

el equilibrio y es así, como hoy estamos usando sustancias naturales de las cuales se benefician millones de mujeres en el mundo.

Las dificultades de diferentes matices, han ido cayendo lentamente tal vez, pero a paso firme se han abierto y aceptado los tratamientos hormonales. Quienes los combatieron con argumentos que consideraron imbatibles, han tenido que cambiar de actitud y si en privado no los aceptan del todo, presionados por las mismas pacientes que ya tomaron conciencia de los grandes beneficios recibidos, se han visto en la imperiosa necesidad de actualizarse ante el temor de parecer o perecer como obsoletos.

Los estudios de esta terapia que constituyen una legión

mundial, siguen investigando y cada día van más lejos. Todo parece indicar que el siglo XXI. Será el de la terapia preventiva, como lo ha sido este que ya termina, el de la curativa.

Hemos sí de recordar y tenerlo siempre presente, que manejamos seres humanos, que las terapias hormonales indudablemente son efectivas, pero el componente espiritual requiere también y en dosis cuando más alta mejor nuestro cuidado, la parte afectiva de la mujer dentro del círculo que le rodea, tiene muchas facetas cada una de las cuales hay que conocer a fondo, por ello el tratante médico, necesariamente tiene que sumergirse en ese entorno. Si solo nos dedicamos a recetar pastillas, inyecciones, cremas o parches estaremos haciendo tratamientos a medias y nos veremos avocados a perder la confianza de nuestras dolidas pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. La edad crítica J. Botella Llusia. Los estrógenos. Pág. 323.
2. Winnifred Berg Cutler-Celso Ramón García. The medical management of menopause and postmenopause. 1984; 122.
3. Eduardo Fernandes Viloria – Ana Rodríguez Tramulles. Menopausia y Sociedad . Barcelona.
4. The Genesis of Menopause. Wulf Utian. Editorial Menopause, The journal of the North American Menopause Society, Vol. 4 1994.
5. Santiago Palacio Gil – Antuñao. Enfoque moderno de la menopausia conferencia en el XVIII Congreso Colombiano de Obstetricia y Ginecología del Atlántico.
6. Barranquilla diciembre de 1991.
7. John Franklin Donaldson. How did the menopause arise. The Journal of the North American Menopause Society. Vol. 1 No.4.
8. J.W. STD, H.M. Anderson, J.C. Montgomery. Hormonal treatment. A modern approach to the premenopausal years. Pág. 129.
9. Sandja Greenwood M.D. Menopausia y ansiedad. 1984.
10. Bartolomé Beltrán M.D. Siempre mujer ante la menopausia. 1988.
11. Robert B. Greeblatt M.D. A modern approach to the perimenopausal years. 1986.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL EN EL CLIMATERIO

Santiago Palacios, M.D.*

* Director del Instituto Palacios de Investigación Clínica en Ginecología y Metabolismo. Madrid-España.

Resumen

La hemorragia uterina anormal en el climaterio (HUAC) es el segundo que no es secundario a lesiones orgánicas en una paciente climaterica. Suelen producirse por un estímulo, prolongado y continuo estrogénico sobre el endometrio en ausencia de progesterona. Clínicamente se traduce en menorragias e hiperplasias endometriales. La aptitud terapéutica va encaminada a contrarrestar la situación de un progestágeno.

Es importante conocer el manejo de otra situación diferente pero habitual en el climaterio como es la hemorragia por ruptura en pacientes con Terapia hormonal Sustitutiva.

Summary

The abnormal vaginal bleeding in the climateric is the bleeding which is not secondary to organic lesions in a climateric patient. These are usually produced by a prolonged and estrogenic continued stimulus over the endometrium in the absence of progesterone. It is clinically translated into menorrhagia and endometrial hyperplasia. The therapeutic aptitude is set on the way to counteract the hyperoestrogenism situation keeping with the administration of a progestogen.

It is important to know the handling of a different situations but common in the climateric as it is the withdrawal bleeding in patients under Hormonal Replacement Therapy.

Definimos como hemorragia uterine anormal en el climaterio (HUAC) a todo sangrado que no es secundario de lesiones orgánicas en una paciente que ya no presenta menstruaciones regulares estando en la época del climaterio.

Habitualmente estos sangrados suelen producirse por un estímulo prolongado y continuo, estrogénico sobre el endometrio en ausencia de progesterona. La ausencia del pico ovulatorio de LHn con la secreción persistente de FSH originan el desarrollo foliculares que producen cantidades progresivas de estrógenos. El efecto final es el sangrado debido al descenso estrogénico causado por la degeneración de los folículos o por defectos en la vascularización endometrial (necrosis hística).

En la ausencia de progesterona, la acción mantenida de estrógenos puede inducir una hiperplasia endometrial (por aumento del número de receptores estrogénicos), y a la larga la posibilidad de desarrollarse un adenocarcinoma de endometrio.

En la mujer postmenopáusica los niveles de estrógenos endógenos existentes son de origen extragonadal (corteza suprarrenal, (obesidad, estrogenoterapia sin oposición, etc.) los niveles estrogénicos existentes son deficientes para inducir proliferación endometrial y poder producir hiperplasias endometriales y menorragias (sangrado excesivo, más de 80 mm.Y / o duración superior a 7 días).

La actitud a seguir, depende de si la HUAC se presenta de forma aguda, hemorragia de urgencia, o es de evolución crónica. Es evidente que en los casos que se requiera una intervención rápida, el legrado uterino será lo indicado. El tratamiento de la HUAC crónica de basará en la administración de fármacos, fundamentalmente hormonas, con acción antiestrogénica.

Si tenemos en cuenta que, prácticamente la mayoría de las HUAC son provocadas por la presencia de una situación de hiperestronismo mantenida, en ausencia o déficit de progesterona, la actitud terapéutica irá encaminada a contrarrestar dicha situación, con lo que conseguiremos evitar el desarrollo de cuadros de hiperplasia endometrial.

La progesterona, al neutralizar la acción estrogénica e inducir un cambio secretor del endometrio, previene la aparición de hiperplasias; e incluso cuando está ya establecida.

El mecanismo de acción de los progestágenos es doble: 1- bloqueo de la acción de los estrógenos a sus receptores y 2 – estimulación de la 17 hidroxideshidrogenasa (aumento de la conversión de estradiol o destrona). Para llevar a cabo estas acciones e inducir un cambio secretor del endometrio, se necesita que se administren al menos durante 6 días, y que el endometrio esté previamente preparado con estrógenos.

El uso de gestágenos asociados a estrógenos también se emplea en el tratamiento de las HUAC. Se utiliza en aquellas hemorragias provocadas por déficit estrogénico que impide la proliferación endometrial.

Otro problema frecuente en este periodo de la mujer es el manejo de la hemorragia por ruptura, que es aquella que no tiene relación con la fase de adición del progestágeno en mujeres con terapia hormonal sustitutiva. En estos casos primero deberá hacerse un interrogatorio cuidadoso a la paciente para descartar: 1- fracaso u olvido en el cumplimiento del tratamiento . 2- Interacciones medicamentosas. 3- Estrés. Sin embargo, no podemos olvidar que los ovarios de la mujeres climáticas todavía poseen cierta actividad hormonal. En estos casos puede sumarse la producción endógena hormonal a la terapia de sustitución.

BIBLIOGRAFÍA

1. Whitehead MJ, Townsend PT, Pryse- Davies J, Ryder Ta, King RIC: Effects of estrogen and progestins on the biochemistry and morphology of the postmenopausal endometrium. *New Eng J Med*, 1981; 305: 1599-1605.
2. Lee RA, Contraceptive and endometrial effects of medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol*. 1968; 104: 130-137.
3. Hoiffman DL, Lobo RA, Mischell DR. Treatment of dysfunctional uterine bleeding. In: Baird DT, Michie EA. Mechanism of menstrual bleeding. New York: Raven Press, 1985;253.