

**DOI:** 10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.436-444

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/2204>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 32 Ciencias Médicas

**PAGINAS:** 436-444



## Ovario poliquístico. Diagnóstico y manejo

### Polycystic ovary syndrom. Diagnosis and management

### Síndrome dos ovários poliquísticos. Diagnóstico e tratamento

**Pamela Nicole Cabrera Gómez<sup>1</sup>; Joffre Alexis Manosalvas Hurtado<sup>2</sup>; Joselyn Mishel Proaño Proaño<sup>3</sup>; José Manuel Carpio García<sup>4</sup>**

**RECIBIDO:** 10/01/2024 **ACEPTADO:** 15/02/2023 **PUBLICADO:** 05/06/2024

1. Médica; Médico Rural; Centro de Salud INNFA Sucúa; Sucúa, Ecuador; pamela98cg@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0000-8302-5841>
2. Médico; Médico Rural; Puesto de Salud Monte Olivo; Monte Olivo, Ecuador; alexism134@gmail.com;  <https://orcid.org/0009-0005-2473-2219>
3. Médica General; Médica Rural; Puesto de Salud Monte Olivo; Monte Olivo, Ecuador; michelleproao@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8035-5121>
4. Obstetra; Obstetra Rural; Puesto de Salud Monte Olivo; Monte Olivo, Ecuador; jose97carpio@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0007-6880-4629>

#### CORRESPONDENCIA

**Pamela Nicole Cabrera Gómez**

pamela98cg@hotmail.com

**Sucúa, Ecuador**

## RESUMEN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino heterogéneo que se caracteriza por la manifestación de quistes ováricos, anovulación y variación endocrina que impactan severamente la vida de una mujer. Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sobre el síndrome de ovario poliquístico (SOP), su diagnóstico y manejo, se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron artículos publicados entre 2019 y 2024, utilizando palabras clave como "síndrome de ovario poliquístico", "diagnóstico de SOP" y "manejo de SOP". El SOP es una condición compleja con múltiples manifestaciones que requiere un enfoque integral y personalizado para su manejo. Las modificaciones en el estilo de vida, combinadas con intervenciones farmacológicas y tratamientos específicos para los síntomas, pueden mejorar significativamente la calidad de vida de las pacientes. La coordinación interdisciplinaria y el seguimiento continuo son cruciales para abordar eficazmente esta condición y sus complicaciones asociadas.

**Palabras clave:** Síndrome de Ovario Poliquístico, Diagnóstico de SOP, Manejo de SOP.

## ABSTRACT

Polycystic ovary syndrome (PCOS) is a heterogeneous endocrine disorder characterized by the manifestation of ovarian cysts, anovulation, and endocrine variation that severely impacts a woman's life. To conduct a literature review on polycystic ovary syndrome (PCOS), its diagnosis, and management, exhaustive searches were performed in scientific databases such as PubMed, Scopus, and Google Scholar. Articles published between 2019 and 2024 were selected using keywords such as "polycystic ovary syndrome," "PCOS diagnosis," and "PCOS management." PCOS is a complex condition with multiple manifestations requiring a comprehensive and personalized approach to its management. Lifestyle modifications, combined with pharmacological interventions and specific treatments for symptoms, can significantly improve the quality of life of patients. Interdisciplinary coordination and continuous follow-up are crucial for effectively addressing this condition and its associated complications.

**Keywords:** Polycystic Ovary Syndrome, PCOS Diagnosis, PCOS Management.

## RESUMO

A síndrome dos ovários poliquísticos (SOP) é um distúrbio endócrino heterogéneo caracterizado pela manifestação de quistos nos ovários, anovulação e variação endócrina que tem um impacto grave na vida da mulher. Para realizar uma revisão da literatura sobre a síndrome dos ovários policísticos (SOP), seu diagnóstico e manejo, foram realizadas buscas exaustivas em bases de dados científicas como PubMed, Scopus e Google Scholar. Os artigos publicados entre 2019 e 2024 foram selecionados usando palavras-chave como "síndrome dos ovários policísticos", "diagnóstico de SOP" e "tratamento da SOP". A SOP é uma doença complexa com múltiplas manifestações que requerem uma abordagem abrangente e personalizada para a sua gestão. As modificações do estilo de vida, combinadas com intervenções farmacológicas e tratamentos específicos para os sintomas, podem melhorar significativamente a qualidade de vida dos doentes. A coordenação interdisciplinar e o acompanhamento contínuo são cruciais para abordar eficazmente esta condição e as complicações associadas.

**Palavras-chave:** Síndrome dos Ovários Policísticos, Diagnóstico da SOP, Controlo da SOP.

## Introducción

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es un trastorno endocrino heterogéneo que se caracteriza por la manifestación de quistes ováricos, anovulación y variación endocrina que impactan severamente la vida de una mujer. Según la estimación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), más de 116 millones de mujeres (3,4%) se ven afectadas por este síndrome mundialmente (1).

A pesar de que esta patología es reconocida como la anormalidad endócrina más común en las mujeres en edad reproductiva, su etiología continúa siendo incomprensible ya que involucra varios factores. En este sentido, radica la importancia del estudio y el interés de indagar sobre el diagnóstico y tratamiento adecuado para reducir los problemas de salud asociados a este síndrome y, sobre todo, la infertilidad que es una de las complicaciones que no solo afecta la salud mental, si no el estado de bienestar de las parejas (2).

Su complejidad de diagnóstico se ve reflejado en las diferentes definiciones que ha tenido desde 1935 cuando Stein y Leventhal por primera vez lo describieron. En ese momento fue descrito como presencia de ovarios con quistes pequeños, amenorrea, hirsutismo y obesidad. Posteriormente, en 1990, el National Institutes of Health (NIH), brindó la definición de hiperandrogenismo asociado a anovulación crónica sin otra causa determinada que curse con irregularidades menstruales o exceso de andrógenos. Cabe recalcar que en esta definición no se tomó en cuenta el aspecto morfológico de los ovarios (3).

La complejidad del SOP radica en su clínica variable, que abarca desde síntomas menstruales irregulares e hirsutismo hasta manifestaciones más graves como resistencia a la insulina y riesgo aumentado de enfermedad cardiovascular. Este amplio espectro de presentación subraya la necesidad de abordar el SOP de manera integral, considerando no solo sus manifestaciones reproductivas sino también sus consecuencias metabólicas a largo plazo (4).

## Metodología

Para llevar a cabo la revisión bibliográfica sobre el síndrome de ovario poliquístico (SOP), su diagnóstico y manejo, se realizaron búsquedas exhaustivas en bases de datos científicas como PubMed, Scopus y Google Scholar. Se seleccionaron artículos publicados entre 2019 y 2024, utilizando palabras clave como "síndrome de ovario poliquístico", "diagnóstico de SOP" y "manejo de SOP". Se incluyeron estudios clínicos, revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica y metaanálisis relevantes. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios seleccionados utilizando herramientas estándar de evaluación crítica, y se sintetizaron los hallazgos más relevantes para proporcionar una visión comprensiva y actualizada del tema.

## Resultados

### Epidemiología

Existen diferentes aspectos que guardan algún tipo de relación con el fenotipo del Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), entre ellos factores endógenos como la obesidad, la raza y la etnia. En la actualidad se cree que desde el embarazo puede existir una alta exposición fetal a andrógenos hasta llegar a la adolescencia y pubertad donde se suman alteraciones de la secreción de hormona luteinizante y resistencia a la insulina. Con respecto al peso de las pacientes, se ha percibido que de 50 a 80%, presenta sobrepeso u obesidad. Varios estudios sugieren que en las mujeres con SOP son más importantes los impactos metabólicos por la distribución de grasa corporal, en especial la obesidad centrípeta, que el peso en sí o el índice de masa corporal (IMC). Incluso, parece que la oligomenorrea e hiperandrogenismo en la adolescencia tienen un mayor riesgo de desarrollar obesidad (IMC > 40kg/m<sup>2</sup>) para los 24 años. Con esto, se insinúa una asociación temporal de SOP con aumento de peso incluso si no existe una predisposición primaria a la misma (5).

### Etiología

Se conoce poco sobre la etiología del SOP, pero se cree que es multifactorial, que incluye procesos neurológicos, suprarrenales, ováricos, metabólicos y ambientales, la Interrelación entre ellos aún no se logra aclarar de manera específica, por ende, persiste la incertidumbre de su origen. El componente genético sigue siendo incierta, y no existe pruebas de detección genética para el diagnóstico. Tampoco se ha logrado identificar alguna sustancia ambiental específica que contribuya a su causa. Este síndrome afecta a las mujeres en edad fértil y su origen es multifactorial, pues se asocia al estilo de vida (dieta no saludable, sedentarismo, falta de ejercicio, estrés constante), aunado a la carga genética de cada paciente. La resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia que se presenta hasta en el 70% del SOP, se asocia al mal funcionamiento ovárico que lo origina. Ambas están determinadas por un estilo de vida inadecuado, predisponiendo a la paciente al desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas a edad temprana, como hipertensión y diabetes. El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es causado por un exceso de andrógenos ováricos. La etiología no está clara, sin embargo, el defecto fundamental se debe a un desorden intrínseco en la regulación intraovárica de la esterodogénesis en respuesta a la hormona LH. Con frecuencia se asocia además un defecto en la regulación esteroideogénica de las glándulas suprarrenales en respuesta a la ACTH (5).

### Presentación clínica

Este síndrome se puede manifestar de forma distinta en cada mujer. Los signos y síntomas de esta patología suelen desarrollarse en la época de la primera menstruación (menarquía) o durante la pubertad. Entre los signos y síntomas de este síndrome se destacan los siguientes:

- **Períodos menstruales irregulares:** pueden presentar ciclos menstruales irregulares, prolongados, poco frecuentes o períodos anormalmente abundantes. Estos periodos pueden ser dolorosos (6).
- **Exceso de andrógeno:** los niveles altos de andrógenos pueden causar hirsutismo (aumento de vello facial y corporal), acné o piel grasa, parches de piel gruesa de color marrón o negra, calvicie y aumento de peso (6).
- **Ovarios poliquísticos:** pueden tener ovarios agrandados que van a contener folículos alrededor de los óvulos, lo que puede generar que los ovarios dejen de funcionar normalmente, esto puede llevar a la infertilidad (6).
- **Infertilidad:** el síndrome de ovario poliquístico es actualmente una de las principales causas de infertilidad por anovulación. Esta puede ser causada por disfunción neuroendocrina, caracterizada por aumento de en los pulsos de LH y de la proporción LH a FSH, por hiperandrogenismo e hiperinsulinemia (6).
- **Obesidad:** Más de la mitad de pacientes con SOP presentan obesidad y aumento de la circunferencia abdominal mayor a 88 cm, por lo que es importante establecer el riesgo cardiovascular (7).
- **Acantosis Nigricans:** Son zonas de hiperpigmentación y engrosamiento de característica aterciopelada y difusas en zonas como nuca, axilas, codos nudillos, etc., esto se produce debido a la resistencia a la insulina (7).
- **Diabetes Mellitus:** Se recomienda la realización de pruebas de detección de DM2, ya que el 40% de mujeres con SOP desarrollan problemas relacionados con la glucosa (7).

### Diagnóstico

**Tabla 1.** Criterios diagnósticos y fenotipos del síndrome de ovario poliquístico

SIGNOS-SINTOMAS/ FENOTIPOS	NIH (1990)	ESHRE/ASRM (2003)	AE-PCOS (2006)	NIH (2012)
HA	X	X	X	X
OA/ DO	X	X	X	X
OPE	-	X	X	X
Fenotipo A (HA/DO/OPE)	-	X	X	X
Fenotipo B (HA/DO)	X	X	X	X
Fenotipo C (HA/OPE)	-	X	X	X
Fenotipo D (DO/OPE)	-	X	-	X

**HA:** Hiperandrogenismo, **DO:** Disfunción ovárica, **OPE:** Ovarios poliquísticos por ecografía.  
**Para el diagnóstico se necesita el cumplimiento, en NIH dos de los dos criterios; ESHRE/ASRM dos de los tres criterios; AE-PCOS hiperandrogenismo con cualquiera de los otros dos criterios; NIH 2012 dos de los tres criterios.**

**Fuente:** Robles Lara et al (8).

Se han creado criterios para el diagnóstico de este padecimiento. A continuación, se mencionan tres criterios frecuentemente utilizados en la práctica clínica.

- **Criterios de Rotterdam:** Se requiere la presencia de 2 de los 3 siguientes: Oligo y / o anovulación, signos clínicos y / o bioquímicos de hiperandrogenismo, y la presencia de datos ecográficos sugestivo de quistes ováricos.
- **Criterios de consenso de los Institutos Nacionales de Salud (NIH):** Debe estar presente irregularidad menstrual, más signos clínicos y /o bioquímicos de hiperandrogenismo, y excluirse otros trastornos causantes de hiperandrogenismo.
- **Criterios de la Sociedad de Exceso de Andrógenos:** Mencionan que debe presentarse signos clínicos y / o bioquímicos de hiperandrogenismo, más disfunción ovárica y / o ovarios poliquísticos por ultrasonido, junto a la exclusión de otros trastornos que generan exceso de andrógenos (9).

En la ecografía transvaginal se consideran criterios la presencia de 12 folículos o más en cada ovario, que tengan una longitud de 2 a 9 mm de diámetro o un volumen ovárico mayor de 10 mL, sin importar la presencia de si hay afectación unilateral o bilateral. Para evitar falsos positivos, se debe repetir el estudio en las que presentan un folículo dominante mayor de 10 mm o un cuerpo lúteo. Una vez que se inicia la evaluación clínica, se realiza una historia clínica detallada y examen físico completo, para que pueda utilizarse y aplicarse los criterios diagnósticos. Además, se complementa la valoración con pruebas de laboratorio, perfiles hormonales, incluido la TSH, prolactina, testosterona total o libre, FSH Y LH, lo que permite diferenciar y detectar otras causas posibles. Uno de los hallazgos característicos del SOP, es el aumento en la relación LH/FSH, la cual es mayor a 2 (9).

**Definición de los criterios**

- **Disfunción ovárica:** Aunque no está bien descrito, se estima que la disfunción ovárica es una alteración cuya



prevalencia en mujeres sin SOP se encuentra desde el 4.5% hasta el 8%. En definitiva, la disfunción ovárica corresponde a ciclos menstruales  $\geq 35$  o  $\leq 21$  días, siendo estudiado en pacientes eumenorreicas con ovarios poliquísticos y/o hirsutismo, correspondientes a cerca del 30% de los casos, a través de las mediciones de progesterona en los días 22 a 24 del ciclo, siendo indicativo de anovulación valores menores a 5ng/ml. Por otra parte, se estima que alrededor de 85-90% de las mujeres con sangrado menstrual infrecuente y el 30-40% con amenorrea, pueden llegar a ser diagnosticadas con SOP (8).

- **Hiperandrogenismo:** Cerca del 82% de las mujeres con SOP presentan síntomas de exceso de andrógenos, siendo el hirsutismo el más frecuente, presentándose en hasta el 70% de las pacientes, el cual se encuentra en sus formas más severas en aquellas con ciclo menstrual ausente. Es importante aclarar que el hirsutismo es conocido como el exceso de vello terminal con distribución androide. Su evaluación es muy subjetiva, por lo que se debe realizar a través de la escala visual Ferriman Gallwey modificada, que se aplica en nueve áreas del cuerpo (labio superior, mentón, cuello, parte superior del pecho, abdomen, espalda, brazos, muslos y parte inferior del dorso) utilizando una puntuación de 0 a 4, según el grado y características del vello, siendo reportado como positivo a partir del percentil 95 en las diferentes razas y etnias, teniendo como puntos de corte, en algunos estudios, valores superiores o iguales a 6, considerándose patológico inclusive con puntajes de 3; de la misma manera, teniendo en cuenta que se ha reportado que más del 50% de las pacientes con calificaciones de 1-5 presentan exceso de andrógenos, se recomienda que tanto en grados mínimos como en severos, sea determinada la existencia o no de hiperandrogen-

nismo. Asimismo, se ha encontrado una relación directamente proporcional con la progresión del hirsutismo y la resistencia a la insulina (8).

- **Ovarios poliquísticos:** La morfología de ovarios poliquísticos por ecografía se puede encontrar en más del 90% de las mujeres con SOP; inicialmente, se definió como la existencia de al menos un volumen mayor de 10cc y/o la presencia de 12 o más folículos antrales entre 2 a 9 mm de tamaño, en por lo menos uno de los ovarios; se han realizado estudios que discuten el número de folículos, considerándose positivo cuando se visualizan 20 o más a través de un transductor de alta frecuencia  $>8$ MHz, el cual si está ausente se debe tener en cuenta el volumen ovárico para el cumplimiento de este criterio, siendo igual a lo recomendado ante las situaciones en que la ultrasonografía no puede llevarse a cabo por vía transvaginal (8).

### Diagnóstico diferencial

Se debe realizar con enfermedades que producen cuadros clínicos similares al SOP, como:

- Hipertecosis ovárica.
- Hiperplasia suprarrenal congénita (inicio tardío).
- Fármacos (Danazol, progestágenos androgénicos, esteroides anabólicos exógenos).
- Hipotiroidismo, hipertiroidismo y tirotoxicosis.
- Hirsutismo idiopático.
- Hirsutismo familiar.
- Tumores de la glándula suprarrenal o del ovario.
- Síndrome de Cushing.
- Hiperprolactinemia.

- Hipertecosis estromal.
- Deficiencia de 3-beta-hidroxiesteroide deshidrogenasa.
- Acromegalia.
- Hiperplasia suprarrenal congénita (7).

### Tratamiento

El tratamiento del SOP debe ser individualizado en función a las necesidades de cada paciente, orientado a disminuir el impacto psicoemocional de las manifestaciones dermatocutáneas derivadas del hiperandrogenismo como el hirsutismo, el cual se puede tratar con depilación láser, prevenir la hiperplasia endometrial en pacientes con disfunción ovulatoria grave, incrementar la fertilidad en mujeres con deseo de embarazo, siendo el citrato de clomifeno el tratamiento de primera línea y prevenir o tratar las complicaciones metabólicas (10).

En general, a las pacientes se les aconseja un estilo de vida saludable y el control del peso corporal como tratamiento inicial. A las mujeres que están por encima del rango de peso saludable, se les recomienda una pérdida de peso del 5-10%, que se puede conseguir mediante un déficit energético del 30% (500-750 kcal/día), o 1200-1500 kcal/día de ingesta total, dependiendo de los requerimientos energéticos individuales. Para el ejercicio, se recomienda un mínimo de 150 minutos por semana de intensidad moderada o 75 minutos por semana de intensidad vigorosa para la prevención del aumento de peso y los beneficios generales para la salud. Para las pacientes que no intentan concebir, se recomienda el tratamiento con píldoras anticonceptivas orales combinadas (estrógeno y progestina) para regular los ciclos, las cuales tienen una acción antiandrogénica. Si no se desean las píldoras anticonceptivas orales combinadas o están contraindicadas, se pueden prescribir progestágenos cíclicos como el acetato de medroxiprogesterona, para re-

gular la menstruación y reducir el riesgo de hiperplasia endometrial en mujeres con oligomenorrea o amenorrea (10).

El uso de metformina en pacientes con SOP ha demostrado restituir la ciclicidad y reanudar la ovulación. Su uso concomitante en pacientes con tratamientos de inducción de ovulación o TRA resulta en mejores tasas de embarazo, recién nacidos vivos y menores tasas de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO). Además, el uso de metformina en las pacientes SOP durante el embarazo reduce el riesgo de aborto, parto prematuro, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional y restricción de crecimiento intrauterino<sup>49</sup>. El uso de inosítoles (mio/quiró inositol) en pacientes con SOP ha tenido efectos metabólicos beneficiosos, sin embargo, su uso en el tratamiento de infertilidad ya sea como adjunto a IO o a TRA aún es experimental<sup>50</sup>. El uso de fármacos para bajar de peso se considera experimental y no existe evidencia para recomendar la cirugía bariátrica como parte del tratamiento de la infertilidad en el SOP (11).

La Inducción de ovulación (IO) es un tratamiento que se realiza en pacientes con infertilidad de origen ovulatorio, y tiene como fin lograr la ovulación. Si no hay otras causales de infertilidad, el objetivo debe ser lograr la ovulación monofolicular y la reproducción de un ciclo normal. Independiente de la técnica utilizada, se recomienda un control seriado, para suspender el ciclo en caso de una respuesta exagerada, evitando así el riesgo de embarazo múltiple. El citrato de clomifeno (CC), un modulador selectivo del receptor de estrógeno, era la primera línea para la IO de pacientes con infertilidad por anovulación. Sin embargo, pese a las altas tasas de ovulación, las tasas de embarazo no eran tan buenas, probablemente debido a sus acciones anti-estrogénicas en el endometrio y moco cervical. El letrozol, un inhibidor de aromataza, se considera hoy la primera línea para IO en pacientes con SOP. La probabilidad de ovular, y de lo-

grar un recién nacido vivo puede aumentar de un 30 a un 60% en comparación con CC. Además, la falla de la IO y la tasa de embarazos múltiples también son menores (11).

La IO con gonadotropinas, logra mejores tasas de embarazo y de recién nacidos por ciclo y acumulativo que los anti-estrógenos orales. Pueden usarse como segunda línea o incluso como primera línea si se cuenta con la experiencia, la paciente es debidamente informada acerca de los mayores costos, la necesidad de monitorización exhaustiva y las posibles complicaciones relacionadas a la ovulación multifolicular. El protocolo "low dose step up" es el más recomendado para evitar el SHO en las pacientes con SOP, debido a la hiperrespuesta de sus CG a la FSH (11).

### **Conclusión**

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una endocrinopatía prevalente en mujeres en edad reproductiva, caracterizada por la presencia de quistes ováricos, desequilibrios hormonales y problemas metabólicos. El diagnóstico de SOP se basa en los criterios de Rotterdam, que requieren al menos dos de los siguientes tres criterios: oligo/anovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico, y ovarios poliquísticos observados por ultrasonido. Es fundamental excluir otras condiciones que puedan imitar los síntomas del SOP, como la hiperplasia suprarrenal congénita, el síndrome de Cushing y los tumores secretores de andrógenos.

El manejo del SOP es personalizado y aborda las diversas manifestaciones clínicas y las preocupaciones individuales de la paciente. Las modificaciones en el estilo de vida son una parte crucial del tratamiento. La pérdida de peso en mujeres con sobrepeso puede mejorar la función ovárica, reducir los niveles de insulina y andrógenos, y regularizar los ciclos menstruales. Una dieta equilibrada y un régimen regular de ejercicio físico son esenciales, y trabajar con un dietista puede ser beneficioso para desarrollar un plan de alimentación saludable y sostenible.

La terapia farmacológica también es fundamental en el manejo del SOP. Los anti-conceptivos orales combinados (AOC) son el tratamiento de primera línea para regular los ciclos menstruales y reducir el hiperandrogenismo. Estos disminuyen la producción de andrógenos ováricos y aumentan la globulina fijadora de hormonas sexuales (SHBG), reduciendo así los andrógenos libres. La metformina, especialmente en pacientes con resistencia a la insulina, puede mejorar la ovulación y tener un efecto beneficioso sobre el metabolismo de la glucosa. Los antiandrógenos, como la espironolactona y el acetato de ciproterona, pueden ser utilizados para tratar el hirsutismo y el acné al bloquear los efectos de los andrógenos en la piel. Para las mujeres que buscan embarazo, el citrato de clomifeno es la primera opción para inducir la ovulación. Alternativamente, el letrozol, un inhibidor de la aromataza, se está utilizando cada vez más debido a su eficacia. En casos donde estos medicamentos no son efectivos, se pueden considerar las gonadotropinas o la fertilización in vitro (FIV).

El manejo del SOP requiere un enfoque multidisciplinario y un seguimiento regular para evaluar la eficacia del tratamiento y ajustar las intervenciones según sea necesario. Las evaluaciones periódicas pueden incluir monitoreo de los ciclos menstruales, niveles hormonales, perfil lipídico y glucemia.

### **Bibliografía**

- Martínez R, Salas RG, Vela ALA, Espín DSI, Martínez RM, Salas RG, et al. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico. *MediSur* [Internet]. 2003 [cited 2024 Jun 5];21(6):1338–44. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2023000601338&Ing=es&nrm=iso&tIng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2023000601338&Ing=es&nrm=iso&tIng=es)
- Salazar Girón GA. Diagnóstico y tratamiento del síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Divers Científica* [Internet]. 2022 Jul 21;2(2):85–93. Available from: <https://revistadiversidad.com/index.php/revista/article/view/41>

- Barquero Gen MC, Bitter Rosales M. Síndrome de Ovario Poliquístico: Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Rev la Fac Med la Univ Iberoamérica* [Internet]. 2023 May 24;2(2):57–66. Available from: <https://www.unibe.ac.cr/ojs/index.php/RFMUI/article/view/149>
- Marín ABA, Lafarga LO, Cruz VF, Borao SB, Hernández PR, Conde BM. Abordaje del síndrome del ovario poliquístico: una revisión bibliográfica. *Rev Sanit Investig*. 2024;5(3).
- López CML. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA [Internet]. UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA; 2022. Available from: <https://cusam.edu.gt/wp-content/uploads/2024/03/MC-05LLCM-Lopez-Lopez-Claudia-Maria.pdf>
- Guadamuz Delgado J, Miranda Saavedra M, Mora Miranda N. Actualización sobre síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2022 May 1;7(5):e801. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/801>
- Cedeño Farias GM. Síndrome de Ovario Poliquístico. In: Actualización en Ginecología Vol 5. Cuevas Editores SAS; 2023.
- Robles Lara PD, Rivera Contreras OE, Ramírez Velandia F, Sepúlveda Sanguino AJ, Sepúlveda Agudelo J. Revisión de los criterios diagnósticos para el síndrome de ovario poliquístico. *Rev Médicas UIS* [Internet]. 2020 Dec 18;33(3). Available from: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/11821>
- Pereira Calvo J, Pereira Rodríguez Y, Quirós Figueroa L. Manejo del síndrome de ovario poliquístico. *Rev Medica Sinerg* [Internet]. 2020 Apr 1;5(4):e438. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/438>
- Fuentes-Ibarra J, Valencia-Ortega J, González-Reynoso R, Saucedo R. Síndrome de ovario poliquístico, más allá de una afección en la reproducción. *Educ y Salud Boletín Científico Inst Ciencias la Salud Univ Autónoma del Estado Hidalgo* [Internet]. 2023 Dec 5;12(23):24–34. Available from: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/ICSA/article/view/10678>
- Vanhouwaert PS. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2021 Mar;32(2):166–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864021000195>

### CITAR ESTE ARTICULO:

Cabrera Gómez, P. N., Manosalvas Hurtado, J. A., Proaño Proaño, J. M., & Carpio Garcia, J. M. (2024). Ovario poliquístico. Diagnóstico y manejo. *RECIMUNDO*, 8(1), 436-444. [https://doi.org/10.26820/recimundo/8.\(1\).ene.2024.436-444](https://doi.org/10.26820/recimundo/8.(1).ene.2024.436-444)



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.