



Impacto de la resistencia a la insulina y el SOP en la salud cardiovascular

El síndrome de ovario poliquístico es un desorden heterogéneo que se define como la combinación de signos y síntomas producto del exceso de andrógenos.

La OMS estima que 116 millones de mujeres (3.4%) son afectadas por SOP en el mundo. Esto atribuye a las mujeres mayor riesgo de: Infertilidad, displasia endometrial, obesidad, diabetes mellitus, enfermedad cardiovascular y desórdenes psiquiátricos.

Menos del 10% de los genes son la causa directa del SOP; sin embargo, la heredabilidad es del 70% y depende de la combinación de factores poligénicos, epigenéticos y ambientales.

Todos los fenotipos del SOP están asociados a la resistencia a la insulina:

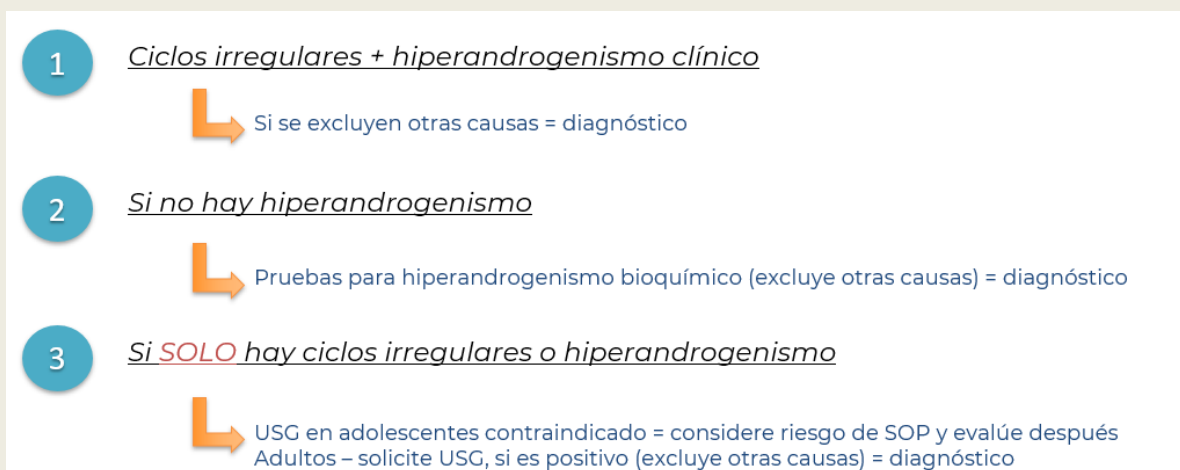
Fenotipos	RI	Manifestaciones Porcentaje de pacientes (%)
A. Ovario poliquístico, oligoanovulación crónica e hiperandrogenismo	80 %	Mayor obesidad abdominal, mayor resistencia a la insulina, mayor riesgo cardiovascular 50 a 60%
B. Oligoanovulación e hiperandrogenismo	80 %	Mayor obesidad abdominal, mayor resistencia a la insulina, mayor riesgo cardiovascular 20 a 30%
C. Ovario poliquístico e hiperandrogenismo	65 %	Mujeres ovulatorias 10-15%
D. Ovario poliquístico y oligoanovulación crónica	38 %	Mujeres sin hiperandrogenismo 5-10%

Dentro de los factores de riesgo cardio- metabólicos encontramos:

- Obesidad (OR 2.77, IC95: 1.88-4.10).
- Síndrome metabólico (OR 1.8, IC95: 1.3-2.3).
- Alteraciones en el metabolismo de la glucosa (OR 3.26, IC95: 2.1-4.9).

- Hipertensión arterial (OR 1.5, IC95: 1.2-1.8).
- Tromboembolismo venoso (OR 1.9, IC95: 1.6-2.2).
- Dislipidemia mixta (TG /c-HDL /c-LDL).
- Eventos cardio y cerebrovasculares (resultados son discordantes).
- Disfunción endotelial (aumento de la endotelina-1).
 - Inflamación crónica (aumento de la proteína C reactiva, IL 6 y adiponectina).
 - Aumento en el grosor de la íntima media y el score de calcio en las arterias coronarias.

Algoritmo diagnóstico del SOP



Diagnóstico de resistencia a la insulina

- **Síntomas:** Sed excesiva, alteraciones en el peso, hipertensión, antojos por alimentos salados o dulces, fatiga, piel oscura y seca en ingles, axilas y parte trasera del cuello.
- **Evaluación:** Prueba de tolerancia a la glucosa (GTT), prueba de tolerancia a la insulina (ITT), clamp hiperinsulinémico- euglucémico. HOMA2, HOMA-IR, además de documentar los triglicéridos elevados y colesterol HDL bajo.

Recuerda:

- La RI y el hiperandrogenismo son clave en la fisiopatología del SOP y en la génesis de la enfermedad CV.
- Evaluar otras variables cardiometabólicas como la DM2, HAS, obesidad y dislipidemia.
- Evaluar siempre la RI, independientemente del IMC y fenotipo del SOP por su impacto en órganos y sistemas. Preferentemente hacer la prueba de curva de tolerancia oral a la glucosa 75 g. (HgA1c o GA) y realizar cada 1 a 3 años.
- El tratamiento de primera línea consiste en cambios en la alimentación y ejercicio, el tratamiento farmacológico es la metformina, ya que tiene efecto sobre variables reproductivas y metabólicas, a dosis de 2.0 a 2.5 g.
- Puede potenciar su efecto con otros sensibilizadores a la insulina (tiazolidinedionas).
- Considerar análogos del receptor de GLP-1 e ISGLT-2.
- El SOP no solo debe abordarse como una disfunción ovulatoria e hiperandrogenismo.