Carta al editor
Ginecol Obstet Mex 2026; 94: e11199.

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11199

SOP a SOMP/PMaOS: una oportunidad para mirar el síndrome desde la realidad metabólica mexicana

El cambio de nombre del síndrome de ovario poliquístico (SOP) a síndrome ovárico metabólico poliendocrino (SOMP o PMOS, por sus siglas en inglés y español) marca un hito que supera la mera semántica. Históricamente, el término "ovario poliquístico" enfocó de manera errónea la atención médica en la morfología de las gónadas. No obstante, la evidencia científica contemporánea demuestra que el SOMP es una condición multisistémica con profundas implicaciones metabólicas, endocrinas, reproductivas, cardiovasculares, dermatológicas y psicológicas.

De acuerdo con el consenso global publicado en *The Lancet*, la denominación clásica es imprecisa, promueve falsas ideas sobre "quistes" ováricos patológicos, fragmenta la atención asistencial, estigmatiza a las pacientes y limita la asignación de recursos en políticas públicas de salud e investigación.[1] Ese consenso, consolidado tras 14 años de colaboración global y la participación de más de 22,000 pacientes y profesionales médicos, busca armonizar la nomenclatura con la fisiopatología real de la enfermedad.[1,5]

Este cambio de paradigma es urgente en México debido al grave panorama epidemiológico de enfermedades crónico-degenerativas. Según los datos de la ENSANUT continua 2020-2023, la prevalencia de obesidad en adultos en México es del 37.1%, afectando de manera desproporcionada a las mujeres con un 41.0% en comparación con el 33.0% en hombres. En los últimos 23 años, la prevalencia de obesidad en el país se incrementó en un 57.9%, un indicador crítico si consideramos que el SOMP afecta a 1 de cada 8 mujeres mundialmente (más de 170 millones a nivel global) que comparten esta vulnerabilidad metabólica.[1,4]

De forma paralela, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) reportó, preliminarmente, que en 2024 las enfermedades del corazón se posicionaron como la primera causa de defunción general y por género en el país, acumulando 192,563 decesos.[3] Esta realidad epidemiológica obliga a los ginecólogos a dejar de ver al SOMP únicamente como una causa de infertilidad, hiperandrogenismo o irregularidad menstrual, para transformarlo en una ventana de oportunidad diagnóstica temprana del riesgo cardiometabólico en mujeres jóvenes.

La literatura científica documenta ampliamente que la resistencia a la insulina actúa como el eje fisiopatológico central del síndrome. Las pacientes presentan tasas elevadas de intolerancia a la glucosa de inicio temprano, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, síndrome metabólico, apnea obstructiva del sueño y enfermedad cardiovascular franca.[4,5]

La obesidad, particularmente la adiposidad de distribución central actúa como un factor amplificador que intensifica las manifestaciones clínicas del síndrome ovárico metabólico poliendocrino, empeora el estado metabólico general y deprime los desenlaces reproductivos.[4,5] Además, no se debe omitir el impacto severo en la salud mental de estas pacientes, quienes registran tasas marcadamente elevadas de ansiedad, depresión y trastornos de la conducta alimentaria.[4,5]

El cambio de nomenclatura impacta directamente el algoritmo diagnóstico en la consulta diaria, desplazando el foco del ultrasonido hacia el metabolismo. Aunque se mantiene la estructura base de los criterios de Rotterdam, las Guías Internacionales 2023 redefinen las prioridades clínicas:[4]

1. Diagnóstico simplificado: se requiere cumplir, al menos, dos de los tres criterios principales (disfunción ovulatoria con ciclos irregulares, hiperandrogenismo clínico-bioquímico y morfología ovárica por ultrasonido). No obstante, si una paciente tiene hiperandrogenismo y disfunción ovulatoria, el ultrasonido se vuelve innecesario para el diagnóstico.

2. Elevación del umbral ecográfico: debido al uso de transductores de alta frecuencia, el umbral morfológico se actualiza a un conteo de 20 o más folículos por ovario o un volumen ovárico superior a 10 mL.

3. Alternativa diagnóstica: se introduce la cuantificación de la hormona antimülleriana plasmática como una alternativa válida a la ecografía para evaluar la morfología ovárica, aplicable exclusivamente en población adulta.[4]

4. Tamizaje cardiometabólico obligatorio: al momento del diagnóstico, las guías internacionales estipulan la valoración obligatoria de factores de riesgo cardiovascular, la toma periódica de la presión arterial y la solicitud de un perfil lipídico e índices de glucemia (de preferencia mediante una curva de tolerancia oral a la glucosa de 75 g), con independencia del índice de masa corporal de la paciente.[4]

En el entorno obesogénico actual de México, donde el sobrepeso, la hipertensión y la diabetes son prevalentes, el diagnóstico oportuno del síndrome ovárico metabólico poliendocrino es una señal de alerta temprana para iniciar medidas preventivas antes de la aparición de comorbilidades crónicas o complicaciones obstétricas. La intervención médica debe ir más allá de prescribir anticonceptivos orales o "regular los ciclos": requiere un control endocrino-metabólico integral a largo plazo.

A nivel de comunicación clínica, erradicar el término "poliquístico" mitiga la ansiedad en las pacientes, quienes asocian erróneamente la palabra con tumores o quistes quirúrgicos. La adopción del término SOMP/PMOS permite explicar con claridad la interacción de la insulina, el tejido adiposo, los andrógenos y el eje hormonal en su salud física y mental.

La transición oficial hacia esta nueva nomenclatura médica se implementará de forma formal y progresiva en las Guías Internacionales durante la actualización de 2028, otorgando un periodo de gracia de tres años para la capacitación, ajuste de los sistemas de salud y actualización de las codificaciones médicas internacionales.[6]

En conclusión; nombrar adecuadamente la patología redefine el punto de partida clínico. Para el ginecólogo mexicano moderno, asumir el síndrome ovárico metabólico poliendocrino como una entidad endocrino-metabólica crónica y sistémica es una necesidad imperativa para mitigar la primera causa de muerte en las

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11199

mujeres del país y ofrecer un acompañamiento integral y preventivo.

REFERENCIAS

1. Teede HJ, Khomami MB, Morman R, Laven JSE, et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. Lancet 2026; 105 (10): 1016-1024.
2. Barquera S, et al. Obesidad en adultos. ENSANUT Continua 2020-2023. Salud Pública de México 2024; 66 (5): 512-21.
3. INEGI. Estadísticas de Defunciones Registradas, 2024. Comunicado de prensa 117/25. Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2025.
4. Teede HJ, Tay CT, Laven JSE, Dokras A, et al. International evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome 2023. Monash University, 2023.
5. Chan JL, Moran K, Vanhise K. PCOS: A diagnosis and management refresher. Contemporary OB/GYN. 2023; 68 (2):18-24.
6. Rimmer A. PCOS name change to PMOS must be managed to avoid confusing patients, says expert. BMJ 2026; 393: s955.

Francisco Rafael Guadarrama Sánchez

Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia del Hospital San José, Querétaro, UVM/UCQ

A propósito de la carta SOP a SOMP/PMOS: una oportunidad para mirar el síndrome desde la realidad metabólica mexicana

Con genuino interés leí la carta al editor "SOP a SOMP/PMOS: una oportunidad para mirar el síndrome desde la realidad metabólica mexicana".[1] Sin embargo, a medida que avancé en la lectura noté algunas imprecisiones. Además, considero que la realidad mexicana no debe analizarse, principalmente, desde la perspectiva del hoy llamado "oficialmente" SOMP. Si se hiciera así, se soslayaría la importancia de los factores económicos y socioculturales en la génesis de la obesidad, la diabetes mellitus y el riesgo cardiovascular en nuestro medio.

La propuesta de cambio de nombre, estemos o no de acuerdo con ella, tiene una base real. Está respaldada por pacientes; por cierto, 22 mil no son muchas si se considera la prevalencia estimada de 170 millones de mujeres afectadas en edad reproductiva en todo el mundo, lo que equivale a 6 a 20% de las mujeres menores de 50 años. Asimismo, ha sido avalada por distintas organizaciones médicas dedicadas a la atención multidisciplinaria de estas pacientes.[2,3]

Lo anterior, sin embargo, no implica un cambio de paradigma. El modelo que sirve de referencia para interpretar la realidad y orientar la práctica ha estado presente desde hace años. Se refleja en cada paciente que padece el síndrome y en la evidencia científica que ha sustentado su comprensión a lo largo del tiempo.

Cambiar el paradigma en México, a partir de un cambio de nombre, carece de sentido. Se trata de una enfermedad que, aunque se intersecta con la obesidad y con el riesgo metabólico y cardiovascular,[3,4] todos altamente prevalentes en nuestro medio, no se relaciona con las esferas socioculturales y educativas en las que estas problemáticas sí se desarrollan en México. Creer que un cambio de nombre modificará un marco de referencia implica desconocer la génesis de la realidad mexicana.

En relación con la fisiopatología de la enfermedad descrita por el autor, aunque se basa en principios ciertos, no puede considerarse precisa. Muchos estudiosos del tema quisieran tener tal certeza sobre ese orden de mecanismos fisiopatológicos. Sin embargo, hoy nadie puede definir con precisión el mecanismo central, como lo llama el autor de la carta. Los tres grandes ejes afectados: neuroendocrino, metabólico y reproductivo tienen un origen poligénico, como confirman hasta ahora los análisis genómicos. Antes se consideraba una relación bidireccional entre resistencia a la insulina e hiperandrogenismo,[5] como mecanismos iniciales de las alteraciones neuroendocrinas y reproductivas. Hoy, en cambio, se habla de una relación

tridireccional e incluso de un cuarto factor. En esta ecuación intervienen el hiperandrogenismo, las alteraciones neuroendocrinas centrales, la resistencia a la insulina (que se encuentra en el 85% de las mujeres con síndrome de ovario poliquístico) y el sobrepeso o adiposidad central. Aún no existe certeza acerca de dónde comienza la relación entre estos cuatro factores principales, lo que confirma el carácter poliendocrino de la enfermedad. Ciertamente, las alteraciones metabólicas, de origen mayormente genético, se manifiestan como afectaciones cardiometabólicas, entre ellas: diabetes, dislipidemia, hipertensión y esteatosis hepática. Estas son las que priorizan la atención del riesgo en estas pacientes y también refuerzan los riesgos propios del embarazo.

En otro orden de ideas, el autor señala que "se debe ir más allá de prescribir anticonceptivos y regular ciclos…". Con ello, minimiza la excelente preparación, así como la experiencia y actualización de los ginecólogos mexicanos y de los biólogos de la reproducción, estos últimos expertos en el tema. Quienes ejercemos nuestra profesión con responsabilidad no requerimos un cambio de nombre para tratar adecuadamente a nuestras pacientes, porque nos hemos mantenido actualizados. El cambio de nombre de una enfermedad no debe ser el detonante de la actualización ni de la buena práctica médica. Si alguien ha visto esta enfermedad desde una perspectiva tan estrecha como la que señala el autor de la carta, ello no se debe a que el nombre no hubiera cambiado antes. Se debe, más bien, a la ausencia de dos principios éticos fundamentales en la práctica médica diaria: la beneficencia y la no maleficencia.

Dadas las amplias implicaciones del cambio de nombre de una enfermedad, los autores y las organizaciones que lo promovieron[2] señalan que la transición debe efectuarse en un plazo de tres años. Durante ese periodo deben impulsarse publicaciones con el nuevo nombre, su difusión académica y su integración en archivos electrónicos y sistemas de inteligencia artificial. También debe incorporarse en sistemas de clasificación ya establecidos (por ejemplo, la ICD), en la gestión de los seguros médicos y en las clasificaciones de organismos rectores de la salud en el mundo, como la OMS, entre otros. Mientras tanto, es válido llamarlo síndrome de ovario poliquístico o SOPM, aunque su expresión en español presente cierta dificultad técnica.

Todo lo anterior, seguramente, se logrará con una implementación adecuada y planeada con antelación. Sin embargo, un cambio de nombre no resolverá, en lo que respecta a la práctica de nuestras especialidades como ginecólogos, obstetras y biólogos de la reproducción, la responsabilidad que tenemos con el estudio y la actualización. Tampoco resolverá la necesidad, igualmente importante, de interpretar nuestra realidad en México no como consecuencia de una enfermedad que por ahora cambió de nombre, sino como resultado de una responsabilidad no asumida por quien corresponde. Esa responsabilidad implica impulsar, de manera gradual, un cambio económico, social, educativo y de concientización de los trastornos en los hábitos de la población en general, y no solo de las mujeres. Solo así podrán disminuir de manera efectiva las estadísticas señaladas por el autor de la carta.

REFERENCIAS

1. Guadarrama Sánchez FR. SOP a SOMP/PMOS: una oportunidad para mirar el síndrome desde la realidad metabólica mexicana. Ginecol Obstet Mex 2026;
2. Teede HJ, Khomami MB, Morman R, et al. Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process. Lancet 2026; 105;1016-24.
3. Teede HJ, Tay C, Laven J, et al. Recommendations from the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. Hum Reprod 2023; 38: 1655-79.
4. Zhao H, Zhang J, Cheng X, et al. Insulin resistance in polycystic ovary syndrome across various tissues: an updated

https://doi.org/10.24245/gom.v94id.11199

review of pathogenesis, evaluation, and treatment. J Ovarian Res 2023; 16: 9
5. Ortiz Flores AE, Luque Ramírez M, Escobar-Morreale HF. Síndrome de ovario poliquístico en la mujer adulta. Med Clin (Barc) 2019; 152: 450-7

Juan Carlos Barros Delgadillo

Coeditor del área de medicina de la reproducción de **Ginecología y Obstetricia de México**

REQUISITO PARA AUTORES

ORCID es un proyecto que tiene por objetivo proporcionar un identificador único y permanente para cada investigador, para evitar errores y confusiones en los nombres de los autores, en el momento de identificar su producción científica y poder distinguir claramente sus publicaciones.

Por lo anterior, es requisito la inclusión de este identificador de autores en todos los artículos enviados para publicación en Ginecología y Obstetricia de México.