

## Hirsutismo

Fecha de la última revisión: **30/10/2014**

### Índice de contenidos

1. [¿Qué es?](#)
2. [¿Cuáles son sus causas?](#)
3. [¿Cómo diagnosticarlo?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autores](#)

### ¿Qué es?

Hirsutismo es un signo clínico que se manifiesta por la excesiva producción de pelo en la mujer en áreas asociadas a madurez sexual masculina como son la cara, areolas mamarias, zona esternal del escote, línea alba, zona sacra y cara interna de los muslos. La mayoría de las veces es debido a un aumento en la producción de andrógenos por el ovario, por las glándulas suprarrenales o por ambas. Por el efecto sobre las unidades pilosebáceas se acompaña de piel grasa y acné. Sin embargo, no existe una buena correlación entre la gravedad del hirsutismo y la elevación de los niveles de andrógenos.

En su grado máximo se llama virilización, que suele cursar con voz gruesa, aumento de la musculatura, disminución de la talla mamaria, caída del cabello y clítoromegalia. Ésta se debe a un aumento importante y a veces rápido de la producción de andrógenos y sugiere la existencia de un tumor secretor.

Debe diferenciarse de la hipertrichosis, que es el aumento simple del vello en áreas no androgénicas (brazos, piernas).

Aunque su prevalencia en las mujeres es muy elevada y puede generar importante impacto en la calidad de vida, no siempre necesita tratamiento farmacológico.

### ¿Cuáles son sus causas?

**Hirsutismo hiperandrogénico.** Es debido habitualmente al aumento de la producción de andrógenos por el ovario o las suprarrenales. Los niveles elevados de DHEA-S son casi siempre de origen suprarrenal, mientras que los niveles de testosterona elevados pueden tener origen adrenal u ovárico.

Dependiendo de su etiología puede acompañarse de ciclos menstruales irregulares, infertilidad, riesgo mayor de hiperplasia o neoplasia. El **síndrome del ovario poliquístico** (SOP) es la causa más común de hirsutismo (70-82% de los casos). Generalmente se asocia a obesidad e infertilidad (Escobar-Morreale HF, 2012; Bode D, 2012; Azziz R, 2004).

**Hirsutismo idiopático** (10-15%; la mitad de los casos leves de hirsutismo). Es aquel que se asocia a ciclos regulares y niveles séricos de andrógenos normales. Podría deberse a un aumento en la sensibilidad de la unidad pilosebácea a los andrógenos y a un aumento de la actividad de la 5-alfa-reductasa (Escobar-Morreale HF, 2012; Bode D, 2012).

**Tumores.** Son raros (0.3% de las causas). Pueden localizarse en el ovario o en las suprarrenales (adenoma o carcinoma). Los niveles de LH y FSH están a menudo suprimidos o por debajo del límite normal mientras que los andrógenos circulantes pueden ser 2 ó más veces mayor del normal. Deben sospecharse siempre que haya virilización, hirsutismo de progresión rápida o cuando aparece a partir de la tercera década de la vida (Escobar-Morreale HF, 2012).

**Fármacos.** Esteroides anabolizantes, danazol, anticonvulsivantes (carbamazepina, ácido valproico, etc.), fenotiacidas, antipsicóticos de segunda generación (aripripizol, olanzapina, etc.), pregabalina, antidepresivos (paroxetina, bupropion, venlafaxina, trazodonafluoxetina, etc.) (Escobar-Morreale HF, 2012; Bode D, 2012; Azziz R, 2004).

**Hiperplasia adrenal congénita** de inicio adulto, es poco frecuente (<2%), la clínica es similar al SOP y la causa más frecuente es un defecto parcial de la 21-hidroxilasa (Escobar-Morreale HF, 2012; Azziz R, 2004).

**Otras causas:** hipotiroidismo, acromegalia, síndrome de Cushing (Escobar-Morreale HF, 2012; Bode D, 2012).

### ¿Cómo diagnosticarlo?

La historia y exploración son claves para el diagnóstico. Debe recogerse siempre la historia de su desarrollo y localización, existencia de signos de virilización, historia menstrual y de fertilidad (Blume-Peytavi U, 2009).

Las pruebas complementarias se utilizan para diferenciar el grupo de hirsutismo hiperandrogénico del idiopático. Si el hirsutismo es leve, de larga evolución y estable y el ciclo menstrual regular, puede no ser necesario realizar estudios adicionales (Escobar-Morreale HF, 2012).

El estudio básico de un hirsutismo moderado o grave puede incluir (Escobar-Morreale HF, 2012; Bode D, 2012; Toward Optimized Practice Program, 2008):

- Testosterona total (origen preferentemente ovárico).
- DHEA-S (90% origen suprarrenal).
- TSH.
- Ecografía pélvica.

En una segunda fase y en caso de hallar alteraciones en alguna de las determinaciones previas podrían indicarse otras pruebas de imagen (TAC, RNM) para

completar el estudio. Si existen irregularidades menstruales o galactorrea puede ser útil la determinación de LH, FSH y prolactina.

En caso de virilismo, inicio rápido del hirsutismo o niveles de testosterona sérica o DHEA-S 2 ó más veces por encima de lo normal o signos o síntomas de la enfermedad de Cushing debe derivarse al segundo nivel para descartar un tumor secretor.

## ¿Cómo se trata?

Es muy importante tener en cuenta el impacto psicológico que genera el hirsutismo en la mujer, una vez descartadas las causas secundarias tratables.

Cambios de estilo de vida. Una alimentación saludable, el ejercicio físico diario y la pérdida de peso son elementos clave para mejorar el metabolismo androgénico, reducir el riesgo cardiovascular en el SOP y mejorar la obesidad. La pérdida de peso disminuye los niveles de insulina, la producción ovárica de andrógenos y la conversión de androstendiona a testosterona.

Existen múltiples tipos de tratamiento cosmético, que pueden ser suficientes en caso de hirsutismo leve y en casos más graves mientras el efecto de los fármacos no es completo: decoloración, rasurado (no aumenta la velocidad de crecimiento), depilación, ceras, etc., que han de ajustarse al coste y a la preferencia de la paciente.

La depilación por láser es más cara pero también más rápida y menos dolorosa que la efectuada por electrolisis. Ésta podría estar indicada para la eliminación permanente del pelo en áreas localizadas aplicada por personal experimentado y generalmente como adyuvante del tratamiento farmacológico. El láser de alexandrita y el láser diodo podrían tener utilidad para la fotodepilación generalizada en casos leves o como adyuvante del tratamiento farmacológico (Escobar-Morreale HF, 2012; Town G, 2012; Somani N, 2014).

La administración tópica de **eflornitina** disminuye de forma significativa y reversible el crecimiento del vello facial en el 70% de las pacientes a partir de las 8 semanas de tratamiento continuado. El fármaco se deriva del principio activo ornitina utilizado inicialmente para el tratamiento de la tripanosomiasis en donde se observó la caída de cabello como efecto secundario. Puede ser útil como tratamiento único del hirsutismo facial leve en mujeres a partir de los 12 años o como un adyuvante al tratamiento con fármacos orales. No está indicado su uso en zonas más extensas de la piel (Escobar-Morreale HF, 2012).

Tratamiento con fármacos orales: el tratamiento es sintomático, inefectivo hasta que pasan varios meses (su efecto debe valorarse después de 6 meses, duración del ciclo del pelo) y debe ajustarse a las características y preferencia del paciente. Aunque no existen instrumentos apropiados para evaluar adecuadamente la efectividad de los tratamientos, se usan:

- Contraceptivos orales (AAOO). Son de primera elección y los más utilizados junto a los consejos de cambio en el estilo de vida. Disminuyen la producción ovárica de andrógenos y la testosterona libre circulante. Pueden utilizarse como tratamiento único en hirsutismo leve, para regular los sangrados menstruales en el SOP y como tratamiento combinado con antiandrógenos en casos moderados a graves. Los AAOO recomendados incluyen la asociación de 20-30 µgrs de etinilestradiol y un gestágeno con actividad antiandrogénica (**drospirenona**, **desogestrel**, **norgestimato**, **dienogest**) o con un **antiandrógeno** (acetato de ciproterona). Evitar los que contienen levonorgestrol (Escobar-Morreale HF, 2012; Somani N, 2014).

Fármacos antiandrógenos: interfieren con los andrógenos a nivel tisular. Son de elección cuando los AAOO están contraindicados y en hirsutismos moderado-graves que no responden a los AAOO, solos o combinados con AAOO (Bode D, 2012; Somani N, 2014). Por su potencial teratogenicidad están contraindicados en la mujer en edad fértil sin acompañarse de método anticonceptivo.

- **Espironolactona**. Antagonista de la aldosterona que tiene actividad progestágena y disminuye la síntesis de andrógenos y gestágenos. Existe alguna evidencia de su eficacia en la disminución del hirsutismo (Brown J, 2009). Es el antiandrógeno de elección (Somani N, 2014).
- Acetato de **ciproterona**. Es un potente inhibidor de la liberación de gonadotropina que compite con los receptores androgénicos. Puede usarse solo o en combinación con espironolactona. Debe administrarse solo en la fase folicular (días 1-12 del ciclo). Pueden alterarse las pruebas hepáticas y debe suspenderse 2 ciclos antes de un embarazo para evitar la feminización de un feto masculino. Es el antiandrógeno de segunda elección (Somani N, 2014).
- **Flutamida**. Es un antiandrógeno no esteroideo, más eficaz que los anteriores, aunque es más caro y potencialmente hepatotóxico (dosis de 62,5 mg/día son más seguras) (Somani N, 2014). No tiene autorización en ficha técnica para esta indicación. Tampoco la tiene la finasterida, fármaco que bloquea la enzima 5-alfa-reductasa, responsable de convertir la testosterona en dihidrotestosterona, y que en todo caso sería de segunda o tercera línea.

## Bibliografía

- American Association of Clinical Endocrinologists. Medical Guidelines for Clinical Practice for the Diagnosis and Treatment of Hyperandrogenic Disorders. Hyperandrogenic Disorders Task Force [Internet]. Endocrine Practice 2001; Vol. 7, n° 2 [acceso 28/10/2014]. Disponible en: <https://www.aace.com/files/hyper-androgenism-2001.pdf>
- Azziz R, Sanchez LA, Knochenhauer ES, Moran C, Lazenby J, Stephens KC, et al. Androgen excess in women: experience with over 1000 consecutive patients. J Clin Endocrinol Metab. 2004;89(2):453-62. PubMed [PMID: 14764747](#). [Texto completo](#)
- Blume-Peytavi U, Atkin S, Shapiro J, Lavery S, Grimalt R, Hoffmann R, et al. European Consensus on the evaluation of women presenting with excessive hair growth. Eur J Dermatol. 2009;19(6):597-602. PubMed [PMID: 19726276](#)
- Bode D, Seehusen DA, Baird D. Hirsutism in women. Am Fam Physician. 2012;85(4):373-80. PubMed [PMID: 22335316](#). [Texto completo](#)
- Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri A, Kelestimur F, Moghetti P, et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 2012;18(2):146-70. PubMed [PMID: 22064667](#). [Texto completo](#)
- Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson R. Espironolactona versus placebo o combinada con esteroides para el hirsutismo y el acné (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). CD000194. [Texto completo](#)
- Somani N, Turvy D. Hirsutism: an evidence-based treatment update. Am J Clin Dermatol. 2014;15(3):247-66. PubMed [PMID: 24889738](#)
- Toward Optimized Practice Program. Laboratory Endocrine Testing Guidelines: Gonadal disorders: Hirsutism [Internet]. 2008 Update [acceso 28/10/2014]. [Texto completo](#)
- Town G, Ash C, Dierickx C, Fritz K, Bjerring P, Haedersdal M. Guidelines on the safety of light-based home-use hair removal devices from the European Society for Laser Dermatology. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2012;26(7):799-811. PubMed [PMID: 22211702](#)

## Más en la red

- Blume-Peytavi U, Atkin S, Shapiro J, Lavery S, Grimalt R, Hoffmann R, et al. European Consensus on the evaluation of women presenting with excessive hair growth. Eur J Dermatol. 2009;19(6):597-602. PubMed [PMID: 19726276](#)
- Bode D, Seehusen DA, Baird D. Hirsutism in women. Am Fam Physician. 2012;85(4):373-80. PubMed [PMID: 22335316](#). [Texto completo](#)

- Escobar-Morreale HF, Carmina E, Dewailly D, Gambineri A, Kelestimur F, Moghetti P, et al. Epidemiology, diagnosis and management of hirsutism: a consensus statement by the Androgen Excess and Polycystic Ovary Syndrome Society. Hum Reprod Update. 2012;18(2):146-70. PubMed [PMID: 22064667](#). [Texto completo](#)
- Somani N, Turvy D. Hirsutism: an evidence-based treatment update. Am J Clin Dermatol. 2014;15(3):247-66. PubMed [PMID: 24889738](#)

**Autores**

|                           |                                                            |
|---------------------------|------------------------------------------------------------|
| ▪ Arturo Louro González   | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1) |
| ▪ Carmen Costa Ribas      | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ▪ Carmen Castiñeira Pérez | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2) |
| ▪ Cristina Viana Zulaica  | Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (3) |

(1) Servicio de Atención Primaria de Cambre-Carral. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.  
(2) Servicio de Atención Primaria de Fingoy. Servicio Galego de Saúde. Lugo. España.  
(3) Servicio de Atención Primaria de Elviña-Mesoiro. Servicio Galego de Saúde. A Coruña. España.

**Conflicto de intereses:** No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

