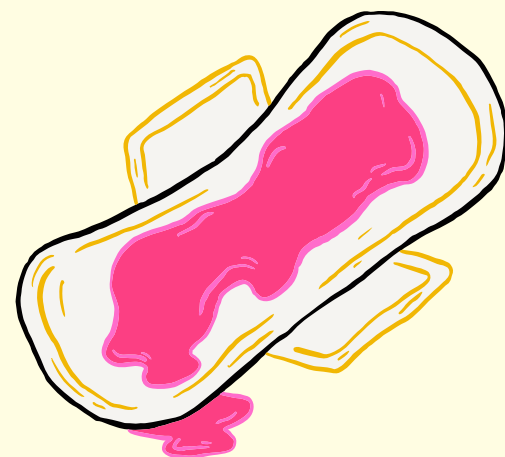


PREVENCIÓN 1ª



Cambios

Factores de riesgo:



MORE INFO

Px con SX

Dx Clínico

GPC- SX OVARIO POLIQUISTICO

Manifestaciones clínicas

MÁS FRECUENTES

TRASTORNOS MENSTRUALES

- Amenorrea ----- 60%
- Opsomenorrea --30-35%

4 % a 20%

- Regulares
- Eumenorreicas



DATOS DE HIPERANDROGENISMO

- Hirsutismo ----- 60%
- Acné ----- 15-25%
- Alopecia ----- 5%
- **Virilización**

- Hirsutismo extremo
- Calvicie
- Voz masculina
- Hipertrofia muscular
- Atrofia de mamas
- Clitoromegalia



VIRILIZACIÓN

Determinar

Px con SOP con regularidad **tiene** ciclos ovulatorios

cifras indicativas

Anovulación

Progesterona sérica

Progesterona en FASE LUTEA
< 5ng

Adolescencia

Difícil integración de dx

- Cambios propios de la etapa (piel)

Aspectos complementarios



CUADRO II. CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA EL SÍNDROME DE POLIQUISTOSIS OVÁRICA EN LA ADOLESCENCIA

Criterios	Hiperandrogenismo ^a	Anovulación Crónica ^b	Poliquistosis ultrasonográfica ^c
Diagnóstico de SPO	+	+	+
Diagnóstico de SPO no confirmado	+	+	-
Diagnóstico de SPO no posible durante la adolescencia	+	-	+
Diagnóstico de SPO no posible durante la adolescencia	-	+	+
No SOP	+	-	-
No SOP	-	+	-
No SOP	-	-	+

SPO Síndrome de Poliquistosis ovárica
a Hiperandrogenemia es primer criterio- el acné y alopecia no son considerados como evidencia para hiperandrogenismo- el hirsutismo puede ser considerado signo de hiperandrogenismo sólo cuando ha sido observado en forma progresiva
b Oligoamenorrea (anovulación) los cuales han sido presentados los dos últimos años.
c Diagnostico de ovarios poliquísticos por ultrasonido abdominal reportando un aumento del tamaño ovárico(10 _ 10 cm3).

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

2 DE 3

01

HA clínico y bioquímico

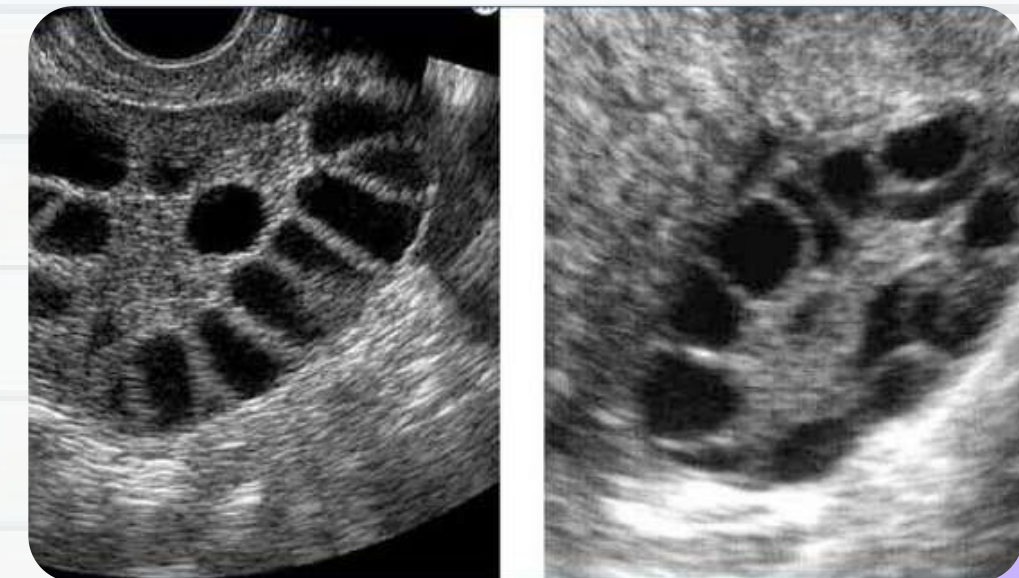
fisiopatológico

02

Anovulación crónica

03

Poliquistosis ovárica por
eco



DX EN ADOLESCENCIA

a)

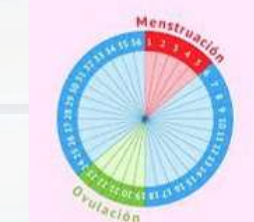
Hiperandrogenemia



b)

Oligomenorrea

**persistente 2 años
después de la menarca**



Ciclos
menstruales largos



Aumento
de peso



Aparición
del acné



Dificultad para
lograr el embaraz

c)

Ecografía



+ vol ovárico >10 ml

CRITERIOS DX

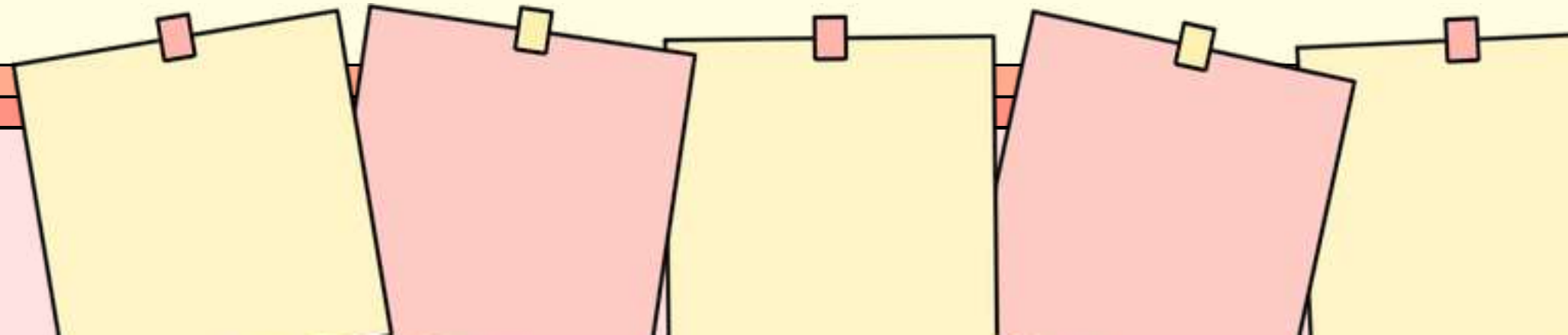
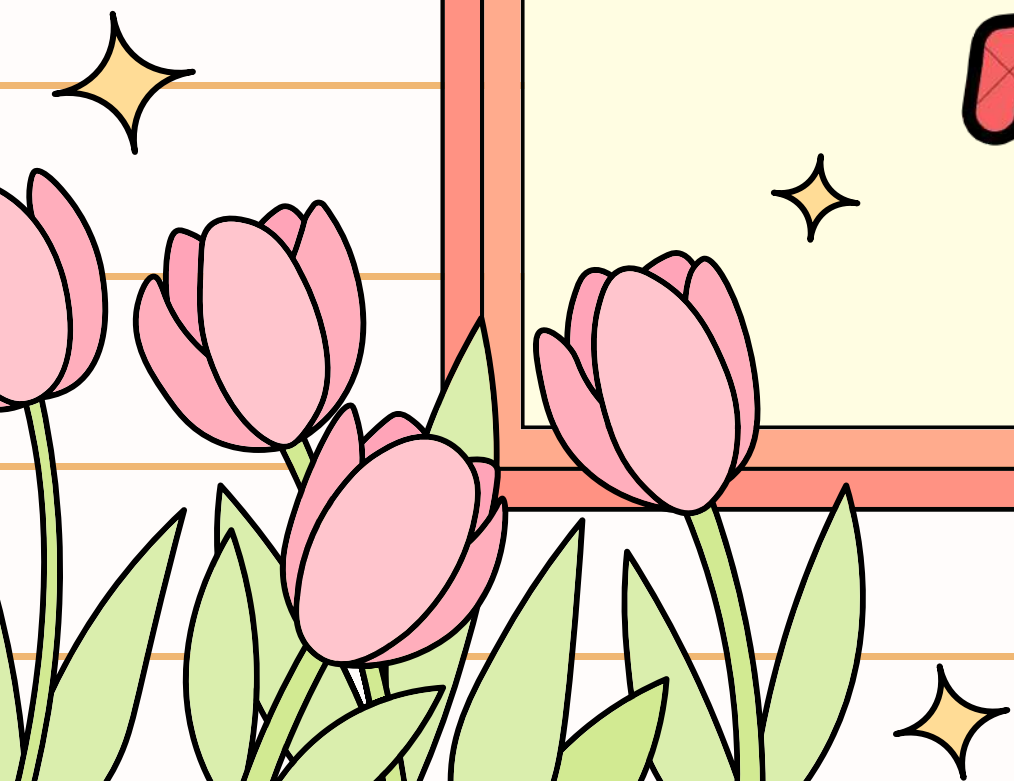
NIH y AE/PCOS Sociey 1

- Exceso de andrógenos
- Disfunción ovárica



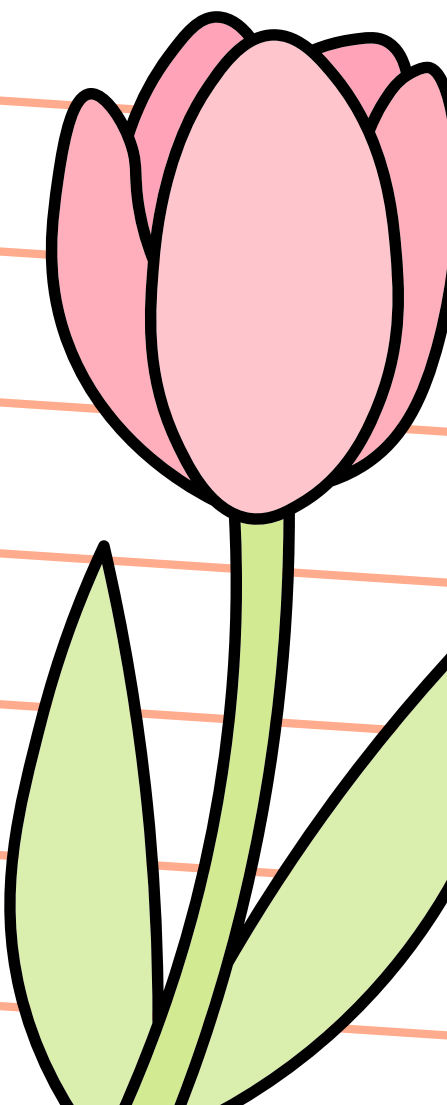
Realizar para descarte:

- Pruebas de funcionamiento tiroideo
 - Niveles séricos de prolactina
- Testosterona, estradiol y 17 hidroxiprogesterona
- Tolerancia a la glucosa (75 gr)
 - Perfil de lípidos en ayuno



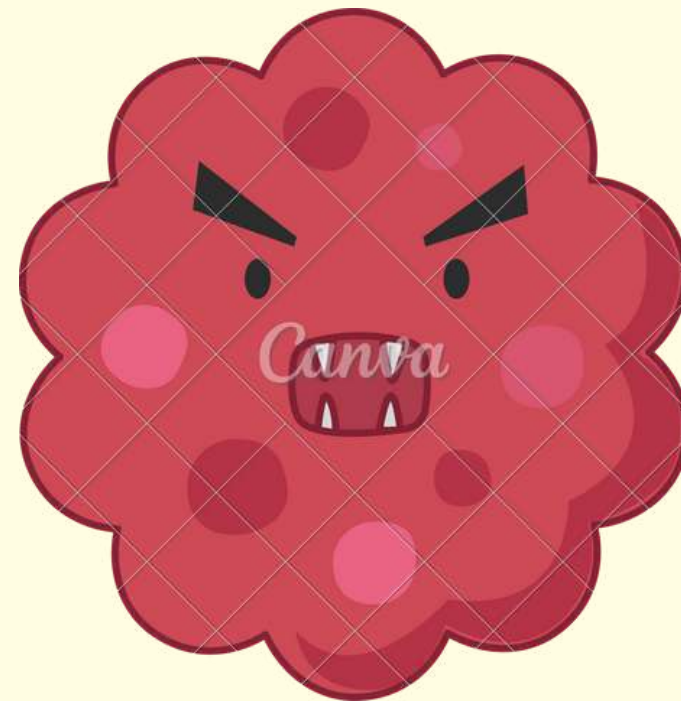
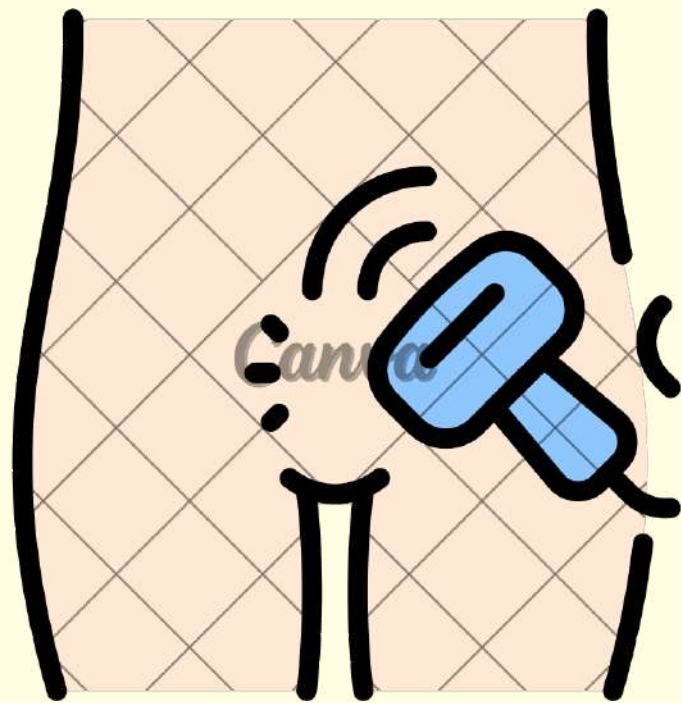
PRUEBAS DX

- Niveles séricos de testosterona, dehidroepiandrosterona (DHEA) y sulfato de dehidroepiandrosterona (DHEAS).
- Hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante.
- Razón LH/FSH (>2).
- Glucemia e insulina.
- Progesterona sérica.
- Ultrasonografía pélvica o endovaginal.

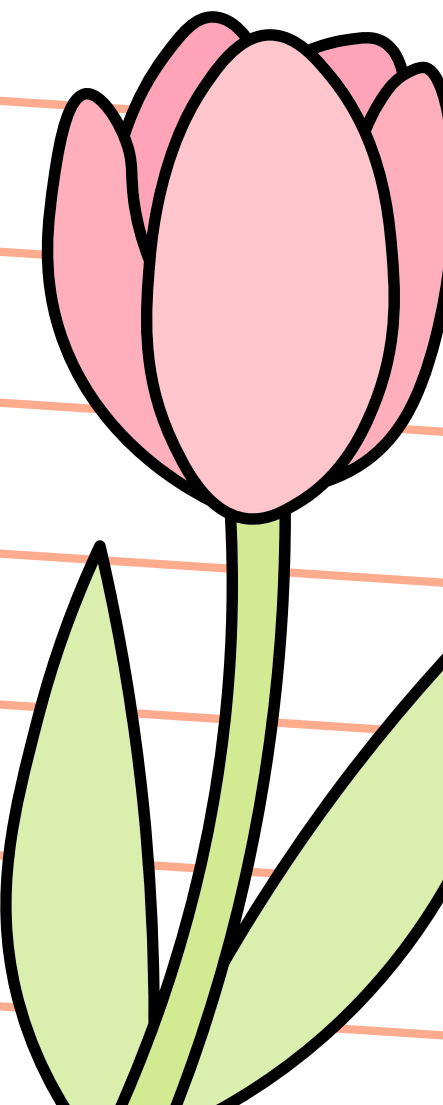


PRUEBAS DX

- 62-75%



Descartar



Dx Diferencial

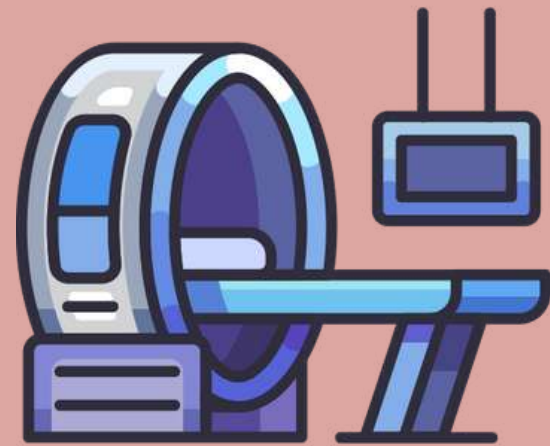
GPC– SX OVARIO POLIQUISTICO

Exclusión de otras enfermedades

condición para dx SOP

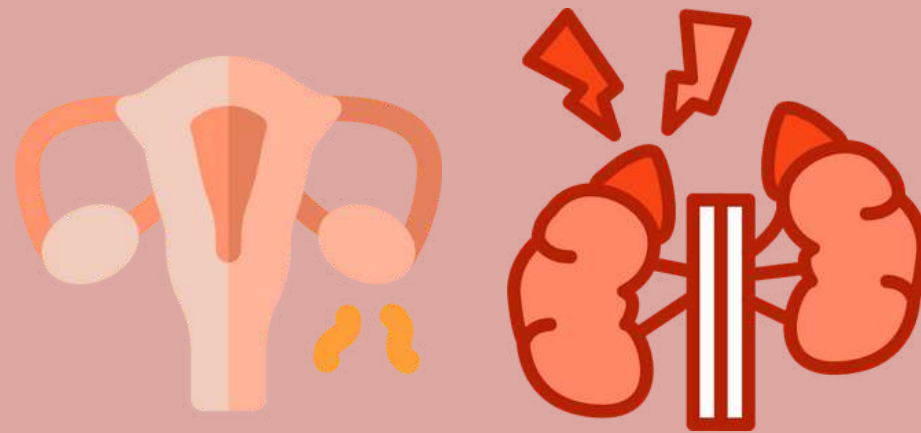


- Disfunción tiroidea
- Hiperplasia adrenal congénita
- Hiperprolactinemia
- Síndrome de Cushing
- Tumores secretores de andrógenos



TAC

Sospecha de TUMOR PRODUCTOR DE ANDROGENOS



*NO recomendable uso de rutina
en el dx*



TX NO FARMACOLÓGICO

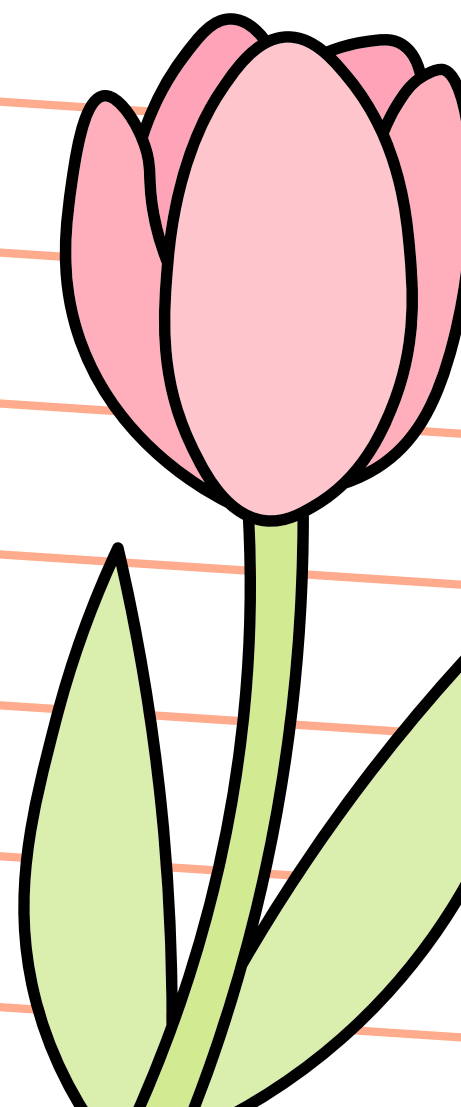
Dieta hipocalórica:

- Reducción de 500-1000 kcal/día (pérdida del 5-10% del peso)
- Enfoque en bajo índice glucémico y grasas saludables



Ejercicio:

- 150 min/semana de actividad aeróbica (caminata rápida)



Tx. Farmacologico

GPC– SX OVARIO POLIQUISTICO

Problemas específicos

Hirsutismo
Acné
Obesidad
Trastorno menstrual
Fertilidad



60–70%



90%



80%

**Anticonceptivos
orales combinados**

Tx de primera línea
PX sin deseo de embarazo
Etinilestradiol 20mcg

**Acetato de
medroxiprogesterona**

10mg x 7–10 días
en la segunda fase del ciclo
durante 3–6m

**Ciproterona 2mg
Drospirenona 3mg**

**Etinilestradiol
0.035 o 0.030mg**

Ciclos de **21 días Tx**
x **7 días** de descanso

Espirolactona

100–200mg x día
sola o compuesto hormonal
estrógeno + progestágeno

Problemas específicos



Progestágenos

- 40 +
- Antecedentes SOP
- Oligo y amenorrea

- Clormadinona
- Acetato de medroxiprogesterona
- Progesterona micronizada

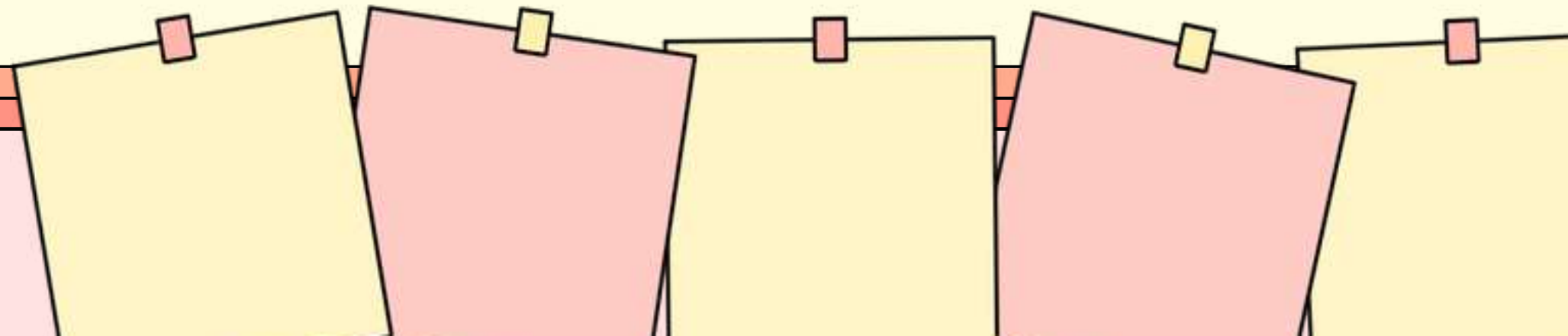
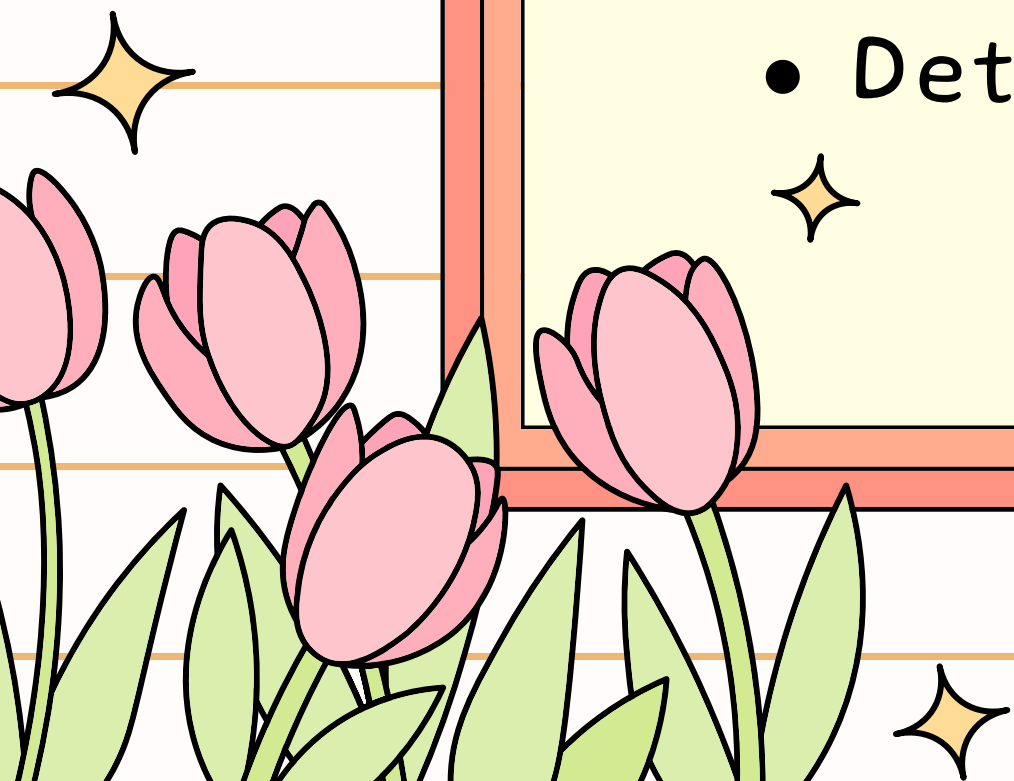
2–5mg/d por 10–14 días

10mg/d por 10–14 días

100–200mg /d por 10–14 días

ABORDAJE EN FERTILIDAD

- Corregir alteraciones nutricias
- Oligo-anovulación
- Determinar ciclo 21-28 o 28-35

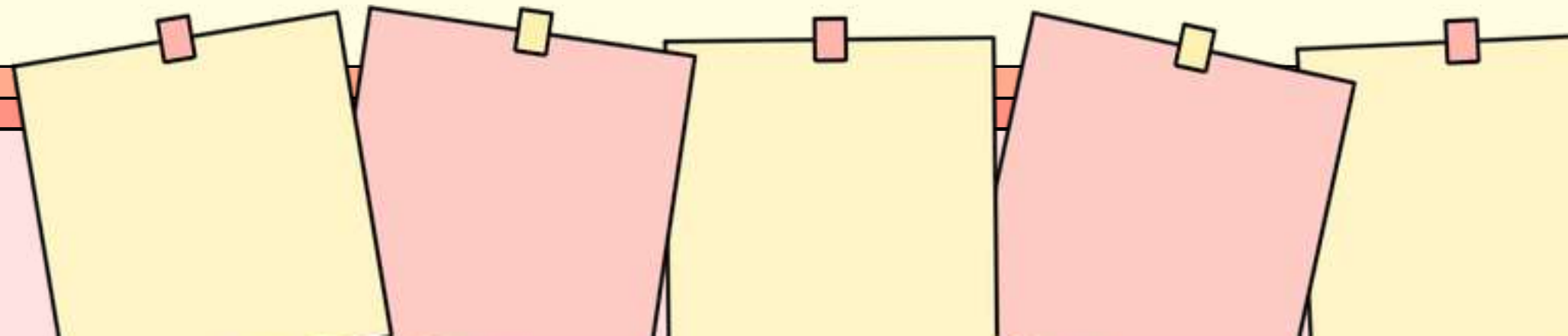
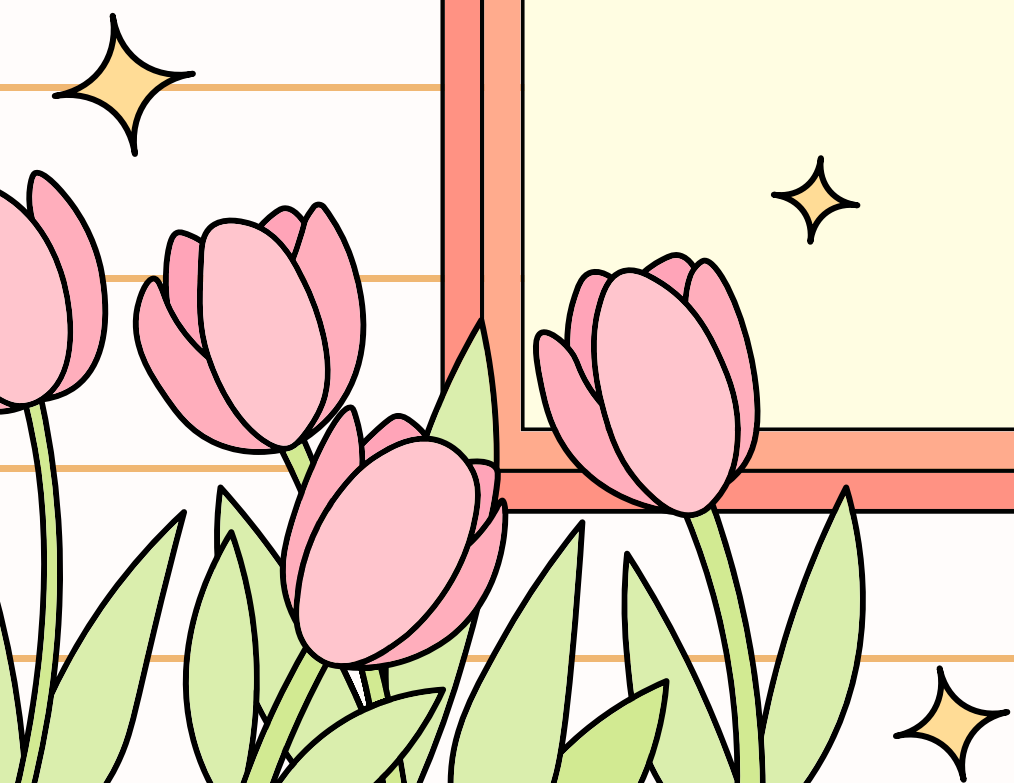


ABORDAJE EN FERTILIDAD

- Px xon SOP ---> Citrato de clomifeno

60-85%

50 mg día Max. 150 mg
(3-5 día al 9)

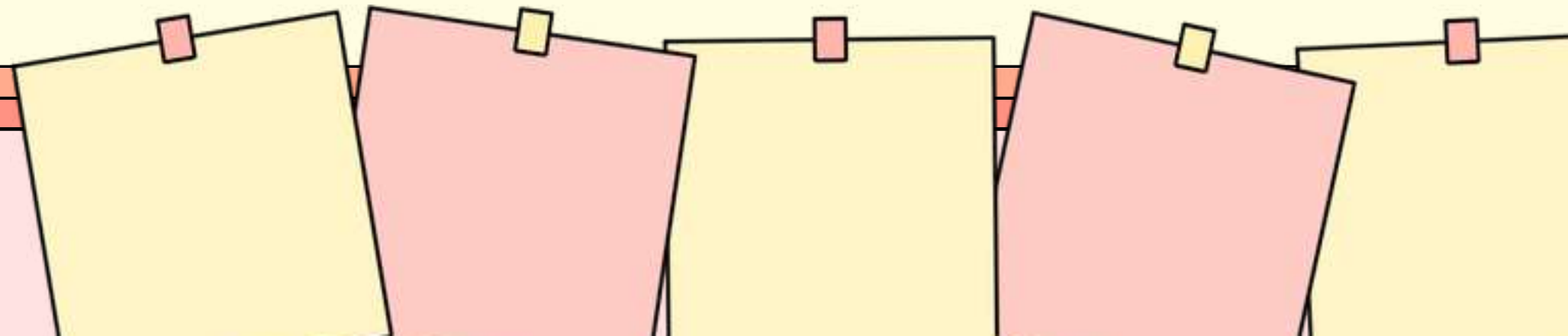
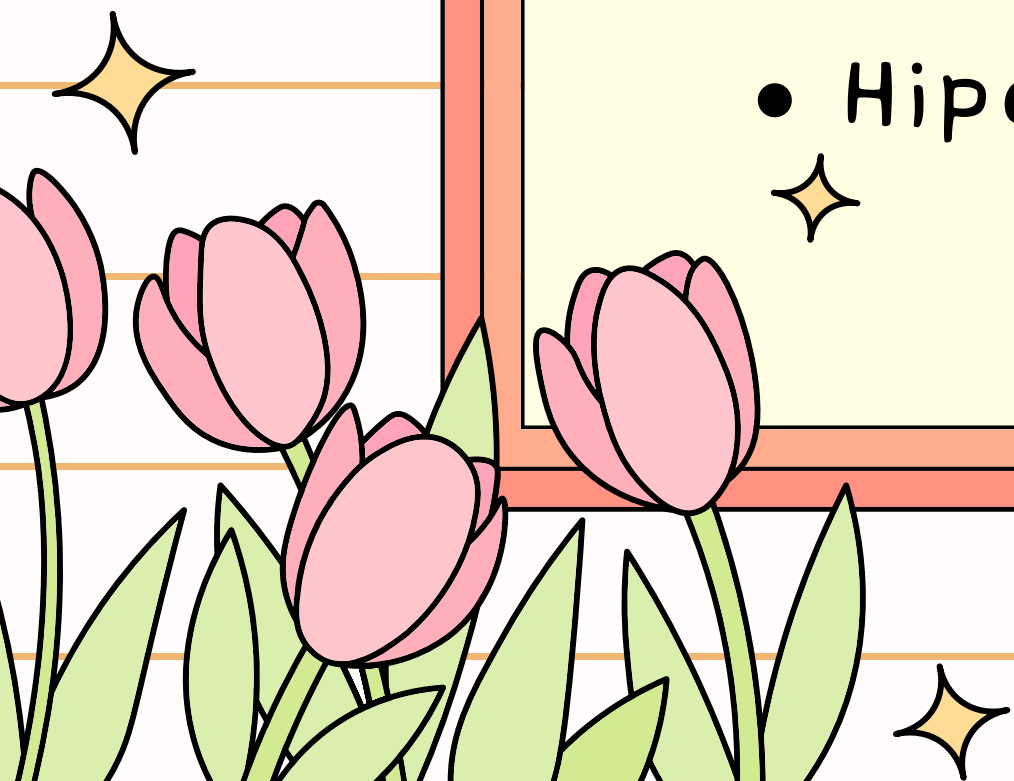


ABORDAJE EN FERTILIDAD

- Px con falla ---> Gonadotropinas hipofisarias

ES:

- Sangrado uterino
- Hiperestimulación



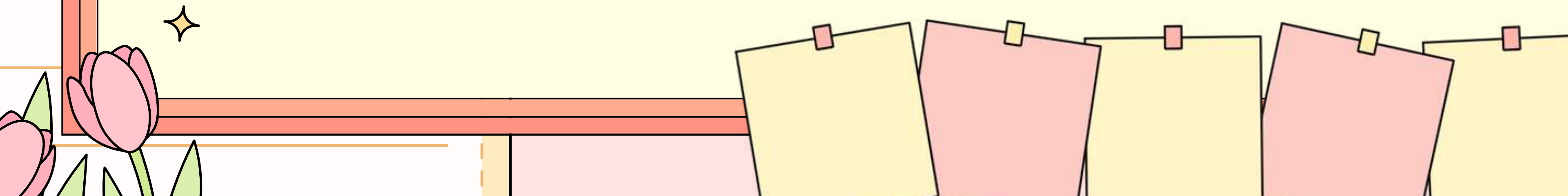
TX QUIRÚRGICO

Indicaciones:

- Pacientes resistentes al clomifeno (1ª línea)
- Fallo a gonadotropinas (HMG/FSH recombinante) o efectos adversos graves
- Alternativa para evitar embarazos múltiples (gonadotropinas)

Técnica:

- Ovarian Drilling laparoscópico: 4-10 perforaciones/ovario



CRITERIOS DE REFERENCIA

Px con



Sospecha clínica de SOP con trastornos menstruales como única alteración, sin deseo de embarazo sin respuesta a tto.

Px con



Dx de SOP y deseo de embarazo, las cuales serán sometidas a estudios de fertilidad y tto ya sea con clomifeno o gonadotropinas.

Bibliografía; Ginecología medica Williams 23 edición, GPC SOP