



Prevalencia por fenotipos del síndrome de ovario poliquístico y resistencia a la insulina en adolescentes atendidas en un centro de tercer nivel durante el período 2015-2022.



Objetivo:

Conocer la prevalencia de los distintos fenotipos de acuerdo a la clasificación de la NIH 2012 basados en los criterios de Rotterdam para síndrome de ovario poliquístico en las pacientes adolescentes de un tercer nivel de atención y su relación con la prevalencia de resistencia a la insulina por fenotipo.

Antecedentes:

En el año del 2012 la NIH recomendó la utilización de los criterios de Rotterdam, y se realizó una descripción detallada de las características de cada fenotipo. Fenotipo A: Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico + Disfunción ovulatoria + Ovarios poliquísticos. Fenotipo B: Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico + Disfunción ovulatoria. Fenotipo C: Hiperandrogenismo clínico y/o bioquímico + Ovarios poliquísticos. Fenotipo D: Disfunción ovulatoria + Ovarios poliquísticos.

La división en fenotipos puede considerarse como una ventaja de la misma, ya que resulta relevante desde el punto de vista clínico y epidemiológico. Así mismo de acuerdo a los resultados de varios estudios, los fenotipos con hiperandrogenismo y anovulación han sido asociados a resistencia a la insulina y al desarrollo de síndrome metabólico.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo observacional donde se incluyeron 25 pacientes con síndrome de ovario poliquístico de la clínica de adolescencia de un tercer nivel de atención del 2015 al 2022, las cuales fueron clasificadas en 4 grupos de acuerdo a cada fenotipo. Las pacientes contaban con perfil hormonal con andrógenos, insulina y glucosa en ayuno. El punto de corte para resistencia a la insulina fue de acuerdo al HOMA IR >2.5 y para hiperandrogenismo > 0.7 mmol/dl.

Resultados:

Resultados: Fenotipo A: 12 (48%), B: 9 (36%) C: 0 (0%) D: 4 (16%), se observó un total de 13 pacientes con resistencia a la insulina correspondiente a un 52% de la población estudiada. Del fenotipo A representa el porcentaje de pacientes que presentaron resistencia a la insulina fue de 61.5% (n=8), el fenotipo B 30.5% (n=4), el fenotipo D 8% (n=1).

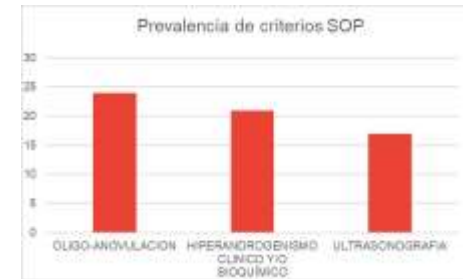


Gráfico 1. Prevalencia criterios SOP

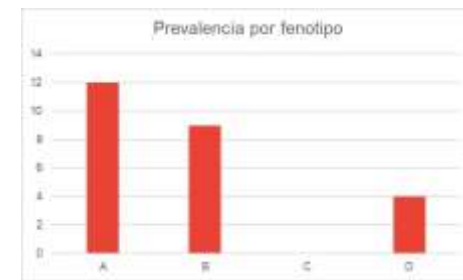


Gráfico 2. Prevalencia por fenotipo SOP

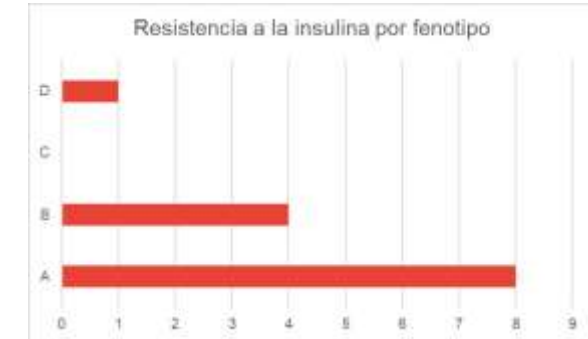


Gráfico 3. Resistencia a la insulina por fenotipo

	MEDIA	MIN	MAX	DESV EST
Edad	16.69	15	18	1.00
IMC	27.68	19.90	36.80	4.42
HOMA-IR	3.42	1.10	15.50	2.86
Testosterona libre	1.42	0.68	3.92	0.79

Tabla 4. Variables estadísticas.

Discusión:

La clasificación de fenotipos de acuerdo a los criterios de Rotterdam se ha establecido en distintos consensos internacionales con la intención de mejorar el abordaje y tratamiento de la paciente con síndrome de ovario poliquístico acorde a sus características clínicas así como su correlación con los parámetros bioquímicos. En la población mexicana no encontramos información de síndrome de ovario poliquístico que contemple el fenotipo y su prevalencia. Por lo que decidimos analizar la información existente de un tercer nivel de atención en México para buscar el fenotipo de mayor prevalencia en su población adolescente así como correlacionar los resultados bioquímicos con los fenotipos propuestos por los criterios de Rotterdam.

Entre las dificultades que se presentaron en nuestro análisis destaca el no contar con una muestra amplia de pacientes secundario a que por criterios de Rotterdam algunas de las pacientes con sospecha diagnóstica no cumplían con más de un criterio lo cual redujo aún más la muestra analizada. Se observó que la media de edad en las pacientes fue de 16.6 años y una media de índice de masa corporal de 27.6 kg/m².

Conclusiones:

De acuerdo a las características de la población y muestra estudiada podemos concluir que el fenotipo de mayor prevalencia fue el tipo A en el cual se observó un alto porcentaje de pacientes que presentaron resistencia a la insulina. Consideramos que este trabajo propone continuar con el análisis de los fenotipos del síndrome de ovario poliquístico basados en los criterios de Rotterdam en adolescentes mexicanas.

1. Lizneva D, Suturina L, Walker W, Brakta S, Gavrilova-Jordan L, Azziz R. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Fertility and Sterility*. 2016;106(1):6-15. 2. Witchel S, Oberfield S, Peña A. Polycystic Ovary Syndrome: Pathophysiology, Presentation, and Treatment With Emphasis on Adolescent Girls. *Journal of the Endocrine Society*. 2019;3(8):1545-1573. 3. Szydlarska D, Machaj M, Jakimiuk A. History of discovery of polycystic ovary syndrome. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2017;26(3):555-558.