



REVISIÓN DOCUMENTAL DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO Y REPORTE DE CASO.

Diana Jackeline Herrera Rosero

Fundación Universitaria Luis G. Páez
Especialización en Medicina Homeopática
Pasto, Colombia
2019



REVISIÓN DOCUMENTAL DEL SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO Y REPORTE DE CASO.

Diana Jackeline Herrera Rosero

Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de:
Especialista en Medicina Homeopática

Director:

Doctora: Gloria Helena Casas del Río

Fundación Universitaria Luis G. Páez
Especialización en Medicina Homeopática
Bogotá, Colombia
2019

Dedicatoria

A Dios, que es la luz de mi caminar y me dio la oportunidad de ser Mujer. A mis padres, Teresa y Alonso a quienes agradezco su encuentro y su amor; ustedes me dieron la vida, dedicaron su juventud a mi crianza, fueron mis primeros maestros en amor, valores, persistencia, dedicación y fortaleza, gran parte de quien soy en este momento se los debo a ustedes. A mi hija Luisa María, la mensajera de Dios, desde tu llegada a mi vida, la risa, la espontaneidad, la feminidad y el Amor incondicional, tomaron sentido. A mi compañero de vida, Esteban por su incondicional apoyo y comprensión. A mi hermana mayor, que fue la profesora de mis primeras letras y estudios. A mi hermana del medio, que me ha hecho aprender de la vida. A mis sobrinos que son los hermanos de mi hija y mis hijos adoptivos. A todos ustedes este nuevo paso de mi camino, porque hacen parte fundamental de él.

Los Amo profundamente.

Diana Herrera Rosero.

Agradecimientos

A Dios y su plan maravilloso para mi Vida.
A mis primeros maestros en el camino del conocimiento de la homeopatía, Dr. Eduardo Insignares, Dr. Andrés Insuasty, Dr. Héctor Roa y Dr. Javier Díaz del Castillo. A mis maestros de Especialización en la Fundación Universitaria Luis G. Páez. A mis Tutoras de trabajo de grado, Dra. Florencia Correa y Gloria Helena Casas. A Claudia Sofía, por su apoyo y acompañamiento. A mis amigas de especialización, María Esther, María Constanza y Lorena, gracias porque con ustedes aprendí el trabajo en equipo, la ayuda y la colaboración, gracias por cada risa y lágrima compartida en este tiempo. A mi amiga Magda, que desde que nos conocimos ha sido un gran apoyo, ella me anima siempre a seguir adelante. A todas las mujeres que han estado en mi vida acompañándome en cada paso y etapa.

Tabla de Contenido

Lista de tablas	VI
Abreviaturas	VII
Resumen	VIII
Abstract	IX
1. Introducción	1
2. Objetivos	3
2.1. General	3
2.2. Específicos	3
3. Estado del arte	4
3.1 Homeopatía y enfermedades ginecológicas	6
4. Marco teórico	8
4.1 Definición.	8
4.3 Disfunción Neuroendocrina	8
4.4 Disfunción Metabólica	9
4.5 Disfunción de la esteroidogénesis ovárica/ suprarrenal.	10
4.6 Disfunción de la foliculogénesis	10
4.7 Componente genético:	10
4.8 Diagnóstico.	13
4.8.1 Prevalencia.	13
4.8.2 Características Diagnósticas del Síndrome de Ovario Poliquístico	14
4.8.2.1 Hiperandrogenismo Clínico	14
4.8.2.2 Hiperandrogenismo Bioquímico	15
4.8.2.3 Disfunción ovulatoria	15
4.8.2.4 Morfología ecográfica	15
4.8.2.5 Hormona antimülleriana en síndrome de ovario poliquístico	16
4.8.2.6. Evaluación de Comorbilidades asociadas al síndrome de ovario poliquístico.	16
4.9 Tratamiento	18
4.10 Comprensión y abordaje de la enfermedad desde la homeopatía	20
GLOSARIO	24
5. Metodología.	27
5.1 Revisión documental	27
5.2 Reporte de caso	28
6. Resultados	31
6.1 Revisión documental	31

	6
6.2 Caso clínico.	32
6.2.1 Análisis sobre materia médica según la Repertorización e intervención terapéutica.	43
7. Análisis de resultados	48
8. Conclusiones y Recomendaciones	53
8.2 RECOMENDACIONES	54
9. Referencias	55

Lista de tablas

Tabla 1. Comorbilidades frecuentes con SOP	;	Error! Marcador no definido.	Tabla 2.
Formato de historia clínica para el registro de datos			38
Tabla 3. Resultados de ecografía con criterios para SOP	51	Tabla 4. Exámenes paraclínicos anteriores al tratamiento	52
Tabla 5. Repertorización de síntomas	53	Tabla 6 Resultado de Repertorización Digital. Reper Xav2	54
Tabla 7. Análisis sobre materia medica según repertorización	55	Tabla 8. Paraclínicos diagnósticos para dislipidemia mixta	56
Tabla 9. Ecografía de control, sin evidencia de ovarios poliquístico	57	Tabla 10. Paraclínicos de control	57
Tabla 11. Seguimiento a los parámetros antropométricos	58	Tabla 12. Seguimiento a los síntomas desde la toma de caso hasta el tercer control	58
Tabla 13. Comparación de paraclínicos diagnósticos para hiperinsulismo antes y después del tratamiento	61		

Abreviaturas

ATP III	Las guías de tratamiento para disminuir los lípidos y el riesgo de enfermedad coronaria (EC) diseñadas por el National Cholesterol Education Program (NCEP) Adult Treatment Panel III (ATP-III) contienen una serie de características que las diferencian de las anteriores guías
CA	Perímetro Abdominal o Circunferencia Abdominal.
FSH	Hormona Foliculoestimulante
IMC	Índice de Masa Corporal. Se calcula $\text{Peso} / \text{Talla al cuadrado}$
LH	Hormona Luteinizante
SM	Síndrome metabólico
SOP	Síndrome de ovario poliquístico
TG	Triglicéridos

Resumen

El Síndrome de Ovario Poliquístico es una endocrinopatía que afecta entre el 5 y el 10% de las mujeres, con repercusiones en la capacidad reproductiva y complicaciones a largo plazo tales como la insulinoresistencia, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular(1)(2).

En 1935 Stein y Leventhal, publicaron lo que considera el primer reporte de síndrome de ovario poliquístico, al describir a siete mujeres con un cuadro clínico característico consistente en amenorrea, hirsutismo, obesidad e infertilidad y cambios ecográficos en los ovarios (3). En 2012 los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos y 29 expertos de diferentes países recomendaron usar el fenotipo de la paciente según las manifestaciones del síndrome que presente cada mujer, clasificándolo como fenotipo A, B, C y D, siempre y cuando antes se haya descartado la existencia de otras patologías como hiperplasia suprarrenal congénita, disfunción tiroidea, hiperprolactinemia, tumor secretor de andrógenos, acromegalia, síndrome de Cushing, insuficiencia ovárica primaria, amenorrea hipotalámica (4)(5)(6)(7).

En el presente estudio descriptivo se reporta el caso de una mujer de 39 años con diagnóstico de Síndrome de Ovario poliquístico de fenotipo C Ovulatorio; hiperandrogenismo clínico, acné y criterio ecográfico. Con complicaciones de síndrome metabólico e hiperinsulinismo. La paciente, después de ser evaluada como la ciencia homeopática lo requiere, recibió manejo con medicamento homeopático, mismo que coincidió con los usados por otros investigadores en reportes de casos publicados (8)(9)(10); en corto tiempo se logró una mejoría en criterios ecográficos y modificación de parámetros del síndrome metabólico,

evidenciando que si es posible tratar exitosamente con homeopatía a una paciente con síndrome de ovario poliquístico, convirtiéndose en una alternativa con mínimos efectos secundarios que puede llegar a tener un gran impacto en sociedad ya que una de cada 15 mujeres a nivel mundial lo padece(9)(10)(11)(12).

Abstract

Polycystic Ovary Syndrome (PCOS) is an endocrinopathy that affects between 5 and 10% of women, with repercussions on reproductive capacity and long-term complications such as insulin resistance, metabolic syndrome and cardiovascular disease (1) (2).

In 1935 Stein and Leventhal published what it is considered the first report of the Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS), describing seven women with a characteristic clinical picture consisting of amenorrhea, hirsutism, obesity and infertility and echographic changes in the ovaries (3). In 2012, the National Institutes of Health of the United States and 29 experts from different countries recommended using the patient's phenotype according to the manifestations of the syndrome that each woman presents, classifying it as phenotype A, B, C and D, as long as the existence of other pathologies such as congenital adrenal hyperplasia, thyroid dysfunction, hyperprolactinemia, androgen-secreting tumours, acromegaly, Cushing syndrome, primary ovarian insufficiency, hypothalamic amenorrhea has been ruled out before (4)(5)(6)(7).

In the current descriptive study, the case of a 39-year-old woman with a diagnosis of Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) of Ovulatory C phenotype is reported; clinical hyperandrogenism, acne and echographic characteristics. With complications of metabolic syndrome and hyperinsulinism. The patient, after being evaluated as homeopathic science requires it, received treatment with

homeopathic medicine, which coincided with those used by other researchers in published case reports (8)(9)(10); in a short time an improvement in echographic characteristics and modification of parameters of the metabolic syndrome was achieved, showing that if it is possible to successfully treat a patient with Polycystic Ovarian Syndrome (PCOS) with homeopathy, becoming an alternative with minimal side effects that may have a great impact on society since one in fifteen women worldwide suffer it (9)(10)(11)(12).

1. Introducción

El síndrome de ovario poliquístico es el problema de salud femenina más frecuente entre los desórdenes endocrinológicos y ginecológicos en mujeres en edad reproductiva, con repercusiones en la capacidad reproductiva y complicaciones a largo plazo sobre todo en la etapa de la post menopausia tales como la insulinoresistencia, síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular (5)(13)(14)(15).

La historia del síndrome de ovario poliquístico se remonta a Stein y Leventhal, quienes en 1935 describieron el hallazgo de siete mujeres con amenorrea y ambos ovarios aumentados de dos a cuatro veces de su tamaño normal, con múltiples quistes en la periferia y algunas de ellas con infertilidad e hirsutismo. Este síndrome, por un tiempo llevó el nombre de quienes reportaron este hallazgo (7). Con el paso del tiempo el nombre fue variando, en la literatura como enfermedad de ovario poliquístico, síndrome de ovario androgénico, síndrome de anovulación crónica hiperandrogénica y síndrome de ovarios poliquísticos. Toda esta variación en el tiempo es el resultado de intentar abarcar en un sólo nombre todas las expresiones variables, que tiene este síndrome(4)

Sin embargo, el conocimiento del síndrome de ovario poliquístico ha ido variando en el tiempo y cada vez son más los estudios científicos que se van realizando y aportando a la nueva comprensión de la endocrinopatía, que se encuentra detrás de lo que inicialmente fue sólo un reporte curioso de la observación de siete mujeres realizada por Stein y Leventhal.(16)(17)

Esta investigación busca ampliar la concepción de nuevos manejos de mujeres con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico y al mismo tiempo contribuir

con evidencia relevante sobre el tratamiento de este síndrome, razón por la cual la presente investigación, se centró en esta temática a través de la revisión bibliográfica en bases de datos y el reporte de un caso clínico abordado y manejado desde la homeopatía respetando todos los principios en los cuales se fundamenta con el fin de obtener una curación real y sostenida en el tiempo, tal como Hahnemann nos enseña en su libro *Órganon el arte de curar*(18). Parágrafo 70 y así contribuir a generar confianza en la efectividad del mismo logrando que sea utilizado con mayor frecuencia en la práctica médica, además de abrir las puertas a futuras investigaciones en experimentación homeopática clínica(18).

2. Objetivos

2.1. General

Realizar una revisión documental y el reporte de un caso clínico de una mujer con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico tratada con medicina homeopática.

2.2. Específicos

- Recopilar el aporte de la homeopatía en el tratamiento del Síndrome de Ovario Poliquístico a través de una revisión documental.
- Contribuir a la evidencia científica de la eficacia de la homeopatía, presentando un reporte de caso de una mujer con diagnóstico de Síndrome de Ovario Poliquístico tratada con medicina homeopática.
- Informar sobre los beneficios del uso de Lycopodium 0/6, en el tratamiento de un caso de Síndrome de ovario poliquístico.

3. Estado del arte

El primer informe concreto de síndrome de ovario poliquístico en la literatura médica contemporánea fue el realizado por Stein y Leventhal, dos ginecólogos interesados en estudiar la esterilidad femenina, quienes presentaron una serie de siete pacientes con amenorrea, hirsutismo, obesidad y la apariencia característica de ovarios Poliquístico(12) Según Azzis la prevalencia de síndrome de ovario poliquístico entre mujeres en edad fértil puede variar entre 5 y 20% en dependencia de su definición y de las variables estudiadas, en 1990 los Institutos Nacionales de Salud reportaron datos entre 5 y 10 %, mientras que la Androgen Excess & PCOS Society de 2006 reporta entre 10 y el 15%; y según Rotterdam 2003, está entre 5–20% (19)(20).

De acuerdo con Builes del 4 al 8% de las mujeres pre menopáusicas padecen de síndrome de ovario poliquístico mientras que este valor sube al 35 hasta 40% en mujeres con problemas de infertilidad, constituyéndose en la causa endocrinológica más común e importante para este padecimiento (21). Al hablar de prevalencia en Estados Unidos y en otros lugares del mundo, se dice que una de cada 15 mujeres padece síndrome de ovario poliquístico, 105 millones de mujeres aproximadamente a nivel mundial entre los 15-49 años(21). Además el Síndrome de ovario poliquístico, puede presentarse conjuntamente con otras patologías, es así como Trujillo Cifuentes, a través de un estudio de corte transversal determinó la prevalencia del síndrome metabólico en 85 mujeres con edad media de 25.3 años y diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico atendidas entre el año 2012 a 2015 en consulta en el Hospital Militar Central de Bogotá (Colombia), en las cuales realizaron exámenes clínicos, encuesta sociodemográficas y pruebas de laboratorios (glicemia y perfil lipídico), evaluando de esta forma la presencia de síndrome metabólico. Los resultados indicaron una prevalencia del síndrome metabólico del 7.1%; en mujeres con colesterol por encima de 200mg/dl la prevalencia de SOP fue de 36.4% (12).

No hay datos estimados para Colombia sobre el costo de evaluar y brindar atención a mujeres con SOP, sin embargo, en Estados Unidos Azzis reporta que el valor es de alrededor de 4,36 millones, excluyendo cualquier posible complicación obstétrica(22).

En cuanto al diagnóstico clínico existen diferentes consensos según lo reportado por Winnykamien; en 1990 por los Institutos Nacionales de la Salud (NIH) de los Estados Unidos definen como criterios diagnósticos la anovulación crónica y el hiperandrogenismo clínico o bioquímico. En el 2003 Segundo consenso en Rotterdam (Holanda) determinó la oligoanovulación, hiperandrogenismo clínico o bioquímico y la poliquistosis ecográfica (4). En el 2006 AES- PCOS retomó los criterios de la reunión de Rotterdam del 2003 renombrándolos y ratificándolos como: hiperandrogenismo clínico o bioquímico, disfunción ovárica (Oligoanovulación) y morfología Poliquístico del ovario al ultrasonido(4). En 2012 los Institutos Nacionales de la Salud de los Estados Unidos y 29 expertos de diferentes países recomendaron además de los criterios del consenso de Rotterdam usar el fenotipo de la paciente, según los siguientes criterios(4)(5)(6)

- Fenotipo A Clásico: Hiperandrogenismo, oligoanovulación y criterio ecográfico.
- Fenotipo B Clásico: Hiperandrogenismo, oligoanovulación.
- Fenotipo C Ovulatorio: Hiperandrogenismo y criterio ecográfico.
- Fenotipo D Normal Androgénico: Oligoanovulación y criterio ecográfico.

Los anteriores criterios hacen el diagnóstico del SOP siempre que antes se haya descartado la existencia de las siguientes patologías; hiperplasia suprarrenal congénita, disfunción tiroidea, hiperprolactinemia, tumor secretor andrógenos, embarazo, acromegalia, síndrome de Cushing, insuficiencia ovárica primaria, amenorrea hipotalámica (4)(5)(6).

En cuanto al Fenotipo, Concha Francisca, refiere que la carga genética es influenciada por factores ambientales, mediante los mecanismos de regulación epigenética cómo la metilación del ADN y el papel del ARNm, finalmente la suma de ambos, determinan la presentación del síndrome de ovario poliquístico(23). La epigenética y la genética del individuo es heredable, la gran diferencia está, en que la epigenética es reversible, abriendo un nuevo panorama a la modulación de los factores ambientales y prevención en cada fenotipo de SOP(23).

Vital Reyes concluye en su estudio con adolescentes, que el SOP no solo hace parte de una endocrinopatía que aparece con frecuencia en la edad reproductiva, sino que lo caracteriza como una enfermedad metabólica que conlleva riesgos a corto, mediano y largo plazo en adolescentes obesas, por lo anterior es importante intervenir en prevención, diagnóstico integral y tratamiento oportuno con el fin de limitar el daño de la evolución natural de la enfermedad(22).

El tratamiento está orientado a las características clínicas y su deseo reproductivo. La primera línea de tratamiento es la pérdida de peso, en personas con sobrepeso u obesidad(4). Los Anticonceptivos orales son el tratamiento farmacológico de elección: atenúan las manifestaciones de hiperandrogenismo y brindan protección endometrial(4)(2). Sin embargo, los efectos secundarios que estos presentan hacen que las pacientes no se adhieran al tratamiento y lo abandonen.

3.1 Homeopatía y enfermedades ginecológicas

En el estudio realizado por Ruiz *et al* (2019) cuyo objetivo fue evaluar el tratamiento homeopático en 31 mujeres en climaterio con edad promedio de 52 años, se evidencio que en el 35% de las mujeres evaluadas se redujeron los síntomas del climaterio, demostrando que el tratamiento homeopático individualizado es una buena opción para las mujeres que no deseen o no puedan recibir el tratamiento hormonal más frecuente en estos casos. Los medicamentos

indicados con mayor frecuencia fueron *Lachesis trigonocephalus* y *Pulsatilla nigricans* en dinamizaciones 30CH, indicando 5 gotas sublinguales cada 8 horas.(24)

De homeopatía y SOP se encuentra que Debarshi Das en el 2016, reporta que el interés por la investigación en el SOP está en aumento a nivel mundial y por ello, aporta los resultados de una investigación, que muestra la eficacia relativa de dos remedios homeopáticos usados frecuentemente en el manejo de este síndrome, tales como, *Calcárea Carbónica* y *Lycopodium clavatum*, demostrándolo al realizar seguimiento y comparación de parámetros clínicos, hormonales y ecográficos de 40 pacientes (8)

En el estudio realizado por Sánchez (1997) sobre la poliquistosis ovárica y terapéutica homeopática, se reporta el uso de *Pulsatilla* en 36 mujeres diagnosticadas con ovario poliquístico, el tratamiento se suministró 2 semanas antes de la menstruación durante cuatro ciclos seguidos, con una dosis de 6Ch cada 4 horas, encontrándose al final del ensayo que 30 de las mujeres no presentaban síntomas y además tenían folículos ovulatorios normales(8)(25).

4. Marco teórico

4.1 Definición.

El síndrome de ovario poliquístico es una de las endocrinopatías femeninas, más frecuentes de la mujer y es la principal causa de hiperandrogenismo en mujeres.

Su expresión clínica es variable por lo que presenta diferentes fenotipos como resultado del hiperandrogenismo, la oligoanovulación y la poliquistosis ovárica, observada por ecografía. Su diagnóstico se ve obstaculizado por esta variabilidad y además porque se acompaña de comorbilidades metabólicas tales como la obesidad, diabetes tipo 2, enfermedad cardiovascular, infertilidad, hiperplasia endometrial, apneas del sueño y trastornos reproductivos(6)(5)(8)

4.2 Fisiopatología.

El síndrome de ovario poliquístico es de etiología multifactorial, tiene un amplio abanico de alteraciones que lo determinan, por ello no se ha encontrado una explicación a través de un solo factor causal. Los múltiples fenotipos de presentación, son el resultado de la interacción de diferentes genes implicados, que pueden a su vez ser influenciados por el ambiente (4). Además, Sir P (26) describe tres disfunciones que están interconectadas entre sí: Disfunción neuroendocrina, disfunción metabólica, disfunción de la esteroidogénesis y la foliculogénesis ovárica.

4.3 Disfunción Neuroendocrina

No se han descubierto alteraciones en los neurotransmisores específicos, por lo cual se trata de una disfunción hipotalámica secundaria, la cual genera aumento en los pulsos del factor liberador de gonadotrofinas con una elevada secreción de hormona luteinizante con una hormona foliculoestimulante normal o disminuida. Esta hormona luteinizante actúa en la célula de la teca del ovario, incrementando

la síntesis de andrógenos. Los niveles circulantes de testosterona en las células de la granulosa por el déficit relativo de hormona foliculoestimulante es aromatizada a estradiol. La testosterona y la dihidrotestosterona, actúan en los núcleos de las células de tejidos diana, que, al entrar en contacto con los receptores, generan los signos clínicos de hiperandrogenismo tales como el hirsutismo, acné y alopecia. (26)

Por otro lado, la testosterona circulante y la androstenediona, son los andrógenos circulantes que a nivel extragonadal se aromatizan a estradiol y estrona, de esta forma estos estrógenos hacen una acción proliferativa en el endometrio, la progesterona no se opone y esto desencadena trastornos menstruales y aumenta el riesgo de la hiperplasia endometrial(4)(26).

4.4 Disfunción Metabólica

La resistencia a la Insulina periférica, que estimula la secreción de andrógenos por el ovario y las suprarrenales, estimulando la secreción de hormona luteinizante, que estimula las células de la teca aumentando la producción de andrógenos; además la hormona luteinizante disminuye la síntesis de globulina transportadora de hormonas sexuales, que se producen en el hígado; elevando la proporción libre de testosterona que tendrá actividad biológica. Los andrógenos aumentados en su fracción libre y en su actividad biológica, mantienen la inhibición de la globulina transportadora. Esto puede iniciar en la pubertad temprana y a futuro es probable generar el hiperandrogenismo bioquímico. Esta causa hiperandrogénica se asocia con los fenotipos clásicos(4)(27).

Al parecer la resistencia a la insulina no tiene que ver con el receptor de la insulina, ni el número sino a eventos post-receptor. En el síndrome de ovario poliquístico la resistencia a la insulina, actuará como antesala de una intolerancia a la glucosa y la posible diabetes tipo 2(28). En el 20 al 30% de los casos no hay Resistencia a la insulina, esto puede deberse a que es una enfermedad

multigénica compleja y no siempre se heredan los genes que en conjunto generan la resistencia, al igual que genes asociados a la disfunción reproductiva(19).

4.5 Disfunción de la esteroidogénesis ovárica/ suprarrenal.

Alteración de la biosíntesis de Andrógenos en el ovario y en la suprarrenal, mediada por la actividad de la enzima Citocromo P450c17, además los Andrógenos intraováricos alteran el desarrollo de los folículos y la ovulación(26)(29).

El hiperandrogenismo adrenal está en el 50% de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, en quienes se encuentra un aumento la dehidroepiandrosterona(26).

4.6 Disfunción de la foliculogénesis

El proceso de foliculogénesis comprende todo el proceso de crecimiento y desarrollo del folículo, desde el momento en que sale del pool de folículos hasta cuando es ovulado o se presenta la muerte folicular(28). Se ha demostrado a través de ecografías y biopsias que pacientes con síndrome de ovario poliquístico presentan un pool de folículos en crecimiento hasta 3 veces superior al de las mujeres sanas, acompañado de una disminución en el proceso de selección folicular, lo que explicaría la falta de ovulación y un mayor reclutamiento folicular, situaciones que combinadas generan un aumento del pool de folículos en crecimiento que son los productores de andrógenos(19).

4.7 Componente genético:

Tiene varios alelos asociados a un bajo grado de riesgo, algunos de los genes que se han relacionado con este síndrome son: el gen del receptor de hormona luteinizante, el gen del receptor de la hormona foliculoestimulante, gen del receptor de los andrógenos, el gen del receptor de la globulina transportadora de esteroides sexuales y el gen del receptor de la insulina(26).

Al estudiar a las hermanas mujeres de pacientes con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, se encontró que el 22% de ellas tienen niveles circulantes de testosterona en mayor cantidad, al compararlas con mujeres sin hiperandrogenismo u oligoanovulación del grupo control(26)(28)(29)(30).

Flores Martínez(31), con su estudio realizado en 110 mujeres mexicanas, busco la asociación del hiperinsulinismo que se encuentra en el síndrome de ovario poliquístico, con el gen CAPN10 (variante indel-19 y SNP-63), estos son identificados como haplotipo de riesgo para desarrollar diabetes mellitus tipo 2, según estudios realizados en países como Chile, Brasil e Inglaterra, sin embargo este estudio Mexicano encontró que tanto en las pacientes con el síndrome ovárico poliquístico como las pacientes control, la distribución de alelos y genotipos fue similar. Por lo tanto, concluyeron que la presencia de las variantes en las pacientes no constituye un factor de riesgo que predisponga al desarrollo del síndrome de ovario poliquístico y además que cada población, tiene resultados diferentes en este estudio debido a diferencias étnicas particulares. También concluyen que un sólo gen no puede asociarse como factor de riesgo genético, debido a que la patología es compleja y es la sumatoria de factores de riesgo genéticos y su interacción con factores ambientales lo que permitirá la manifestación del síndrome(31).

Se conoce que la presentación clínica de este síndrome tiene una amplia variedad, las pacientes pueden padecer: acné, anovulación, metrorragia, síndrome apnea obstructiva del sueño (SAOS), hirsutismo, alopecia; entre las manifestaciones endocrinas esta hiperandrogenemia, aumento de la hormona luteinizante, hiperestrogenemia, hiperprolactinemia y además manifestaciones metabólicas tales como insulinoresistencia, obesidad, dislipidemia, glucemia alterada en ayunas y diabetes mellitus(20).

El SOP es un trastorno complejo, poligénico con influencias ambientales y su origen es multifactorial, según Wynnykamien(4) existen 4 factores principales que se describen a continuación:

1. Componente genético: Diferentes estudios han permitido identificar varios genes involucrados en los procesos patogénicos del SOP, entre los que se destacan los genes que codifican para: enzimas de la esteroidogénesis, para receptores de hormonas como la luteinizante (LH), foliculoestimulante (FSH) e insulina, de andrógenos y de la globulina transportadora de esteroides sexuales (GLAE)(32).

2. Ambiente Intrauterino: Teresa Sir Petermann, demostró niveles más elevados de andrógenos en sangre de embarazadas SOP. Al estudiar a la descendencia de estas mujeres, se encontró que tienen elevadas concentraciones de hormona antimullerana (HAM). Los niños presentan sobrepeso desde la infancia y desarrollan insulinoresistencia a medida que se hacen más adultos. Los rasgos bioquímicos del SOP debutan en la etapa Tanner IV del desarrollo puberal con aumento de la testosterona y una respuesta aumentada de LH al estímulo con GnRH(32).

3. Disfunción neuroendocrina: Por alteración hipotalámica que acelera la liberación de gonadotrofinas (GnRH), favoreciendo la producción de LH sobre FSH(32).

4. Componente metabólico: El síndrome de ovario poliquístico está ligado a insulinoresistencia (IR) per se y es mayor aún en pacientes con sobrepeso u obesidad(32).

Además, el SOP está frecuentemente asociado a comorbilidades metabólicas: obesidad, dislipidemia, glucemia alterada, apnea del sueño; además de los trastornos reproductivos como la hiperplasia endometrial e infertilidad, sobre todo en fenotipos clásicos (32).

Está demostrado que la incidencia de Obesidad en mujeres con SOP es más alta, con respecto a la población general estadounidense (42 % contra 32%); y la intolerancia a la glucosa, ha sido descrita en pacientes con SOP, con o sin obesidad(6).

Apronidze, encontró que el 43% de 106 pacientes con síndrome de ovario poliquístico presenta síndrome metabólico. Esto es 7.5 veces más frecuente, que en el resto de la población con edad entre 20-29 años. Además, es 3.6 veces más frecuente entre los 30-39 años(31)(33).

4.8 Diagnóstico.

4.8.1 Prevalencia.

Winnykamien Irina, refiere que la prevalencia en mujeres en edad fértil es variable según los criterios diagnósticos que se tomen, como se describe a continuación, según el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, NIH 1990 la prevalencia es de 5-10%, pero según los criterios AES- 2006 es del 10-15% y según el consenso de Rotterdam 2003 la prevalencia va 6 al 21%, este aumento se debe a que se incluyeron fenotipos adicionales que no fueron considerados en los otros estudios(4).

Es la causa más frecuente de Hiperandrogenismo en mujeres adolescentes y adultas con una incidencia de un 3%. Si se evalúa la prevalencia de mujeres con hiperandrogenismo, sube a 72-82%, con la presentación de fenotipos clásicos en su mayoría. En mujeres con Hirsutismo la prevalencia es del 75%. En mujeres premenopáusicas es del 10%(4)(26)

En cuanto al Fenotipo, Concha Francisca, refiere que la carga genética es influenciada por factores ambientales, mediante los mecanismos de regulación epigenética cómo la metilación del ADN y el papel del ARNm, finalmente la suma de ambos, determinan la presentación del síndrome de ovario poliquístico. La

epigenética y la genética del individuo es heredable, la gran diferencia está, en que la epigenética es reversible, abriendo un nuevo panorama a la modulación de los factores ambientales y prevención en cada fenotipo de SOP(23).

4.8.2 Características Diagnósticas del Síndrome de Ovario Poliquístico

4.8.2.1 Hiperandrogenismo Clínico

El cuadro clínico es muy variado, los síntomas pueden iniciar alrededor de la menarca. En los dos tercios de las adolescentes, se presentan alteraciones menstruales con una amplia gama de manifestaciones: Oligomenorrea (sangrado con intervalo mayor de 45 días o menos de 9 sangrados al año), que puede alternar con amenorrea secundaria (ausencia de sangrado por lo menos en tres meses consecutivos) y las que tienen buen nivel de estrógenos y responden con sangrado a la administración de progesterona, metrorragia disfuncional (sangrado excesivo fuera del ciclo) por hiperplasia endometrial(5)(26)(34).

El hiperandrogenismo con manifestaciones cutáneas se presenta en aproximadamente dos tercios de las pacientes, cuya manifestación más frecuente es el hirsutismo, que puede desaparecer después de la pubertad y progresa lentamente o se detiene cuando se alcanza la madurez sexual(26).

Se usa el Score Ferriman-Gallwey para las manifestaciones clínicas del hiperandrogenismo e hiperinsulinismo y se usa para consignar la distribución y cuantificación del vello, si el valor es mayor a 8 indica Hirsutismo. Además, debe registrarse el acné, la alopecia androgénica y la acantosis nigricans(5).

Debe registrarse la presión arterial, las mamas, la glándula tiroides y genitales externos, la clitoromegalia es algo que debe tenerse en cuenta en las niñas y en las mujeres activas sexualmente y un examen ginecológico completo(4)(7)(35).

Sir P, cita que alrededor de la mitad de las pacientes presentan obesidad de tipo Androide o forma de manzana, con un índice de cintura/cadera >0.85 . Además, en las que cursan con hiperinsulinemia, puede observarse acantosis nigricans, pigmentación verrucosa color pardo oscuro en pliegues. El aspecto de las mujeres obesas puede tornarse cushingoide: obesidad central, dorso de búfalo y aumento de la grasa supraclavicular, sin atrofia muscular(6)(36).

En el tronco hay un aumento del tejido adiposo, por ello es importante el índice de masa corporal y el índice cintura cadera. Esto como resultado del favorecimiento de la resistencia a la insulina a elevar los ácidos grasos libres que a su vez aumentan la glucemia. Los adipocitos de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico tienen una actividad lipolítica disminuida, por ello se presenta obesidad de tipo central. Por lo anterior Arévalo Monter (2017), concluye que se debe establecer la composición corporal de las pacientes con síndrome de ovario poliquístico, ya que esto permitirá el empleo de tratamientos mejor dirigidos a corregir este trastorno(6).

4.8.2.2 Hiperandrogenismo Bioquímico

Los andrógenos pueden permanecer suprimidos aún tres ciclos después de suspender los anticonceptivos orales cuando se presenta amenorrea o cuando está en la fase folicular temprana, o cuando hay una menstruación espontánea o la inducida por progestágeno. La Testosterona circulante es el principal andrógeno y mejor marcador bioquímico de hiperandrogenismo. Puede medirse total como fracción libre. Testosterona Libre es el Gold standard(4)(35).

4.8.2.3 Disfunción ovulatoria

Hay anovulación crónica, con ciclos regulares en el 20-50% de las mujeres con hiperandrogenemia. Puede incluir también polimenorrea y Oligomenorrea.(35)

4.8.2.4 Morfología ecográfica

Se agregó en el 2003 en el Consenso de Rotterdam, 12 o más folículos por cada ovario, volumen de un ovario superior a 10 ml.

En el estudio, características del síndrome de ovario poliquístico en pacientes atendidas en el Centro de Atención Ambulatoria de Cuenca, se encontraron 258 historias con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, reportando que el 75% de ellas, fueron diagnosticadas gracias a que les realizaron ecografía, por lo cual concluyen que es de gran utilidad e indispensable solicitar la misma para el diagnóstico(30).

4.8.2.5 Hormona antimülleriana en síndrome de ovario poliquístico

Las células de la granulosa de los folículos antrales produce hormona antimülleriana, tan pronto ellos crecen cesa su producción. La función de esta hormona es inhibir el ovario para que no haya crecimiento folicular y de esta forma disminuye la sensibilidad a la hormona foliculoestimulante, como consecuencia no hay selección de folículo dominante. Se produce en la semana 25 de gestación, se disminuye con el transcurso de los años, es un marcador de reserva ovárica(35)(36) La Hormona antimülleriana en la sangre de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico, es dos a tres veces mayor y 75 veces mayor a nivel del líquido folicular de pacientes con síndrome de ovarios poliquísticos anovuladoras.

La Hormona antimülleriana actúa a nivel paracrino, Inhibiendo el desarrollo folicular, generando anovulación. La aromatización de andrógenos está interferida, perpetuando el hiperandrogenismo(35)(36).

4.8.2.6. Evaluación de Comorbilidades asociadas al síndrome de ovario poliquístico.

Las mujeres con síndrome de ovario poliquístico presenta frecuentemente comorbilidades por lo que una vez realizado el diagnóstico es recomendable

realizar una evaluación, el cuadro a continuación resumen las comorbilidades más

Tabla SEQ Tabla * ARABIC 1. Comorbilidades frecuentes con SOP

Obesidad	Calcular el índice de masa corporal y medir perímetro de cintura (> 80 cm: obesidad abdominal) en cada visita
Dislipidemia (DLP)	Medir colesterol total, LDL, HDL y triglicéridos cada 2 años y, en caso de dislipemia y/o aumento de peso, cada año
Intolerancia a la glucosa Diabetes 2 (DBT 2)	Realizar prueba tolerancia oral a la glucosa cada 2 años y, en caso de factores de riesgo para DBT 2 (antecedentes familiares DBT 2, obesidad visceral, sedentarismo, etc.), realizarla en forma anual. No se aconseja uso de índices sustitutos para medir insulinoresistencia
Hipertensión arterial (HTA)	Medir tensión arterial en forma anual (normopeso) o en cada consulta (sobrepeso y obesidad)
Trastorno del estado de ánimo (ansiedad y depresión) y apnea del sueño	Preguntar por síntomas y derivar en caso de sospecha para su evaluación

Adaptado de Assessment of cardiovascular risk and prevention of cardiovascular disease in women with the polycystic ovary syndrome: A consensus statement by the androgen excess and polycystic ovary syndrome (AE-PCOS) society. J Clin Endocrinol Metab. 2010; 95(5):2038-49.

frecuentes y su evaluación recomendada.

Tomado de Revista del Hospital Italiano de Buenos Aires. Página 151. Cuadro 4. Síndrome de Ovario Poliquístico(4).

Dentro de las comorbilidades a estudiar y a seguir en estas pacientes, según el estudio de Días es el síndrome metabólico, el cual se puede determinar a través de los parámetros ATP III que incluye:

CA circunferencia abdominal > 88 cm,

hipertrigliceridemia \geq a 150 mg/dl;

HDL < 50 mg/dl;

Presión arterial $\geq 130/85$ mm de Hg;

Glicemia en ayunas ≥ 110 mg/dl.

Cuando una paciente presente al menos 3 de estos criterios se considera que padece síndrome metabólico. (2)

4.9 Tratamiento

Entre los tratamientos médicos convencionales usados para el síndrome de ovario poliquístico está el tratamiento sintomático con medicamentos tales como Metformina, anticonceptivos orales, antiandrógenos, acetato de Ciproterona, citrato de clomifeno y tiazolidinedionas. La metformina se usa comúnmente sola o en combinación con otros medicamentos para el tratamiento exitoso de hiperinsulinemia e hiperandrogenismo, pero no siempre se consiguen cambios en el peso corporal además, en una gran cantidad de pacientes, estos resultados también se asociaron a mejoras en anormalidades menstruales y reanudación de

la ovulación, sin embargo los efectos secundarios más comunes de la metformina son náuseas, vómitos o diarrea y en algunos casos hasta acidosis láctica; todo esto hace que las pacientes no se adhieran al tratamiento. El acetato de Ciproterona se usa eficazmente en el tratamiento del hirsutismo y además previene su recurrencia. El uso de anticonceptivas orales reduce el hiperandrogenismo ya que el estrógeno suprime la producción de andrógenos, al igual que los glucocorticoides como la dexametasona o la prednisolona que también los reducen (Rath, 2018)(9). Sin embargo todos estos medicamentos presentan efectos secundarios, con el tratamiento homeopático se busca mejorar la sintomatología con una producción mínima de efectos secundarios, tal como se demuestra con la revisión y el reporte de caso(9).

Al ser el síndrome de ovario poliquístico multifacético, se requiere de un manejo individualizado, con objetivos específicos, por ejemplo, corregir el hiperandrogenismo, o los trastornos menstruales, o las alteraciones metabólicas asociadas y o la ovulación, en los casos en que la mujer desee embarazo(3).

Por lo que se pueden mencionar diferentes alternativas terapéuticas de acuerdo a cada objetivo de curación. El tratamiento no farmacológico con cambios en la alimentación y estilos de vida, especialmente incrementar la actividad física acompañada de dietas hipocalóricas que contribuyen con la reducción del peso en un 5% respecto al peso inicial, contribuyendo a la reducción de la circunferencia abdominal, que mejorará el perfil endocrino, aumentando la probabilidad de la ovulación y el embarazo. La ingesta de aminoácidos y antioxidantes, ayuda a disminuir la resistencia a la insulina, así como la vitamina D contribuye con la fertilidad. Si estos cambios no son suficientes para lograr la pérdida de peso deseada, se puede recurrir a la cirugía bariátrica(3).

Si se opta por el tratamiento farmacológico este [aha](#) de ser individualizado y se usará no solo pensando en la sintomatología, aspectos reproductivos, efectos

indeseables y tiempo de exposición al fármaco sino también en el factor económico(3).

El citrato de clomifeno es el tratamiento más utilizado para la inducción de la ovulación y actualmente son prometedores los inhibidores selectivos de la aromatasas (anastrozol y letrozol). Los glucocorticoides como la prednisona y dexametasona, también se han utilizado para inducir la ovulación, pero con efectos adversos sobre la sensibilidad a la insulina, por lo que debe evitarse su uso prolongado. Las gonadotropinas exógenas son la segunda línea terapéutica después de la resistencia al citrato de clomifeno, con el inconveniente de que provoca el desarrollo de folículos múltiples, aumentando el riesgo de síndrome de hiperestimulación ovárica (SHO) y embarazos múltiples.

Otro método eficaz para el tratamiento de pacientes con infertilidad de tipo anovulatoria es la diatermia ovárica laparoscópica bilateral con electrocauterio monopolar o láser usado en conjunto con clomifeno y metformina. La fertilización in vitro es la última posibilidad de lograr un embarazo cuando los tratamientos con citrato de clomifeno, gonadotropinas y el letrozol han fracasado(3).

La metformina es un fármaco sensibilizador de insulina, que se utiliza actualmente como un antidiabético oral, está demostrado que puede ser más eficaz en mujeres con síndrome de ovario poliquístico, que son no obesas. Las tiazolidinedionas (troglitazona, rosiglitazona y la pioglitazona) son otra clase de fármacos sensibilizantes a la insulina que también se usan en mujeres con síndrome de ovario poliquístico.

En las mujeres que no desean concebir, pueden ser tratadas con píldoras anticonceptivas orales.

4.10 Comprensión y abordaje de la enfermedad desde la homeopatía

La homeopatía fue fundada por Samuel Hahnemann (1755-1843), aunque el concepto de similitud venía de años atrás. En el siglo V a.C, Empédocles de Agrigento observa que los semejantes son atraídos por los semejantes. Hipócrates (460-350 a.C), genuino observador de la naturaleza percibe que hay dos formas de curar las enfermedades, por similitud “Similia Similibus Curantur” o por contrarios “Contraria Contrariis Curantur”, en esta época no se desarrollaron medicamentos. Paracelso (1493-1541) quien aportó nuevos paradigmas: Primero, el modelo holográfico, en donde el hombre es un microcosmos dentro del universo, macrocosmos. Segundo, propone que la medicina debería favorecer el principio vital del ser humano. Tercero, **considera la ley de la similitud al relacionar características del medicamento, tales como el color, la forma o el aspecto, con la forma de los órganos enfermos que podía curar.** Cuarto, usó dosis mínimas de medicamentos, llamando a las enfermedades con el nombre de los medicamentos. Todos estos conceptos sirvieron y abrieron paso a la creación de la homeopatía. Samuel Federico Hahnemann, retomó la ley de la similitud de Paracelso, pero en este caso con los síntomas, esto debido a que al traducir la Materia Médica de Cullen encuentra que la quinina que curaba las fiebres intermitentes de la época, causaba en personas sanas que la manipulaban la fiebre que curaba. Esto lo llevó a experimentar varias veces con la quinina y encontrar siempre el mismo resultado, dedujo de esto la ley de la similitud, sobre la cual se fundamenta la Homeopatía(37).

La homeopatía es un sistema médico complejo holístico, es decir, que contempla al ser humano como una unidad, conformado por un cuerpo material: físico, biológico que responde a leyes de la materia física y de la biología. Un cuerpo mental o psíquico que responde a leyes de la mente y quien es la encargada de integrar e intercomunicar todos los componentes, la Energía Vital, en donde se encuentra la parte más sutil, el espíritu que lo conecta consigo mismo y con el todo. (37). Como sistema médico científico, desde el inicio está basada en un modelo experimental, donde observaron el efecto que las sustancias

Comentado [1]: Es un error considerar que Paracelso haya considerado la ley de la similitud. Hay controversia histórica sobre el hecho que Paracelso fue el precursor de la homeopatía y que inspiró a Hahnemann con la ley de la similitud. Sin embargo, para dejar esta frase Dra Diana Jackeline, yo le agregaría que Paracelso considera la ley de la similitud pero a través de la ley de las firmas, al relacionar características de la planta a utilizar como medicamento, tales como el color, la forma o el aspecto, con la forma de los órganos que podía curar. Esa es la ley de las firmas que en nada tiene que ver con la ley de la semejanza de Hahnemann

medicamentosas causaban en personas sanas, llamado patogenia. Encontraron que esos síntomas patogénicos son los mismos, que el medicamento es capaz de curar, dando paso a lo conocido como ley de semejanza.(37)

En cuanto a la enfermedad reconoce que es multicausal, reconoce tres factores: Predisposición hereditaria (Miasma), factores desencadenantes (noxas biológicas, ambientales, alimentos, sustancias tóxicas, trauma) y factores mantenedores (circunstancias de la vida, medio ambiente, clima, alimentación, trabajo, familia, religión, creencias, cultura, hábitos, sedentarismo), además sugiere que la enfermedad es el resultado de la perturbación de la fuerza vital (parágrafo 11), el síntoma es lo que se percibe e informa la alteración que hay en la fuerza vital y cuando desaparece, indica que se restauró la fuerza vital (Parágrafo 12). El síntoma será la única guía que nos lleve a seleccionar el medicamento del paciente (Parágrafo 18).(18)(37)

En cuanto a la farmacodinamia, la homeopatía, refiere que nuestra energía vital, de índole espiritual, sólo puede ser intervenida con **medicinas con poderes espirituales** que son percibidos por medio de nuestros nervios (Parágrafo 16)(37).

En cuanto a la farmacoterapia, según el parágrafo 147, la selección del remedio a suministrar, deberá tener la máxima similitud de sus síntomas con los del caso de enfermedad y de acuerdo al Parágrafo 246-248 cada dosis debe ser potenciada mediante la dilución en agua y sucusión, para acelerar la curación(18).

En cuanto a la Agravación homeopática (Parágrafo 155-161), al ser imposible que una enfermedad y un medicamento sean exactamente iguales, puede suceder que, si se suministra un medicamento en una dosis no tan pequeña, o si el paciente es muy sensible al efecto del medicamento, posterior a su ingestión podrá haber síntomas triviales. En el caso de las enfermedades agudas (Parágrafos 157-158), podrá presentarse una leve agravación medicinal. Esto se da, porque la fuerza del remedio fue superior a la enfermedad, sin embargo, esto es de buen pronóstico, indica que el remedio es el indicado. Esto podrá evitarse a

Comentado [2]: Dra. Diana Jackeline, es preferible referirse a los medicamentos homeopáticos, como medicinas dinámicas como de índole espiritual. Si bien el parágrafo 16 hace referencia a lo espiritual, fíjese que siempre se refiere a que es de índole espiritual, o de tipo espiritual que es lo mismo que dinamismo.

dosis más pequeñas de medicamento (Parágrafo 159). Si la enfermedad es crónica y la medicina de acción prolongada, la agravación no debería aparecer durante el tratamiento(37).

En cuanto al abordaje del paciente, en homeopatía se habla sobre la Toma del Caso Clínico, la capacidad que tiene el médico homeópata para elaborar una muy buena y completa historia clínica, en la cual se pueda apoyar para justificar la prescripción del medicamento homeopático(37).

4.10.1 Jerarquización de los síntomas

Los síntomas en homeopatía, son como dice Hahnemann en su parágrafo 6 del Organon, una representación de toda la enfermedad, es la única y verdadera imagen de la enfermedad. Esta totalidad sintomática es indispensable y actúa como una trazadora del medicamento que el paciente necesita (Parágrafo 70)(18,37). Por lo que elaborar la totalidad sintomática es un arte de gran importancia en la Homeopatía, no solo corresponde a tomar el total de los síntomas sin darles un sentido, por el contrario es indispensable que los síntomas que el médico elige dentro de este grupo, deben cumplir como lo expone el parágrafo 153, con ser característicos del paciente, peculiares, notables, no comunes y singulares. Esta totalidad es la que se compara con los síntomas de un remedio homeopático, buscando que sean lo más similar posibles, esto define la individualización del paciente, es decir a cada quien según sus síntomas se le da el medicamento más específico que necesite, con el fin de restablecer hasta donde sea posible el equilibrio de la energía vital que está alterado por la enfermedad que lo aqueja, enfermedad que llevará para fines de homeopatía el nombre, del medicamento que la cura (Parágrafo 154), a mayor similitud entre la totalidad sintomática y el remedio, mayor especificidad. Individualizar el tratamiento del ser humano que está frente a nosotros debería, no sólo para la homeopatía sino para toda práctica médica, ser el verdadero objetivo- fin, este es el arte de curar(18,37).

4.10.2 Repertorio y repertorización

El repertorio es una recopilación ordenada y sistemática de síntomas con los medicamentos correspondientes a cada uno de ellos, clasificados alfabética y numéricamente para facilitar la individualización del paciente y el remedio. El lenguaje que está contenido en ellos, no es un lenguaje de terminología médica, al contrario, es el lenguaje de quienes sirvieron como experimentadores, en épocas de Hahnemann para reportar sus síntomas. Para el médico conocer el repertorio, le permitirá identificar los síntomas del enfermo y no la enfermedad, con el fin de Individualizar al paciente y suministrar el remedio más específico posible (37).

4.10.3 Posología Dosis

En homeopatía se tienen presentes para la dosificación del medicamento la cantidad o volumen suministrado al paciente, la frecuencia con que se debe tomar el medicamento y la cualidad o Potencia. En homeopatía todo el proceso para llegar al diagnóstico medicamentoso es un proceso individual, para lo cual, se tendrá presente los síntomas del paciente, la energía vital del enfermo y que tan sensible es al suministro de medicamentos, la enfermedad que padece, si es aguda o crónica y el medicamento a suministrar(37).

Por otro lado, la vía de administración es diversa, desde Olfatoria hasta la vía oral, pasando por la Fricción o tópica e inyectable. En la presentación para administración por vía oral, hay glóbulos para tomar sublingual o diluciones acuosas en alcoholaturas(37).

El médico actuará en cada caso según lo anotado para que la fórmula del paciente contenga el mejor medicamento, la mejor potencia, la vía de administración, la cantidad y la frecuencia que el paciente debe tomar, con el único fin de lograr el mayor beneficio para su paciente(37).

4.10.4 Agravación Homeopática.

Después del inicio del tratamiento con el remedio homeopático, pueden presentarse exacerbación de la intensidad de los síntomas en el paciente, esta

agravación debe ser parcial y transitoria para rápidamente ir disminuyendo. Esto en homeopatía se interpreta como un efecto positivo que indica que el medicamento que se suministró es el adecuado, a esto Hahnemann en el Organon lo llama como una “enfermedad medicinal”, sin embargo es necesario modificar la cantidad, debido a que estamos frente a una mayor potencia del medicamento respecto a la enfermedad o con un paciente sensible que requiere menos dosis(37).

GLOSARIO

Acantosis: Lesión histológica provocada por un aumento del número de células que forman la capa mucosa de la epidermis(38).

Acromegalia: enfermedad crónica producida por una disfunción de la hipófisis caracterizada por un aumento progresivo de tamaño de la cabeza, de la cara, de las manos y de los pies, asociado a un aumento de volumen(39).

Alelo: Dícese de los genes que ocupan la misma posición en cromosomas homólogos y que poseen la misma función con resultados diferentes(38).

Amenorrea: Ausencia de Menstruación temporal o permanente(38).

Consenso: Dicho de un conjunto de personas: Determinar o resolver algo de común acuerdo, o por mayoría de votos(38).

Edad fértil: Capacidad de concebir. Indicador poblacional que surge de realizar el cociente del número de nacimiento por año entre el número de mujeres en edad fértil(38).

Epigenética: Estudio de los cambios heredables en la función génica que se producen sin un cambio en la secuencia de bases del ADN(38).

Fenotipo: Término utilizado en genética para designar el rasgo morfológico o fisiológico que se manifiesta en un determinado individuo para un carácter concreto(39).

Genotipo: conjunto de genes que posee cada organismo. Información genética que determina los caracteres hereditarios de un individuo(39).

Hirsutismo: trastorno caracterizado por un aumento de la cantidad de pelo que afecta a las mujeres(39).

Infertilidad: Disminución o ausencia de fertilidad(39).

Materia Médica: Es la descripción de las acciones de una sustancia determinada en sujetos sanos sometidos a experimentación. Estas mismas son sus indicaciones de uso como remedio homeopático(40).

Metrorragia: hemorragia uterina irregular o continua en la que se pierde el ciclo menstrual característico(38)

Obesidad: Definida por un índice de masa corporal igual o superior a 30(38)

Patogenesia: Es el proceso experimental para determinar el valor terapéutico de una sustancia. Se administra una dilución determinada a un grupo de sujetos sanos y se registran los cambios en su esfera mental, síntomas generales y locales. Se incluyen horarios, alternancia y concomitancia de síntomas, cambios en los deseos y aversiones por alimentos, etc. Esta labor hoy se hace siguiendo el doble ciego que requiere la experimentación científica(40).

Policresto: Llamase policrestos a un grupo de remedios que han mostrado una acción muy amplia y profunda tanto en la experimentación como clínicamente(40)

Prevalencia: Número de casos de enfermedades o de personas afectas de una enfermedad o de cualquier otro acontecimiento en una población determinada(39)

Repertorio: Es una compilación de información de la materia médica en forma de diccionario de síntomas con sus correspondientes remedios para ser usado en tiempo de consulta. El más conocido ha sido el publicado por James T. Kent en 1916(40)

Repertorización: Es el proceso de escogencia del remedio único con la ayuda del repertorio. El cruce de síntomas muestra un orden de remedios según la sumatoria de sus valores(40).

Síndrome de Cushing: Enfermedad de etiología muy diversa que se produce por un exceso de cortisol(41).

5. Metodología.

5.1 Revisión documental

Esta investigación es de tipo descriptivo. Se realizó una revisión documental de literatura de textos, revistas, artículos indexados y no indexados encontrados en las bases de datos de ciencias de la salud: Pubmed, Scielo y Medline; así como Google Académico, se usaron las siguientes palabras clave, con el fin de que se haga una búsqueda amplia del tema “síndrome de ovario poliquístico”, “quiste ovario”, “ciclo menstrual”, “hiperandrogenismo”, “hirsutismo” “criterios diagnósticos” “oligoanovulación” combinándolo con las siguientes palabras para enfocar el tema “homeopatía” “tratamiento” también se usaron términos en inglés como “Polycystic ovary syndrome”, “hirsutism”, “menstrual dysfunction”, “phenotype”, “criteria” “Oligoanovulation”

Parte de los resultados de la revisión no sistemática respecto al tema amplio de investigación “Síndrome de ovario poliquístico” ya se ha ido mencionando a lo largo de este documento en lo referente a fisiopatología, prevalencia y tratamientos, entre otros. Al momento de hacer la búsqueda sobre el tema enfocado “Síndrome de ovario poliquístico y homeopatía” se obtuvieron escasos resultados positivos, por lo que se decide no considerar criterios de inclusión y exclusión más que el tema de enfoque y la idoneidad de la fuente; también se consideraron reportes de casos de temas relacionados con el síndrome de ovario poliquístico o sus síntomas, que hayan sido manejados con homeopatía con el propósito de reconocer posibles diferencias y similitudes con la presente investigación.

El estudio realizado por Lamba consistió en la evaluación del tratamiento homeopático en el síndrome de ovario poliquístico a través de un estudio piloto ciego, aleatorizado y controlado con placebo, que se realizó con una población de 60 mujeres diagnosticadas con SOP que se asignaron al azar, 30 a la intervención homeopática y 30 al placebo idéntico con modificación uniforme del estilo de vida durante 6 meses para ambos grupos. En la intervención homeopática los medicamentos indicados con mayor frecuencia fueron Los Pulsatilla, Natrum

muriaticum, Sepia y Calcarea carbonica y en menor porcentaje Lycopodium, Phosphorus, China, Nux vomica y Sulphur; encontrándose que el 60% de los casos con intervención homeopática respecto al grupo con placebos, recuperaron la regularidad menstrual con mejoría en otros signos y síntomas como el sobrepeso, la fertilidad y estado de ánimo, sin embargo no se observaron diferencias significativas en cuanto al hirsutismo y los hallazgos ecográficos(10).

El reporte de caso "Manejo de síndrome de ovario poliquístico a través de la homeopatía" reportado por Rath(9) se trata de una mujer de 22 años de edad, soltera, altura de 162 cm y peso 70 kg con un historial clínico de menstruación irregular, presencia de hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos según criterio ecográfico. Después de la repertorización el medicamento indicado fue Calcarea carbonica a potencia 30 CH inicialmente, después se aumentó a 200 CH potencia, con estas dosis se logró la regularización de la menstruación. Luego, la potencia se incrementó a 1 Miesimal logrando eliminar el dolor en la parte inferior del abdomen y el líquido libre en el fondo del saco de Douglas, además la ecografía mostró un estudio normal, la paciente fue controlada durante 3 años en los que no hubo recurrencia del SOP lo que sugiere que este síndrome puede ser tratado con éxito a través de la medicina homeopática individualizada con control del estilo de vida(9).

5.2 Reporte de caso

La toma de caso se realizó de acuerdo a lo citado por Hahnemann en los párrafos del 82 al 104 de *Organon el arte de curar* (34). La paciente llegó a consulta particular, donde se elaboró la historia con el propósito de obtener una totalidad sintomática y así encontrar el remedio similar a los síntomas encontrados. Durante la consulta homeopática, se permitió a la paciente expresar libremente sus síntomas y fue escuchada atentamente y sin interrupciones hasta que terminó de manifestar toda su sintomatología.

Para el registro de la información se utilizó el siguiente formato de historia clínica:

Tabla 2. Formato de historia clínica para el registro de datos

Datos Personales	
Motivo de Consulta	
Enfermedad Actual	
Revisión por Sistemas	
Síntomas generales:	Calor Vital
	Sed y Apetito
	Deseos y Aversiones
	Sueño
Antecedentes Personales	
Antecedentes Familiares	
Historia Biopatográfica	
Síntomas Mentales	
Examen Físico	
Examen Complementarios	
Diagnóstico	Nosológico
	Miasmático
	Integral
Repertorización	
Diagnóstico Medicamentoso	
Prescripción	

Se revisaron los síntomas reportados por la paciente y se realizó el examen físico para determinar el diagnóstico nosológico y se continúa con la selección de la totalidad sintomática, su respectiva jerarquización, iniciando por la clasificación de

los síntomas más característicos, que permiten la individualización de la paciente y diferenciarla de otras pacientes con la misma patología. Una vez jerarquizados los síntomas se hace la traducción a lenguaje repertorial, utilizando repertorio electrónico de Reper-Xav(42) y el Moderno Repertorio de Kent del Dr Francisco Eizayaga (1979)(43), lo que permite clasificar por puntaje a los posibles medicamentos útiles para la paciente. Por último, de la repertorización se toman los medicamentos con mayor puntuación y cobertura de síntoma, para ser revisados en la materia médica, cuyo fin será confirmar entre los remedios, cuál está más acorde con la totalidad sintomática de la paciente. Para concluir se definió el diagnóstico medicamentoso, miasmático e integral.

La paciente asistió a controles periódicos con el fin de evaluar la eficacia del remedio en el síndrome de ovario poliquístico; se llevó registro y archivo escrito de toda la información proporcionada por la paciente, el control al tratamiento y la evolución de la paciente.

6. Resultados

6.1 Revisión documental

Parte de los resultados de la revisión no sistemática respecto al tema amplio de investigación “Síndrome de ovario poliquístico” ya se ha ido mencionando a lo largo de este documento en lo referente a fisiopatología, prevalencia y tratamientos, entre otros. Al momento de hacer la búsqueda sobre el tema enfocado “Síndrome de ovario poliquístico y homeopatía” se obtuvieron escasos resultados positivos.

El estudio realizado por Lamba consistió en la evaluación del tratamiento homeopático en el síndrome de ovario poliquístico a través de un estudio piloto ciego, aleatorizado y controlado con placebo, que se realizó con una población de 60 mujeres diagnosticadas con SOP que se asignaron al azar, 30 a la intervención homeopática y 30 al placebo idéntico con modificación uniforme del estilo de vida durante 6 meses para ambos grupos. En la intervención homeopática los medicamentos indicados con mayor frecuencia fueron Los Pulsatilla, Natrum muriaticum, Sepia y ~~Galearea~~Calcárea carbonica~~carbónica~~ y en menor porcentaje Lycopodium, ~~Phosphorus~~Féfére, China, Nux ~~vomicayómica~~ y Sulphur; encontrándose que el 60% de los casos con intervención homeopática respecto al grupo con placebos, recuperaron la regularidad menstrual con mejoría en otros signo y síntomas como el sobrepeso, la fertilidad y estado de ánimo, sin embargo no se observaron diferencias significativas en cuanto al hirsutismo y los hallazgos ecográficos(10).

El reporte de caso “Manejo de síndrome de ovario poliquístico a través de la homeopatía” reportado por Rath(9) se trata de una mujer de 22 años de edad, soltera, altura de 162 cm y peso 70 kg con un historial clínico de menstruación irregular, presencia de hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos según criterio

ecográfico. Después de la repertorización el medicamento indicado fue *Calcárea carbónica* a potencia 30 CH inicialmente, después se aumentó a 200 CH potencia, con estas dosis se logró la regularización de la menstruación. Luego, la potencia se incrementó a 1 Milsimal logrando eliminar el dolor en la parte inferior del abdomen y el líquido libre en el fondo del saco de Douglas, además la ecografía mostró un estudio normal, la paciente fue controlada durante 3 años en los que no hubo recurrencia del SOP lo que sugiere que este síndrome puede ser tratado con éxito a través de la medicina homeopática individualizada con control del estilo de vida.

6.2 Caso clínico.

ENFERMEDAD ACTUAL:

Paciente con cuadro clínico de más o menos 6 años de evolución consistente en dolores migratorios, que iniciaron en región escapular, puede ser unilateral o bilateral, de predominio derecho que se irradia a región lumbar, el dolor es constante, 3/10 en escala subjetiva del dolor y puede intensificarse hasta llegar a 10/10. En ocasiones el dolor se presenta en el cuello o en región lumbar que se irradia a región de miembros inferiores. Refiere la paciente: “Lo que pasa es que, en mis músculos del cuello, de alrededor de las escápulas y en la región lumbar se me hacen como unas bolitas, que están siempre, pero si me estreso o sobreesfuerzo son las que me duelen muy fuerte en las crisis de dolor. El médico me dice que son puntos gatillo”.

“Antes de enfermarme trabajaba en varios lugares, 8-10 horas diarias de lunes a sábado y en ocasiones también los domingos. Pagaba las cuotas del apartamento y el carro, mi esposo sin trabajo dos veces, sentía muchas responsabilidades sola, porque él no me ayudaba económicamente y no hacía nada, se quedaba en casa

acostado. Mi esposo cambió ahora él es estable en el trabajo y él tiene que responder económicamente. Me siento liberada.”

“Me doy cuenta que el dolor se hace más intenso, si estoy activa por más de 6 horas. Me empeora hacer fuerza con mis manos, si permanezco sentada en una sola posición por mucho tiempo; o cuando viajo por más de 3 horas, a veces cuando se empeora lo económico, me pregunto y pienso, si sobreviviré, lloro porque me siento frustrada de no poder producir como antes y esa frustración me da más dolor y me enfermo más, me estreso por eso, por no estar bien y así es mi círculo vicioso. Cuando me estreso, ⁷ siento ansiedad, eso es, que los músculos se alborotan, las bolitas se colocan más duras, me preocupa algo, siento miedo por el futuro, siento mucho miedo de estar enferma y que no pueda valerme por mí misma más adelante, que me salgan más enfermedades.”

El dolor es constante y se me quita si me distraigo en cosas que me gustan como haciendo estiramiento, haciendo ejercicios de respiración, yoga, cuando hago cosas que me gustan como viajar corto, caminar, leer, necesito distraerme y ocuparme para que el dolor se me quite.”

Además “Sufro de aumento de peso y de acné y de ovario poliquístico, el diagnóstico de ovario poliquístico, me lo hicieron a los 18 años de edad, donde consulté al médico por acné en la cara, me tomaron en esa ocasión ecografía y exámenes hormonales. Me dijeron que no estaba ovulando, me enviaron manejo con Diane 35 (0.035 mg de Etinilestradiol y 2.0 mg de Acetato de Ciproterona), lo tomé por 5 años, luego suspendí, porque me mejoré temporalmente. Sin embargo, a los 27 años presenté reaparición de acné, por lo cual consulté a dermatología, en donde inician isotretinoína, estuve en ese tratamiento por dos años, concomitantemente consulté a ginecología, inicié manejo con Jax (3/0.03 Etinilestradiol, drospirenona), durante dos años, donde el acné me mejoró mucho.”

Refiere que luego suspendió los anticonceptivos orales para quedar embarazada y a los 6 meses quedó en embarazo. Refiere que después del parto planificó con ~~een~~ inyectable trimestral durante 6 meses y luego durante 6 años tomó ~~oe~~ anticonceptivos orales en su Entidad de Salud.

Hace 2 años, a los 37 años consultó por acné a dermatología y ginecología nuevamente, en donde dejaron manejo con anticonceptivos orales y espironolactona. En febrero de 2019 ginecología suspende espironolactona. Al parecer según la paciente refiere, porque suprimió el periodo durante 3 meses.

REVISIÓN POR SISTEMAS:

CABEZA: Cefalea en región frontal, cuando viaja por más de 3 horas.

OFTALMOLÓGICO: Astigmatismo miópico.

ORL: Ocasional Rinorrea y estornudos, con el frío.

RESPIRATORIO: No refiere.

CARDIOVASCULAR: No refiere.

DIGESTIVO: No refiere.

GENITOURINARIO: No refiere.

OSTEOMUSCULAR: No refiere.

SISTEMA NERVIOSO: No refiere.

PIEL Y FANERAS: Refiere Acné, en región de pómulos y mentón.

ENDOCRINO: Refiere que aumenta de peso fácilmente y que luego es difícil de bajar.

SÍNTOMAS GENERALES:

Apetito: Refiere que comer es un distractor del dolor y que comer mejora el dolor.

Sed: Refiere “tomo bastante agua, más o menos una taza de 100cc antes de cada comida, eso me ayuda a comer menos.”

Deseo: Chocolate, “me encanta”, cuy, las carnes, salado. No le gusta el chunchullo.

Aversión: No tiene.

Calor Vital: “Se me colocan como hielo los pies en la noche.” “Transpiración del abdomen para arriba no fétido.”

Temperatura: La agrava el frío, la mejora el calor seco.

Sueño: Refiere que se levanta a las 6 am, se acuesta a las 9 pm. Presenta insomnio, sólo si hay exacerbación del dolor de la escápula derecha, al estar durmiendo sobre este lado, al despertarse no piensa en nada diferente al dolor, permanece despierta aproximadamente una hora, refiere que mejora al distraer el dolor con ejercicios de respiración y meditación, cuando el dolor disminuye le permite volver a conciliar el sueño. Refiere que duerme mejor del lado izquierdo. No hay ningún sueño en particular, refiere no sueña nada.

ANTECEDENTES PERSONALES.

PATOLÓGICOS: Síndrome miofacial: Inició con dolor en región de escápula derecha, persistente hasta el momento, en ocasiones el dolor migra a escápula izquierda, y en otras ocasiones migra a región lumbar. .

Hiperinsulinismo: Documentada en paraclínicos que en abril de 2019 muestra hiperinsulinismo post carga con valores de 192 (22-79).

ALERGIAS: No Refiere

FARMACOLÓGICOS: Metformina 500 mg. Una tableta al desayuno.

Dolex 500. Se toma 1 gramo cada 12 horas al día ocasionalmente, sólo si presenta dolor muy intenso.

TÓXICOS: No refiere.

LABORALES: Odontopediatra Pensionada por síndrome Miofacial. Actualmente Vendedora de Mostrador.

TRAUMÁTICOS: No refiere.

INMUNOLÓGICOS: Las vacunas de infancia y el refuerzo de Tétanos a los 10 años. Refuerzos en el embarazo.

QUIRÚRGICOS: No refiere.

HOSPITALARIOS:

Hace 14 años: "Por Lumbalgia, por mucha carga laboral trabajaba 10 horas diarias, sin descanso del día domingo, los siete días de la semana, un día simplemente no me puede levantar de la cama, estuve hospitalizada durante 3 días, con analgésicos, no recuerdo cuales serían"

GINECOOBSTETRICOS:

G1P0C1, Parto por cesárea por Desproporción cefalopélvica. **FUP** 8 Años.

FUR: 11 mayo de 2019

MENARQUIA: A los 12 años. "Las menstruaciones han sido siempre con sangrado abundante y algo doloroso, a pesar de que siempre he tomado anticonceptivos." ACOS. Hace 1 año aproximadamente los suspendió, por ecografía normal. Sin embargo, refiere que tiene nuevamente quistes en ovarios.

Síndrome de Ovario Poliquístico: Diagnóstico desde los 18 años, con manejos intermitentes por épocas con ACOS.

TRANSFUSIONALES: No refiere.

ANTECEDENTES FAMILIARES

FAMILIARES: Padre falleció con Linfoma No Hodgkin.

Madre: Ca de Pulmón Cocinaba con leña.

HISTORIA BIOPATOGRÁFICA: Fue criada por padres, son cuatro hermanos, ella es la tercera y su última hermana es adoptada, no se lleva bien con sus hermanos refiere que se parecen mucho a su papá; su papá falleció cuando ella tenía 22 años, y su mamá cuando tenía 27 años.

“La relación con papá, no tan buena era tan autoritario perfeccionista, no apreciaba lo que uno hacía, lo que uno hacía no estaba bien, su muerte fue un alivio, como si me quitara una carga de encima, él siempre quiso hijos varones y yo ssSalí mujer”

“La relación con mamá fue muy buena, muy amorosa, todo el tiempo con ella, a ella la disfruté mucho, la muerte de mama si me dolió mucho, porque no pude estar con mamá los últimos años de su vida, por el trabajo, por el estudio...y además me faltó exigirle que fuera al médico, a ella no le gustaba ir, debí obligarla, yo soy la única mujer de ella, mi otra hermana es adoptada, era mi responsabilidad, yo llegué en diciembre y ella se murió en mayo. Un día tome yagé hace 2 años y le pedí perdón.”

Vive en Pasto con la hija, a su esposo lo trasladaron a Putumayo, él es abogado, viene los fines de semana. Refiere “A mí siempre me ha gustado estudiar, he sido tímida por mi papá, por lo estricto que él era conmigo, me cuesta relacionarme con las personas, y más ahora por la enfermedad.”

SÍNTOMAS MENTALES:

“Soy de buen genio a pesar de lo que me pase, le veo el lado positivo a las cosas, sigo adelante a pesar de todo.” Le **critican** que no sale, que es tímida, que no se arregla. Algo que me reconocen es que he estudiado, que he salido **a-**adelante a pesar de que se murieron mis padres.”

“Con los compañeros de trabajo, me relaciono muy poco, las relaciones con ellos son muy superficiales.”

“Desde los 17 años empecé a vivir sola por el estudio, soy independiente. Tengo fuerza de voluntad, soy muy puntual.”

“Si hay ruido no me concentro, porque crecí en el campo; tengo miedo a la muerte, porque mi vecina de al lado no salía de la casa y luego la encontraron a los 5 días muerta. Eso me impactó mucho y se aumentó mi miedo por la muerte... no sé qué más hay... más allá miedo al dolor, a no poder levantarme, a no poder moverme, a enfermarme.”

“Cuando me contradecían antes, quería que siempre piensen como yo, ahora por la enfermedad he aprendido a no juzgar, antes si me ponía muy mal.”

“En general, Yo siempre he sido muy fuerte, aceptando todo lo que me pasa, no lloro mucho, siempre me han tocado cosas duras, eso me ha preparado para ser fuerte, yo a veces lloro, pero poco. Me gusta que me consuelen me hace sentir bien, no me gusta que me tengan lástima, me gusta más que me den ánimo y me alienten. Yo hago las cosas despacio, pero sin descansar.”

“Cuando tengo muchas responsabilidades me da la ansiedad, no tengo físicamente nada, pero siento esa ansiedad, esa cosa y me preocupa enfermarme, me preocupa la parte de depender de los demás y que por esa cosa, que me vaya a enfermar y que me vaya a morir.”

EXAMEN FÍSICO:

Estatura: 1,58 m (2.49) **Peso:** 68 Kg

Índice de Masa Corporal: 27,3 (SOBREPESO)

Tensión Arterial: 114/77 mmHg **Frecuencia Cardíaca:** 80/m

Frecuencia Respiratoria: 17/m **Temperatura:** 36 °C

Aspecto general: Ingresa por sus propios medios.

Piel y faneras: Acné en cara en región de pómulos y mentón.

Cabeza: Normal.

Órganos de los sentidos: Normal. Ojos: conjuntivas normales, pupilas isocóricas normorreactivas a la luz y a la acomodación.

Nariz: Coanas y tabiques nasales normales.

Boca: Labios normales, dentadura y encías normales, úvula central,

Cuello: Normal. Sin ingurgitación yugular, no se palpan adenomegalias, tiroides no palpable, tráquea central. Vascular periférico: buena perfusión distal, tres segundos

Cardiopulmonar: Corazón: Rítmico no soplos. Punto de máximo impulso en el 5to espacio intercostal con línea medio clavicular, ruidos cardíacos rítmicos, sin soplos, ni agregados, no hay frote o frémitos. Pulmones: Tórax normoexpansible. Murmullo vesicular presente no agregados

Tórax: Sin deformidad, no hay circulación colateral.

Abdomen: Blando, depresible, ruidos intestinales positivos, blumberg (-), Murphy

(-), no visceromegalias sin circulación colateral, no se palpan masas, hernias o adenomegalias.

Sistema osteomuscular: No hay deformidad o edema articular, pulsos periféricos normales.

A la palpación se encuentra puntos gatillos de predominio en región dorsal, cervical y escapular derecha, retracción de isquiotibiales.

Genitourinario: Normal. Genitales externos normoconfigurados, no hipertrofia de clítoris, distribución vello púbico normal. No leucorrea, No eritema.

Sistema nervioso: Alerta, orientado, con adecuado curso y contenido del pensamiento, no hay alteración de la abstracción, cálculo o memoria, pares craneanos normales. Tono y fuerza muscular normal, reflejos osteotendinosos normales, no hay reflejos patológicos, coordinación y marcha normales. Signos meníngeos ausentes.

RESULTADO DE EXÁMENES MÉDICOS Y PARACLÍNICOS

Tabla 3. Resultados de ecografía con criterios para SOP

Resultados	Ecografía tomada 5/03/2019
Útero	Mide 4,9 x 6,7 x 3,1cm Volumen 6,5cm. Endometrio mide 7mm.
Ovario Izquierdo	Aumentado de tamaño con respecto a su homólogo, con presencia de gran imagen ovalada, homogénea, anecoica que deja reforzamiento posterior, sin tabiques ni calcificaciones y mide en su diámetro máximo 3 cm.
	En su periferia se observan múltiples folículos, imágenes de similares características y menores de 1cm.
	Tamaño 3,1 x 4,2 x 3,1cm.
	Volumen 22 cc.

Ovario Derecho	Ovalado
	Presencia de múltiples imágenes redondeadas, anecoicas que dejan reforzamiento posterior, mayores a 25 en número, ubicadas a predominio de la periferia, la de mayor tamaño mide 8mm.
	Tamaño 2,0 cm x 2,6 cm x 1,4cm.
	Volumen de 4,2 cc
Resultado	Ovarios poliquístico. Quiste dominante en ovario izquierdo

Tabla 4. Exámenes paraclínicos anteriores al tratamiento

PARÁMETRO	RESULTADO
BHCG	Negativo
LDH	341 UI/l
PROLACTINA	6.53 ng/ml
TSH	3.28 Mu/L
PROGESTERONA	0.77ng/ml
FSH	2.55mIU/ml
LH	1 mIU/ml
Insulina Basal (0-29)	14mg/dl
Insulina Post Carga (120 Minutos)	192 mg/dl (Positiva para hiperinsulinismo)
Glucosa Pre (70-110)	88 mg/dl
Glucosa Post (70-130)	103 mg/dl
Testosterona Total (12.09-59.46) Gold estándar.	0.05ng/dl

DIAGNÓSTICO:

Diagnóstico Nosológico:

Síndrome de ovario poliquístico. Fenotipo C Ovulatorio. Hiperandrogenismo y criterio ecográfico.

Acné secundario a Hiperandrogenismo.

Síndrome Metabólico

Síndrome Miofacial.

Diagnóstico miasmático: Psycósico. Psórico. Syphilítico.

Diagnóstico Integral: Paciente de 39 años, femenino, en el momento con diagnóstico de síndrome de ovario poliquístico, acné y dolores muscular. En cuanto a su esfera mental, llama la atención, que es una paciente tímida, muy ansiosa por su salud, tiene temor a la muerte. Tiene dolor muscular de predominio en escápula y en su espalda que en ocasiones se generalizan, que empeora con la actividad o sentada largo tiempo, mejora el dolor cuando ocupa su mente o se divierte. Tiene los pies fríos en la noche. Se agrava viajando en carro tanto en su cefalea como en sus dolores. Por Ecografía se confirma Síndrome de ovario poliquístico. En laboratorios se encuentra Hiperinsulinismo.

TOTALIDAD SINTOMÁTICA Y TRADUCCIÓN AL LENGUAJE REPERTORIAL

Tabla 5. Repertorización de síntomas

SÍNTOMAS DE LA PACIENTE	SÍNTOMA REPERTORIZADO
Cuando me contradecían antes, quería que siempre piensen como yo... me ponía muy mal	CONTRADICCION NO TOLERA
Siento ansiedad, eso es, me preocupa algo, que no pueda valerme por mí misma más adelante, que me salgan más enfermedades"... Más allá miedo al dolor, a no poder levantarme, a no poder moverme, a enfermarme"	MENTE / ANSIEDAD, SALUD, por su
Cuando tengo muchas responsabilidades me da la ansiedad, no tengo físicamente nada, pero siento esa ansiedad, esa cosa, y me preocupa enfermarme, me preocupa la parte de depender de los demás y que por esa cosa, que me vaya a enfermar y que me vaya a morir."	MENTE / ANSIEDAD- trastornos por
Tengo miedo a la muerte	MENTE/TEMOR-MUERTE

Acné en pómulos y mentón.	CARA/ERUPCIONES-ACNÉ
Ecografía informa quistes.	GENITALES FEMENINOS/ TUMORES/OVARIOS
Dolor en región escapular, puede ser unilateral o bilateral, de predominio derecho	ESPALDA/ DOLOR-DORSAL, ESCAPULA
Como hielo los pies	EXTREMIDADES FRIALDAD DE PIE
"El médico me dice que tengo puntos gatillo". Examen Físico: puntos gatillos de predominio en región dorsal, cervical y escapular derecha.	GENERALES/ DOLOR MUSCULOS
Me molesta viajar, porque me aumenta el dolor.	GENERALES/ VIAJAR CARRO O VAGÓN

RESULTADO DE REPERTORIZACIÓN DIGITAL.

Tabla 6 Resultado de Repertorización Digital. Reper Xav2

ReperXav2 - Resultados de la Repertorización

	Lyc	Ars	Calc	Lach	Sep	Sil	Hep	Nat-m	Puls	Am	Bell	Staph	Aur	Nit-ac	Causc	Cocc	Ph-ac	Con	Sulph	Acon
MENTE/ANSIEDAD-SALUD, Por SU	3	1	1	1	2	1	-	-	2	1	-	1	-	3	-	1	2	-	1	1
MENTE/ANSIEDAD-TRASTORNOS por	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-
MENTE/CONTRADICCION-INTOLERANTE a la	3	1	-	1	3	2	1	2	1	1	1	2	3	1	-	2	-	1	-	1
MENTE/TEMOR-MUERTE	2	3	3	2	1	-	2	2	2	2	2	1	1	3	2	2	2	1	1	3
CARA/ERUPCIONES-ACNE	-	2	2	2	3	3	3	2	2	-	1	-	3	2	3	-	2	2	2	-
GENITALES FEMENINOS/TUMORES=OVARIOS	3	2	2	3	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
ESPALDA/DOLOR-DORSAL,ESCAPULA	1	1	2	1	2	1	1	1	-	1	1	-	-	1	1	1	1	1	1	1
EXTREMIDADES/FRIALDAD-MI7 PIE	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	-
GENERALES/DOLOR-MUSCULOS	1	1	-	-	1	-	1	1	2	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	2
GENERALES/VIAJAR-CARRO o VAGON <	1	1	1	2	3	2	2	1	1	2	1	1	2	-	1	3	-	2	2	1
Número de síntomas que lo contienen	9	9	8	8	7	7	7	7	7	7	7	7	6	6	6	6	6	6	6	6
Puntaje total del medicamento	18	15	15	15	17	13	12	12	12	11	10	8	13	13	12	11	11	10	10	9
Síntomas Seleccionados	10																			

DIAGNÓSTICO MEDICAMENTOSO: LYCOPodium 0/6

6.2.1 Análisis sobre materia médica según la Repertorización e intervención terapéutica.

Tabla 7. Análisis sobre materia medica según repertorización

Medicamento	Puntaje de Medicamento	Cobertura de Síntomas
Lycopodium	18	9/10
Arsénico	15	9/10
Calcárea Carbónica	15	8/10

Se analizaron los 3 medicamentos que abarcan mayor cantidad de síntomas y tienen un mayor puntaje, la repertorización electrónica arrojó: Lycopodium, Arsénico y Calcárea Carbónica.

Al revisar la materia médica se elige Lycopodium, porque la paciente concuerda en síntomas mentales de Intolerancia a la contradicción, es una persona que no le gusta salir de la casa, le gusta permanecer a solas, los trastornos de ansiedad, ansiedad por su salud, temor a una enfermedad más grave o más enfermedades y temor a la muerte que además se agravó, por vivencia con vecina que murió sola. Así misma se describe como tímida, refiere que no le gusta salir y se observa una actitud de aversión a sus hermanos hombres por ser parecidos a su padre, Padre que aun cuando ya está muerto, la paciente no lo perdona por el trato que recibió desde su infancia. Además, concuerda en la agravación por el frío, por el esfuerzo físico. Concuerda con mejoría por el calor. Además, se escoge este medicamento por ser un gran antipsórico, aunque en el repertorio no tome el síntoma acné. (44)(45)(46).

Prescripción de Medicamento.

Lycopodium 0/6 fco #1

Agitar el frasco y dar 5 golpecitos contra la palma de la mano, luego tomar 3 gotas 3 veces al día,

SEGUIMIENTO Y CONTROLES.

En los 5 primeros días de la toma del medicamento, la paciente reconsultó por presentar una agravación de sus síntomas que considera intolerable, en cuanto al dolor escapular y el acné facial; se decide disminuir la cantidad de medicamento a 1 gota diaria y seguir con la misma potencia, porque pese a los síntomas físicos agravados se siente emocionalmente mejor, menos irritable cuando la contradicen, menos ansiosa por su salud y ha disminuido el temor a la muerte.

En el segundo control la paciente presenta cambios en su esfera mental, refiere que le llama la atención que siente mejoría leve con respecto a la ansiedad por su salud, enfermedad y el temor a la muerte ha desaparecido. Refiere que el acné no ha mejorado. El dolor escapular ha disminuido, sin embargo, se siente bien porque tolera mejor los viajes que ha hecho con su esposo. Trae resultados que corroboran el diagnóstico de Síndrome Metabólico concomitante con síndrome de ovario poliquístico.

Tabla 8. Paraclínicos diagnósticos para dislipidemia mixta

PARÁMETROS	Valores
AST (0-38)	16 U/L
ALT(0-41)	18 U/L
CR (0,6-1,1)	0.83mg/dl
CT (Hasta 200)	24714mg/dl
HDL (35-60)	4514mg/dl
LDL (hasta 90)	6314mg/dl
TG (40-160)	31514mg/dl

De acuerdo a los anteriores resultados se evidencia Dislipidemia Mixta con Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia.

En el tercer control la paciente trae los resultados de la ecografía de control (tabla 9), de paraclínicos solicitados (tabla 10) y se realiza seguimiento a los parámetros

Comentado [3]: Dra Diana Jackeline, los valores del colesterol total para abajo en la presente tabla, parece que fueron mal transcritos, por favor corregirlos, no creo que la paciente tenga 31514 mg/dl de nivel de triglicéridos

antropométricos tal como se muestra en la tabla 11. Finalmente, en la tabla 12 se presenta el consolidado de cómo se modificaron los síntomas desde el día de la toma de caso hasta el tercer control, siendo el resultado más relevante el hecho de que desaparecieron los quistes de los ovarios.

Tabla 9. Ecografía de control, sin evidencia de ovarios poliquístico

ÓRGANO	RESULTADO ECOGRAFICO
Útero	Mide 7,0 x 3,3 x 4,1 cm. Volumen 5,1cc. Endometrio de 4mm.
Ovario Izquierdo	Normal
	Dos folículos periféricos de 0,2 y 0,5 cm
	Tamaño 1,9 x 1,7 x 1,5 cm
	Volumen 2,7 cc
Ovario Derecho	Normal
	Dos folículos periféricos hipoeoicos de 0,2 cm y 0,5cm
	Tamaño de 2,4 x 1,3 x 1,4 cm
	Volumen de 2,5 cc
Resultado	Sin evidencia de Síndrome de Ovario Poliquístico.

Tabla 10. Paraclínicos de control

PARÁMETRO	VALOR
FSH (< 6,4)	3.66 mIU/ml
LH fase lútea (1-11,4)	2.54 mIU/ml
Insulina Basal (2,6-25)	6.01mg/dl
Insulina Post Carga (120 Minutos) (22-79)	92mg/dl
Glucosa Pre (70-110)	78mg/dl
Glucosa Post(70-130)	133mg/dl

Testosterona Total (12,09-59,46)	17.56ng/dl Gold standard. Normal.
----------------------------------	--------------------------------------

Tabla 11. Seguimiento a los parámetros antropométricos

Medidas Antropométricas	Antes de iniciar el tratamiento	Control 3
Talla	157cm	157cm
Peso	65kg	63 kg
IMC	26,4	25,6
Circunferencia Abdominal	112cm	98cm
Presión arterial.	115/70mm/Hg	110/70mm/Hg

Tabla 12. Seguimiento a los síntomas desde la toma de caso hasta el tercer control

SÍNTOMA DE SEGUIMIENTO	Toma Caso	Control 1	Control 2	Control 3
Contradicción no tolera	++++	+++	+	+
Mente / ansiedad, salud, por su	++++	+++	+	+
Mente / ansiedad- trastornos por	++++	+++	++	+
Mente/temor-muerte	++++	++	X	X
Cara/erupciones-acné	++++	++++	+++	+++
Genitales femeninos/ tumores/ovarios	++++	No hay eco	No hay eco	X
Espalda/dolor-dorsal, escapula	++++	+++	++	++
Extremidades frialdad de pie	++++	+++	++	++
Generales/ dolor músculos	++++	+++	++	++
Generales/ viajar carro o vagón	++++	++++	++	X

CONVENCIONES USADAS

++++ Síntomas muy intensos y descritos en forma espontánea

+++ Síntomas intensos

++ Síntoma moderado

- + Síntoma Leve
- X Desaparición de síntoma.

7. Análisis de resultados

Después de la toma de caso y del análisis de los exámenes diagnósticos se confirma que la paciente presenta síndrome de Ovario Poliquístico con hiperandrogenismo clínico, acné, testosterona suprimida, morfología ecográfica compatible con poliquistosis y síndrome metabólico consistente en hiperinsulinismo. De acuerdo a los resultados de la jerarquización y repertorización se decide indicar Lycopodium, este medicamento se obtiene de un musgo de color verde que produce esporas en forma de tetraedro que poseen una cápsula y un núcleo. La cápsula es durísima por lo que deben molerse durante varios días hasta llegar al núcleo, que es suave y oleoso, de aquí la semejanza con la personalidad del paciente Lycopodium, que se caracteriza como duro por fuera y blando por dentro(47); característica similar encontrada en la paciente del presente caso.

Inicialmente se le indicó Lycopodium 3 gotas, 3 veces al día; después de 5 días de que la paciente estuviera tomando el remedio reconsulta debido a que presentó una agravación de sus síntomas especialmente el dolor escapular y el acné facial, debido probablemente a lo que Hahnemann llama como una “enfermedad medicinal”(47) sin embargo se siente emocionalmente mejor, menos irritable cuando la contradicen, menos ansiosa por su salud e indica que ha disminuido el temor a la muerte. Al analizar el caso, se considera que es probable que la paciente sea hipersensible a la administración del medicamento, así que se ratifica el medicamento, pero se modifica la posología.

Para el segundo control la paciente refiere cambios en su esfera mental, indica que le llama la atención que siente mejoría con respecto a la ansiedad por su salud y enfermedad y el temor a la muerte ha desaparecido. En cuanto a los síntomas físicos, el acné no ha mejorado, pero el dolor escapular ha disminuido. En general dice sentirse bien porque tolera mejor los viajes que ha hecho con su esposo. Trae resultados que corroboran el diagnóstico de Síndrome Metabólico concomitante con síndrome de ovario poliquístico. En el tercer control, después de dos meses de tratamiento con Lycopodium al comparar la primera ecografía con la de control, encontramos que el volumen de los ovarios ha disminuido hasta llegar a valores normales y hay únicamente dos folículos en cada ovario que es completamente normal, ya no hay signos de Ovarios poliquísticos y la testosterona libre suprimida alcanzó valores normales.

En cuanto al abordaje del síndrome Metabólico de la paciente, Gamez en su trabajo de fenotipos del Síndrome de Ovario poliquístico y riesgo cardiovascular; cita que el síndrome de ovario poliquístico es una causa probable de: dislipidemia, insulinoresistencia y un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2(2)(5)(48)(49).

Para medir el riesgo cardiovascular se usan parámetros ATP III que sirven como marcadores, así:

CA Perímetro cintura deseable menor a 88 cm para mujeres, la paciente está por encima con 112 cm, HDL deseable mayor a 50 mg/dL de sangre en el momento la paciente presenta 45 mg/dL, menor al valor deseable; los TG deseable menor a 150 mg/dL sangre y la paciente los tiene en 315 mg/dL, muy alto. Glucemia deseable menor a 110 mg/dL, en la paciente valor es de 88 mg/dL por lo que no cumple con este criterio y finalmente la PA deseable menor a 130/85, parámetro normal en la paciente en el momento de los controles.

Así que considerando lo anterior podemos concluir que el síndrome de Ovario poliquístico está afectando a esta paciente en lo metabólico. En ella se encuentran 3 de 5 parámetros positivos como marcadores de riesgo cardiovascular, por lo que

es necesario intervenir para poder mejorar estos parámetros y así disminuir el riesgo cardiovascular, por tener síndrome metabólico.

Después del tratamiento homeopático con *Lycopodium* se encuentra que el CA, ha disminuido de manera considerable paso de 112 cm a 98 cm, aunque el valor sigue siendo positivo para síndrome metabólico, está disminuyendo lo que coincide con la mejoría en el hiperinsulinismo, que también disminuye como se observa en la tabla 13.

Tabla 13. Comparación de paraclínicos diagnósticos para hiperinsulinismo antes y después del tratamiento

Parámetro	Inicio	Control 3
Glicemia en ayunas	88	78
Glicemia Post carga	103	133
Insulina en ayunas	14	6,01
Insulina post carga	192	92

De esta forma se ratifica en esta paciente lo planteado por el médico endocrinólogo Lizarzaburu(48), en su artículo de revisión sobre síndrome metabólico, en donde indica que se debe considerar el perímetro abdominal como criterio principal en el diagnóstico de SM por ser una medida indirecta de la grasa visceral, que es la causante del desarrollo de insulinoresistencia y demás componentes de síndrome metabólico.

Por lo anterior, en el caso clínico manejado, se ampliaron los parámetros ATP III, para buscar la insulinoresistencia que genera también, dislipidemia y aumenta el riesgo de diabetes tipo 2, todo esto con el fin de realizar un diagnóstico más temprano y poder direccionar las acciones preventivas(48).

Los parámetros complementarios fueron glicemia post carga, insulina en ayunas e insulina post carga, como lo observamos en la Tabla13.

Es claro el hiperinsulinismo que la paciente estaba desarrollando, para compensar valores de glicemia en ayunas y post prandial normales. Con el manejo homeopático, tenemos cambios en los niveles de insulina, lo cual podría indicar que la paciente está atravesando un proceso de curación desde lo más profundo hacia afuera. Sin embargo, es apenas esperado que, al corregir los niveles de insulina, se eleven los valores de glicemia post prandial, al revisar el valor de este parámetro, no está aún para diabetes mellitus tipo 2. El valor de glicemia en ayunas mejoró.

Así que se hace énfasis en reducir la ingesta de glucosa, carbohidratos y hacer actividad física, esto con el fin de disminuir al máximo los hábitos que estén siendo un obstáculo a la curación, como lo contempla el órgano en su parágrafo 252(18).

Entre otros hallazgos positivos que se encontraron en la paciente, está que ha bajado 3 kilos de peso, eso se traduce en un cambio en el IMC, de tal forma que pasó de un peso de 68 kilos con IMC de 27.3 a un peso de 65 kilos con un IMC de 26.1, cada vez más cerca de un peso adecuado.

Como segundo parámetro ATP III, se encuentra positivo en la paciente la hipertrigliceridemia, con un resultado de 315 mg/dL, aún está pendiente tomar el paraclínico de control, que deberá tomarse en un mayor tiempo, por lo cual hablamos de resultados parciales.

El tercer parámetro ATP III, fue el valor de HDL < de 50 mg/dl. Está pendiente el paraclínico de control para continuar el seguimiento del manejo homeopático.

El cuarto y quinto parámetro ATP III, como son la glicemia en ayunas > 110 mg/dl y la hipertensión arterial, son parámetros que la paciente del caso clínico las presenta en valor normales.

El otro componente del Síndrome de ovario poliquístico, es el hiperandrogenismo clínico de la paciente que se expresa en el Acné facial, hay que tener presente que este es el primer síntoma por el cual consultó la paciente a los 18 años, ha sido el síntoma trazador que ha llevado a la paciente a consultar y recibir manejo de síndrome de ovario poliquístico. Además, ha tomado Isotretinoína por temporadas prolongadas, manejada por dermatología, sin embargo, el acné ha sido recurrente.

Esto nos lleva a recordar lo que decía Hahnemann sobre la curación: los síntomas aparecidos últimamente, es decir, los más recientes, son también los primeros en desaparecer, mientras que los síntomas más antiguos y los más tenaces, incluyendo sobre todo las afecciones locales persistentes, no desaparecerán sino hasta el final, después de la desaparición de las demás manifestaciones mórbidas y de que todo lo demás anuncie el retorno de la salud(37).

En el capítulo Ley de Curación del libro Doctrina Homeopática (37), se cita que el Dr. Constantino Hering, "Guías para el futuro desarrollo de la homeopatía" afirma que la curación se manifiesta de dentro hacia afuera, inicia por lo más interno, la sensación subjetiva de bienestar, los síntomas emocionales y por último lo más externo, lo orgánico, la piel(37).

La mejoría de las afecciones dolorosas se produce de arriba abajo. En la paciente el alivio del dolor aún es mínimo, sin embargo, se siente mejor.

Por otro lado, la curación de las enfermedades crónicas, se observa que se alivian primero los órganos más importantes, que en el caso de la paciente se observa en el páncreas, órgano encargado de la elaboración y liberación de la insulina, para dar paso finalmente al revestimiento cutáneo (37).

La mejoría de esta paciente se calcula en un 70% tras dos meses de manejo homeopático, aunque el resultado es parcial, es muy prometedor y se espera que la curación completa se presente y se prolongue en el tiempo.

8. Conclusiones y Recomendaciones

De acuerdo con los resultados del reporte de caso se puede evidenciar que el tratamiento homeopático es una alternativa exitosa para el manejo del síndrome de ovario poliquístico, ya que en tan solo dos meses de tratamiento las imágenes ecográficas de la paciente se observan normales y en general la paciente reporta haber mejorado en todos los aspectos.

Es innegable la necesidad existente en homeopatía y en general en las terapias complementarias, de buscar y recopilar evidencia científica de casos clínicos exitosos que además de dar peso científico a la práctica homeopática, permita abrir nuevos horizontes de investigación sobre los mecanismos de acción de los remedios homeopáticos.

El síndrome de ovario poliquístico que concomita con síndrome metabólico y como en el caso clínico con acné; son las manifestaciones de la enfermedad que padece la paciente. El síndrome de ovario poliquístico por ser multigénica tiene múltiples manifestaciones y varios fenotipos. Por lo tanto, el verdadero objetivo del médico, no sólo del homeópata, sino de todos, debería ser individualizar el manejo de cada paciente, con el fin de recuperar su salud y lograr su curación.(37)

Desde el punto de vista preventivo es importante descartar en las pacientes con SOP el hiperinsulinismo, a través de los parámetros correspondientes, ya que es probable que la glicemia este dentro de parámetros normales por el desarrollo de un hiperinsulinismo, de tal forma que la glicemia normal en ayunas podría ser un parámetro tardío y el hiperinsulinismo un parámetro más temprano y confiable. Así

como en la paciente del caso clínico el seguimiento deberá hacerse en estos dos aspectos, para direccionar mejor la intervención terapéutica y la modificación de hábitos en el estilo de vida, para lograr hasta donde sea posible una curación, disminuyendo el riesgo de enfermedad cardiovascular.

8.2 RECOMENDACIONES

Se debe continuar el seguimiento de la paciente con el fin de verificar la curación total y prolongada en el tiempo con el fin de poder publicar el reporte de caso en una revista indexada y así contribuir a las evidencias científicas de la eficacia de la homeopatía.

A todas las pacientes con síndrome de ovario poliquístico se les deberían solicitar desde el inicio del diagnóstico un estudio hormonal teniendo en cuenta Testosterona libre para determinar hiperandrogenismo, junto con LH, FSH para verificar el estado hormonal inicial; así como una evaluación de los parámetros clínicos de hiperandrogenismo. Además, es recomendable hacer estudios para identificar síndrome metabólico, ampliando esto a la toma de Insulina en ayunas y post carga, esto debido a que son personas con factor de riesgo de desarrollar diabetes tipo 2, por lo que debería hacerse una búsqueda activa en la consulta inicial y en los controles de los parámetros clínicos y paraclínicos, como: perímetro abdominal, glicemia en ayunas, determinación de triglicéridos, colesterol HDL y presión arterial.

9. Referencias

1. Das D, Das I, Das J, Kayal SK, Khuda-bukhsh AR. Efficacy of two traditionally used potentized homeopathic medicines , *Calcarea carbonica* and *Lycopodium clavatum* , used for treating PCOS patients : I . Effects on certain important ex ... Efficacy of two traditionally used potentized homeopathic medicine. *TANG(Humanitas Med.* 2016;6(February):1-6.
2. Dias JA, Cândido AL, Oliveira FR de, Azevedo RC da S, Rocha ALL, Reis FM dos. LAP (produto da acumulação lipídica) e síndrome metabólica em pacientes com síndrome dos ovários policísticos. *Reprodução Clim* [Internet]. septiembre de 2015 [citado 10 de septiembre de 2019];30(3):127-31. Disponible en:
<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1413208715000643>
3. Chiliquinga Villacis S, Aguirre Fernández R, Agudo Gonzabay M, Chú Lee Á, Cuenca Buele S. Criterios diagnósticos y tratamiento integral terapéutico del síndrome de ovarios poliquísticos. *Rev Cuba Obstet y Ginecol.* 2017;43(3).
4. Winnykamien I, Dalibón A, Knoblovits P. Síndrome de ovario. *Rev del Hosp Ital Buenos Aires.* 2017;37:10-20.
5. Gamez JM, Abruzzese G, Cerrone G, Lioy G, Mormandi E, Otero P, et al. Síndrome de ovario poliquístico: fenotipos y enfermedad cardiovascular. *Rev*

- Argent Endocrinol Metab [Internet]. 2016;53(4):149-56. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.raem.2016.11.004>
6. Arevalo Monter SP, Hernández Hernández DI, Szustkiewicz AM, Zárate A, Hernández Valencia M. Manifestación clínica de la composición corporal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico. Perinatol y Reprod Humana [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 19 de marzo de 2019];31(2):91-5. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0187533717300602>
 7. Chilibingua Villacis S, Aguirre Fernández R, Agudo Gonzabay M, Chú Lee Á, Cuenca Buele S. Criterios diagnósticos y tratamiento integral terapéutico del síndrome de ovarios poliquísticos. Rev Cuba Obstet y Ginecol [Internet]. 2017 [citado 18 de junio de 2019];43(3):173-81. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-600X2017000300018&script=sci_arttext&tlng=en
 8. Das D, Das I, Das J, Kayal SK, Khuda-bukhsh AR. Efficacy of two traditionally used potentized homeopathic medicines , Calcarea carbonica and Lycopodium clavatum , used for treating PCOS patients : I . Effects on certain important ex ... Efficacy of two traditionally used potentized homeopathic medicine. 2016;(February).
 9. Rath P. Management of PCOS through Homoeopathy-A case report. Indian J Res Homoeopath. 2018;12(2):95.
 10. Lamba C, Oberai P, Manchanda R, Rath P, Bindu H, Padmanabhan M. Evaluation of homoeopathic treatment in polycystic ovary syndrome: A single-blind, randomised, placebo-controlled pilot study. Indian J Res Homoeopath. 2018;12(1):35.
 11. Builes A, Díaz C, Díaz I, Castañeda J, Ernesto Pérez L. Caracterización Clínica y Bioquímica de la Mujer Con Síndrome Del Ovario Poliquístico. Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]. 2006 [citado 15 de mayo de

2019];57(1):36-44. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/rcog/v57n1/v57n1a06.pdf>

12. Trujillo Cifuentes BS, Reyes Cortes IC. Estudio de Prevalencia de Síndrome Metabólico en pacientes con SOP en la consulta del Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia. [Internet]. Universidad Militar Nueva Granada.; 2015 [citado 16 de mayo de 2019]. Disponible en:
[https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/7693/TRABAJO DE GRADO GINECOLOGIA DRA CIFUENTES - DRA REYES.pdf;jsessionid=1E50310CEF6F66CAC59223D61892F377?sequence=1](https://repository.unimilitar.edu.co/bitstream/handle/10654/7693/TRABAJO_DE_GRADO_GINECOLOGIA_DRA_CIFUENTES_-_DRA_REYES.pdf;jsessionid=1E50310CEF6F66CAC59223D61892F377?sequence=1)
13. Hallajzadeh J, Khoramdad M, Karamzad N, Almasi-Hashiani A, Janati A, Ayubi E, et al. Metabolic syndrome and its components among women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Tabriz Univ Med Sci* [Internet]. 2018 [citado 15 de mayo de 2019];10(2):56-69. Disponible en: <http://jcvtr.tbzmed.ac.ir>
14. De Sousa SMC, Norman RJ. Metabolic syndrome, diet and exercise. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 2 de agosto de 2019];37:140-51. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521693416000079?via%3Dihub>
15. Andrea Facio LG, María Isabel PP, Juliana Lucia MV, Lina María M-S. Artículo Especial Síndrome de ovario poliquístico y complicaciones metabólicas: más allá del exceso de andrógenos. *Rev Chil Obstet y Ginecol* [Internet]. 2015 [citado 11 de mayo de 2019];80(6):515-9. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchog/v80n6/art13.pdf>
16. Moreno Monge K, Mayela Aragón G. Síndrome de Ovario Poliquístico. *Rev Médica Costa Rica y Centroamérica LXX* [Internet]. [citado 25 de julio de 2019];(608):625-30. Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc134m.pdf>

17. Gómez-Acosta CA, Vinaccia Alpi S, Quiceno JM. El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2015;80(4):341-7.
18. Samuel Hahnemann. *El Organon de la medicina* (Edición 6b) [Internet]. 6ª Edición. París; 1842 [citado 4 de mayo de 2019]. 80 p. Disponible en: [http://www.homeovet.cl/Libros/El Organon de la medicina.pdf](http://www.homeovet.cl/Libros/El%20Organon%20de%20la%20medicina.pdf)
19. Silva V R. Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. mayo de 2010 [citado 17 de mayo de 2019];21(3):387-96. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864010705496>
20. del Castillo Tirado FJ, Martínez Ortega AJ, Del Castillo Tirado RA. Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. *Arch Med.* 2014;10(2):1-14.
21. Builes CA, Díaz I, Castañeda J, Pérez LE. Caracterización clínica y bioquímica de la mujer con Síndrome de Ovario Poliquístico | Builes | Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2006 [citado 15 de mayo de 2019];57(1):36-44. Disponible en: <https://revista.fecolsog.org/index.php/rcog/article/view/534/581>
22. Vital-Reyes VS, Lopez-Alarcón G, Inda Icaza P, Márquez-Maldonado C. Alteraciones metabólicas sutiles en adolescentes con obesidad y síndrome de ovario poliquístico. *Gac Med Mex* [Internet]. 2017 [citado 14 de mayo de 2019];153:34-41. Disponible en: www.anmm.org.mx
23. Concha C F, Teresa SP, Recabarren SE, Pérez Bravo F. Epigenética del síndrome de ovario poliquístico. *Rev Med Chil.* 2017;145(7):907-15.
24. Ruiz Mandujano ME, García Vivas J, Luna R, Ochoa Bernal F, Sánchez Monroy V. Evaluación del Tratamiento Homeopático de Mujeres en

- Climaterio entre los 45 y 60 años con la Menopause Rating Scale (MRS). La Homeopat México [Internet]. 2019 [citado 12 de septiembre de 2019];88(716):28-35. Disponible en: www.latindex.unam.mxperiodica.unam.mxlilacs.bvsalud.org/es/www.imbiomed.com
25. Sanchez-Resendiz J, Guzman-Gomez F. Poliquistosis ovarica y terapeutica homeopatica. Bol Mex hom [Internet]. 1997 [citado 2 de agosto de 2019];30(1):11-5. Disponible en: <http://pesquisa.bvsalud.org/homeopatia/resource/es/hom-6941>
 26. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]. septiembre de 2013 [citado 13 de junio de 2019];24(5):818-26. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0716864013702293>
 27. Teresa Sir P, Jessica Preisler R, Amiram Magendzo N. Síndrome de ovario poliquístico. diagnóstico y manejo. Rev Médica Clínica Las Condes. 2015;24(5):818-26.
 28. Tesone M, Irusta G. FASCÍCULO XII Función Reproductiva Femenina : Bases Fisiológicas. Fisiopatología y su Diagnóstico. Separata. 2007;15(8):1-88.
 29. Ovies G, Martínez De Sandelices A, Gilda MP, Irelys SD. Revisión Bibliográfica. Bases genéticas del síndrome de ovarios poliquísticos Genetic bases of polycystic ovary syndrome. Rev Cuba Endocrinol [Internet]. 2011 [citado 13 de mayo de 2019];22(3):255-65. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
 30. Barreto Cabrera VN, Guerrero Gaete SC. Características del síndrome de ovario poliquístico en pacientes atendidas en el centro de atención ambulatoria de Cuenca CAA 302(IES). Enero 2014- Diciembre de 2015 [Internet]. [Cuenca- Ecuador]: Universidad de Cuenca; 2016 [citado 19 de

junio de 2019]. Disponible en:

[http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25838/1/PROYECTO DE INVESTIGACIÓN.pdf](http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/25838/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf)

31. Flores-Martínez SE, Castro-Martínez AG, López-Quintero A, García-Zapién AG, Torres-Rodríguez RN, Sánchez-Corona J. Análisis de asociación del SNP-63 y la variante indel-19 del gen de calpaína-10 con síndrome de ovario poliquístico en mujeres en edad reproductiva. *Cir y Cir (English Ed [Internet]*. 2015;83(1):35-42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.04.021>
32. Azziz R, Marin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. Health Care-Related Economic Burden of the Polycystic Ovary Syndrome during the Reproductive Life Span. *J Clin Endocrinol Metab [Internet]*. 1 de agosto de 2005 [citado 15 de mayo de 2019];90(8):4650-8. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article-lookup/doi/10.1210/jc.2005-0628>
33. Apridonidze T, Essah PA, Luorno MJ, Nestler JE. Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2005;90(4):1929-35.
34. Merino PM, Schulin-Zeuthen PC, Cannoni BG, Conejero RC. Síndrome de ovario poliquístico: diagnóstico en la adolescencia. *Rev Médica Clínica Las Condes [Internet]*. 1 de enero de 2015 [citado 19 de marzo de 2019];26(1):88-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015000140>
35. Ibáñez L, Oberfield SE, Witchel S, Auchus RJ, Chang RJ, Codner E, et al. An International Consortium Update: Pathophysiology, Diagnosis, and Treatment of Polycystic Ovarian Syndrome in Adolescence. *Horm Res Paediatr*. 2017;88(6):371-95.
36. Sir-Petermann T, Codner E, Maliqueo M, rbara Echiburú B, Hitschfeld C, Crisosto N, et al. Increased Anti-Müllerian Hormone Serum Concentrations

in Prepubertal Daughters of Women with Polycystic Ovary Syndrome. J Clin Endocrinol Metab [Internet]. 2006 [citado 19 de junio de 2019];91(8):3105-9. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcem/article-abstract/91/8/3105/2656648>

37. Barrios J, Bayona M, Correa F, Cubillos CM, Díaz del Castillo J, González F, et al. Doctrina Homeopática. Primera. Comité de Publicaciones de la Fundación Instituto Colombiano de Homeopatía Luis G. Páez., editor. Bogotá D.C.; 2005. 360 p.
38. Diccionario Académico de la Medicina [Internet]. 2017 [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.idiomamedico.net/index.php?title=Página_principal
39. Sevilla M, Callejo A, Guillén J, Sánchez M. Diccionario médico y de enfermedades:CuidatePlus [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/A.html>
40. Homeologica. Glosario de Homeopatía [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: http://www.fernandez-puigdomenech.com/homeopatía/Glosario_de_Homeopatía.htm
41. Diccionario Médico, prefijos y sufijos médicos - DiccionarioMedico.net [Internet]. [citado 13 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.diccionariomedico.net/>
42. Díaz del Castillo X. Repertorio Reperxav2. Bogotá D.C.; 2000.
43. Eizayaga FX. El moderno repertorio de Kent. Marcell. Buenos Aires; 1979. 1-885 p.
44. Vijnovsky B. Tratado de Materia Médica Homeopática. 1974;785. Disponible en: <http://www.homeovet.cl/Libros/Tratado de Materia Medica.pdf>
45. Vannier L, Poirier J. Compendio de materia médica [Internet]. 17° Edició. Porrua; 2005. 1-200 p. Disponible en:

http://zaguan.unizar.es/documents/manuscritos/M_261/directory.djvu

46. Lathoud J. Materia médica Homeopática Lathoud. Buenos Aires: Albatros; 2000. 706 p.
47. Minotti ÁÓ. La Vida de Lycopodium Clavatum. Rev La Homeopat México. 2015;84(695):5-12.
48. Lizarzaburu Robles JC. Síndrome metabólico: concepto y aplicación práctica. An la Fac Med [Internet]. 2013 [citado 11 de septiembre de 2019];74(4):315-20. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832013000400009
49. Lince García AF, Pérez-Palacio MI, Molina-Valencia JL, Martínez Sánchez LM. Artículo Especial Síndrome de ovario poliquístico y complicaciones metabólicas: más allá del exceso de andrógenos [Internet]. Medellín, Colombia; 2015 [citado 11 de mayo de 2019]. Disponible en:
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhog/v80n6/art13.pdf>