

By Ketophile Books



viejo

# El (~~nuevo~~) Síndrome Ovárico Metabólico Poliendocrino

HOMENAJE AL CAMBIO DE NOMBRE: DE SOP A SOMP

3ª edición renovada de «Las Ocho Caras del SOP:  
Conoce y aplaca al Síndrome de Ovario Poliquístico»

Inés Viñas



El ~~(nuevo)~~ <sup>viejo</sup>  
Síndrome Ovárico  
Metabólico  
Poliendocrino

— Edición renovada homenaje —

«Las Ocho Caras del SOP:  
Conoce y aplaca al Síndrome de Ovario Poliquístico»

INÉS VIÑAS

Copyright © 2022 - 2026 Inés Viñas.  
Todos los derechos reservados.

Este libro no puede ser copiado, fotocopiado o reproducido, en todo o en parte, en ningún soporte electrónico o formato legible sin el consentimiento previo, por escrito, de la autora.

Imagen de cubierta cortesía de Yuganov Konstantin.

Primera edición publicada en julio de 2022.

Edición renovada homenaje publicada en julio de 2026 por Ketophile Books (gracias al apoyo de la Xunta de Galicia y la Unión Europea en el Programa Fondo Social Europeo + Galicia 2021-2027)

<https://ketophile.es>

ISBN: 979-13-990993-6-2

Depósito legal: OU 179-2026

Este contenido tiene carácter divulgativo y no debe sustituir al diagnóstico ni al tratamiento médico personalizados.

A todas mis «compis poliquísticas poliendocrinas»:

No eres tú... es tu dieta.



## ÍNDICE

|                                                                 |     |
|-----------------------------------------------------------------|-----|
| El SOP pasa a ser SOMP (por fin) .....                          | 9   |
| No estás enferma, eres singular .....                           | 11  |
| Las ocho caras, de un vistazo .....                             | 15  |
| 1ª. Irene, el fenotipo franco y el hirsutismo (1981) .....      | 19  |
| Ocho fenotipos e hiperinsulinemia, el nexo en común .....       | 22  |
| 2ª. Tikka y la historia del SOMP ( $\approx$ 14.500 a.C.) ..... | 31  |
| La hipótesis evolutiva y el insulinoma.....                     | 32  |
| 3ª. Elisa, el fenotipo clásico y la píldora (1976).....         | 39  |
| El cáncer y los parches farmacológicos para el SOMP .....       | 42  |
| 4ª. Gema, la hipertensión y la diabetes tipo 2 (1977) .....     | 47  |
| El síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular .....         | 50  |
| 5ª. Rosa, el fenotipo ovulatorio y la obesidad (1987) .....     | 59  |
| El sobrepeso, las dietas hipocalóricas y las adicciones .....   | 62  |
| 6ª. Lidia, la ansiedad y los antipsicóticos (1996).....         | 69  |
| El cerebro inflamado y los trastornos mentales .....            | 72  |
| 7ª. Carlota y el fenotipo sin hiperandrogenismo (1988) .....    | 79  |
| El ciclo menstrual, los quistes y la anovulación.....           | 82  |
| 8ª. Aurelia, las dietas yoyó y la depresión (1964).....         | 89  |
| El deterioro cognitivo, las demencias y el escudo protector     | 92  |
| Aplaca tu SOMP (guía práctica) .....                            | 99  |
| La alimentación (nuestra artillería pesada) .....               | 99  |
| La dieta cetogénica (la teoría simplificada) .....              | 100 |

|                                                         |     |
|---------------------------------------------------------|-----|
| Nuestra «panacea» (la práctica condensada) .....        | 102 |
| Ejemplo de menú diario.....                             | 109 |
| El ayuno intermitente .....                             | 114 |
| Precauciones y contraindicaciones .....                 | 118 |
| El ciclo menstrual.....                                 | 121 |
| La histamina y los alimentos estrogénicos .....         | 123 |
| Los obstáculos habituales y las recaídas .....          | 126 |
| El alcohol y los edulcorantes .....                     | 131 |
| Los productos <i>keto-friendly</i> .....                | 135 |
| Las «ayuditas» extra.....                               | 137 |
| La menopausia .....                                     | 139 |
| Los disruptores endocrinos.....                         | 143 |
| La «kryptonita poliendocrina».....                      | 147 |
| Qué pasó después.....                                   | 151 |
| Irene, Amaya, el cáncer de endometrio y el destino..... | 151 |
| Tikka, Gema, Lidia y la caprichosa diosa Fortuna .....  | 156 |
| Elisa, Rosa, Aurelia y las nuevas ilusiones .....       | 160 |
| Carlota y Beatriz, su preciosa y risueña bebé.....      | 168 |
| Epílogo.....                                            | 171 |
| SOBRE LA AUTORA.....                                    | 175 |
| Otras publicaciones: .....                              | 175 |
| Más proyectos en marcha .....                           | 178 |
| Referencias .....                                       | 181 |



## El SOP pasa a ser SOMP (por fin)

Por fin la antigua «diabetes de la mujer barbuda» y el (hasta mayo de 2026) sempiterno «síndrome de ovario poliquístico» tiene un nombre (igual de feo, pero) mucho más preciso:

«Síndrome Ovárico Metabólico Poliendocrino».

El viejo SOP gana una «M» crucial y pasa a ser SOMP. Ya no es un síndrome ovario-céntrico, sino un síndrome metabólico (léase: «de los procesos por los que convertimos la comida que ingerimos y el aire que respiramos en energía») que (también) afecta a los ovarios —ya lo era milenios antes del cambio de nombre, pero ahora lo es «oficialmente». Su diagnóstico ya no exige la presencia de esos obcecados quistes en los ovarios (en realidad, antes tampoco, pero poco importaba). El «nuevo» síndrome no es nuevo, es tan viejo como la especie

La feliz efeméride se la debemos a la publicación en *The Lancet*<sup>†</sup> (un medio de divulgación médico-científica de prestigio) de un artículo de consenso que pretende poner fin a un siglo de confusión poliquística y desagraviar a miles, sino millones, de mujeres sin diagnosticar —y sin una explicación.



Ve al artículo original en *The Lancet*

---

<sup>†</sup> Teede H, Khomami M, Morman R et al. ***Polyendocrine metabolic ovarian syndrome, the new name for polycystic ovary syndrome: a multistep global consensus process.*** *The Lancet*, 2026; 407, 2329-2339  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(26\)00717-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(26)00717-8/fulltext)

Rencores aparte, por fin dejamos de ser «compis poliquísticas» para convertirnos en «compis poliendocrinas» (un mote que nos encaja mucho más y que pondrá, esperamos, un poco de orden en el caos diagnóstico del viejo SOP). Porque ni todas presentamos quistes en los ovarios ni, de hecho, tenemos que ser estériles, calvas o barbudas. Pero sí compartimos ciertos cacaos hormonales y retos metabólicos que pesarán más que la presencia o no de quistes en los ovarios tanto en los criterios diagnósticos como (espero) en las terapias. Describí dichos desafíos metabólicos con mucho cariño en «Las ocho caras del SOP», un libro que va camino de cumplir un lustro —al que lo único que le faltó fue adivinar el nuevo nombre que algún día le pondrían al SOP— y cuya 3ª edición renovada (en homenaje a esa flamante «M») tienes en las manos.

Para quienes llevamos cones desgañitándonos por reivindicar la raíz metabólica del síndrome (para recibir como respuesta solo un lejano eco de incredulidad) y la experimentación con terapias alternativas a las traicioneras píldoras anticonceptivas (que aún hoy se siguen repartiendo como si fuesen gominolas) este cambio de nombre es una noticia muy ilusionante. Por eso he querido rendirle mi sentido homenaje reeditando el librito que, lejos de haberse quedado obsoleto, ya adelantaba la necesidad de corregir cuanto antes el enfoque diagnóstico. Cruzo los dedos para que a la clasificación oficial de «cuadro oficialmente metabólico» se le una pronto la propuesta oficial de una «terapia metabólica» también. Sospecho que ese día de luz todavía tardará en llegar (porque —doy fe— la terapia metabólica no es un modelo de negocio remotamente capaz de tentar a la muy lucrativa industria farmacéutica).

Por fortuna, tú no tienes por qué esperar.

## **No estás enferma, eres singular**

El SOMP puede ser una condición devastadora o un mero compañero de viaje. Hay quien nace con una habilidad innata para el salto de altura, con una voz capaz de enmudecer estadios, con un ojo de cada color o rebosando virtuosismo para el piano. Nosotras vinimos al mundo con un pase vitalicio para el selecto club de las mujeres con SOMP. Y aunque a ninguna nos haga especial ilusión su obstinada compañía, por mucho que intentemos escabullirnos y zafarnos de él, nunca se alejará demasiado.

Después de aunar décadas de investigación obsesiva con la experiencia propia y ajena, he aprendido a comprender esta singularidad nuestra y cómo aplacarla (minimizando tanto los parches farmacológicos, como sus efectos secundarios). El propósito de este libro es condensar toda esa información para que también tú puedas mitigar sus síntomas y convertirlo así en un mero compañero de viaje más.

El SOMP no es una enfermedad, sino un rasgo que origina hasta ocho fenotipos de mujer singular. Y no es de aparición reciente, no. Hace ya la friolera de 2.500 años que Hipócrates, autor del célebre «deja que el alimento sea tu medicina» y el último responsable del juramento que realizan los médicos (por el que consagran su vida al servicio de la humanidad), señaló al síndrome ovárico metabólico poliendocrino, antes llamado síndrome de ovario poliquístico. No lo bautizó así, ni

tampoco supo que efectivamente a menudo iba acompañado de quistecillos en los ovarios, pero sí apreció que algunas mujeres con dificultades para concebir tenían tendencia al sobrepeso y a menudo presentaban rasgos masculinizados (con más vello corporal y facial, pero también más resistencia y fuerza física). De manera que no cabe culpar al auge de la comida ultraprocesada, ni tampoco a las actuales epidemias de diabetes y obesidad, ni siquiera a la ubicua toxicidad ambiental post-era industrial que satura nuestros sistemas. Y su historia no se remonta a la Grecia clásica hipocrática, no. El SOMP ha escoltado a «sus elegidas» desde tiempos inmemoriales. Y lo podemos afirmar con tal asertividad porque su prevalencia es sumamente consistente en las diferentes etnias a lo largo y ancho del globo, lo que sugiere que es un rasgo evolutivo muy antiguo. Se postula que el SOMP ya acompañaría incluso a los primeros grupos de humanos que se aventuraron a buscar su destino fuera de África cuando comenzaron a repartirse por el mundo, desde decenas, hasta cientos de miles de años atrás.

Lejos de ser una condición rara o inusual, es la endocrinopatía (o, mejor dicho, la «singularidad hormonal») más común entre las mujeres que habitamos el planeta, estimada entre un 20% a un 30%. Si hacemos cuentas, solo en España sumamos cerca de cinco millones de mujeres, ya diagnosticadas o no. Y no puedo dejar de preguntarme cuántas de ellas todavía toman la píldora anticonceptiva (y se arriesgan a sufrir sus numerosos efectos secundarios —léase, por ejemplo, cáncer, trombos y depresión) porque nadie les ha dicho nunca que unos meros cambios dietéticos y un pelín de cuidado en no dificultar más el intrincado balance hormonal pueden contribuir (y mucho) a apaciguar sus síntomas.

Las «elegidas» por el SOMP no estamos enfermas, no. **Somos singulares.** Y aunque pueda sonar descabellado (dado que en efecto tenemos una probabilidad muy reducida de procrear), nuestra presencia constante a través de los milenios que nos vieron nacer, generación tras generación, habría favorecido que la especie humana sobreviviera y floreciera.

Si ya retumban en tu mente unos muy comprensibles ¿qué?, ¿cómo? o ¿por qué?, continúa adelante, que este librito es para ti. Responderemos a tus dudas, aportando un plan de estrategias y explicando el mecanismo que subyace a que funcionen. Conoceremos las particularidades, flaquezas y distintas caras del SOMP gracias a ocho mujeres «elegidas» y singulares. Y todos sus testimonios (menos uno) están basados en historias reales. Apuesto a que adivinarás cuál.





## Las ocho caras, de un vistazo

### 1ª. Irene (Barcelona, 1981) – Fenotipo franco con sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Intérprete de orcas frustrada, pero feliz nutricionista y psicóloga, especializada en terapia nutricional cetogénica contra el cáncer, el sobrepeso, la insulinoresistencia, los cuadros autoinmunes, la depresión y el propio síndrome ovárico metabólico poliendocrino. |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sobrepeso         | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                           |

### 2ª. Tikka (Altamira, ≈14.500 a.C.) – Fenotipo franco sin sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------------------|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Respetada hechicera cuya mágica sabiduría ostentaba la fama de contrarrestar las maldiciones más poderosas. Se decía incluso que tenía línea directa con el gran espíritu protector del clan, el mismísimo bisonte gigante del atardecer. |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                           |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                           |
| Sobrepeso         | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                           |

### 3ª. Elisa (Madrid, 1974) – Fenotipo clásico sin sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Tía materna de Carlota a quien un mioma en la matriz le supuso tomar la píldora anticonceptiva durante 10 años, lo que podría haber contribuido a que desarrollase un cáncer de mama apenas cumplidos los 35. Conocerá a la madre de Irene en un hospital. |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Quistes ováricos  | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Sobrepeso         | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                                            |

#### 4ª. **Gema** (Santander, 1977) – Fenotipo clásico con sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Trabajadora social bondadosa y de corazón compasivo que llega a los 40 con la tensión arterial y los niveles de glucosa y de «colesterol malo» por las nubes. Es la tutora de Lidia en la fundación para enfermos mentales y futura paciente de Irene. |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Quistes ováricos  | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sobrepeso         | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                        |

#### 5ª. **Rosa** (Palamós, 1987) – Fenotipo ovulatorio con sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|-------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Dueña de un exitoso restaurante en la playa de la Costa Brava gerundense, apasionada pastelera y futura paciente de Irene. Madre de Bernat, un niño autista, con quien acude a las sesiones de delfino-terapia con Carlota, donde se topará fortuitamente con Aurelia. |
| Anovulación       | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Sobrepeso         | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                        |

#### 6ª. **Lidia** (Santander, 1996) – Fenotipo ovulatorio sin sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                               |
|-------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✓ | Veinteañera apasionada de la egiptología que recibe un devastador diagnóstico de esquizofrenia poco después del de SOP. Acude a la fundación de Gema y trabaja en el museo de Altamira donde Tikka pintó su bisonte. Allí tropieza con Irene. |
| Anovulación       | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                               |
| Sobrepeso         | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                               |



### 7ª. Carlota (Valencia, 1989) – Fenotipo sin hiperandrogenismo y sin sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|---|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✗ | <p>Típica «mujer perfecta», sobrina de Elisa y delfino-terapeuta de Bernat (el hijo de Rosa). Acude al médico tras dos años intentando concebir y recibe su insólito diagnóstico de SOP (hoy SOMP). Ella será el proverbial nexo que una a Irene con Rosa y con Aurelia.</p> |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Sobrepeso         | ✗ |                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### 8ª. Aurelia (Madrid, 1964) – Fenotipo sin hiperandrogenismo con sobrepeso

|                   |   |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-------------------|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Rasgos andrógenos | ✗ | <p>Científica especializada en cetáceos y con una prescripción vitalicia de antidepresivos. Acude al Oceanogràfic de Valencia como invitada y allí tropieza con Rosa primero y con Carlota después. Ese encuentro fortuito la pondrá en contacto con Irene.</p> |
| Anovulación       | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Quistes ováricos  | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Sobrepeso         | ✓ |                                                                                                                                                                                                                                                                 |



### **1ª. Irene, el fenotipo franco y el hirsutismo (1981)**

Irene siempre había sido una chicuela alegre, dicharachera y avispada, con un rostro de facciones suaves iluminado por una mirada pícara y vivaracha. Y aunque ya de bien pequeña asomase una línea de pelillos que unía sus pobladas cejas y una sombrita de bigotillo incipiente sobre su labio superior (que llamaban bastante la atención), nunca fue algo especialmente traumático para ella... hasta que llegó a la pubertad.

Sus primeros sangrados fueron exageradamente abundantes. Su madre, Amaya, una «mamá osa» que siempre tuvo periodos regulares y afables, le compró bragas plastificadas para que no manchara la cama al dormir. Incluso con ellas puestas (y pese a la compresa «súper»), las sábanas acababan ineludiblemente tiznadas. Sus inclementes reglas la sumían en un malestar y dolor desgarradores, y solían alargarse de diez a doce días.

La lozanía y el vigor de su vello facial se acentuó. Cubriendo sus brazos, piernas, torso, espalda y, en definitiva, toda su anatomía, se formó una capa muy llamativa de pelos brillantes, gruesos y negros. La estrategia de teñirlos de rubio con cremas de agua oxigenada, que fue la primera a la que una preocupada Amaya recurrió para mitigar la creciente desazón de su hija preadolescente, resultaba todavía peor, porque el manto de pelo rubio centelleante resaltaba aún más sobre su pálida piel. Los (antaño sutiles) bigotillo y entrecejo (de los que Irene nunca había sido muy consciente durante su despreocupada infancia), sumados a unas patillas (sencillamente imposibles de camuflar) y a una barbita (rala y dispersa, pero bien visible)

de reciente adquisición, se convirtieron en motivo de burla en la escuela. Pasó de ser una niña graciosa, sociable y aplicada, a cumplir los trece casi como una ermitaña, esquivia y taciturna.

Las sesiones de depilación mensuales, que Irene comenzó a infligirse apenas cumplidos los doce, eran auténticas torturas. No solo tenía muchísimo pelo por todas partes, también era recio y fuerte. Empezaba la década de los noventa, la época de la cera caliente que quemaba la piel y se reutilizaba tras su uso de una persona a otra (lo que promovía la formación de incómodos eccemas y de inflamaciones cutáneas a tutiplén), cuando Indiana Jones, Regreso al Futuro y Los Cazafantasmas eran «lo último» y la venidera depilación láser ni siquiera se oteaba en el horizonte como un sueño de ciencia ficción.

Amaya sufría cada tormento que pasaba su hija, multiplicado por cien. Recordaba a aquella niña alegre y cariñosa que jugaba al escondite con Ulises<sup>ii</sup> en el delfinario, mientras decía que de mayor sería intérprete de orcas, porque creía entender todo lo que el animal le decía. No podía quedarse de brazos cruzados viendo como su pequeña se marchitaba justo cuando debía empezar a florecer. Amaya llegó a la conclusión de que algo no marchaba bien y pidió cita en el médico de cabecera.

Pocas semanas después de ese primer gesto, tras unos análisis de sangre, la subsiguiente derivación al endocrino, al ginecólogo y la inevitable ecografía de rigor, obtuvieron por fin una respuesta a sus preguntas y la tan deseada solución.

---

<sup>ii</sup> Ulises fue la orca que vivió en el Zoo de Barcelona durante los 80 y fue trasladada a San Diego en 1994 para que tuviera más compañía que esa niña cejiunta y parlanchina que le retaba a seguirle el juego a través del cristal. Hoy tiene más de 40 años, igual que ella.

Según refirió el facultativo, en la imagen se veían claramente un montón de quistecitos cubriendo los ovarios. Y los análisis de sangre apuntaban además a un desajuste hormonal, porque no encajaban con los valores esperados para un ciclo menstrual normal. También mostraban niveles demasiado altos de andrógenos, las hormonas sexuales masculinas.

Ambas salieron de la consulta con una peculiar sensación de desconcierto, alivio y pavor, pero también con un diagnóstico y su anhelada «cura». Era (el por entonces llamado) síndrome de ovario poliquístico y se trataba con anticonceptivos orales.

Poco a poco, mes a mes, las reglas se normalizaron y se fueron suavizando. Las sesiones de depilación continuaron siendo un suplicio, pero cada vez le dolían un poquito menos y, además, se fueron espaciando en el tiempo. Tras apenas un par de años tomando la medicación, Irene ni siquiera tenía que repasarse el entrecejo con las pinzas todos los días, sino solo cada dos o tres mañanas —lo que supuso una liberación tremenda. Por aquel entonces se enteró de que su viejo amigo, la orca Ulises, había encontrado un nuevo hogar en la muy lejana California, donde tendría más espacio y congéneres con los que jugar. Sintió una punzada de morriña, pero se alegró por él.

Irene cumplió los dieciocho con una pinta «casi normal». Era una auténtica maestra en el arte de disimular su vello facial y corporal, cuya velocidad de crecimiento, vigor y abundancia, además, habían ido disminuyendo paulatinamente desde que le recetaron los anticonceptivos orales, ya cinco años atrás. Aunque también su volátil capacidad para mantenerse en un peso saludable había menguado considerablemente. Más allá de los perniciosos estándares de belleza que reinaban en la

época (y que vanagloriaban la extrema delgadez femenina), Irene había engordado sus buenos diez kilos. Sin duda habría calificado como «rechoncha» en cualquier contexto imparcial, pero no era una «gordita feliz», no.

Pese a la notable mejoría que le había regalado la medicación, al menos en los síntomas visibles (aparte de su creciente envergadura), Amaya percibía que su vivaracha, inquieta, estudiosa y atenta hija ya no lo era. Y no podía simplemente achacarlo a una edad difícil. No era una adolescente rebelde, sino una sombra retraída de quien fue. Aquellas despiadadas reglas y la cruel desazón que la invadía por su desmesurado hirsutismo habían desaparecido, pero también su contagiosa sonrisa, el brillo de su mirada, su interés por el mundo que la rodeaba... e incluso sus ganas de vivir.

## Ocho fenotipos e hiperinsulinemia, el nexo en común

Irene vino al mundo abrazando al **fenotipo franco** de mujer «elegida» por el SOMP. Es su cara más reconocible, la que no pasa desapercibida ni a los ginecólogos, ni a los endocrinos, ni siquiera a los medio enteradillos en medicina general: con una notable habilidad para engordar, hirsutismo (o vello muy abundante que se distribuye siguiendo un patrón masculino), anovulación (o ciclos menstruales muy irregulares y truncados en los que el óvulo no llega a liberarse —principal culpable de la poca fertilidad de las «compis poliendocrinas») y, sí, también quistes en los ovarios, perfectamente visibles en las ecografías.

Sin embargo, el diagnóstico no siempre resulta tan obvio, en absoluto. No todas las mujeres con SOMP son especialmente peludas o presentan quistes en los ovarios, a pesar de que se sigan considerando los criterios diagnósticos por excelencia. A menudo es esa desgarradora dificultad para concebir, causada por una inesperada anovulación crónica, la que suele acarrear más pesar, porque (incluso si tenemos ciclos regulares puntualmente) es posible que no estemos ovulando. Y solo nos percataremos cuando queramos quedarnos embarazadas.

El SOMP es una condición heterogénea y muy difícil de reconocer, por lo que pasa desapercibida con relativa facilidad. A menos que tengas un bigote chillón y un entrecejo bien visible (junto con un montón de quistecitos en los ovarios) a los 13 años, como Irene (y la mayoría de «mujeres singulares» con el fenotipo franco), las probabilidades de que tu SOMP pase desapercibido hasta que te plantees concebir y no lo consigas son muy altas.

Se manifiesta con tres atributos diferenciados (que pueden converger o no) y que originan ocho cuadros distintos con sintomatología diversa, según si van o no acompañados de sobrepeso. Son **los criterios de Rotterdam**<sup>1</sup>, un consenso al que se llegó en 2003 para facilitar el diagnóstico del SOP (y que todavía no ha sido sustituido pese al esperanzador cambio de nombre a SOMP de mayo de 2026). Cuentan con algunos detractores<sup>2</sup> (que abogan por que se les sume un criterio más: la ubicua **resistencia a la insulina** o prediabetes que solemos compartir las «elegidas» y en la que enseguida ahondaremos), pero aún siguen en vigor. Nos apoyaremos en ellos, porque la inmensa mayoría de «mujeres singulares» caben con holgura y se reconocen en uno de esos fenotipos. De ahí las ocho caras.

Estos tres criterios o atributos son los propios **quistes en los ovarios** (ni todas las mujeres con SOMP tienen ovarios poliquísticos, ni todas las mujeres con quistes en los ovarios tienen SOMP), la **anovulación** (o esos ciclos irregulares en los que el óvulo no llega a desprenderse, por lo que tanto la fecundación como el embarazo, dejan de ser plausibles) y el **hiperandrogenismo** (los rasgos andrógenos o masculinos, como el propio hirsutismo, pero también la calvicie o el acné). Para recibir un diagnóstico (apropiado) de SOMP (al menos, hoy), debemos presentar —como mínimo— dos de los tres. Y según cuáles de esos criterios cumplamos y también cómo andemos de peso y envergadura corporal, le pondremos a nuestro SOMP unos apellidos u otros.

Si cumples los tres criterios (rasgos andrógenos, anovulación y quistes en los ovarios), nos las veremos con el **fenotipo franco**, el más peliagudo (y el que llevó a nuestra Irene por el camino de la amargura hasta que aprendió a aplacarlo por fin). Si tenemos rasgos andrógenos y ciclos anovulatorios (pero no quistes), será el **fenotipo clásico** el que nos escolte. Y si por casualidad sí presentamos quistes en los ovarios y rasgos andrógenos, pero curiosamente ovulamos de manera normal, también cumpliremos los criterios diagnósticos para el SOMP y seremos clasificadas en el **fenotipo ovulatorio**. Y ya, por último, si tenemos quistes en los ovarios y además padecemos esa pertinaz anovulación, pero ni rastro de hirsutismo, calvas incipientes o rasgos andrógenos, nos etiquetarán con el insólito **fenotipo sin hiperandrogenismo** (a menudo el más chocante). Y el segundo apellido será mucho más sencillo de elegir: «con» o «sin» sobrepeso.



## Los cuatro fenotipos básicos en función de los criterios de Rotterdam



- 1 Franco** | Anovulación + Hiperandrogenismo + Quistes ováricos
- 2 Clásico** | Anovulación + Hiperandrogenismo
- 3 Ovulatorio** | Hiperandrogenismo + Quistes ováricos
- 4 Sin hiperandrogenismo** | Anovulación + Quistes ováricos

① Según los criterios de Rotterdam (2003), se requieren 2 de los 3 criterios para el diagnóstico de SOP.

Así que el SOP no es en absoluto una condición homogénea, ni fácil de distinguir entre la multitud, no. Mientras se mantengan estos criterios, podremos vernos las caras con hasta ocho fenotipos de mujeres «singulares» o «elegidas» por el SOMP. De todos ellos, el **franco** (el que escolta a Irene, que cumple los tres criterios diagnósticos) es el más espinoso (y el que requeriría un abordaje metabólico, certero y temprano), no solo por sus atributos visibles, sino por los peligros ocultos que entraña.

No se puede decir que «nazcamos ya elegidas por el SOMP», pero sí venimos al mundo con cierta tendencia genética a llamar su atención<sup>3</sup>, lo que (en una sociedad habituada a desayunar cereales ultraprocesados repletos de azúcar, picar una magdalena a media mañana, almorzar macarrones, merendar un bollito color rosa y cenar pizza bañada en refresco) nos condena a su compañía vitalicia.

La intersección entre el SOMP y la alimentación (aquello que ha inclinado la balanza hacia su feliz cambio de nombre) es **la insulina**, esa hormona cuyas fluctuaciones pautan (entre otras cosas) si engordamos o no. Y tanto si en tu historial médico ya aparece el SOMP como si sospechas que debería (y aunque hoy tengas una silueta envidiable), las probabilidades de que ya seas prediabética o insulinoresistente son considerables.<sup>4</sup>

Seguro que sabes que los diabéticos deben inyectarse insulina para controlar su glucemia, los niveles de glucosa en sangre. La función principal de esta hormona segregada por el páncreas es asegurarse de que nuestros niveles de glucosa en sangre no se disparan. Cada vez que comemos (en especial si elegimos alimentos ricos en carbohidratos de rápida absorción, léase: dulces, féculas y farináceos, como los cereales de desayuno, el pan, la pasta, el maíz, las patatas o el arroz), un tsunami de glucosa (procedente de su digestión), inunda el torrente sanguíneo. Los niveles altos de glucosa en sangre son tóxicos (y potencialmente letales), por lo que el páncreas no se anda con miramientos: cuanta más glucosa detecta, más insulina segrega. Así que responde en función del caudal de carbohidrato que ingerimos: cuanta más glucosa inunde la sangre, más insulina y más esfuerzo pancreático.

Para ejercer su honroso cometido y limpiar la sangre del exceso de glucosa (evitándonos unos niveles estratosféricos de azúcar en sangre que nos aboquen a una hiperglucemia, que puede devenir en un coma) la insulina actúa como una suerte de llave bioquímica. Al unirse a sus receptores (que se encuentran en la membrana de la inmensa mayoría de nuestras células), promueve la apertura de los canales de glucosa de su alrededor, lo que permite que esta acceda dentro de la célula, donde será usada como combustible o almacenada en forma de grasa.

Ser resistente a la insulina es como volverse sordo al sonido de una bella melodía al piano por haber estado expuesto durante años al ruido atronador de un taladro industrial. Mientras esa cerradura (que son los receptores de insulina) se mantenga bien lubricada, esta girará su llave plácidamente y la puerta se abrirá. Así, la glucosa podrá penetrar en la célula, permitiendo que la glucemia (la glucosa en sangre proveniente de esa dieta rica en carbohidratos a base de pan, pasta, arroz, maíz y patatas), permanezca dentro de su rango óptimo. Y podremos seguir con nuestras vidas (bañadas en dulces, féculas y farináceos industriales) sin mayores contratiempos. Esta feliz luna de miel de sensibilidad insulínica (en la que nuestros receptores se mantendrán bien lubricados y la llave bioquímica gira) se alargará durante más o menos años, en función de la vulnerabilidad genética particular y de la dosis que nos insuflamos.

Sin embargo, la luna de miel acaba por terminar. Día tras día, año tras año, la cerradura va endureciéndose, de manera que cada vez son necesarias más manos para girar la llave. O lo que es lo mismo, cada vez necesitamos más insulina para sacar de la sangre las megadosis de glucosa que nos metemos entre pecho y espalda. Esos macarrones que nos sentaban estupendamente

cuando contábamos 20 años, con 40 nos sumen en un sopor irresistible que pide a gritos una siesta después de comer. Y ya cumplidos los 50, nos vemos con barriga cervecera, hígado graso, los triglicéridos por las nubes y una prescripción vitalicia de medicación para mitigar la hipertensión. Hízose el **síndrome metabólico**. Si seguimos inundando nuestra sangre con tsunamis de glucosa cinco veces al día, si insistimos en hincharnos a carbohidratos cinco veces al día a perpetuidad, llegará uno en el que la cerradura se bloquee y la insulina no logre abrir los canales de glucosa. Nosotras acabaremos con la sangre abarrotada de azúcar (y de insulina simultáneamente) y nuestro páncreas agotado y al borde del colapso. E iremos derechitas a la diabetes.

Así surge la «sordera». Conforme los receptores insulínicos se vuelven paulatinamente «sordos» (o resistentes), las células dejan de «oír» (o detectar) a la insulina. Así que no abren los canales que permiten la captación de glucosa, que sigue campando a sus anchas por el torrente sanguíneo y mandando señales al páncreas para que segregue más y más insulina que la limpie del exceso de glucosa. Esta desafortunada situación obliga a las células beta pancreáticas a trabajar a destajo (a segregar todavía más y más insulina, para añadir más manos a las llaves que intentan abrir las cerraduras), lo que a su vez hace rodar con más fuerza la bola de nieve que causó la sordera en primer lugar. Y a pesar de la presencia de grandes cantidades de insulina, los niveles excesivos de glucosa en sangre no descienden. El páncreas no da abasto. La desafortunada apertura de esta caja de Pandora acaba por provocar que los altos niveles de glucosa en sangre (tóxicos y potencialmente letales) convivan con unas concentraciones estratosféricas pero muy poco efectivas de insulina. Ya se ha liberado a la llamada resistencia a la insulina o prediabetes, el cuadro predecesor de la diabetes tipo 2. Y las

mujeres «elegidas por el SOMP», lamentablemente, nacemos con un pase VIP vitalicio para la senda de la resistencia insulínica.

La esperanzadora noticia es que esta debilidad también es un arma. Los tres criterios diagnósticos convergen en uno: la **hiperinsulinemia**, los niveles crónicamente elevados de insulina en sangre. Y la noticia aún mejor es que sobre ella sí tenemos poder. La insulina no sube si nosotras no queremos. Y solo debemos vigilar qué comemos y regalarnos toda la paz espiritual posible. Esta hiperinsulinemia (que engloba y promueve los tres criterios de Rotterdam) no es un descubrimiento reciente que acabe de hacer su aparición estelar, no. Hace ya décadas que la medicina asoció los quistes ováricos, el hiperandrogenismo y la anovulación (o esa habilidad nuestra para presentar tanto rasgos masculinos como dificultades para concebir), con unos niveles exageradamente altos de insulina en sangre, sin acabar de atar las posibles consecuencias ni tampoco los mecanismos subyacentes. Aunque el misterio empieza a desvelarse.

A pesar de que ya se apodaba (con delicadeza discutible, pero bastante tino) «**la diabetes de la mujer barbuda**» desde mucho antes, en 1980 se comprobó que las mujeres con quistes en los ovarios presentaban respuestas insulínicas exageradas a la prueba oral de tolerancia a la glucosa, lo que apuntaba a que el SOMP, de hecho, era una manifestación de la **resistencia a la insulina o prediabetes**<sup>5</sup>. Así que, mal que nos pese, el susodicho apodo encaja bastante bien. Y ahí radica el poder de la dieta en la contienda contra el SOMP. Aunque (en mayor o menor medida) nunca se va a alejar demasiado de sus «elegidas» (si nos hinchamos a carbohidratos y permitimos que nuestros niveles de insulina se descontrolen, el SOMP volverá), en nuestra mano está que su sintomatología se acentúe... o que pierda fuerza.

