



Cambios Urogenitales en la Menopausia

Francisco Fariñas¹.

¹Urólogo

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

RESUMEN

Durante la tercera edad de la vida, definido como el lapso de vida por encima de los 60 años, se producen cambios en el aparato urinario y genital íntimamente relacionados con los cambios hormonales de ese período etario. El propósito del presentes artículo, es enumerar esas alteraciones por separado, informando de manera actualizada cuales son las teorías o pruebas que explican los trastornos, a veces fisiológicos, de la menopausia.

INTRODUCCIÓN

Durante la tercera edad de la vida, definida como el lapso de vida por encima de los 60 años, se producen cambios en el aparato urinario y genital íntimamente relacionados con los cambios hormonales de ese período etario (1).

El propósito del presente capítulo, es enumerar esas alteraciones por separado, informando de manera actualizada cuales son las teorías o pruebas que explican los trastornos, a veces fisiológicos, de la menopausia.

En España cerca de 1 millón y medio de mujeres presentan síntomas urogenitales de deficiencia estrogénica (2).

En la mujer, la transición hacia la menopausia lleva varios años, haciendo muy difícil medir el patrón temporal de cambios hormonales, y aunque el fenómeno más resaltante es el progresivo descenso de los estrógenos circulantes, debido a la insuficiencia ovárica propia del climatérico ,los intentos de medición de hormonas no incluyen solamente los valores de estrógenos sino también los valores de andrógenos (3).

ESTRÓGENOS

Cambios en la Anatomía de la Vagina y la Uretra

El hipoestrogenismo ocasiona atrofia del epitelio vaginal, con disminución del índice cariopicnotico, de la producción intracelular de glucógeno, del numero de lactobacilos, del flujo sanguíneo, reduciendo la producción del ácido láctico con la consiguiente alcalinidad del medio. Según Milsom (4), la presencia de un pH mayor de 5 es altamente indicativo de hipoestrogenismo.

Bachman, afirma que la vagina, al igual que la uretra pierden su grosor, rugosidad, humedad, vasculatura, y elasticidad durante el climaterio, a la vez que, el ph aumenta por encima de 5 (5).

Este aumento del pH , con disminución de la acidez natural y la pérdida de la capacidad protectora de los glucosaminoglucanos del epitelio urinario, favorece la colonización por flora fecal, que junto con el adelgazamiento del epitelio, aumenta la frecuencia de disfunción sexual e incrementa las infecciones vaginales y de las vías urinarias bajas.

Los síntomas o signos vaginales de resequedad, prurito y dispareunia confirman estos hallazgos, pero siempre es conveniente el diagnóstico por métodos más objetivos.

En el tejido vaginal, disminuyen las células superficiales pero aumentan las básales y parabasales.

La citología vaginal de la unión del tercio superior con el medio, permite valorar el índice cariopicnótico, basado en el número de células de los diferentes estratos, lo cual da una idea de la acción estrogénica a ese nivel.

Pérez-López (6), al estudiar la vagina de postmenopáusicas a quienes le hubiesen practicado histerectomía por razones ginecológicas no oncológicas, y comparar los resultados con los de mujeres con ciclos regulares, no encontró diferencias estadísticamente significativas en la presencia y número de receptores a estrógenos y progesterona, en las diferentes fases de ciclo, entre las menstruantes y las postmenopáusicas, lo que explica los hallazgos favorables sobre el epitelio vaginal obtenidos con el uso de terapia hormonal de reemplazo o con estrógenos locales, los cuales se absorben en mayor proporción por vía vaginal (7) (8) (9) (28).

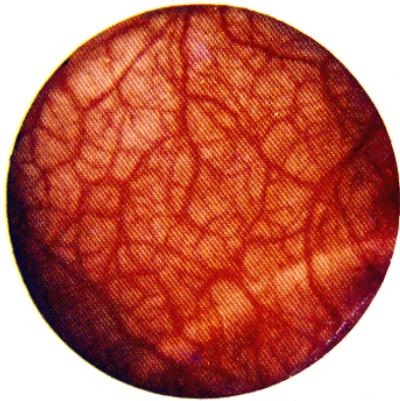
Al respecto Bachman, reporta la existencia de reservorios en forma de anillos, para la aplicación local de 17 Beta estradiol en la vagina, dichos dispositivos son bien tolerados por las usuarias (5) (25).

En la vejiga, disminuye la capacidad de la fuerza contráctil del detrusor, de la capa epitelial y de la capa protectora de glucosaminoglucanos.

En el piso pélvico, disminuye el sostén de la porción intradiafragmática de la uretra.

Estos cambios condicionan el aumento de los procesos inflamatorios de la vejiga y de la uretra, haciendo muy común una entidad clínica conocida como cistitis ,que está representada por el síndrome de polaquiuria ,disuria,tenesmo vesical.,goteo miccional, etc. Reflejo del estado irritativo de la vejiga.

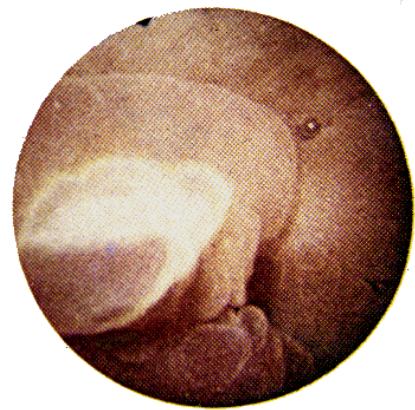
Ello es comprobable , por la endoscopia uretrovesical ,donde vemos la presencia de un edema granuloso , material blanquecino sobre la mucosa vesical ,producto de la hipersecreción de mucina por el urotelio vesical enfermol , a diferencia del edema buloso , estado más severo donde la superficie vesical está recubierta por bulas o vesículas .



Vejiga mucosa sana

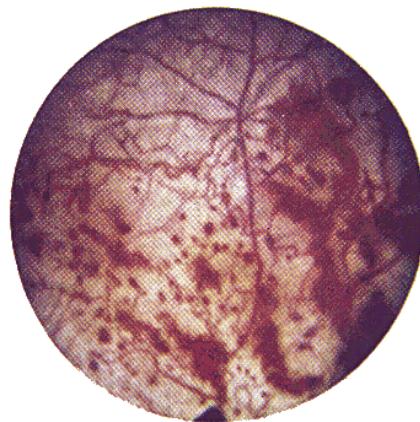


Vejiga edema granuloso



Vejiga edema buloso

Menos frecuentemente ,los hallazgos se reducen a un proceso inflamatorio de la uretra ,que confunde clinicamente,hasta dilucidarlo mediante la endoscopia del tracto urinario bajo donde veremos una mucosa enrojecida,que sangra facilmente al paso del instrumento o está recubierta por abundante mucina, generalmente estos cambios macroscopicos del urotelio se prolongan hasta el cuello vesical ,el cual puede verse inflamado en todos sus bordes, siendo el borde posterior más comunmente afectado.



Vejiga cistitis hemorrágica

Independientemente del diagnóstico, es necesario comprobar la existencia de infección urinaria, mediante el urocultivo , ya que influirá en la conducta y terapeútica del urólogo tratante .

Incontinencia Urinaria

La sociedad internacional de continencia urinaria, definió la incontinencia de orina de esfuerzo, como la condición en la que, estando consciente, se pierde orina involuntariamente, provocando un problema social e higiénico.

Diokno (10) señala que, de 22 a 53 % de las mujeres, entre los 45 y 65 años de edad, tienen algún grado de incontinencia urinaria. Payne(11) revela que la incontinencia urinaria afecta a 13 millones de americanos, originando un costo para la economía de 16 billones de dólares anuales, de ellos 30 % ocurre en personas por encima de los 60 años o más.

Para Palacios (1) el porcentaje de incontinencia urinaria en el Reino Unido, está en el orden de 11 a 49 %.

Rekers (12), asevera que en Holanda ese porcentaje fue 26.3 %. En Suecia, de 29 % de mujeres que se quejaban de incontinencia urinaria, el 70% de ellas relacionaba la aparición de la misma con el inicio de la menopausia, mientras que Palacios, mediante una encuesta realizada en Madrid, hallo 28.7 % de mujeres incontinentes entre las 723 entrevistadas, todas mayores de 60 años.

En un estudio sobre la calidad de vida, fueron demostradas diferencias estadísticas significativas, en cuanto a disturbios emocionales, trastornos del sueño y aislamiento social, en aquellas mujeres, que siendo saludables desde todo punto de vista, sufrían de incontinencia urinaria (13).

Estas diferencias fueron más acentuadas, cuando el síntoma era urgencia miccional, comparado con la incontinencia urinaria de esfuerzo, demostrando lo importante que es la existencia de vejigas hiperactivas, en la etiología de estos síntomas (18).

Fisiopatología

La vejiga y la porción distal de la vagina tienen un origen embrionario común, el seno urogenital, y, por ende, no es sorprendente que tenga receptores y respuestas a hormonas muy parecidos (14).

Yang (15), estudió 10 mujeres menopáusicas dentro de un universo de 154 mujeres sin incontinencia urinaria, sometidas a un estudio para medir los cambios uretrocistograficos en relación con la edad, embarazo, y menopausia. No encontró cambios en el grosor, longitud e inclinación de la uretra, ángulo uretrovesical posterior y rotación del mismo, durante el descanso y al esfuerzo. Solo logró evidenciar disminución en el grosor del tabique uretroginal cuando comparó a las mujeres menopáusicas con las premenopáusicas.

El tejido conectivo, integrante importante de las fascias y músculos perineales que forman el piso perineal, por ser un tejido de sostén con abundante colágeno, disminuye con el hipoestrogenismo, lo que reduce el soporte suburetral y condiciona la aparición de incontinencia.

Sin embargo Falconer (16) y colaboradores, demostraron mediante biopsias transvaginales de tejido conectivo parauretral en mujeres menopáusicas que recibieron o no reemplazo hormonal, que no había cambios bioquímicos o en la ultraestructura del tejido conectivo parauretral y por ende, no había influencia en la evolución de la incontinencia urinaria

Solo demostró, en cultivos de tejidos vaginales de mujeres continentes e incontinentes, una disminución de 30% en el número de fibroblastos en las incontinentes (17).

La capacidad vesical disminuye y el epitelio sensible al estrógeno se adelgaza, lo que dificulta la capacidad de cierre de orificio uretral a nivel del trígono.

El epitelio incluye tejido columnar estratificado, seudoestratificado y transicional, que tienen respuestas estrogénica similar al vaginal (19).

La porción de la uretra que se encuentra por dentro del diafragma urogenital, 80% de la longitud, es la que está involucrada con los problemas de continencia urinaria, el 20% restante, extradiafragma, no interfiere con estos problemas (18).

Trastornos en la Vida Sexual

La lubricación vaginal es necesaria para mantener relaciones sexuales adecuadas. Master y Johnson (23) señalaron , que esta era un proceso de trasudación en respuesta a la congestión de líquidos en los tejidos perivaginales .

Un estudio comparativo entre mujeres menores de 40 años de edad y un grupo de postmenospáusicas, mostró que la cantidad de líquido obtenido fue menor de 50% en las hipoestrogénicas antes de recibir estrógenos. La cantidad de líquidos aumentó los primeros tres meses de tratamiento, pero después de este tiempo se mantuvo progresivamente similar al de la lubricación (24).

La disminución de la lubricación vaginal durante la postmenopausia se deriva de la atrofia de la vagina, que causa vaginitis, dispareunia y vaginismo, seguido por pérdida del interés sexual.

Bachman y Bailey, hablando sobre el tema de la sexualidad en la mujer menopáusica, resaltan que la perdida del tono de la musculatura del piso pélvico, aunado a los cambios corporales en la piel, mamas, músculos y esqueleto, se traduce en perdida de la autoestima, crean una pobre imagen de sí misma, y llevan a la perdida del interés sexual (25) (26).

La sociedad influye negativamente en esta esfera, ya que muchas consideran a la mujer de la tercera edad, sexualmente retirada. Aun cuando la edad es el factor más importante en este comportamiento, el estado social de la mujer menopausica ejerce mucha influencia, puesto que la existencia de una pareja con disfunción sexual eréctil, o bien la ausencia de pareja, ejercen una presión negativa que lleva a disminuir cualquier tipo de actividad sexual, aumentando la insatisfacción ante el sexo.

Ellos creen que la terapia hormonal de reemplazo, no solo aminora los cambios anatómicos y fisiológicos, sino que también tiene un efecto psicológico

Un esquema,que resume los problemas uroginecológicos que acompañan al hipoestrogenismo , es el siguiente:

Urológicos

- Urgencia Urinaria
- Infecciones Urinarias Recurrentes
- Aumento de la frecuencia urinaria

Ginecológicos

- Dolor vaginal
- Prurito vaginal
- Ardor vaginal

- Incontinencia Urinaria
- Disuria
- Nicturia
- Disparenuria
- Resequedad vaginal
- Disminución del placer coital

MEDICAMENTOS

Existen muchos medicamentos, que a veces son responsables de las manifestaciones encontradas en estos pacientes, siendo importante identificarlos al interrogatorio, entre ellos tenemos los antidepresores que tienen un efecto anticoligénico, los sedantes e hipnóticos, incluyendo diazepam.

Fenobarbital y alcohol, provocan incapacidad para percibir la sensación de repleción vesical e inhabilidad para controlar el flujo urinario nocturno, el alcohol, sobre todo ingerido antes de ir a la cama, tiene un efecto diurético importante. Las pacientes con estos medicamentos presentan problemas nocturnos que se solucionan al cambiar el horario de la terapéutica.

Los diuréticos, también usados frecuentemente por edema de miembros inferiores o por hipertensión arterial, cuando se administran por la tarde o por la noche, al aumentar el flujo urinario dificultan el control vesical nocturno y producen pérdida de orina, que puede confundirse con urgencia o incontinencia.

El efecto anticolinérgico de algunas sustancias de uso común puede disminuir la capacidad de vaciamiento vesical e incrementa la orina residual, los antiespasmódicos, como dicicloamina, atropina, hiosciamina, fenobarbital o escopolamina, son un ejemplo de ellos.

Los antihistamínicos de uso tan frecuente en la clínica diaria, algunos antiarrítmicos como la disopiramida, los antiparkinsonianos, los antidiarreicos como el difenoxilato ,tambien disminuye la función vesical.

Algunos antipsicóticos , como el haloperidol y el tiotexano, tienen efecto extrapiramidal que altera la movilidad de la paciente de edad ,impidiendo su habilidad para la micción .

Otros, como la toracina y la tioridacina, al igual que los bloqueadores de los canales del calcio, como la nifedipina y el verapamil, inhiben la contractilidad del detrusor.

La amitriptilina, utilizado frecuentemente como antidepresivo , tiene una potente acción anticolinérgica que puede llevar, a la retención completa de orina.

Los bloqueadores alfaadrenérgicos,prazosín ,desazosin , tamsulosin , al disminuir con su efecto la resistencia uretral, facilitan cuadros de pérdida de orina que pueden confundirse con incontinencia.

Por otra parte, los betaadrenérgicos, al aumentar con su estímulo la resistencia de cierre vesical y uretral, provocan retención urinaria crónica con cuadros repetidos de infección, pérdida de orina por rebosamiento y, en ocasiones, retención urinaria aguda, con un cuadro aparatoso de dolor, que amerita sondaje vesical.

OTROS ORGANOS

En la mujer climatérica añoa disminuye la filtración glomerular del Riñón, que aunado a otras enfermedades coincidentes con la edad, como insuficiencia cardiaca y venosa, poca movilidad y, a menudo, dieta inadecuada, tiende a provocar retención de líquido en forma extravascular, lo que ocasiona edema postural en él día .

Durante la noche, con el reposo, al mejorar la dinámica cardiovascular, se reincorporan estos líquidos al torrente circulatorio con un aumento en la filtración y en el volumen urinario, y la consiguiente necesidad de vaciar con más frecuencia la vejiga, este proceso fisiológico suele confundirse con urgencia o incontinencia.

Las enfermedades pulmonares crónicas con aumento brusco de la presión intrabdominal, en una vejiga con dificultad para el control correcto del flujo urinario, se manifiestan con pérdida de orina.

El equilibrio de líquidos corporales también se modifica por trastornos en el metabolismo de los glucidos; dichas alteraciones son frecuentes en esta etapa de la vida del paciente, provocando a menudo , poliuria .

Los cambios neurológicos provocan el otro factor de mayor influencia en los síntomas o signos relacionados con la micción o la función sexual.

En ambos sexos la pérdida de nervios colinérgicos en el detrusor lleva a un detrusor inestable (27), la pérdida del control supraespinal del reflejo de la micción explican parte de los casos de incontinencia vistos en pacientes por encima de 70 y 80 años.

Los cambios vasculares en la estructura íntima del detrusor no son bien conocidos, y la magnitud de su influencia está por revelarse.

El último factor, que puedo denominar anatómico, es él más fácil de demostrar pero el más difícil de interpretar.

El descenso de la placa basal de la vejiga, visible a través de una evaluación genital representa el factor más importante en las alteraciones de la micción.

TRATAMIENTO

El reemplazo oral de los estrogenos, continúa siendo el tratamiento de elección, aunque la absorción vaginal de el estradiol ,resulta en niveles plasmáticos diez veces más altos que cuando se usa la vía oral. La administración percutanea de estradiol tambien es efectiva .En Europa, se usan supositorios de estradiol colocados en la vagina, para mejorar la atrofia urogenital (28).

Rabe(20) y colaboradores, comprobaron la eficacia del estradiol en mejorar los síntomas urogenitales de mujeres menopáusicas cuando sometieron a 83 damas con 4 años de menopausia, a un tratamiento de 0.05 mgs.diarios de estradiol por vía transdermica, y a 89 damas las trató con acetato de norethisterone, a razón de 2,5 mg diarios por vía oral.

Ambos grupos fueron tratados durante 12 días cada 2 ó 3 meses durante 7 a 10 meses.

Todas recibieron 3 sesiones de dicho tratamiento.

Por otra parte Fantl y colaboradores (21), estudiaron 85 mujeres mayores de 45 años con hipoestrogenismo que sufrían de incontinencia urinaria, y las sometió a un estudio doble ciego, aleatorio, con grupo placebo como control, donde el grupo estudiado recibió 0.625 mg de estrogenos equinos, y medroxyprogesterona en dosis de 10 mg.Comparó el número de episodios semanales de incontinencia urinaria, cantidad de orina perdida, frecuencia urinaria diurna y nocturna, calidad de vida, y satisfacción de los pacientes si veían mejoría con el tratamiento.

No hubo cambios significativos en ninguno de los parámetros comparados.

Gungor, y colaboradores (22) reportan un trabajo de singular relevancia, puesto que les practicaron colporrafia anterior y colpopéineoplastia a 44 mujeres, para tratarles la incontinencia urinaria que les aquejaba, de ellas, un número no reportado, eran menopáusicas.

Los autores estudiaron el efecto que sobre el descenso de los genitales externos y la vida sexual ejerció esta intervención quirúrgica. De ellas ,20 mejoraron su satisfacción sexual, 16 no mostraron cambios y 8 la deterioraron. No hubo cambios estadísticamente significativos en esa respuesta.

Todas se quejaron de dispareunia como resultado definitivo, por lo cual ellos creen que la colpopéineoplastia provoca peores resultados ,en la calidad de vida sexual de las mujeres menopáusicas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Repercusión urogenital del climaterio y la edad.Santos G, J. Carranza L, S. Editor. Mc Graw Hill Interamericana . México 1988.Capítulo 11 pags.177-86.
2. Alteraciones del tracto genitourinario bajo y menopausia.Palacios G. S, y Menéndez, C. En climaterio y menopausia .Palacios Santiago Editor. MIRPAL. Madrid. 1993. Capítulo 9 págs. 105-12.
3. Greendale GA, Sowers M.The menopause transition .Endocrinol Metab Clin North Am , 26 (2) :261-77 .Jun 1977 .
4. Milson ,I. et.al. Factors influencing vaginal cytology , ph , and bacterial flora in elderly women .Acta Obstet Gynecol Scand 72 : 286-91 1993.
5. Bachman GA .The clinical platform for the 17 beta estradiol vaginal releasing ring . Am J Obstet Gynecol , 178 (5) : S257-60 May 1988 .
6. Rut , T.The effects of estrogens and gestagens on the urethral pressure profile in the urinary continent and stress incontinent woman . Acta Obstet Gynecol Scand 59: 265-70 .1980 .
7. Bergstrom, C. Estriol in recurrent urinary tract infection in elderly women .Acta Obstet Gynecol Scand suppl 140 : 79-83 1993.
8. Bachman ,GA . Influence of menopause on sexuality . Int J Fertil Menopausal study, 40 Suppl 10 : 16-22 1995 .
9. Diokno,AC .et.al. Prevalence of urinary incontinence and other urological symptoms in the non institutionalized elderly. J Urology136 : 1022-1025 ,1986 .
10. Smith,P . Estrogens and the urogenital tract .Acta Obstet Gynecol Scand suppl 157 : 5 ? 26 .1993.
11. Rekers , H . Epidemiology of incontinent symptoms in women after the menopause .Symposium Lower urinary tract disorders after the menopause . XII th World congress of gynecology and obstetrics . Brazil 23-28 Oct. 1988

12. Grimby,A et.al. The influence of urinary incontinence on the quality of life of elderly women .Age Ageing 22: 82-89 1993.
13. Henriksson , L .et .al.A comparative multicenter study of the effects of continuous low dosis stradiol released for a new vaginal ring versus estriol vaginal pressaries in post menopausal women with symptoms and signs of urogenital atrophy .Am J Obstet Gynecol 171 : 6124 ?32 1994.
14. Yang ,JM . Factors affecting urethrocystographic parameters in urinary continent woman .J Clin Ultrasound , 25(5) :249-55 .Jun 1966 .
15. Falconer ,C. et al .Paraurethral connective tissue in strees incontinent women after menopause .Acta Obstet Gynecol Scand , 77 (1) : 95-100 .Jan 1988 .
16. Falconer ,C. et. al . Decreased collagen synthesis in stress incontinence women.Obstet Gynecol 84: 583 ? 6 1994 .
17. O'Donnell , P . Special considerations in elderly individuals with urinary incontinence . Urology suppl 51 (2A) : 20 ? 6 1998.
18. Payne ,CH.Epidemiology,Pathophysiology, and evaluation of urinary incontinence and overactive bladder. Urology suppl 51 (2A) : 5 ?10 1998.
19. Rabe .T , et. al .Spacing out of progestin efficacy , tolerability and compliance of two regimens for hormonal replacement in the last postmenopause . Gynecol Endocrinol , 11 (6) : 383-92 Dec 1997 .
20. Fantl, JA . et. al . Efficacy of estrogen supplementation in the treatment of urinary incontinence . Obstet Gynecol , 88(5) : 745-9 Nov 1996 .
21. Gungor ,T. Et. al . Influence of anterior colporraphy with colpopерineoplasty operations for stress incontinence and or genital descent on sexual life J Pak Med Assoc , 47 (10) : 248-50 Oct 1997 .
22. Master ,W. Johonson , VE. The sexual response cycle of the human female vaginal lubrication . Ann N Y Acad Sci 83 : 301-17 1959.
23. Semmens , W. Wagner , G. Estrogens deprivation and vaginal function in postmenopausal women .JAMA 248:245-8 1982 .
24. Batra , S. Iosif, S. Progesterone receptors in the female lower urinary tract .J Urol 138:1301-7 1987 .
25. Bailey , J. et .al. Symposium Report : Urogenital aging :The current and future role of local low doses estrogen therapy .European Menopausal J. 4 (3) : 8-23 1997 .
26. Carlile,A. Davis,J. Faragher,E. The epithelium in the female urethra. A quantitative study. J Urol . 138:775-7 1987.
27. Klutke , JJ . Bergman ,A. Hormonal influence on the urinary tract.Urol Clin . North Am . 22(3) :629-39 Aug.1995 .