



Hace 55 años

Manejo del Síndrome Climatérico*

Por el DR LUIS HERNÁNDEZ GUTIÉRREZ.
De la Sociedad de Ginecología y Obstetricia de León, Gto.

Como un preliminar necesario al desarrollo de este tema, vamos a exponer algunas generalidades relacionadas con la Etiología, Fisiología, Fisiopatología y Sintomatología de este periodo o época de transición por el que atraviesa toda mujer y que se conoce con el nombre de *Climaterio*. Aunque muy bien conocido por todos ustedes, es útil recordarlo para facilitar la mejor exposición y comprensión del mismo.

Dejaremos asentado, de una vez, por ser generalmente aceptado, que la palabra menopausia connota exclusivamente la cesación definitiva de la menstruación; mientras que la de climaterio designa el periodo comprendido entre la aparición de los primeros trastornos debidos a la iniciación de la declinación del funcionamiento ovárico, hasta la nueva adaptación funcional del organismo femenino, después de la suspensión total de la actividad de estas glándulas; abarcando, por lo tanto, las etapas que algunos autores clasifican en *pre*, *meno* y *postmenopausia*.

Este proceso evolutivo, al que de manera tan diversa responde cada mujer, se presenta generalmente en la quinta década de la vida, en relación con la cesación de la función menstrual, la cual ocurre por término medio alrededor de los 47 años, existiendo no obstante amplias variaciones a este respecto. De acuerdo con NOVAK, el 50% de las

mujeres dejan de menstruar entre los 45 y los 50 años, el 25% antes de los 45 y el 25% restante a los 50 o un poco después, considerándose como precoz las que dejan de hacerlo antes de los 40 años y tardías las que ocurren después de los 55 años. Hasta la fecha no se han podido precisar con seguridad las causas de estas variaciones; sin embargo, hay algunos factores que influyen francamente, como la herencia, ya que se ha observado que la llegada precoz o tardía de la menopausia constituye un rasgo característico de los miembros femeninos de ciertas familias, trasmittiéndose de madres a hijas. También al clima y a la raza se les atribuyen cierta influencia, pues se observa en las razas más morenas y en los climas tropicales aparición más temprana y cesación más tardía de la menstruación.

El factor psíquico, con la consiguiente repercusión endocrina, suele ser responsable de amenorreas definitivas, en edad temprana, como sucede en ocasión de grandes catástrofes o desgracias familiares. El pauperismo, por su acción trófica sobre los genitales, también puede ser causa de menopausia precoz.

El fenómeno esencial del climaterio es la extinción paulatina de todas las funciones ováricas. Cuando las hormonas ováricas empiezan a disminuir se rompe el equilibrio hormonal que normalmente existe, siendo lo más notable la pérdida de la interrelación hipofiso-ovárica que, esquemáticamente, se hace de la manera siguiente: las hormonas gonadotropas de la hipófisis estimulan el funcionamiento de los ovarios, éstos responden aumentando la producción de sus hormonas, las que, su vez, van a desarrollar acción sobre la hipófisis frenando la producción de hormonas gonadotropas, que volverán a aumentar al disminuir el nivel sanguíneo de aquéllas.

* Ponencia presentada ante la VI Reunión Nacional de Ginecología y Obstetricia, León, Gto., 9-13 de Octubre de 1956.

Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México 1957;vol. XII:156-162.

Volviendo al principio, al disminuir las funciones ováricas, las hormonas gonadotropas se producen en exceso, especialmente la foliculoestimulina, que llega a aumentar su nivel en la sangre y en la orina, de 10 a 50 veces de lo normal y a esto se atribuyen, por algunos autores, gran parte de los trastornos que se presentan en este periodo.

El aumento de la actividad funcional de la hipófisis no sólo se manifiesta por el aumento de las gonadotropinas, sino que con suma frecuencia se aprecian signos de superestimulación de las glándulas suprarrenales y del tiroides.

Sabemos que la corteza suprarrenal puede secretar andrógenos y estrógenos, pero que estas funciones de la corteza no desempeñan un papel importante durante el periodo de madurez sexual, sino que intervienen activamente cuando se produce el desequilibrio climatérico. Así, se ha comprobado, después de la menopausia espontánea o quirúrgica, aumento en la orina de 17 cetosteroídes, que es la forma de eliminación de los andrógenos: por cuya razón se utiliza su dosificación para apreciar la actividad funcional de estas glándulas.

La tendencia viriloide que se observa en algunas menopáusicas se interpreta como debida a una hiperfunción suprarrenal. Algunos autores también atribuyen los trastornos vasomotores a los esteroides suprarrenales.

Durante el climaterio se observa, con frecuencia, aumento de volumen del tiroides y la aparición de manifestaciones de hipertiroidismo en mujeres que antes no lo manifestaban. Sin embargo, también son frecuentes las manifestaciones de hipotiroidismo.

Correlativamente con estos trastornos endocrinos sobreviene el cese de la menstruación, muy variable en la mayoría de las mujeres, en unas se hace en forma brusca, en otras se inicia en forma paulatina disminuyendo cada vez más en cantidad, frecuencia y duración. En otras, en fin, lo hace en forma irregular, desapareciendo por temporadas, volviendo a aparecer después de cierto tiempo, hasta que se retira definitivamente.

Generalmente, en forma simultánea se produce el cese de la ovulación; sin embargo, no siempre ocurre así y con relativa frecuencia, sin que se haya precisado en qué proporción hay excepciones en uno de estos dos sentidos: bien que la mujer deje de ovular algún tiempo antes de que cesen las reglas o sea que los últimos ciclos son de tipo anovulatorio, lo cual pudiera explicar las menometrorragias que pueden llegar a producirse; o bien que la ovulación persista por algunos meses o aún años después

de la menopausia, lo que explica los embarazos que suelen tener lugar después de algún tiempo de haber desaparecido la menstruación.

Estas alteraciones funcionales van seguidas, generalmente, de alteraciones anatómicas en el aparato genital y en el resto del organismo. Consisten, esencialmente, en una involución progresiva de los distintos segmentos del aparato genital femenino, condicionada por la disminución trófica del ovario.

Por no ser de la incumbencia de este trabajo la descripción detallada de estas modificaciones, sólo las enumeraré: en el aparato genital: aplanamiento del monte de Venus, atrofia de las distintas partes de la vulva (predominantemente del clítoris), vagina, ureto, trompas y ovarios. Modificaciones somáticas: con frecuencia aumento general o regional (alrededor de la cadera) del tejido adiposo, otras, menos veces, adelgazamiento motivado por la intensidad de los trastornos. La piel se adelgaza, se seca y se arruga, pierde su tersura característica y propicia la aparición de ciertas dermatosis. El pelo se cae parcialmente. Los pelos pubianos y axilares se escasean, encanecen y se vuelven lacios; a veces aparecen pelos gruesos en diversas partes de la cara; los rasgos faciales se endurecen, la voz se torna gruesa, las glándulas mamarias se apllanan y se vuelven flácidas. Se han descrito también alteraciones osteoarticulares, especialmente osteoporosis en los huesos pélvianos y vértebras y artropatías que se manifiestan por dolores en las rodillas, columna vertebral y pequeñas articulaciones de las manos.

Estas manifestaciones somáticas, especialmente en la piel, sistema piloso, disposición de la grasa, rasgos faciales, voz y glándulas mamarias dan a la mujer un aspecto viriloide más o menos marcado.

Los síntomas más característicos, más constantes y que más preocupan a las pacientes, son los de tipo vasomotor, comprenden los llamados bochornos, sofocos o llamaradas que son percibidos por la mujer como oleadas de calor que invaden súbitamente la cabeza, el cuello, la parte superior del tórax y aun todo el cuerpo y que van acompañados o seguidos de rubefacción, ansiedad, opresión respiratoria y de transpiración más o menos profusa.

Son síntomas objetivos o subjetivos, de intensidad y frecuencia muy variable, siendo moderados en la mayoría y más o menos severos en un número relativamente reducido de pacientes y cuya frecuencia e intensidad sirven de pauta de la necesidad y del éxito de la medicación.

Junto a los síntomas descritos suele manifestarse una serie de otros, principalmente de orden psíquico, que con frecuencia son atribuidos a la menopausia, pero que sólo indirecta o secundariamente pueden ser causados por ella y que en la mayoría de los casos, más bien, se exteriorizan en forma simultánea.

Hay indicios para sostener que la intensidad de estos síntomas depende de la estabilidad de su sistema neurovegetativo y de su aptitud para ajustarse a condiciones adversas. Así, vemos con frecuencia mujeres de sistema nervioso muy sensible e inestable, con síntomas climatéricos muy intensos desde antes de la menopausia y mujeres con sistema neuro-vegetativo muy estable, que pasan el climaterio casi sin molestias. También se observa con frecuencia que los aparatos o sistemas que han mostrado debilidad en épocas anteriores de la vida son los más propensos a producir molestias en la menopausia. Así, una mujer que durante los períodos menstruales o en situaciones difíciles ha tenido inclinación a los estados depresivos, a la irritabilidad, a cefaleas, o a alteraciones gastrointestinales, serán estos síntomas particulares los que se agravarán durante el climaterio.

Aun cuando la hipertensión arterial es frecuente en el climaterio, debe buscársele otra etiología, pues la prueba terapéutica con estrógenos es inútil ya que estos no modifican la tensión arterial.

La mujer, en esta época, con suma frecuencia tiene problemas que afectan su estabilidad emocional; estos problemas aumentan por los cuentos, y malas informaciones de familiares y amigas que han tenido estos síntomas exagerados. Culpabilidad parcial también corresponde al médico por no explicar correctamente los cambios fisiológicos del climaterio y, en ocasiones, por sugerir o corroborar la idea preconcebida por las pacientes, que la menopausia es responsable de todos los síntomas indefinidos aparecidos en esta etapa y a los cuales no se les encuentra una etiología precisa.

El hecho frecuente de que en esta época la mujer se siente menos importante hacia su familia, cree haber perdido el interés de su esposo porque está marchita y, así, al sumarse las incontables circunstancias derivadas de las condiciones ambientales de cada una, hacen que pierda la confianza en sí misma y que, progresivamente, manifieste un cuadro de angustia neurótica que cada quien matiza de acuerdo con su temperamento y que, en diverso grado, expresa las sensaciones de inseguridad, ansiedad, fatiga,

irritabilidad, depresión, vértigos,cefalalgias, tendencia al insomnio, falta de apetito y otros síntomas digestivos.

TRATAMIENTO

El climaterio es una etapa fisiológica en la vida de la mujer y, por lo tanto, puede iniciarse y evolucionar sin requerir atención médica. Un número importante de mujeres sufre trastornos tan leves que la administración de sedantes nerviosos y la instauración de medidas psicoterápicas son suficientes para corregir dichos trastornos. Sólo un número relativamente reducido de pacientes llega a tener síntomas lo suficientemente intensos como para requerir terapéutica hormonal.

Como en este periodo pueden aparecer o acentuarse afecciones de etiología diferente al desequilibrio endocrino, o bien superponerse a ella, es indispensable un examen minucioso de cada caso particular, agotando los medios de diagnóstico para instituir el tratamiento más racional.

Teniendo en cuenta que los síntomas vasomotores son los más característicos y frecuentes del climaterio, a tal punto que sirvan para juzgar la importancia del cuadro clínico y cuya evolución nos sirve de guía para darnos cuenta del éxito de la medicación, se considerará su tratamiento en primer término. Antes de prescribir el tratamiento medicamentoso, el médico debe explicar a la paciente que atraviesa por una etapa normal de la vida, que no se acompaña necesariamente de graves perturbaciones, que sus molestias tendrán alivio, sobre todo si ella coadyuva adoptando una postura mental adecuada a las circunstancias y corregir hasta donde sea posible los factores ambientales que puedan existir.

Los medicamentos de que disponemos son, esencialmente: *Los sedantes del sistema nervioso y productos hormonales.*

Los sedantes, de cualquier naturaleza que sean, se administrarán de acuerdo con el grado de hiperexcitabilidad de la enferma. Los más usados son: *Los bromuros, los barbitúricos, la reserpina, la cloropromazina, y los derivados del propanediol o ataráxicos*, estos últimos son los más útiles a nuestro juicio porque, casi sin producir somnolencia ni depresión, calman la ansiedad y la tensión nerviosa (tienen el inconveniente de su elevado precio).

Los estrógenos son las hormonas que se usan desde más antiguo en el tratamiento de este síndrome; realizan una terapéutica racional ya que a la vez que es de subs-

titución, frenan la producción por parte de la hipófisis de gonadotrofinas, las cuales, como hemos dicho, se consideran responsables en gran parte de la producción de los trastornos del climaterio. Se dividen en naturales y sintéticos. Entre los naturales tenemos: el *Alpha Benzoato de Estradiol* y el *Dipropionato de Estradiol*, que se administran por vía intramuscular; el primero se emplea también en comprimidos que se depositan subcutánea o subaponeuróticamente.

Aplicados intramuscularmente tienen la ventaja de que son muy poco tóxicos y de que su acción es prolongada, especialmente el *Dipropionato*. Se utilizan para iniciar el tratamiento, cuando los síntomas son muy severos, a dosis promedio del miligramo cada tercer día y disminuyéndola paulatinamente en cuanto se observa mejoría. Tienen el inconveniente de ser caros y de que en tratamiento prolongado deben evitarse las aplicaciones parenterales, tanto por las molestias que ocasionan, como por el peligro de adicción psicológica.

La forma de *pellets* de aplicación subcutánea o subaponeurótica, aunque casi no es tóxica y es de efecto mucho más prolongado, se usa poco, tanto por la dificultad de su aplicación, como por ser incontrolable su absorción y el peligro de producir estrinismo con sus consiguientes metrorragias.

Estrógenos sintéticos hay muchos: *Estilbestrol*, *Etinil Estradiol*, *Benzestrol*, *Dienestrol*, *Hexestrol*, *Monomestrol*, etc., y sus ésteres como el *Dipropionato de Estilbestrol* o el *Dipalmitato de Estilbestrol*; sin embargo, sólo me referiré a los más comunes.

El *Dietilestibestrol*, aunque no es una substancia de naturaleza esteroide, a iguales dosis es más activo que los esteroides ováricos y tiene las mismas propiedades estrogénicas; tiene, además, las cualidades de ser barato y poderse administrar por vía oral. Se utiliza en dosis de 0.50 miligramos al día, de preferencia a la hora de acostarse. Tiene el inconveniente de producir síntomas tóxicos en una proporción importante de casos, que consisten en náuseas, vómitos y mareos.

El *Etinilestradiol* es el más activo de los estrógenos, se absorbe rápidamente por vía sublingual y casi no es tóxico; se obtienen buenos resultados con dosis de 125 décimos de miligramo al día.

La aparición del *Clorotianiseno* constituyó un adelanto en la terapéutica del síndrome menopáusico. Aunque no hay todavía suficiente experiencia en su empleo, se le

aprecian las siguientes cualidades: no produce síntomas tóxicos, muy rara vez ocasiona hemorragia, se administra por vía oral y después de absorberse en el intestino se deposita en el tejido adiposo, de donde pasa al resto del organismo en forma paulatina y decreciente, durante su acción con la disminución de los síntomas y su ajuste endocrino del organismo en forma casi insensible. Se administra a la dosis de 24 miligramos diarios durante 30 días.

El tratamiento a base de estrógenos siempre debe ser en cantidades decrecientes en relación con la disminución de los síntomas y suspenderlo al desaparecer éstos pues, de lo contrario, puede prolongarse la menopausia al mantenerse una especie de función ovárica vicariante. Tiene el inconveniente que, con frecuencia, ocasiona hemorragias uterinas debidas al efecto proliferativo que ejercen en el endometrio.

Estas hemorragias deben cesar al suspender la administración de estrógenos, de lo contrario nos veremos obligados a practicar un legrado con fines diagnósticos para eliminar la posibilidad de un adenocarcinoma uterino.

El hecho de que se haya comprobado el poder carcinogénico de los estrógenos en algunos animales, aunque no se haya reportado ningún caso en los seres humanos, debe hacernos evitar su empleo en personas con antecedentes hereditarios de cáncer.

Para tener una confirmación objetiva de los efectos de esta terapéutica, es útil el estudio de los frotis vaginales, sea por el método de Papanicolaou y Shorr, el de Gueist y Salmon o el de Mack. En la menopausia se encuentran en estos frotis células pequeñas, redondas u ovaladas con núcleo grande y que proceden del epitelio vaginal atrófico. Hay, además, leucocitos y detritus celulares; todo esto indica falta de actividad estrogénica. Administrando estrógenos en cantidades adecuadas se encuentran en los frotis células cornificadas de tamaño más grande, aplastadas, de núcleo picnótico; los leucocitos y detritus celulares desaparecen. Pero sólo en los casos muy severos o que no respondan al tratamiento recurriremos a los frotis, pues en los casos restantes, la evolución de los trastornos vasomotores es suficiente guía, ya que lo que se persigue con la estrogenoterapia es el alivio o desaparición de esta molesta sintomatología y no la modificación de los extendidos vaginales.

Los andrógenos se han empleado en el tratamiento de los síntomas climatéricos, aunque con menos éxito, en atención a algunas de sus propiedades importantes:

... primera, frenan la producción de gonadotropinas por la hipófisis; segunda, limitan las funciones ováricas; tercera, neutralizan los efectos de los estrógenos en el endometrio; cuarta, tienen acción trófica en el epitelio vaginal y, quinto, producen sensación de bienestar y aumento considerable de las fuerzas.

Se utilizan, principalmente, el *Propionato de Testosterona* y la *Metil-Testosterona* y, en los casos en los que se quieran evitar los efectos sexuales de éstos el *Metil Androstenediol*. El primero se encuentra en solución oleosa para aplicación intramuscular en dosis de 5, 10 y 25 miligramos por ampolla, dos o tres veces por semana, sin exceder nunca la dosis de 300 miligramos al mes, porque se producirían síntomas de virilización.

El segundo y el tercero son de presentación en tabletas para administración oral o sublingual, en dosis de 5, 10 y 25 miligramos por tableta. La dosis usual recomendada es de 10 miligramos por vía oral y 5 por vía sublingual, repetida dos o tres o más veces al día según la severidad de los síntomas.

Los inconvenientes de los *andrógenos* consisten en que pueden producir virilización, el porcentaje de éxitos es menor que el de los estrógenos y, con frecuencia, producen aumento de la libido.

Los inconvenientes del empleo exclusivo de estrógenos o andrógenos hicieron que GUEIS, GREENBLATT y MARGOLESE ensayaran el efecto de combinaciones de ambos, encontrando que: desarrollan acción inhibitoria sinérgica sobre la hipófisis, por lo que se requieren dosis menores de cada uno de ellos, tienen acción trófica sobre el epitelio vaginal, el estrógeno impide el efecto virilizante de la hormona masculina, mientras que el andrógeno previene los efectos molestos de la hormona femenina en el endometrio. Estas combinaciones gozan de las ventajas de los dos, casi sin ninguno de sus inconvenientes; por esto su uso se generaliza cada día más y nosotros lo empleamos en forma preferente.

Se encuentran en forma de tabletas de 5 a 10 miligramos de metiltestosterona o metilandrostenediol por 0.01 o 0.05 miligramos de etinilestradiol o 0.25 miligramos de dietilestilbestrol, para administrarse de 1 a 3 al día por períodos de diez días e intervalos de descanso de 5 a 15, de acuerdo con las manifestaciones de la paciente.

TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES MENSTRUALES

Cuando hay alteraciones menstruales en el periodo pre-menopáusico se tratan en forma diferente de acuerdo con sus modalidades. En las hipomenorreas no se indicará tratamiento alguno y se explicará a la paciente que debe aceptar este síntoma como expresión del comienzo de la regresión sexual.

En caso de metrorragias debe practicarse el legrado uterino, que además de suprimir la hemorragia sirve para completar el diagnóstico, pues siempre debe pensarse en la posibilidad de un cáncer o de cualquier otra alteración orgánica.

Cuando el cuerpo lúteo no se forma, es decir, cuando existen ciclos anovulatorios, tienen lugar menometrorragias cuya intensidad y duración generalmente guardan proporción con la duración de dichos ciclos, pudiéndose llegar hasta el cuadro clínico conocido como "*metropatía hemorrágica*".

La conducta a seguir en estos casos debe ser la siguiente: se trata la hemorragia por legrado, si existe duda diagnóstica; si no, por la inyección diaria de la combinación trihormonal de GREENBLATT (25 miligramos de testosterona, 25 miligramos de progesterona y 1.66 miligramos de benzoato de estradiol), durante 5 días, con lo que se detiene la hemorragia entre 6 y 48 horas. De 2 a 7 días después generalmente sobreviene hemorragia por deprivación que puede ser muy abundante los dos primeros días. Este tratamiento ha desplazado los procedimientos quirúrgicos y roentgenoterápicos a que antes se acudía en estos casos. De 20 a 22 días después de detenida la hemorragia se administran 10 miligramos de progesterona por 3 días por vía intramuscular o 30 mg de anhidro-hidroxiprogestérone por 5 días, por vía oral, para producir tres días después una nueva hemorragia por deprivación. Se sigue repitiendo el tratamiento con progesterona cada mes, hasta que se reanuden los ciclos ovulatorios, lo cual se puede comprobar mediante el registro de la temperatura basal. Si hubiere pérdida sanguínea en el periodo intermenstrual se recurrirá a la producción de ciclos artificiales por administración de estrógenos y progesterona de acuerdo con los tipos clásicos; 3-0, 3-1 ó 3-2.

Las neurosis deben tratarse por medio de psicoterapia y la combinación de sedantes con las mezclas de estrógenos

con andrógenos de acuerdo con los síntomas predominantes. Cuando se presume la aparición de psicosis, la enferma debe confiarse de inmediato al especialista.

Vulvitis y prurito vulvar

Cuando aparecen estas afecciones en el climaterio, está indicada la hormonoterapia oral a base de las mezclas mencionadas de andrógenos con estrógenos, a dosis y por períodos variables, en relación con la intensidad y rebeldía de los síntomas y asociada con la aplicación, dos veces diarias, de pomadas u óvulos que contengan 0.1 mg de estradiol o 1 mg de estilbestrol, previo lavado cuidadoso.

En caso de existir otras causas capaces de producir prurito (infecciosas, parasitarias o tóxicas) se hará la terapéutica etiológica correspondiente complementada con la hormonoterapia.

CONCLUSIONES

1. El climaterio se inicia, generalmente, en la quinta década de la vida.

2. Es ocasionado por la disminución de las funciones ováricas y el desequilibrio hormonal que estas crean.
3. Los síntomas característicos del climaterio son: amenorrea, trastornos vasomotores, atrofia de los órganos genitales, trastornos psíquicos y psicosomáticos.
4. En la mayoría de las mujeres los síntomas climatéricos son tan leves que no requieren tratamiento alguno.
5. La intensidad de los síntomas está en relación con la estabilidad de su sistema neurovegetativo.
6. Los recursos terapéuticos esenciales, en los casos que se requieran, son: la psicoterapia, los sedantes nerviosos y las hormonas sexuales masculinas y femeninas.
7. Entre los sedantes nerviosos preferimos las drogas ataráxicas porque casi sin producir somnolencia ni depresión, calman la ansiedad y la tensión nerviosa.
8. Entre los productos hormonales se prefieren las asociaciones de estrógenos y una potencialización de ambas hormonas a la vez disminuye sus efectos secundarios indeseables.