



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

284/18 - HIRSUTISME I INSULINORESISTÈNCIA A L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

M. Gili Riu^a, M. Redondo de Pedro^b, G. Rengifo Reyes^a, A. Rubiales Carrasco^a, R. Urdiain Agorritz^c i M. Ginovés Lorenzo^c

^aMetge de Família. Centre de Salut La Sagrera. Barcelona. ^bLa Sagrera. Barcelona. ^cMetge de Família. CAP Sagrera. Barcelona.

Resumen

Descripció del cas: Noia de 21 anys que presenta pèls negres en barba i bigoti que requereixen depilació. Menarquia als 12 anys, amb cicles irregulars. No fuma, fa poc exercici, menja brioixeria i begudes ensucrades, Àvia diabètica tipus 2.

Exploració i proves complementàries: Pressió arterial 116/73, talla 168,5 cm, pes 79 kilograms, índex de massa corporal IMC 26,22. Perímetre abdominal. 90 cm. Acnè comedogènic facial. No estries cutànies. Distribució ginecoide del teixit gras. Analítica: hemograma normal (N). Glucosa 97 mg/dL, colesterol 184 mg/dL. TSH N, fol·litropina FSH N, prolactina PRL N, testosterona TT N, estradiol EE N. Sulfat de deshidroepiandrosterona DHEA N, 17 hidroxiprogesterona en fase fol·licular N, insulina 23,13 mU/L (valors 3-25 normals). Índex HOMA (1) = $[97 \text{ mg/dL} \times 23,13 \text{ mU/L}] / 405 = 5,5 =$ insulinoresistència. Ecografia ginecològica: pendent.

Judici clínic: Dona 21 anys amb hirsutisme en zona barba, sobrepès, regles irregulars i insulinoresistència. Analítica amb hormones normals.

Diagnòstic diferencial: Diagnòstic diferencial d'hirsutisme. Causes: 1. Suprarrenal: presenta DHEA elevat: síndrome de Cushing, adenomes o carcinomes, hiperplàsia suprarrenal congènita HSC. Per descartar HSC cal determinar 17-OH- progesterona en fase fol·licular, si aquesta és $< 200 \text{ ng/dL}$ descarta HSC; si és major cal derivar endocrinologia per proves d'estimulació ACTH sintètica. 2. Ovàric: si elevació TT. Ecografia ginecològica descarta tumors o síndrome d'ovari poliquístic SOP. 3. Hiperprolactinoma: elevació de DHEA i TT. 4. Idiopàtic. 5. Acromegàlia, no presenta el fenotip característic. 6. Medicaments: no n'ha pres. En el nostre cas, analítica amb TT, EE, DHEA i 17-OH-Pg normal. Diagnòstic diferencial d'insulinoresistència. A. Síndrome d'ovari poliquístic caracteritzat per oligomenorrea, infertilitat, virilització, hirsutisme, obesitat, resistència insulínica, acne, depressió i ansietat. Analíticament: $\text{LH/FSH} > 3$ i augment androstendiona. Criteris diagnòstics SOP: dos de tres criteris: a. Oligo-ovulació. b. Signes d'hiperandrogenisme. c. Ovaris poliquístics a ecografia transvaginal. d. Exclusió d'altres patologies que presentin hiperandrogenisme i/o oligo-ovulació. En el nostre cas, FSH normal. El perfil convencional amenorrea no inclou LH. B. Síndrome metabòlic: criteris NCEP - ATP III. > 3 factors. Obesitat abdominal (circumferència abdominal $> 102 \text{ cm}$ homes, $> 88 \text{ cm}$ dones. TG $\geq 150 \text{ mg/dl}$. HDL colesterol $< 40 \text{ mg/dl}$ homes i $< 50 \text{ mg/dl}$ dones. Pressió arterial $\geq 130\text{-}85 \text{ mmHg}$. Glicèmia basal dejú $\geq 110 \text{ mg/ml}$. La pacient presenta perímetre abdominal 90 cm. Però analítica normal. A

l'anàlisi de lípids (colesterol HDL, LDL i TAG).

Comentari final: EL SOP causa el 70% hirsutismes. SOP és diagnòstic d'exclusió. Queda pendent ecografia ginecològica confirmar la sospita diagnòstica de SOP, tot i que SOP es pot presentar amb normalitat de proves de laboratori. La pacient ha iniciat dieta i exercici físic. Ara amb IMC 25, el cicle menstrual s'han normalitzat, i és possible evitar les complicacions metabòliques i de fertilitat.

Bibliografia

1. Gutiérrez ML, Losada JA. El papel del laboratorio en el diagnóstico etiológico del hirsutismo. Taller del laboratorio clínico nº1. Asociación Española de Biopatología Médica AEBM. Madrid. 2009.
2. Sir T, Preisler J, Magendzo A. Síndrome del ovario poliquístico. Diagnóstico y manejo. Rev Med Clin Condes. 2013;24(5)818-26.