



## clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



### Editorial

Uno de los problemas endocrinológicos de mayor entidad y que con mayor frecuencia afecta a las mujeres (excepción hecha de las eventuales alteraciones hormonales que inciden en el ciclo menstrual) es el síndrome de ovarios poliquísticos (SOPQ).

Las primeras manifestaciones del síndrome deben sospecharse ya en la adolescencia por la existencia de oligomenorrea de más de dos años de duración tras la menarquia. Los datos clínicos más evidentes del síndrome son, como es sabido, un excesivo crecimiento de pelo con frecuencia de distribución masculina, debido a hiperandrogenismo, irregularidad menstrual o amenorrea por anovulación y presencia de ovarios poliquísticos (recientemente se ha definido la morfología ecográfica del ovario poliquístico como aquel que presenta más de 12 folículos por ovario y/o un volumen ovárico superior a 10 ml). Esta tríada sintomática fundamental suele ir acompañada de obesidad, resistencia a la insulina y esterilidad. Las mujeres con SOPQ presentan riesgo aumentado de diabetes mellitus, carcinoma endometrial y problemas cardiovasculares. Las alteraciones endocrino-metabólicas del síndrome completo incluyen sobreproducción de andrógenos de origen ovárico (sobre todo de androstendiona), secreción errática de LH con aumento de la frecuencia y amplitud de los picos de LH, desarrollo incompleto de la maduración folicular y resistencia a la insulina con hiperinsulinemia compensadora.

La sospecha, el subsiguiente reconocimiento precoz del síndrome y el inmediato tratamiento que evite el hiperandrogenismo son fundamentales para reducir la sintomatología clínica y evitar la posterior existencia de esterilidad, diabetes y síndrome metabólico en estas pacientes. Para ello, como se ha dicho, se precisa el diagnóstico

precoz y la instauración del tratamiento adecuado con contraceptivos orales, progestágenos, antiandrógenos o fármacos reductores de la hiperinsulinemia, según los casos. Sólo así será posible evitar los importantes problemas que a lo largo de su vida pueden presentar aquellas adolescentes o mujeres jóvenes no diagnosticadas y, por tanto, no tratadas con la precocidad requerida. El ginecólogo no puede olvidar tampoco que todavía el SOPQ es la causa de esterilidad del 5-8% de mujeres en edad reproductiva.

Tras enfatizar la importancia del SOPQ, cuya etiopatogenia se conoce cada día mejor pero aún de forma incompleta, ya que desconocemos las causas que inician la enfermedad, deseamos efectuar una breve corrección de un error histórico que se reproduce publicación tras publicación desde hace muchos años.

Casi todas ellas comienzan recordando que el síndrome fue descrito por vez primera por Stein y Leventhal en 1935 (Am J Obstet Gynec. 1935;29:181-91).

En realidad, Irving F. Stein y Michael L. Leventhal describieron el nuevo síndrome en 1934. En efecto, fue en el *Meeting of Central Association of Obstetricians and Gynecologists* (Nueva Orleans, 1-3 de noviembre de 1934) donde presentaron su trabajo "*Amenorrea associated with bilateral polycystic ovaries*", con la descripción detallada de 7 casos típicos de historia de esterilidad, irregularidad menstrual y/o amenorrea, hirsutismo de tipo masculino y, aunque con menor frecuencia, desarrollo mamario retardado y obesidad, asociados a ovarios poliquísticos. Los interesados en esa primera descripción de Stein y Leventhal podrán hallarla reproducida en *Classics in Obstetrics and Gynecology*, editado por T. K. A. B. Eskes y L. D. Longo (The Parthenon Publ. Group. 1994).