

Preguntas frecuentes del grupo Global AWARE

Objetivo:

El objetivo es proporcionar información accesible sobre el diagnóstico y el tratamiento adecuados del exceso de andrógenos. Se trata de un documento de preguntas y respuestas frecuentes. El documento debe actuar como un recurso educativo complementario para apoyar la formación y el aprendizaje de los profesionales sanitarios.

El recurso también actuará como un directorio para compartir con la paciente donde se puede encontrar toda la información adicional de interés en los materiales educativos existentes elaborados por el grupo Global AWARE.

Público:

Ginecólogos, dermatólogos, médicos de atención primaria y farmacéuticos

Descripción:

Este documento de preguntas frecuentes proporciona un conjunto de preguntas y respuestas que se utilizarán para responder preguntas habituales sobre el diagnóstico y el tratamiento adecuado de los niveles altos de andrógenos. Han sido elaboradas por los miembros del grupo Global AWARE con el fin de compartir sus experiencias de la práctica clínica.

Cada pregunta tendrá dos respuestas; una **respuesta breve**, rápida, simple y directa, y una **respuesta larga**, más detallada y completa.

Estas preguntas y respuestas se han elaborado para que su uso sea flexible.

El grupo AWARE es un grupo de médicos independientes con un interés experto en el exceso de andrógenos en las mujeres. Bayer AG apoya y financia la formación del grupo AWARE y su trabajo continuo.

¿Cómo se pueden utilizar las preguntas frecuentes?

- Por parte de los profesionales sanitarios, como recurso para obtener una comprensión más detallada del tema a través de respuestas más largas.
- Para incorporar en los materiales AWARE locales del país (por ejemplo, selección de algunas preguntas frecuentes clave para usar en la última página de un folleto).
- Para utilizar como herramienta de apoyo en las discusiones dirigidas por los profesionales sanitarios durante las sesiones de talleres o reuniones educativas.
- Para compartir como contenido en canales de redes sociales digitales para ayudar a atraer a un público más amplio.

Por ejemplo, la pregunta podría compartirse sola en los canales de Twitter, con un enlace a «Más información» que pudiera redirigir al lugar donde acceder a más materiales:



Healthcare Professional @Dr.HCP .3h

Wondering if one of your patients with androgen excess should be referred?
Check out the facts [here](#) #androgenexcess #AWARE

4 19 168

O tanto la pregunta como la respuesta podrían incluirse en plataformas como un grupo cerrado de Facebook sobre el exceso o los niveles altos de andrógenos:



Healthcare Professional

Do you know the difference between clinical and biochemical androgen excess? Find out [here](#)

Healthcare Professional

7th March 2018 13.25pm

Find out answers to commonly asked questions in your clinical practice such as '**What is the main symptom of androgen excess?**' [here](#)

Like Comment

Nota: el uso de contenido en las redes sociales dependerá de la normativa de cada país.

Preguntas frecuentes

Nota: para navegar rápidamente a través del documento hasta la pregunta y respuesta deseadas, use el directorio de contenido a continuación. Simplemente coloque el cursor sobre la pregunta cuya respuesta desea conocer y presione «Ctrl + clic».

Definición del exceso de andrógenos

1. ¿Cuál es la diferencia entre el exceso de andrógenos clínico y bioquímico? ^{1, 2}

Reconocimiento y diagnóstico del exceso de andrógenos

2. ¿Cómo se manifiesta el exceso de andrógenos a nivel clínico? ^{1, 2}
3. ¿Qué utilidad tienen para el diagnóstico los antecedentes familiares de síndrome del ovario poliquístico (SOP) o el acné causado por exceso de andrógenos?
4. ¿Cómo reconozco el acné que probablemente esté causado por un exceso de andrógenos? ^{1, 2, 3, 4}
5. ¿Qué pruebas hormonales se recomiendan en el diagnóstico del **a)** exceso de andrógenos y el **b)** síndrome del ovario poliquístico (SOP)? ^{1, 2}
6. ¿Es posible diagnosticar el síndrome del ovario poliquístico (SOP) **sin** observar la morfología ovárica (por ejemplo, ovarios quísticos)? ¹
7. ¿Cuándo debo derivar a mis pacientes? ¹

Impacto del exceso de andrógenos

8. ¿Cuáles son los riesgos para la salud a largo plazo del exceso de andrógenos? ^{1, 2, 3}

Tratamiento del exceso de andrógenos

9. ¿Cómo se puede tratar el exceso de andrógenos?
10. ¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento del exceso de andrógenos? ^{1, 2}
12. ¿Qué pacientes no deben recibir tratamiento hormonal con antiandrógenos? ¹
13. ¿Qué papel juegan los factores del estilo de vida en el control del síndrome del ovario poliquístico (SOP)? ^{1, 2}
14. ¿Cuál es el riesgo de tromboembolia venosa (TEV) con el tratamiento hormonal combinado con etinilestradiol y gestágeno antiandrógenos? ^{1, 2, 3, 4}
15. ¿Existe algún riesgo de cáncer debido al tratamiento hormonal con antiandrógenos? ^{1, 2}

Preguntas frecuentes

Definición del exceso de andrógenos (Hiperandrogenismo)

1. ¿Cuál es la diferencia entre el exceso de andrógenos clínico y bioquímico? ^{1, 2}

Respuesta breve:

Las mujeres con exceso de andrógenos pueden presentar hiperandrogenismo clínico o bioquímico, o ambos. **El hiperandrogenismo clínico** es un aumento de la sensibilidad de los receptores cutáneos a los andrógenos de la sangre. **Las mujeres con hiperandrogenismo bioquímico** tienen niveles elevados de andrógenos en la sangre.

Respuesta larga:

El exceso de andrógenos se puede clasificar en hiperandrogenismo clínico o bioquímico. La diferencia principal es que las mujeres tienen una mayor sensibilidad a los andrógenos o producen demasiados andrógenos circulantes. Sin embargo, vale la pena señalar que el exceso de andrógenos también puede presentarse como hiperandrogenismo clínico y bioquímico. Algunas mujeres pueden presentar una producción o secreción de andrógenos excesiva, así como una mayor sensibilidad de la unidad pilosebácea a los andrógenos.

El hiperandrogenismo clínico es un aumento de la sensibilidad de la unidad pilosebácea de la piel (incluye el folículo piloso y la glándula sebácea) a los andrógenos circulantes. Las mujeres pueden tener niveles normales de andrógenos en suero. En el **hiperandrogenismo bioquímico**, las mujeres presentan niveles elevados de andrógenos, ya sea debido a una producción o a una secreción excesivas de andrógenos (de origen suprarrenal u ovárico).

El hiperandrogenismo clínico se presenta habitualmente con síntomas cutáneos, como el hirsutismo o el acné, mientras que, además de estos síntomas, el hiperandrogenismo bioquímico también puede provocar síntomas más sistémicos de irregularidad menstrual o esterilidad, así como riesgos para la salud a largo plazo, como el síndrome metabólico y un mayor riesgo cardiovascular.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Fauser BCJM, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-sponsored 3rd PCOS consensus workshop group. Fertil Steril 2012; 97: 28–38
2. Legro RS, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: An endocrine society clinical practice guideline. J Clin Endocrinol Metab 2013; 98: 4565–4592

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

Reconocimiento y diagnóstico del exceso de andrógenos

2. ¿Cómo se manifiesta el exceso de andrógenos a nivel clínico? ^{1, 2}

Respuesta breve:

El exceso de andrógenos no se presenta con un síntoma distintivo «principal», sino que hay una **combinación de síntomas cutáneos y menstruales** que pueden estar presentes individualmente o todos juntos, como seborrea, acné, hirsutismo, alopecia e irregularidad menstrual.

Respuesta larga:

Hay una combinación de síntomas cutáneos y menstruales que pueden aparecer individualmente o en combinación.

Los síntomas cutáneos son seborrea, acné, hirsutismo y alopecia. El cuadro clínico inicial de los cuatro síntomas cutáneos hiperandrogénicos se conoce como **síndrome SAHA: Seborrea, Acné, Hirsutismo y Alopecia**.^{3, 4} Este puede estar presente en el 20 % de las mujeres afectadas por hiperandrogenismo.

Aunque el hirsutismo es uno de los marcadores más habituales del exceso de andrógenos (presente en el 80 % de las mujeres con exceso de andrógenos), las mujeres a menudo pueden usar el cuidado personal para controlar el crecimiento del vello (por ejemplo, maquillaje, afeitado, depilación con cera), lo que dificulta la identificación del exceso de andrógenos en estas mujeres.¹ Con frecuencia, los síntomas cutáneos se pueden trivializar y confundir con un problema cosmético. Las mujeres con hirsutismo causado por exceso de andrógenos presentan altos niveles de angustia psicosocial, el 75 % de las mujeres comunican ansiedad, el 30 % comunican depresión y el 29 % comunican ansiedad y depresión.⁶

La presencia de síntomas en todas las etapas de la vida puede incluir el deterioro de la calidad de vida y síntomas clínicos hiperandrogénicos. En la clínica es habitual que las mujeres más jóvenes presenten acné causado por exceso de andrógenos o irregularidad menstrual. Sin embargo, en la edad adulta puede ser más frecuente que las mujeres presenten disfunción ovulatoria o problemas de fertilidad.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

- Yildiz B. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006; 20(2): 167-176
- Ozdemir S, et al. Specific dermatologic features of the polycystic ovary syndrome and its association with biochemical markers of the metabolic syndrome and hyperandrogenism. Acta Obstet Gynecol Scand 2010; 89: 199–204
- Orfanos CE, Adler YD, Zouboulis CC. The SAHA Syndrome. Horm Res. 2000; 54: 251-8
- Fauser BCJM, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Fertil Steril 2012; 97: 28–38
- Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. Clin Epidemiol 2014; 6: 1–13
- Lipton MG, et al. Women living with facial hair: the psychological and behavioural burden. J Psychosom Res. 2006. 61(2): 161-8

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

3. ¿Qué utilidad tienen para el diagnóstico los antecedentes familiares de síndrome del ovario poliquístico (SOP) o el acné causado por exceso de andrógenos?

Respuesta breve:

Los antecedentes familiares son importantes, ya que pueden estar relacionados con algunos de los síntomas del exceso de andrógenos, como el acné o el hirsutismo, y también pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo del síndrome del ovario poliquístico (SOP).¹

Respuesta larga:

Tener en cuenta los antecedentes familiares de una paciente puede ayudar a confirmar el diagnóstico de exceso de andrógenos o de síndrome del ovario poliquístico (SOP). Por ejemplo; el 50 % de las mujeres con hirsutismo tienen antecedentes familiares positivos de hirsutismo.

También se ha demostrado que los antecedentes familiares pueden aumentar el riesgo de presentar acné y pueden influir en el momento y la aparición de la intensidad.^{2,3}

Además de esto, las mujeres con predisposición a presentar elementos del síndrome metabólico, como la obesidad y la diabetes de tipo 2, también pueden tener más probabilidades de desarrollar SOP. Sin embargo, debe recordarse que el SOP es un trastorno genético complejo y frecuente y, por lo tanto, varios genes y su interacción con el medio ambiente contribuyen a su expresión fenotípica.⁴

Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia: <https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>

Referencias bibliográficas

1. Azziz R, Carmina E, Sawaya ME. Idiopathic hirsutism. Endocr Rev 2000; 21: 347–362
2. Nast A, et al. European evidence-based (S3) guidelines for the treatment of acne. J Eur Acad Dermatol Venereol 2012; 26(Suppl 1): 1–29
3. NHS choices. Acne – causes. Consultado en: <http://www.nhs.uk/Conditions/Acne/Pages/Causes.aspx>
4. Azziz R, et al. The Androgen Excess and PCOS Society criteria for the polycystic ovary syndrome: the complete task force report. Fertil Steril. 2009; 91: 456–488.

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

4. ¿Cómo reconozco el acné que probablemente esté causado por un exceso de andrógenos?
1, 2, 3, 4

Respuesta breve:

El acné causado por exceso de andrógenos se presenta principalmente a lo largo de la mandíbula y el mentón en forma de acné papulopustuloso. Los andrógenos juegan un papel importante en los mecanismos de aparición del acné androgénico.

Respuesta larga:

El acné se puede encontrar en varias áreas del cuerpo donde hay densas poblaciones de folículos sebáceos, como la cara, la parte superior del pecho y la espalda. Con frecuencia, la distribución del acné puede estar relacionada con su causa. El acné causado por niveles elevados de andrógenos o por una mayor sensibilidad a los andrógenos en mujeres con exceso de andrógenos, a menudo se encuentra en áreas donde la unidad pilosebácea (folículo piloso y glándula sebácea) ya es más sensible a los andrógenos, por ejemplo, la mandíbula y el mentón. En esta distribución masculina es donde también se puede encontrar hirsutismo, como resultado del exceso de andrógenos.

Los niveles elevados de andrógenos producen un aumento de la producción de sebo, lo que provoca una alteración de la queratinización y el bloqueo de las glándulas sebáceas, así como la colonización bacteriana por *Propionibacterium acnes*. Ambos conducen a la ruptura e inflamación del comedón y, en conjunto, contribuyen al desarrollo del acné.

En mujeres con síndrome del ovario poliquístico (SOP), se estima que el exceso de andrógenos causa aproximadamente el 15 % del acné.⁵ Por lo tanto, hay muchas otras causas del acné, incluyendo las influencias hormonales, como la influencia del ciclo menstrual, o las no hormonales, como los medicamentos, los cosméticos o las elecciones de estilo de vida, como el tabaquismo y la mala alimentación.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Moradi Tuchayi S, et al. Acne vulgaris. Nat Rev Dis Primers. 2015; 1: 1-20
2. Dréno B, et al. Profile of patients with mild-to-moderate acne in Europe: a survey. Eur J Dermatol. 2016; 26(2): 177-84
3. Yıldız B. Diagnosis of hyperandrogenism: clinical criteria. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2006; 20(2): 167-176
4. Dréno B, et al. Adult female acne: a new paradigm. JEADV. 2013; 27: 1063-1070
5. Bitzer J, et al. The use of CPA/EE in hyperandrogenic skin symptoms – A review. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017; 22:172-182

[**Haga clic para volver a la lista de preguntas**](#)

5. ¿Qué pruebas hormonales se recomiendan en el diagnóstico del **a)** exceso de andrógenos y el **b)** síndrome del ovario poliquístico (SOP)?^{1, 2}

Respuesta breve:

El uso de pruebas de laboratorio depende de los protocolos de los centros y de la disponibilidad en la práctica clínica. La 17-hidroxiprogesterona (HPG) sérica, el cortisol libre en orina de 24 horas y la dehidroepiandrosterona sulfato (DHEA-S) pueden utilizarse para excluir otras afecciones hiperandrogénicas y, por lo tanto, confirmar un diagnóstico de exceso de andrógenos.

Respuesta larga:

Además de las pruebas anteriores, es importante evaluar la amenorrea y excluir el embarazo con pruebas de gonadotropina coriónica humana (GCH) en suero u orina. La ecografía puede ser útil para confirmar la morfología ovárica en pacientes con SOP, sin embargo, la ausencia de morfología ovárica **no excluye** un diagnóstico de síndrome del ovario poliquístico.

Otras pruebas que también pueden ser útiles son:

- Hormona antimulleriana (AMH), cortisol libre en orina de 4 h
- Globulina fijadora de las hormonas sexuales (SHBG)
- IGF-1 libre en suero

Se debe realizar una evaluación metabólica completa después de la confirmación del SOP.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Goodman NF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, America College of Endocrinology and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the best practice in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. *Endocrine Pract* 2015; 21(11): 1291–1300
2. Fauser BCJM, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2012; 97: 28–38

Haga clic para volver a la lista de preguntas

6. ¿Es posible diagnosticar el síndrome del ovario poliquístico (SOP) sin observar la morfología ovárica (por ejemplo, ovarios quísticos)? ¹

Respuesta breve:

De acuerdo con los criterios de Rotterdam, las mujeres que presentan un exceso clínico de andrógenos, también conocido como hiperandrogenismo bioquímico, así como menstruaciones irregulares, pueden ser diagnosticadas con SOP sin presentar morfología de ovario poliquístico.

Respuesta larga:

Según los criterios de Rotterdam (y tras la exclusión del exceso de andrógenos, trastornos relacionados y causas endocrinas como la hiperprolactinemia), el SOP puede definirse por la presencia de al menos **dos** de los siguientes aspectos:

- Hiperandrogenismo (clínico o bioquímico)
- Menstruaciones irregulares (disfunción ovulatoria)
- Morfología de ovario poliquístico

Hay cuatro presentaciones fenotípicas principales en este caso, como se detalla en la siguiente tabla. Las mujeres con fenotipo B pueden ser diagnosticadas con SOP debido a la presencia de hiperandrogenismo bioquímico y menstruaciones irregulares que provocan disfunción ovulatoria.

Parámetro	Fenotipo			
	A	B	C	D
Hiperandrogenismo	✓	✓	✓	X
Disfunción ovulatoria	✓	✓	X	✓
Morfología de ovario poliquístico	✓	X	✓	✓

Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>

Referencias bibliográficas

1. Lizneva D, et al. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2016; 106(1): 6-15

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

7. ¿Cuándo debo derivar a mis pacientes? ¹

Respuesta breve:

Las mujeres deben ser derivadas de inmediato si se encuentran señales de alerta que sugieran la presencia de un tumor secretor de andrógenos o una neoplasia maligna. Esto incluye virilización intensa y repentina.

Respuesta larga:

Las señales de alerta para la derivación son:

- Inicio repentino y rápido de crecimiento del vello, hirsutismo intenso, signos obvios de virilización o masa abdominal o pélvica palpable
- Pruebas adicionales que revelan niveles elevados de 17-hidroxiprogesterona/testosterona total en suero >4 nanomol/l
- Sangrado irregular y otras sospechas de neoplasia maligna

Cualquiera de los aspectos anteriores requiere más investigación, ya que pueden ser indicativos de tumores secretores de andrógenos. Estos tumores pueden ser de origen suprarrenal u ovárico y, aunque son raros, más del 50 % de ellos son malignos.

Si las mujeres que buscan tratamiento para el acné tienen sospecha de acné nodular o cicatrices, siempre deben remitirse a un dermatólogo.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Bode D, et al. Hirsutism in women. Am Fam Physician. 2012 15; 85(4): 373-80

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

Impacto del exceso de andrógenos

8. ¿Cuáles son los riesgos para la salud a largo plazo del exceso de andrógenos? ^{1, 2, 3}

Respuesta breve:

El exceso de andrógenos debido a niveles elevados de andrógenos (hiperandrogenismo bioquímico) está relacionado con muchos problemas médicos a largo plazo, como resistencia a la insulina, diabetes de tipo 2, enfermedades cardiovasculares y esterilidad.

Respuesta larga:

Los riesgos para la salud a largo plazo relacionados con el exceso de andrógenos debido a los niveles elevados de andrógenos (hiperandrogenismo bioquímico) se encuentran particularmente en mujeres con síndrome del ovario poliquístico (SOP). Varios riesgos para la salud a largo plazo se asocian a las mujeres con SOP. Por ejemplo:

Las mujeres con SOP tienen un mayor riesgo cardiovascular si también presentan:

- Obesidad
- Tabaquismo
- Hipertensión
- Dislipidemia
- Enfermedad vascular asintomática
- Intolerancia a la glucosa
- Antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular prematura

El riesgo aumenta aún más si las mujeres tienen diabetes de tipo 2, enfermedad vascular, renal o cardiovascular manifiesta o síndrome metabólico.

Además de esto, el riesgo de presentar problemas reproductivos aumenta en las mujeres con SOP. Esto puede incluir un mayor riesgo de:

- Esterilidad
- Desenlaces adversos del embarazo, como el riesgo de aborto espontáneo
- Hiperplasia/cáncer de endometrio

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Epidemiol* 2014; 6: 1–13
2. Fauser BCJM, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertil Steril* 2012; 97: 28–38
3. Legro RS, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2013; 98: 4565–92

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

Tratamiento del exceso de andrógenos

9. ¿Cómo se puede tratar el exceso de andrógenos?

Respuesta breve:

El tratamiento del exceso de andrógenos tiene un enfoque holístico centrado en el impacto en la vida de las mujeres y sus necesidades individuales y objetivos terapéuticos.^{1, 2, 3}

Respuesta larga:^{4, 5}

El tratamiento del exceso de andrógenos puede implicar una variedad de métodos, pero se centra en los síntomas más molestos para la mujer y sus propios objetivos terapéuticos. Esto puede requerir conversaciones específicas y asesoramiento para ayudar a explicar las opciones terapéuticas disponibles. Por ejemplo, si los síntomas cutáneos son los más molestos, deben tratarse de forma prioritaria, si es la irregularidad menstrual, la regulación del ciclo debe ser el objetivo.

Debe reconocerse que los objetivos terapéuticos de una mujer pueden cambiar a lo largo de su vida y siempre deben evaluarse. En el caso de las mujeres con niveles elevados de andrógenos, el tratamiento debe funcionar también para controlar y reducir los riesgos para la salud a largo plazo.

Las tres áreas principales de tratamiento para el exceso de andrógenos son:

- **Control del estilo de vida** para ayudar a reducir el riesgo de presentar consecuencias metabólicas a largo plazo en mujeres con niveles elevados de andrógenos. Esto puede implicar mejorar la dieta o aumentar el ejercicio para ayudar a perder peso.
- **Opciones tópicas o cosméticas** para tratar los síntomas cutáneos molestos, como el acné, el hirsutismo y la seborrea. Esto puede incluir el uso de retinoides tópicos, antibióticos como tetraciclinas, peróxido de benzoilo y ácido azelaico. Sin embargo, también puede implicar el afeitado, la depilación con cera o la depilación láser.
- **Tratamiento farmacológico** para ayudar a reducir el nivel de andrógenos circulantes y controlar su efecto a nivel tisular. Esto puede incluir el uso de antiandrógenos en combinación con estrógenos y espironolactona, finasterida, metformina y análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas (HLGn).

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Legro RS, et al. Diagnosis and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. J Clin Endocrinol Metab 2013; 98: 4565–92
2. Goodman NF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, America College of Endocrinology and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the best practice in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. Endocrine Pract 2015; 21(11): 1291–1300
3. Fauser BCJM, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. Fertil Steril 2012; 97: 28–38
4. Lizneva D, et al. Criteria, prevalence, and phenotypes of polycystic ovary syndrome. Fertil Steril 2016; 106(1): 6–15
5. Moran LJ, et al. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systemic Reviews 2011; 16(2): CD007506.

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

10. ¿Cuánto tiempo debe durar el tratamiento del exceso de andrógenos? ^{1, 2}

Respuesta breve:

El control y el tratamiento del exceso de andrógenos es de por vida. El tratamiento farmacológico con antiandrógenos puede continuar a menos que esté contraindicado o en mujeres que están intentando concebir. El control del estilo de vida y las opciones tópicas o cosméticas también se pueden usar cuando se recomiendan y se elijan como parte del plan de tratamiento individual.

Respuesta larga:

El control del exceso de andrógenos es de por vida. Sin embargo, el tratamiento siempre debe depender de las necesidades individuales y los objetivos terapéuticos de cada mujer. Hay varias opciones de tratamiento, tal como se detalla en la pregunta 9. Sin embargo, es importante que cada opción se comente adecuadamente para permitir tomar decisiones terapéuticas informadas.

En el momento de escribir este documento, no existe un tratamiento específico para el síndrome del ovario poliquístico; sin embargo, se ha demostrado que perder una cantidad moderada de peso, de un 10 %, en mujeres con SOP puede mejorar la resistencia a la insulina, así como los resultados androgénicos y reproductivos.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Moran LJ, et al. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systemic Reviews 2011; 16(2): CD007506.
2. Goodman NF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, America College of Endocrinology and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the best practice in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. Endocrine Pract 2015; 21(11): 1291–1300

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

11. ¿Puedo tratar el exceso de andrógenos con cualquier tipo de anticonceptivo hormonal combinado (AHC)?^{1, 2, 3, 4}

Respuesta breve:

Es importante seleccionar los tratamientos hormonales combinados correctos. Algunos gestágenos utilizados en los AHC son androgénicos (en lugar de antiandrogénicos) y, por lo tanto, pueden aumentar los niveles de andrógenos circulantes y empeorar los síntomas en mujeres con exceso de andrógenos.

Respuesta larga:

Los gestágenos antiandrogénicos son un grupo de hormonas femeninas que inhiben el efecto de los andrógenos, pero otro grupo de gestágenos androgénicos puede tener el efecto contrario. La fuerza de este efecto varía según el gestágeno que se use. Al seleccionar un tratamiento hormonal combinado para el exceso de andrógenos, es importante identificar y seleccionar el gestágeno apropiado que inhiba la actividad de los andrógenos y no empeore los síntomas.

Los diferentes gestágenos también tienen diferentes potenciales antiandrogénicos:

Más antiandrogénico			Más androgénico		
←-----→			→-----←		
ACP acetato de ciproterona	ACM acetato de cloramida	DNG dienogest	NET noretisterona	LNG levonorgestrel	DZ danazol

Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>

Referencias bibliográficas

1. Sirmans SM, Pate KA. Epidemiology, diagnosis, and management of polycystic ovary syndrome. Clin Epidemiol 2014; 6: 1–13
2. Zouboulis CC, et al. Sexual hormones in human skin. Horm Metab Res 2007; 39: 85–95
3. Sitruk-Ware R. New progestagens for contraceptive use. Hum Reprod Update 2006; 12: 169–178
4. Ruan X, et al. Use of CPA/EE in polycystic ovary syndrome: Rationale and practical aspects. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017; 22(3): 183-190

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

12. ¿Qué pacientes no deben recibir tratamiento hormonal con antiandrógenos? ¹

Respuesta breve:

Las mujeres que tienen contraindicaciones para usar tratamientos combinados de estrógeno y progesterona, como antecedentes de episodios trombóticos venosos, no deben recibir tratamiento hormonal antiandrógeno para el exceso de andrógenos.

Respuesta larga:

Los tratamientos combinados de estrógeno y progesterona están contraindicados en mujeres con riesgo de tromboembolia venosa o que puedan estar intentando concebir. Otras contraindicaciones descritas en los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) son:

- Presencia o antecedente de episodios trombóticos/tromboembólicos venosos o arteriales o de accidente cerebrovascular.
- Presencia o antecedentes de pródromos de trombosis.
- Antecedentes de migraña con síntomas neurológicos focales.
- Diabetes sacaria con afectación vascular.
- Neoplasias malignas conocidas o sospechadas influidas por hormonas esteroideas sexuales.
- Enfermedad o tumor hepático grave.
- Embarazo o sospecha del mismo.
- Lactancia materna.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonmaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 5.ª ed., Ginebra: OMS; (2015).

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

13. ¿Qué papel juegan los factores del estilo de vida en el control del síndrome del ovario poliquístico (SOP)?^{1, 2}

Respuesta breve:

Los datos muestran que un estilo de vida saludable, como seguir una dieta equilibrada y hacer ejercicio regularmente para reducir el peso corporal, puede reducir el crecimiento del vello en caso de hirsutismo y también mejorar la resistencia a la insulina en las mujeres que tienen SOP.

Respuesta larga:

En el momento de escribir este documento, no existe un tratamiento específico para el síndrome del ovario poliquístico; sin embargo, se ha demostrado que perder una cantidad moderada de peso, de un 10 %, en mujeres con SOP puede mejorar la resistencia a la insulina, así como los resultados androgénicos y reproductivos.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Moran LJ, et al. Lifestyle changes in women with polycystic ovary syndrome. Cochrane Database of Systemic Reviews 2011; 16(2): CD007506.
2. Goodman NF, et al. American Association of Clinical Endocrinologists, America College of Endocrinology and Androgen Excess and PCOS Society Disease State Clinical Review: Guide to the best practice in the evaluation and treatment of polycystic ovary syndrome - part 1. Endocrine Pract 2015; 21(11): 1291–1300

Haga clic para volver a la lista de preguntas

14. ¿Cuál es el riesgo de tromboembolia venosa (TEV) con el tratamiento hormonal combinado con etinilestradiol y gestágeno antiandrógenos? ^{1, 2, 3, 4}

Respuesta breve:

El uso de una combinación de estrógeno y gestágeno se asocia a un mayor riesgo de TEV (generalmente en forma de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar).

Respuesta larga:

El uso de un tratamiento con estrógenos y gestágenos como acetato de ciproterona/etinilestradiol (ACP/EE) conlleva un mayor riesgo de TEV (tromboembolia venosa) y TEA (tromboembolia arterial). Este riesgo es mayor durante el primer año de uso, así como cuando se reinicia el tratamiento o se cambia a partir del uso de un anticonceptivo oral. Cabe señalar que solo entre el 1 % y el 2 % de estos casos son mortales y el riesgo de TEV sigue siendo menor que durante el embarazo y el parto.

Los estudios de observación del riesgo de TEV realizados con ACP/EE en comparación con anticonceptivos orales que contienen LNG y otros anticonceptivos orales combinados (ACOC) (con poca cantidad de estrógenos <0,05 mg) ofrecen resultados variables:

- En algunos estudios se registró mayor riesgo de TEV, similar al de los llamados ACOC de tercera generación.
- En otros estudios no se observaron diferencias en el riesgo de TEV.
- En los estudios que abordaron la cuestión de la confusión o la duración de uso, se concluyó que el riesgo de TEV no es significativamente mayor.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. OC Class label
2. Rosendaal FR. Risk factors for venous thrombotic disease. Thromb Haemost. 1999; 82(2): 610-9
3. Dinger JC, Heinemann LAJ, Kühl-Habich D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on Oral Contraceptives (EURAS-OC) based on 142,475 women-years of observation. Contraception 2007; 75(5): 344–354
4. Heit JA, Venous thromboembolism: disease burden, outcomes and risk factors. J Thromb Haemost. 2005; 3(8): 1611-7

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)

15. ¿Existe algún riesgo de cáncer debido al tratamiento hormonal con antiandrógenos? ^{1, 2}

Respuesta breve:

Se ha demostrado que el tratamiento hormonal antiandrogénico combinado está relacionado con un pequeño aumento del riesgo de presentar cáncer de mama. Sin embargo, **el aumento absoluto del riesgo es pequeño** y también se ha relacionado con una reducción del riesgo a largo plazo de hiperplasia y cáncer de endometrio.

Respuesta larga:

Aunque se ha registrado un aumento del riesgo de cáncer de mama entre las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales en la actualidad o recientemente, en comparación con las mujeres que nunca han utilizado anticonceptivos hormonales, este suele ser mayor en las que son usuarias actualmente o que han empezado el tratamiento recientemente. El aumento absoluto del riesgo sigue siendo pequeño y debe tenerse en cuenta que el uso de algunos tratamientos hormonales con antiandrógenos como el acetato de ciproterona/etinilestradiol (ACP/EE) se asocia a una reducción del riesgo a largo plazo de hiperplasia y cáncer de endometrio.

Nota: El aumento absoluto del riesgo se refiere a la probabilidad de que las mujeres presenten cáncer de mama a lo largo de su vida. Un riesgo absoluto pequeño significa que el riesgo de las mujeres no es muy diferente al que tendrían si no usaran un tratamiento antiandrogénico.

*Se pueden encontrar más materiales educativos GRATUITOS de «The Global AWARE Group» en el sitio web de la Sociedad Europea de Menopausia y Andropausia:
<https://www.emas-online.org/nonemaseducationalmaterials/>*

Referencias bibliográficas

1. Mørch, et al. 2017. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med* 2017; 377: 2228-2239
2. Ruan X, et al. Use of CPA/EE in polycystic ovary syndrome: Rationale and practical aspects. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2017; 22(3): 183-190

[Haga clic para volver a la lista de preguntas](#)