



CLIMATERIO

"5° CURSO DE POSTGRADO DE FORMACIÓN EN CLIMATERIO AAPEC 2019 CASOS CLÍNICOS MÓDULO 1

DRA SEYBOLD BÁRBARA

MÉDICA TOCOGINECÓLOGA. ESPECIALISTA UNIVERSITARIA EN GINECOLOGÍA
ESPECIALISTA EN CLIMATERIO

ESPECIALISTA DE GINECOENDOCRINOLOGÍA

JEFA DE TRABAJOS PRÁCTICOS GINECOLOGÍA UBA

ENCARGADA DEL AREA DE CLIMATERIO Y GINECOENDOCRINOLOGÍA. HOSPITAL PROF.A.POSADAS

COORDINADORA DOCENTE DEL CURSO ANUAL ON LINE DE CLIMATERIO ON LINE AAPEC

COORDINADORA DOCENTE DEL CURSO BÁSICO DE CLIMATERIO DE AAPEC

COORDINADORA DE GINECOLOGÍA DE PROAGO

DIRECTORA DEL CURSO DE CLIMATERIO ON LINE DE SOGIBA

DIRECTORA DEL CURSO ON LINE DE GINECOENDOCRINOLOGÍA DE SOGIBA

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE SOGIBA

CASO CLÍNICO N° 1

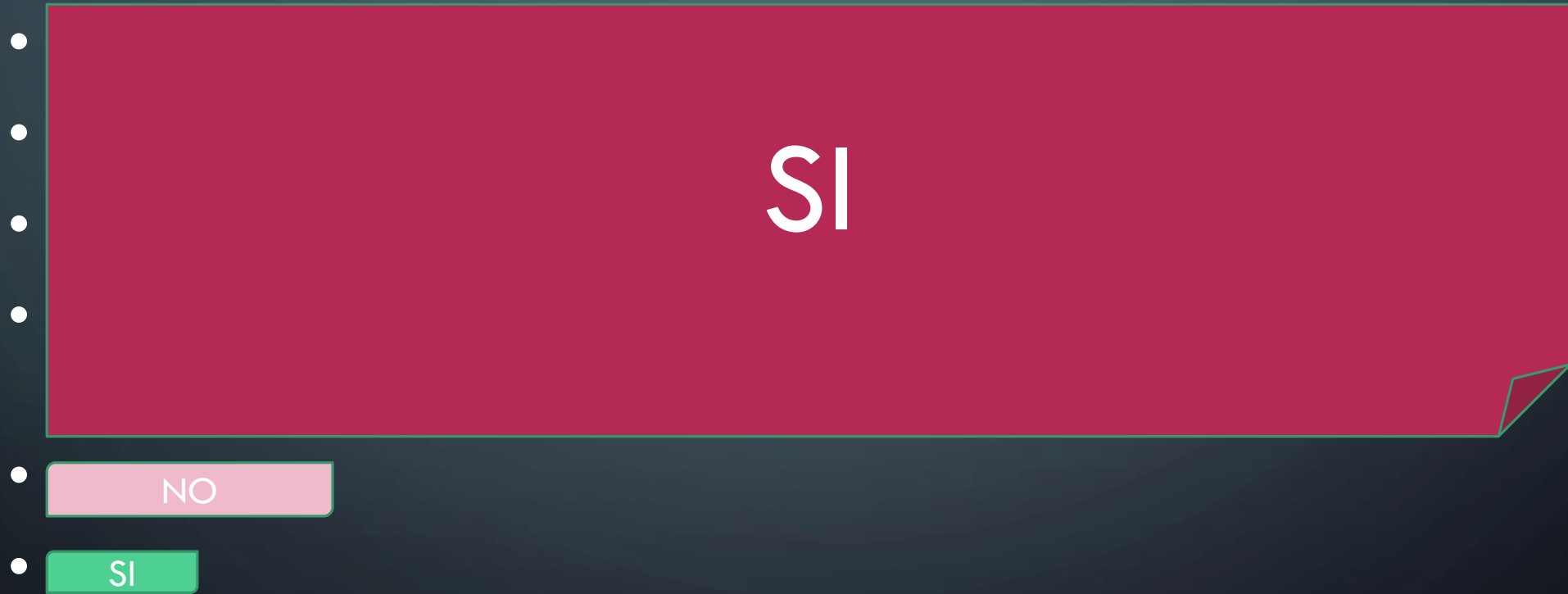
- Daniela tiene 44 años, es enfermera pediátrica, trabaja en una clínica privada, tiene 3 hijos nacidos por parto natural, dos macrosómicos. FUM: hace 2 meses
- MC: sofocos frecuentes, intensos que la incapacitan en su vida diaria, la despiertan de noche y no la dejan descansar bien. Siente cansancio e irritabilidad diurna y refiere que llora por todo. Además está preocupada por su aspecto físico, ya que está con sobrepeso, le cuesta bajar de peso aunque realice una dieta restrictiva y ejercicio diariamente.
- AF: madre DBT-Osteoporosis padre: ca de colon- ACV-HTA
- AP: QX: prótesis mamarias-dermolipsectomia-rinoplastia realiza caminatas cuando puede
- ATG: menarca 12 a RM: 7/60-90-120 días hipermenorrea MAC: coitus interruptus pareja estable dispareunia: no sinusorragia: no líbido: algo disminuido IOE: si. Adjunta PAP y mamografía s/p

EXAMEN FÍSICO

- Hábito androide IMC: 29 TA: 120/70
- Mamas s/p
- Tacto vaginal: desgarró vaginal antiguo en periné, cistocele grado 2 resto s/p

- Qué estudios solicitaría?
- En que diagnóstico piensa en primera instancia?
- Qué patologías prevalentes debemos pesquisar?
- Qué medidas terapéuticas iniciales recomendaría?
- Indicaría algún tratamiento farmacológico? ¿Cuál?
- Derivaría a algún otro profesional?

QUÉ ESTUDIOS SOLICITARÍA? QUÉ PATOLOGÍAS PREVALENTES DEBEMOS PESQUISAR?



ECOGRAFÍA TRANSVAGINAL

- Hipermenorrea
- El SUA (sangrado uterino anormal) es más frecuentes durante las etapas de cambios hormonales (adolescencia, climaterio) debido a ciclos monofásicos estrogénicos sin oposición a progestágenos.
- El sobrepeso y la obesidad aumentan el riesgo de hiperplasia y ca de endometrio
- Para descartar patología endometrial previa a la THM.

DMO

antecedente familiar

Obesidad → disminución de vit D, aumento de PTH y de marcadores de recambio óseo.

Sedentarismo: ejercicio → disminuye el riesgo de Fx (30%) y caídas.

Baja exposición solar

Factores
de riesgo
para OP

COLONOSCOPIA

- Padre con antecedente de ca de colon
- En pacientes con antecedentes fliares de ca de colon → realizar colonoscopia cada 5 años desde los 40 años, repetir antes si resulta patológica (pólipos, adenomas).
- En pacientes sin antecedentes fliares → realizar colonoscopia cada 5 años a partir de los 50 años.

LABORATORIO

Rutina completa con lípidos y glucemia por aumento de riesgo de síndrome metabólico durante el climaterio

- FSH, LH, estradiol: (FFT) → SI, por oligo-amenorrea y sofocos.
- TSH T4 libre ATPO → SI:
 - ✓ Por mayor prevalencia de enfermedades tiroideas después de los 35 años.
 - ✓ Por oligo-amenorrea y sofocos
- Calcio, fósforo magnesio, 25(OH) vit D → SI
 - ✓ Los niveles disminuyen con el sobrepeso y la obesidad
 - ✓ Las pacientes con sobrepeso u obesidad se cubren más el cuerpo y están menos expuestas al sol.
 - ✓ Nuestra paciente es enfermera y trabaja de noche, duerme de día (menos hs de exposición solar)

PTOG

- Prueba de tolerancia oral a la glucosa
- Porque si?:
 - ✓ Porque tiene antecedentes de 1° grado de DBT
 - ✓ Porque durante el climaterio aumenta el riesgo de aparición de GAA, IR, DBT solos o en el contexto de síndrome metabólico.
 - ✓ La paciente presenta obesidad, con mayor riesgo de intolerancia a la glucosa y DBT.
 - ✓ Presenta antecedentes familiares de HTA y DBT.
 - ✓ Transición menopáusica: emergen muchas de las características del SM: aumento de la adiposidad abdominal, cambios aterogénicos del perfil lipídico, hiperglicemia e hiperinsulinemia.

SÍNDROME METABÓLICO ATPIII

- Al menos tres de los cinco factores :
- Perímetro de cintura ≥ 102 cm en varones, 88 cm en mujeres.
- TG ≥ 150 mg/dL o tratamiento farmacológico para dislipidemia.
- HDL ≥ 40 mg/dL en varones; 50 mg/dL en mujeres o tratamiento farmacológico para dislipidemia.
- HTA (sistólica) ≥ 130 mmHg; diastólica ≥ 85 mmHg o tratamiento farmacológico para hipertensión arterial crónica.
- Glucosa en ayunas ≥ 100 mg/dL o tratamiento farmacológico para resistencia a la insulina o diabetes.
- Al menos tres deben estar presentes al mismo tiempo.
- Componente clave \rightarrow obesidad abdominal.

LA PACIENTE REGRESA CON ESTUDIOS

- Laboratorio: HTO: 38% hepatograma y función renal s/p **Glucemia: 118** colt: 201 **HDL:35** LDL: 140 TG:145 **FSH: 25 LH: 18** estradiol:22 TSH:4,71 T4I: 0,92 ATPO: 11, prolactina: 12
 - ✓ Tiene posibilidad de embarazarse?
 - ✓ Qué MAC sugeriría?
- ✓ La TSH en ese valor, es diagnóstica de hipotiroidismo subclínico? Como nos manejamos ante ese valor?

QUÉ DIAGNÓSTICO/S PIENSA UD EN PRIMERA INSTANCIA?

- Síndrome climatérico por hipoestrogenismo secundario a la disminución de la función ovárica.
- Hipotiroidismo subclínico
- Amenorrea secundaria a anovulación por insulinoresistencia e hiperinsulinemia en el contexto de un síndrome metabólico.

TIENE POSIBILIDAD DE EMBARAZARSE?

RIESGO DE EMBARAZO

A		AZO
Mer	Requieren un MAC adecuado	mente s
40		
45		

Qué MAC sugeriría?
Claves de anticoncepción en la perimenopausia

- Asesoramiento amplio y detallado
- Buena relación médico paciente
- Síntomas de la perimenopausia
- Alta protección anticonceptiva
- De fácil acceso
- Evitar alteraciones del ciclo
- Protección Osteoporosis y ECV

CLAVES EN ANTICONCEPCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

Fertilidad

- decae pero no es nula

Beneficios

- Evaluación de riesgo/beneficio
- MAC más adecuado

Frecuencia

- mujeres mayores de 35 años representan el 20% de las usuarias de métodos anticonceptivos.

Personalizado

- Asesoramiento amplio y detallado, que se adecúe a las circunstancias y preferencias particulares

Siempre

- Descartar contraindicaciones
- Conocer efectos adversos con MAC previos

RIESGO QUE CONLLEVA UN EMBARAZO EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

Complicaciones obstétricas

Aumento de patologías durante el embarazo

Aumento de la morbimortalidad materna y neonatal

Incremento importante de las alteraciones genéticas

Embarazo no deseado: más riesgo de aborto provocado y las posibles complicaciones de salud maternas que esto conlleva.

NECESIDAD DE ANTICONCEPCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

Conocer patologías individuales y contraindicaciones

Edad: No es contraindicación *per se*

Fundamental brindar anticoncepción a este grupo etáreo

“Traje a medida”

Flexibilidad: por disminución de la fertilidad

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DISPONIBLES PARA LA MUJER PERIMENOPÁUSICA QUÉ MAC SUGERIRÍA?

HORMONALES

NO HORMONALES

Sugeriría MAC hormonal para:

- paliar los síntomas por hipoestrogenismo,
 - mantener la masa ósea y
- brindar anticoncepción segura.

▼ Medroxiprogesterona de depósito

❖ Anticoncepción inyectable combinada mensual

✓ Sistemas liberadores de hormona

❖ Parche anticonceptivo transdérmico

❖ Anillo vaginal liberador de hormonas

❖ Implantes subdérmicos liberadores de progestágeno

❖ SIU

▼ Métodos de barrera

✓ Métodos relacionados con abstinencia sexual

✓ Anticoncepción quirúrgica voluntaria

LA TSH EN ESE VALOR, ES DIAGNÓSTICA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO? COMO NOS MANEJAMOS ANTE ESE VALOR?

- La TSH aumenta con la edad, debido a que:
 - ✓ aumenta la conversión de T4 a T3, siendo los niveles de T4 los que regulan, por feedback negativo, a la TSH, por ende, la misma, aumenta,
 - ✓ disminuye la bioactividad de la TSH .
 - ✓ disminuye la captación de yodo por la glándula tiroidea, disminuyendo la producción de hormonas tiroideas.
- La TSH puede variar por medicamentos que alteran su metabolismo.
- Para poder utilizar la estrategia diagnóstica de TSH/T4l, el eje hipotálamo-hipofisario-tiroideo debe estar íntegro y mantenerse **estable**.
- La T4 libre es normal y los anticuerpos son negativos.
- Repetir TSH
- Conducta expectante

LA TSH EN ESE VALOR, ES DIAGNÓSTICA DE HIPOTIROIDISMO SUBCLÍNICO? COMO NOS MANEJAMOS ANTE ESE VALOR?

VALORES DE REFERENCIA EN BIBLIOGRAFÍA RECIENTE PARA TSH Y T4L EN PACIENTES AÑOSOS

Estudio	Grupo etáreo	N	TSH (mU/l)	T4l (ng/dl)
Surks y cols	60-69 años	1430	4,33	ND
	70-79 año	1001	5,90	
	>80 años	668	7,49	
Bremner y cols	60-70 años	334	0,38-4,70	ND
	>70 años	224	0,52-5,28	
Fontes y cols	60-80 años	120	0,4-5,8	0,7-1,7
	>80 años	120	0,4-6,7	

Fontes R. and cols Thyroid Res 2013;6:13.

Surks MI: and cols. J Clin Metab 2007;92:4575-82

Bremner AP and cols. J Clin Endocrinol Metab. 2012;97:1554-62.

SOLICITAMOS ALGÚN OTRO LABORATORIO?

- AMH → NO, por alto costo, no amerita, ya que la paciente no tiene deseos de embarazarse
- Inhibina → NO, por alto costo, no amerita, ya que la paciente no tiene deseos de embarazarse
- Cortisol → NO, por falta de clínica de enfermedad de Addison

REPETIMOS ALGÚN LABORATORIO?

- La TSH debe repetirse: ya que la TSH aumenta con la edad, variando los límites, por aumento de la conversión de t4 a t3. recordar que la T4 regula la síntesis de TSH, estimulando la TRH.
- El perfil hormonal ovárico debe repetirse:
 - ✓ Por la fluctuación intra e intercíclica de los esteroides sexuales.

FSH

- ✓ El aumento de la FSH indica una disminución o insuficiencia folicular ovárica. Es la primera que se eleva y en mayor medida con respecto a la LH.
- OJO: La concentración sérica de FSH debe interpretarse cuidadosamente, dentro del contexto clínico de la paciente, ya que puede fluctuar de manera impredecible, en particular durante los años previos a la menopausia.
- Mujeres que toman anticonceptivos → medir FSH luego de las 6 semanas de suspendidos los mismos y repetir el dosaje al mes. La FSH determinada en la semana de placebo de los Anticonceptivos orales (ACO) no es representativa de la función ovárica. Sin embargo, en las mujeres que no desean discontinuar los ACO, medir la FSH el día 6-7 del descanso es práctico y sirve para la mayoría de las pacientes. Hay opiniones contrapuesta con respecto a este tema.

VIT D

- La paciente trabaja de noche como enfermera, está poco expuesta a la luz solar, disminuyendo la absorción de la misma, además, dada su obesidad, suele cubrirse mucho el cuerpo por pudor, aún en verano.
- Los niveles de vitamina D están relacionados con el síndrome climatérico
- En obesas existe una disminución de los niveles de 25-hidroxi-vitamina D con aumento acompañante de los parámetros de recambio óseo y la concentración de PTH.

TRAE ESTUDIOS

- La paciente se repitió el perfil hormonal:
 - ✓ TSH: 3,1 T4 libre: 0,93 ATPO: neg ATG: neg
 - ✓ FSH: 25 LH: 15 estradiol: 30
- Trae eco transvaginal: útero AVF tamaño y ecoestructura normal endometrio 9mm homogéneo anexos s/p

EN QUE DIAGNÓSTICO PIENSA EN PRIMERA INSTANCIA?

- Síndrome climatérico → lo sospechamos por:
 - ✓ Clínica (sofocos, descenso de la libido)
 - ✓ Laboratorio: FSH >10 en dos determinaciones separadas de al menos 1 mes
- Enfermedad tiroidea → la descartamos por:
 - ✓ Nueva TSH normal, T4 libre normal, ATPO y ATG: negativos

ENTONCES...COMO LA TRATAMOS?

- MHDT (alimentación, vestimenta, exposición solar, ejercicio)
- Evaluar estatinas , ya que además de reducir las LDL, estabilizan y reducen la placa ateromatosa, la inflamación y el estado protrombótico, e incluso favorecen la reparación endotelial.
- ACO con estradiol 1,5 nomegestrol 2,5? → si, porque no presenta contraindicaciones, requiere MAC y presenta sofocos. Es “casi” una TRH, beneficios en lípidos e hidratos de carbono, no afecta tanto la libido.
- SIU asociado a tratamiento no hormonal (paroxetina, escitalopram, venlafaxina) → si ya que disminuye el sangrado, brinda anticoncepción segura, disminución de sofocos con tto no h.
- Estradiol gel 1,5 mg 21 días al mes asociado a progesterona micronizada 200 mg 2° fase (esquema combinado cíclico) asociado a barrera como MAC
- La paciente desea MAC

- Indicamos además de las MHDT, ACO c/nomegestrol 2.5/estradiol 1,5 mg.
- Regresa a los 3 meses con excelente respuesta y tolerancia, muy agradecida. Refiere que realiza ejercicio y continúa controles con alimentación, mejorando parámetros metabólicos.
- Se cita a control a los 6 meses.

DERIVAMOS A ALGÚN ESPECIALISTA?

- A nutrición por su dislipemia, GAA y sobrepeso.
- A urogineco por su desgarro vaginal
- A psicología por irritabilidad.

CASO CLÍNICO N°2

- Andrea tiene 40 años G2P1AB1 FUM: hace 4 meses TRH: no MC: esterilidad de 1 año de evolución, oligo-amenorrea 2° de 1 año. Astenia leve
- AF: madre: FOP (39a) -vitiligo
- AP: hipotiroidismo: T4 100 ug/d, sin ctrl desde hace 18 m, hipertrigliceridemia: atorvastatina 10 mg ejercicio: si refiere que realiza dietas selectivas y come mal Qx: varias laparotomías/laparoscopías x endometriosis (quistectomías, ooforectomías parciales bilaterales)
- ATG: RM: 6/60-90-120 d disp: no disp: no sinuso: no PAP: NILM reciente MX: s/p reciente sofocos: si, frecuentes moderados, la despiertan de noche, aumentan c/estrés y ejercicio. Líbido: conservado
- Examen físico: ginecológico: s/p IMC: 18 TA: 110/70 acantosis nigricans: no coloración de mucosas y palmas: normal hirsutismo: leve en cara

- Qué estudios le solicitamos a Andrea?
- En qué diagnóstico pensamos en primera instancia?
- Qué recomendaciones le damos para paliar los síntomas?
- La derivamos a algún especialista?

QUÉ ESTUDIOS LE SOLICITAMOS?

- Laboratorio: (FFT) rutina completa con FSH, LH, TSH, T4libre, Estradiol, Prolactina → sí por amenorrea, esterilidad.
- AMH, inhibina? → dependerá si va a realizar o no tratamientos de fertilidad, para decidir estímulo ovárico u ovodonación de acuerdo al resultado, sin embargo son de alto costo y baja accesibilidad.
- Ecografía transvaginal → si, por antecedente de endometriosis, hipermenorrea y dismenorrea. Para conteo de folículos antrales. Para descartar SOP.
- DMO → SI, ya que presenta factores de riesgo (IMC bajo, amenorrea).

EN QUÉ DIAGNÓSTICO PENSAMOS EN PRIMERA INSTANCIA?

- Hipotiroidismo descompensado → SI, por sofocos y alteraciones del ciclo → solicitamos TSH T4I
- Síndrome climatérico: → SI, por sofocos-amenorrea-antec.mat de FOP → FSH, LH, E
- Amenorrea de otra causa → SI: descartar enfermedades crónicas, AHF (LH, FSH y E bajos) SOP (andrógenos elevados-hirsutismo-eco tv compatible), PRL.
- Descartar enfermedades autoinmunes: SI → ya tiene una enf.autoinmune (hipot), antec fliar de vitíligo (madre-FOP) → solicitar: cortisol 8 hs (descartar enf.Addison), anticuerpos antigliadina, antiendomiso, IgA total (descartar enf.celíaca) Vit D.

ANDREA REGRESA CON RESULTADOS..

- Laboratorio: Hto: 34% hb:10,8 rutina completa normal FSH: 21 LH: 17 E: 24 TSH:0,01 T4I:1,21 PRL:7 DHEAS: 201 Delta4A: 1,5 Testo T: 0,50 cortisol 8 hs: 10 Acs p/celiaquía: + proteinograma electroforético: normal ca 125: 45 Vit D: 15
- Eco TV: s/p con dos folículos, 1 de 12mm y otro de 15mm

QUÉ RECOMENDACIONES LE DARÍA A ANDREA?

- MHDT para evitar sofocos.
- Alimentación saludable variada libre de gluten hasta consultar a especialista para confirmación diagnóstica.
- Repite algún estudio? → SI, ya que dada la fluctuación intra e interciclos, debe repetirse FSH, LH, E y TSH en 1 mes post regulación del tratamiento.

QUÉ TRATAMIENTO LE INDICAMOS?

Antes que nada, debemos disminuir la dosis de T4 (endocrinólogo) y repetir perfil tiroideo al mes. Una vez estabilizado el mismo; si la paciente continúa con sofocos, las opciones son:

- THM (E+P) combinado cíclico para deprivar → SI, ya que tiene indicación, no presenta contraindicaciones y representa el mejor tratamiento para los sofocos.
- THM (E+P) combinado secuencial si no desea menstruar. Ambos mejoran los resultados posteriores de los tratamientos de fertilidad.
- ACO con estradiol+nomegestrol ó estradiol+dienogest → SI, mientras realiza estudios de fertilidad, disminuye sofocos, mejora dismenorrea y endometriosis, regulariza el ciclo y tiene pocos efectos adversos.

LA DERIVAMOS A OTRO ESPECIALISTA?

- Si, a fertilidad → ya que presenta endometriosis, esterilidad y requiere estudios de la pareja y tratamiento específico.
- Si, a alimentación → ya que presenta una dieta restrictiva y selectiva de baja calidad e IMC en el límite.
- Si, a endocrinología → para regula su función tiroidea
- Si, a gastroenterología → para confirmación de enfermedad celíaca con Bp de vellosidades intestinales.

PASA UN MES..

- Luego de 1 mes de tratamiento con T4 75, Andrea nos trae un laboratorio que informa:
- TSH: 1,5 T4I: 0,90 FSH:25 LH: 19 E:30 AMH: 1
- Nos trae DMO: L2-L4: -2 (zscore) femur cuello: -1,8 total: -1,6 (zscore)
- Los sofocos persisten, de modo que le indicamos:
 - ✓ MHDT p/sofocos
 - ✓ Estradiol gel 1,5 mg/día durante 21 días y progesterona natural micronizada 200 mg 12 días al mes 2° fase (consensuado con la paciente).
 - ✓ Dieta rica en calcio, sol, Vit D 3 100000UI/15 días el 1° mes luego 100000UI/mes.
 - ✓ Se decide realizar dos estímulos para evaluar rta.

A LOS 3 MESES...

- Excelente respuesta al tratamiento, buena tolerancia y adherencia.
- Mejoró: sofocos, líbido, estabilidad emocional, artralgias.
- Celiacía confirmada con buena rta a la dieta, mejoró vit D.
- Se encuentra en estudio en centro de fertilidad en plan de ovodonación y FIV, ya que no respondió a 2 estímulos ováricos.

Muchas gracias por su atención!

draseybold@gmail.com

www.draseybold.com.ar