



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/83 - HIRSUTISMO Y ACNÉ: A PROPÓSITO DE UN CASO

J. Fernández de Muros Mato¹, C. Concellón García², L. de la Cal Caballero¹, E. Galindo Cantalejo², J. Villar Ramos¹, M. Martín Nicolau³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Castros. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Acude a la consulta de Atención Primaria una mujer de 16 años cuyos únicos antecedentes personales de interés son bajo peso al nacer y pubarquia precoz. Actualmente refiere amenorrea secundaria, coincidiendo con un aumento de vello en labios, barbilla, línea alba y extremidades, así como sobrepeso y acné en la espalda refractario al tratamiento médico.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física presenta un desarrollo mamario completo y genitales externos adultos dentro de la normalidad. A su vez presenta notable aumento de vello facial y de extremidades, erupción acneiforme con lesiones papulopustulosas en espalda, así como un aumento de la grasa corporal de distribución central. Sus parámetros antropométricos son: talla 163,1 cm, peso 67,00 kg, IMC 25,28 kg/m². Solicitamos en primer lugar analítica de sangre con hemograma y bioquímica; así como perfil hormonal completo y endocrino. En los resultados analíticos están todos los parámetros dentro de la normalidad a excepción de insulina (22,3 ?UI/ml) y DHEA sulfato (242 ?g/dl). Dado los resultados obtenidos decidimos solicitar una ecografía transvaginal, donde se objetiva un volumen ovárico derecho de 17,6 cc e izquierdo de 18,2 cc.

Juicio clínico: Los datos obtenidos de la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias nos llevan a pensar en su conjunto que la paciente presenta síndrome de ovario poliquístico (SOP). Presenta hiperandrogenismo tanto clínico como bioquímico así como irregularidades menstruales y aumento del volumen ovárico en la ecografía; por lo cual cumple con los tres criterios diagnósticos de SOP del adulto. A su vez presenta obesidad y resistencia periférica a la insulina que aunque no son criterios diagnósticos están muy ligados al SOP. Se decide comenzar con la primera línea de tratamiento, siendo ésta la dieta y el ejercicio físico así como la administración de anticonceptivos orales.

Diagnóstico diferencial: Se deben descartar otras causas de exceso de andrógenos y trastornos menstruales; tales como el hiperandrogenismo idiopático, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, hiperplasia suprarrenal congénita no clásica, tumores secretores de andrógenos y el síndrome de Cushing. Para ello nos vamos a servir principalmente de la analítica de sangre con la cual podemos medir los niveles de 17-oh-progesterona, hormonas tiroideas, prolactina y testosterona total entre otros parámetros. En función de los resultados analíticos y nuestra sospecha diagnóstica decidiremos si es necesaria la realización de otras pruebas complementarias.

Comentario final: El SOP es una entidad muy prevalente que afecta entre el 5-10% de las mujeres en edad fértil. Por ello sus manifestaciones clínicas, tales como el hirsutismo o el acné, son una causa frecuente de consulta en Atención Primaria. Se trata de una entidad con comorbilidades asociadas tales como la infertilidad por anovulación, diabetes mellitus tipo 2 y el aumento de riesgo de cáncer de endometrio. Por todo ello es importante, una vez establecido el diagnóstico, iniciar tratamiento.

Bibliografía

Ibañez L, Ong KK, López-Bermejo A, Dunger DB, de Zegher F. Hyperinsulinemic androgen excess in adolescent girls. *Nat Rev Endocrinol.* 2014;100:499-508.

Gibson H, Lucas IM, Boyle JA, Teede HJ. Women's experiences of polycystic ovary syndrome diagnosis. *Fam Pract.* 2014;31:545.