

MENOPAUSIA

(MENOPAUSE)

* Rafael Arley Hernández

RESUMEN

La menopausia es el punto en la vida de una mujer cuando no ha tenido su período de 1 año, debido a la pérdida de la función ovárica normal.

Los cambios y los síntomas pueden comenzar varios años antes.

La menopausia generalmente ocurre entre los 50 y 51 años de edad.

Siempre que la función del ovario sea suficiente para mantener el sangrado uterino, no se requerirá tratamiento.

DESCRIPTORES

Menopausia, ovario, perimenopausia, sangrado, vulvovaginal, eje hipotálamo – hipófisis – ovario.

SUMMARY

Menopause is the point in a woman's life when she has not had her period for 1 year, due to loss of normal ovarian function.

Changes and symptoms may begin several years earlier.

Menopause typically occurs between 50 and 51 years of age.

As long as the ovarians' function are sufficient to maintain uterine bleeding, treatment will be not required.

KEYWORDS

Menopause, ovary, perimenopause, bleeding, vulvovaginal, hypothalamic axis - pituitary gland - ovary.

*Médico General.
Universidad de
Iberoamérica (UNIBE). San
José- Costa Rica.

DEFINICIONES

Menopausia: fecha de última menstruación después de un año completo de amenorrea, debido a la inactividad de la función ovárica. Se establece retrospectivamente, después de que se haya cumplido el año en donde la paciente no sangró. En promedio ocurre a los 50 – 51 años de edad.

Transición menopáusica: periodo endocrinológico progresivo que lleva a la mujer de la menstruación regular, cíclica y predecible característica de los ciclos ovulatorios; a la última menstruación. □

Perimenopausia: periodo en el que transcurren los últimos años de vida fértil. Comienza con ciclos menstruales irregulares, y se extiende hasta un año después de que se interrumpa de manera permanente la menstruación. Tiene una duración de 4-7 años, y la edad promedio de inicio es a los 47 años

Postmenopausia: años posteriores a la menopausia. Temprana: primeros 5 años. Tardía: 5 años posteriores a la menopausia

Insuficiencia ovárica prematura: interrupción de la menstruación antes de los

40 años de edad.

Menopausia artificial: cese permanente de la función ovárica a través de medios quirúrgicos.

CAMBIOS FISIOLÓGICOS

Cambios en el eje hipotálamo – hipófisis

– **ovario:** La insuficiencia ovárica produce cese en la liberación de esteroides ováricos, se deja de producir Inhibina, y aumenta la FSH y LH circulante hasta 4 veces más que en la vida fértil. La principal fuente de progesterona es el cuerpo lúteo, por lo que debido a la anovulación, las concentraciones de progesterona permanecen bajas.

Cambios en el ovario: Hay una división más rápida de los folículos ováricos que continúa hasta el punto en que el ovario menopáusico carece de folículos. El evento principal que provoca la pérdida final de actividad ovárica y menopausia es la atresia del grupo no dominante de folículos.

Cambios en el endometrio: La anovulación produce que el endometrio este expuesto a estrógenos sin de oposición de progesterona; esto produce cambios proliferativos desordenados y menstruaciones irregulares. Después de la menopausia el endometrio se atrofia por falta de estimulación estrogénica.

Cardiovascular: Después de la menopausia se duplica el riesgo coronario, ya que la disminución estrogénica produce disminución en las concentraciones de LDL, y produce que se pierda su efecto favorable sobre los lípidos, por lo que el colesterol total aumenta.

Aumento de peso y distribución de grasa: Por disminución del metabolismo.

SÍNTOMAS

Cambios dermatológicos: Por envejecimiento de la piel, disminución de la producción de colágeno, de las glándulas sebáceas, menor irrigación, y pérdida de elasticidad.

Cambios dentales: Atrofia del epitelio bucal por ausencia de estrógenos. Provoca reducción de la saliva, mal sabor de boca, mayor frecuencia de caries y pérdidas dentales.

Cambios mamarios: Reducción relativa de la proliferación mamaria por disminución de estrógenos y progesterona.

Cambios en el SNC: Sueño deficiente y disfunción cognitiva, lo que produce irritabilidad, bochornos, labilidad emocional y problemas de memoria.

Cambios psicosociales: Depresión, cambios emocionales, poca concentración y alteraciones de la memoria. Las fluctuaciones hormonales en la transición menopáusica son causa de labilidad afectiva.

Síntomas vasomotores: molestias más comunes de la mujer durante la transición menopáusica. La mayoría de las mujeres percibe una onda repentina de calor que se extiende por todo el cuerpo, en especial en la parte superior y la cara, que dura 5-10 minutos. Se desconoce su fisiopatología.

Síntomas urogenitales: la disminución estrogénica produce atrofia genitourinaria que genera síntomas como disuria, urgencia, infecciones urinarias recurrentes. El acortamiento uretral secundario a los cambios atróficos genera incontinencia urinaria de esfuerzo, además hay aumento de prolapsos del piso pélvico.

Dispareunia y disfunción sexual:

presente en un 25% de las mujeres postmenopáusicas. Se relaciona con sequedad vaginal y atrofia de la mucosa por falta de las hormonas ováricas.

Cambios en la libido: no se ha asociado directamente a la deficiencia estrogénica; pero los cambios del aparato reproductor disminuyen el deseo sexual.

Metabolismo óseo y cambios

estructurales: Pérdida de la masa ósea debido a deficiencia estrogénica y envejecimiento, lo que predispone a fracturas. Se debe medir la densidad mineral ósea en toda mujer postmenopáusica mayor de 50 años con algún factor de riesgo de osteoporosis, o en cualquier mayor de 65 años.

VALORACION Y DIAGNOSTICO

Interrogatorio completo: se deben buscar factores de riesgo como obesidad, osteoporosis, cardiopatía, diabetes mellitus, cáncer, entre otros.

Educación: educar a la paciente sobre el proceso fisiológico que está experimentando, y dar recomendaciones sobre buena alimentación, ejercicio, moderar la ingesta de alcohol, y cese de fumado.

Exploración física completa

- **Datos generales:** Peso, IMC, circunferencia abdominal, talla anual (si disminuye puede haber osteoporosis o fracturas de columna vertebral por compresión) presión arterial.
- **Bienestar Psicosocial:** buscar depresión, ansiedad, funcionamiento sexual.

- **Datos dermatológicos:** adelgazamiento de piel, aparición de arrugas, lesiones cutáneas.
- **Mamas:** buscar secreción del pezón, cambios en piel, eversión del pezón, tumoraciones.
- **Exploración pélvica:** exploración de vulva y vagina en busca de atrofia, áreas de hipersensibilidad, prolapso, entre otros.

Exámenes de gabinete

- **Gonadotropinas:** FSH mayor a 40 mIU/dl y LH mayor a 35 mIU/dl determinan insuficiencia ovárica.
- **Estradiol:** concentraciones de estradiol menores a 20pg/dl determinan menopausia. Se pueden utilizar para valorar la respuesta al tratamiento (buscar valores de 50-100 pg/ml).
- **Progesterona:** 0,17 ng/ml. Sin utilidad clínica.
- **Testosterona:** 0,25 ng/ml.
- **Otros:** TSH, glicemia, perfil lipídico, hemograma, EGO, guayaco, US pélvico transvaginal, Mamografía anual después de los 40 años, Papanicolau.

TRATAMIENTO

Mientras la función del ovario sea suficiente para mantener el sangrado uterino no se requerirá tratamiento. El tratamiento con dosis bajas de anticonceptivos, sino existen contraindicaciones, servirá para aliviar esos síntomas y ayudar a regular los ciclos menstruales durante la transición menopáusica. El tratamiento con estrógenos solo ha probado ser efectivo en la prevención de la osteoporosis, síntomas vasomotores y de la atrofia vulvovaginal; por lo tanto, esas son las únicas indicaciones aprobadas por la FDA.

Contraindicaciones

- Sangrado vaginal anormal sin diagnóstico
- Conocimiento previo o antecedente de cáncer de mama
- Trombosis venosa profunda activa, embolia pulmonar o antecedentes de estas patologías
- IAM o AVC
- Hepatopatía crónica

Tratamiento de estrógenos

Tratamiento de síntomas vasomotores: se utilizan solo si los síntomas son moderados o severos, durante periodos de tiempo cortos:

- 0.3 a 0.625 mg de estrógenos equinos conjugados
- 0.025 mg de estradiol transdérmico
- 0.5mg de estradiol VO

Tratamiento de Vaginitis atrófica: se prefiere tratamiento tópico sobre el sistémico

- Cremas: estrógenos equinos conjugados o estradiol 0.25 a 2g cada noche durante 2 semanas y luego 2 veces por semana
- Tabletas: 25 µg de estradiol por la noche durante 2 semanas, luego 2 veces por semana

BIBLIOGRAFIA

1. DeCherney, H., Nathan, L., Laufer, N., & Roman, A. (2014). Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstétricos (11a edición). México: McGraw Hill.
2. Fritz, M., & Speroff, L. (2012). Endocrinología ginecológica clínica y esterilidad (8ª edición). España: Lippincot: Williams and Williams.
3. Schorge, J., Schaffer, J., Halvorson, L., Hoffman, B., Bradshaw, K., & Cunningham, G. (2009). Williams: Ginecología. Mexico DF: McGrawHill.

Recepción: 1 Noviembre de 2017

Aprobación: 10 Noviembre de 2017

- Anillos libradores de estradiol que permanecen en su sitio por 3 meses en cada ocasión

Tratamiento combinado de estrógenos y progesterona

Forma más usada de terapia de reemplazo hormonal, ya que la progestina se opone a la acción del estrógeno y reducen la hiperplasia endometrial y el riesgo de neoplasia.

- Acetato de medroxiprogesterona: 5 a 10 mg/día durante 12 a 14 días cada mes (90% presentan sangrado por lo que se puede reducir la dosis a 2.5 mg continuo)

Tratamiento de osteoporosis

Todas las mujeres en riesgo o en quienes se ha diagnosticado osteoporosis, se recomienda de que consuman un mínimo de 1200mg de calcio elemental por día, y vitamina D 400-800 unidades por día.

Se debe promover la suspensión del fumado, evitar el exceso de alcohol y hacer ejercicio regular con carga para el esqueleto. El tratamiento farmacológico se debe considerar en mujeres con índices de DMO por debajo de -2.0 sin factores de riesgo, y -1.5 con factores de riesgo según el T-Score.