

## Editorial

# El síndrome urogenital de la menopausia

Ariel Iván Ruiz Parra  <sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Nacional de Colombia, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

**Cómo citar:** Ruiz-Parra AI. El síndrome urogenital de la menopausia. Rev Colomb Endocrinol Diabet Metab. 2023;10(1):e785. <https://doi.org/10.53853/encr.10.1.785>

**Recibido:** 22/Enero/2023

**Aceptado:** 06/Febrero/2023


**Publicado:** 13/Marzo/2023

La menopausia fisiológica se define como el cese de las menstruaciones que ocurre por el agotamiento de folículos primordiales y la resistencia de las estructuras foliculares a la acción de las gonadotropinas. El término se aplica cuando se ha completado un año sin menstruaciones, por lo que es una fecha que se establece en forma retrospectiva. En este sentido, la postmenopausia es la expresión correcta para referirse a la situación de las mujeres que han sobrepasado este momento. En un estudio multicéntrico realizado en América Latina, se encontró que la mediana de edad de la menopausia fue de 48.6 años, con rango de 43.8 años en Asunción (Paraguay) a 53 años en Cartagena (Colombia) (1).

Desde el punto de vista endocrinológico, la menopausia se caracteriza por un hipogonadismo-hipergonadotrópico. Sin embargo, la menopausia fisiológica no es la única causa de este estado hormonal, otras causas de insuficiencia ovárica primaria, que se pueden presentar incluso desde edades muy tempranas, también se caracterizan por hipogonadismo-hipergonadotrópico. Tal es el caso de disgenesias gonadales, lesiones autoinmunes

del ovario, efectos de radioterapia pélvica o de quimioterapia con agentes alquilantes, ooforectomía bilateral por indicaciones benignas o malignas, cistectomías repetidas, premutación en el gen *FMRI* para X frágil, galactosemia no tratada, y menopausia precoz idiopática, entre otras (2).

No obstante, cualquiera que sea la etiología, la fisiopatología es el resultado del hipoestrogenismo que conduce a efectos a largo plazo, tales como osteopenia y osteoporosis, con el consecuente aumento del riesgo de fracturas, pérdida de la protección endotelial y dislipidemia, con aumento del riesgo cardiovascular (3), y alteraciones en el sistema nervioso central. Estas consecuencias son, infortunadamente, silenciosas al comienzo y se hacen evidentes cuando se presentan fracturas vertebrales, de cadera, de cúbito o radio, cuando ocurre un evento cardiovascular o cerebrovascular, o cuando se desarrolla deterioro cognoscitivo (4). En este punto, vale la pena recordar que, el infarto de miocardio en la mujer tiene presentaciones atípicas, puede comprometer en mayor medida el miocardio y tiene un pronóstico más reservado que su contraparte en el hombre.

 **Correspondencia:** Ariel Ruiz Parra, carrera 70D, No. 115A-38, consultorio 604, Bogotá, Colombia.

Por otro lado, los síntomas vasomotores, la sequedad de mucosas y los cambios en el estado de ánimo y en el patrón de sueño, sí constituyen motivos de consulta frecuentes y tempranos de las mujeres peri y postmenopáusicas. Esto se podría considerar afortunado, desde el punto de vista clínico, si se tienen en cuenta que existe una correlación entre la severidad e intensidad de los síntomas vasomotores y el riesgo cardiovascular en la postmenopausia y que, al presentarse estos síntomas incluso desde la transición menopáusica, el médico debería instaurar una terapia hormonal dentro de la ventana terapéutica y con mejor balance riesgo/beneficio (5) en quienes no tengan contraindicaciones.

Algunos de los síntomas y signos que más afectan la calidad de vida en las mujeres en esta etapa de la vida, son los relacionados con el síndrome urogenital de la menopausia (SUGM) (6), nomenclatura acuñada para reemplazar los términos "atrofia genital", "atrofia urogenital" y "vulvovaginitis atrófica", los que, además de conllevar una carga afectiva negativa, no siempre corresponden a la realidad, dado que no solo la atrofia explica el cuadro clínico y que no existe un proceso inflamatorio. En este número de la *Revista Colombiana de Endocrinología, Diabetes y Metabolismo*, el Dr. Franklin Espitia publica la investigación "Calidad de vida en mujeres con síndrome genitourinario de la menopausia, en el Quindío, Colombia", un estudio de corte transversal en el que se aplicaron los cuestionarios *Short Form-36 Health Survey* (SF-36) y *Menopause Rating Scale* (MRS) para investigar la calidad de vida de 235 mujeres posmenopáusicas con diagnóstico de SGUM. En el cuestionario SF-36, la Salud General obtuvo la puntuación más baja, seguida por la Función Física. En la escala MRS, el dominio más afectado fue precisamente el urogenital con intensidad severa. En esta escala, el grupo de mayores de 60 años obtuvo la puntuación más alta, indicando un mayor deterioro de la calidad de vida al avanzar la edad.

Los tejidos del tracto urogenital, no sólo comparten algunos procesos ontogénicos, sino que son sensibles a la acción de los estrógenos. Se han descrito receptores alfa y beta en vejiga, cuello vesical, uretra y, por supuesto, en cérvix, vagina, vulva y piso pélvico (7). La disminución de

los estrógenos conlleva cambios histológicos en el tejido conectivo de soporte, los vasos sanguíneos, la estructura de los epitelios, las secreciones o trasudados del área y en el tipo y contenido de colágeno en dichas estructuras. Estos cambios conducen al SUGM que, si no se trata, tiende a ser progresivo y más severo a medida que avanza la edad. Infortunadamente, se ha encontrado que un 70 % de las mujeres sintomáticas con SUGM no informan al médico esta sintomatología (8) y, por otro lado, los médicos suelen omitir interrogar los síntomas del SUGM, en particular aquellos relacionados con la sexualidad en la posmenopausia.

La prevalencia y la severidad de la sintomatología del SUGM varían según las poblaciones estudiadas y la metodología empleada. Se han descrito prevalencias entre el 36 % y el 90 % de las mujeres peri y posmenopáusicas (8) y, aproximadamente, la mitad de las mujeres occidentales con SGUM informan que sus síntomas son moderados y severos. Hasta un 84 % de las mujeres puede presentar signos de SUGM seis años después de la menopausia (9).

Las quejas más comunes son síntomas genitales, urinarios y sexuales e incluyen (6) sequedad y estrechez del introito vaginal y de la vagina, dispareunia y disminución del deseo y la actividad sexual, aumento de la frecuencia de infecciones de las vías urinarias bajas, disuria, polaquiuria, prolapso y sangrado de la mucosa uretral, y aumento del riesgo de prolapso de órganos pélvicos. El diagnóstico es eminentemente clínico, con base en los síntomas y los signos que incluyen: adelgazamiento de piel y mucosas, sequedad, estenosis del introito y de la vagina, acortamiento vaginal, fisuras y hasta craurosis vulvar.

Se debe diferenciar el SUGM de la vulvodinia, de los síntomas de urgencia urinaria, de la vejiga hiperactiva y de enfermedades de la piel como el liquen de la piel vulvar, entre otros diagnósticos diferenciales.

Como todas las intervenciones terapéuticas, el tratamiento del SUGM debe ser individualizado, considerando los síntomas y signos y el balance riesgo/beneficio. Hay consenso en que el tratamiento hormonal de la menopausia (THM) es la primera línea terapéutica para los síntomas

vasomotores y el SUGM (6). Generalmente, la THM se prescribe durante la ventana terapéutica en forma sistémica, bien sea por vía oral, intramuscular, transcutánea o transdérmica, para aliviar los síntomas vasomotores y para ofrecer protección ósea, endotelial y cardiovascular. No obstante, las vías sistémicas no siempre logran mejorar el SUGM, o lo hacen parcialmente, por lo que puede requerirse terapia estrogénica tópica. Por otro lado, hay mujeres con SUGM que se encuentran por fuera de la ventana terapéutica (mayores de 60 años o con más de 10 años después de la menopausia) y son, precisamente, las mujeres de mayor edad las que presentan los síntomas más severos del SUGM, en quienes es preferible no utilizar THM sistémica, sino tópica o terapia no hormonal. Otras opciones hormonales que se han utilizado para el SUGM con resultados diversos son la progesterona, testosterona, dehidroepiandrosterona y ospemifeno, sin embargo, aún se carece de evidencia sólida para recomendar su uso rutinario.

Las terapias no hormonales incluyen lubricantes de base acuosa, hidratantes con ácido hialurónico y humectantes que se utilizan para los síntomas leves a moderados, vitamina E vaginal con resultados satisfactorios, pero a corto plazo (9), fisioterapia de piso pélvico, terapias con energías como el láser y la radiofrecuencia fraccionada microablative, dilataciones mecánicas, cambios de los hábitos de higiene y tratamientos antiinfecciosos cuando se confirmen infecciones de vías urinarias o vulvovaginales (6). En ocasiones se requieren tratamientos quirúrgicos.

Es importante señalar que la consulta de una mujer por los síntomas del SUGM se convierte en una oportunidad única para hacer un examen clínico completo e implementar acciones de prevención de varios niveles, en relación con los riesgos de osteoporosis, cardiovascular y de enfermedades metabólicas que ocurren con frecuencia en esta edad, tales como diabetes *mellitus* tipo 2, hipotiroidismo y dislipidemia, y de enfermedades neoplásicas incluyendo cáncer de mama, del tracto urogenital, de la vulva, del colon y del recto, entre otras. Ahora bien, dado que la consulta por SUGM solo ocurre en el 30 % de las pacientes, es obligación del médico hacer un interrogatorio completo al respecto, hacer

abordaje integral de la salud de la mujer en esta etapa del ciclo vital y no limitarse a la prescripción de terapias para los síntomas locales.

## Referencias

- [1] Castelo-Branco C, Blümel JE, Chedraui P, Calle A, Bocanera R, Depiano E, *et al.* Age at menopause in Latin America. *Menopause*. 2006;13(4):706–12. <https://doi.org/10.1097/01.gme.0000227338.73738.2d>
- [2] Chon SJ, Umair Z, Yoon M-S. Premature Ovarian Insufficiency: Past, Present, and Future. *Front Cell Dev Biol* 2021;9:672890. <https://doi.org/10.3389/fcell.2021.672890>
- [3] Maas A, Rosano G, Cifkova R, Chieffo A, van Dijken D, Hamoda H. Cardiovascular health after menopause transition, pregnancy disorders, and other gynaecologic conditions: a consensus document from European cardiologists, gynaecologists, and endocrinologists. *Eur. Heart J*. 2021;10(42): 967–984 <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa1044>
- [4] Edwards H, Duchesne A, Au AS, Einstein G. The many menopause: searching the cognitive research literature for menopause types. *Menopause*. 2019;26(1):45–65. <https://doi.org/10.1097/GME.0000000000001171>
- [5] Menopause: diagnosis and management. [Internet]. NICE Guideline. National Institute for Health and Care Excellence; 2015 [updated 2019 Dec 5; cited 2023 Feb 14]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- [6] Kagan R, Kellogg-Spadt S, Parish SJ. Practical Treatment Considerations in the Management of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Drugs Aging*. 2019(10):897–908. <https://doi.org/10.1007/s40266-019-00700-w>
- [7] Nilsson S, Mäkelä S, Treuter E, Tujague M, Thomsen J, Andersson G, *et al.* Mechanisms of estrogen action. *Physiol. Rev*. 2001;81(4):1535–1565. <https://doi.org/10.1152/physrev.2001.81.4.1535>

- [8] Valadares ALR, Kulak Junior J, Paiva LHS, Nasser EJ, da Silva CR, Nahas EAP, *et al.* Genitourinary syndrome of menopause. Rev Bras Ginecol Obstet. 2022;44(3):319–324. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748463>
- [9] Porterfield L, WurN, Delgado ZS, Syed F, Song A, Weller SC. Vaginal vitamin E for treatment of genitourinary syndrome of menopause: A systematic review of randomized controlled trials. J Menopausal Med. 2022;28(1):9–16. <https://doi.org/10.6118/jmm.21028>