# ¿Recomendarías la cirugía bariátrica como tratamiento del síndrome de ovario poliquí

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Martes, 30 Noviembre -0001 00:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 4528

En pacientes con diagnóstico de SOP, la cirugía bariátrica resultó ampliamente superior al tratamiento farmacológico estándar en el control de los factores de riesgo metabólico y la reversión del síndrome.

Efficacy of Bariatric Surgery in the Treatment of Women With Obesity and Polycystic Ovary Syndrome

Eficacia de la cirugía bariátrica en el tratamiento de mujeres con obesidad y síndrome de ovario poliquístico

*Lili Hu y Col. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism (2022) 107: e3217–13229*

Disculpe su navegador web no soporta audios.
Descargar Eficacia de la cirugía bariátrica

**Puntos de interés**

El síndrome de ovario poliquístico es una patología prevalente en mujeres en edad reproductiva, y es responsable de un número importante de casos de infertilidad. Se asocia mucha veces a obesidad y, en estos casos, es primordial el descenso de peso para el control de los factores metabólicos y la recuperación de la fertilidad. En este estudio, se presenta el análisis comparativo entre la cirugía bariátrica y el tratamiento médico estándar (metformina + anticonceptivos orales), con resultados clínicamente superiores de la cirugía para el manejo de estas pacientes.



Phoca PDF

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Martes, 30 Noviembre -0001 00:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 4528

**Resumen**

Contexto:

La eficacia comparativa entre los fármacos y la terapia quirúrgica para las mujeres con obesidad y síndrome de ovario poliquístico (SOP) no se ha comparado sistemáticamente.

Objetivo:

Se pretende determinar la diferencia de eficacia entre el tratamiento farmacológico y la cirugía bariátrica en mujeres con obesidad y SOP.

Métodos:

En este ensayo prospectivo no aleatorizado se inscribieron 90 mujeres de 18 a 40 años con índice de masa corporal (IMC) â¥ 27,5 kg/$m^2$ y circunferencia de cintura â¥ 85 cm y que cumplían los criterios diagnósticos chinos de 2011 para el SOP; 81 sujetos completaron el estudio. En el grupo farmacológico, se administró a las pacientes metformina y un anticonceptivo oral que contenía etinilestradiol y acetato de ciproterona durante los primeros 6 meses, y metformina sola durante los segundos 6 meses. En el grupo quirúrgico, las pacientes se sometieron a gastrectomías en manga laparoscópicas. El periodo de seguimiento fue de 12 meses. El resultado principal fue la remisión completa del SOP, requiriéndose 6 ciclos menstruales regulares consecutivos o un embarazo espontáneo.

Resultados:

La mediana del IMC en el punto final fue de 30,1 kg/$m^2$ en el grupo farmacológico y de 23,7 kg/$m^2$ en el grupo quirúrgico; la tasa de remisión completa fue del 15 y 78%, respectivamente. Excepto en el IMC en el punto final, no se observaron diferencias en el índice de andrógenos libres, la morfología ovárica, la evaluación del modelo de homeostasis para la resistencia a la insulina y la pérdida total de peso entre las pacientes con remisión y sin ella. Los análisis de regresión logística también revelaron que el IMC final fue el principal factor que influyó en la remisión del SOP. Los puntos de corte para el IMC final fueron 27,5 kg/$m^2$ para el grupo farmacológico y 26 kg/$m^2$ para el grupo quirúrgico. En general, casi el 95% de las pacientes con un IMC final inferior a los valores de corte alcanzaron la remisión completa.

Conclusión:



Phoca PDF

La remisión completa del SOP en pacientes con obesidad depende del IMC final tras la pérdida de peso. Por lo tanto, la cirugía bariátrica debería ser prioritaria en estas pacientes.

**Comentario**

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una patología típica de las mujeres en edad reproductiva, caracterizada por hiperandrogenismo y anovulación crónica, y es responsable de un gran porcentaje de casos de infertilidad. Se asocia además a importantes alteraciones metabólicas, como adiposidad abdominal, resistencia a la insulina, obesidad y dislipidemia. Los resultados metabólicos y reproductivos de las pacientes con SOP empeoran a medida que aumenta el índice de masa corporal (IMC).

El tratamiento habitual de este síndrome son los anticonceptivos orales (ACO), los cuales mejoran los signos del hiperandrogenismo y previenen la hiperplasia endometrial al generar deprivaciones regulares. Sin embargo, en los casos asociados a obesidad, el SOP parece ser reversible con la pérdida de peso. En este sentido, la metformina es un fármaco recomendado para su uso combinado con ACO. Respecto a la cirugía bariátrica, algunos estudios han demostrado una considerable eficacia en cuanto a pérdida de peso, recuperación menstrual, disminución de andrógenos séricos y beneficios metabólicos. Sin embargo, la cirugía bariátrica se sigue recomendando con baja prioridad en las intervenciones de pérdida de peso de estas pacientes. Por otro lado, la eficacia de los fármacos y de la terapia quirúrgica no se ha comparado sistemáticamente. Se presenta aquí un estudio prospectivo realizado en China de mujeres con SOP y obesidad que aborda estas cuestiones.

Se incluyeron 90 mujeres en edad reproductiva (18-40 años) que cumplían los siguientes criterios: 1) IMC â¥ 27,5 kg/$m^2$; 2) perímetro de cintura â¥ 85 cm; 3) diagnóstico de SOP. Todas eran elegibles para cirugía bariátrica según las directrices de la Sociedad China de Cirugía Metabólica y Bariátrica. Para el diagnóstico de SOP se utilizaron los criterios chinos del año 2011, basados en los criterios de Rotterdam (oligo-anovulación, sumado a signos clínicos o bioquímicos de hiperandrogenismo, morfología ecográfica de ovario poliquístico [PCOM] y la exclusión de otras causas conocidas que justifiquen el cuadro).



Phoca PDF

Se trató de un ensayo prospectivo llevado a cabo en un hospital de Shanghái, China, desde septiembre de 2017 a julio de 2020. Las participantes se dividieron en grupos farmacológico y quirúrgico según las intenciones personales, con un período de seguimiento de 12 meses. Las pacientes del grupo farmacológico recibieron un ACO que contenía 35 Î¼g de etinilestradiol más 2 mg de acetato de ciproterona durante los primeros 6 meses, y metformina 2000 mg/día durante los 12 meses. A las pacientes del grupo quirúrgico se les practicó una gastrectomía en manga laparoscópica. Se evaluaron características clínicas y bioquímicas de 3 a 7 días antes del tratamiento, y a los 12 meses luego del mismo.

Dentro de las determinaciones bioquímicas, se realizaron dosajes de hormona luteinizante (LH), hormona foliculoestimulante (FSH), testosterona total (TT), globulina fijadora de esteroides sexuales (SHBG), sulfato de dehidroepiandrosterona (SDHEA), 17-Î±-hidroxiprogesterona (17OHP), hormona antimulleriana (HAM), y se determinó el índice de andrógenos libres (IAL) como TT/SHBG x 100%. Se dosaron además triglicéridos (TG), colesterol total (CT), colesterol HDL y LDL, glucemia en ayunas y hemoglobina glicosilada (HbA1c). Para evaluar la sensibilidad a la insulina se calculó el índice HOMA-R.

El criterio principal de eficacia fue la remisión completa del SOP, definida como el cumplimiento de uno de los siguientes criterios: (i) ciclos menstruales consecutivos y regulares (entre 21 y 35 días) del séptimo al duodécimo mes del período de seguimiento, o (ii) embarazo espontáneo (sin ninguna tecnología de reproducción asistida) durante el séptimo al duodécimo mes del período de seguimiento, y mantenimiento de ciclos menstruales regulares antes del embarazo. Los endpoints secundarios incluyeron el índice de testosterona libre y la morfología ovárica al final del estudio.

Ochenta y un participantes completaron el estudio. Al inicio, el peso, el IMC, los perímetros de cintura y cadera, el índice de andrógenos libres y el SDHEA fueron significativamente mayores en el grupo quirúrgico que en el grupo farmacológico, mientras que la SHBG y el HDL-C eran notablemente inferiores en el grupo quirúrgico que en el farmacológico. **Luego del tratamiento, todas las participantes del grupo quirúrgico mostraron notables descensos en el IMC, los**



Phoca PDF

**perímetros de cintura y cadera, el índice cintura/cadera, testosterona total, índice de andrógenos libres (P = 0,003), HAM (P = 0,006), androstenediona (P = 0,005), glucemia en ayunas, insulinemia, HOMA-R, HbA1c, CT y HDL-C (P = 0,003), así como un aumento significativo de la SHBG (P < 0,01).** Las pacientes incluidas en el grupo de fármacos sólo mostraron una disminución del IMC (P = 0,018), menor HbA1c (P = 0,023) y mayor SHBG (P = 0,037). El porcentaje de pacientes con más de 12 folículos ováricos en uno o ambos lados se redujo en casi un tercio en el grupo quirúrgico (P = 0,002), pero no en el grupo farmacológico (P = 0,479). Además, la disminución del peso, el IMC, el IAL y el porcentaje de participantes con folículos múltiples (>12 en uno o ambos ovarios), así como el aumento de SHBG (todos P < 0,001) fueron mucho mayores en el grupo quirúrgico que en el farmacológico. Sin embargo, la disminución del volumen ovárico máximo (MaxOV) (P = 0,184) no mostró diferencias significativas entre los 2 grupos (Figura 1).

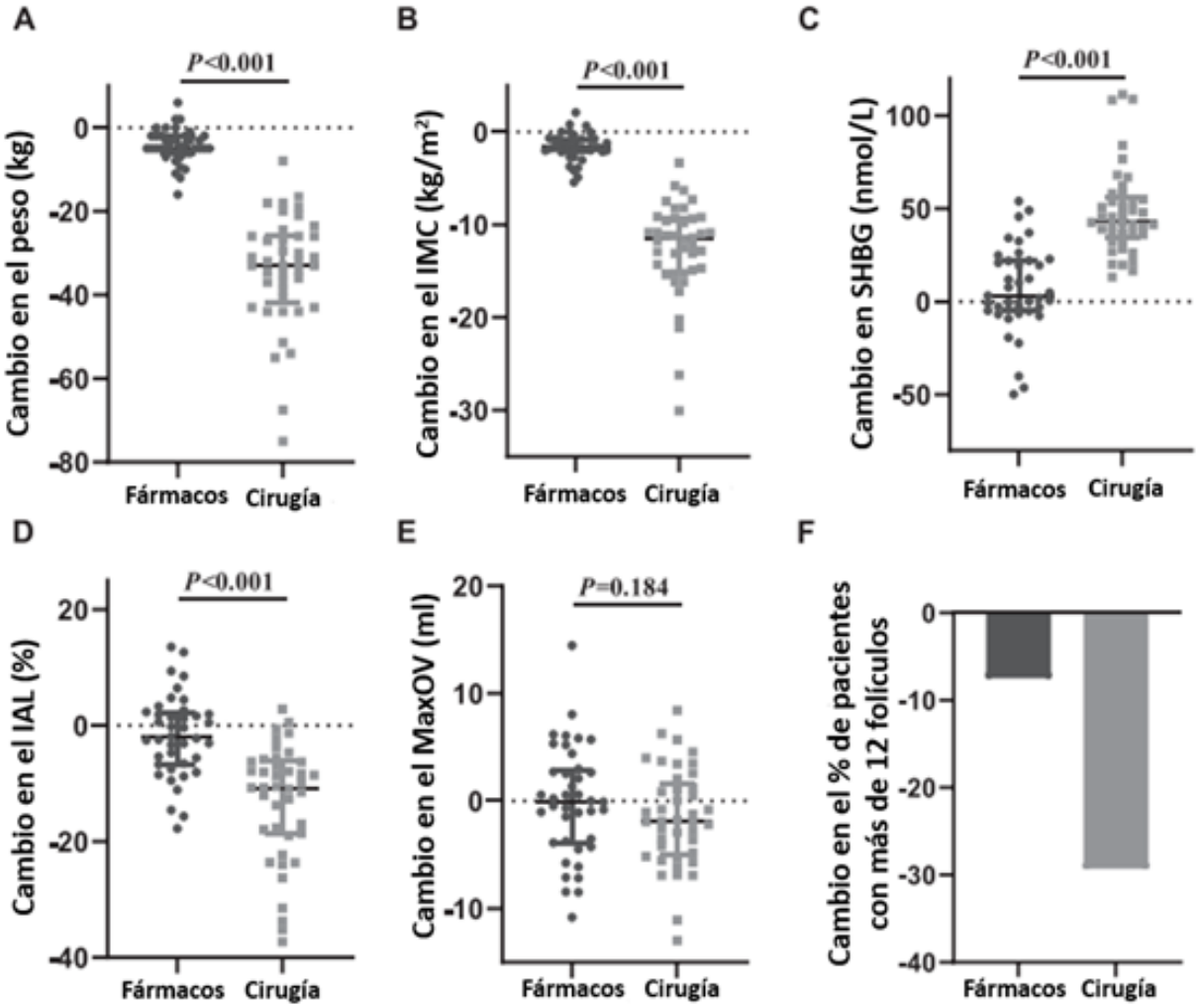



*Figura 1: Cambios en los indicadores clínicos y hormonales*



Phoca PDF

**La tasa de remisión completa del SOP del grupo quirúrgico fue del 78%, más de 5 veces superior a la del grupo farmacológico.** En ambos grupos se observó que el IMC de las participantes con remisión completa fue mucho menor que el de aquellas que no remitieron. Independientemente del estado de remisión o no, las pacientes de ambos grupos presentaron menor IMC al final del estudio, siendo mucho menor y con una diferencia estadísticamente significativa en aquellas pacientes que en las cuales el SOP remitió (Figura 2).

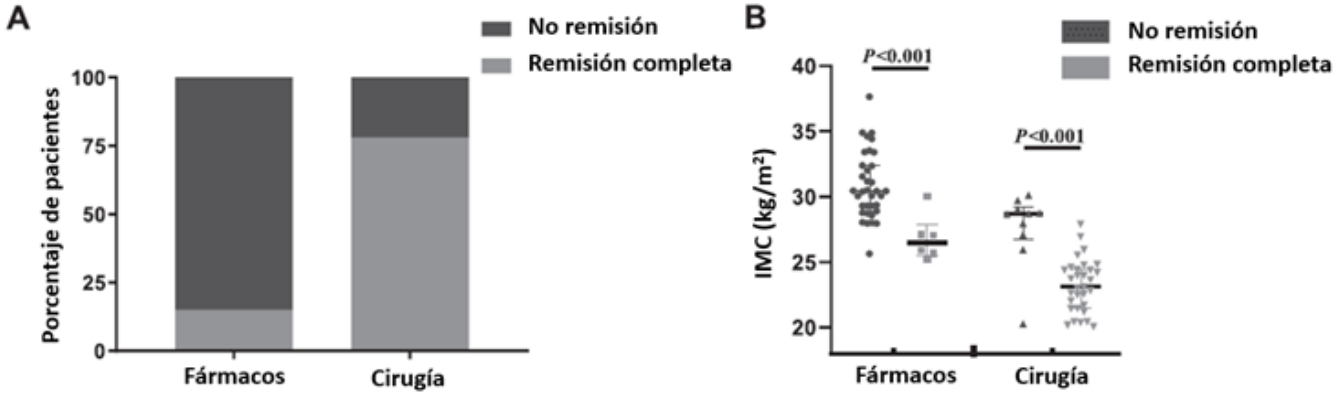



*Figura 2: Análisis de subgrupos. (A) Proporción de pacientes en remisión o no remisión. (B) Comparación de pacientes en remisión o fuera de remisión con respecto al IMC.*

Con respecto a los períodos menstruales, a pesar de que en el grupo quirúrgico los mismos fueron irregulares al inicio, tendieron a regularizarse durante los 5 meses siguientes, y casi el 80% de las pacientes mantuvieron una menstruación regular durante los últimos 6 meses. No se observó lo mismo en el grupo farmacológico, en quienes descontando los meses iniciales de toma de ACO, luego de la suspensión de los mismos los ciclos continuaron siendo irregulares.

Los análisis de regresión logística, incluyendo modelos univariados y



Phoca PDF

multivariados, demostraron que el IMC, la pérdida total de peso, el IAL, la SHBG, el MaxOV y el HOMA-IR al final del estudio, se asociaron significativamente con la no remisión del SOP. Además, se realizó un análisis ROC para encontrar un punto de corte de IMC para poder proporcionar una orientación clínica. En este sentido, los puntos de corte para el IMC final fueron 27,5 $kg/m^2$ para el grupo farmacológico y 26 $kg/m^2$ para el grupo quirúrgico. En general, casi el 95% de las pacientes con un IMC final inferior a los valores de corte alcanzaron la remisión completa.

Este es el primer estudio que evaluó comparativamente de forma prospectiva los efectos del tratamiento farmacológico de primera línea y la cirugía bariátrica en mujeres con obesidad y SOP. **Se demostró que el tratamiento quirúrgico es superior a la terapia farmacológica ya que los beneficios observados con la cirugía incluyen la pérdida de peso constante, la recuperación de la regularidad en los ciclos menstruales y la mejora en los perfiles hormonales y metabólicos.**

Aunque las interacciones y asociaciones entre la obesidad y el SOP siguen siendo controvertidas, **en este estudio se demostró una fuerte correlación entre el IMC y la remisión del síndrome en pacientes con obesidad.** Además, los valores de corte de este estudio pueden servir de orientación, ya que, para garantizar la eficacia, se aconseja a las pacientes del grupo farmacológico que alcancen un IMC < a 27,5 $kg/m^2$, y en el grupo quirúrgico, el IMC final debe ser < a 26 $kg/m^2$. Se ha observado en estudios publicados previamente que una pérdida de peso superior al 5% es suficiente para conseguir la remisión completa del SOP. Sin embargo, no se había investigado hasta este momento la relación entre los parámetros bioquímicos o físicos y los resultados clínicos del SOP. Por este motivo, en este trabajo se realizó un análisis de regresión logística para evaluar la correlación entre cada parámetro y el resultado del SOP. **Los resultados indican que, en pacientes con SOP y obesidad, el IMC final tras la pérdida de peso es mucho más importante que los demás factores.**

En el SOP existen complejas interacciones entre factores genéticos y ambientales, y si bien no todas las pacientes son obesas, se observa habitualmente en ellas hiperandrogenismo e insulinorresistencia. En este estudio, a partir de los análisis de regresión logística univariada y multivariada, se descubrió que si bien la SHBG, el IAL, el MaxOV y el HOMA-R pueden desempeñar un papel en la remisión del



Phoca PDF

SOP, sólo el IMC final es el verdadero determinante, lo que indicaría que la resistencia a la insulina, el exceso de andrógenos y la morfología ovárica podrían ser consecuencias de la obesidad. Es por esto que este estudio recomienda que **el objetivo del tratamiento del SOP con obesidad se centre en la pérdida de peso.**

De modo similar a lo observado en publicaciones previas, no se observó en este caso una remisión en la morfología ovárica. Las razones son desconocidas, y se cree que podría ser por alguna de las siguientes causas: en primer lugar, el cambio de la morfología ovárica es más difícil de conseguir que el cambio de índices bioquímicos endocrinos y metabólicos, y el agrandamiento ovárico, así como el número de pequeños folículos antrales son relativamente difíciles de revertir. En segundo lugar, la apariencia poliquística de los ovarios no es sinónimo de SOP, ya que la misma puede observarse en muchas adolescentes y personas sanas, lo que indica que puede no haber una relación causal clara entre esta morfología ovárica y el SOP.

***En conclusión, este estudio confirma que el IMC, más que la pérdida total de peso, está altamente correlacionado con la remisión del SOP. En comparación con el tratamiento farmacológico, la cirugía bariátrica es mucho más eficaz. Se sugiere que la cirugía bariátrica sea considerada el tratamiento de primera línea para pacientes con SOP y obesidad. Además, estos hallazgos recomiendan un IMC objetivo: de 27,5 kg/m$^2$ para las pacientes que reciben fármacos y 26,0 kg/m$^2$ para las que se someten a cirugía bariátrica.***

**Copyright 2023. Endoweb.net**



Phoca PDF

**¿Recomendarías la cirugía bariátrica como tratamiento del síndrome de ovario poliquí**

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Martes, 30 Noviembre -0001 00:00
Escrito por: Sofia
Visitas: 4528






Phoca PDF