



## TERAPIA HORMONAL MENOPAUSICA EN MUJERES CON CONDICIONES MEDICAS

Ekta Kapoor, Juliana Kling, Angie Lobo, Stephanie Faubion

### COMENTARIOS FLASCYM

#### Dra. Maribel Constanza Dextre Altez

Diplomado Endocrinología Ginecológica. Univ. Alcalá, España  
Fellow. American College of Obstetricians and Gynecologists  
Presidenta electa de la Soc. Peruana de Climaterio  
Miembro de la International Menopause Society.  
Miembro Comité de Expertos en Salud Sexual y Reproductiva.  
Médico de la Clínica Internacional y Clínica Javier Prado.



Año 3. N°11. Noviembre 2021

#### Resumen

La terapia hormonal es el tratamiento más eficaz para los síntomas relacionados con la menopausia. La evidencia actual respalda su uso en mujeres jóvenes posmenopáusicas sanas menores de 60 años y dentro de los 10 años de la menopausia, con beneficios que generalmente superan los riesgos. Sin embargo, la toma de decisiones es más compleja en mujeres sintomáticas con condiciones médicas crónicas que potencialmente alteran el riesgo-beneficio de la terapia hormonal. En esta revisión, se presenta la evidencia relacionada con el uso de la terapia hormonal de la menopausia (THM) en mujeres con afecciones médicas crónicas como obesidad, hipertensión, dislipidemia, diabetes, tromboembolismo venoso y enfermedades autoinmunes. Discutimos las diferencias entre las vías de administración oral y transdérmica de estrógeno y las situaciones en las que una vía podría ser preferible sobre otra. También revisamos la evidencia con respecto al efecto de diferentes progestágenos, cuando éstas están disponibles.

#### Comentario

Según las estadísticas de la OMS de 2016, la mitad de las mujeres del mundo son afectadas por el sobrepeso (IMC 25,0-29,9 kg/m<sup>2</sup>) u obesidad (IMC ≥30 kg/m<sup>2</sup>). Las tasas de obesidad van en aumento con la edad; casi la mitad de las mujeres estadounidenses 40 a 59 años de edad se ven afectadas por la obesidad, en comparación con un tercio de las del rango de edad de 20 a 39 años.

La hipertensión es otro factor de riesgo frecuente y modificable de riesgo de enfermedad cardiovascular, con una prevalencia global en mujeres del 30%. Es más común en hombres que en mujeres menores de 50 años, pero esta tendencia se invierte gradualmente en la mediana edad cuando se vuelve más frecuente en las mujeres. Con respecto a los progestágenos, la mayoría de datos sugieren que la presión arterial aumenta cuando se utilizan progestágenos sintéticos ya sea para anticoncepción o THM. Posiblemente, debido a la actividad androgénica, la progesterona micronizada, didrogesterona y drospirenona parecen tener un efecto beneficioso o neutro.



En relación con los lípidos, la transición menopáusica se acompaña de cambios en parámetros lipídicos. Los niveles de LDL y apo-B aumentan abruptamente, independientemente de la edad. Esta etapa se caracteriza además, por disminución del HDL, un parámetro de riesgo de ECV.

En mujeres sin DM2, un metanálisis de 107 ensayos que evaluaron el efecto de la THM, se observó una reducción de 13% en resistencia a la insulina y una disminución de 30% en el riesgo de DM2. En mujeres con DM2, hubo una reducción aún mayor en la glucosa en ayunas junto con mejoras en otros parámetros de riesgo de ECV. El efecto beneficioso de la THM sobre el control glucémico parece ser el resultado de una variedad de mecanismos fisiológicos, que incluyen alteraciones en la distribución de la grasa corporal, con una mejoría en los niveles de adiposidad visceral, disminución de resistencia a la insulina y aumento de la secreción de insulina.

La incidencia anual general de TEV es de 117 por 100.000 personas y aumenta con la edad; se duplica entre 25 a 50 años. Los factores de riesgo incluyen el embarazo, anticonceptivos orales combinados, obesidad, cirugía mayor, trauma, inmovilidad, malignidad, antecedentes de tromboembolismo y tabaquismo. El riesgo de TEV con THM oral es mayor, pero ese riesgo disminuye si la terapia se inicia dentro de los 10 años de menopausia. Dosis bajas de estrógeno oral y las terapias transdérmicas se asocian con un riesgo menor.

Enfermedades autoinmunes como artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjogren y la esclerosis múltiple son más frecuentes en mujeres, especialmente en las de mediana edad. Podría existir un vínculo entre la menopausia y el riesgo de enfermedades autoinmunes, lo cual está respaldado por la asociación descrita entre una edad más temprana de la menopausia y un mayor riesgo de LES y AR.

Otras condiciones médicas que pueden verse afectadas por la THM son: las enfermedades de la vía biliar, los hemangiomas hepáticos y los meningiomas.

Las mujeres viven en promedio más años que los hombres. En el año 2019 la expectativa de vida fue de 78 años para las mujeres y 72 años para hombres; actualmente es Japón es el país con la mayor esperanza de vida para las mujeres, 84,3 años. Estas mujeres deben vivir esos años adicionales con buena salud y en un entorno propicio. Si ese período está dominado por enfermedades crónicas, declive de la capacidad física y mental, las implicaciones para estas mujeres y para la sociedad serán negativas (1).

La obesidad es un factor de riesgo para múltiples enfermedades. Es considerada como la epidemia del siglo XXI y se asocia a mayor prevalencia de patologías crónicas, tales como hipertensión arterial, diabetes mellitus, coledoclitiasis, hígado graso, dislipidemia, cardiopatía coronaria, cáncer, enfermedades respiratorias, psiquiátricas y osteoarticulares; enfermedades que limitan las expectativas y calidad de vida, representando un serio problema para la salud pública mundial (2).

La THM a veces se evita en mujeres con hipertensión debido a la creencia de que tiene un efecto adverso; sin embargo, la evidencia no respalda un efecto deletéreo de la THM sobre la presión arterial en mujeres jóvenes normotensas e hipertensas posmenopáusicas (3). En cuanto al uso de THM en pacientes con dislipidemia, ésta disminuye los niveles de LDL-C y aumenta el HDL-C y los triglicéridos. Es importante tener en cuenta la dosis de estrógeno, porque los efectos de las lipoproteínas dependen de la dosis (4). En pacientes postmenopáusicas con y sin DM2 existe evidencia que sugiere que la TH mejora el control glucémico y la resistencia a la insulina (5).

Los ginecólogos nos encontramos con mujeres con síntomas climatéricos que además tienen condiciones médicas y están polimedizadas por lo cual este artículo nos da luces de cómo llevar un adecuado manejo de la terapia hormonal frente a patologías crónicas para mejorar la calidad de vida de nuestras mujeres. Es importante mencionar que la terapia hormonal vaginal debe considerarse para tratar los síntomas genitourinarios en esta población. Nuestras conductas deben tener como norte la calidad de vida de la población femenina.

### Referencias

1. Envejecimiento y Salud OMS 4 de octubre de 2021. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. Kokkoris P, Pi-Sunyer FX. Obesity and endocrine disease. *Endocrinol Metab Clin North Am* 2003; 32: 895-914.
3. Issa Z, Seely EW, Rahme M, et al. Effects of hormone therapy on blood pressure. *Menopause* 2015;22(4):456e68.
4. Koh KK, Shin MS, Sakuma I, et al. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2004;24(8):1516e21.
5. De Lauzon-Guilain B, Fournier A, Fabre A, et al. *Diabetologia* 2009; 52(10):2092e100