

---

# El Climaterio, Menopausia Precoz: Diagnóstico y Tratamiento

*Dr. Edwin C. Hamblen*

(Traducción del Dr. G. E. P.)

En la conferencia pasada hemos tratado lo referente al climaterio normal, y vamos a considerar hoy los aspectos normales de esta fase particular de la vida de la mujer. Creo que no está por demás repetir que el cambio de vida es un hecho fisiológico y por consiguiente no debe ser considerado nunca como una enfermedad. Muchas mujeres pueden pasar su climaterio con una sintomatología mínima, y la mayoría lo hacen así, pero hay algunos casos que pueden requerir investigación y en ocasiones tratamiento.

Las expresiones "Cambio de vida" o "Climaterio" las empleamos para describir la regresión progresiva de la función ovárica, y reservamos el término "Menopausia" para significar la cesación de la hemorragia uterina menstrual. Por consiguiente, hablamos frecuentemente de las fases pre y post-menopáusica del cambio de vida, que vienen a comprender entre ambas un lapso de tiempo que puede extenderse por diez o más años.

La etiología del cambio de vida, como lo hemos ya expresado, es la hiporeactividad progresiva de los ovarios frente al estímulo gonadotrópico de la hipófisis, de donde naturalmente resulta una pérdida progresiva de la función de los ovarios, esta pérdida de función incluye tanto la formación de óvulos como la secreción de los esteroides ováricos. Los resultados finales del cambio de vida vienen a ser entonces la falta total de ovogénesis y el hipostrogenismo final que caracteriza a la mujer vieja. Con esta disminución de la función ovárica ocurren al tiempo cambios consiguientes no solo en las glándulas endocrinas, sino también en los órganos sobre los cuales estas glándulas ejercen su acción.

Hay un cierto número de componentes neurológicos psicosexuales y psicosomáticos relativos al cambio de vida en algunas mujeres. Siempre he pensado que el cambio de vida parece ser más crítico y acompañado de más sintomatología en las mujeres que viven en las grandes ciudades y que tienen que combatir la agitación y el stress de la vida moderna que en las de las comunidades pequeñas y del campo, donde la vida es más sencilla y donde muy pocas mujeres encuentran molesto el cambio de vida.

En nuestro estado de Carolina del Norte encontramos muy pocas dificultades con el cambio de vida de la mujer porque nuestra vida es allí muy simple y relativamente poco complicada si se compara con la de otros estados. Pienso también que la mujer bien equilibrada psicológicamente, y que se adapta bien al medio que la rodea y a su familia, puede pasar el cambio de vida sin ninguna sintomatología especial; esto resulta especialmente cierto cuando la mujer es de buena salud, y conoce en realidad el significado de su cambio de vida.

Hay un hecho que debemos siempre tener presente, y es que muchos síntomas pueden naturalmente presentarse durante estos diez o más años en los cuales la mujer está pasando a través de su cambio de vida, y no tener ninguna relación etiológica con el cambio de vida mismo, salvo la coexistencia cronológica. Muchos de estos síntomas son a veces considerados como parte del cambio de vida, cuando en realidad no tienen relación con él, y muchas veces se consideran debidos al hipostrogenismo progresivo cuando en realidad no lo son.

Cuando se nos presenta una mujer que está pasando el cambio de vida, creo que es especialmente importante dejarla relatar su historia, tratar de darnos exacta cuenta de los temores y dudas que la acechan, y tratar de librarla de ellos en la mejor manera posible, porque muchas mujeres tienen un concepto completamente erróneo de lo que les está ocurriendo y les va a ocurrir cuando están pasando el cambio de vida. Hay que explicarles que se trata de una fase fisiológica, destinada a librarlas de las dificultades de la maternidad y que en ningún momento significa que vayan a perder su atractivo para sus esposos, o que vaya a terminar en ellas el deseo o el placer o la actividad sexual después del climaterio. Muchas veces las mujeres, sin tener ya el te-

mor de quedar embarazadas pueden disfrutar después del cambio de vida, de algunos de los mejores años de su vida. El finado profesor de Ginecología de Harvard, Graves, solía decir que muchas mujeres que no son suficientemente atractivas en la época reproductiva de su vida, ganan después del cambio de vida un atractivo especial, una elegancia cosmética que nunca han tenido. De manera que, ni siquiera la elegancia cosmética debe ser destruída después del cambio de vida. Es pues muy importante hablar con estas mujeres sobre el significado del climaterio, oírles expresar su sintomatología que muchas veces es vaga y proteiforme, tratar de investigar sus síntomas lo mejor que podamos, aunque muchas veces parezca que envuelven todos los órganos y sistemas y luego, con base en hallazgos negativos o por lo menos de poca importancia, tranquilizarlas completamente, lo que en ocasiones es más efectivo que cualquier terapéutica hormonal que pudiéramos prescribirlas.

Debemos también insistir especialmente con estas mujeres en que a medida que se acercan al cambio de vida deben permitir que un médico competente las vea y siga su evolución a través de esta época crítica. Creo firmemente que toda mujer después de los 45 años debe ver a un ginecólogo o a un médico competente para ser examinadas desde el punto de vista ginecológico y debe hacerse un chequeo de rutina por lo menos una vez en el año, sino cada seis meses, con frotis citológicos (Papanicolau) y los tratamientos que vayan resultando indicados. Con esto, no solo se tiene la oportunidad de descubrir cualquier alteración patológica en sus comienzos, sino también de ofrecer con frecuencia amparo psicológico a las mujeres y librarlas de sus temores y fobias.

Con estas ideas, escribí hace algunos años un libro para estas mujeres, que en mi concepto es útil para evitar demasiadas conversaciones, puesto que trata de explicarles lo referente al cambio de vida y cubre en su contenido más o menos estos temas: los temores inmotivados, un poco de anatomía y de fisiología, un poco de endocrinología, hechos y fantasías sobre la menstruación, el envejecimiento de los ovarios al tiempo de la menopausia, cómo están en el futuro inmediato los mejores años de su vida, cómo en la época del cambio de vida las glándulas endocrinas disminuyen su función y por esta causa se presentan a veces algunos síntomas y cómo ellas encontrarán un nuevo siste-

ma de vida después del cambio, porque en la mayoría de las veces casi todas sus responsabilidades van cesando, y tendrán entonces mucho más tiempo para divertirse y para actividades que hubieran querido tener antes pero que no pudieron por sus ocupaciones. Se explica también el programa del médico, lo que se debe y no se debe hacer, los pequeños síntomas que probablemente se van a presentar y finalmente el verdadero significado de la involución sexual.

En relación con el diagnóstico del cambio de vida, generalmente es más o menos obvio y casi no nos lleva a estudios especiales, a no ser que se trate de un cambio de vida prematuro. El hallazgo de una hipergonadotropiuria en una mujer que ha venido teniendo previamente sus períodos normales indicará el climaterio precoz.

Hay ciertamente una gran tendencia en todos los médicos a asumir que todos los síntomas presentes en una mujer de 45 o más años, son debidos al cambio de vida. Es esta una actitud que consideramos horrible, perezosa y que tiende a ignorar la posibilidad de que una mujer pueda tener cualquier tipo de enfermedad intercurrente en esta época, lo mismo que puede tenerla en cualquier otro tiempo. En ninguna circunstancia el diagnóstico de la etiología de los síntomas debe basarse necesariamente en una base cronológica o en la base de que la mujer está entrando en el cambio de vida.

La insuficiencia progresiva de los ovarios durante el tiempo del cambio puede considerarse en gran manera como una adolescencia invertida y ya hemos expuesto en otra conferencia esta regresión de la función que se inicia probablemente por una deficiencia en la ovogénesis, luego deficiencia en la función del cuerpo lúteo con pérdida consecutiva de la función ovulatoria y luego la fase final de hipoestrogenismo.

En la época del climaterio ocurren cambios endocrinos definidos porque a medida que los ovarios se hacen más y más hiporeactivos la pituitaria aumenta su producción de estímulos gonadotrópicos con el fin de excitar a los ovarios para que rindan más función, como los ovarios no reaccionan ya y no se cumple este desideratum orgánico, esta es la razón de la existencia de la típi-

ca hipergonadotropiuria del climaterio, la cual usualmente alcanza su más alto nivel unos 4 o 5 años después de la menopausia. Viene luego un descanso gradual de los esfuerzos de la pituitaria por estimular los ovarios, pero la hipergonadotropiuria continúa por muchos años más, y quizás por el resto de la vida, pues los niveles de gonadotropinas nunca regresan a las cifras normales que existían antes del climaterio.

Probablemente no solo las gonadotropinas hipofisiarias están afectadas en esta hiper-actividad pituitaria, pues hay alguna evidencia de que haya un cierto aumento de hormona tirotrópica. La gonadotropina que está principalmente aumentada es el F. S. H., pero hay suficiente evidencia de que existe también una secreción aumentada de L. H. y de luteotropina. No es pues raro que puedan ocurrir cambios en los órganos sobre los cuales estas hormonas actúan, como la corteza suprarrenal por ejemplo. Se cree que a medida que la mujer avanza por su cambio de vida, pasa su menopausia y entra en la fase de hipoestrogenismo, hay una sobre-estimulación de su función adrenocortical y se sabe que las suprarrenales secretan una cantidad aumentada de andrógenos y estrógenos. Por esta razón tenemos la tendencia a considerar a las suprarrenales como las gónadas de edad madura, frase que expresa que debe haber una suplencia muy clara de parte de los andrógenos y estrógenos secretados por la corteza suprarrenal en la mujer de edad avanzada.

Existe también la posibilidad de que la actividad suprarrenal esté estimulada por el aumento en la secreción de luteotropina y de L. H. por parte de la pituitaria. Es claro que todos aceptamos que la función suprarrenal está bajo el control de la secreción de ACTH, que es la que comanda normalmente la secreción de todos los esteroides provenientes de la corteza suprarrenal, pero existen pruebas presentadas por nosotros y también después por Albright y su grupo en Boston de que la producción de andrógenos y estrógenos por parte de la adrenocortical puede estar aumentada por el estímulo de L. H. y de la luteotropina.

En muchas ocasiones, cuando la mujer pasa por el cambio de vida, puede presentar síntomas que sugieren seriamente la existencia de hipertiroidismo y es este un diagnóstico diferencial que debe siempre ser cuidadosamente considerado en la mujer clima-

térica. Sin embargo, me pregunto cómo puede relacionarse un hipertiroidismo con el supuesto aumento en la excreción de la hormona tireotropa, pues lógicamente este aumento hace pensar que el tiroides debe ser también hiporeactivo, aunque hay casos en que puede haber aparentemente una hiperreactividad intrínseca del tiroides.

Hay muchas evidencias de que la médula suprarrenal es inestable durante el climaterio. Muchos de los varios síntomas vasomotores que la mujer presenta en esta época simulan muy de cerca los síntomas que pueden producirse dando epinefrina y Uds. recordarán cómo hace tiempo se ha demostrado que la mujer que pasa por el cambio de vida es especialmente sensitiva a las inyecciones de epinefrina. No sé explicar claramente este fenómeno, pues en ningún caso consideramos que la médula suprarrenal pueda estar bajo ningún control hipofisiario y por consiguiente puede esto representar una inestabilidad intrínseca o una excitabilidad del sistema nervioso vegetativo, el cual a su turno estaría afectado por un cierto grado de hipoepinefrinemia.

Nos parece que a medida que la deficiencia ovárica progresa y la hiperactividad pituitaria se establece y finalmente cuando la hiporeactividad pituitaria comienza a decrecer, probablemente por el hecho de que la corteza suprarrenal suple cada vez más andrógenos y estrógenos que tienden a ejercer un cierto grado de acción supresora sobre la pituitaria, se llega finalmente, cuatro o seis años después de la menopausia, a un estado de homeostasis endocrina, en el cual el sistema endocrino se ha adaptado a este nuevo estado funcional, prescindiendo de ninguna función apreciable del ovario. Creemos que esta homeostasis continúa por el resto de la vida de la mujer.

La época del climaterio normal varía considerablemente. Me parece que la edad de la menopausia en muchas mujeres se está haciendo más tardía en los últimos tiempos y me da la impresión de que actualmente la mujer goza de un lapso mayor de actividad ovárica del que pudieron disfrutar nuestras madres o abuelas. Parece que en nuestro país la edad promedio para la menopausia puede calcularse entre los 47 a 48 años. Si una mujer no ha presentado su menopausia ya a los 55 años, debe ser cuidadosamente investigada para averiguar si sus hemorragias periódicas

cas son fisiológicas o se deben a tumores funcionantes del ovario o a alguna patología uterina; creo que este límite puede ser reducido aún hasta los 51 o 52 años de edad.

La mujer que tiene un cambio de vida prematuro, sea cual fuere su causa, va a entrar en una fase hipoestrogénica prematura y nos parece justo que estos casos sean tratados con estrógenos suministrados cíclicamente y también con un poco de progesterona ocasionalmente, por el número de años que sean necesarios para que la mujer llegue a una edad en que la mayoría de las mujeres aceptan bien el hipoestrogenismo y se adaptan a él. Este tratamiento de suplencia previene el envejecimiento prematuro, la aparición precoz de osteoporosis y la presencia de alteraciones regresivas en la vulva y en la vagina que pueden interferir con la función coital. De manera que hay una clara justificación para la terapia estrogénica en estas pacientes.

Ya hemos emitido nuestra opinión sobre la menopausia tardía y hemos sugerido que estas pacientes sean cuidadosamente investigadas. Existen algunos pocos casos en la literatura, que quizás no se han presentado con suficiente sentido crítico, de reaparición de la función ovulatoria normal después de que la mujer se suponía haber pasado la menopausia.

Resulta muy difícil aconsejar a una mujer que comienza a acercarse a la menopausia y a tener ciclos anovulatorios, en relación con la seguridad de que puede tener coitos sin riesgo de quedar embarazada. En general debe decirseles que las posibilidades son realmente muy remotas, pero naturalmente existen muchas mujeres que hacen embarazos también en esta época.

El caso de una mujer que ha pasado ya su menopausia y presenta hipergonadotropiuria, que vuelve luego a reasumir su función ovulatoria y menstrual cíclica, es muy discutible. El más clásico ejemplo de estas situaciones lo constituye Sara en la Biblia quien concibió por gracia especial del Señor después de los noventa años de edad, cuando su esposo pasaba de los cien años. Podría, pues, de acuerdo con la Biblia haber una reaparición de la función ovulatoria después de pasada la menopausia, y, como lo dije atrás, hay descritos algunos casos.

El hipoestrogenismo, que es la fase terminal del cambio de vida, tiene varios efectos sobre el sistema genital que son fundamentalmente efectos de involución y que usualmente solo se presentan después de cinco o seis años de pasada la menopausia. Hay atrofia de la vagina y de la vulva, que pueden ser relativamente asintomáticas, o que pueden resultar en vulvitis y vulvovaginitis de tipo senil, o predisponer a la aparición de lesiones más definidas como leucoplasias, hiperqueratosis, etc. El cuerpo y el cuello uterinos disminuyen de tamaño, lo mismo que los senos, en esta fase crítica de hipoestrogenismo. Todos podremos haber observado que muchas mujeres que están en esta fase, unos cinco o seis años después de la menopausia, comienzan a mostrar signos de deficiencia en el soporte pélvico, y presentan con frecuencia cistoceles, rectoceles, descensos y prolapsos del útero, aunque la época en que se haya producido el traumatismo sea muy anterior, cuando nacieron los hijos, y cuando había niveles estrogénicos normales que daban buena tonicidad a los tejidos y a los elementos de soporte del útero, como los ligamentos cardinales, etc. Desaparecidos los niveles estrogénicos normales, todos los elementos de soporte irán perdiendo su tonicidad y podrán luego permitir la ocurrencia de prolapsos, etc.

Todos conocemos bien los síntomas subjetivos del climaterio. Ante todo, no debe nunca considerarse normal que una mujer en el período premenopáusico presente pérdida de sangre excesiva, y al existir esta circunstancia es una indicación inmediata para practicar el raspado uterino diagnóstico con el fin de eliminar cualquier posibilidad de malignidad. Por otra parte, es esta una época en la que se encuentra con frecuencia la hiperplasia del endometrio, y es lo que usualmente se encuentra cuando se hace el raspado de mujeres de esta edad que tienen hemorragia prolongada, excesiva, o muy frecuente. Puede también encontrarse un endometrio en fase estrogénica normal, y solo en un 3 o 4% o tal vez aún menos, se encontrará un adenocarcinoma endometrial. Si no se practica el curetaje en estos casos y no se le concede a los síntomas la importancia que tienen, no se hará el diagnóstico, o éste quedará diferido para más tarde cuando la gravedad del caso llegue ya a imponerlo.

No es infrecuente que la mujer en la época premenopáusica tenga reglas alejadas o escasas, y este aspecto es normal y no re-

quiere investigación. En muchos casos las reglas se van haciendo cada vez más espaciadas y más escasas, hasta que desaparecen por completo. Otras mujeres tienen una cesación brusca de las reglas y son éstas las que quizás están más propensas a la aparición de síntomas subjetivos como oleadas de calor, inestabilidad emocional, sudores nocturnos, insomnios, etc. que las que tienen una desaparición gradual de sus reglas.

Si llega a observarse que una paciente sangra después de establecida la menopausia, debe considerarse que esta mujer tiene un carcinoma en cualquier sitio del aparato genital, mientras que no se demuestre lo contrario, siempre y cuando que la mujer no haya estado recibiendo terapia estrogénica y se compruebe que la hemorragia es producida por la medicación. En los casos en que por una u otra causa tratamos con estrógenos a una mujer postmenopáusica y lo hacemos cíclicamente, como debe ser, no debemos preocuparnos si con ocasión de la supresión de los estrógenos la paciente sangra un poco, o si sangra, como decimos, de acuerdo con el plan previamente establecido, pues existe en estos casos una correlación definitiva de causa a efecto.

Siempre que tratemos mujeres para los síntomas subjetivos de la fase postmenopáusica o premenopáusica, debemos suministrar la medicación estrogénica en una forma cíclica. Si la mujer no ha llegado a la menopausia, los estrógenos deben administrarse sincronizados con sus ciclos, comenzándolos al final de una regla, y suspendiéndolos antes del comienzo de la próxima. Esta es la forma de conservar el ciclo de la mujer y de evitar hemorragias anormales. En la mujer que recibe tratamiento estrogénico en la premenopausia, se puede usar dosis de estrógenos mayor que la que se usa en las postmenopáusicas. Y no olvidamos que si estamos tratando a una mujer con estrógenos por causa de oleadas de calor o problemas emocionales, o síntomas subjetivos de cualquier género, no debemos planear la terapéutica por un tiempo muy prolongado, y no debe pasarse de seis meses, reduciendo la dosis gradualmente durante los últimos dos o tres meses. Se puede comenzar por 3,75 mgms. de Ayerogen al día por los primeros dos ciclos, y luego reducir la dosis gradualmente. La razón de esta conducta es que prácticamente el único tejido que no reacciona en la mujer en esta época son los ovarios, mientras que todos los demás tejidos responden. Se podría tener indefinidamente a

una mujer postmenopáusica con terapéutica cíclica estrógeno-progesterona, haciéndola sangrar periódicamente por el resto de sus días, pero no estaríamos evitando el cambio de vida en el sentido de prevenir la falla intrínseca de los ovarios y la falta de ovulación, sino simplemente impidiendo la homeostasis endocrina final que debe desarrollar la mujer, pues a medida que se le dan estrógenos, éstos influirán sobre la hipófisis impidiendo que se presente la hipergonadotropiuria y manteniendo un estado de hemorragias cíclicas artificiales que, en el estado actual de nuestros conocimientos, no constituye un tratamiento racional.

Durante muchos años se ha preconizado con frecuencia un tratamiento para las mujeres que consultan por causa de su cambio de vida y que consiste en administrar una inyección con grandes dosis de estrógenos, que se repite cada vez que la paciente visita al consultorio. Este sistema, que cada día se usa afortunadamente menos, es un tratamiento muy pobre. Vemos en nuestra ciudad frecuentemente mujeres que vienen de otras ciudades con una nota de su médico en que indica que cada vez que esa paciente lo solicite, se le aplique tal dosis de estrógenos. Esto no es más que un método ideal de mantener el sistema endocrino de la mujer en un estado permanente de imbalance, y evitar que desarrolle la homeostasis endocrina normal a la cual tiende fisiológicamente. La única cosa para la que creo que sirve este tipo de tratamiento, es para aumentar las entradas del médico sin que tenga que trabajar, pues la enfermera hace el trabajo por él al aplicar las inyecciones.

Hemos hablado de las hemorragias anormales durante el tiempo del cambio de vida y de su significación. En mi opinión, a toda mujer que tenga una hemorragia prolongada, excesiva o muy frecuente en la época del cambio de vida, debe practicársele un raspado uterino, el cual debe repetirse cuantas veces sea necesario mientras los síntomas continúan presentándose o se muestran recurrentes. Esto no quiere decir que cada mujer a quien se hace un raspado necesite una terapia pues se hace muchas veces el raspado en pacientes que apenas tienen manchas o que sangran poco pero prolongadamente. Me parece que en caso de necesitar cualquiera de estas pacientes un tratamiento, deben tratarse en una forma tan conservativa como se hace con las mujeres más jóvenes, utilizando la terapia ya descrita para la hemorragia

funcional por tres o cuatro meses, no con el objeto de restaurar la actividad ovulatoria y lograr la fertilidad, sino simplemente para ser conservadores. No creo que deba extirparse el útero o administrar radium endocavitario a estas mujeres por hemorragias benignas, ni darles por esta causa dosis de castración de rayos X. El tratamiento conservador no nos dará resultado en los casos en que en el primer raspado uterino hayamos pasado desapercibido un adenocarcinoma endometrial, y si lo hubiere, la paciente continuará sangrando en abundancia a pesar del tratamiento, y entonces debe repetirse el raspado. Debemos convencernos de que por más que creamos haber practicado un raspado minucioso del útero, siempre nos quedarán dentro grandes áreas de endometrio que no han sido tocadas, especialmente en el fondo y en los cuernos uterinos; por bien hecho que se considere al raspado, creo que no se obtiene más del 50% del endometrio. Puede ser pues necesario raspar a estas pacientes varias veces antes de llegar al diagnóstico de un adenocarcinoma que se nos escapó en los raspados anteriores. Si se usa radium endocavitario o rayos X en dosis de castración, podremos haber adquirido una falsa seguridad al provocar una homeostasis provisional, cuando puede existir un adenocarcinoma que siga evolucionando y se haga aparente cuando ya es intratable.

Ya nos hemos referido a algunos otros trastornos que pueden presentarse en el curso del cambio de vida, y hemos visto que hay algunos casos en que se presenta hipertiroidismo, el cual debe ser tratado de acuerdo con el tratamiento ordinario del hipertiroidismo. El hiperepinefrinismo que algunas mujeres manifiestan durante el cambio de vida es más bien un asunto de tratamiento sicoterápico, pues se observa que cede inmediatamente que el sistema nervioso de estas mujeres llega a estabilizarse un poco. Hay también una tendencia a desarrollar diabetes mellitus en la época del climaterio, pero es usualmente un tipo de diabetes benigna que responde a la dieta y que no requiere en general terapia insulínica intensiva y que muchas veces mejora con el uso de estrógenos.

La osteoporosis postmenopáusica se presenta más rara vez, y ocurre usualmente unos diez años después de que se ha establecido en la mujer el hipoestrogenismo crítico. En general, muchas

de estas pacientes se benefician con la administración cíclica de estrógenos, aunque algunas de ellas pueden exigir terapia cíclica estrógeno-androgénica, teniendo que agregar 5 a 10 miligramos de metil-testosterona a nuestra prescripción estrogénica de 1.25 a 2.50 miligramos de Ayerogen oralmente todos los días, por 20 días de cada 30. Claro que es mejor tratar de prevenir la osteoporosis y esta es la razón por la que pensamos que en una mujer que tenga menopausia prematura con hipoestrogenismo prematuro, debe administrarse un tratamiento más o menos largo de estrógenos o estrógenos-progesterona. Yo creo firmemente que las mujeres cuando pasan la fase hipoestrogénica del cambio de vida, se benefician grandemente de pequeñas dosis de estrógenos dadas por 20 días de cada 30, que ayudarán a su vez a prevenir el envejecimiento prematuro, las dificultades coitales y probablemente en algunos casos la osteoporosis. Cuando se trata de un caso de osteoporosis establecida con signos radiológicos avanzados, se podrá obtener una mejoría clínica notable de la enferma con estrógenos y andrógenos, pero no hay que esperar en ningún caso una mejoría radiológica. Hay muchos médicos que se desilusionan del tratamiento por que no se observa una remineralización de los huesos, pero no debe juzgarse el aspecto radiológico de ellos como signos de mejoría de la enferma. Se ha puesto también mucho interés en el uso de los compuestos de estroncio en el tratamiento de la osteoporosis, especialmente el lactato de estroncio, habiéndose obtenido buenos resultados, pero desgraciadamente su uso es muy caro.

Trataremos ahora algo acerca de los síntomas epiteliales locales que se producen como consecuencia del hipoestrogenismo en las mujeres de edad. La vulvovaginitis es de los más comunes y es consecuencia de la atrofia vulvar y vaginal en coexistencia con traumatismo e invasión de organismos virulentos. Usualmente responde bien a la administración de cremas o supositorios de estrógenos usados todas las noches por una semana y por las mañanas con duchas de vinagre. Si la mujer se tiene con terapia estrogénica, se evitará la aparición de estos síntomas.

Otras mujeres presentan sintomatología urinaria: micciones muy frecuentes y urgentes con análisis de orina negativos y sin hallazgos especiales al cistograma o a la cistoscopia, y estos síntomas ocurren quizás por invasión del área periuretral a causa de

la vulvitis. Estos casos responden dramáticamente a pequeñas dosis de estrógenos.

Cuando se establece la dispareunia se debe a la atrofia vulvar, que debe ser prevenida pues nadie está en capacidad de saber cuándo la mujer va a terminar por completo su actividad sexual, y debe en estos casos darse la terapia estrogénica geriátrica. Cuando se presenta el caso, puede ser tratado por aplicación tópica de cremas estrógenas o de supositorios o aún dosis de estrógenos por vía oral.

Ocasionalmente se puede encontrar en la mujer postmenopáusicas el desarrollo de serias estomatitis y gingivitis resultantes de la atrofia de las mucosas bucal y gingival a causa del hipoestrogenismo. No se dice con frecuencia que la mucosa bucal esté bajo la influencia de los estrógenos, pero esa es la realidad, y he visto personalmente muchos casos de mujeres que presentan estos síntomas, sea solos o en coexistencia con vulvovaginitis senil; el tratamiento con estrógenos produce un sorprendente alivio a pesar del hecho de que estas pacientes hayan recibido tratamiento con todas las vitaminas, todos los antibióticos y toda clase de aplicaciones locales. Puede, pues, afirmarse que existe la estomatitis y la gingivitis hipoestrogénica.

Ocurre también en esta edad una cierta atrofia de la piel, la cual puede ser prevenida y tratada, hasta cierto punto, por el uso de dosis pequeñas de estrógenos. En mi opinión, las cremas estrogénicas cosméticas que se venden tanto en los almacenes de artículos de tocador y en las farmacias, contienen dosis demasiado bajas de estrógenos para que puedan tener algún efecto apreciable en la piel envejecida. Si se ha de usar una crema estrogénica con estos fines, debe usarse más bien una forma farmacéutica que una forma cosmética, si bien es cierto que las mujeres gustan mucho de comprar cosméticos y a veces se sienten mejor con el solo hecho de usarlas.

De los síntomas que la mujer presenta durante el cambio de vida, podría hacerse una lista interminable. Algunos de estos síntomas requieren terapéutica estrogénica puesto que están directamente asociados con el hipoestrogenismo; otros requieren el uso de algún tipo de tranquilizadores, que deben ser prescritos por pe-

ríodos de tiempo relativamente cortos mientras se controla la sintomatología subjetiva. No creo que deban usarse los tranquilizadores en combinación con los estrógenos pues en esta forma muchas mujeres van a recibir cuando no necesitan meprobamato y otras recibirán estrógenos sin necesitarlos. A cada caso debe dársele el tratamiento que requiere, y en caso de que los requiera ambos, deben dársele ambos.

Para resumir, diremos que el climaterio es fisiológico y no requiere tratamiento. Si ocurre prematuramente con el consiguiente hipoestrogenismo, la terapia estrogénica cíclica, sola o combinada con progesterona, estará indicada como prevención de la ciclomastopatía, la hiperplasia endometrial, etc. En la mujer climatérica no debe hacerse un diagnóstico cronológico, es decir basado solamente en la edad de la paciente, sino de acuerdo con la realidad de sus síntomas. Es importante investigar por dilatación y raspado todos los casos de hemorragia excesiva o prolongada en las postmenopáusicas, a no ser que esta hemorragia sea producida de acuerdo con un plan terapéutico o por causa de tratamiento cíclico. La terapia estrogénica cíclica puede ser usada por corto tiempo para aliviar los llamados síntomas vasomotores. No recomiendo el uso conjunto de tranquilizadores y estrógenos sino dar el uno o el otro, o ambos, siempre de acuerdo con las necesidades terapéuticas.

En relación con la endocrinología geriátrica, o sea el tratamiento de la mujer en la edad avanzada, no podemos indicar una terapéutica de rutina, pero en todo caso no aprobamos el uso de las mezclas múltiples de toda clase de vitaminas, minerales, estrógenos, andrógenos, etc., que se acostumbra dar a los viejos de ambos sexos. Si hay deficiencia o enfermedad endocrina, debe primero diagnosticarse, y luego tratarse. Cuando hay un marcado hipoestrogenismo, la terapia cíclica estrogénica con dosis pequeñas es útil para evitar la aparición de los cambios atróficos en la vulva y en la vagina que pueden interferir la función coital, de la vulvovaginitis atrófica, la kraurosis vulvar y la leucoplasia, envejecimiento prematuro somático y sexual, y osteoporosis postmenopáusica.