



Dr. Gerardo González M.

Ginecología y Obstetricia - Ginecología Oncológica -
Cirugía Endoscópica Ginecológica

Síndrome Poliendocrino y Metabólico de Ovario

SPMO — Nueva denominación, entendimiento más completo, mejor tratamiento

Que es el Síndrome Poliendocrino y Metabólico de Ovario (SPMO)?

Lo que durante décadas se llamó 'Síndrome de Ovario Poliquístico' (SOP) tiene hoy una denominación más precisa: **Síndrome Poliendocrino y Metabólico de Ovario (SPMO)** — adoptada por sociedades internacionales de endocrinología ginecológica para reflejar mejor lo que realmente ocurre en el cuerpo.

El cambio de nombre no es solo semántico. Refleja un entendimiento más completo: esto no es un problema de 'quistes en los ovarios' — es un **desequilibrio hormonal y metabólico sistemático** que afecta múltiples sistemas del organismo al mismo tiempo.

Por qué cambia el nombre? El término 'poliquístico' generaba confusión — muchas mujeres con este síndrome no tienen quistes, y muchas mujeres con quistes no tienen el síndrome. El nuevo nombre describe con precisión lo que ocurre: una alteración de múltiples ejes endocrinos con consecuencias metabólicas importantes.

En el SPMO, varios sistemas hormonales funcionan de forma descoordinada al mismo tiempo:

- **Eje reproductivo:** los ovarios producen exceso de androgenos (testosterona y sus derivados), lo que altera o suprime la ovulacion.
- **Eje metabolico:** existe resistencia a la insulina — la insulina no funciona bien en los tejidos, el pancreas produce mas para compensar, y ese exceso de insulina estimula aun mas la produccion de androgenos en el ovario.
- **Eje adrenal:** en algunas pacientes, las glandulas suprarrenales tambien contribuyen al exceso de androgenos.
- **Eje tiroideo:** el hipotiroidismo coexiste con el SPMO con mayor frecuencia que en la poblacion general.

Es un circulo vicioso: el exceso de insulina estimula los ovarios, los ovarios producen mas androgenos, los androgenos empeoran la resistencia a la insulina. El tratamiento efectivo debe romper ese circulo.

Como se manifiesta — sintomas del SPMO

- Ciclos menstruales muy irregulares — periodos que pueden durar desde 2 semanas hasta 3 meses entre uno y otro
- Ausencia de menstruacion por meses sin estar embarazada
- Vello excesivo en zonas de patron masculino: cara, cuello, abdomen, espalda, muslos (hirsutismo)
- Acne persistente que no mejora con tratamientos dermatologicos convencionales
- Perdida de cabello en el centro o la coronilla del cuero cabelludo (alopecia androgenetica)
- Dificultad significativa para bajar de peso a pesar de dieta y ejercicio
- Manchas oscuras en pliegues del cuello, axilas o ingle (acantosis nigricans) — signo de resistencia a la insulina
- Dificultad para embarazarse por falta de ovulacion

No necesitas tener todos los sintomas. El diagnostico se establece con al menos 2 de 3 criterios: ciclos irregulares o ausentes, exceso de androgenos (en analisis de sangre o en sintomas visibles), y apariencia ovarica en ultrasonido. Muchas mujeres con SPMO tienen solo uno o dos sintomas visibles.

El SPMO sin tratamiento no es una condición que 'se resuelva sola' con los años. Sus consecuencias metabólicas y oncológicas son reales y progresivas:

- **Diabetes tipo 2:** las mujeres con SPMO tienen entre 3 y 7 veces mayor riesgo de desarrollar diabetes que la población general. La resistencia a la insulina es el puente entre ambas condiciones.
- **Síndrome metabólico:** combinación de obesidad abdominal, presión alta, colesterol alterado y glucosa elevada — que aumenta significativamente el riesgo cardiovascular.
- **Enfermedad cardiovascular:** el perfil hormonal y metabólico del SPMO acelera el proceso de aterosclerosis.
- **Apnea del sueño:** frecuentemente subdiagnosticada en mujeres con SPMO, especialmente con sobrepeso.
- **Hiperplasia y cáncer de endometrio:** los ciclos anovulatorios prolongados exponen el endometrio al estrógeno sin la oposición de la progesterona — lo que puede generar cambios celulares que, sin vigilancia, progresan.
- **Ansiedad y depresión:** el impacto del SPMO en la imagen corporal, la fertilidad y la calidad de vida tiene consecuencias psicológicas reales que deben atenderse.

Vigilancia del endometrio en el SPMO: si llevas más de 3 meses sin menstruación, el endometrio necesita evaluación. Un ultrasonido mide el grosor del endometrio y — cuando está indicado — una biopsia en consultorio descarta cambios celulares. Esta vigilancia es parte esencial del manejo a largo plazo del SPMO.

Diagnóstico — como se confirma

- **Historia clínica completa:** patrón menstrual, síntomas androgénicos, antecedentes familiares de diabetes y enfermedad cardiovascular.
- **Análisis de sangre:** testosterona total y libre, DHEA-S, LH, FSH, estradiol, prolactina, TSH (tiroides), insulina en ayuno y curva de tolerancia a la glucosa, perfil lipídico, hemoglobina glucosilada.
- **Ultrasonido pélvico:** evaluación del volumen ovárico y número de folículos. El patrón 'poliquístico' en ultrasonido es uno de los criterios diagnósticos — pero no es obligatorio ni suficiente por sí solo.
- **Índice de resistencia a la insulina (HOMA-IR):** calcula el grado de resistencia insulínica a partir de glucosa e insulina en ayuno.

El tratamiento del SPMO debe ser personalizado según los objetivos de cada paciente: control de síntomas, fertilidad, protección metabólica o combinación de todos. No existe un tratamiento único que sirva para todas.

- **Cambios en estilo de vida:** la intervención más poderosa disponible. Perder entre el 5 y el 10% del peso corporal puede restaurar la ovulación, mejorar la resistencia a la insulina y reducir los andrógenos — sin ningún medicamento.
- **Metformina:** mejora la sensibilidad a la insulina, regulariza el ciclo y reduce los andrógenos. Primera línea en mujeres con resistencia a la insulina confirmada.
- **Anticonceptivos hormonales combinados:** regulan el ciclo, reducen el acné e hirsutismo y protegen el endometrio de exposición prolongada al estrógeno.
- **Antiandrógenos:** espironolactona o acetato de ciproterona para el hirsutismo y la alopecia cuando los anticonceptivos no son suficientes.
- **Inductores de ovulación:** letrozol o clomifeno para mujeres que desean embarazarse y no ovulan espontáneamente.

Drilling ovarico laparoscópico: cuando los medicamentos para inducir la ovulación no logran el embarazo, este procedimiento quirúrgico mínimo — realizado por laparoscopia, con alta el mismo día y recuperación de 1-2 días — crea pequeñas perforaciones en los ovarios que reducen la producción de andrógenos y restauran la ovulación de forma natural en el 50-80% de las pacientes. Es una alternativa real a la fertilización in vitro para muchas mujeres.

- **Biopsia de endometrio:** indicada cuando el endometrio es grueso en el ultrasonido o cuando la paciente lleva más de 3 meses sin menstruación.
- **Vigilancia metabólica anual:** glucosa, insulina, perfil lipídico y presión arterial — para detectar diabetes o síndrome metabólico antes de que se establezcan.

SPMO y fertilidad — hay opciones

El SPMO es la causa más frecuente de infertilidad anovulatoria — pero **no significa que no puedas tener hijos**. Con el tratamiento correcto, la gran mayoría de las mujeres con SPMO logran embarazarse.

- La primera línea es inducción de ovulación con medicamentos orales (letrozol)
- Si no hay respuesta, se puede intentar con gonadotropinas inyectables con monitoreo estrecho
- El drilling ovarico laparoscópico es una excelente opción antes de escalar a fertilización in vitro
- La fertilización in vitro tiene muy buenas tasas de éxito en mujeres con SPMO, pero requiere manejo cuidadoso para evitar la hiperestimulación ovárica

El momento de buscar ayuda para la fertilidad es después de 12 meses intentando embarazo sin lograrlo (o 6 meses si tienes más de 35 años). No esperes más — hay un camino y tiene solución en la mayoría de los casos.

¿El SPMO desaparece con la menopausia?

Los síntomas del ciclo menstrual desaparecen, pero el riesgo metabólico — diabetes, enfermedad cardiovascular — persiste y puede incluso aumentar. El seguimiento médico no termina con la menopausia.

¿Si tengo SPMO mis hijas también lo tendrán?

Hay un componente genético claro. Las hijas de mujeres con SPMO tienen mayor riesgo. Si tu hija muestra ciclos muy irregulares desde la adolescencia, o acné severo persistente, vale la pena una evaluación ginecológica.

¿Tengo que tomar medicamentos toda la vida?

No necesariamente. Muchas pacientes logran control del síndrome solo con cambios en el estilo de vida. El tratamiento se ajusta según como evoluciona cada caso y los objetivos que tenga la paciente en cada etapa de su vida.

¿El SPMO aumenta el riesgo de cáncer?

El principal riesgo oncológico asociado es el cáncer de endometrio, relacionado con los ciclos anovulatorios prolongados. Con vigilancia adecuada y protección endometrial, este riesgo se puede prevenir y detectar tempranamente.

Tienes ciclos irregulares, dificultad para embarazarte o resistencia a la insulina?

Agenda una valoración integral. El SPMO tiene solución.

Dr. Gonzalez M. · Ginecología Oncológica



Resena en Google



Sitio web

oncoginegonzalez.com.mx

Tel: 871 480 0070

Hospital Angeles Torreon | Torre Vasconcelos, Modulo 403