

Unidad de Menopausia en pacientes oncológicas y otras patologías médicas

Sandra Rocher Cruces

MR Gracia Laborda; MI Merlos Martínez; C Gómez Meseguer; A Huelbes
Ros; E Muelas Párraga; C Abril Alcobas; F Machado Linde



HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

Servicio de Ginecología. Hospital Reina Sofía

Caso clínico 1

Mujer de 32 años con Cáncer de Mama



"Cuando me casé mi vida estaba llena de planes: pareja, hijos, viajes..."

Ahora todo eso parece fuera de mi alcance. No puedo tener hijos, no puedo mantener relaciones sexuales, estoy cansada y sin ganas de hacer nada todo el tiempo.

Mi marido cada vez está más frustrado y estamos yendo a terapia de pareja en un intento de salvar mi relación."

Caso clínico 2

Mujer de 45 años con cáncer de ovario



"Siento que la vejez me ha dado de golpe y muy rápido, parece que cada día pierdo algo nuevo, la habilidad para hacer un deporte, la capacidad de hacer todo lo que hacía el día anterior. Solo sumo kilos y pasillas.

Me cuesta concentrarme en el trabajo, solo puedo pensar en el calor que tengo. Tengo miedo de que se esté notando en el trabajo"

Menopausia yatrógena

- Derivada del **tratamiento gonadotóxico** de una enfermedad benigna u oncológica
- Rápido avance de la oncología consigue tasas de supervivencia cada vez más positivas
- **Fallo ovárico precoz**
- Clínica de hipoestrogenismo más intensa y duradera
- Pérdida de la función reproductiva, angustia, tristeza y baja autoestima.
- Mayor riesgo de complicaciones a largo plazo sobre el sistema cardiovascular y óseo, sobre todo pacientes más jóvenes e instauración brusca.

¿Quién atiende a estas pacientes?



Consulta de menopausia oncológica

- Acuerdo entre ginecólogos y oncólogos
- Relación estrecha con atención física y emocional de la paciente.
- Contacto ágil y sencillo con la consulta de menopausia
- Tiempo de dedicación adecuado en cada visita.
- **Criterios de derivación a la consulta:**
 - Diagnóstico de fallo ovárico precoz a causa del tratamiento de una patología benigna u oncológica.
 - Menopausia establecida con sintomatología intensa vasomotora, atrofia genitourinaria, riesgo osteoporótico, síndrome de injerto contra huésped... que requiere evaluación y tratamiento.



Consulta de menopausia oncológica

1. Anamnesis detallada y evaluación de calidad de vida (**Escala Cervantes de Calidad de Vida**)
2. Explicación de su situación e información sobre el manejo de los síntomas
3. Exploración física con medición de IMC y TA
4. Exploración ginecológica (**Test de Salud Vaginal**) y ecografía ginecológica
5. Analítica general con determinación hormonal y de vitamina D
6. Estudio de la DMO mediante DEXA
7. Valoración de la situación reproductiva y sexual
8. Exploración de la esfera psicoafectiva
9. Información nutricional y sobre actividad física
10. Tratamiento o derivación a otro especialista

Consulta de menopausia oncológica

Pacientes vistas: 94 pacientes

Edad media de menopausia: 42,9 años
(12-55)

CAUSA	Pacientes
Ca Mama	65 (70%)
Ca Ovario	9 (9,5%)
Patología orgánica benigna	9 (9,5%)
FOP	4 (4,2%)
Cáncer hematológico	4 (4,2%)
Ca Cérvix	3 (3,1%)
Total	94

Motivos de consulta

Clínica	Frecuencia	
★ Dispareunia	45 (47%)	Test de Salud Vaginal
★ SGUM	61 (65%)	
Clínica vasomotora	40 (42,5%)	
Insomnio	15 (16%)	
Depresión	11 (11,7%)	
Artralgias	7 (7,4%)	
Fatiga	7 (7,4%)	
→ Imposibilidad RRSS	20 (21,22%)	Escala Cervantes de Calidad de vida
→ Calidad de vida mejorable	21 (22%)	
→ Alta afectación de la calidad de vida	11 (11,7%)	

Tratamiento del fallo ovárico

Alivio de los síntomas asociados al déficit hormonal y prevención de las consecuencias a largo plazo.

Terapias iniciales

- Dieta rica en Omega3, Proteínas (1-1,5g/kg/día), Ca y Vitamina D.
- Actividad física diaria
- Isoflavonas de soja
- Cimicífuga racemosa
- Melatonina
- Hidratantes VV y lubricantes
- Tratamiento AD

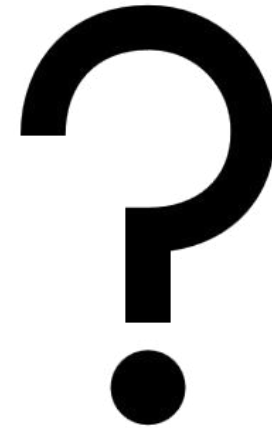
Terapia hormonal sustitutiva

- Necesaria
- Mínima dosis eficaz
- Al menos hasta los 50 años



Cáncer hormonodependiente

- Pacientes más jóvenes
- Terapia antiestrogénica



Tratamiento del fallo ovárico

Osteopenia y Osteoporosis

Alteración de la DMO en la consulta:

Todas las pacientes	
Normal	39 (50%)
Osteopenia	29 (37%)
Osteoporosis	9 (11%)
Total	77

Control con DEXA bianual.

Recomendaciones generales

- Dieta equilibrada: Proteínas (1-1,5g/kg), Calcio y Vitamina D
- Exposición solar adecuada
- Ejercicio de impacto
- Evitar tabaquismo y alcohol.

Guías de práctica clínica en la osteoporosis postmenopáusia, glucocorticoidea y del varón (actualización 2022)

Sociedad Española de Investigación Ósea y del Metabolismo Mineral (SEIOMM)

DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1889-836X202200100003>

Riancho JA¹, Peris P², González-Macías J³, Pérez-Castrillón JL⁴, en nombre de la Comisión de Redacción de las Guías de Osteoporosis de la SEIOMM (listado en Anexo)

- Riesgo moderado. No fracturas; DMO < -2,5 e columna, > -2 en CF; < 65 años.

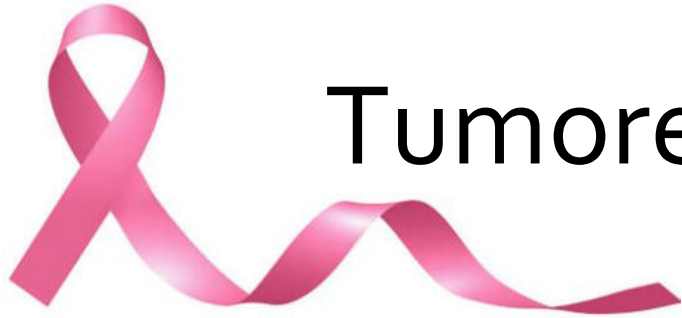
SERM o Bifosfonatos orales.

- Riesgo alto: Fractura por fragilidad; DMO < -2,5; factores de riesgo mayores.

Bifosfonatos orales, IV o Denosumab.

- Riesgo muy alto: > 2 fracturas vertebrales, 1 fractura de CF o V + DMO < -3; DMO < -3,5.

Derivar a Reumatología.



Tumores hormonodependientes

Ca Mama, Ca de ovario endometriode y de células de la granulosa, Leiomiosarcoma y Sarcoma uterino del estroma endometrial, Melanoma avanzado, Meningioma y Glioma, Ca Gástrico y Ca de Vejiga.



Clínica vasomotora

- Compuestos con Melatonina, Triptófano, GABA, Magnesio, B6.
- Cimicífuga racemosa
- Paroxetina y Fluoxetina
- Citalopram y Escitalopram
- **Venlafaxina y Desvenlafaxina**
- Clonidina, Gabapentina



Terapia hormonal sistémica
Isoflavonas de soja

Atrofia vulvovaginal

- Hidratantes vulvares y vaginales
- Ospemifeno
- Terapia estrogénica local
- Infiltración con ácido hialurónico y/o PRP en consulta
- Hidratación y Regeneración del tejido
- Láser vaginal

Seguridad del tratamiento estrogénico local

The Use of Vaginal Estrogen in Women With a History of Estrogen-Dependent Breast Cancer

American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice

Obstet Gynecol 127:e93-e96, 2016



Absorción sistémica muy baja, dependiente del grado de atrofia y de la formulación del preparado.

NO asociación con recurrencia.

Los preparados con mejor dosificación:

- Comprimidos de estradiol, 10 mcg
- Anillo con estradiol, 7,5 mcg



Submit a Manuscript: <https://www.ifspublishing.com>

World J Clin Oncol 2022 February 24; 13(2): 71-100

DOI: 10.5306/wjco.v13.i2.71

ISSN 2218-4333 (online)

REVIEW

Management of genitourinary syndrome of menopause in breast cancer survivors: An update

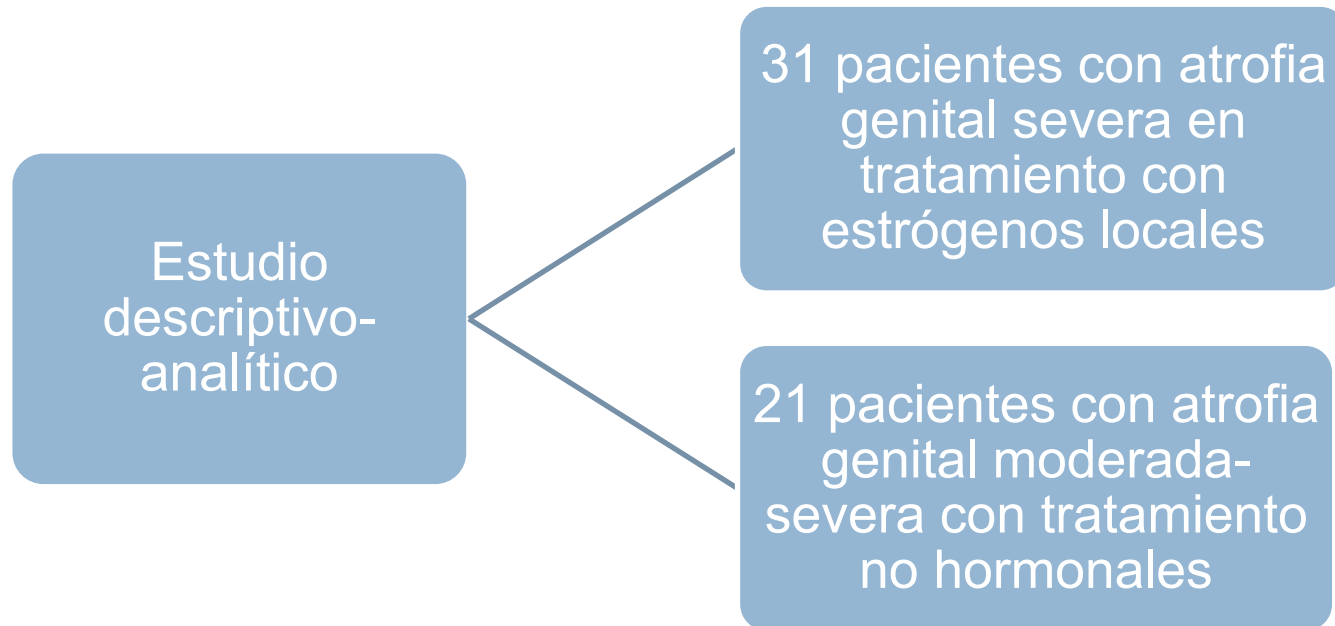
Daniel María Lubián López



Terapia estrogénica local

Estudio de eficacia y seguridad del tratamiento estrogénico local en pacientes con atrofia genital severa con antecedente de tumor hormonodependiente, resistente a otros tratamientos.

- 65 mujeres con tumor hormonodependiente en seguimiento por atrofia urogenital severa
- 52 mujeres revisadas con más de 5 meses de tratamiento estrogénico.



Variables estudiadas

- Eficacia clínica del tratamiento estrogénico local.
- Índice de satisfacción del tratamiento.
- Seguridad del tratamiento, a través de la medición de estrógenos sistémicos (20).

Terapia estrogénica local. Mejoría clínica.

		RESULTADO TRAS TTO VAGINAL		Total
		igual o peor	mejoria	
TTO HORMONAL VAGINAL	no	14	7	21
	si	4	27	31
Total		18	34	52

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,988 ^a	1	<,001		
Corrección de continuidad ^b	13,701	1	<,001		
Razón de verosimilitud	16,508	1	<,001		
Prueba exacta de Fisher				<,001	<,001
Asociación lineal por lineal	15,681	1	<,001		
N de casos válidos	52				

La terapia estrogénica local provoca mejoría de la atrofia genital con respecto al manejo conservador ($p < 0,001$).

80 % de las pacientes reportan satisfacción con el tratamiento.

Terapia estrogénica local. Seguridad.

1. ¿El tratamiento local afecta al nivel sistémico de estrógenos?

N	Estrógenos post		
	Válido	FSH post	LH Post
	20	21	16
	Perdidos	18	23
Media	16,25	57,076	25,2750
Mediana	13,50	50,700	31,1000
Desv. Desviación	6,398	39,4985	17,46060
Varianza	40,934	1560,132	304,873
Rango	26	122,7	51,20

Medición a los 5 meses.

Los niveles de estrógeno se encuentran por debajo del límite de frenación (25).

2. ¿Diferencias en los niveles hormonales antes y después del tratamiento?

Mediciones antes y a los 5 meses del tratamiento

		Media	N	Desviación estándar	Media de error estándar
Par 1	ESTRÓGENO	19,571	14	17,8572	4,7725
	Estrógenos post	16,14	14	6,689	1,788
Par 2	FSH	50,400	15	39,8306	10,2842
	FSH post	51,947	15	39,2759	10,1410
Par 3	LH	14,656	9	17,5916	5,8639
	LH Post	21,2556	9	18,69580	6,23193

Prueba d

Diferencias emparejadas

	Media	Desviación estándar	Media de error estándar	95% de intervalo de confianza de la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral)
				Inferior	Superior			
Par 1 ESTRÓGENO - Estrógenos post	3,4286	16,5004	4,4099	-6,0985	12,9556	,777	13	,451
Par 2 FSH - FSH post	-1,5467	31,6095	8,1615	-19,0514	15,9581	-,190	14	,952
Par 3 LH - LH Post	-6,60000	9,49803	3,16601	-13,90083	,70083	-2,085	8	,071

Conclusiones

- El fallo ovárico prematuro en pacientes oncológicas tiene consecuencias en la **calidad de vida** y en la salud, sobre todo en las más jóvenes.
- Necesidad de una atención profesional y **unificada** de estas pacientes (Ginecología, Oncología, Psicología, Nutrición, Reumatología).
- El tratamiento conservador es necesario pero **no siempre suficiente**.
- La **THS** es fundamental en pacientes con fallo ovárico precoz no producido por un tumor hormonodependiente.
- El tratamiento con **estrógenos locales** es efectivo y seguro en pacientes con atrofia genital severa supervivientes de un tumor hormonodependiente, resistente a otros tratamientos.
- Especial atención al **síndrome metabólico y salud ósea**.





Muchas gracias