

ASPECTOS CLINICOS Y TERAPEUTICOS DEL CLIMATERIO

PROFESOR GUILLERMO DI PAOLA
(Buenos Aires, Argentina)

Abordaremos el tema, que consideramos siempre de actualidad, fundados en los criterios y conceptos elaborados en la experiencia recogida en la práctica privada y en el consultorio de climatéricas que creamos en la Iera. Cátedra de Ginecología hace ya 4 años. En esta exposición nos referiremos sólo a algunos enfoques del problema tratando de transmitir los conceptos o criterios personales que nos hemos formado en base a una intensa dedicación clínica y experimental. Debo destacar la valiosa ayuda prestada por el equipo que formé oportunamente para actuar en esta tarea, integrado por los dres. M. Robín, María del Carmen Delfino y Nora Macagno, que se ocuparon de la recolección y procesamiento de los datos clínicos y experimentales.

Dividiremos la exposición en 2 capítulos:

- I. Consideraciones sobre epidemiología, fisiopatología y diagnóstico;
- II Terapéutica, fundamentos e indicaciones en las distintas etapas del climaterio.

Nuestra preocupación por el tratamiento del climaterio, que a primera vista parece una redundancia, se explica por los motivos que pasamos a exponer.

A) La duración de la vida de la mujer ha aumentado notablemente en el siglo XX, de 48 a 75 años (1), así como también su capacidad para desarrollar múltiples actividades útiles, no sólo para la familia, sino también para la sociedad. Aún cuando por razones que no conocemos la edad de la menopausia ha sido postergada hasta los 50 y 52 años, este retraso no influye mayormente en el periodo postmenopáusico útil cuya duración oscila en-

tre 10 y 15 años, durante el cual es necesario cooperar al mayor bienestar de la mujer. Demográficamente ésta es la situación de un grupo cada vez más numeroso de población femenina que merece y exige toda nuestra atención médica. Además, hay que tener en cuenta que la menopausia es sólo el jalón más importante de esta edad de cambio, pues el climaterio y sus posibles trastornos se inicia varios años antes y persiste años después, totalizando un lapso de aproximadamente 10 años.

B) En segundo lugar es preciso enfatizar que, a pesar de la frondosa bibliografía existente sobre el llamado síndrome climatérico, su interpretación fisiopatológica no está completamente aclarada y recién en los últimos años su estudio parece haberse orientado de una manera más científica. Es probable que esta circunstancia sea debida, por un lado al hecho de haber contado con recursos terapéuticos bastante eficaces que resuelven un tanto empíricamente el problema, y por otro a la interferencia innegable de factores emocionales en la génesis y desaparición de algunos síntomas.

C) En tercer lugar insistimos una vez más en destacar la indiferencia con que son generalmente atendidas las mujeres añasas que consultan por síntomas carenciales, cuya importancia y trascendencia es tan a menudo subestimada. La responsabilidad de esta actitud no debe recaer solamente sobre los médicos sino también en las propias interesadas, que frecuentemente consideran a estas molestias ineludibles y temporarias, que no requieren asistencia médica. Muy por el contrario, creemos que en esta época de la vida es indispensable el examen clínico y ginecológico, aún en ausencia de síntomas del mismo modo como se ha impuesto en las embarazadas.

La involución ovárica, que es aparentemente el eje del proceso, se acompaña de alteraciones genitales, somáticas y psicológicas y puede coincidir además con una mayor incidencia de patología propia de los aparatos genital, cardiovascular y osteoarticular. El examen clínico-ginecológico de rutina permite evaluar cada caso y orientar convenientemente a la paciente para el mejor control de la etapa vital iniciada. La necesidad de la consulta sistemática debe extenderse a todas las mujeres entre 45 y 50 años, a las que debe llegar una información esclarecedora sobre el problema. Para facilitar esta tarea de educación sanitaria, profilaxis y detección, hemos propiciado la creación de consultorios especiales dependientes de los servicios de Ginecología, pero atendidos por equipos interdisciplinarios integrados por clínicos, ginecólogos y psicólogos que presten una atención más específica e individual a las climatéricas, imposible de realizar en el consultorio general. Simultáneamente se efectúa el rastreo del carcinoma gínito-mamario, se orienta a las pacientes que lo necesitan a consultorios especializados y se puede concretar programas de investigación. Al cabo de 3 años de experiencia podemos decir que el aumento progresivo de consultas, la progresiva estandarización de la terapéutica, así como las investigaciones clínicas realizadas, son los parámetros que demuestran la oportunidad y el éxito de nuestra iniciativa.

Sin pretender analizar a fondo la fisiopatología del climaterio, resulta necesario intentar una somera explicación para fundar la interpretación de los síntomas y su tratamiento. Los hechos bien probados son: a) alteraciones regresivas del ovario; b) disminución gradual de la excreción de estrógenos, que se inicia en la premenopausia; c) aumento de las gonadotrofinas. Esta modificación hormonal, que con leves diferencias se reproduce con la

castración, se explica por una falla primaria ovárica con la consiguiente disregulación funcional hipotálamo-hipofisaria. Para muchos investigadores (2,3) la hiperactividad hipotalámica así desencadenada ocasiona no sólo aumento de las gonadotrofinas, sino también una distonía neurovegetativa evidenciada por síntomas de hipersimpaticotínismo: sofocos, sudores, palpitaciones, parestesias es decir los llamados síntomas carenciales. Es evidente la influencia que sobre este cuadro clínico tienen los factores constitucionales y ambientales que gobiernan en parte su expresión clínica. No nos ocupamos de la patogenia de los trastornos menstruales de la menopausia por ser bien conocida y aceptada. La insuficiencia ovárica repercute también sobre el metabolismo, perturbando la regulación del colesterol, fosfolípidos y lipoproteínas y el mantenimiento de la estructura ósea. Los factores que determinan la menopausia y su instalación son prácticamente desconocidos, siendo su estudio experimental difícil en animales de laboratorio.

Es conveniente dividir los síntomas en 4 categorías: neurovegetativos, mentales o neuropsíquicos, somáticos y ginecológicos. Algunos son absolutamente característicos, como los sofocos, sudores y alteraciones menstruales; otros sólo pueden ser atribuidos al climaterio si aparecen o se magnifican simultáneamente con aquellos; pero en todo caso se deberá efectuar siempre los diagnósticos diferenciales que correspondan.

Síntomas neurovegetativos: sofocos, sudores, cefaleas, palpitaciones, parestesias.

Síntomas neuropsíquicos: angustia, irritabilidad, insomnio, neurosis.

Síntomas somáticos: osteoartopatías cardiovasculares, obesidad.

Síntomas ginecológicos: trastornos menstruales, prolapso, incontinencia de orina.

Clasificación: Con el fin de facilitar el enfoque terapéutico es útil dividir al climaterio, cuya duración se calcula en 10

años, en los siguientes periodos vinculados al jalón principal, es decir a la menopausia:

I. **Premenopausia** Comprende las alteraciones menstruales asociadas o no a síntomas neurovegetativos que aparecen antes de la menopausia: hipo, poli, u oligomenorrea, que son expresiones clínicas de ciclos bifásicos cortos y ciclos monofásicos. La excreción de estrógenos comienza ya a descender (promedio 30 gamas en 24 horas) ; las gonadotrofinas pueden estar normales o aumentadas (4).

II. **Perimenopausia** Comprende las amenorreas entre 3 y 24 meses. Persisten maduraciones incompletas de folículos ováricos, ciclos monofásicos cortos, configurando un cuadro semejante a la amenorrea leve, especialmente durante el primer año postmenopausia. La curva de estrógenos sigue descendiendo lentamente perdiendo su característico ritmo; las gonadotrofinas están aumentadas.

III. **Postmenopausia alejada** Abarca la amenorrea mayor de 2 años y adopta generalmente las características de amenorrea grave. El nivel de estrógenos totales en esta etapa se halla por debajo del tercio existente durante la madurez sexual, 6.48 en 24 horas (5).

Esta ordenación es, como dijimos, muy útil, pues además de adaptarse a la secuencia fisiológica del proceso, permite fijar los objetivos precisos de la terapéutica que varían en las diversas etapas. Un ejemplo evidente es la premenopausia, durante la cual la consulta es casi siempre por las alteraciones menstruales, acompañadas solo ocasionalmente por síntomas neurovegetativos; en cambio en la peri o postmenopausia los más importantes son los carenciales y somáticos.

Colpocitología en el Climaterio.— La sencillez de su técnica, las dificultades que

ofrece la realización de frecuentes dosificaciones hormonales, así como su elevado costo y finalmente la difusión creciente del rastreo oncológico con la prueba de Papanicolaou, explican lógicamente el empleo de la colpocitología en el climaterio. Es sabido que desde su incorporación a la exploración gineco-endócrina se ha preconizado para evaluar cualitativamente la actividad estrogénica teniendo en cuenta la alta sensibilidad del epitelio vaginal para estas hormonas.

Es así como un extendido atrófico con células parabasales permite asegurar una seria insuficiencia estrogénica, y del mismo modo un extendido trófico supone una buena estimulación. Las dificultades aparecen sin embargo en los casos intermedios, con estrógenos disminuidos o cuando simultáneamente con los estrógenos normales actúan otros esteroides, como por ejemplo la progesterona, pues en ambas circunstancias aparecen imágenes citológicas cuantitativas semejantes. A menudo vemos que los citólogos califican como hipotróficos a extendidos premenstruales. Se ha demostrado también que la respuesta del epitelio atrófico, en varias mujeres a las que se administraba una misma dosis de estrógenos, es desigual, revelando gran variación en los índices picnóticos (I. P.) alcanzados en un mismo lapso (6). A estas imprecisiones se agrega el llamado "error propio del método" que calculado con el I.P. hemos demostrado oscila entre + 2 y + 9 (7). El sistema de autoextracción diaria, que ensayamos en 53 mujeres climatéricas totalizando 1626 extendidos, permite disminuir esta falla. En síntesis puede repetirse en la actualidad, lo que decíamos hace muchos años (18), que la colpocitología es útil para apreciar cualitativamente la actividad estrogénica, pero no para cuantificarla.

Corresponde analizar en segundo término la difundida creencia de que existe una relación entre los síntomas vasomotores

con el cuadro colpocitológico y su aplicación para indicar estrogenoterapia.

Para ser breves señalaremos 3 hechos que ponen en duda dicha vinculación:

a.—Aparición de sofocos en la premenopausia, con extendidos de I.P. normal,

b.—La proporción de mujeres con sofocos es más alta en la peri y post-menopausia inmediata (hasta 2 años), períodos durante los cuales un apreciable número de extendidos revelan sólo una discreta disminución del I.P., como en la amenorrea leve. El porcentaje de sofocos disminuye del 64.7% en la perimenopausia, al 48% entre 2 y 5 años, hasta el 23.5% después de los 5 años cuando la totalidad de los frotos son francamente atróficos,

c.—La incidencia de sofocos no guarda relación con el I.P.

Finalmente en tercer lugar discutiremos la utilización de la colpocitología como parámetro regulador de la estrogenoterapia. Como ya lo hemos dicho la gran sensibilidad de la vagina hace que su epitelio proliferare aún con pequeñas dosis, que son frecuentemente insuficientes para yugular los síntomas vasomotores. Es por lo tanto imposible establecer el I.P. requerido para lograr su desaparición. También hemos demostrado (8) que el control citológico no permite prever la aparición de metrorragias iatrogénicas pues tampoco el I.P. guarda muy estrecha relación con el grado de proliferación endometrial.

En síntesis creemos estar en condiciones de decir en base a la experiencia personal acumulada, que la colpocitología hormonal no es un método confiable para indicar o controlar la estrogenoterapia en el climaterio, siendo mucho más segura la prueba terapéutica. Ciertamente esta conclusión no significa desecharla como mé-

todo complementario de diagnóstico, pero sí enfatizar sus lógicas limitaciones. La finalidad del tratamiento no debe apuntar a modificar la imagen citológica sino a controlar los síntomas.

11 TRATAMIENTO

Si bien propiciamos el examen sistemático de las mujeres entre los 45 y 50 años de edad, ello no significa en modo alguno que todas tengan que ser tratadas. Se supone que sólo un tercio presenta síntomas relacionados con el climaterio, lo suficientemente molestos como para requerir una terapéutica que ciertamente no siempre significa la administración de hormonas.

Psicoterapia Desde el primer contacto con la paciente debe ponerse en marcha el operativo "psicoterapia de apoyo" que tanto ayuda al éxito del tratamiento. Es necesario permitirle un amplio relato espontáneo de su padecimiento, demostrándole comprensión y simpatía para establecer así una buena transferencia, en una palabra transformar la consulta en un diálogo afable. Además, con esta actitud el médico puede estimar el estado anímico y su posible influencia sobre la sintomatología; estas mujeres con bastante frecuencia se sienten incomprendidas, abandonadas, frustradas y creen que su papel familiar ha terminado.

El solo hecho de ser atendidas pacienteamente alivia su ansiedad, siendo habitual comprobar en las consultas subsiguientes una sensible reducción del número e intensidad de los síntomas. Con razón se ha dicho que estas pacientes piden más comprensión que medicamentos.

Ciertamente no estamos autorizados para discutir la psicoterapia de la ansiedad que desde el punto de vista psicossomático es la característica principal del climaterio, pero creemos que la juiciosa utilización de los sencillos recursos antes citados, es de gran eficacia y no debe ser subestima-

da. El empleo adecuado de sedantes, atáxicos y reguladores de la distonía neurovegetativa es un complemento eficaz de la psicoterapia de apoyo. Los métodos y objetivos de la moderna psicoterapia deben ser encarados solamente por los especialistas.

Hormonoterapia.— Si bien es cierto que la psicoterapia de apoyo siempre alivia y ocasionalmente resuelve el problema planteado por los llamados síntomas carenciales, también lo es que frecuentemente su intensidad o persistencia obliga a recurrir a las hormonas. Estas son además siempre necesarias para corregir las alteraciones del ciclo menstrual en la premenopausia y los síntomas somáticos en la post-menopausia. Analizaremos brevemente el empleo de estrógenos, progestágenos y la asociación de ambos.

Los estrógenos constituyen el recurso terapéutico más lógico y efectivo pues indudablemente actúan rápida y favorablemente sobre los síntomas neurovegetativos, pero en menor escala sobre los neuropsíquicos. Su reconocida acción, estimulante sobre el gonaducto permite su empleo para tratar lesiones ginecológicas relacionadas con la alteración de la función trófica del ovario. Finalmente su influencia sobre el metabolismo (balance del calcio, reducción de lípidos y colesterol) ha promovido su indicación para prevenir la aterosclerosis y osteoporosis, es decir los artifices del envejecimiento. La utilización de estas hormonas se funda pues, como es lógico, en sus acciones biológicas: substitutiva-complementaria y reguladora. La acción reguladora se ejerce sobre el hipotálamo, al parecer no sólo para controlar los factores de liberación de las gonadotropinas, sino también los centros que intervienen para mantener la eutonía del sistema nervioso autónomo. Esta hállase evidentemente alterada en el climaterio, cuyos síntomas más llamativos traducen hipersimpácticotonismo (9). De acuerdo

con esta interpretación se ha dicho que el mejor parasimpaticotónico es un estrógeno (3), juicio que no debe sorprendernos si tenemos en cuenta la predominante tendencia actual a la integración neuroendocrina. Creemos que ambas modalidades de esta acción sobre el hipotálamo pueden ser clínicamente evidenciadas, pues tienen diferentes umbrales de respuesta a los estrógenos. Administrando tentativamente distintas dosis diarias de mestranol hemos comprobado que con dosis menores que las necesarias para inhibir la ovulación se consigue suprimir los síntomas neurovegetativos, es decir con 20 y 30 gamas (10).

Los preparados estrogénicos que hemos utilizado han sido los siguientes, todos ellos por vía bucal que creemos de elección, excepto el citado en último término:

a) Etinilestradiol; b) Mestranol; c) diacetato de hidroxí EE; d) estrógenos equinos conjugados; e) sulfato de equilina; f) sulfato de dinidroequilina; g) sulfato de estrona; h) valerianato de estradiol; i) ciclopentilpropionato de estradiol.

El ritmo de administración del preparado puede ser cíclico durante un lapso de 3 semanas seguido por una semana de descanso, imitando en cierto modo al ciclo sexual. Ultimamente se ha ensayado el ritmo cíclico escalonado, con reducción semanal de la dosis inicial para reducir la frecuencia de sangrados intempestivos. El ritmo continuado es aconsejable en las histerectomizadas o cuando se planea tratamientos prolongados con pequeñas dosis para prevenir alteraciones metabólicas. Las dosis en los tratamientos cíclicos debe regularse de acuerdo con la intensidad de los síntomas carenciales, la persistencia de la amenorrea y, si es posible, con el estado de proliferación endometrial.

La estrogenoterapia presenta algunos inconvenientes que analizaremos a continuación, además de sus conocidas contraindicaciones: nódulos ó displasias mamarias, insuficiencia cardíaca, antecedentes de carci-

nomas tratados en los efectores. Tal vez el más frecuente y perturbador es la aparición de metrorragias por hiperplasia iatrogénica del endometrio, pues hasta ahora no ha sido hallado el preparado ideal que posea simultáneamente una eficaz acción reguladora central y una débil acción proliferativa sobre el endometrio. Por lo general, ambas son paralelas como lo hemos comprobado experimentalmente con el diacetato de hidroxil EE (11). Con el fin de sortear este escollo se ha propuesto la asociación estrógenos-andrógenos que no resultó, sin embargo, eficaz para prevenir los sangrados, y presenta el serio inconveniente de virilizar en mayor o menor grado en forma imprevisible. También fue postulado el empleo de la difundida colpocitología con resultados negativos, según lo hemos manifestado. Según nuestra experiencia, la mejor manera de evitar los sangrados uterinos consiste en evaluar el trofismo endometrial de acuerdo con la duración de la amenorrea, la prueba de la progesterona y la biopsia, o de lo contrario, reajustar la dosis del preparado a posteriori de la metrorragia y de acuerdo a su magnitud. También es conveniente agrupar a los estrógenos en 3 categorías según su poder proliferativo: a) intenso (mestranol, etinilestradiol y sulfato de estrona); b) moderado (valerianato de estradiol y equipos conjugados); c) débil (sulfatos de equilina y dinidroequilina, diacetato de hidroxietinilestradiol).

Otro serio inconveniente es la intolerancia o efectos secundarios indeseables producidos especialmente por el etinilestradiol y algunos de sus derivados como el mestranol. La incidencia de arcadas, epigastralgias, cefaleas, malestar general, se reduce disminuyendo la dosis o empleando otros estrógenos, como los conjugados equinos o el valerianato de estradiol, que son mejor tolerados. Todos ellos sin embargo ocasionan retención de líquidos manifestada clínicamente con tensión mama-

ria y abdominal que tratamos de corregir con el agregado de un diurético durante la semana de descanso (método bisecucional). También diremos que en las pacientes con antecedentes familiares o personales de diabetes se aconseja no indicar mestranol, que según investigaciones efectuadas por nuestro equipo produce una disminución de la tolerancia a los glúcidos, aparentemente transitoria. La supuesta acción carcinogénica no ha sido hasta ahora suficientemente probada en la mujer, pero no deja de preocuparnos el hecho de haber observado personalmente algunos casos de carcinoma endometrial aparecido en mujeres sometidas a un muy prolongado tratamiento estrogénico, por cuya razón conviene extremar la vigilancia y control de esos casos.

Los progestágenos (progesterona, sus derivados y los noresteroides) se utiliza ya sea aisladamente o como complemento de los estrógenos. Teniendo en cuenta que la perimenopausia es generalmente en un comienzo una amenorrea leve, es decir que el ovario aún produce estrógenos, la prueba de progesterona ocasiona un sangrado endometrial. Hemos demostrado que repitiéndola periódicamente se logra el alivio marcado o la desaparición de los síntomas carenciales, manteniéndose este resultado en tanto persista esa respuesta positiva (12). No resulta fácil la interpretación de este resultado, pero es evidente que la progesterona no actúa directamente sobre la distonía neurovegetativa, puesto que cuando no hay sangrado persisten los síntomas, e igual cosa sucede en las histerectomizadas. Tal vez tentativamente pueda explicarse a través de un mecanismo psico-neuro-endócrino. Recientemente Nilius y Wide (17) han demostrado experimentalmente una acción estimulante de la progesterona (100 mg.) sobre la liberación de L.H. en mujeres menopáusicas tratadas previamente con 100 gammas diarias de etinilestradiol durante 4 sema-

nas, es decir, reproduciendo el cuadro hormonal de la perimenopausia.

La dosis que recomendamos es semejante a la utilizada para la prueba, así como la vía de administración, pues continuamos en este caso fieles a la parentérica. Resulta obvio señalar las ventajas de la progesterona, que carece de contraindicaciones y de efectos indeseables. Tenemos pacientes seguidas durante más de 1 año con este tratamiento, que debe ser suspendido cuando no se produce ya el sangrado, es decir cuando la amenorrea ha dejado de ser leve.

En este momento, de persistir los síntomas, debe recurrirse a los estrógenos. Se puede utilizar los progestágenos también asociados a los estrógenos, en forma combinada o secuencial. La primera está indicada durante la premenopausia, para regular cronológicamente los ciclos menstruales, a la vez que para disminuir la magnitud del derrame. La administración secuencial se emplea con la misma finalidad cronológica, pero para aumentar los sangrados cuando ello es necesario y además si se considera útil mantener iatrogénicamente sangrados periódicos en la segunda etapa de la perimenopausia. Últimamente hemos propuesto para esta última circunstancia un nuevo método de administración que denominamos "BISECUENCIAL", porque además de la conocida secuencia estrógenos-progestágenos se agrega una más, pues durante la cuarta semana se indica diuréticos para evitar la retención de líquidos.

En resumen diremos que la indicación y evaluación de la hormonoterapia en el climaterio debe atenerse a los siguientes requisitos:

- a) inhibición de síntomas carenciales
- b) sensación de bienestar general
- c) regular o evitar sangrados

- d) evitar efectos secundarios indeseables
- e) aceptabilidad
- f) respetar contraindicaciones

ESQUEMAS DE TRATAMIENTO:

Premenopausia. En caso de hipo u oligomenorrea, con o sin síntomas carenciales, aconsejamos la asociación secuencial mestranol o etinilestradiol con clormadinona o ANE en igual ritmo que en anticoncepción, pero reduciendo la dosis de estrógenos por debajo de 0,05 mg. Si en cambio existe hipermenorrea o metrorragia, se indica tratamiento combinado simultáneo etinilestradiol-acetato de noretisterona. De este modo se consigue regularizar los sangrados, se suprime los síntomas carenciales y se disminuye la frecuencia de efectos indeseables. El agregado de progestágenos se justifica para lograr la regularización de los derrames en ritmo y cantidad, pudiéndose variar las dosis y su persistencia según los casos.

Perimenopausia. El tratamiento se inicia con la clásica prueba de progesterona. Si ésta resulta positiva, como es habitual, se repite mensualmente y mientras se obtenga esta respuesta positiva desaparecen los síntomas carenciales. Al cabo de un lapso ya no se producen sangrados y reaparecen aquellos síntomas. En este momento se debe recurrir a los estrógenos; pero hay que decidir si conviene al caso mantener sangrados periódicos o no. Si esta duda se resuelve afirmativamente, se indica tratamiento secuencial o bisecencial, siempre con dosis bajas de estrógeno, disminuyendo así la posibilidad de efectos indeseables. En el caso contrario se procede como en la postmenopausia.

Postmenopausia. En general se indica estrógenos con ritmo cíclico y escalonado durante 3 semanas, reanudando el trata-

miento después de una semana de descanso. La dosis inicial, se ajusta según el tiempo de la amenorrea y/o la biopsia endometrial, tratando de disminuir la dosis mínima útil en los sucesivos tratamientos mientras se mantenga la supresión de los síntomas carenciales. Si aparecen metrorragias, se reajusta de acuerdo con su abundancia. No parece lógico ni conveniente intentar una reanudación intencional de los sangrados periódicos después de pasados 2 años de la menopausia. Si no existen síntomas neurovegetativos o neuropésquicos y el tratamiento se indica por causas metabólicas, en esta etapa del climaterio aconsejamos la administración continuada en pequeñas dosis, 2 ó 3 días en la semana, siempre por vía bucal.

Menopausia precoz.— En este caso es aconsejable indicar terapéutica secuencial o bisecuencial con dosis de estrógenos suficientes para inhibir los síntomas carenciales y reproducir los sangrados periódicos hasta llegar a la edad de la menopausia natural. Conviene hacer resaltar que existe acuerdo general para aceptar que en las mujeres con menopausia precoz hay una evidente predisposición a la aterosclerosis (13-14). Procediendo así se consigue preservar la integración psicosomática de la mujer, mantener en buen estado sus genitales a la vez que prevenir alteraciones vasculares.

A pesar de que aún no existe acuerdo acerca de la utilidad de la estrógenoterapia para retardar la aparición de aterosclerosis y osteoporosis, se aduce algunos argumentos positivos para aconsejar su empleo en ciertas circunstancias, que puede calificarse de mayor riesgo. Con respecto a la aterosclerosis, ellas serían la menopausia precoz, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia. En la osteoporosis, cuya patogenia sigue siendo discutida, se supone actualmente que los estrógenos no estimulan la formación ósea como se creía, sino que inhiben la reabsor-

ción, y se tiende a aceptar la acción conjunta de la deficiencia de calcio y estrógenos. Lo cierto es que tanto la hipercalcemia como la hipercalcúria, frecuentes en la postmenopausia, se corrigen con la administración de estrógenos. En la actualidad, la osteoporosis se trata con anabólicos, grandes dosis de calcio y estrógenos.

Una pregunta surge de inmediato cuando se analiza o discuten el tratamiento hormonal del climaterio: ¿Hasta cuándo debe mantenerse? Es bien sabido el hecho que después de un lapso que oscila entre 1 y 2 años, la mayoría de las postmenopáusicas que tienen síntomas carenciales se alivian, estableciéndose un nuevo condicionamiento neuroendócrino. Esta circunstancia se detecta suspendiendo periódicamente la administración de hormonas durante un periodo y reanudándola en el caso de reaparición de aquellos, lo que demuestra una vez más el carácter sintomático de esta terapéutica. Otro aspecto muy discutido y de cierta actualidad sensacionalista es la continuación indefinida de la hormonoterapia, "estrógenos hasta la tumba", como pintorescamente se ha dicho (15). A nuestro entender, esta conducta puede estar justificada en la segunda etapa de la perimenopausia en mujeres que asocian empeñosamente la aparición de supuestas menstruaciones con su bienestar psicosomático, actitud que el médico debe evaluar; no la creemos en cambio indicada en la postmenopausia alejada después de un lapso prolongado de amenorrea. Con el tratamiento continuado, sin sangrado intencional, se pretende neutralizar algunos efectos del envejecimiento sobre el metabolismo, la estructura ósea, tono muscular y tejido conjuntivo.

Como síntesis de lo expuesto proponemos 3 conclusiones generales cuyo enunciado es suficientemente explícito:

- I) El climaterio es una crisis fisiológica a cuya armoniosa solución puede cooperar eficazmente el médico siempre que tenga en cuenta que "es mejor pactar que sublevarse con la naturaleza" (16).
- II) La terapéutica no debe limitarse a tratar el climaterio sino a la paciente, es decir debe ser "individualizada".
- III) Cada etapa del climaterio requiere un tratamiento con objetivos y técnicas diferentes.

Al finalizar esta disertación no puedo menos que confesar mi temor de no haber cumplido eficazmente la tarea que me propuse, es decir haber puesto demasiado énfasis en los aspectos que me han interesado más directamente o en los que he acumulado más experiencia personal. Si así fuera, declaro que mi propósito no ha sido ciertamente agotar un tema tan extenso, complicado e insuficientemente conocido, sino enfatizar su real trascendencia médico-social a la vez que presentar un esquema terapéutico fundado en una auténtica experiencia personal.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Kretschmar W. A., Stoddard F. J. - Clin Obst. Gyn 7:451; 1964.
- 2.—Scharff H. L. - Simposio sobre Esteroides Sexuales - Bogotá 1968.
- 3.—Kaiser R., Gordes W. - Med Klin - Edición Argentina No. 90: 34; 1969.
- 4.—Furujeim M. - Acta Obst et Gynec Scandín. 45: 352; 1966.
- 5.—Dicsfalusy E., Lauritzen C. - Destrogene beim Menscher - Springer - Berlín 1961.
- 6.—Wied G. L. - Acta Cytológica 8: 383; 1964.
- 7.—Di Paola G., Peluffo M., Alfansin A., Cordero Funes J. R. - Temas Selectos de Gineco - Obstetricia - México 1967.
- 8.—Di Paola G., Macagno N., Delfino M. del C., Robín M., - Actas XIII Congr. Arg. Obst. y Gin. Córdoba 1970. (en prensa)
- 9.—Hoskin R. G. J. of. Clin Endocrinol 4: 605; 1944.
- 10.—Guixá H. L., Robín M., Delfino M. del C., Diradourian M. - Obst. y Ginec. Lat. Amer. 27: 76; 1969.
- 11.—Di Paola G., Delfino M. del C., Guixá H. L., Robín M. - Bec. Soc. Obst. y Ginec. de B.As 48: 69; 1969.
- 12.—Di Paola G. - Actas XV Reunión Anual de FASGO - La Plata 1968 - Pag. 7.
- 13.—Higano N., Robinson R. W; Cohen W. D. - New Engl. J. Med. 268: 1123; 1963.
- 14.—Rogers J. - New Engl. J. Med. 280: 364; 1969
- 15.—Wilson R.A. - J. Amer. Geriat Soc. 11: 1; 1963
- 16.—Wolfrom M. -Edit Toray Mason 1965 - Paris.
- 17.—Nilius S.J., Wide L. - Acta Endocrinol Scand 67: 362; 1971
- 18.—Di Paola G. Endocrinología Sexual - Edit Ateneo Buenos Aires 1946.