

## 312/32 - DETRÁS DE LA AMENORREA

(1) Ballesteros Lechuga, Lourdes; (2) Salmerón Latorre, Rosa María; (3) León Domínguez, Jesús.

(1) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda, Jaén. (2) Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de Gavellar. Úbeda, Jaén. (3) Médico Residente de 1er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Virgen de la Cabeza. Andújar, Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Niña de 13 años sin alergias medicamentosas ni tratamiento actual de ningún tipo. No antecedentes familiares de interés. No antecedentes personales salvo obesidad grado I con IMC 32. Acude a consulta de Atención Primaria por amenorrea secundaria de un año de evolución. Afebril. No náuseas ni vómitos ni cambios en hábito intestinal. No síndrome miccional. No poliuria ni polidipsia.

**Exploración y pruebas complementarias:** -Exploración: Buen estado general, eupneica, normoperfundida. ACR: tonos rítmicos sin soplos ni ruidos patológicos. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación sin masas ni signos de peritonismo. Blumberg y Murphy negativos. Abundante panículo adiposo. Fenotipo de hirsutismo con hiperandrogenismo clínico. -Analítica básica: valores dentro de la normalidad excepto glucemia en ayunas de 208 mg/dl. Se realiza interconsulta a endocrinología y se ampliaron los siguientes parámetros analíticos que obtuvieron los siguientes resultados: HbA1c 9,1 %, insulina 40 mUI/l (2,6-24,9 mUI/l), péptido C 5,0 ng/ml (1,1-4,4 ng/ml), testosterona 65,2 ng/dl, LH 7,3 UI/l, FSH 3,2 UI/l, proteína de transporte de hormonas sexuales (SHBG) 10,3 nmol/l (26-110 nmol/L), índice de andrógeno Libre 21,9 (0,23-5,62 %), Anticuerpos anti-GAD, anti-IA2 y anti-insulina negativos. -Se realiza interconsulta con Ginecología y Obstetricia, quienes llegan al diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico con los criterios clínicos y analíticos compatibles.

**Juicio clínico:** Diabetes Mellitus Tipo 2 en el contexto de hiperandrogenismo por Síndrome ovario poliquístico (insulinorresistencia).

**Diagnóstico diferencial:** Diabetes Mellitus Tipo 1. Hiperandrogenismo idiopático. Tumor pancreático.

**Comentario final:** Los niveles elevados de insulina y péptido C sugieren insulinorresistencia, que explicaría una diabetes tipo 2 en el seno de un hiperandrogenismo, de hecho, el hiperinsulinismo da lugar a una disminución de la proteína de transporte de hormonas sexuales (SHBG), lo que resulta en un índice de andrógenos libres elevado. Por tanto está demostrada la asociación obesidad – hiperandrogenismo (SOP) – insulinorresistencia, de ahí la importancia de una buena anamnesis en mujeres con obesidad y amenorrea, ya que podemos realizar prevención y tratamiento de manera oportuna.

### Bibliografía

-Del Castillo Tirado FJ, Martínez Ortega AJ, Del Castillo Tirado RA. Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. Archivos de Medicina. 2014;10:1-14.

**Palabras clave:** Hirsutismo. Amenorrea. Hiperglucemia