

Manejo de SVM y trastornos Cognitivos

Una mujer de unos 40 años se presenta con cambios de humor más pronunciados desde que comenzó a tener bochornos molestos, sudores nocturnos e insomnio. Ella tuvo una histerectomía parcial hace varios años. Se le han recetado estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos. También se le han recetado medicamentos para tratar su hipertensión e hiperlipidemia. Hay antecedentes familiares de una rara enfermedad cardíaca.

¿Cuáles son sus recomendaciones para tratar los cambios de humor más pronunciados y los síntomas vasomotores molestos?

La evaluación y el manejo de las pacientes con menopausia compleja con múltiples trastornos médicos y cognitivos es una tarea desafiante y requiere un enfoque de equipo multidisciplinario para ayudar a separar estos diagnósticos y monitorear la respuesta al tratamiento. Para esta mujer con una combinación de síntomas vasomotores graves (SVM) de inicio reciente, sudores nocturnos y cambios de humor, sería útil una evaluación actualizada del estado de su trastorno bipolar por parte de su psiquiatra.

Asumiendo que el trastorno bipolar se ha mantenido estable con la medicación, el tratamiento de los SVM en esta mujer sería el siguiente paso práctico. La paciente no es una buena candidata para el tratamiento no hormonal de los sofocos con paroxetina¹ porque ya está tomando estabilizadores del estado de ánimo y antipsicóticos.¹

Tampoco es la candidata ideal para la terapia estrogénica (TE), debido a sus otros problemas médicos de hipertensión e hiperlipidemia. La terapia con estrógenos podría exacerbar su hiperlipidemia y aumentar sus niveles de triglicéridos.²

Además, su hipertensión puede empeorar si el estrógeno aumenta la producción de

angiotensinógeno en el hígado, dando como resultado una actividad estimulada en la actividad renina-angiotensina.³

Se debe obtener información más detallada sobre su historial familiar de enfermedad cardíaca «rara». Si la paciente no se ve afectada por esta condición, entonces se puede considerar TE.

La ruta más segura de administración de estrógenos, teniendo en cuenta estas preocupaciones, es un parche de estradiol transdérmico en dosis bajas que administra 0,0375 mg por día. Este modo de administración evita el efecto de primer paso y reduciría el efecto del estrógeno sobre el metabolismo hepático y los cambios en los lípidos.⁴ También minimizaría los cambios en el sistema de coagulación.

Si se usa estrógeno transdérmico, una monitorización estrecha de su respuesta con un diario de síntomas del calendario puede ser útil para documentar los cambios de humor y la actividad vasomotora.

Se le debe decir a la paciente que no espere una mejora en el SVM hasta al menos 8 a 12 semanas de TE. Afortunadamente para esta paciente, el uso de un progestágeno concomitante no está indicado porque ha tenido una histerectomía. Esto reduce la probabilidad de cualquier efecto de la progestina en sus alteraciones del estado de ánimo.

Debe desarrollarse una relación de trabajo con su médico de atención primaria y su psiquiatra para controlar su respuesta al tratamiento y los efectos adversos relacionados con su trastorno bipolar, hipertensión e hiperlipidemia. Las pacientes con trastornos médicos complejos se manejan mejor con un enfoque de equipo multidisciplinario.

Referencias

1. Pinkerton JV, Joffe H, Kazempour K, Mekonnen H, Bhaskar S, Lippman J. Low-dose paroxetine (7.5 mg) improves sleep in women with vasomotor symptoms associated with menopause. *Menopause*. 2015;22(1):50-58.
2. Zorilla E, Hulse J, Hernandez A, et al. Severe endogenous hypertriglyceridemia during treatment with estrogens and oral contraceptives. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1968;22:755-760.
3. Schunkert H, Danser AH, Hense HW, Derkx FH, Kürzinger S, Riegger GA. Effects of estrogen replacement therapy on the renin-angiotensin system in postmenopausal women. *Circulation*. 1997;95(1): 39-45.
4. Chetkowski RJ, Meldrum DR, Steingold KA, et al. Biologic effects of transdermal estradiol. *N Engl J Med*. 1986;314(25):1615-1620.
5. Canonico M, Scarabin PY. Oral versus transdermal estrogens and venous thromboembolism in postmenopausal women: what is new since 2003? *Menopause*. 2016;23(6): 587-588.
6. Muse KN, Cetel NS, Futterman LA, Yen SC. The premenstrual syndrome. Effects of "medical ovariectomy." *N Engl J Med*. 1984; 311(21):1345-1349.

James H Liu, MD, NCMP
 Arthur H. Bill Professor and Chair
 Department of Obstetrics
 and Gynecology
 University Hospitals Case
 Medical Center
 MacDonald Women's Hospital
 Department of Reproductive
 Biology
 Case Western Reserve University
 School of Medicine
 Cleveland, Ohio

Conflicto de intereses

El Dr. Liu informa que Consultante/Advisory Board or Honoraria: Allergan, Bayer, Ferring; Research Grants: AbbVie. Todos los fondos pagados a la Institución.