

# ATROFIA VULVOVAGINAL DESPUÉS DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES COLOMBIANAS



**Dr. Álvaro Monterrosa Castro**  
Profesor Facultad De Medicina.  
Universidad De Cartagena.

Lider Del Grupo "Salud De La Mujer"  
Investigador Principal, Proyecto  
"Cavimec"



**Dra. Katherin Portela Buelvas**  
Facultad De Medicina.  
Universidad De Cartagena.

Semillero Fem-Salud  
Grupo de investigación "Salud de la Mujer"

Las expresiones clínicas más importantes de la atrofia vulvovaginal son la sequedad vaginal y los problemas sexuales. Ambos aumentan con el cambio en el estado menopáusico. En un estudio [Monterrosa, Paternina y Romero, *latria* 2011;24(2):136-145], en mujeres colombianas encontraron que entre premenopáusicas el 26,4% tuvieron sequedad vaginal y el 26,2% problemas sexuales, mientras que en posmenopáusicas fue 56,9% y 56,1%, respectivamente. En otro estudio comparativo [Monterrosa, Blümel, Chedraui, *MedUNAB*. 2009;12(2):80-85] de mujeres colombianas según etnias, encontraron que las indígenas tenían elevado deterioro severo de la dimensión urogenital con alta presencia de sequedad vaginal, problemas de vejiga y sexuales, siendo más frecuentes que en población mestiza y afrodescendiente.

El 80% de las mujeres señalan que la atrofia vulvovaginal afecta su calidad de vida de forma negativa, el 75% considera que causa efecto adverso sobre la vida sexual, el 33% afirma que impide la adecuada relación de pareja y la cuarta parte manifiesta que tiene un efecto negativo sobre el autoestima, según lo reportado en *Vaginal Health: Insights Views & Attitudes [VIVA]*, una reciente encuesta en mujeres postmenopáusicas. También se han publicado opiniones al respecto en las encuestas *Real Women View Of Treatment Options For Menopausal Vaginal Changes (REVIVE)*, *Clarifying Vaginal Atrophy's Impact On Sex and Relationships [CLOSER]* y *REvealing Vaginal Effects At Mid-life [REVEAL]*.

La atrofia vulvovaginal causada por la disminución en los niveles de estrógenos, se suele apreciar cuatro a cinco años después de la menopausia. Afecta a la mitad de las mujeres en posmenopausia y a dos tercios de las sobrevivientes al cáncer de seno. Suele ser consecuencia frecuente del tratamiento de cánceres ginecológicos o estrogénodpendientes.

La Sociedad Europea de Menopausia ha informado que la atrofia vulvovaginal se ha observado entre el 34 y 43% de las mujeres de países desarrollados. A su vez la Sociedad Internacional de Menopausia ha señalado presencia de dolor y sequedad vaginal entre el 19 y 40% de mujeres europeas.

**Las indígenas colombianas tienen mayor deterioro urogenital severo, con elevada presencia de sequedad vaginal, problemas de vejiga y sexuales, que mestizas y afrodescendientes.**

Boletín N° 4 del Proyecto de Investigación Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas

CAVIMEC

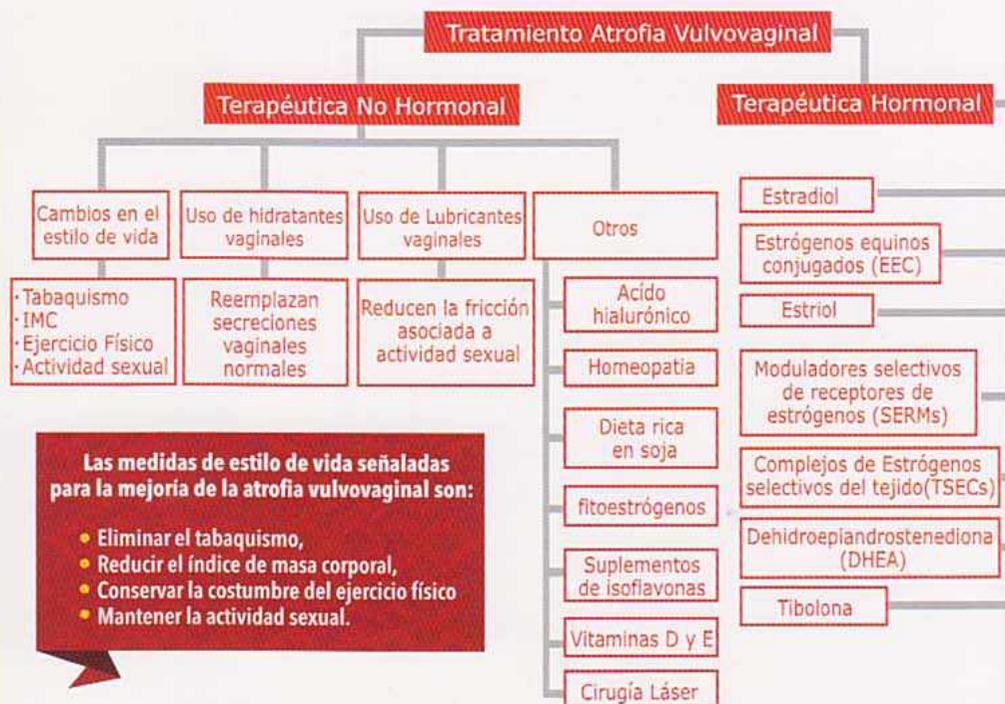


# SÍNTOMAS, SIGNOS Y DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICO

La presencia de síntomas y signos específicos señalados en la siguiente tabla, permiten el diagnóstico y fundamentan la terapéutica. Se estima que solo una cuarta parte de las mujeres que los presentan suelen solicitar atención médica, por lo cual existen opiniones que señalan que la atrofia vulvovaginal es una problemática subestimada. Debido al impacto adverso sobre la salud en general y en particular sobre la sexual. Es importante identificar las mujeres que presentan atrofia vulvovaginal, con pruebas de laboratorio que involucren establecer la relación porcentual entre; las células epiteliales vaginales y el pH vaginal, no son para aplicación clínica rutinaria.

ATROFIA VULVOVAGINAL		
Signos	Síntomas	Cambios anatomo-patológicos
<ul style="list-style-type: none"> <li>-Paredes vaginales pálidas, secas y acartonadas.</li> <li>- Alisamiento de los fondos de saco vaginales.</li> <li>- Adelgazamiento de la superficie vaginal.</li> <li>- Petequias, fisuras, ulceración e inflamación.</li> <li>- Leucorrea y/o secreción anormal.</li> <li>- Pérdida de la elasticidad.</li> <li>- Perdida de los pliegues/rugosidades vaginales.</li> <li>- Estrechamiento del introito vaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dispareunia.</li> <li>- Prurito.</li> <li>- Ardor.</li> <li>- Dolor.</li> <li>- Sequedad vaginal.</li> <li>- Disminución de la sensibilidad vestibular.</li> <li>- Disuria.</li> <li>- Disminución de la lubricación vaginal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Flujo sanguíneo disminuido.</li> <li>- Proliferación del tejido conectivo.</li> <li>- Adelgazamiento del epitelio vaginal.</li> <li>- Cambios en el índice de maduración vaginal. (IMV): Disminución de la capa celular superficial y aumento en las células parabasales.</li> <li>- Disminución del glucógeno en las células epiteliales vaginales.</li> <li>- Infiltración de la submucosa por linfocitos y células plasmáticas.</li> <li>- Cambios en la flora facultativa de la vagina.</li> <li>- Aumento sobre 4.6 del pH vaginal.</li> <li>- Presencia de gérmenes patógenos.</li> </ul>

El principal objetivo del tratamiento de la atrofia vulvovaginal es el alivio de los síntomas y mejoría de la integridad de la mucosa vaginal con recuperación de su funcionalidad. Diferentes estrategias terapéuticas se han postulado para el manejo médico, unas no farmacológicas que incluyen principalmente los cambios en los hábitos y en el estilo de vida. Otras, farmacológicas que proponen una amplia variedad de productos no hormonales y hormonales. En el año 2013 la Sociedad Norteamericana de Menopausia realizó su pronunciamiento para el adecuado manejo de la atrofia vulvovaginal, que debe ser la base para el abordaje de las mujeres que presentan atrofia vulvovaginal. La siguiente tabla presenta de forma esquemática todas las medidas terapéuticas actualmente consideradas.



# HIDRATANTES Y LUBRICANTES VAGINALES

Los hidratantes y lubricantes vaginales son la primera línea terapéutica para aliviar la atrofia vulvovaginal [Nivel de evidencia A]. Están disponibles sin prescripción, suelen utilizarse como productos para aumentar el placer durante la relación sexual y son adquiridos con frecuencia en Sex-shops y no en farmacias. La aplicación regular de hidratantes y lubricantes puede ofrecerse a mujeres que no deseen utilizar estrógenos vaginales. Debe tenerse en cuenta que los geles basados en agua son hiperosmolares, por lo que causan toxicidad celular epitelial y destrucción de cultivos de células epiteliales, lo que no se ha observado con los iso-osmolares y basados en silicona. Algunos lubricantes o hidratantes pueden ser tóxicos para los lactobacillus. Los geles a base de petróleo aumentan el riesgo de vaginosis bacteriana y candidiasis.

Existen observaciones acerca del uso de vitamina D en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal, no obstante no son aún suficientes para su recomendación. Igual sucede con diferentes plantas como aloe vera, caléndula, borraja, manzanilla y té verde. No existe claridad de los resultados a obtener con la administración de isoflavonas por vía vaginal en cuanto a manifestaciones. Al parecer es necesaria una exposición prolongada para esperar efectos positivos sobre el epitelio y la sequedad vaginal. Recientemente se ha señalado que la aplicación de láser fraccionado de Erbio:YAC o CO2 sobre la mucosa vaginal incrementa la lubricación, la colagenosis y mejora el trofismo epitelial. La Sociedad Norteamericana de Menopausia en su pronunciamiento de 2013 no hizo alusión a este tipo de medidas.

## HIDRATANTES VAGINALES

Los hidratantes vaginales son usados para reemplazar las secreciones vaginales normales. Contienen sustancias capaces de retener agua y están disponibles en presentaciones líquidas, geles y óvulos. Deben ser utilizados una o más veces por semana. Reducen el pH vaginal, favorecen la eliminación de células muertas y tienen un ligero efecto positivo en la maduración del epitelio vaginal. Se debe tener presente las posibilidades del desencadenamiento de efectos irritantes. Su uso no revierte los cambios atróficos relacionados con la privación estrogénica. Se ha observado que el ácido hialurónico, los hidratos policarbofílicos, los liposomas, tienen valor en el alivio de las manifestaciones y son recomendados como la primera línea de tratamiento de atrofia vulvovaginal en la postmenopausia. Los hidratantes vaginales no son tan efectivos como los tratamientos hormonales para resolver la sequedad vaginal.

## LUBRICANTES VAGINALES

Los lubricantes vaginales se indican para ser utilizados durante la actividad sexual con el fin de disminuir la fricción y prevenir o evitar la dispareunia. La elección dependerá de las preferencias de la mujer y su pareja, de acuerdo con los productos disponibles en el mercado. Existen preparados a base de agua, aceite, glicerina o silicona, que brindan alivio temporal de los síntomas. Los lubricantes a base de aceites pueden erosionar los preservativos mientras que los basados en agua y silicona son seguros al no dañar el látex. La Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia recomienda la asociación de lubricantes con hidratantes vaginales como la primera línea terapéutica en mujeres que presentan síntomas leves o moderados de atrofia vulvovaginal.



# TERAPIA ESTROGÉNICA

La terapia estrogénica es la alternativa de tratamiento más efectiva para la atrofia vulvovaginal. Es igual de eficaz la administración sistémica o local. Se debe preferir el tratamiento sistémico cuando además de los síntomas vaginales hay presencia de oleadas de calor. Cuando solo existen manifestaciones locales de la deficiencia estrogénica y especialmente si son severos, los estrógenos para administración local son los indicados.

La terapia estrogénica además de la mejoría de los síntomas asociados con la atrofia vulvovaginal, incrementa el índice de maduración vaginal, restaura el pH vaginal, aumenta el crecimiento capilar subepitelial, engruesa el epitelio e incrementa los niveles de secreciones vaginales. La Sociedad Norteamericana de Menopausia recomienda la más bajas dosis de estrógenos locales sin agregar progestina, debido a que la hiperplasia endometrial se ha observado es con dosis altas de estrógenos en estudios con más de un año de seguimiento. Los preparados en crema tienen la ventaja de ofrecer una más temprana acción reconfortante en el área vulvar.

## ESTRIOL

El estriol es un estrógeno de corta acción con una breve permanencia en la unión a los receptores presentes en los núcleos celulares. Es un estrógeno endógeno débil producto de la transformación irreversible del estradiol y la estrona, si bien tiene una baja potencia estrogénica comparado con el estradiol, posee una gran afinidad por los receptores estrogénicos  $\beta$ .

El estriol es una muy conocida molécula y con gran experiencia clínica. No posee efecto proliferativo sobre el endometrio cuando se administra por vía vaginal. Tiene marcada acción proliferativa en el epitelio de la vagina, uretra, vejiga y cuello uterino, con incremento en la perfusión sanguínea de estos tejidos. Como resultado, el estriol conlleva la curación de los síntomas urogenitales de atrofia debida a la deficiencia estrogénica. Es igual de eficaz que el estradiol en el tratamiento de la atrofia vulvovaginal. Se encuentran disponibles y aprobados por diferentes agencias reguladoras, estriol a 1mg (dosis estándar), 0.25mg (bajas dosis) y 0.005mg (ultra baja dosis), todas las cuales han mostrado efectividad para mejorar los síntomas asociados con la atrofia vulvovaginal. Las presentaciones farmacéuticas incluyen cremas, gel, óvulos y pesarios, sin que existan diferencias en los resultados a esperar. Se ha demostrado sustancialmente la superioridad del estriol frente al placebo en el tratamiento local de los síntomas y signos de la atrofia vulvovaginal posmenopáusica.

En un ensayo clínico que incluyó 436 mujeres posmenopáusicas con atrofia vulvovaginal, fueron asignadas a recibir 0.2 mg de estriol [Grupo I], 0.03 mg de estriol [Grupo II] y placebo [Grupo III], durante doce semanas. En el primer grupo el índice de maduración vaginal se incrementó desde  $9.3 \pm 10.6$  hasta  $46.3 \pm 17.0$  ( $P < 0,001$ ). En el segundo grupo también se incrementó desde  $11.7 \pm 12.9$  a  $38.4 \pm 19.4$  ( $P < 0,001$ ). En el grupo placebo no hubo cambios significativos.

En otro estudio con 167 mujeres posmenopáusicas aleatorizadas a recibir  $50 \mu\text{g}$  de estriol o placebo, administrado diariamente por tres semanas y posteriormente, dos veces a la semana hasta la semana 12, informó que el promedio de cambio en la maduración vaginal fue  $26.9 \pm 23.33$  en el grupo de estriol y  $3.2 \pm 16.48$  en el placebo ( $p < 0.001$ ). También se observó reducción significativamente mejor en el pH con el estriol. El 88.2% y el 86.5% del grupo estriol así como el 66.7% y el 75.0% del placebo, mejoraron de la sequedad vaginal y de la dispareunia, respectivamente ( $P < 0.001$ ). Ellos establecieron un score global de síntomas que permitió observar que el estriol fue superior incluso desde los tres meses de tratamiento ( $p = 0.018$ ).

## ESTRÓGENOS CONJUGADOS

Los estrógenos conjugados están compuestos por una mezcla de diferentes estrógenos los cuales son seguros, bien tolerados, que utilizados una o dos veces a la semana estimulan la conservación celular de la mucosa de la pared vaginal. Son eficaces para el tratamiento de la atrofia vulvovaginal y la dosis usual es 2 gr/día [0.625 mg de ingrediente activo/gr] o menos. Luego de doce semanas de tratamiento se observa mejoría significativa de las manifestaciones clínicas y del pH, tanto con una dosis diaria o dos veces por semana comparados con placebo ( $p < 0.001$ ). Ambos regímenes de administración reducen significativamente la sequedad, ardor, prurito vaginal y dispareunia. No se ha reportado hiperplasia o carcinoma endometrial. Los estrógenos conjugados a las dos dosis utilizadas fueron igualmente efectivos para mejorar los síntomas de atrofia vulvovaginal.

**Las cremas tienen ventajas sobre las tabletas que al ser aplicadas directamente en la vulva y en el área vulvovaginal facilitan la flexibilidad en la dosificación.**

