

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Manifestaciones genitourinarias del climaterio

Dr. Gonzalo Duque Arredondo
Instructor de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Ginecología y Obstetricia

Dr. Carlos Fernández Ossadey
Profesor Auxiliar de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Ginecología y Obstetricia

La declinación marcada de los niveles estrogénicos que caracterizan la postmenopausia determina modificaciones significativas en diferentes órganos y sistemas, con variadas formas de presentación. En este artículo nos referiremos a los cambios que se producen en el sistema urogenital, que son causa frecuente de consulta en la postmenopausia.

Los cambios del sistema urogenital producen una cascada de síntomas que inicialmente pueden ser de manifestación local, y que con el tiempo pueden resultar en un amplio espectro de manifestaciones, pudiendo incluso afectar la relación conyugal.

Los síntomas locales asociados a la atrofia urogenital son sequedad vaginal, descarga vaginal, prurito, ardor, sangrado, vaginismo, dispareunia, prolapso genital y manifestaciones urinarias. Cuando estos síntomas interfieren con la actividad sexual, pueden provocar disminución de la libido, ansiedad y disminución de la autoestima, afectando el rendimiento sexual de su compañero y secundariamente la relación de pareja.

Para comprender mejor estas alteraciones, es necesario conocer los cambios producidos en el tracto genitourinario de la mujer postmenopáusica. El cambio más característico es la atrofia. Este proceso conlleva una disminución del tamaño y número celular, con pérdida de la capacidad de división celular. Afecta también al tejido conectivo, comprometiendo tanto la fibra elástica como la colágena.

A nivel genital se adelgaza la epidermis y se pierde grasa subcutánea; estos cambios se manifiestan como una vulva menos prominente, con pérdida de la pilosidad y retracción del introito. La vagina se acorta y pierde sus pliegues, disminuye su grosor, apareciendo pálida, casi transparente. Los cambios del cuello y cuerpo uterino son fundamentalmente disminución de tamaño por atrofia, al igual que los de la trompa de Falopio. El ovario, además de atrofia, sufre depleción folicular.

Los cambios físicos observados varían ampliamente en intensidad y momento de aparición de una mujer a otra. En general, las afectadas en forma más aguda y sintomática son aquellas que han llegado a su menopausia como resultado de castración quirúrgica, irradiación o como consecuencia de ciertas enfermedades que destruyen en forma prematura el parénquima ovárico.

Formas de presentación de la atrofia urogenital

Vaginitis. Debido al adelgazamiento epitelial, a la deficiencia de glicógeno y a la alcalinización relativa, con disminución de Lactobacilos, la vagina es invadida por bacterias patógenas y otros agentes, tales como *Trichomonas vaginalis*, *Candida albicans* y *Haemophilus vaginalis*, lo que se manifiesta como irritación vulvovaginal y dispareunia.

Desórdenes del tracto urinario. La mucosa uretral y vaginal distal son sensibles a los estrógenos y contienen concentraciones similares de receptores, como consecuencia de su origen embriológico común, el seno urogenital. La uretra se transforma en la medida que los estrógenos declinan, haciéndose menos distensible y más fácil de traumatizar, disminuyendo los mecanismos de defensa local, lo que junto a las alteraciones de la flora vaginal, predisponen a infecciones del tracto urinario.

Es frecuente observar sintomatología urinaria baja en ausencia de infección. Se calcula que alrededor de un 50% de estas pacientes tiene urocultivo negativo; sus síntomas sólo dependen del hipoestrogenismo. En estos casos, la atrofia de la región uretrovaginal es la responsable del síndrome uretral o uretritis atrófica senil, la que se caracteriza por urgencia miccional, aumento de la frecuencia miccional, disuria y dolor suprapúbico, en ausencia de infección.

El hipoestrogenismo también puede comprometer los mecanismos de continencia urinaria, al alterar la resistencia de la mucosa uretral (adelgazamiento epitelial y disminución de los vasos submucosos), modificar la localización intraabdominal de la uretra proximal (disminuyendo el trofismo de la fascia endopélvica y estructuras dependientes) y la contractilidad de las fibras del músculo estriado de la uretra al momento del esfuerzo, lo que determina una disminución efectiva del control urinario y eventualmente la aparición de incontinencia urinaria. Debido al hipoestrogenismo, también se ven más frecuentemente carúnculas uretrales, prolapso genital, divertículos uretrales y cistitis intersticial.

Prolapso genital. A medida que disminuyen los niveles estrogénicos, disminuye el tono de las estructuras de soporte pelviano, pudiendo llevar a una relajación pelviana progresiva y la consiguiente aparición de prolapso genital, asociado o no a incontinencia urinaria.

Disfunción sexual. La actividad sexual desempeña un papel importante en muchos individuos de edad avanzada, considerándose que la conducta sexual satisfactoria brinda un efecto benéfico psicosocial, así como una mejor adaptación a la vida en los años avanzados. La edad *per se* no es un impedimento para la actividad sexual, ni tampoco es causa de disfunción sexual. Sin embargo, la hipostrogenemia que caracteriza este período juega un papel importante, siendo responsable de la disminución del tono y elasticidad vaginal, de la disminución del sostén pélvico en la mujer multipara y de la presencia de contracciones dolorosas durante el orgasmo.

Manejo del síndrome urogenital

En primer lugar, es importante establecer una buena comunicación con estas pacientes. Luego, debe realizarse un examen físico completo, con especial énfasis en los cambios del tracto urogenital. Dependiendo de los hallazgos, se puede complementar el estudio con un índice de maduración citológica, perfil hormonal, estudio bacteriológico del flujo vaginal, sedimento urinario, cultivo de orina, urodinamia, cistoscopia, etcétera. Una vez realizada una adecuada evaluación, se debe orientar el tratamiento, dependiendo de la forma de presentación:

Vaginitis. Frente a la presencia de descarga vaginal, el tratamiento debe estar orientado a tratar el agente etiológico en forma específica, y la atrofia de base con estrógenos. La estrogénoterapia produce un incremento del grosor de la mucosa vaginal, con disminución del pH y de la sequedad vaginal, mejorando los mecanismos de defensa local. La terapia puede administrarse en forma oral, intravaginal o por vía transdérmica, individualizando el régimen en cada paciente y evaluando las contraindicaciones específicas.

Para revertir los cambios atróficos puede ser necesario un tratamiento diario durante dos-doce meses. Posteriormente, se puede mantener una terapia intermitente dos o tres veces por semana. El objetivo del tratamiento es mantener libre de síntomas a la paciente utilizando la dosis de estrógeno más baja posible.

Los estrógenos naturales, sintéticos y no esteroideos han sido utilizados en el tratamiento de la atrofia vaginal. La dosis necesaria es variable, siendo suficiente en la mayoría de los casos el equivalente a 0,3 mg/día de estrógenos conjugados equinos. El umbral de respuesta del tejido urogenital es mucho más bajo que el del tejido óseo, hepático o endometrial. Es así como un estrógeno tan débil como el estriol ha demostrado, en las dosis habituales de 2 mg al día, ser efectivo en revertir la atrofia urogenital, sin inducir proliferación endometrial ni otorgar protección ósea o cardiovascular. Existe también tratamiento tópico (estrógenos conjugados y estriol), que tiene la ventaja de actuar como lubricante, además de revertir la atrofia. Sin embargo, debe recordarse que las hormonas administradas tópicamente se absorben con facilidad, lo que puede determinar efectos sistémicos.

Desórdenes del tracto urinario. Ante la presencia de infección urinaria debe iniciarse el tratamiento específico según cultivo y antibiograma. Una vez superada la infección, deben buscarse y tratarse las alteraciones de base, tales como atrofia, prolapso genital con repercusión mecánica del sistema urinario o la presencia de divertículos y alteraciones uretrales.

El tratamiento del síndrome uretral es la terapia estrogénica de reemplazo, más convenientemente de administración vaginal, en forma similar a lo descrito anteriormente. Es necesaria una terapia prolongada, la que en ocasiones puede llegar a ser indefinida.

La presencia de incontinencia urinaria de esfuerzo puede requerir ejercicios perineales que mejoren el tono del piso pélvico, estrogénoterapia de reemplazo y eventualmente cirugía reparadora. Los estrógenos mejoran los tres factores que influyen en la aparición de incontinencia urinaria: el grosor de la mucosa uretral y de los vasos sanguíneos, la transmisión de la presión intraabdominal a la uretra proximal y la contracción del esfínter estriado de la uretra.

El tratamiento estrogénico puede iniciarse en forma oral, administrando diariamente 0,625-1,25 mg de estrógenos conjugados o una dosis equivalente (1-2 g de crema de estrógenos conjugados vaginal). Esta dosis debe mantenerse por dos o tres semanas y luego reducirse a la mitad. No debe esperarse mejoría antes de seis semanas. Dependiendo de la condición de base, no es sorprendente que más de la mitad de las mujeres postmenopáusicas respondan favorablemente al tratamiento estrogénico.

Prolapso genital. Generalmente tiene indicación de corrección quirúrgica. La cirugía puede verse facilitada si se permite un tiempo de espera para mejorar el tono, elasticidad y grosor de los tejidos vaginales, por medio de ejercicios perineales y terapia estrogénica, al menos por seis semanas antes de la operación.

Disfunción sexual. Para enfrentar los desórdenes sexuales se requiere confianza mutua de la pareja. Muchas mujeres sólo requieren de actividad sexual regular para conservar un revestimiento vaginal sano, capaz de lubricar adecuadamente durante la excitación sexual. Otras requieren lubricantes (jaleas o aceites) o terapia estrogénica sustitutiva en esquemas similares a los indicados para atrofia. Debemos destacar, sin embargo, que la disfunción sexual en la postmenopausa no es sólo el resultado de un hipostrogenismo mantenido, y por tanto requiere en muchos casos de un tratamiento integral.

Finalmente, es importante enfatizar que la involución genitourinaria es sólo una de las manifestaciones del déficit estrogénico. Sin embargo, es de crucial importancia, ya que, como hemos reseñado, puede ser el punto de partida de una cascada de síntomas determinantes de un deterioro de la calidad de vida de la paciente.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

1. Bent AE, Richardson DA, Ostergard DR. Diagnosis of lower urinary tract disorders in postmenopausal patients. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145:218-222.
2. Richardson DA, Ramahi A. Urinary tract disorders after menopause. *Contemporary OB/GYN (Special Issue)* 1988; 31:145-155.
3. Semmens JP, Tsai CC, Curtis E. Effects of estrogen therapy on vaginal physiology during menopause. *Obstet Gynecol* 1985; 66: 15-18.
4. Utian, WH. Overview on menopause. *Am J Obstet Gynecol*, 1987; 156:1280-1283.
5. Gerbaldo, D, Ferraiolo A, Croce S. et al. Endometrial morphology after 12 months of vaginal oestriol therapy in post menopausal women. *Maturitas* 1991; 13:269-274.
6. Holmgren PA, Lindskog M, Von Schoultz B. Vaginal rings for continuous low-dose release of oestradiol in the treatment of urogenital atrophy. *Maturitas* 1989; 11:55-63.