

EL SINDROME DEL OVARIO POLIQUISTICO*

- 1) La prueba de Patrono y Nicolosi en el diagnóstico diferencial.
- 2) Consideraciones terapéuticas.

Dr. LUCAS MOLINA NAVIA

Desde 1935 se reconoce como entidad clínica el síndrome de ovarios poliquísticos; fue desde su descripción original que se apreció el valor terapéutico de la resección cuneiforme de los ovarios, que Stein y Leventhal practicaron con intensidad diagnóstica. En los años últimos se ha avanzado considerablemente en el conocimiento de la fisiopatología de este síndrome, gracias a los progresos en el estudio de la naturaleza, secreción y control de las hormonas del ovario.

Una breve revisión de los hallazgos endocrinológicos en este síndrome encuentra que la determinación de las gonadotropinas hipofisarias es generalmente normal (1); los estrógenos urinarios se encuentran dentro de cifras normales aunque no se registra el incremento de la ovulación (2), igual ocurre con el pregnandiol que se encuentra en cifras bajas, como de fase proliferativa en forma permanente (3); los 17-Cetosteroides se hallan normales o elevados, lo último ocurre en 1/3 de los pacientes (4), y el fraccionamiento cromatográfico muestra que las fracciones de Androsterona y Etiocolanolona son las elevadas.

Recientemente se ha podido determinar la excreción urinaria de testosterona y epitestosterona (5), y se han hallado francos aumentos de ambos compuestos, los cuales por su gran capacidad androgenizante podrían explicar varios de los síntomas y signos del síndrome en discusión; estas dos determinaciones se realizan actualmente en contados centros endocrinológicos, pues requieren de complicado equipo; debemos mencionar que en Lima el Dpto. de Ginecología de la Universidad Cayetano Heredia trabaja activamente en estas determinaciones.

En 1960 Patrono y Nicolosi de la Universidad de Roma (6) describieron una prueba para el diagnóstico del síndrome de ovarios poliquísticos; en breve descripción consiste en la medición de los 17-cetos-teroides en dos colecciones urinarias de 48 hs. c/u. la primera en condición control, y la segunda después de la inyección de 50 mg. de progesterona oleosa vía i.m.;

(*) Trabajo presentado al V Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

CUADRO N° 1

PACIENTES CON POSIBLE SINDROME DE OVARIOS POLIQUÍSTICO

Estudiados con la Prueba de Patrón (1964-1967)

N°	Nombre	Edad	Condición	17-Cetosteroides (48 hs.)			Prueba	Tratamiento	Evolución
				Control	Progesterona	Control			
1	I.B.	16	Basal	28,07	32,58	Positiva			
	"	"	Dexasona	4,25	5,49	Negativa	Dexasona	Normalización R.C.	
2	V.G.	29	Basal	9,47	11,36	Positiva	Resección	Normal R.C. - Gestación	
3	I.G.	15	Basal	23,78	17,65	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	
4	S.E.	22	Dexasona	7,77	10,10	Positiva	Resección	Normal R.C.	
5	E.R.	18	Basal	9,55	7,32	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	
6	M.P.	19	Basal	26,97	22,27	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	
7	L.S.	22	Basal	11,50	7,00	Negativa	Dexasona	Normal R.C. - Gestación	
8	H.S.	30	Basal	6,12	14,58	Positiva	Resección	Normal R.C.	
9	E.A.	23	Basal	11,40	14,25	Positiva	Resección	Normal R.C.	
10	C.R.	27	Basal	27,70	28,10	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	
11	A.P.	18	Basal	17,64	13,52	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	
12	G.S.	31	Basal	14,71	6,45	Negativa	Dexasona	Normal R.C.	

Las mujeres y hombres normales excretan similar cantidad de 17-Cetosteroides en ambas colecciones, mientras que un significativo número de mujeres con O.P. incrementan la excreción de 17-Cetosteroides después de la inyección de progesterona; este incremento debe ser mayor de 2 mg. para otorgarle validez, y la corrección de las colecciones de orina se verifica midiendo la creatinina.

Desde 1964 hemos aplicado esta prueba en los casos sospechosos de O.P. y los resultados obtenidos aparecen en el cuadro siguiente:

De las 12 observaciones realizadas se encontró positividad de la prueba en 5, con un incremento de 17-Cetosteroides después de la progesterona que osciló entre 2 y 8.4 mg., con un promedio de 4 mg. de incremento para estos casos positivos; es de remarcar que de estos cinco casos positivos sólo el N° 1 presentaba elevada excreción control de 17-Cetosteroides. En dos de estos casos positivos, Nos. 1 y 4 hemos repetido la prueba previa administración de dexametasona para suprimir la función suprarrenal; en tal situación la respuesta del caso N° 1 se negativizó, por lo cual se le indicó tratamiento permanente con esta hormona, a la cual ha respondido favorablemente, pues ha normalizado sus ciclos; en cambio el N° 4 persistió positivo en la anormal respuesta a la progesterona inyectada, indicando que este fenómeno era independiente de la función suprarrenal y por tanto posiblemente ovárico; el tratamiento quirúrgico de este caso ha normalizado el ciclo mensual de este paciente hasta la fecha; igual ocurrió con Nos. 2, 8 y 9.

Remarcaremos algunos casos en los cuales la prueba de Patrono Nicolosi fue negativa; así el caso N° 7 corresponde a una señora con esterilidad primaria por ciclos anovulatorios e imagen radiográfica de ovarios aumentados de volumen, en vista de la negatividad de la prueba de progesterona se le indicó tratamiento con dexametasona, concibiendo en la 4ª ó 5ª semana de tratamiento; algo similar ocurrió en el caso N° 3, 10, 11 y 12.

¿Qué explicación dan los endocrinólogos a este fenómeno?

Parecería ser que el incremento de 17-Cetosteroides que sigue a la inyección de progesterona traduce un defecto en la biosíntesis de esteroides por los ovarios y/o adrenales, cuyo resultado final es una mayor producción de andrógenos a partir de la progesterona inyectada, los cuales se catabolizan y eliminan como 17-Cetosteroides; los casos que negativizan la prueba con dexametasona tendrían origen adrenal y deben ser tratados médicamente con corticosteroides, mientras que aquellos que siguen positivos aún después de recibir corticoides serían de causa ovárica y se aliviarían con el tratamiento quirúrgico; esta hipótesis permite explicar los éxitos y fracasos obtenidos con ambos tipos de tratamiento en el síndrome de O.P., aun-

que no es aplicable a todos los casos, pues sin lugar a dudas esta entidad es compleja y tiene varias posibles etiologías.

Es de remarcar que la prueba persiste positiva aún después de operado el caso con resección cuneiforme y normalizada la función ovárica; creemos que ello está a favor de un defecto enzimático a nivel ovárico que es atenuado por el tratamiento quirúrgico posiblemente por la reducción de la masa ovárica.

En la experiencia de Patrono y también de nuestro grupo, esta prueba se observa positiva no sólo en el síndrome de Stein-Leventhal, sino también en casos de hirsutismo con función ovulatoria normal, y en otros casos de oligomenorrea e hirsutismo con función ovulatoria normal, y en otros casos de oligomenorrea e hirsutismo sin anomalía morfológica de los ovarios; podría ser que estos sean diferentes estadios de un mismo proceso, y que el cuadro completo con hirsutismo, oligomenorrea y múltiples quistes foliculares con luteinización de la teca y engrosamiento de la albuginea se vea sólo después de algunos años de instalado el proceso.

2) Consideraciones Terapéuticas.

Como lo hemos manifestado anteriormente en una contribución al II Congreso Peruano de Ginecología en 1964 (7) la poliquistosis ovárica es una denominación genérica que engloba los quistes a retención, los de las metrorragias disfuncionales de Schroder, la ovaritis escleroquistica y el síndrome de Stein-Leventhal; estas condiciones obligan a ser muy cautos en las determinaciones quirúrgicas, especialmente cuando la prueba de Patrono y Nicolosi es negativa.

Héctor Cruz (8) es categórico cuando dice: "El mejor y más simple tratamiento de los quistes no neoplásicos del ovario es la punción. En los quistes más o menos grandes algunos aconsejan la cistectomía, otros no la recomiendan por haber observado la aparición o el empeoramiento del dolor después de la operación. La única justificación para la enucleación es la certidumbre de su naturaleza.

Allen y Woolf (9) citados también por Cruz sostienen: "La resección de la medular del ovario proporciona tan buenos resultados como la resección cuneiforme, y es procedimiento que tiene la ventaja de no sacrificar corteza ovárica con su importante complemento de folículos primordiales.

La resección cuneiforme del ovario ajustada a la técnica de Stein, Fig. 3, resección de los 4/5 de la masa ovárica puede propiciar el acortamiento de la vida de los ovarios; observaciones personales nos demuestran que al ca-



FIG. 1
Drenaje capilar de los folículos a retención.



FIG. 2
Avenamiento al catgut 00 de un gran folículo a retención localizado en el hilio ovárico.

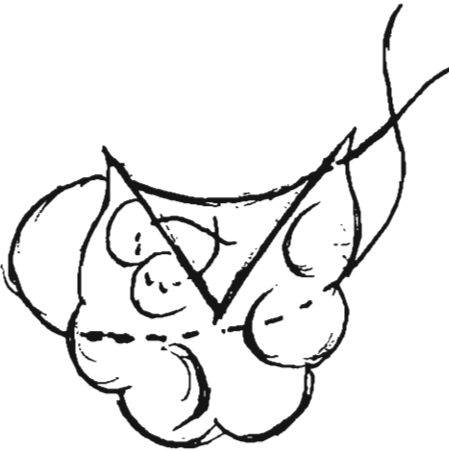


FIG. 3
Resección cuneiforme del ovario de vértice medular.

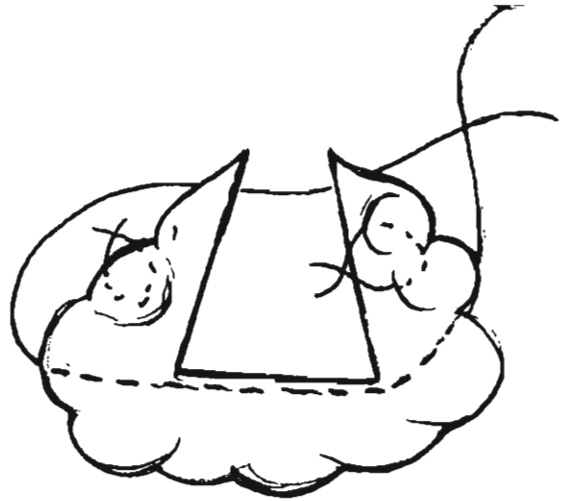


FIG. 4
Resección cuneiforme del ovario de base medular. Técnica de Allen y Woolf. Suturas de coaptación y hemostasis. Avenamiento capilar.

bo de un período de posible recuperación funcional y eventual gestación, sobreviene la declinación ovárica. Creemos que la esclerosis cicatricial puede abarcar el resto del parénquima útil, limitando su reestructuración funcional.

Nuestra conducta quirúrgica en el Síndrome de Stein-Leventhal es la siguiente: Hacemos la resección cuneiforme económica y con base medular de ambos ovarios, respetando en la mayor proporción posible los folículos primordiales; en seguida practicamos el drenaje capilar de los quistes mediante su transfixión con catgut 00 y 000 y aguja atraumática y anudando los extremos en forma de lazada Figs. 1 y 2. Como se ve; asociamos la concepción de Stein con la de Allen y Woolf y la punción prolongada hecha posible por la técnica del drenaje folicular Fig. 4.

Los resultados obtenidos son satisfactorios y pensamos que el drenaje usado aisladamente es inocuo y posible de ser empleado como complemento de operaciones de corrección de las distopias uterinas, de la cura del varicocele pelviano y de los métodos conservadores en la cirugía funcional del útero.

Nuestra escasa experiencia nos ha permitido en los últimos años orientar la conducta terapéutica y elegir los casos quirúrgicos considerando la prueba de Patrono Nicolosi positiva, asociada al hirsutismo y trastornos menstruales. En los casos negativos ha permitido seguir un tratamiento médico para suprimir una posible interferencia suprarrenal sobre el ovario mediante la administración de corticosteroides; además hemos administrado estrógenos buscando estimular la producción de gonadotrofinas como mecanismo de "rebote". Los casos presentados creemos que son demostrativos del valor de prueba de la progesterona en la discriminación del síndrome de O.P., que reconocemos tiene una variada etiopatogenia.

BIBLIOGRAFIA

1. TROLLE, D., SALE, V. and JOHNSON, S.G.: In "Human pituitary gonadotrophins". Ed. A. Albert p. 241 Charles Thomas, 1961.
2. BROWN, J. B., and MATEW, G. D.: Rec. Progr. Hor. Res. 18: 337, 1962.
3. EVANS, T. N. and RILEY, G. M.: Obstet. and Gynec. 80: 873, 1960.
4. GOLDZIEHER, J. W., and AXELROD, L. R.: J. Clin. Endocrin. 22: 425, 1962.
5. DE NICOLA, ALEJANDRO F., DORFMAN, RALPH I. and FORCHIELLI, ENRICO: Steroids 7: 351, 1966.
6. PATRONO, V., and NICOLOSI, G.: Lancet 1: 656, 1960.
7. MOLINA NAVIA, LUCAS: Ginecología y Obstetricia 10: 187, 1964.
8. CRUZ MUÑOZ, HECTOR: III Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología.
9. ALLEN y WOOLF: Citados por Cruz Muñoz.