

HALLAZGOS REGISTRADOS EN EL ESTUDIO DE 356 CASOS DE HIRSUTISMO

DR. J. T. GONZÁLEZ-GUTIÉRREZ¹

UNA DE LAS primeras causas que despertaron el interés por el estudio de problemas androgénicos en la mujer, en particular el hirsutismo, fue el factor estético, dado que la persona que lo sufre, mantiene un cierto grado de preocupación al darse cuenta que su belleza y feminidad están comprometidas.

El objeto del presente trabajo es poner a la consideración de ustedes, los hallazgos reportados en estas enfermas, a cuyo problema de ordinario no se le presta suficiente atención, pero que puede tener significación en la vida reproductiva, con alteraciones en el funcionamiento ovárico.

Esta situación ha revestido con el tiempo un aspecto que para nosotros tiene gran importancia y que hemos tratado de estudiar, dado que frecuentemente encontramos en la práctica, mujeres que acompañan su hirsutismo con problemas patológicos de mayor trascendencia que los puramente estéticos.^{1, 2}

Deliberadamente se han excluido de este grupo aquellos casos con tumores virilizantes de la suprarrenal

y del ovario, ya perfectamente estudiados y acerca de los cuales sería difícil agregar alguna cosa de interés, dado que la desfeminización y virilización, orientan fácilmente hacia el diagnóstico.

Los casos analizados presentaban distribución de pelo y vello corporales que habían rebasado los límites señalados como normales a nivel de su implantación, o bien que habían aumentado el diámetro y longitud del vello.

El orden de exposición ha sido orientado hacia tres aspectos fundamentales:

1º *Origen probable del androgenismo.*

2º *Frecuencia de procesos patológicos del aparato genital en pacientes que sufren hirsutismo.*

3º *Tipos de distribución de hirsutismo más frecuentes en el noroeste de la República Mexicana.*

I. *Origen probable del androgenismo.*

Por los datos recogidos en la tabla 1, se puede concluir que en 77 casos o sea en el 21.62% no se encontró etiología específica, por lo cual los catalogamos como idiopáticos.

¹ Académico correspondiente. Escuela de Medicina, Universidad de Guadalajara.

TABLA 1
ORIGEN PROBABLE DEL ANDROGENISMO

	Casos	%
a) Idiopático	77	21.62
b) Iatrogénico	10	2.80
c) Ovárico	113	31.74
d) Suprarrenal (hiperfunción)	20	5.61
e) Hipotiroideo	50	14.04
f) Hipotiroideo y problema ovárico	2	0.56
g) Suprarrenal e hipotiroideo	10	5.61
h) Familiar	74	21.07
Total	356	

En 10 el hirsutismo fue iatrogénico, consecutivo al parecer a la administración de ovulostáticos.

De los 113 informados como de origen ovárico, en 89 existían ovarios poliúísticos con alteración funcional del órgano, comprobado con estudio clínico y laboratorial.

En 20 las modificaciones correspondieron a la suprarrenal, la cual producía mayor cantidad de "17-cetosteroides", la comprobación se hizo con la prueba de dexametasona, y en algunos se utilizó además de la estimulación con corticotrofina. La insuficiencia ti-

roidea estuvo presente en 50 casos, o sea en 14.04%.

Esto pone de manifiesto que después de la alteración ovárica, la hipofunción tiroidea es la causa más frecuente del problema endócrino. Este porcentaje podrá ser mayor al incluir dentro de él, los casos de ovarios poliúísticos de origen hipotiroideo, que están descritos en apartado diferente.³

Hubo 74 casos de hirsutismo familiar en los que se recogieron los siguientes datos (Tabla 2): 2 de cada 3 personas o sea 62.14% presentaban patología añadida, ya sea a nivel de tiroides, de suprarrenal o de ovario,

TABLA 2
ESTUDIO DEL HIRSUTISMO FAMILIAR

	Casos	%	Casos	%
1. Hirsutismo sin problema aparente			23	37.86-7.84
2. Con problema añadido:				
Hipotiroideo	13	3.67		
Suprarrenal	6	1.68		
Ovárico	4	1.12		
Hipotiroideo y suprarrenal	5	1.40		
Hipotiroideo-ovárico	0	0.00		
Con ovarios poliúísticos	18	5.05		
Total	46		46	62.14-13.23
Total			74	100.00-21.07

observada en forma aislada o con alteraciones comunes a dos o más glándulas, y en ocasiones aumento de la sensibilidad del folículo piloso a la acción de los andrógenos circulantes.

Aunque no podemos asegurar que el androgenismo sea la única causa responsable del hirsutismo, el tratamiento específico, si bien no hacer disminuir la presencia de pelo corporal en las zonas afectadas, sí en cambio frena su progresión y mejora las alteraciones menstruales y en muchos casos la esterilidad.

II. Frecuencia de procesos patológicos del aparato genital en las enfermas que sufren hirsutismo.

Haciendo un estudio más a fondo se trató de demostrar la coincidencia de hirsutismo con problemas del aparato genital femenino, tomando en cuenta las alteraciones que en él se operan.

La tabla 3 podrá ilustrarnos al respecto.

De esta manera, se observa que en los casos estudiados se reporta que una

de cada cuatro mujeres con hirsutismo manifiesto presentaba ovarios poliquísticos; una de cada tres, hipoplasia genital, en particular uterina; una de cada dos, esterilidad primaria o secundaria; y que la tercera parte de estas pacientes sufría trastornos menstruales.²

Además se encontraron cuatro con malformación congénita genital, tres con cáncer ovárico y uno con cistadenoma gigante.

Por los datos recogidos en este cuadro, podemos concluir que dos terceras partes de estas pacientes presentaban patología genital acompañando al hirsutismo.

III. Distribución corporal del hirsutismo.

La distribución corporal del pelo en la mujer afecta de hirsutismo es un problema de gran interés, pues cada una de las enfermas presentaba distribución e implantación diferentes, aún aquellas con aspecto clínico y laboratorial aparentemente iguales. Lo mismo podemos decir de los sujetos de

TABLA 3
HIRSUTISMO COINCIDENTE CON PROBLEMAS A NIVEL
DEL APARATO GENITAL

	Casos	Casos	%
a) Ovarios poliquísticos ^{3, 4, 5, 6}		89	25.00
b) Hipoplasia uterina		121	33.98
c) Esterilidad: ²			
Primaria:	98		
Secundaria:	77		
	175	175	49.15
d) Trastornos menstruales		116	32.61
e) Anomalías congénitas genitales		4	1.12
f) Cáncer no funcionante del ovario		3	0.84
g) Cistadenoma gigante		1	0.28

sexo masculino con funcionamiento testículo-suprarrenal normal, en los que la distribución de pelo es variable, dado que existen diversas causas que pueden modificarlo, entre ellas el patrón genético y las situaciones ambientales en que se desarrolla la persona. (Tabla 4.)

TABLA 4
DISTRIBUCION CORPORAL
DEL HIRSUTISMO

	Casos	%
Bozo	352	97.75
Abdomen	350	98.31
Piernas	302	87.62
Mejillas	297	83.42
Antebrazos	287	80.60
Periné	285	80.59
Muslos	264	69.10
Mamas	172	48.93
Brazos	157	44.10
Barba	77	21.91
Sentaderas	62	17.41
Sacro	37	9.62
Espalda	16	4.04
Hombros	11	3.08
Surco intermamario	1	0.00

La distribución más frecuente es a nivel de labio superior; sin embargo este dato debe recogerse al interrogatorio dado que muchas enfermas se depilan o decoloran. Un hecho interesante de observar es que cuatro de las enfermas no lo presentaban. Le sigue frecuencia el vello pubiano con tendencia androide o francamente viriloides, y en seguida la distribución en piernas, mejillas, antebrazo, periné, etc.

El pelo localizado en el surco intermamario sólo se pudo observar en un caso. La ubicación en hombros y espalda es menos frecuente, apenas tres o cuatro por ciento.

El análisis de este cuadro pone de manifiesto el tipo de distribución del hirsutismo más común en el noroeste de la República Mexicana. Estos hallazgos pueden ser de interés para el estudio del problema a nivel nacional.

RESUMEN

Los hechos anteriormente expuestos ponen de manifiesto la necesidad de investigar el origen del hirsutismo, dado que este signo puede ser la tarjeta de presentación de padecimientos localizados en la esfera genital, los que pueden aparecer en edad temprana cuando el androgenismo no es marcado o bien instalarse paulatinamente en años posteriores cuando su concentración no es muy acentuada.

El androgenismo persistente como causa de alteración endócrina, en particular ovárica, fue demostrado ampliamente por Vázquez Benítez⁷ en animales de laboratorio.

Con esto queda demostrado que en la mujer joven que tiene hirsutismo como única sintomatología, el androgenismo existente podrá producir con el tiempo y en un período más o menos corto, alteraciones en el aparato genital, de la importancia que hemos señalado, tales como la presencia de esterilidad, en la mitad de los casos, hipoplasia genital, en particular uterina en la tercera parte de ellos, ovarios poli-quísticos en 25%, y trastornos menstruales en el 33%.

Las pacientes que han sido incluidas en este estudio tienen su lugar de residencia en poblaciones del noroeste de

la República, motivo por el cual, podemos considerar estos hallazgos de algún interés para el estudio del hirsutismo a nivel nacional. Los casos clínicos no fueron tomados al azar, sino que consultaron por procesos ginecológicos diversos.

REFERENCIAS

1. González Gutiérrez, J. T.: *Estudio de la mujer con hirsutismo* Cirugía y Cirujanos. 34: 571, 1966.
2. González Gutiérrez, J. T.: *Relación entre hirsutismo y esterilidad*. Por publicar.
3. González Gutiérrez, J. T.: *Manejo de la enferma con poliquistosis ovárica*. Por publicar.
4. González Gutiérrez, J. T.: *Ensayo de clasificación de formas clínicas de ovarios poliquísticos*. Por publicar.
5. González Gutiérrez, J. T.: *Nuestra experiencia en 46 casos de ovarios poliquísticos*. Por publicar.
6. González Gutiérrez, J. T.: *Diagnóstico y tratamiento actual de la enferma con poliquistosis ovárica*. Por publicar.
7. Vázquez, B. E.: *El ovario poliquístico. Consideraciones alrededor de un experimento*. Temas selectos de gineco-obstetricia. Libro-homenaje ofrecido al Prof. Dr.A. Alvarez Bravo. 1967, p. 253.