

Trastornos urinarios y climaterio

Prof. A. Novo Domínguez

Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina. Santiago de Compostela

Los síntomas urinarios son muy frecuentes en la mujer postmenopáusica (tabla II), y si bien en la mayor parte de los casos no suelen ser graves, si son lo suficientemente importantes como para alterar su calidad de vida y exigir la atención del ginecólogo.

La menopausia provoca unos efectos específicos, derivados del descenso del nivel estrogénico, sobre el tracto urinario inferior y que se podrían resumir en los siguientes puntos:

1º.-mayor tendencia al prolapso de los órganos pélvicos, posiblemente debida a alteraciones en el tejido conectivo de los ligamentos de sostén del aparato genital por el déficit estrogénico, que se unen a las laceraciones y desgarros de los partos de la época anterior.

El cistocèle es más frecuente y provoca un aumento del volumen urinario residual, lo que favorece las infecciones vesicales.

El descenso de la unión uretrovesical es el mecanismo más importante de aparición de la incontinencia urinaria de esfuerzo.

La uretra se acorta y se infundibiliza, se dilata proximalmente, lo que por una parte facilita el ascenso de gérmenes desde el introito, y por otra disminuye la presión uretral máxima que es el mecanismo fisiológico de cierre que mantiene la continencia. Con la edad la presión uretral máxima va disminuyendo paulatinamente.

2º.-disminución de la vascularización con atrofia del epitelio y de la muscular de la uretra.

La uretra se dilata y pierde su tono muscular, lo que contribuye aún más al riesgo de infección ascendente y de incontinencia.

La uretritis atrófica que con frecuencia se establece es una espina irritativa que causa numerosos problemas de urgencia urinaria.

3º.-atrofia del epitelio vesical, especialmente en la región del trigono.

La vejiga se hace más susceptible a las infecciones. La trigonitis atrófica es otra fuente de estímulos irritativos de la urgencia urinaria. La vejiga probablemente disminuye su capacidad de distensión y almacenamiento de orina.

4º.-la atrofia vaginal y la vaginitis inespecífica asociada provoca un ambiente contaminado en el introito que es la fuente principal de la infección ascendente de la vía urinaria.

Numerosos argumentos demuestran la estrogenodependencia del tracto urinario inferior, en especial la uretra y la región del trigono:

-el origen embriológico común de estas áreas con la vagina a partir de la cloaca,

-la existencia de receptores estrogénicos en estas regiones de la vía urinaria,

-la presencia de glucógeno, ya demostrada por Cifuentes en 1947, en el epitelio del trigono, similar al de la vagina,

-la observación de los citopatólogos que encuentran en el urocitograma cambios hormonodependientes similares a los del colpocitograma,

-la aparición de uretritis y trigonitis atróficas después de la menopausia,

-y como veremos más adelante, la eficacia de la estrogenoterapia en el alivio de los síntomas urinarios de la menopáusica.

A estos efectos específicos, hormonodependientes, de la menopausia sobre el tracto urinario inferior, se añaden otros pro-

blemas inespecíficos que son el resultado del simple envejecimiento sobre la vía urinaria y su funcionalismo:

-con la edad avanzada aparecen limitaciones de la capacidad de movimientos y alteraciones del nivel de conciencia que pueden ser por si mismas causas de incontinencias urinarias,

-la impactación fecal por el estreñimiento, problema habitual de la gente de edad, puede causar retenciones urinarias,

-la tendencia a una menor ingesta líquida favorece las infecciones urinarias,

-las pacientes de edad toman numerosos fármacos que tienen repercusiones urinarias: hipnóticos y sedantes que disminuyen su nivel de conciencia, anticolinérgicos que son relajantes vesicales, diuréticos de acción rápida, antihipertensivos bloqueantes adrenérgicos que disminuyen la presión uretral de cierre, y muchos otros que sería muy largo enumerar,

-por último, con la edad aparecen problemas específicos urinarios con más frecuencia, como el cáncer vesical o la litiasis en la mujer.

Por todo ello no es de extrañar que sean numerosos los síndromes urinarios que se asocian con frecuencia a la menopausia (tabla II). Los prolapsos de órganos pélvicos, bien conocidos por los ginecólogos pero que no son el objeto de este capítulo; la incontinencia urinaria; la infección urinaria baja; un conjunto de síndromes mal definidos que abordaremos brevemente más tarde, como la cistitis intersticial, la cistalgia de orinas claras y el síndrome uretral; las carúnculas uretrales por prolapso de la mucosa

uretral, intrascendentes pero muchas veces suficientemente molestas como para requerir tratamiento; y los problemas específicos urinarios, como la litiasis y el cáncer que tampoco son el objeto de este tema.

Incontinencia urinaria en la menopausia

La Incontinencia urinaria(I.U.) se define como la pérdida involuntaria de orina que causa un problema social o higiénico y que es objetivamente demostrable.

Desde un punto de vista práctico es útil diferenciar la I.U. Aguda de la Crónica.

En la tabla III se señalan las principales causas de I.U. Aguda, de reciente instauración, en la mujer menopáusica y de edad avanzada.

Mayor transcendencia tiene la I.U. crónica, cuyos principales tipos figuran en la clasificación de la tabla IV, modificada de la Internacional Continence Society.

En la I.U. genuina de esfuerzo se produce la pérdida de orina al exceder la presión intravesical durante los esfuerzos a la presión uretral máxima, sin actividad del músculo detrusor vesical. Sus factores predisponentes más importantes en la menopausia son: la debilidad anatómica de los elementos de sostén de los órganos pélvicos, la atrofia uretral y el empleo de fármacos como los bloqueantes adrenérgicos.

En la I.U. de urgencia la pérdida de orina se asocia a un fuerte deseo de orinar. Muchas mujeres sin llegar a tener incontinencia experimentan una molesta urgencia urinaria que se traduce en un aumento de la frecuencia de las micciones y que requiere igualmente tratamiento.

La I.U. de urgencia puede obedecer a dos categorías: la vejiga inestable, en la que se producen contracciones no inhibidas del detrusor, y la vejiga irritable, en la que el deseo de orinar aparece con el mínimo llenado vesical por fuertes impulsos sensitivos procedentes de los receptores vesicales y uretrales.

La mayor parte de las vejigas inestables

son de origen idiopático, y el resto como consecuencia de una enfermedad de neurona motora superior(accidentes cerebro vasculares, hidrocefalia interna, esclerosis múltiple, Parkinson).

La causa más frecuente de la vejiga irritable es la uretritis y trigonitis atrófica. Otras posibles causas son la cistitis, la compresión por una masa extrínseca a la vía urinaria, la presión ejercida por un prolapso genital y patologías intrínsecas urinarias como los cálculos vesicales, los tumores vesicales o los divertículos uretrales.

En la menopausia es frecuente la I.U. mixta, en la que se combina una I.U. de esfuerzo con urgencia urinaria por las mismas causas antes expuestas.

En la I.U. por rebosamiento la pérdida de orina se produce al exceder la presión intravesical a la uretral máxima sin actividad del detrusor, pero debido a una elevación de la presión intravesical por distensión de la vejiga. Sus causas principales son las enfermedades de la neurona motora inferior(neuropatías diabéticas, Guillain-Barré, polineuritis, meningioma, tabes dorsal), la sobredistensión crónica de la vejiga por prolapso genitales y las secuelas por denervación vesical de la cirugía radical pélvica.

En la I.U. refleja la pérdida de orina se debe a una actividad anormal de la médula espinal faltando la sensación del deseo de orinar. Suele ser consecuencia de una enfermedad de neurona motora superior(enfermedad cerebrovascular lo más frecuente, metástasis de cánceres en el sistema nervioso central, lesiones modulares, esclerosis múltiple).

Por último en la gente de edad la simple incapacidad para la deambulación y las alteraciones mentales del nivel de conciencia pueden ser frecuentemente causas de incontinencias.

Como puede verse en la Tabla V, tomada de Sexton Jr.(1988), hay una relación entre la edad y la frecuencia relativa de los distintos tipos de incontinencia. En las mujeres menores de 65 años predomina la I.U. genuina de es-

fuerzo y son poco frecuentes los prob rebosamiento y refleja) de origen neurológico. A partir de los 65 años predomina la I.U. de urgencia y aumentan sensiblemente las I.U. mixtas y las de origen neurológico.

El diagnóstico diferencial de la I.U. se fundamenta en los siguientes aspectos:

1º.-Historia clínica cuidadosa, con tiempo suficiente, de los síntomas urinarios.

2º.-Exploración física general, pero destacada la exploración ginecológica con urgencia urinaria. En esta última son importantes la exploración de la movilidad y grado de distensión del cuello vesical(unión uretrovesical), el "hisopo test" o "prueba del hisopo"(un hisopo introducido en la uretra permite valorar la reacción y medir sus ángulos en forma mucho más sencilla que la cistometría), y la prueba de Bonney que sirve para comprobar la desaparición de una I.U. de esfuerzo al elevar la unión uretrovesical. La prueba puede inducir a errores ya que cuando la incontinencia se anula si se eleva excesivamente dicha unión).

3º.-Exploración neurológica sencilla. La neurona motora inferior se explora valorando la sensibilidad perianal, y perineal, el tono del esfínter anal y la capacidad de la paciente de retener cuando se le ordena.

La neurona motora superior se explora valorando la marcha, la sensibilidad de los miembros inferiores y los reflejos de la médula sacral y tendinosos profundos.

4º.-Medición del volumen vesical. Se mide después de la micción. En ocasiones puede ser difícil medirlo correctamente en gente de edad avanzada, lo que por razones psicológicas le puede resultar problemático el vaciar adecuadamente la vejiga en la consulta, y requiere paciencia y ambiente apropiado.

Un volumen aumentado sugiere una incapacidad de evacuación, por rebosamiento o por sobre todo si tiene signos neurológicos de neurona motora inferior o superior. Por el contrario, si no hay residuo y el sistema urinario está intacto se trata probablemente de

de almacenamiento, de esfuerzo o de urgencia.

Un prolapso voluminoso puede provocar un diagnóstico erróneo por obstrucción, y es conveniente repetir la prueba después de colocar un pesario que la alivie.

5º.-Laboratorio. Son aconsejables: sedimento y cultivo de orina, cultivo de uretra, y, en gente de edad, bioquímica sanguínea (glucosa, urea, creatinina). Un cultivo de uretra puede confirmar una uretritis aún en ausencia de infección de orina (se puede sospechar por dolor a la palpación de la uretra).

Con los datos anteriores la mayoría de las I.U. se pueden clasificar como de almacenamiento o de evacuación. Las primeras se pueden tratar ya medicamente sin más investigación, reservando las pruebas siguientes a las I.U. de evacuación o las I.U. de almacenamiento que no responden bien al tratamiento.

6º.-Cistometría. La mujer normal tiene una capacidad de llenado vesical de 300-500 ml y durante el llenado lento de la vejiga la presión vesical no rebasa los 10 cm H₂O. El deseo de orinar aparece a medio llenado y se hace urgente al alcanzar las tres cuartas partes de su capacidad.

En la vejiga inestable la primera sensación y la urgencia son mucho más precoces y aparecen contracciones involuntarias del detrusor que aumentan como pujos la presión vesical y no pueden ser inhibidas. En ancianas requiere más evaluación neurológica, sobre todo si tienen sensación de llenado normal.

En las personas mayores la ansiedad y las molestias que provocan esta prueba pueden simular la urgencia urinaria.

7º.-Uroflujometría. Valora el volumen de orina vaciado con la micción, en relación con el tiempo que dure la misma. Es normal un tiempo de micción inferior a 120 segundos y una tasa media de flujo de micción de más de 20 ml/segundo.

La vejiga neurológica tiene muy disminuido o ausente el flujo de micción, y se le nota que

tiene que hacer maniobras de Valsalva o de Credé para poder vaciarla.

En ancianas puede haber errores al inhibirse la micción por las molestias de la prueba.

8º.-Cistouretroscopia, de gran importancia ya que permite detectar patología urinaria insospechada. Su utilidad es máxima cuando se efectúa en forma dinámica, llenando con CO₂ la vejiga y viendo la respuesta del cuello vesical, la capacidad de inhibir las contracciones del detrusor al llenar, y la respuesta a las maniobras de aguantar y vaciar orina para provocar las contracciones.

El tratamiento de la I.U. de esfuerzo en la mujer premenopáusica es quirúrgico. En la postmenopausia por el contrario compensa intentar primero un tratamiento médico, reservando la cirugía para los casos que no mejoren suficientemente.

La terapia educacional o reeducación vesical es siempre importante, en este caso aconsejándole orinar en horas fijas, con intervalos cortos de 1-2 horas, tenga o no deseos de hacerlo. A ella se le puede añadir un tratamiento estrogénico del tipo que veremos más tarde, y un agonista alfa-adrenérgico que aumente la presión uretral máxima (ver tabla VI), aunque este último puede tener contraindicaciones cardiovasculares.

De precisar cirugía preferimos el abordaje abdominal para realizar una cistouretropexia retropúbica, del tipo de la colposcispensión modificada de Burch mejor que el clásico Marchall-Marchetti, utilizando suturas absorbibles de lenta reabsorción y solo no reabsorbibles monofilamento cuando la elevación de la fascia vaginal no permite adosarla sin tensión al ligamento retropúbico o de Cooper, o a la fascia formada por condensación de las aponeurosis del oblicuo menor y transversal del abdomen. El drenaje vesical suprapúbico facilita el manejo y acorta las estancias postoperatorias.

La vía vaginal la reservamos para los casos de prolapso con cistocele importante, aplicando

suturas de absorción lenta también para los puntos de Kelly. Con la vía vaginal hay más recidivas de la incontinencia y éstas aparecen antes.

Las operaciones de asa las solemos reservar para las recidivas después de un tratamiento quirúrgico abdominal que fue técnicamente correcto.

En la I.U. de urgencia el tratamiento es casi constantemente médico. Aquí también es importante la terapia educacional. A la paciente se le instruye para intentar resistir todo lo que pueda a los deseos imperiosos de orinar y a alargar paulatinamente los intervalos entre las micciones sin importar que inicialmente esto suponga pérdidas de orina.

La estrogénoterapia es básica en este caso, sobre todo en la vejiga irritable por uretritis y trigonitis atrofica.

A lo anterior se le puede añadir un relajante vesical (Tabla VII), aunque este tratamiento requiere un cierto control, importante en ancianas porque aparte de los efectos secundarios habituales de los anticolinérgicos, se puede provocar una retención urinaria y tras ella una incontinencia por rebosamiento. Si la sequedad bucal es el problema principal del anticolinérgico un preparado oral que lleve guaifenesina puede ayudar a aumentar la salivación.

El efecto beneficioso de los anticolinérgicos es difícil de prever por el fenómeno de la resistencia atropínica. La atropina no elimina todas las contracciones vesicales lo que demuestra la existencia de otros neurotransmisores distintos de la acetilcolina.

Si el problema principal es la urgencia nocturna, la oxibutinina que es de acción rápida puede ser útil.

En gente de edad posiblemente el mejor es la imipramina pues al reunir un doble mecanismo de acción, anticolinérgico y alfa-adrenérgico, permite utilizar dosis bajas, dosis que deben tantearse en cada caso ya que su metabolización hepática es variable. También es muy eficaz el combinar dos pre-

parados, como la oxibutina y la imipramina, con lo que las dosis eficaces de cada uno de ellos son todavía menores y los efectos secundarios más tolerables.

Por último, algunas formas de I.U. de urgencia requieren un tratamiento muy específico: tratamiento quirúrgico de un prolapso que la esté provocando, o de una enfermedad específica intrínseca o extrínseca de la vía urinaria, tratamiento quimioterápico de una cistitis, etc.

En la I.U. por rebosamiento es importante la terapia educacional, con micciones a horas fijas a intervalos de tiempo cortos, seguidas en varias ocasiones al día de cateterismo vesical para eliminar la orina residual. En las atonías vesicales postcirugía oncológica el empleo de catéteres suprapúbicos permite acortar las estancias postoperatorias con mejor aceptación y menos riesgo de infección urinaria que el autocateterismo. La adición de un colinérgico del tipo de la piridostigmina, inhibidor de la colinesterasa, administrado algo antes de la evacuación vesical también colabora en la recuperación del tono vesical. Cuando la sobredistensión vesical fué debida a un prolapso voluminoso esta indicada la cirugía o un pesario corrector.

La I.U. refleja exige el tratamiento del problema neurológico causal. Los relajantes vesicales y los cateterismos intermitentes pueden colaborar algo.

Los resultados del tratamiento de la I.U. en la mujer menopaúsica (Tabla VIII) son buenos en general en las I.U. de esfuerzo y en las de urgencia por vejiga irritable. En cambio tienden a ser malos en las vejigas inestables y en las I.U. de origen neurológico.

Infección urinaria recidivante

Ya hemos analizado anteriormente los factores que determinan la mayor frecuencia de infecciones urinarias después de la menopausia, cuya etiología, diagnóstico y tratamiento son sobradamente conocidos.

Sin embargo un problema relativamente frecuente y mortificante para la paciente es el de la infección urinaria recidivante, que repite una y otra vez a pesar de tratamientos correctos dirigidos por antibiograma.

Ante esta situación es obligado descartar ante todo una patología urinaria o un problema anatómico que la cause y cuya corrección es prioritaria. La endoscopia puede ser decisiva.

Ante el hallazgo de un cistocelo la recomendación de una ingesta abundante de agua y maniobras encaminadas a disminuir el volumen de orina residual después de la micción puede ayudar, aunque si fracasan la corrección quirúrgica es imprescindible. A nuestras pacientes les aconsejamos que al terminar la micción intenten orinar algo más inclinándose hacia delante y levantándose parcialmente al tiempo que con ayuda digital empujan el cistocelo desde la vagina.

Descartadas causas orgánicas de la infección recidivante proponemos como tratamiento farmacológico el empleo de estrógenos vaginales junto con una quimioterapia diaria en dosis baja y única nocturna: sulfametoxazole-trimetropim (un comprimido) o nitrofuranteína (50mg)

Cistitis intersticial.

La cistitis intersticial es una de esas entidades mal definidas que junto con la cistalgia de orinas claras y el síndrome uretral se asocian con cierta frecuencia y causan problemas urinarios en la menopausia.

La cistitis intersticial produce síntomas similares a los de la infección urinaria, a los que se suma una reducción progresiva de la capacidad vesical. El sedimento de orina es anormal, como el de la infección, pero el cultivo es negativo.

La cistoscopia es característica: la vejiga tiene poca capacidad y al intentar distenderla aparece una hemorragia petequeal difusa de su pared. Las úlceras de Hunner son típicas.

Su etiología es oscura y se han men-

cionado hipótesis como: autoinmune local, alergia, psicósomática y atrofia y pérdida de elasticidad vesical. Por lo mismo en el tratamiento se han propuesto soluciones como las irrigaciones vesicales con DMSO, la distensión progresiva de la vejiga o la terapia con estrógenos. La estrógenoterapia puede ser de utilidad en la menopausia y debe ensayarse antes de recurrir a terapias agresivas.

Cistalgia de orinas claras

También produce síntomas como los de la infección, predominando la polaquiuria, pero con capacidad vesical normal.

El sedimento de orina, el cultivo de orina, la endoscopia y la citología urinaria son normales, por lo que el diagnóstico es de exclusión.

En su etiología se han barajado teorías diversas: tringonitis atrofica, hipoparatiroidismo, poebronismo, alergia, psicósomática, atrofia de la submucosa difusa.

Como tratamientos se han propuesto: relajantes vesicales, ansiolíticos, antihistamínicos, ADH nocturna, reeducación vesical, fisioterapia, acupuntura, cirugía. Nueva estrógenoterapia puede beneficiar a algunas mujeres menopaúsicas con este síndrome.

Síndrome uretral.

Es otra entidad mal definida que produce síntomas de infección urinaria con sedimentos de orina normales. Aquí lo característico es la uretra sensible, dolorosa a la palpación, lo que causa dificultad para orinar.

En todos estos cuadros mal delimitados se debe descartar infecciones por organismos no habituales como clamidias o micoplasmas.

En el síndrome uretral también se han propuesto etiologías variopintas: alérgica, psicósomática, disfunción del esfínter, prostatitis, uretritis atrofica hipoestrogénica; y trat-

TABLA I: FRECUENCIA DE SINTOMAS URINARIOS EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS (%)

	Lauritzen 1982	Hilton 1983	Rekers 1987	Botella 1989
Incontinencia	7,5	9,5	26,3	6,2
Urgencia	3,0	8,1	14,9	5,6
Disuria	4,2	6,0	10,5	2,2
Polaquiuria	2,2	3,1	19,6	1,5
Nicturia	1,5	2,0	17,6	0,6

TABLA II: PRINCIPALES SINDROMES URINARIOS ASOCIADOS A LA MENOPAUSIA

Prolapso de órganos pélvicos
Incontinencia urinaria
Infección urinaria baja
Cistitis intersticial
Cistalgia de orinas claras
Síndrome uretral
Carunculas uretrales
Litiasis
Cáncer

TABLA III: CAUSAS MAS FRECUENTES DE INCONTINENCIA URINARIA AGUDA EN POSTMENOPAUSICAS

Cistitis aguda
Limitación de movimientos postcirugía ortopédica
Medicamentos
 Diuréticos de acción rápida
 Anticolinérgicos
 Narcóticos / sedantes / antipsicóticos.

TABLA IV: TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA CRONICA

1. Genuina de esfuerzo
2. De urgencia
 - a. Vejiga inestable
 - b. Vejiga irritable
3. Mixta
4. Por rebosamiento
5. Refleja
6. Limitación de movimientos
7. Afectación cognoscitiva grave

TABLA V: TIPOS DE INCONTINENCIA URINARIA EN RELACION CON LA EDAD; G.L. SEXTON Jr. 1988.

Tipo I.U.	Mayores 65	menores 65
Esfuerzo	38	61
Urgencia		
Vejiga inestable	25	12
Vejiga irritable	47	33
Mixta	16	8
Rebosamiento	12	4
Refleja	13	2
Total pacientes	151	150

TABLA VI: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Alfa-adrenérgicos		
Pseudoefedrina	15-30 mg tid	cefalea
Fenilpropanolamina	75 mg bid	taquicardia hipertensión
Alfa-adrenérgicos / anticolinérgicos		
Imipramina	1-2 mg/kg/d fracc	anticolinérgicos cardiovasculares

TABLA VII: TRATAMIENTO FARMACOLOGICO DE LA INCONTINENCIA DE URGENCIA Y REFLEJA

Fármaco	Dosis	Efectos secundarios
Anticolinérgicos / Antiespasmódicos		
Diciclomina	10-20 mg tid	sequedad mucosa
Oxifenizina	10 mg tid	estreñimiento
Flavoxate	300-800 mg/d fracc.	visión borrosa
Oxibutinina	2,5-5 mg tid	tensión ocular
Propanterina	15-30 mg tid	hipotensión postural
Anticolinérgicos / alfa-adrenérgicos		
Imipramina	1-2 mg/kg/d fracc.	toxicidad cardíaca los anteriores

TABLA VIII: RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN POSTMENOPAUSICAS. SEXTON Jr, 1988

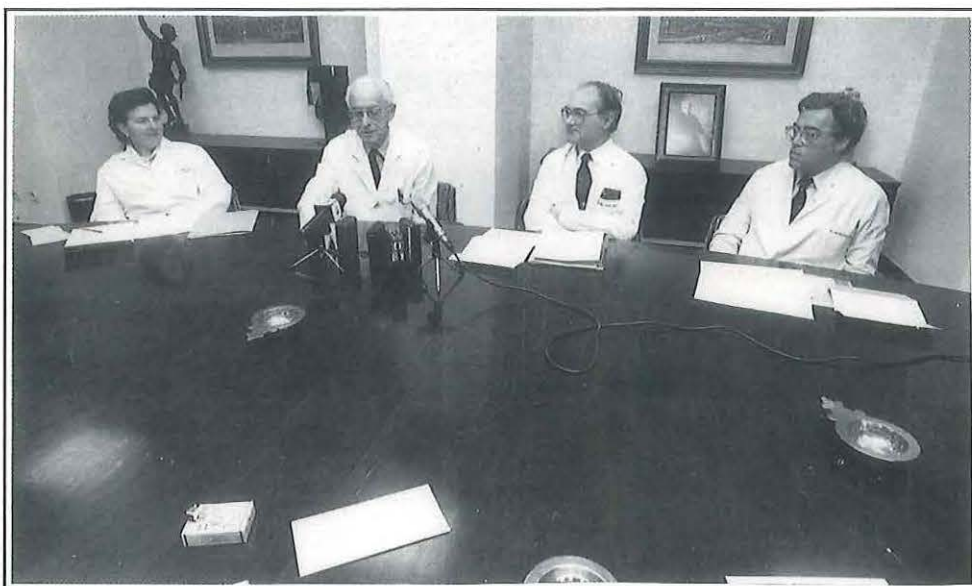
Tipo de I.U.	Bueno	Mediano	Malo
Esfuerzo (38)	27	3	8
Urgencia (72)			
V. Inestable (25)	13	2	10
V. Irritable (47)	41	2	4
Mixta (16)	5	6	5
Rebosamiento (12)	2	3	7
Refleja (13)	0	4	9
Total (151)	88	20	43

TABLA IX: PAUTAS DE ESTROGENOTERAPIA DE LOS SINTOMAS URINARIOS DE LA MENOPAUSIA

Vaginal	
Crema estradiol	0,5 mg/día 4 semanas
	0,5 mg 2 veces/semana
Crema estrógenos C.	0,6 mg/día 2-3 veces
Crema Dienestrol	0,3 mg/día 2-3 veces
Ovulos estriol	0,5 mg/día 2-3 semanas
	0,5 mg 2-3 veces/semana
Oral	
Comprimidos estriol	3 mg/día 2-3 semanas
	1-2 mg/día 5 meses

TABLA X: EFECTOS DE LA ESTROGENOTERAPIA VAGINAL SOBRE LOS SINTOMAS URINARIOS DE LAS MENOPAUSICAS. GENAZZANI 1987

Total Pac.	Curación	Mejoría	No cambio	
Incontinencia Esf.	19	10	5	4
Atrofia	9	4	5	-
Urgencia	8	3	3	2
Nicturia	6	2	3	1
Frecuencia	6	5	1	-



I Congreso Sección Española para el estudio de la menopausia. De izquierda a derecha: Dña. Ana C. Marcuello, D. Fernando de la Fuente, D. Guillermo López y D. Jesús Honorato.

múltiples: relajantes vesicales, ansiolíticos, psicoterapia, dilatación uretral y como en los anteriores, la estrogenoterapia en casos de menopausia.

Estrogenoterapia en patología urinaria postmenopáusica

A lo largo de este capítulo hemos visto como diferentes síndromes clínicos urinarios de la mujer menopáusica se pueden beneficiar de la estrogenoterapia.

La estrogenoterapia sistémica con las pautas habituales al uso, con progestágenos de oposición, son eficaces pero para el tratamiento de los problemas urinarios son innecesarias, por lo que de emplearlas será por la existencia de otra indicación (tratamiento del síndrome climatérico, profilaxis de osteoporosis, etc.).

Para el tratamiento exclusivo de problemas urológicos es suficiente el empleo de estrógenos vaginales, o de estrógenos sistémicos débiles, a dosis bajas que no produzcan estimulación endometrial, máxime teniendo en cuenta que mu-

chas de estas mujeres son de avanzada edad y en ellas preocupa la reaparición de sangrado menstrual. En la Tabla IX figuran los preparados y dosis más utilizados.

Los efectos de la estrogenoterapia sobre los síntomas urinarios de la menopausia se pueden valorar en la Tabla X tomada de Genazzani (1987). El número de mujeres climatéricas que se curan o al menos mejoran de sus síntomas urinarios compensa sobradamente el empleo de esta forma de estrogenoterapia de bajo riesgo.

BIBLIOGRAFÍA

- Rud T.: "Urogenital problems". En "The climacteria and beyond". Editado por L. Zichella, M. Whitehead y P.A. van keep. Capítulo 13, págs.: 145-153. The Parthenon Publishing Group Ltd, Casterton Hall, Carnforth, Lancs. 1987.
- Stulberger E.A. y Bloom S.: "Urology for the elderly female". En "The gynecologist and the older patient". Editado por J.L. Breen capítulo 12, págs: 247-282. Aspen Publisher Inc, Rockville Maryland USA, 1988.
- Sexton Jr. G.L.: "Urinary incontinence in the elderly: a clinician's view point". En "The gynecologist and the older patient". Editado por J.L. Breen capítulo 11, págs.: 221-245, Aspen Publishers Inc Rockville Maryland USA, 1988.
- Cifuentes Delatte L.: "Cistalgia con orina clara o vejiga irritable". En "Cistitis y Cistopatías". 2ª edición. Editado por L. Cifuentes.
- Botella Llusia J.: "Síndrome urinario de la mujer posmenopáusica". En: "La edad crítica climeterio y menopausia". Editado por J. Botella Llusia. capítulo 18, págs.: 253-261. Salvat, Barcelona 1990.