Contribución al Estudio del Síndrome de Ovarios Poliquísticos

Dr. Jorge Amorochó Carreño *

Dr. Arturo Aparicio Jaramillo *

El propósito de este trabajo es el de aportar algunos datos adicionales al estudio del síndrome denominado "ovarios poliquísticos". En el mismo nombre hay confusión. En efecto, en una época se denominó "ovaritis escleroquistica", nombre a todas las luces erróneo, ya que prejuzga de la etiología o por lo menos patogene inflamatoria de la entidad. Por otro lado, en recientes libros y revistas se encuentra la denominación de "ovarios poliquísticos" en referencia al síndrome de Stein Leventhal.

Hemos querido intentar una diferenciación en la denominación de las dos entidades. En el Síndrome de Stein-Leventhal, hay anatómopatológicamente una marcada esclerosis de la albugínea ovárica, con apariencia lisa exterior, blanca-grisosa, etc. Los quistes múltiples se encuentran únicamente al hacer cortes de la glándula. Esto tal vez haría como más aconsejable el nombre de "ovario escleroquistico". En la entidad que nos ocupa, el ovario presenta múltiples quistes macroscópicos, e histológicamente puede o no, como sucede en muchos casos, existir esclerosis discreta de la albugínea. Los quistes múltiples hacen saliente sobre la superficie del ovario, haciéndola irregular, y dándole una tonalidad de color completamente distinta. Ello nos inclina a denominar la entidad como 'ovarios poliquísticos'.

Para mayor diferenciación de las dos entidades, podremos definir la última como un síndrome hiperestrogénico, caracterizado por trastornos menstruales en la mayor frecuencia de tipo hiper-polimenorréicos, debido a la presencia de múltiples quistes de retención en los ovarios, de etiología variada y de relativa frecuencia, en contraposición con la primera. Síndrome de Stein-Leventhal, cuadro clínico hipoeestrogénico, de poca frecuencia, con amenorrea y fenómenos de virilización.

En general podemos decir que es poco lo que se ha estudiado el síndrome de ovarios poliquísticos como entidad global. En la mayoría de los casos se hace alusión a quistes ováricos de reten-

* Del Servicio de Ginecología — Hospital San Juan de Dios

ción como afección más o menos secundaria dentro de la patología ginecológicas. Es nuestro sentir que el ovario poliquístico es mucho más frecuente y significativo de lo que se juzga en general y que ocupa lugar destacado de las entidades que agrupamos dentro de la denominación de disfuncionales.

MATERIAL

Hemos tomado cien casos de nuestras pacientes privadas, con el objeto de estudiar el cuadro clínico. Se hicieron pruebas funcionales tales como biopsia endometrial, estudio de citología exfoliativa, metabolismo basal y curvas de Temperatura Basal.

Como la mayoría de las pacientes había sido tratada antes de hacer el estudio, no pudimos seguir un método uniforme, pues la mitad de las pacientes fueron sometidas a cierta rutina de examen y la otra mitad, a un método distinto. Pero en líneas generales puede observarse que el análisis funcional es sensiblemente igual.

Por tratarse de pacientes privadas, en muchas de ellas se omitieron exámenes de Laboratorio costosos, que en rigor hubieran tenido valor especulativo más que directamente práctico para la paciente, exámenes que se hubieran practicado por sistema en un medio hospitalario. El análisis de nuestras pacientes se presenta en los siguientes cuadros estadísticos:

CUADRO N° 1 SINTOMATOLOGIA

Frecuencia

1 — Dolor hipogástrico y/o lumbar intermenstrual	63%
2 — Dolor abdominal y/o lumbar premenstrual	47%
3 — Mastalgia pre-menstrual	73%
4 — Tensión premenstrual	56%
5 — Amenorreas y oligomenorreas	20%
6 — Hipomenorreas	12%
7 — Eumenorreas	22%
8 — Hipermenorreas	36%
9 — Menometrorragias	26%
10 — Esterilidad	59%
11 — Menalgia	74%
12 — Tumefacción ovárica palpable, uni o bilateral	65%

Se analizaron también las pruebas funcionales a las cuales habían sido sometidas las pacientes, se presentan en el siguiente cuadro:

PRUEBAS FUNCIONALES

Frecuencia

I — Biopsia endometrial.

a) Atrofia	7
b) Hiperplasia	7
c) Proliferativo persistente	19
d) Secretor	3
Total de biopsias	33

II — Temperatura Basal.

a) Monofásica	27
b) Bifásica	2
Total de Temperaturas basales	29

III — Citología vaginal.

a) Estrogénos persistentes	41
b) Progestacional	3
c) Hiperestrogénicas	7
Total de citología vaginal	51

IV — Moco cervical.

a) Estrogénico persistente	33
b) Progestacional	2
Total de pruebas sobre moco cervical	55

CARACTERES GENERALES

Gesta	31
Para	26
Abortos	5
Esterilidad primaria	47
Esterilidad secundaria	9

CONCLUSIONES

Las conclusiones que ha sido posible obtener de estos cuadros, se resumen como sigue:

1°—Definición

El síndrome de ovarios poliquísticos es un cuadro hiperestrogénico real o relativo constituido por:

- a) Hiperpolimenorreas.
- b) Anovulación.
- c) Síntomas de tensión pre-menstrual.
- d) Dolor pélvico y/o lumbar premenstrual y/o intermenstrual.
- e) Tumefacción ovárica uni o bilateral.

2°—No debe confundirse con el síndrome de Stein-Leventhal, completamente distinto. Sus caracteres clínicos comparados son:

SINDROME DE OVARIOS POLIQUISTICOS	STEIN-LEVENTHAL
1—Poli- hiper-meno- metrorragias: usual.	1—Poli - hipermeno- metrorragias: ocasional y transitorias.
2—Hipo -oligo- amenorreas: Ocasional y transitorias.	2—Hipo oligo- amenorraes: usuales.
3—Desfeminización: ausente.	3—Desfeminización (hirsutismo, acné, etc.) frecuente 50%.
4—Tumefacción ovárica no simétrica; muchas veces unilateral o no papable.	4) Tumefacción ovárica, tres a cinco veces tamaño ovario normal, BILATERAL; SIME-TRICA).
5—Anovulación y esterilidad muy frecuentemente secundarias.	5—Anovulación y esterilidad primarias.
6—Presencia de múltiples quistes superficiales.	6—Albugínea esclerosa, engrosada, que impide la saliente lobulada de quistes.
7—Relativamente frecuente.	7—Relativamente rara.

3°—Los caracteres clínicos del síndrome de ovarios poliquísticos son:

- 1— Tumefacción ovárica uni o bilateral sensible a la palpación.
- 2— Polimenorreas.
- 3— Hipermenorreas.
- 5— Mastalgia premenstrual.
- 5— Mastalgia premenstrual.
- 6— Menalgia tipo congestivo o mixto.
- 7— Dolor pélvico y/o lumbar pre-menstrual y/o intermenstrual.
- 8— Esterilidad primaria o secundaria por anovulación.
- 9— Tensión pre-menstrual

4°—Los caracteres endocrinos del síndrome son:

- 1— Hiperfoliculinismo real o relativo:
 - a) Exceso de estrógenos con hiperplasia de endometrio.
 - b) Persistencia folicular y anovulación con niveles estrogénicos normales.
 - c) Ciclos ovulatorios con baja producción de progesterona: el endometrio no pasa de fase secretora inicial.
- 2— Hipotiroidismo clínico o sub-clínico; en muchas ocasiones función tiroidea normal.
- 3— Funciones suprarrenales en muchas ocasiones normales.

De lo expuesto, podemos deducir que el criterio diagnóstico seguido en el caso del síndrome de ovarios poliquísticos está basado en los siguientes puntos:

- 1— Transtornos del ciclo menstrual.
- 2— Mastalgia y tensión premenstrual.
- 3— Persistencia estrogénica, demostrada en citología vaginal, moco cervical, temperatura basal y biopsia endometrial.
- 4— Tumefacción ovárica uni o bilateral.

Expresamente no hemos hecho comentarios respecto a la etiología, patogenie y tratamiento.

La etiología permanece aún bastante oscura, o por lo menos parece ser múltiple. En algunos casos se encuentran antecedentes inflamatorios; en otros se puede hallar un disturbio endocrino subclínico. De tal manera que el origen de la lesión parece ser múltiple.

En cuanto se refiere a tratamiento, el que hemos empleado más frecuentemente es el quirúrgico, haciendo resección cuneiforme y extirpando la zona quística. Sin embargo no se nos escapa que éste no es el tratamiento ideal de la entidad. Consideramos que este síndrome es esencialmente funcional y por lo tanto su tratamiento debe orientarse hacia la parte médica. Sobre estos puntos hemos seguido estudiando.

SUMARIO Y CONCLUSIONES

Hemos presentado nuestras experiencias en cien casos de lo que hemos denominado síndrome de ovarios poliquísticos. Expusimos las razones por las cuales esta debe ser su denominación, dejando la de ovarios escleroquísticos para el síndrome de Stein-Leventhal.

En nuestro estudio hemos puesto de relieve la importancia de este síndrome, por su frecuencia y por su significación en la patología ginecológica. Hemos creído dar una visión de conjunto que lo individualiza como entidad.

Hemos estudiado sus características clínicas, y sus modalidades endocrinas.

No hemos contemplado en el presente trabajo el problema referente a etiología, patogenia ni tratamiento, por considerarlos aún en estudio.