

## **I Reunión Científica SOGBA**

### **Ezeiza-Esteban Echeverría**

**23 y 24 de Abril de 2010**

- **MESA: ADOLESCENTES HIPERANDROGÉNICAS. ESTADO DE SITUACIÓN**

Coordinador: Dra. Silvia Pebe

Experto: Dra. María Franchina

Secretario: Dra. Romina Morixe

Panelistas: Dr. Pablo Carpintero

Dra. Valeria Lotoczko

Dra. Fabiana Lartigue

Dra. Romina de Nápoli

Dra. Gabriela Pagliano

Dra. Gisela Martínez

Dra. Alejandra Tissieres

Los estados hiperandrogénicos predisponen a enfermedad cardiovascular, síndrome metabólico y riesgo de cáncer. Los ginecólogos, como médicos de atención primaria de la mujer debemos detectar precozmente esta patología, sobre todo en la niñez y adolescencia.

Los diagnósticos diferenciales que debemos plantear ante una adolescente hiperandrogénica son: Hiperplasia suprarrenal congénita de comienzo tardío, hipercortisolismo (Cushing, uso de corticoides), anabólicos, hipotiroidismo, hiperprolactinemia, HAIR-AN, pubertad precoz, tumores virilizantes, pubarca prematura idiopática y síndrome de ovario poliquístico (SOP). Este último es el más frecuente. Considerando que el 70- 75% de las pacientes SOP son insulinoresistentes (IR) los expertos y panelistas debatieron sobre:

### **1.- CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE INSULINORRESISTENCIA EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

#### **Criterios clínicos**

- Anamnesis: antecedentes personales (RCIU con catch up elevado, bajo y elevado peso al nacer). Antecedentes familiares (madre con SOP, DBT, obesidad).
- Examen físico: Peso, talla, BMI, medida de la cintura, TA, acantosis nigricans.

#### **Criterios de laboratorio**

- Glucemia
- Insulinemia
- Índice HOMA
- Bajo HDL
- Curva de glucemia

No existe una definición numérica aceptada de IR ni un punto de corte definido que diferencie normal de anormal, ya que en la adolescencia perimenárquica existe un hiperandrogenismo y disminución de la sensibilidad a la insulina fisiológica. Se deben evaluar todos los criterios en conjunto y ser cuidadoso en NO encasillar en forma definitiva el diagnóstico de IR a esta edad.

Trabajar interdisciplinariamente con el pediatra, nutricionista, endocrinólogo, psicólogo, deportólogo y asistente social es de buena práctica.

## **2.- MANEJO DE LA METFORMINA EN LAS ADOLESCENTES**

Se indican cambios en el estilo de vida (dieta y ejercicio aeróbico). Si en el término de tres meses no se observan modificaciones en los criterios clínicos y de laboratorio, se indica metformina en dosis crecientes y de acuerdo al BMI. Se puede llegar hasta 2000 mg/día.

## **3.- ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN EN LA ADOLESCENTE HIPERANDROGÉNICA**

- Talleres en la sala de espera.
- Grupos de apoyo
- Implementar cambios en la educación nutricional en escuelas en todos los niveles educativos (nivel inicial, primario, secundario), universidades, clubes, sociedades de fomento.
- Talleres de preparación de alimentos.
- Optimizar las actividades de educación física en todos los niveles educativos.
- Estimular las actividades físicas motivadoras (bailar).

## **4.- ACCIONES EN EL SECTOR PÚBLICO**

- Fomentar el trabajo interdisciplinario.
- Organizar caminatas y actividades deportivas.
- Estimular la realización de actividades físicas en los lugares de trabajo (dentro del horario laboral) y en los colegios.

## **CONCLUSIONES**

La detección y corrección precoz del hiperinsulinismo en las niñas y adolescentes es una conducta válida para reducir la enfermedad cardiovascular, obesidad, infertilidad y diabetes en la vida adulta. Así como también disminuir el riesgo de cáncer de mama, endometrio y ovario.