

MUJERES CON MENOPAUSIA PRECOZ Y ANTECEDENTES DE ENDOMETRIOSIS.

¿ES LA TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA UNA OPCIÓN SEGURA?

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA

Gómez Carrascosa I, Alfosea Marhuenda E, Iniesta Albaladejo MA, Kozak I, Campos Hernández I, Sánchez Mateos MR, Martínez Vicente L, Marín Sánchez Pilar.



Arrixaca
Hospital Universitario
"Virgen de la Arrixaca"

INTRODUCCIÓN

En Estados Unidos se realizan 10.000 histerectomías por año en mujeres con edad comprendida entre los 25-29 años con diagnóstico primario de endometriosis. Además aquellas mujeres con endometriosis más agresivas son las que han llevado mayor cantidad de tratamiento y que antes requieren de una cirugía definitiva con histerectomía y doble anexectomía, con todo lo que eso conlleva.

La clínica típica de la menopausia yatrogénica es similar a la acontecida durante la menopausia natural, sin embargo debido al cese brusco de estrógenos de forma prematura y brusca presenta ciertas características propias:

-Las **crisis vasomotoras** son el síntoma más característico. Afectan al 90% en caso de menopausia quirúrgica.

-La menopausia precoz se ha relacionado con una mayor frecuencia de **trastornos de la esfera sexual**, habiéndose constatado una disminución del número de relaciones sexuales, una menor excitación y un aumento de la dispareunia, sobre todo en mujeres con menopausia quirúrgica.

-**Efectos adversos sobre el perfil lipídico** (aumento de los triglicéridos, disminución del colesterol HDL y aumento del LDL), sobre la **sensibilidad a la insulina y sobre la función endotelial**. La menopausia precoz es por ello en sí un factor de riesgo independiente de padecer una ECV y de morir por ella.

-El riesgo de **osteoporosis** también es mayor en las mujeres con menopausia quirúrgica. En ellas, el aumento de la fragilidad ósea secundario al hipoestrogenismo es la principal causa de fractura.

-**Efectos psicológicos y cognitivos**. La menopausia precoz tiene consecuencias emocionales y psicológicas que se acrecientan conforme más pronto ocurra: ansiedad, alteraciones del estado de ánimo, síntomas depresivos, etc. Además, especialmente aquellas con menopausia quirúrgica tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo, enfermedad de Parkinson y demencia.



THS

Las estrategias terapéuticas de la paciente con menopausia precoz van encaminadas fundamentalmente al alivio de los síntomas asociados al déficit hormonal y a la prevención de sus consecuencias a largo plazo. El tratamiento gira en torno al reemplazo estrogénico, sin olvidar el apoyo psicológico y sin detrimento de otras recomendaciones generales en salud que incluyan hábitos de vida saludables para la prevención de la enfermedad cardiovascular y la osteoporosis.

La THS ha sido ampliamente usada en mujeres con síntomas menopáusicos. Sin embargo, la presencia de endometriosis como entidad estrógeno-dependiente podría condicionar que el uso de terapia hormonal en mujeres con síntomas menopáusicos y antecedentes de endometriosis reactivara enfermedad residual o incluso favoreciera la aparición de nuevas lesiones. Sin embargo, tal y como hemos visto, denegar tratamiento hormonal a mujeres con tratamientos previos agresivos como análogos de GnRH y ooforectomía precoz tampoco está exento de riesgo.

SINTOMAS VASOMOTORES GRAVES

- La North American Menopause Society (NAMS) concluye que la THS sigue siendo la 1ª y más efectiva opción para aliviar la sintomatología de moderada a severa (sofocos y sudoraciones nocturnas).
- La opción de tratamiento más efectiva es **THS con estrógenos (siempre con progestágenos)** aunque la **tibolona** también ha mostrado ser una opción (grado 2B)

SINDROME GENITOURINARIO MODERADO

- En ausencia de síntomas vasomotores, **estrógenos vaginales a bajas dosis**, más eficaces que la terapia sistémica y sin sus efectos adversos, pues las dosis sistémicas son mínimas (no contraindicada en caso de AP de endometriosis)
- **TIBOLONA SUPERIOR** en cuanto a deseo, orgasmo, frecuencia de relaciones, receptividad, excitación o satisfacción.

ALTERACIONES DEL ESTADO DEL ÁNIMO, OSTEOPOROSIS Y ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

- La THS combinada y la tibolona pueden mejorar el insomnio, nerviosismo, desinterés y otros síntomas anímicos, sin embargo **no están indicados** si se tratan de los únicos síntomas.
- En base a la evidencia disponible, el USPSTF **desaconseja el tratamiento con TH** para la prevención de enfermedades crónicas en mujeres postmenopáusicas (grado de recomendación D)

CONCLUSIONES

La evidencia disponible ha relacionado la THS con un aumento de la recurrencia de endometriosis, siendo factor predisponente fundamental la presencia de enfermedad residual endometriósica. Sin embargo, en mujeres con menopausia precoz probablemente los beneficios de usar THS superen los riesgos. Por ello, según la ACOG la THS con estradiol no está contraindicada tras histerectomía con doble anexectomía en mujeres con endometriosis. El principal riesgo de recurrencia de enfermedad se ha visto asociado al uso de estrógenos sin oposición, por lo que el uso de progestágenos asociados es necesario, independientemente de si la paciente tiene o no histerectomía.

QUÉ

-THS combinada estrógeno+progestágeno

-Tibolona (es una opción segura y comparable al uso de estrógeno-progestágeno en mujeres menopáusicas con antecedentes de endometriosis, contemplada como opción por las principales guías)

CUÁNDO

Las mujeres que experimentan la menopausia antes de los 45 años, y sobre todo antes de los 40, deberían recibir THS por lo menos hasta la edad de la menopausia natural (51a). Sin embargo la principal duda y la falta de evidencia al respecto se encuentra en cuándo es el momento adecuado para iniciar la THS tras la cirugía definitiva. Según la ESHRE con un grado de recomendación A la TH no mejora los resultados de la cirugía, por lo que no se recomienda para tratar el dolor asociado a la endometriosis. La primera opción de tratamiento es iniciarlo de forma precoz (<6 meses), donde los síntomas climatéricos pueden verse mejorados antes con la duda de si la TH con estrógenos puede aumentar el riesgo de estimulación de focos endometriósicos residuales a la cirugía. Otra opción es hacerlo de forma diferida (>6 meses). Un estudio de cohortes retrospectivo comparó ambas pautas de tratamiento concluyendo que el inicio de THS de forma precoz tras la cirugía no aumentó el riesgo de recidiva frente al inicio diferido del tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Grupo de trabajo de menopausia y postmenopausia (GTMP). Guía de práctica clínica sobre la menopausia y postmenopausia. Barcelona: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria y Centro Cochrane Iberoamericano; 2004.
- Somboonporn W, Panna S, Temtanakitpaisan T, Kaewrudee S, Soontrapa S. Effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine system plus estrogen therapy in perimenopausal and postmenopausal women: systematic review and meta-analysis. Menopause 2011;18:1060-6.
- Al Kadri H, Hassan S, Al-Fozan HM, Hajer A. Hormone therapy for endometriosis and surgical menopause. Cochrane Database Syst Rev. 21 de enero de 2009;(1):CD005997.
- Moen MH, Rees M, Brincat M, Erel T, Gambacciani M, Lambrinoudaki I, et al. EMAS position statement: Managing the menopause in women with a past history of endometriosis. Maturitas. septiembre de 2010;67(1):94-7.