

teral previa a la menopausia remueve la mayor fuente de estrógenos endógenos como también la fuente de andrógenos (androstendiona y testosterona) que pueden ser convertidos a estrona periféricamente aun más allá de la menopausia. Rivera y col.² mostraron que la ooforectomía bilateral en mujeres de menos de 45 años está asociada con un aumento de mortalidad cardiovascular. Interesantemente, se encontraron que mujeres tratadas con estrógenos después de ooforectomía bilateral no mostraron aumento de la mortalidad, sugiriendo que el inicio de TE al tiempo de la ooforectomía bilateral podría contrarrestar el efecto perjudicial de la ooforectomía en la ECC. Este hallazgo es similar al análisis secundario del estudio Women's Health Initiative que mostró que cuando se inicia la TE dentro de la primera década después de la menopausia, o entre 50 y 59 años de edad, el riesgo a largo plazo de ECC se reduce. Así, el tiempo de inicio de la TE (o estrógenos más progestinas) después de la menopausia parece que influye en el efecto sobre la enfermedad cardiovascular con la iniciación temprana de la terapia hormonal cercana al tiempo de la menopausia como benéfico.

La evidencia observada sigue creciendo, indicando que necesitamos repensar en la práctica actual la ooforectomía bilateral profiláctica al tiempo de la histerectomía por causas benignas.

La conservación de ovarios debe ser una recomendación a menos que la ooforectomía bilateral tenga claros beneficios, tales como

histerectomía para tratamiento definitivo de endometriosis, o si hay un aumento del riesgo de cáncer de mama o de ovario con historia familiar o presencia de marcadores genéticos como BRCA1 y BRCA2. Claramente factores de riesgo individuales de la mujer se deben considerar cuando hay una indicación para ooforectomía; y este procedimiento es adecuado. Adicionalmente, si la ooforectomía se realiza antes de los 50 años de edad, en ausencia de contraindicaciones, el inicio de continuidad de TE al menos hasta los 45 años debe considerarse para contrarrestar los efectos no favorables de la ooforectomía en la salud general bilateral.

Esther Eisenberg, MD, MPH
Professor of Obstetrics and Gynecology
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, TN

Referencias

1. Parker WH, Proder MS, Liu Z, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2005;106:219-226.
2. Rivera C, Grossardt B, Rhodes D, et al. Increased cardiovascular mortality following early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2009;16:15-23.
3. Rossouw J, Prentice R, Manson J, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007;297:1465-1477.

MENOPAUSIA AL DÍA

¿La depresión afecta los síntomas menopáusicos?

Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. Maturitas 2009;62:306-310.

REED SD, LUDMAN EJ, NEWTON KM, ET AL.

Nivel de evidencia: II-3

Objetivo. El objetivo de este estudio fue medir si los síntomas menopáusicos fueron más comunes y/o más severos entre mujeres con síntomas depresivos.

Métodos. Una encuesta seccionada cruzada de 1.358 mujeres, entre 45 y 70 años de edad, en dos grandes planes integrados de salud (Seattle, Boston) fueron realizadas. Se recolectaron informaciones sobre demografía, historia médica

y reproductiva, uso de medicamentos, experiencia menopáusica y síntomas depresivos (PHQ-8).

Las mujeres tomando TH se excluyeron. Modelos de regresión logística ajustados por la edad y el índice de masa corporal, IMC, midieron la asociación entre los síntomas menopáusicos (fogajes, sudoración nocturna, sequedad vaginal y dispareunia) y la presencia de síntomas depresivos de moderados a severos.

Resultados. Se incluyeron 770 mujeres; 98 (12.7%) tenían síntomas depresivos moderados/severos y 672 (87.3%) no tenían o presentaban síntomas depresivos leves. Las mujeres con síntomas depresivos moderados/severos fueron casi el doble en reportar síntomas vasomotores recientes (fogajes y sudoración nocturna) en comparación con las mujeres sin o con síntomas depresivos leves (RR ajustado, 1.67; IC 95%, 1.04-2.68), y reportados como severos (RR, 1.63; IC 95%, 0.095-2.83). Una mayor cantidad de síntomas se observó a pesar del hecho de que el 20% de las mujeres con síntomas depresivos de moderados a severos (frente a 4.6% de no síntomas o leves) usaron medicaciones SSRI o SNRI conocidas como efectivas para aliviar los fogajes. Los porcentajes de mujeres con síntomas menopáusicos y los porcentajes con síntomas vasomotores severos se asociaron linealmente con el score de síntomas depresivos.

Conclusiones. Los síntomas depresivos “amplifican” la experiencia menopáusica o alternativamente, los síntomas vasomotores severos agravan los síntomas depresivos.

Comentarios. Los hallazgos de este estudio a gran escala no son inesperados pero son relevantes, principalmente que la depresión parece que “amplifica” la experiencia y la intensidad de síntomas vasomotores asociados con la menopausia. El estudio también fue bien hecho y controlado para variables de confusión tales como la edad y el IMC, pero aun así encontró mujeres con depresión moderada/severa, reportes de que casi el doble de fogajes recientes, sudoraciones

nocturnas o ambas comparadas con mujeres sin o con síntomas depresivos leves.

Los autores reconocen la correlación natural de sus hallazgos y notan que lo severo de los síntomas menopáusicos puede agravar los síntomas depresivos. Ciertamente, si las interrupciones del sueño debido a las sudoraciones nocturnas interfieren con un sueño relajante, los síntomas depresivos se van a exacerbar sensaciones de fatiga, irritabilidad y falta de energía. Las interrupciones del sueño son ya una señal de depresión. Sin embargo, los autores hacen el razonable argumento de que la depresión puede estar asociada con mayor severidad de los síntomas corporales y/o puede resultar en más pobre régimen de autocuidado tal como dieta o ejercicio, el cual puede exacerbar los síntomas vasomotores.

De acuerdo a la naturaleza bidireccional de los hallazgos, los autores sugieren que su estudio tiene implicaciones clínicas principalmente que la identificación y el tratamiento de la depresión en mujeres de edad mediana puede mejorar la experimentación y la severidad de los síntomas menopáusicos.

Aunque la muestra de mujeres severamente deprimidas en esta investigación fue alrededor de SSRIs y SNRIs, los autores tienen tres posibles explicaciones: “1) su terapia antidepresiva fue sub-óptima; 2) pueden tener beneficio de TH; o 3) aun en el caso de óptimo manejo de los síntomas vasomotores, estos síntomas de las mujeres podrían permanecer refractarios a la terapia”.

Claramente, este estudio genera muchas preguntas y sus respuestas, aunque puntualiza la importancia de realizar un estudio bien controlado prospectivo longitudinal sobre mujeres deprimidas frente a no deprimidas cuando entran en la transición menopáusica.

Sandra R. Leiblum, PhD
Director of Sexual and Relationship Health
New Jersey Center for Sexual Wellness
Bedminister, NJ