

HIRSUTISMO

DEFINICIÓN

Proliferación excesiva de vello terminal en la mujer, siguiendo un patrón masculino de distribución (androide).

FISIOPATOLOGÍA

En la mujer hirsuta hay disminución de la SHBG (globulina fijadora de esteroides sexuales) por varios factores, uno de ellos insulinoresistencia, y esto aumenta la testosterona libre, lo que provoca aumento de la acción androgénica sobre los folículos pilosos.

CLÍNICA

- Suele aparecer durante la 2da o 3ra década de la vida y es de carácter progresivo.
- Aparición repentina: obs. Neoplasia secretora de andrógenos.
- Asociado a ciclos irregulares, hace más probable origen ovárico.
- En presencia de galactorrea, pensar en hiperprolactinemia.
- HTA, estrías, obesidad centripeta y debilidad: Síndrome de Cushing.
- Secundario a fármacos como fenilhidantoina, minoxidil, ciclosporina.
- Historia familiar de infertilidad y/o hirsutismo puede sugerir hiperplasia suprarrenal no clásica.

CAUSAS

Las 2 principales causas son:

- Hirsutismo Idiopático: sin presencia de otras anomalías clínicas (en especial sin alteraciones menstruales).
- Síndrome ovario poliquístico

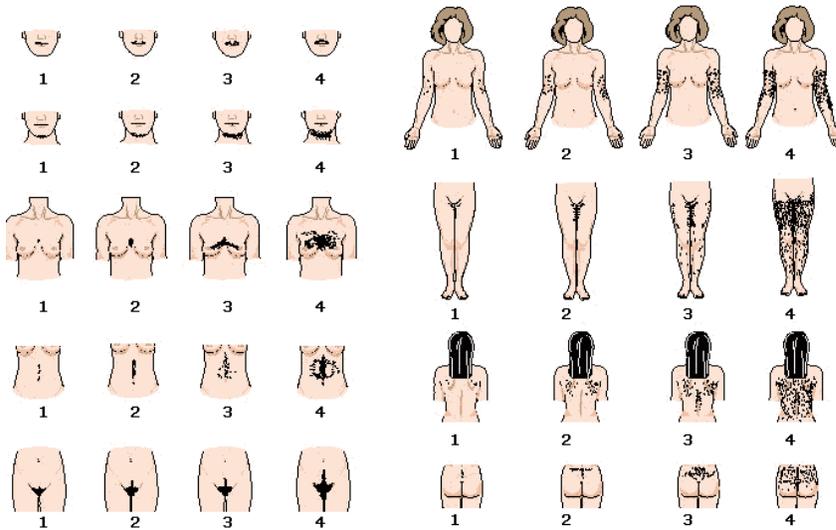
Otras causas: Medicamentosa (glucocorticoides, esteroides anabolizantes, levonorgestrel), Adrenales (hiperplasia adrenal congénita, Sd. de Cushing, tumor adrenal productor de andrógenos), Ováricas (tumores secretores de esteroides, trastornos de diferenciación sexual, posmenopáusicas), Mixtas, Otras (hiperprolactinemia, hipotiroidismo, acromegalia).

DIAGNÓSTICO

Principalmente clínico.

Escala Cuantitativa del Hirsutismo de Ferriman y Gallwey Modificado.

- Nueve zonas corporales sensibles a andrógenos, a los cuales se asigna valor de 0 a 4.
- Puntuaciones sobre 8 sugieren aumento en nivel de andrógenos.



MANEJO EN APS:

- Recordar que uno de los factores más comunes en la fisiopatología es Insulinorresistencia, especialmente en el contexto de obesidad. Por esto, si se sospecha Insulinorresistencia por clínica (acantosis, obesidad) ideal sería confirmar con TTG (PTGO) y Curva Insulina, e iniciar su manejo con Metformina, y régimen.
- En pacientes usuarias de ACO, considerar con matrona en APS cambio de fórmula del ACO, que usen como progestágeno Ciproterona.

DERIVAR A NIVEL SECUNDARIO

Los casos de Hirsutismo en los cuales la instalación y progresión de éste sea rápida, son más probables de causa secundaria, por lo que son prioridad en la derivación.

Los casos menos severos, y después de las medidas generales indicadas anteriormente en Manejo de APS y que no respondan a éstas, deben ser igualmente derivados para evaluar con:

- Glicemia, TSH,
- Exámenes útiles en diagnóstico diferencial no obligatorios: Prolactinemia, Testosterona total y fracción libre, SHBG, niveles ACTH y Cortisol, 17 OHP (hiperplasia adrenal congénita).

-Bibliografía

Kathryn A. et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab, April 2008, 93 (4): 1105-1120.

- Endocrinología Clínica. Editor: J.A: Rodriguez Portales. Editorial Mediterráneo, Santiago, Chile, 2000.