Síndrome genitourinario de la menopausia: la necesidad insatisfecha

Publicado el 21 de octubre de 2020

SUSAN KELLOGG SPADT, PHD, CRNP, IF, CSC,[1] y LISA C LARKIN, MD, FACP, NCMP, IF[2]

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) es una afección altamente prevalente y progresiva de las mujeres posmenopáusicas que tiene efectos negativos importantes sobre la salud vulvovaginal, la salud sexual y la calidad de vida en general. A pesar de muchas terapias seguras y efectivas disponibles, el SGM a menudo no se diagnostica ni se trata. Esta práctica aborda la fisiopatología del SGM y revisa las opciones de tratamiento disponibles.

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGM) afecta el tracto genitourinario femenino y está asociado con la deficiencia de estrógenos en la menopausia. Dicho síndrome es muy prevalente, pues afecta del 27 al 84% de las mujeres posmenopáusicas[1] y es una causa común de dispareunia. A diferencia de los síntomas vasomotores (SVM), que son más graves en los años cercanos al último período menstrual, los síntomas del SGM comienzan meses o años después, lo cual sugiere que el desarrollo del SGM puede estar relacionado con factores tanto dependientes como independientes de los estrógenos, lo que hace que su asociación con la menopausia sea poco clara para muchas mujeres.[2]

Los datos sugieren que el SGM afecta negativamente la salud sexual, las relaciones y la calidad de vida de una mujer, sea sexualmente activa o no.[3] A pesar de su prevalencia y de las terapias ampliamente disponibles, solo una minoría de mujeres recibe tratamiento para el SGM. Las barreras para el tratamiento incluyen la incomodidad de la paciente y del proveedor al hablar sobre las quejas genitourinarias y sexuales y la falta de conocimiento sobre las terapias y el costo.[4]

Causas. La menopausia natural es la causa más común del SGM, pero este puede desarrollarse en cualquier estado hipoestrogénico, incluida la insuficiencia ovárica primaria, la menopausia quirúrgica, la lactancia y los tratamientos posteriores al cáncer. Los niveles más bajos de estrógeno dan como resultado una expresión disminuida de ER-β, un aumento de las células parabasales vaginales, una disminución de las células superficiales vaginales, un aumento del pH vaginal y una disminución del microbioma dominante de lactobacilos. La ooforectomía bilateral y el uso de inhibidores de la aromatasa en sobrevivientes de cáncer de mama se asocian con niveles extremadamente bajos de estradiol circulante y los síntomas más graves de SGM.[2]

Diagnóstico. El diagnóstico de SGM requiere la presencia de síntomas molestos y hallazgos en la exploración física. Los síntomas predominantes de SGM incluyen sequedad vulvovaginal, ardor, secreción vaginal; disuria, y dispareunia[3]. Los signos de SGM incluyen atrofia de los labios y del clítoris, fimosis del prepucio, estrechamiento del introito y sequedad y adelgazamiento de la mucosa vaginal. La elasticidad vaginal disminuye debido a la reducción de elastina y colágeno. Otros hallazgos físicos incluyen arrugas vaginales disminuidas, friables, y tejido hipopigmentado, ulceraciones y desgarros vulvares, carúnculas uretrales, eritema y prolapso.[1] Aunque el SGM se puede diagnosticar sobre la base de la historia clínica, es necesario un examen pélvico completo

1 Facultad de Medicina de la Universidad de Drexel, Filadelfia, Pensilvania. Consultoría para Materna y conferencista para Amag and Duchesnay.

2 Facultad de Medicina, Cincinnati, Ohio. Consultora/asesora para Amag, Lupin, Procter & Gamble, y terapeuta MD y conferencista para Amag y Amgen.

para descartar otros trastornos, como infecciones vaginales o urinarias, vestibulodinia, dermatosis vulvares, disfunción del suelo pélvico o malignidad.

Tratamiento. El objetivo del tratamiento del SGM es aliviar los síntomas y restaurar la función genital inferior. La educación de la paciente es importante y debe incluir información sobre fisiopatología, anatomía vulvovaginal e higiene. Las terapias de primera línea incluyen humectantes y lubricantes vaginales sin hormonas de venta libre. Los lubricantes alivian temporalmente los síntomas al reducir la fricción durante la actividad sexual y pueden ser a base de agua o silicona. Al recomendar lubricantes a base de agua, los médicos deben considerar la osmolalidad de los productos porque las opciones hiperosmolares pueden alterar el epitelio vaginal.[2] Cremas hidratantes vaginales compuestas por ingredientes como policarbofilo o ácido hialurónico que se usan varias veces por semana, independientemente del momento de la actividad sexual, suministran humedad duradera a la vagina. Un ensayo reciente de mujeres con SGM que comparó una tableta vaginal de estradiol (más gel de placebo), un humectante vaginal (más tableta de placebo) y un placebo dual encontró una mejora similar en las puntuaciones de dolor con la actividad sexual.[5]

Para las mujeres sintomáticas que no responden a las terapias sin receta, se debe considerar el tratamiento con terapias con receta aprobadas por la FDA. La terapia con estrógenos vaginales (TE) de dosis baja, incluidas las cremas, los óvulos, las tabletas y el anillo vaginal de estrógenos, ha demostrado su eficacia para la SGM en ensayos controlados aleatorios (ECA). La TE local mejora las medidas subjetivas y objetivas de SGM, aumenta el grosor y la elasticidad de los tejidos genitales, mejora el flujo sanguíneo vaginal, reduce el pH vaginal y aumenta los lactobacilos vaginales, con una absorción sistémica mínima. Una revisión Cochrane de 2016 de 30 ECA informó la eficacia de las formulaciones locales de TE aprobadas por la FDA en términos de aliviar los síntomas sin un mayor riesgo de hiperplasia endometrial a las 52 semanas. Con base en datos limitados, no se requiere el uso de un progestágeno en mujeres de bajo riesgo con útero que utilicen TE local aprobada por la FDA.[6] Sin embargo, se debe informar a las mujeres que busquen atención médica por cualquier sangrado vaginal.

Los niveles séricos de estradiol en mujeres menopáusicas que usan TE vaginal en dosis bajas (anillo vaginal de 2 mg, tabletas vaginales de 10 μg o cápsula de gel vaginal de 4 y 10 μg) permanecen dentro del rango posmenopáusico. Ni el Women's Health Initiative Observational Study de 45.000 mujeres ni el Nurses' Health Study de 54,000 mujeres posmenopáusicas encontraron un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, cáncer de mama, accidente cerebrovascular, embolia pulmonar, fractura de cadera, cáncer colorrectal o muerte en mujeres que usan TE vaginal.[4,7] Al prescribir TE vaginal local, las mujeres deben ser informadas sobre la seguridad de estos productos e informadas sobre la «advertencia de recuadro negro» ordenada por la FDA (no respaldada por datos sobre TE local). La TE local sigue siendo una opción de tratamiento subutilizada para las mujeres con SGM.[3]

Otro tratamiento para la dispareunia asociada con SGM es el ospemifeno, un modulador oral selectivo del receptor de estrógenos con efectos vaginales agonistas. Aunque el ospemifeno ha mostrado actividad antiestrogénica en modelos preclínicos, el ospemifeno no debe usarse en mujeres con cáncer de mama conocido o sospechado porque no hay datos en humanos en este momento. Otra opción, la dehidroepiandrosterona, un esteroide precursor de los andrógenos y los estrógenos, está disponible como un inserto vaginal diario (prasterona) y no está contraindicada en sobrevivientes de cáncer de mama. La toma de decisiones compartida es fundamental al elegir e iniciar cualquier terapia para el SGM.[4]

Sobrevivientes de cáncer de mama. El manejo del SGM en supervivientes de cáncer de mama es complicado por muchas razones. Cuando las opciones no hormonales fallan, varias sociedades profesionales, incluidos el Congreso Estadounidense de Obstetras y Ginecólogos[8] y la Sociedad Norteamericana de Menopausia[9], han respaldado la recomendación de que los oncólogos de las pacientes utilicen TE en dosis bajas en sobrevivientes de cáncer de mama[8,9].

De hecho, los datos actuales no muestran un mayor riesgo de recurrencia del cáncer de mama en sobrevivientes de cáncer de mama que usan TE vaginal.

Otras terapias. Los tratamientos basados en energía, incluidos el láser (fracción de CO2, erbio, YAG) y la radiofrecuencia, son terapias emergentes que se utilizan para el SGM. La terapia con láser de CO2 fraccional utiliza energía fraccionada para crear pequeñas heridas en el epitelio de la mucosa que estimulan la formación de colágeno y elastina. Un ensayo multicéntrico, aleatorizado, simple, ciego, de la terapia con láser vaginal versus crema de estrógeno para el tratamiento del SGM encontró que la terapia con láser y la TE producían efectos similares en términos de impresión global de mejoría de la paciente, en la incidencia de efectos adversos (mínimos en cada grupo) y en eficacia sostenida a los 6 meses.[10] Aunque el tratamiento con láser en el SGM es prometedor, especialmente para las sobrevivientes de cáncer de mama, se necesitan más estudios[9] grandes, ciegos, a largo plazo, aleatorizados y controlados de forma simulada para evaluar la seguridad y la eficacia antes de una adopción generalizada. También se deben considerar los costos.[1]

Los dilatadores vaginales y la fisioterapia del suelo pélvico son estrategias adyuvantes para la dispareunia asociada al SGM. Se ha demostrado que los dilatadores graduados, que incluyen plástico rígido, silicona flexible y dilatadores expandibles controlados por la paciente, mejoran la dispareunia[2]. Se debe indicar a las mujeres que utilicen dilatadores vaginales durante 10 a 20 minutos, de tres a cinco veces por semana. El aumento del tono muscular del suelo pélvico, los espasmos y la presencia de puntos gatillo miofasciales también pueden contribuir a la dispareunia persistente en mujeres con SGM. La remisión para fisioterapia del suelo pélvico puede ser fundamental para restablecer la relajación y la comodidad de los músculos del suelo pélvico.

Perlas. Muchas mujeres posmenopáusicas sufren innecesariamente síntomas dolorosos del SGM. Es imperativo que los médicos hagan más para satisfacer las necesidades insatisfechas de estas mujeres. Todos los médicos deben preguntar de forma rutinaria acerca de los síntomas del SGM y, cuando estén presentes, proporcionar educación sobre la base fisiológica de los síntomas, así como la eficacia y seguridad de las opciones de tratamiento disponibles, incluida la fisioterapia del piso pélvico, las terapias hormonales locales y no hormonales, y la terapia con láser. Con este enfoque y con la toma de decisiones compartida, se puede desarrollar un plan de tratamiento individualizado. No debemos permitir que las mujeres sigan sufriendo cuando se dispone de terapias seguras y eficaces.

Referencias

1. The North American Menopause Society (NAMS). The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause* 2020;27:976-992.
2. Kagan R, Kellogg-Spadt S, Parish SJ. Practical treatment considerations in the management of genitourinary syndrome of menopause. *Drugs Aging* 2019;36:897-908.
3. Nappi RE, Martini E, Cucinella L, et al. Addressing vulvovaginal atrophy (VVA)/ genitourinary syndrome of menopause (GSM) for healthy aging in women. *Front Endocrinol (Lausanne)* 2019;10:561.
4. Kaunitz AM, Pinkerton JV, Mason JE. Genitourinary syndrome of menopause: new evidence on treatment. *OBG Management* 2020;32:30-35.
5. Mitchell CM, Reed SD, Diem S, et al. Efficacy of vaginal estradiol or vaginal moisturizer vs placebo for treating postmenopausal vulvovaginal symptoms: a randomized clinical trial. *JAMA Intern Med* 2018;178:681-690.
6. Lethaby A, Ayeleke RO, Roberts H. Local oestrogen for vaginal atrophy in postmenopausal women. *Cochrane Database Syst Rev* 2016;(8):CD001500.
7. Crandall CJ, Hovey KM, Andrews CA, et al. Breast cancer, endometrial cancer, and cardiovascular events in participants who used vaginal estrogen in the Women's Health Initiative Observational Study. *Menopause* 2018;25:11-20.
8. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic

Practice; Farrell, R. ACOG committee opinion No 659; the use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent breast cancer. *Obstet Gyencol* 2016;127:e93-e96.

9. Faubion SS, Larkin LC, Stuenkel CA, et al. Management of genitourinary syndrome of menopause in women with or at high risk for breast cancer: consensus recommendations from The North American Menopause Society and The International Society for the Study of Women's Sexual Health. *Menopause* 2018; 25:596-608.

10. Paraiso MFR, Ferrando CA, Sokol ER, et al. A randomized clinical trial comparing vaginal laser therapy to vaginal estrogen therapy in women with genitourinary syndrome of menopause: The VeLVET trial. *Menopause* 2020;27:50-56.