

LA MENOPAUSIA: ¿EDAD CRÍTICA?

THE MENOPAUSE: CRITICAL AGE?

Víctor Jesús Zurita Villamuza

Profesor Titular de Universidad. Académico de Número

Correspondencia: Clínica Ginecológica Dr. Zurita. C/ Gamazo nº 2 – 47004 Valladolid –

Tel.: 609 240 024

E-mail: zurita@med.uva.es

An Real Acad Med Cir Vall 2017; 54: 115 - 136

RESUMEN

Se contempla la menopausia como una época de profundos cambios más que “crítica” o de especiales riesgos. Se definen los conceptos menopausia-climaterio, el fallo ovárico como desencadenante y se repasan los grandes cambios que la menopausia produce: endocrinos, orgánicos y metabólicos. Se describe el síndrome climatérico, que engloba cambios en el ciclo menstrual, síntomas neurovegetativos, síntomas endocrino-metabólicos, psíquicos y de la función sexual. Finalmente se hacen unas consideraciones sobre la oportunidad o no de controlar y eventualmente tratar un proceso que es fisiológico, pero que puede provocar muy molestos síntomas y a veces importantes complicaciones.

Palabras clave: Menopausia. Climaterio. Cambios climatéricos. Síndrome menopáusico.

ABSTRACT

Menopause is defined as a deep changed period more than “critical” or special risks.

Concepts as Menopause-Climacteric, ovarian failure as a trigger factor are defined and great changes that menopause produces are revised: endocrine, organic and metabolic.

Climacteric syndrome is explained and it embraces changes in the menstrual cycle, neuro-vegetative, metabolic, psychical and sexual function symptoms.

Finally, considerations are taken about the possibility of controlling, or not, and, eventually, treating a physiological process but it could produce uncomfortable symptoms, even, important complications.

Key words: Menopause, Climacteric, Climacteric changes, Menopausal syndrome.

INTRODUCCIÓN

La sesión de hoy forma parte de un ciclo de conferencias, patrocinadas por la Obra Social de la Fundación “*la Caixa*”, que tienen carácter de divulgación de algunas entidades, patologías, o situaciones que pueden aparecer a lo largo de la vida y que puedan ser de especial relevancia desde el punto de vista sanitario y social.

Esta Real Corporación, en su deseo de acercamiento a la Sociedad y considerando de utilidad la propuesta, aceptó la oferta, organizando en su sede este ciclo de conferencias.

El tema elegido para hoy, gira alrededor de la menopausia. Consideramos que es una de las vivencias más trascendentales que la mujer va a tener a lo largo de su vida. A su llegada no solamente desaparece la menstruación; pierde definitivamente su capacidad reproductora y van a surgir importantes cambios a muchos niveles que la hacen percibir que su feminidad puede estar en crisis, y que incluso abren la puerta a algunas patologías características de esta época.

Así pues, nos hemos planteado: ¿es la menopausia una edad crítica?. Así la definió Marañón ya en 1919 ^{(1) (2)}. Parece que alrededor de esta época surgen inquietudes, miedos, sensación de que algún peligro acecha, que crean en la mujer un estado de intranquilidad.

Nosotros la consideramos como una época de profundos cambios, muchas veces no bien conocidos y que precisamente por eso, por ese desconocimiento, son capaces de crear un clima de más incertidumbre. Creemos que si tratamos de explicar por qué ocurre la menopausia y qué cambios y síntomas podemos esperar, daremos respuesta a muchas de las preguntas que la mujer se hace en esta época y para las cuales no encuentra fácilmente la respuesta.

LOS CONCEPTOS MENOPAUSIA – CLIMATERIO

Pretendemos aclarar estos conceptos, pues oímos estos términos que podrían parecer sinónimos y no lo son.

Climaterio es un período de tiempo, impreciso, que se extiende entre la madurez sexual y la senilidad, durante el cual se van produciendo los cambios de los que hemos hablado y que puede extenderse entre los 45 y los 55 años aproximadamente.

Menopausia en el sentido más estricto es una fecha: la fecha de la última regla. Por tanto cuando hablamos de un período de tiempo, más bien deberíamos hablar de climaterio que de menopausia.

Hay otros términos que se manejan habitualmente como premenopausia: época que transcurre entre el comienzo del climaterio y la fecha de la menopausia, y postmenopausia: los años transcurridos desde la menopausia hasta el final de la época climatérica, y para algunos hasta el final de la vida de la mujer. Otros términos como preclimaterio, postclimaterio o perimenopausia, se refieren a otros períodos de tiempo, más imprecisos que también se manejan.

Si el climaterio es un período de tiempo, ¿cuánto dura?. Ya que comienzo y terminación son imprecisos, estimar su duración necesariamente también lo será. Quizás nos interesa más el tiempo en que los síntomas son más evidentes. Siguiendo este criterio, hay un estudio ya clásico ⁽³⁾, calculado sobre una esperanza de vida de 80 años en que se obtuvieron los porcentajes del tiempo de la vida de la mujer desde el punto de vista reproductor, que arroja las siguientes cifras:

Fase prepuberal:	16%
Madurez sexual:	44%
Climaterio:	7%
Postmenopausia:	33%

Deducimos por tanto que el tiempo medio con síntomas evidentes, ocupa el 7% de la vida de la mujer, y un dato curioso: comparada con otras especies, la especie humana en una de las que actualmente tiene un menor porcentaje de su vida con capacidad reproductora, debido a que el aumento constante de la esperanza de vida, alarga la época postmenopáusica.

Edad de aparición de la menopausia

La edad de presentación de la menopausia es fácil de determinar, pues es una fecha, también fácil de identificar. Posiblemente, se ha mantenido con una cierta estabilidad desde la antigüedad hasta el comienzo del siglo pasado, alrededor de los 47 años, pero desde entonces, se ha ido retrasando hasta el momento actual. En la mayor parte de los estudios recientes hechos en la esfera occidental, se la detecta alrededor de los 50 años, con leves variaciones alrededor de una desviación estándar de 1,5 años. Cifras más bajas, se han encontrado en extremo oriente, pero en general, ligadas a un peor desarrollo económico.

Ha habido curiosidad por saber qué factores podrían influir en la edad de aparición y se han hecho múltiples estudios epidemiológicos para tratar de identificarlos. Se ha estudiado la posible influencia de la raza, la edad de la menarquia, la fertilidad, la edad del último embarazo, el tiempo de lactancia, la acción de los anticonceptivos, el estrado civil, el tipo de trabajo, el medio ambiente, el ejercicio

físico, la talla y peso. Estos factores no parece que tienen una influencia decisiva, aunque se hayan visto pequeñas diferencias en algunos de ellos.

Los factores más influyentes, pueden ser: el factor genético, aunque no siempre, pero se ha visto que puede haber un “modelo familiar” en que las hijas, siguen los pasos de sus madres.

El nivel socioeconómico: es claro que la menopausia se retrasa a medida que las condiciones de vida mejoran y que parece es el responsable del retraso en los últimos tiempos ⁽⁴⁾.

La nutrición, también influye, habitualmente ligada a un mejor nivel socioeconómico, aunque una alimentación estrictamente vegetariana puede ser capaz de adelantarla ⁽⁵⁾. Esto explicaría las cifras más bajas en las zonas de oriente en que la alimentación está basada en el arroz.

Hay absoluta unanimidad en la influencia negativa del tabaco, corroborado en múltiples estudios ⁽⁶⁾⁽⁷⁾: acelera la llegada de la menopausia y es capaz de adelantarla en proporción al número de cigarrillos fumados. Incluso, se han detectado fallos ováricos precoces ⁽⁸⁾ en grandes fumadoras.

Finalmente, algunas enfermedades, tanto ginecológicas como generales, son capaces de provocar menopausias precoces, aunque no vamos a entrar en su descripción; y evidentemente, por mecanismo yatrogénico, cuando se provoca algún daño ovárico o su desaparición, como en algún tipo de cirugía, radioterapia, y tratamientos con citostáticos.

POR QUÉ OCURRE LA MENOPAUSIA

El fallo ovárico, es el desencadenante de todo el proceso menopáusico, por desaparición de los ovocitos que los ovarios contienen. Los ovocitos, o células germinales, alcanzan su máximo en época fetal, hacia las 20 semanas de gestación. A partir de ese momento, descienden paulatinamente a lo largo de la vida de la mujer, hasta que llegan a desaparecer después de la menopausia ⁽⁹⁾.

En la siguiente tabla vemos la evolución del número de ovocitos a lo largo de la vida de la mujer en los dos ovarios:

6º mes fetal	6.000.000
Feto a término	2.000.000
Niña de 4 a 10 años	500.000
Adolescente de 11 a 17 años	400.000
Mujer de 18 a 20 años	200.000
Mujer de 21 a 31 años	75.000
Mujer de 32 a 38 años	50.000
Mujer de 39 a 45 años	10.000
Mujer postmenopáusica	0

Así pues, el envejecimiento ovárico, con la desaparición de la dotación folicular es el hecho fundamental en la aparición de la menopausia, aunque haya indicios de que el hipotálamo y la existencia de algunas hormonas peptídicas foliculares, puedan modular la respuesta.

MODIFICACIONES DEL ORGANISMO DE LA MUJER EN LA MENOPAUSIA

Modificaciones endocrinas

Son las modificaciones claves a partir de las cuales se desarrolla el síndrome climatérico. Hemos visto que el núcleo desde el que se desencadena el proceso está en el fallo ovárico. A partir de la caída de la producción hormonal ovárica, fundamentalmente de estrógenos y progesterona, como en ondas concéntricas que se expanden y en respuesta a ello, los cambios endocrinos se van extendiendo a otros campos, dando lugar a respuestas de órganos y sistemas cada vez más alejados del punto donde la alteración surgió, que dan lugar a más cambios amplios y complejos, capaces de originar una profusa sintomatología. Por eso se ha hablado de “Conmoción”, “Síndrome”, “Crisis”.

En la fase premenopáusica, se dan los primeros indicios del envejecimiento folicular, que provocan un incremento de la FSH hipofisaria y un acortamiento de los ciclos y que pueden aparecer años antes de la desaparición de las reglas. Después, ya se detecta un claro descenso del estradiol y posteriormente de la progesterona ováricas. Como respuesta a estas caídas, la hipófisis desencadena una estimulación creciente y por eso aparecen ya claros aumentos de la FSH y LH hipofisarias, que a su vez está siendo hiperestimulada por el hipotálamo y por eso también se detecta un aumento del factor liberador hipotalámico (Gn-RH)⁽¹⁰⁾; sus niveles pueden estar multiplicados por 10, sobre los valores basales preexistentes.

Al final de esta fase, los bajos niveles de estradiol y progesterona no son capaces de provocar una proliferación ni descamación suficientes del endometrio uterino y por tanto, las reglas desaparecen. Ha llegado la menopausia.

La fase postmenopáusica, se caracteriza porque los cambios endocrinos se van a extender más y la implicación de otras glándulas de secreción interna, se hace más evidente.

En el ovario postmenopáusico, los folículos, donde se producen el estradiol y la estrona, ya están atrésicos, y por ello, la producción de dichas hormonas, es mínima. Como no hay ovulación, desaparece el cuerpo lúteo, donde se produce la progesterona, que se hace indetectable. Pero hay otra parte del ovario, que es el intersticio, donde se producen hormonas androgénicas como testosterona y androstendiona que permanece funcionando, y además hiperestimulada por la alta tasa de LH hipofisaria. Conclusión: aumenta la producción de hormonas androgénicas ováricas, que podrían crear una virilización de la mujer en estos momentos,

que afortunadamente es casi siempre poco marcada, porque estos andrógenos ováricos se usan como precursores de una importante formación extragonadal de estrógenos en otros órganos, como la grasa. (**Fig. 1**)

En la hipófisis, los niveles de FSH aumentan hasta 20 veces por encima de los valores de la fase folicular precoz de la mujer en época fértil. La LH también aumenta aunque en menor grado: llega a multiplicar por 5 sus niveles. Esta hiperfunción es creciente durante los primeros años postmenopáusicos, alcanzando su máximo entre los 3 y los 5 años después de la menopausia y se mantienen largo tiempo, que puede sobrepasar los 10 años. Finalmente, vuelven a descender. Parece que también se han detectado cambios en otras hormonas hipofisarias, como la tireotropina y la somatotropina, que parece están aumentadas, en cambio la prolactina desciende

El hipotálamo, también aumenta su actividad, en forma de fuertes descargas de Gn-RH, que tendrán importancia en la génesis de los sofocos.

Un hecho llamativo que se da en esta época es el desplazamiento de la mayor parte de la producción estrogénica fuera de las glándulas de secreción interna, empleando los andrógenos producidos en ovarios y suprarrenales como metabolitos intermediarios para sintetizar estrógenos por aromatización. Este proceso de aromatización a nivel periférico, se ha podido identificar sobre todo en el tejido graso: abdominal y mamario sobre todo ⁽¹¹⁾ y también en otros órganos. Así pues, la cantidad de grasa, va a influir sobre este proceso, y lógicamente, la producción estrogénica, se va a realizar con más intensidad en las mujeres obesas que en las delgadas. Pero hay un hecho relevante: los estrógenos producidos no van a ser los mismos que los de producción ovárica. El estrógeno dominante en estos momentos, es la estrona en vez del estradiol, que procede en su mayor parte de la aromatización periférica de la androstendiona. La existencia de estos estrógenos postmenopáusicos, pueden tener relación con el hecho paradójico de que algunos cánceres estrógeno dependientes como el de mama y sobre todo el adenocarcinoma de útero, aparezcan e incluso tengan su máxima prevalencia en estas épocas.

Hay también cambios en otras glándulas de secreción interna, como las suprarrenales, en las que sufre una hipertrofia la capa reticular, que sintetiza preferentemente andrógenos. En tiroides puede haber una hiperfunción transitoria; en cambio la calcitonina desciende y acentúa su descenso con el hipoestronismo, hecho importante, pues su descenso es una vía fundamental por la que puede llegarse a una osteoporosis. En cambio, no parece que haya influencia sobre la producción de la paratohormona, producida en las paratiroides. Aunque la época climatérica coincide con la edad en que la diabetes aparece clínicamente o se agrava, no parece que el climaterio tenga responsabilidad sobre ello y no se han encontrado cambios en la función pancreática.

Modificaciones orgánicas

Los cambios orgánicos que la mujer va a sentir en su organismo, son esencialmente involutivos. Más acusados en las estructuras del aparato genital, pero que se extienden a otros órganos que no tienen una relación tan directa con las influencias hormonales, pues básicamente estos cambios orgánicos son inducidos por la caída de los niveles estrogénicos descritos. No obstante, queremos advertir que junto a los cambios *dependientes* del climaterio, hay otros *coincidentes* con él y que son debidos a un envejecimiento general de los tejidos. Así pues, no todos los cambios que ocurren en esta edad, deben ser achacados al climaterio; el envejecimiento tisular, tiene también un importante papel.

En el aparato genital, sí que hay cambios involutivos muy evidentes ligados a los cambios hormonales, lo cual no ocurre en el varón. Un hecho característico es que la atrofia no aparece simultáneamente en ellos; comienza antes en el útero, después en la vagina y posteriormente en la vulva.

En el útero, el cuello disminuye de tamaño, aunque no tanto como el cuerpo y la producción de moco endocervical también disminuye, colaborando en la sensación de sequedad que puede aparecer. En el cuerpo uterino, el miometrio sufre una atrofia intensa, que provoca una disminución del peso del útero de un 30 a 50 por 100. El endometrio es un órgano diana de primer orden para la acción estrogénica por lo que al principio sus proliferaciones y descamaciones son irregulares, y finalmente, su atrofia es tan intensa que provoca la desaparición definitiva de las reglas.

Los cambios orgánicos en los ovarios, están en estrecha relación con los cambios hormonales: va desapareciendo el aparato folicular y los cuerpos lúteos, hasta su extinción y van disminuyendo de tamaño y peso, hasta aproximadamente los 60 años en que ya, atrésicos adquieren el típico aspecto del ovario giratus de la mujer senil en el cual se mantendrán.

El sistema ligamentario del útero, que mantiene el aparato genital en su posición, sufre una relajación sobre todo en la postmenopausia como respuesta a la caída estrogénica. Este hecho y posibles lesiones previas en el suelo perineal, provoca que los prolapsos genitourinarios alcancen su máxima incidencia en esta época.

En las mamas, hay una involución global, que empieza ya en la fase premenopáusica y que se acentúa en la postmenopáusica. Se reduce el aparato glandular, pero se ve compensado por un aumento simultáneo del tejido graso, por lo que frecuentemente, el volumen mamario no se ve claramente disminuido. Este cambio tiene especial relevancia si tenemos en cuenta que el tejido graso mamario es punto fundamental en la producción estrogénica de la postmenopausia basada fundamentalmente en la producción de estrona.

Las vías urinarias bajas, por proximidad y por la existencia de receptores estrogénicos en su estructura, son muy sensibles a la acción estrogénica, por eso la menopausia va a provocar cambios. Hay atrofia de los epitelios vesical y uretral y relajación y atrofia de su pared muscular, así como del sistema ligamentario de sostén. Esto va a tener consecuencias clínicas, favoreciéndose la incontinencia urinaria, las infecciones y los prolapsos.

Los cambios de la piel en esta época, han sido englobados como parte del proceso de “envejecimiento”, pero la piel también es un tejido “diana” de las hormonas esteroides, que permiten una regeneración cutánea más activa y la mantienen mejor hidratada. Las hormonas esteroides: andrógenos y estrógenos, tienen también una importante influencia sobre los anexos cutáneos: glándulas sudoríparas, glándulas sebáceas y folículos pilosos, con acciones a veces contrapuestas. Es evidente que el nuevo equilibrio hormonal de la postmenopausia, va a influir sobre su función.

Cambios metabólicos

El aumento de la esperanza de vida de la mujer actual, alargando la época postmenopáusica, ha permitido el desarrollo de cambios metabólicos, que además van profundizándose a medida que el tiempo va pasando. Este hecho ha dado lugar a que aparezcan patologías de relevancia creciente y que antes no aparecían porque la muerte más precoz evitaba su aparición o desarrollo. Es evidente que en un futuro este problema se va a ir agudizando.

Metabolismo lipídico:

La conexión entre metabolismo lipídico, arteriosclerosis y enfermedad coronaria, dan a este apartado una especial relevancia y la función ovárica tiene aquí una clara influencia. Hay observaciones claras⁽¹²⁾, por ejemplo, la incidencia del infarto de miocardio entre hombres y mujeres a lo largo de su vida

Edad (años)	Hombre	Mujer
25 - 35	3	1
36 - 49	1,7	1
50 - 75	1,2	1
> 75	1	1

Vemos claramente que estas diferencias son muy notables en los grupos de edades más jóvenes y que se van igualando hasta desaparecer a edades avanzadas. También sabemos que la pérdida de la función ovárica provoca cambios en los lípidos séricos que van asociados a un aumento del riesgo de cardiopatía isquémica. Así lo reconoció ya la Organización Mundial de la Salud:

“La condición femenina, ligada al funcionamiento ovárico, es un factor protector ante la enfermedad coronaria”: O.M.S. 1981.

Así pues, podemos decir que de los muchos trabajos realizados sobre la influencia de la pérdida de función ovárica sobre el metabolismo lipídico, se puede deducir que provoca un incremento mantenido del colesterol plasmático y parece que también sobre los triglicéridos. Las lipoproteínas plasmáticas de más baja densidad (VLDL – LDL) que tienen carácter aterogénico, parece que tienden a elevarse y en cambio se produce un descenso de las de alta densidad (HDL), que tienen carácter antiaterogénico. De lo anterior parece deducirse que la menopausia altera de forma desfavorable el equilibrio lipídico, favoreciendo la aparición de aterosclerosis y enfermedad coronaria.

Metabolismo de los hidratos de carbono:

Parece que la menopausia por sí misma, no tiene una clara influencia sobre el equilibrio metabólico hidrogenado, aunque sea una época en que la diabetes latente aflora con más frecuencia. Tienen más importancia la edad, que va provocando un aumento de resistencia a la insulina y el estilo de vida con una tendencia hacia el sedentarismo y el aporte calórico excesivo. No podemos hacer a la menopausia culpable de estos problemas.

Metabolismo proteico:

Los estudios de la influencia de las hormonas esteroideas sobre el metabolismo proteico, se han centrado más sobre el efecto de su administración que sobre la influencia de los cambios de producción intrínseca. Sabemos que los estrógenos favorecen decisivamente el anabolismo proteico hepático, estimulando la síntesis de proteínas en su parénquima. El acúmulo de estrógenos en el sistema porta, produce un aumento del angiotensinógeno y un aumento también de los factores VII y X de la coagulación, así como una disminución de la Antitrombina III. A través de estos mecanismos debemos esperar una influencia sobre la tensión arterial y la coagulación sanguínea.

En cuanto a la tensión arterial, su estudio es complejo, pues no todos los estrógenos tienen una misma acción y los estrógenos naturales carecen prácticamente de acción vasoconstrictora. No obstante, parece que la tendencia más generalizada de la mujer climatérica es hacia una elevación más pronunciada de la TA y afecta más a la diastólica.

La desaparición de los estrógenos naturales ováricos, no parece que tenga gran influencia sobre la coagulación sanguínea. Mucho más importante es el efecto provocado por tratamientos con estrógenos sintéticos, que sí tienen un acusado efecto sobre alguno de los factores de coagulación, como los factores VII y X e incluso un aumento de la agregación plaquetaria.

Peso corporal:

Somos conscientes de la gran trascendencia estética y psicológica que encierra el peso corporal para la mujer, pero además, tras los cambios ponderales, se encuentran importantes problemas fisiológicos y clínicos que no podemos desconocer.

Durante el climaterio, hay variaciones en el peso corporal y decimos variaciones porque no hay una tendencia única establecida. El incremento suele ser la tendencia más frecuente: 50% a 60%. Alrededor de un 30% no varía y otro 10% adelgaza.

Si el incremento de peso es la tendencia predominante y la que más preocupa, ¿por qué ocurre?. En algunos casos, la obesidad se adquiere por vía endógena, y hay varios mecanismos que pueden favorecerla: la existencia de mayor resistencia a la insulina en esta edad, hipotiroidismos larvados o una tendencia esencial de causa no bien conocida. Pero hay que reconocer que la vía exógena es la más frecuente, ligada a un incremento del apetito y un aumento del sedentarismo.

Un hecho que llama la atención es que la obesidad que surge en esta época, tiene una distribución característica y totalmente diferente a la del varón. En la mujer que se hace obesa, la grasa se deposita en la mitad inferior del abdomen, en la zona glútea, en los muslos y en las mamas. En cambio, en el varón la grasa se acumula en los brazos, cintura escapular, cuello y en la mitad superior del abdomen. (**Fig. 2**)

Ya advertimos que los cambios ponderales se acompañan de problemas clínicos importantes. Ligado a la producción de estrógenos en el tejido graso, se comprende que la mujer obesa tiene niveles más altos de estrógenos y la sintomatología ligada a su disminución es más atenuada, pero en cambio hay otros peligros que la acechan: está más expuesta a la enfermedad endometrial benigna, al adenocarcinoma de endometrio y a los cánceres de mama de carácter más estrógeno dependientes, hay más tendencia hacia la diabetes e hipertensión y más riesgo de enfermedad coronaria

La delgadez en el climaterio se ve cada vez con más frecuencia y la mayor parte son de tipo exógeno: voluntario. En estas pacientes, puede haber una disminución del agua corporal por el hipoestronismo más acusado. Se ha descrito el *síndrome de la fumadora delgada*, que cursa con adelgazamiento, trastornos psíquicos y depresión. Hay frecuentes ciclos anovuladores y una tendencia hacia la menopausia precoz. Sus síntomas menopáusicos suelen estar exacerbados y hay una mayor tendencia hacia la osteoporosis, en cambio tienen menor incidencia de adenocarcinoma de endometrio y cáncer de mama.

Metabolismo óseo:

El hueso no es solo un armazón mecánico, un entramado de pilares y vigas inerte que mantienen el edificio corporal; es un tejido vivo con un activo metabo-

lismo. En él se da un permanente intercambio con reabsorción y reposición de la masa ósea, que llamamos remodelación ósea. La masa ósea evoluciona a lo largo de la vida con un desarrollo y crecimiento durante la niñez y juventud, seguido de un período de consolidación, que culmina hacia los 30 a 35 años, momento en que se alcanza lo que llamamos “pico de masa ósea”. A partir de ahí, comienza un proceso de destrucción y pérdida constantes hasta la muerte del individuo. En la mujer, se produce una pérdida de masa ósea más acelerada a partir de la menopausia, que se debe al déficit estrogénico y que provoca una caída de la masa ósea mayor que en el varón.

Los estrógenos son capaces de frenar la reabsorción y por tanto la pérdida de masa ósea, en cambio tienen menos acción sobre la reposición ósea. Por eso podemos decir que el hipoestronismo postmenopáusico, facilita la osteoporosis.

SINTOMATOLOGÍA DE LA MENOPAUSIA EL SÍNDROME CLIMATÉRICO

La época perimenopáusica, se caracteriza por la aparición de una sintomatología con gran variabilidad. El *síndrome climatérico*, tiene estas cuatro características:

Múltiple: hay una gran cantidad de síntomas descritos en relación con este síndrome. Marañón ⁽¹³⁾ llegó a incluir 49 en su clasificación

Polimorfo: la sintomatología que se describe, es muy dispar y localizada o en relación con muy diferentes órganos y sistemas

Inconstante: afortunadamente, nunca todos los síntomas descritos se dan en una paciente y además se presentan con una frecuencia muy diversa.

Variable: en cuanto al grado de intensidad del síndrome. Hay mujeres asintomáticas y otras en que la sintomatología es realmente acusada, que deteriora mucho la calidad de vida de estas pacientes. También es variable en cuanto a la duración; la media más habitual puede estar entre 2 y 8 años ⁽¹⁴⁾. Pero hay casos descritos en los que la sintomatología se prolongó durante 20 años.

Los diversos síntomas climatéricos tienen diferentes momentos de aparición, intensidad máxima y remisión. Por ejemplo: las alteraciones menstruales aparecen en la premenopausia, los sofocos son más tardíos y los síntomas derivados de la involución del aparato genital son aún más tardíos, pero globalmente apreciados, la intensidad y frecuencia de la sintomatología global, va aumentando desde la premenopausia, se exacerban cuando la menopausia llega y alcanzan el punto máximo de uno a tres años después de la menopausia, para ir remitiendo paulatinamente.

Estas características del síndrome climatérico, hacen complejo su estudio. Para una descripción lo más ordenada posible, los vamos a agrupar en cinco grandes apartados:

1. Alteraciones del ciclo menstrual:

- Cambios en la duración del ciclo
- Infertilidad y esterilidad
- Metropatía hemorrágica perimenopáusica
- Hemorragias postmenopásicas

2. Síntomas neurovegetativos:

- Sofocos
- Sudoraciones
- Palpitaciones
- Opresión precordial
- Parestesias
- Calambres y disestesias
- Síndrome de las piernas inquietas
- Vértigos
- Zumbidos de oídos
- Cefaleas

3. Síntomas endocrino-metabólicos:

- Astenia
- Dolores
- Tendencia a la obesidad
- Virilización
- Síntomas cutáneos
- Síntomas de la involución genital
- Osteoporosis postmenopáusica

4. Sintomatología Psíquica:

- Nerviosismo
- Irritabilidad
- Estado depresivo
- Ansiedad
- Labilidad emotiva
- Psicoastenia
- Pérdida de memoria
- Alteraciones del sueño

5. Sintomatología de la función sexual

Alteraciones de la libido

Disfunción sexual

Alteraciones del ciclo menstrual:

Cambios en la duración del ciclo : años antes de la menopausia pueden aparecer ciclos cortos, entre los que pueden intercalarse posteriormente ciclos anovuladores que pueden ser más largos de lo habitual.

Infertilidad y esterilidad: las faltas de ovulación, provocan una infertilidad creciente, que se acrecienta con la aparición de un aumento del índice de abortividad, de partos prematuros y de anomalías congénitas, hasta que la desaparición de la ovulación, de lugar a una esterilidad definitiva.

Metropatía hemorrágica premenopáusica: coincidiendo con la aparición de las irregularidades de los ciclos, pueden aparecer hemorragias irregulares, más intensas que la pérdida menstrual, debido a la inestabilidad de los niveles estrogénicos y el déficit de progesterona.

Hemorragias postmenopáusicas: podríamos considerarlas “fisiológicas” de esta época, las provocadas por atrofia o hiperplasia endometrial, pero en otros casos son auténticamente patológicas, provocadas por procesos benignos o malignos. Así pues, ponemos especialísimo énfasis en advertir que toda hemorragia de este tipo, debe ser consultada y estudiada. No olvidemos que entre las hemorragias en esta época, más de un 15%, pueden ser el primer síntoma de un adenocarcinoma de útero.

Síntomas neurovegetativos:

Son síntomas que a diferencia de los anteriores, rebasan el ámbito del aparato genital y están muy relacionados con una alteración vasomotora.

Los sofocos: podemos considerarle el síntoma más frecuente y específico del climaterio. En diferentes estudios se han encontrado porcentajes entre el 50% y el 85% de todas las mujeres. Su intensidad también es variable, así como la frecuencia de los episodios, y la duración de los mismos. Lo describiríamos como una oleada de calor, que afecta a la parte superior del cuerpo, adquiriendo su máxima intensidad en cara y cuello, y que se puede manifestar externamente como un rubor o enrojecimiento de la piel de estas zonas.

Sudores: casi siempre forman parte de la sofocación: cuando el sofoco es intenso, termina en un cuadro sudoral, pero en algunas ocasiones aparecen sin previo sofoco ostensible. Parece que es un síntoma que se acusa más por la noche. Su intensidad y frecuencia suele ir paralela a la de los sofocos, aunque su persistencia suele ser algo mayor.

Palpitaciones: su frecuencia es muy variable, aunque se acusan más cuando hay mayores estados de ansiedad.

Opresión precordial: esta sensación, aparece muy frecuentemente asociada a las palpitaciones, por lo que puede intranquilizar mucho a las pacientes, haciéndolas pensar en una cardiopatía. Siempre debe de ser investigada para descartarla.

Parestesias: incluimos la sensación de hormigueo, acorchamiento o adormecimiento de los miembros, más en las zonas distales: manos y pies. Se acusan más en los miembros superiores.

Disestesias o calambres: entendidas como sensación de auténticos “calambres” también localizadas en los miembros.

Síndrome de las piernas inquietas: no lo consideran todos los autores como auténtico síntoma climatérico. Es síntoma tardío, que aparece preferentemente por encima de los 60 años. Aparece por la noche, en la cama. La paciente no puede quedarse quieta y se ve obligada a levantarse y andar. Con la bipedestación y al caminar, el síntoma desaparece, pero tiende a reaparecer al acostarse de nuevo, por lo que altera el sueño y el descanso nocturno.

Vértigos: el leve puede ser frecuente. Si la sintomatología es intensa, habitualmente tiene causas orgánicas vasculares o vestibulares.

Zumbidos de oídos: es otro síntoma que puede aparecer coincidiendo con la menopausia o si existían ya, se intensifican

Cefaleas: es un síntoma muy frecuente y si ya existía, su incidencia aumenta con la llegada de la menopausia. Las formas más frecuentes, son como jaqueca o hemicránea. En su estudio, siempre habrá que descartar una hipertensión.

Síntomas endocrino-metabólicos:

Es sintomatología que deriva de los cambios endocrinos y metabólicos que hemos visto y van ligados fundamentalmente al hipoestronismo y a la involución corporal. Como estos cambios se van acentuando con el paso del tiempo, los síntomas que de ellos derivan, son síntomas tardíos que se van instaurando lenta pero progresivamente y no de forma transitoria como los neurovegetativos. Su pronóstico por lo tanto es peor y provocan algunas de las complicaciones que a largo plazo van a repercutir sobre la calidad de vida de la mujer ya senil.

Astenia: es uno de los síntomas más precoces de este grupo, frecuente en la premenopausia, se acentúa en la postmenopausia. Es un síntoma muy inespecífico que a veces se relaciona con otras patologías: anemia, hipotiroidismo, diabetes, pero puede estar relacionado con el estado psicógeno de la mujer en esta época y con la severidad de los sofocos.

Dolores: frecuentemente en forma de lumbalgias y sacralgias derivadas de alteraciones de la columna preexistentes pero cuyo cuadro doloroso se despierta con la llegada del climaterio y que parece está inducido por el hipoestronismo.

Tendencia a la obesidad: ya lo vimos al hablar de los cambios en el peso corporal. En una mayoría de las pacientes aparece esta tendencia.

Virilización: no es en hecho habitual como síntoma somático. Se da en un 8% a 10% en grado apreciable. La manifestación más evidente es el hirsutismo, que suele ser moderado y más acusado en el labio superior, mentón y surco intermario y que puede darse entre un 5% y 8% de los casos. Paradójicamente puede acentuarse la caída del cabello del cráneo. Estos y otros indicios menos evidentes como el tono de voz más grave y cambios en su conducta y psiquismo, han facilitado la creación de algunos tópicos alrededor de este síntoma en la menopausia.

Síntomas cutáneos: el cambio atrófico de la piel, provoca su delgadez, sequedad y plegamientos, que dan a la piel un aspecto más rugoso, y a veces, síntomas cutáneos, como el prurito, el acné rosáceo, y el vitíligo, pueden reactivarse.

Síntomas de la involución genital: por esta causa, es frecuente que aparezca prurito localizado en esta zona, sensación de sequedad vaginal y dispareunia. También se ve favorecida la aparición de vaginitis, que tienden a mantenerse en el tiempo.

Signos y síntomas de la osteoporosis postmenopáusica: desde que fue descrita como tal ⁽¹⁵⁾, más que un síntoma, la osteoporosis podemos considerarla como una complicación tardía del climaterio y que ha ido cobrando relevancia a medida que aumenta la esperanza de vida. Aparece de 10 a 15 años después de la menopausia, por la aceleración de la pérdida de masa ósea provocada por la privación estrogénica y se va acentuando al paso del tiempo. Hoy es un auténtico problema de salud pública por la morbilidad e incluso por el coste sanitario que provoca. **(Fig. 3)**

Sabemos que hay algunos factores de riesgo que pueden acentuarla. Destacamos algunos, sobre los que podemos influir:

- Tabaco
- Inactividad física
- Pobre ingesta de calcio
- Consumo de bebidas carbónicas

La pérdida de masa ósea, no provoca por sí misma sintomatología; solo cuando la debilidad estructural del hueso provoca un fracaso mecánico del esqueleto, aparecen las manifestaciones clínicas. Por ello, durante mucho tiempo, la osteoporosis es asintomática y los síntomas son expresión tardía de su evolución. **(Fig. 4)**

El cuadro clínico sobre el que se asienta la osteoporosis, lo vamos a englobar en tres síntomas:

- *Dolor:* que se presenta en varias formas y localizaciones:
 - Dorsalgia, que se irradia hacia la parrilla costal, y se exagera con el movimiento. Dolor vertebral agudo, brusco e intenso, en relación con algún traumatismo leve o esfuerzo, ligado a aplastamientos vertebrales.

Dolor abdominal lateral por contacto de la última costilla con la cresta ilíaca.

- *Cambios morfológicos:* por aplastamiento de los cuerpos vertebrales: Disminución de la talla que puede ser de hasta 10 cm. en un plazo de 10 a 20 años. Cifosis dorsal, que provoca la aparición de la típica gibosidad dorsal
- *Fracturas:* sus dos localizaciones más características serán en el cuello del fémur (fractura de cadera) y en la extremidad distal del radio (fractura de Colles). (**Fig. 5**)

Queremos dejar constancia de la importancia del diagnóstico lo más precoz posible de este proceso, sin esperar a su sintomatología, que es tardía, cuando el cuadro es irreversible, y que se funda en pruebas de laboratorio y métodos físicos de determinación de la masa ósea.

Sintomatología psíquica del climaterio:

Aunque desde épocas remotas, ha habido una convicción sociocultural de la asociación de la desaparición de las reglas con cambios de carácter en la mujer, ha sido necesario esperar el desarrollo de la psiquiatría como especialidad médica en los albores del siglo XX, para definir los síntomas psíquicos. Hacemos una reseña de los encontrados con mayor frecuencia:

Nerviosismo: posiblemente el más frecuente de todos. Es un estado de especial excitabilidad, sin motivo aparente, que mantiene inquieta a la mujer psíquica e incluso físicamente.

Irritabilidad: entendida como una respuesta excesiva y desproporcionada ante estímulos moderados.

Estado depresivo: la invade un estado de tristeza, pesimismo, frustración y falta de esperanza, sin sucesos adversos que lo justifiquen. Pierde interés y está apática, lo que repercute en sus relaciones afectivas e incluso laborales.

Ansiedad: sola o asociada a la depresión. Tiene sensación de amenaza, que provoca miedos injustificados que crean en la mujer una sensación de inseguridad ante el futuro; se preocupa excesivamente por cualquier problema. Este estado ansioso a veces se ve acompañado de síntomas somáticos, como taquicardias, palpitaciones, vómitos, mareos, que acentúan todavía más el estado de ansiedad.

Labilidad emotiva: mínimos motivos, e incluso a veces sin ellos, acongojan a la mujer y provocan el llanto fácil.

Psicoastenía: pierde energía para resolver las labores cotidianas. Posiblemente es un síntoma de la involución senil más que climatérico.

Pérdida de memoria: que suele acompañarse de pérdida de la capacidad de concentración. Es también un síntoma involutivo, pero parece que el climaterio lo exacerba.

Alteraciones del sueño: la mujer climatérica, es difícil que alcance las fases del sueño más profundo: duerme superficialmente y se despierta con facilidad. Es cierto que la tendencia hacia el sueño superficial y el insomnio, también va ligada al envejecimiento, pero en la mujer climatérica, se agrega otro hecho que acentúa más este problema: la aparición de sofocos y sobre todo de sudoraciones, que son capaces de despertarla. Por eso, los trastornos del sueño se acusan más en la mujer que en el varón de su misma edad. Suelen alcanzar su máxima intensidad 2 a 4 años después de la menopausia.

Sintomatología de la función sexual:

Por sus connotaciones éticas, religiosas e íntimas, la sexualidad no ha sido un tema fácilmente abordable y solamente a partir de los años 50 del siglo pasado ⁽¹⁶⁾, se han desarrollado los primeros estudios. Siempre se ha constatado una disminución de la actividad sexual de la pareja a esta edad, y dos son los cuadros clínicos que identificamos como responsables de ello

Alteraciones de la libido: con descenso del interés sexual, inducido por cambios físicos que provocan una disfunción sexual y sobre todo por cambios estéticos desfavorables, que frustran la femineidad de la mujer, con rechazo subconsciente de la relación sexual. Precisamente, se ha comprobado que las mujeres en las que más se acusa este hecho, son precisamente las más hermosas, que siempre tuvieron una gran capacidad de gustar. Síntomas psíquicos, como la apatía, astenia, ansiedad, y estado depresivo, son importantes escollos que se interponen para lograr una buena vivencia sexual; precisamente, algunos psicofármacos, parecen tener efectos pro-sexuales en el deseo ⁽¹⁷⁾. Una disminución de la libido, alrededor de los 50 años, se ha encontrado en más del 50% de todas las mujeres.

Disfunción sexual: la entendemos como la dificultad para la realización del acto sexual, con independencia de la libido. Queremos dejar constancia de que las causas de las disfunciones sexuales, se las reparten prácticamente al 50% entre el varón y la mujer y aunque hablemos de causas en la mujer, como nos corresponde, el varón es tan protagonista como ella ante este problema. Los cambios involutivos vaginales, provocan muy fácilmente una dispareunia, y son importantes escollos que se interponen para lograr una buena vivencia sexual. La falta o distanciamiento de la relación sexual, influye negativamente sobre el trofismo vaginal, incrementándose la atrofia de su pared, que provoca más molestias al intento de una nueva relación sexual. Se crea un auténtico círculo vicioso, con molestias crecientes que van dificultando cada vez más las relaciones sexuales.

CONSIDERACIONES FINALES

Hemos visto que los cambios menopáusicos provocan síntomas, deterioros y complicaciones importantes, algunas de las cuales se van agravando con el paso del tiempo, ese tiempo que se va alargando en los últimos lustros, y que en el momento actual ya está por encima de los 30 años debido al aumento de la esperanza de vida.

Y si esto es así, nos preguntamos: ¿es oportuno intervenir en este proceso?

No vamos a hablar de posibles tratamientos, que están fuera de nuestro propósito de la descripción del proceso menopáusico, pero sí queremos hacer unas breves consideraciones.

La menopausia es un hecho fisiológico, que ocurre alrededor de los 50 años, que ha variado muy poco a lo largo de los siglos, y como tal, no precisaría tratamiento alguno.

Pero si las mejores condiciones de vida y asistencia sanitaria han dejado al descubierto ese nuevo período vital como una supervivencia suplementaria en la cual aparecen nuevos problemas, también la medicina está obligada a cuidar esta época y tratar de resolver estos nuevos problemas que nos plantea.

Hay síntomas que van a deteriorar la calidad de vida de la mujer, y que se pueden tratar. Hay complicaciones sobre las cuales se puede influir y así pues, ejercer una auténtica medicina preventiva de la época postmenopáusica. Y además de estos argumentos puramente sanitarios, que afectan a la persona, la intervención también está justificada desde el punto de vista social y hasta económico. Está demostrado, como ejemplo, que un buen seguimiento de la osteoporosis, y su eventual tratamiento es mucho más barato que los tratamientos de las fracturas y otras complicaciones que provoca.

Creemos pues, que los procesos menopáusicos y postmenopáusicos deben ser controlados y eventualmente tratados, si hay indicaciones. Hay tres campos donde podemos actuar:

1. *Tratamientos hormonales*: bien indicados y controlados, pueden resolver esos estados de compleja sintomatología que tanto deterioran la calidad de vida de muchas mujeres. Aunque han existido grandes controversias sobre su uso en los últimos años, hemos de decir que siguen vigentes en el momento actual.
2. *Tratamientos sintomáticos*: cuando hay un síntoma o alteración preeminente, tratando precisamente ese síntoma, como por ejemplo los sofocos, la sequedad vaginal, el síndrome urinario, etc.. Aquí podríamos incluir también el control y tratamiento de la osteoporosis, que tantos problemas provoca y que se van acuciando al paso del tiempo.
3. *Mejorar los hábitos del género de vida y alimentación*. Llamamos la atención de la importancia de mantener una buena actividad física, que

es capaz de mejorar síntomas, el riesgo cardiovascular y hasta el estado anímico, pero sobre todo por su eficacísima acción frente a la osteoporosis. Controlar la alimentación. Y finalmente, evitar hábitos nocivos, como el tabaco o el consumo excesivo de alcohol y cafeína que son capaces de intensificar muchos de los síntomas del síndrome climatérico.

Como conclusión final, creo que podemos afirmar, que si hemos sido capaces de prolongar muchos años la vida de la mujer, no permitamos que los viva de forma precaria, y como hemos visto, armas tenemos para ello.

Demos “vida” a esos años.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marañón G.: *La Edad Crítica. Estudio biológico y clínico*. Madrid. Imp. Suc. de E. Teodoro. 1919.
2. Marañón G.: *Climaterio de la mujer y del hombre*. Madrid. Espasa Calpe. 1936
3. Van Wagenen G.: *Vital statistics from a breeding colony*. J. Med Perinatal. 1972 1: 3
4. Gray R. H.: *The menopause, epidemiological and demographic considerations* en Beard R.J. (dir): *The menopause*. Lancaster. MTP Press. 1976. p 25-40.
5. Dexeus S., Manubens M.: *Menopausia: factores que intervienen en su presentación*. Temas Act. Endocr. Ginec. Barcelona Ed. Mayo 1990 p 145-150.
6. Beard R.J.: *Estrogens and the cardiovascular system*. En: Beard R.J.: *The Menopause* Lancaster MTT Press 1976. p 81-9
7. Jick H, Porter J, Morrison, A.S.: *Relation between smoking and age of natural menopause*. Lancet. 2. 1977. 1354-1355.
8. Flint M.: *Cross cultural factors that effect the age of the menopause*. En Van Keep-Pa., Greenblatt R. B. (Eds.). *Female and Male Climateric*: M.T.T. Press. 1979.p 1-8.
9. Franch L.L., Baker T.G.: *Oogenesis and follicular growth*. En: Hafez, E.S.E. y Evans T.N.: *Human Reproduction*. New York. Harper y Row, 1973. P 58-83.
10. Burguigamon, J, Hoyoux, C., Reuten, A.: *Urinary excretion of immunoreactive LHRH-like material and gonadotropins in different stages of life*. J. Clin. Endocrinol. Metab 48. 1979 p. 78-84.
11. Simpson, E.R., Merril, J.C., Hollub, A.J.: *Regulation of estrogen biosynthesis by human adipose cells*. Endocr. Rev. 10.1989. p 136-138.
12. Nachtigall, L.E.: *Cardiovascular disease and hypertension in women*. Obstet.Ginecol.Clin. North Am. 14. 1987, p 89-105.

13. Marañón G. *Climaterio de la mujer y del hombre*. Madrid. Espasa Calpe 1936.
14. Parrilla J.J., Abad, L.: *La clínica del climaterio*. Ponencia XIX Congreso Nacional de la Asociación Ginecológica Española. Oviedo. 1987. p 123-165.
15. Albright, F. Smith, P.H., Richardson, A.M.: *Postmenopausal osteoporosis*. J.A.M.A. 116, 1941 p 2.465-2.474.
16. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C.E.: *Sexual behaviour in the human female*. Philadelphia. W.B. Saunders. 1953. p 734-736.
17. Moll J.L., Brown C.S.: *The use of monoamine pharmacological agents in the treatment of sexual dysfunction: evidence in the literature*. J. Sex Med. 2011, 8(4) p. 956-970.

FIGURAS

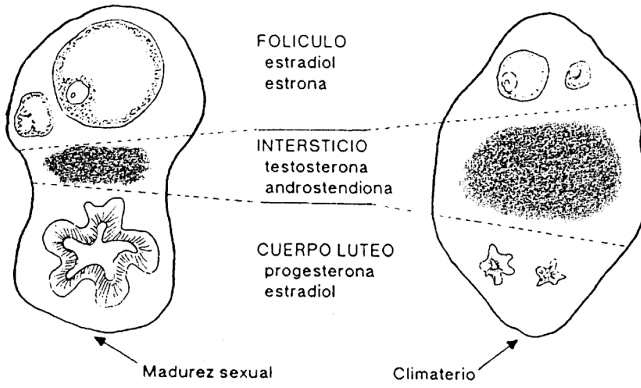


Figura 1. Los tres compartimentos endocrinos del ovario durante la madurez sexual y en el climaterio

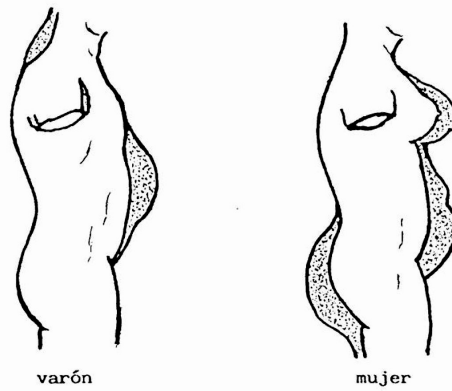


Figura 2. Diferentes localizaciones del depósito graso en el sobrepeso de varón y mujer

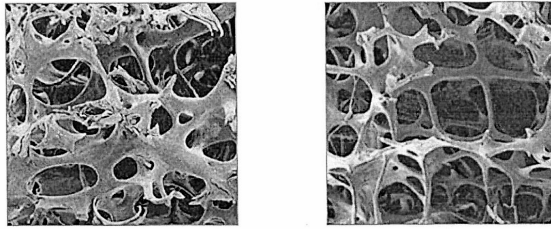


Figura 3. Hueso normal y hueso osteoporótico

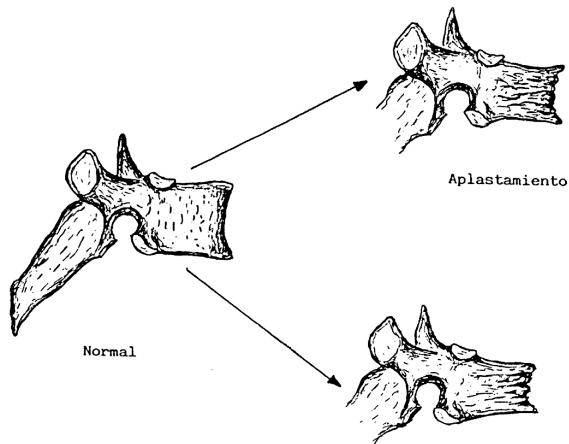


Figura 4. Alteraciones vertebrales en la osteoporosis

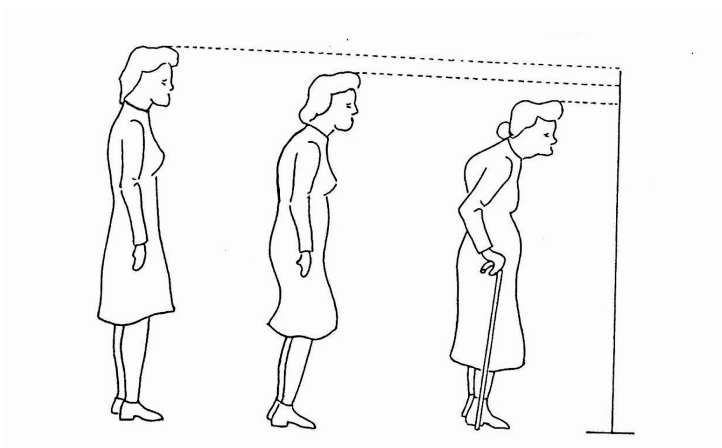


Figura 5. Evolución de la osteoporosis. Repercusión sobre la silueta y la talla