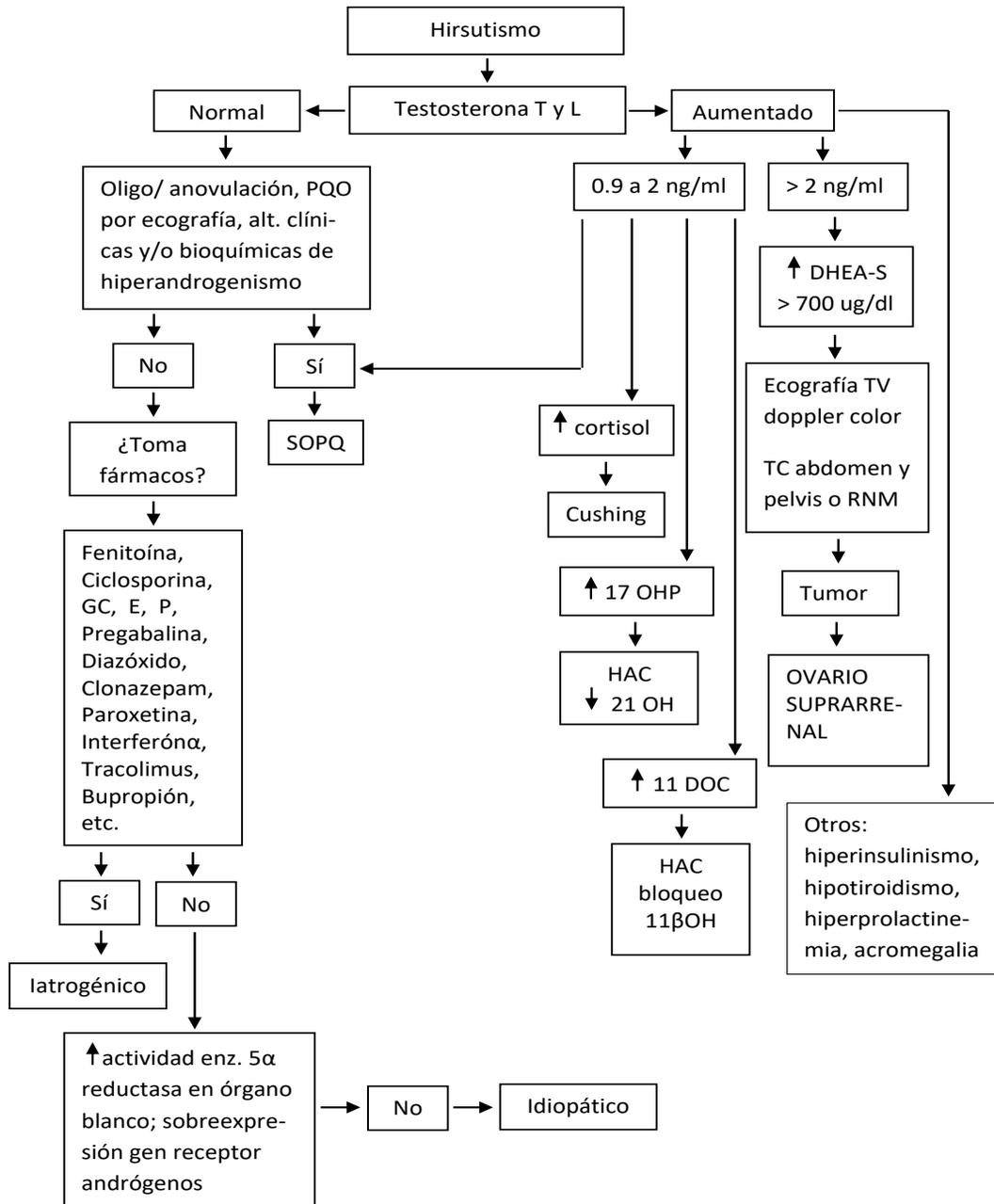


ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS Y/O TERAPÉUTICOS

FICHA Nº 3

Dra. Silvia I. Falasco

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL HIRSUTISMO



alt.: alteración; **DHEA-S**: dehidroepiandrosterona sulfato; **DOC**: deoxicorticosterona; **enz.**: enzimática; **E**: estrógeno; **GC**: glucocorticoide; **HAC**: hiperplasia adrenal congénita; **L**: libre; **OHP**: hidroxiprogesterona; **OH**: hidroxilasa; **P**: progesterona; **PQO**: poliquistosis ovárica; **RNM**: resonancia nuclear magnética; **SOPQ**: síndrome de ovario poliquístico; **T**: total; **TC**: tomografía computada; **TV**: transvaginal

ALGORITMO DIAGNÓSTICO DEL HIRSUTISMO

La forma biológica activa de la testosterona es la dihidrotestosterona (DHT). En la mujer los andrógenos provienen de los ovarios regulada su secreción por la hormona luteinizante (LH) y de la glándula suprarrenal (SR) regulada por la ACTH (adrenocorticotropina). La Androstenediona y la DHEA son secretadas por los ovarios y las glándulas suprarrenales. La DHEA-S es de secreción casi exclusiva de la zona reticularis de la SR. El diagnóstico de SOPQ se realiza con los criterios de Rotterdam (dos positivos de los 3): oligomenorrea/amenorrea, hiperandrogenismo clínico o bioquímico, ovarios poliquísticos en la ecografía que se define por 20 o más folículos antrales y/o volumen ovárico mayor de 10 cm³. En mujeres con toma de anticonceptivos el estudio hormonal debe realizarse después de por lo menos 3 meses de suspensión de éstos (tener en cuenta el uso de DIU con progestina). Evaluar la globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) ya que su disminución es un marcador indirecto de valores más altos de testosterona libre.

La hiperprolactinemia aumenta la secreción suprarrenal de andrógenos por inhibir la actividad de la 3β-hidroxiesteroide-deshidrogenasa; además, tiene un efecto directo sobre la unidad pilosebácea. La hiperinsulinemia causa hiperandrogenismo ovárico y por otro lado disminuye la síntesis de SHBG por lo que aumenta la concentración de testosterona libre. En el hipotiroidismo, la presencia de hirsutismo es muy rara y está vinculada a los niveles de SHBG y en el hipotiroidismo primario a la coexistencia con hiperprolactinemia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corrales Hernández JJ. Protocolo diagnóstico del hiperandrogenismo adrenal. Hirsutismo. *Medicine* 2008;10 (15): 1018-1020
2. Velázquez Maldonado EM. Hirsutismo: Aproximación al Diagnóstico y Tratamiento. *Rev Venez Endocrinol Metab* 2016;14(3): 168-178
3. Mories MT, Miralles JM, Corrales JJ, Martina D, García J, Floresc Ty Blanco O. Hiperandrogenismo. *Endocrinol Nutr.* 2006;53(2):143-149
4. Schurman L, Gonzalez C, Leiderman SM, Calvar CE, Curriá MI, Fernández GI, Fux Otta C y Llano M. Hiperandrogenismo. *Rev Argent Endocrinol Metab* 2016; 53 (2): 45-50