

Menopausia SGM y disminución de la libido

HOLLY L. THACKER, MD, FACP, CCD, NCMP

Una mujer de 44 años se presenta a la clínica e informa que ha estado sufriendo sofocos graves y un deseo sexual disminuido desde que se sometió a una ablación endometrial a los 36 años por un sangrado uterino anormal. Los sofocos interfieren con sus tareas diurnas y provocan despertares nocturnos. Ella había estado usando pellets de testosterona, recetados en otro lugar hace 10 meses, por un período de 3 meses con un alivio mínimo. También informa sobre el adelgazamiento asociado del cabello, el flujo vaginal y la sequedad vaginal, pero niega cualquier sangrado o manchado vaginal. También informa sobre la dispareunia y usa un lubricante vaginal no específico durante el coito.

Su historia médica pasada es sin incidentes importantes, solo que se le ha extraído un tumor benigno en el seno y se le realizó una colecistectomía en el pasado, tiene hipertensión y diabetes en sus lados materno y paterno es obesa pero normotensa, y su examen físico es normal.

Dada la historia de la ablación endometrial, sería difícil descartar una hiperplasia sin un muestreo endometrial guiado por histeroscopia. ¿Cómo y cuándo determinaría el «inicio» o la edad de la menopausia, ya que se volvió amenorreica después de la ablación y comenzó a tener síntomas de menopausia casi al mismo tiempo? Esta pregunta se convierte en crucial, especialmente de 8 a 10 años desde la presunta menopausia, cuando se ofrece a estas mujeres la terapia hormonal (TH) frente a las opciones no hormonales.

Submitted by Pallavi Khanna, MD, NCMP, Germantown, Tennessee

Comentario

Su caso ilustra varios puntos excelentes de enseñanza:

1. No todas las mujeres con sofocos y amenorrea son posmenopáusicas.
2. No toda dispareunia es atrofia vulvovaginal (AVV) o el síndrome genitourinario de la menopausia. Se deben considerar afecciones como la esclerosis del liquen, el liquen plano, la neoplasia intraepitelial vaginal, la infección y el vaginismo.
3. Los gránulos de testosterona no están aprobados por la FDA para su uso en mujeres. La testosterona sistémica se aromatiza a estradiol, y el estrógeno sin oposición aumenta el riesgo de hiperplasia endometrial y cáncer.
4. Las mujeres que han tenido ablación endometrial pueden tener amenorrea durante varios años antes de la menopausia real o la última ovulación.
5. El Estudio de la Salud de las Mujeres en la Nación (SWAN por sus siglas en inglés) nos ha enseñado que los síntomas vasomotores (SVM) pueden comenzar en la perimenopausia mucho antes del último período menstrual, y que el SVM puede durar mucho tiempo.

Comenzaría por no suponer que esta mujer se volvió menopáusica en el momento en que sus SVMs comenzaron a la edad de 36 años. De hecho, las mujeres en el inicio temprano de la perimenopausia tienden a tener la duración más larga de la perimenopausia, con un promedio de 8,57 años en la edad más corta¹. Por lo tanto, en las mujeres con ablaciones endometriales y amenorrea, generalmente obtengo niveles anuales de hormona estimulante del folículo (FSH) y niveles de estradiol para «fechar» el inicio de la menopausia, porque sabemos que hay ventajas críticas que afectan la ecuación riesgo-beneficio de la TH.

Además, en el SWAN, aprendimos que las mujeres premenopáusicas o perimenopáusicas tempranas cuando informaron por primera vez SVMs frecuentes tuvieron la duración total más larga de los síntomas (mediana, 11,8 años) y la persistencia posmenopáusica en contraste con las mujeres posmenopáusicas que al inicio del SVMs tuvieron la duración más corta de estos síntomas.² Además, las mujeres negras, que informaron la duración más larga de SVMs y los factores adicionales relacionados con la duración de SVMs, tenían una edad más joven (como en este caso), tenían un nivel educativo más bajo, tenían niveles de estrés percibidos más altos, y tenían niveles altos de depresión y ansiedad, destacando la necesidad de evaluar los problemas de salud mental en mujeres que sufren de SVMs.

Se nos dice que el examen físico de esta mujer, salvo por la obesidad, no tiene nada de especial. Si no tiene AVV o esclerosis de líquenes u otras anomalías vulvovaginales, es posible que aún sea premenopáusica o que haya recibido suficiente testosterona sistémica que aromatiza al estradiol para tratar su atrofia.

Primero obtendría niveles de FSH, estradiol, testosterona libre y DHEAS. Si de hecho aún es premenopáusica o perimenopáusica, yo recetaría dosis anticonceptivas continuas de hormonas con una terapia basada en drospirenona para el adelgazamiento del cabello. Es importante tener en cuenta que la ablación endometrial no es una terapia anticonceptiva.

Si ella es menopáusica, le ofrecería TH. Si el estado de ánimo y el adelgazamiento del cabello fueran preocupaciones importantes y/o sus andrógenos estuvieran elevados, ofrecería terapia oral, a menos que exista un riesgo de tromboembolismo venoso.

Sabemos que la terapia estándar de estrógeno-progesterona no siempre es ideal debido a eventos adversos como sangrado uterino y sensibilidad en los senos. Dada su historia de ablación endometrial, preferiría un llamado «estrógeno de diseño» como Duavee^R, una combinación de 0,45 mg de estrógeno oral con 20 mg de bazedoxifeno³.

No la ciclaría ni separaría el componente de estrógeno y progesterona/progestina. Si prefiere

una opción no oral o si tiene un riesgo mayor de trombosis o si tiene triglicéridos elevados, un parche de estrógeno y progestina combinado (ClimaraPro^R semanal 0,045 mg de estradiol más 0,015 mg de levonorgestrel o dos veces por semana Combipatch^R 0,05 mg de estradiol con noretindrona acetato 0,14 mg o 0,25 mg) puede ser usado. La TH oral elevará los niveles de la globulina transportadora de hormona sexual, disminuyendo así los niveles de testosterona libre, lo que probablemente ayudará a su piel y cabello.

En cuanto a la libido reducida, evaluaría las causas secundarias versus el trastorno de deseo sexual hipoactivo primario (HSDD, por sus siglas en inglés) antes de considerar los pros y los contras de prescribir flibanserin.⁴ Primero trataría sus síntomas de sequedad vaginal con dehidroepiandrosterona vaginal (DHEA).

Desde la publicación de Labrie y sus colegas en 2009,⁵ he recetado DHEA vaginal compuesta hasta que estuvo disponible comercialmente en 2016 en forma de Intrarosa^R (prasterona) al 0,05%. Debido a que no hay enzimas de la aromataza en el endometrio, la DHEA vaginal no estimulará el endometrio en las mujeres como lo podrían hacer las dosis más altas de estrógeno vaginal.

Dada su obesidad, su ablación endometrial y sus niveles de testosterona no regulados y no aprobados previamente, es muy importante evitar la estimulación estrogénica adicional para su endometrio, especialmente si se evalúa la hemorragia posmenopáusica, si esto ocurre, será más difícil dada la cicatrización de la ablación endometrial.

También le proporcionaría información fácil de leer sobre la menopausia, la perimenopausia, la función sexual femenina y otras inquietudes comunes de la mediana edad, y controlaría su presión arterial, peso y respuesta a los síntomas en un plazo de 3 meses.

Referencias

1. Paramsothy P, Harlow SD, Nan B, et al. Duration of the menopausal transition is longer in women with young age at onset: the multiethnic Study of Women's Health Across the Nation. *Menopause*. 2017;24(2): 142-9.

2. Avis NE, Crawford SL, Greendale G, et al; Study of Women's Health Across the Nation. Duration of menopausal vasomotor symptoms over the menopause transition. *JAMA Intern Med.* 2015;175(4):531-9.
3. Hirsch HD, Shih E, Thacker HL. ERAAs for menopause treatment: welcome the "designer estrogens." *Cleve Clin J Med.* 2017;84(6):463-70.
4. Thacker HL. Taking sides: should ob/gyns prescribe flibanserin for their patients? *Contemporary OB/GYN.* August 2016:24-36.
5. Labrie F, Archer D, Bouchard C, et al. Effect of intravaginal dehydroepiandrosterone (Prasterone) on libido and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Menopause.* 2009;16(5):923-31.

Holly L Thacker, MD, FACP, CCD, NCMP
 Professor and Director, Center for Specialized
 Women's health OB-GYN and Women's Health
 Institute
 Cleveland Clinic Lerner College of Medicine
 Cleveland, Ohio of CWRU

Conflicto de intereses: Dr. Thacker no
 reporta relaciones financieras relevantes.