

CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA MENOPAUSIA, CLIMATERIO Y PATOLOGIA GINECOLOGICA EN LA MUJER PERUANA

JOSE PACHECO ROMERO *

RESUMEN

SE revisó las historias de 667 mujeres de 40 años o más vistas en la práctica privada por el autor. Doscientos noventa y ocho (44.7 o/o) habían tenido una menopausia espontánea a la edad mediana de 47.7 años. La sintomatología más frecuente consistió en bochornos, trastornos del carácter y vaginitis atrófica. La hipertención arterial y la cistitis fueron entidades prevalentes. La osteoporosis sintomática ocurrió en sólo un 4.5 o/o.

El sangrado postmenopáusico se presentó en 44 pacientes; ocho de ellas tomaban estrógenos. La dilatación y curetaje demostró endometrio atrófico, hiperplasia endometrial y pólipos endometriales en la mayoría de los casos. La patología ginecológica encontrada en las 667 pacientes fue amplia y variada. Hubo 26 casos de cáncer ginecológico, incluyendo 14 casos de cáncer de cervix y 7 de cáncer de mama.

Los estrógenos conjugados equinos fueron utilizados en el 12.9 o/o (86 casos) con el objeto de corregir trastornos vasomotores y/o mejorar una osteoporosis sintomática. Asimismo fueron utilizados en los casos de menopausia precoz. En varias pacientes se discontinuó su uso por efectos secundarios. La vaginitis atrófica y ciertos casos de cistitis mejoraron con cremas estrogénicas. La discusión amplia sobre los fenómenos biológicos y psíquicos del climaterio y el uso ocasional de tranquilizantes fueron suficientes para aliviar la ansiedad en el resto de las pacientes.

SUMMARY

The clinical histories of 667 women 40 years or older seen in the author's private practice were

reviewed. Two hundred and ninetyeight (44.7 o/o) had spontaneous menopause at the median age of

* Profesor Principal de Obstetricia y Ginecología, UNMSM.

47.7 years. Most frequent symptoms were hot flushes, changes in character and atrophic vaginitis. Arterial hypertension and cystitis were prevalent. Symptomatic osteoporosis was present in only 4.5 o/o.

Postmenopausal bleeding occurred in 44 patients; eight were taking estrogens. Dilatation and curettage usually revealed atrophic endometrium, endometrial hyperplasia or endometrial polyps. Gynecological pathology was varied. Twenty-six cases of gynecological cancer included 14 of cervical cancer and 7 of breast cancer.

Conjugated estrogens were used in 12.9 o/o of the cases (86 patients) to correct vasomotor disturbances and/or improve symptomatic osteoporosis. They were also used in early menopause. Several patients had to stop estrogen therapy because of secondary effects. Atrophic vaginitis and selected cases of cystitis improved with estrogenic creams. Detailed discussion on the biological and psychological phenomena of the climacteric and the occasional use of tranquilizers were sufficient to improve the anxiety of the remaining patients.

INTRODUCCION

El climaterio es la fase transicional de la mujer entre la madurez reproductiva y la pérdida de la función ovárica. La menopausia consiste en el cese de las menstruaciones. Ambos aspectos tienen su origen en el envejecimiento de los ovarios. La deficiencia estrogénica resultante se hace evidente en los tejidos influenciados, ocasionando signos y síntomas inmediatos y tardíos que pueden ser motivo de preocupación para la paciente que los sufre y de decisión de tratamiento para el médico con quien consulta.

La sintomatología característica del climaterio está representada por los bochornos, las sudoraciones y la vaginitis atrófica. Sin embargo, estos síntomas no aparecen universalmente y, en la mayoría de pacientes, sólo ocasionan inconvenientes menores o pasan desapercibidos. Otros síntomas más mortificantes, como los trastornos del carácter y las alteraciones metabólicas tardías tipo osteoporosis, pueden obligar a la mujer a buscar al especialista.

Conocemos que la pérdida de la actividad ovárica acarrea trastornos neurovegetativos, así como alteraciones metabólicas. La controversia aparece cuando se trata de establecer el manejo terapéutico, especialmente con respecto al uso de los estrógenos exógenos. Ha quedado establecido que, por un lado, los estrógenos eliminan los fenómenos vasomotores, corrigen la vulvovaginitis atrófica y detienen la osteoporosis. Por otro lado, los estrógenos pueden provocar signos de hiperestrogenismo, alteraciones menstruales, sangrado postmenopáusico y han sido correlacionados con la presencia de cáncer ginecológico estrógeno-dependiente.

Interesados en conocer cuál ha sido el comportamiento de la mujer climaterica y el modo de manejo en nuestras manos y con el objeto de hacer un pequeño aporte al conocimiento de la mujer peruana es que hemos efectuado una revisión de pacientes que cursaban dicha etapa de la vida.

MATERIAL Y METODOS

Se ha revisado las historias clínicas de 667 pacientes de la práctica privada que al momento de su primera consulta con el autor cursaban 40 años de edad o más. Se estudió la ocurrencia de la menopausia, paridad, síntomas neurovegetativos, alteraciones del carácter, trastornos menstruales, sangrado postmenopáusico, vaginitis atrófica, osteoporosis, prolapso uterino, incontinencia urinaria, patología de las mamas y de los órganos genitales, alteraciones cardiovasculares, cistitis, entre otros datos, y el modo de tratamiento.

Las pacientes fueron agrupadas en grupos etáreos de 5 años a partir de los 40 años.

RESULTADOS

Trescientos noventa y dos de las 667 pacientes eran menopáusicas. En la Tabla I se observa la edad en que ocurrió la menopausia espontánea de 298 de las 667 mujeres, notándose que más del 40 o/o tuvieron su menopausia espontánea entre los 45 y 49 años. Aunque la incidencia fue mayor a la edad de 45 años, la media fue de 47.76 años y el promedio de 47 años de edad. Es de destacar que 19 pacientes (6.2 o/o) presentaron la menopausia antes de los 40 años, una de ellas a los 26 años de edad. Por otro lado, hubo dos pacientes que refirieron su menopausia a los 60 años. Los 26 y los 60 años representaron las edades extremas del grupo estudiado. En la misma Tabla se encuentra que las nuligrávidas repartieron la edad de ocurrencia del cese espontáneo de las menstruaciones en forma similar a la del grupo total de las mujeres estudiadas. Asimismo, la historia de bloqueo tubario no pareció incidir en la ocurrencia más temprana de la menopausia.

TABLA I
MENOPAUSIA ESPONTANEA: EDAD DE OCURRENCIA
(298 PACIENTES)

Años	No. Pacientes	Porcentaje	Nuligrávidas	Historia Bloqueo Tubario
26	1	0.3	—	—
31-34	5	1.6	—	—
35-39	13	4.3	1	1
40-44	48	16.1	3	3
45-49	123	41.2	6	1
50-54	88	29.5	5	2
55-59	18	6.0	1	1
60	2	0.7	—	—

Otras 95 mujeres tuvieron menopausia quirúrgica y 4 por radiación. Doscientas sesentiuna mujeres eran premenopáusicas y en 9 los datos de menopausia no estaban consignados.

La sintomatología que presentaba la mujer en su primera consulta de acuerdo a su edad es mostrada en la Tabla II. Los bochornos y la sudoración ocurrieron con más frecuencia en el grupo de 50 a 54 años, mientras que los trastornos del carácter fueron mayores en el grupo de 45 a 49 años, volviendo a ocurrir en menor cuantía entre los 60 y 64 años. Del total, sólo un 11 o/o (74 pacientes) de las mujeres sufría de bochornos, mientras un número similar presentaba trastornos del carácter, tales como nerviosismo, excitabilidad, trastornos del sueño, etc. En líneas generales, la mujer presentó más síntomas entre los 45 y 54 años y, en menor proporción, entre los 60 y 64 años.

que necesitó evaluación y tratamiento (30 pacientes, 4.5 o/o). Se indicó estrógenos conjugados por osteoporosis a 15 pacientes. Ocho de ellas, además, recibieron carbonato de calcio, vitamina D en dosis masivas y fluoruro de sodio.

Las menstruaciones normales se presentaron hasta los 49 años en un 23.5 o/o de pacientes (157 casos). Hubo trastornos menstruales, es decir menorragia, metrorragia o ambos, en sentido decreciente hasta los 54 años, en un 15,6 o/o (104 pacientes). El sangrado postmenopáusico fue un problema diagnóstico a toda edad, ocurriendo en 44 pacientes (6.6 o/o). Veinticuatro pacientes tuvieron dilatación y curetaje y operaciones complementarias, según el caso, con los siguientes hallazgos: endometrio atrófico en 6 casos, hiperplasia endometrial en 4 casos, pólipos endometriales en 3, endometrio secretor en 2, y leiomioma submu-

TABLA II
CLIMATERIO: SINTOMATOLOGIA POR EDADES

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65 o más
Número de pacientes	210	148	104	68	56	81
Bochornos	23 (10.9)*	20 (13.5)	24 (23.1)	4 (5.9)	3 (5.3)	---
Sudoración	4 (1.9)	5 (3.4)	7 (6.7)	3 (4.4)	2 (3.6)	---
Trastornos del carácter	23 (10.9)	27 (18.2)	12 (11.5)	4 (5.9)	5 (9.0)	2 (2.5)
Depresión	15 (7.1)	10 (6.8)	6 (5.8)	4 (5.9)	5 (9.0)	7 (8.6)
Vértigos	3 (1.4)	5 (3.4)	1 (0.9)	2 (2.9)	3 (5.3)	1 (1.2)
Parestesias	2 (0.9)	1 (0.7)	1 (0.9)	---	2 (3.6)	---

* Entre paréntesis: Porcentajes.

La vaginitis atrófica fue un síntoma mayor entre los 55 y 59 años, manteniéndose después de manera más o menos prevalente (Tabla III). En general, el 12 o/o de pacientes sufría de este problema y necesitó tratamiento local con cremas estrogénicas. La hipertensión arterial, la cistitis, la osteoporosis y los trastornos cardiovasculares estuvieron presentes en mayor o menor grado en todas las edades estudiadas. Es de mencionar el poco número de pacientes que presentó osteoporosis sintomá-

coso, adenomiosis, cáncer de cervix, cistoadenoma seroso del ovario y cáncer de ovario en un caso cada uno; en 4 casos, la muestra fue insuficiente. Cinco de las pacientes recibían estrógenos, encontrándose hiperplasia endometrial en dos casos, endometrio secretor en un caso, cáncer in-situ de endocervix en un caso y una muestra insuficiente. Veinte pacientes no tuvieron dilatación y curetaje, a pesar de que se les indicó tal intervención. Tres de ellas recibían estrógenos conjugados.

TABLA III
CLIMATERIO: HALLAZGOS TARDIOS POR EDADES

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 o más
Número de pacientes	210	148	104	68	56	46	21	14
Vaginitis atrófica	6 (2.9)*	9 (6.1)	20 (19.2)	22 (32.3)	10 (17.9)	6 (13.0)	5 (23.8)	2 (14.3)
Osteoporosis	6 (2.9)	6 (4.1)	5 (4.8)	4 (5.9)	3 (5.3)	3 (6.5)	---	3 (21.5)
Hipertensión arterial	24 (11.4)	33 (22.3)	25 (24.0)	17 (25.0)	26 (46.4)	13 (28.3)	8 (38.1)	1 (7.1)
Trastornos cardiovascular- vasculares	8 (3.8)	7 (4.7)	1 (0.9)	2 (2.9)	4 (7.1)	2 (4.3)	2 (9.5)	1 (7.1)
Cistitis	32 (15.2)	22 (14.9)	18 (17.3)	15 (22.0)	11 (19.6)	10 (21.7)	4 (19.0)	1 (7.1)

* Entre paréntesis: Porcentajes.

TABLE IV
CLIMATERIO: PATOLOGIA GINECOLOGICA

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 o más
No. de Pacientes	210	148	104	68	56	46	21	14
Prolapso uterino	43	40	23	17	12	7	1	4
Incontinencia urinaria	42	38	14	11	8	8	3	—
Leiomiomatosis uterina	51	57	27	4	6	3	—	—
Adenomiosis uterina	11	10	3	3	—	—	1	—
Endometriosis ovárica	—	1	—	1	—	1	—	—

Las Tablas IV y V nos muestran la patología ginecológica encontrada, la cual fue menos frecuente conforme avanzaba la edad, posiblemente debido a la atrofia de los órganos de reproducción.

Hubo 7 casos de cáncer de mama, 14 de cáncer de cervix, 3 de cáncer de endometrio y 2 de cáncer de ovario (Tabla VI). Los 26 casos de cáncer genital hacen una incidencia de 3.9 o/o.

En la Tabla VII podemos encontrar el tratamiento establecido. Ochentiseis pacientes (12.9 por ciento) necesitaron estrógenos exógenos por trastornos neurovegetativos u osteoporosis. Se les administró generalmente estrógenos conjugados 1.25 mg diarios por 20 días con 8 días de descanso. De acuerdo al caso, se prefirió disminuir luego la dosis a una tableta interdiaria por 21 días con 7 de des-

TABLE V
CLIMATERIO: PATOLOGIA GINECOLOGICA

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70 o más
No. de Pacientes	210	148	104	68	56	46	35
Cervicitis	32	17	4	3	3	—	—
Displasia cervical	3	—	2	2	—	—	—
Pólipo endocervical	4	11	2	5	4	3	1
Pólipo endometrial	—	—	3	1	2	—	—
Hiperplasia endometrial	12	3	5	1	—	—	1
Quistes ováricos	7	6	4	—	2	—	2
Mastopatías	18	14	8	—	2	—	1

TABLE VI
CLIMATERIO: CANCER

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 o más	TOTAL
No. de Pacientes	210	148	104	68	56	46	21	14	667
Cáncer de mama	1 (0.5)*	2 (1.4)	2 (1.9)	1 (1.4)	—	—	1 (4.8)	—	7 (1.1)
Cáncer de Cervix	2 (0.9)	2 (1.4)	3 (2.9)	1 (1.4)	1 (1.8)	5 (10.9)	—	—	14 (2.1)
Cáncer de endometrio	—	1 (0.7)	—	1 (1.4)	—	—	—	1 (7.1)	3 (0.4)
Cáncer de ovario	—	1 (0.7)	—	—	—	—	1 (4.8)	—	2 (0.3)

* Entre paréntesis: Porcentajes.

Ochentidos pacientes habían tenido histerectomía antes de ser vistas en consulta por el autor. El 70 por ciento había tenido dicha intervención entre los 31 y 50 años. El 74 por ciento de las histerectomías (68 casos) habían sido por vía abdominal y el 26 por ciento (14 casos) por vía vaginal. Las 59 histerectomías que el autor efectuó fueron en un 88 por ciento entre los 40 y 59 años. El 60 por ciento (35 casos) fueron realizados por vía abdominal, y el resto (24 casos) por vía vaginal. Las últimas se hicieron casi siempre para corregir un prolapso genital generalmente coincidente con incontinencia urinaria de esfuerzo. En este grupo no hubo un solo caso de recidiva del prolapso o de la incontinencia urinaria.

canso, o el uso de tabletas de 0.625 mg en forma cíclica. La administración fue indicada en todos los casos de menopausia precoz. En los grupos estudiados, el uso de estrógenos fue mayor entre los 50 y 54 años de edad, con 29 de 104 pacientes (17.9 por ciento).

Setentaisiete pacientes (11.5 por ciento) recibieron cremas estrogénicas para tratamiento de vulvovaginitis atrófica que ocasionaba sangrado y/o dispareunia, con mejoría pronta de su sintomatología.

Doce pacientes (1.8 por ciento) tomaron anovulatorios orales por trastornos de la menstruación o endometriosis, después de descartarse otra patología ginecológica. En 13 pacientes (1.9 por ciento), los sedantes fueron suficientes para corregir los síntomas neurovegetativos.

TABLA VII
CLIMATERIO: TRATAMIENTO

AÑOS DE EDAD	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75 o más
No. de Pacientes	210	148	104	68	56	46	21	14
Estrógenos Exógenos	18 (8.6)*	24 (16.2)	29 (27.9)	5 (7.3)	4 (7.1)	4 (8.9)	1 (4.8)	1 (7.1)
Crema estrogénica	3 (1.4)	10 (6.8)	15 (14.4)	22 (32.3)	13 (23.2)	6 (13.0)	7 (33.3)	1 (7.1)
Contraceptivos orales	8 (3.8)	3 (2.0)	1 (1.0)	---	---	---	---	---
Sedantes	6 (2.9)	5 (3.4)	1 (1.0)	---	1 (1.8)	---	---	---

* Entre paréntesis: Porcentajes.

DISCUSION

El climaterio trae consigo cambios fisiológicos con consecuencias orgánicas, metabólicas y psíquicas inmediatas y lejanas. La mujer en esta edad se muestra molesta por los trastornos neurovegetativos, preocupada por las alteraciones menstruales o la amenorrea, y, a veces, alarmada por este nuevo aspecto de su vida en donde van ocurriendo cambios irreversibles. Corresponderá al ginecobstetra y al personal médico y paramédico que se pone en contacto con ellas el conocer los cambios fisiológicos, endocrinos y metabólicos, así como las ventajas y desventajas del tratamiento hormonal, con el fin de poder ayudar a la mujer climatérica.

La disminución de la función ovárica origina los bochornos, las sudoraciones y la vaginitis atrófica que se encuentra en el climaterio. Asimismo, la disminución de los estrógenos en los tejidos influenciados por dichas hormonas es causante de los cambios metabólicos tardíos de los órganos finales. Sin embargo, es importante conocer que la sintomatología del climaterio depende, además, de factores socio-culturales determinados por el ambiente en que ha vivido y vive la mujer y de factores psicológicos que dependen de la estructura de su carácter y que le permitirán adecuarse o no a los cambios orgánicos que está sufriendo. Es decir, los síntomas no deben ser vistos desde el punto de vista de fenómenos biológicos puros, sino que en la evaluación y tratamiento de los problemas del climaterio se debe considerar los factores socio-culturales y psicológicos de la mujer con respecto a educarla e informarla convenientemente.

La información obtenida en la revisión de las 667 pacientes de 40 años de edad o mayores nos parece interesante por ser un aporte al conocimiento de la mujer peruana. Trescientos noventa y siete pacientes habían tenido su menopausia (59.5 por ciento), de las cuales 298 tuvieron el cese de la menstruación espontáneamente (44.7 por ciento). La edad media de la menopausia fue 47.76 años de edad, siendo la edad promedio de 47 años. Se obtuvo la edad media siguiendo las recomendaciones de Utian y Serr en el Primer Congreso Internacional sobre la Menopausia de 1976 (1). Dicha edad media es inferior a la de 50-51 años encontrada en el Symposium mencionado, probablemente debido a factores genéticos, reproductivos, de altura y, es

posible, socioeconómicos. Los pocos estudios efectuados para encontrar una explicación a esta diferencia a nivel mundial no son concluyentes (Revisado por Flint (2)). En nuestro medio aún no han sido realizados. En nuestra revisión, la nuliparidad y la historia de bloqueo tubario no parecieron incidir en la aparición de una menopausia más temprana como ha sido establecido por ciertos autores (3).

Con respecto a la sintomatología, predominaron los bochornos, los trastornos del carácter y la vaginitis atrófica en alrededor del 11 al 12 por ciento de pacientes. La presencia de trastornos neurovegetativos fue mayor entre los 40 y 54 años, especialmente entre los 50 y 54 años, indicándonos la disminución de la actividad ovárica. Sin embargo, los trastornos del carácter tuvieron una mayor incidencia entre los 45 y 49 años y se mantuvo en forma latente en otras edades, indicándonos la falta de estricta correlación entre la disminución de la función ovárica y estos trastornos. Los hallazgos corroboran lo antes dicho por nosotros de que la sintomatología no es establecida únicamente por la falla ovárica, sino que es influenciada por factores psicógenos y socio-culturales.

La cistitis estuvo presente a toda edad. Pero, aparte del problema hipoestrogénico que pudiera haber existido, muchas de ellas tenían historia de cistitis recurrentes, por lo cual no se puede dar una importancia definida a este hallazgo.

La osteoporosis fue sintomática en 30 pacientes (4.5 por ciento), todas en la postmenopausia. En la mitad de ellas se usó estrógenos exógenos y en 8, además, se utilizó carbonato de calcio, vitamina D en dosis masivas y fluoruro de sodio. La osteoporosis fue un hallazgo importante en las mujeres que habían tenido menopausia precoz.

En las pocas pacientes que pudimos evolucionar con la ayuda del ortopedista y por medio de las líneas de resistencia estructural del cuello femoral —de acuerdo a los trabajos de Riggs y colaboradores— (4) denotaron detención del progreso de la osteoporosis. El mismo resultado es el que se encuentra actualmente en la literatura, a pesar de que no se ha podido demostrar diferencias en los valores séricos de estrógenos y otros esteroides entre pacientes con y sin osteoporosis (5).

El sangrado postmenopáusico ocurrió en mujeres por encima de los 50 años, principalmente entre los 50 y 54 años. En 24 de estas mujeres se pudo prac-

ticar dilatación y curetaje, siendo los hallazgos patológicos similares a los que encontramos en un trabajo anterior en otra población (6). El endometrio atrófico, la hiperplasia endometrial y los pólipos endometriales fueron los hallazgos más frecuentes. Ocho de las pacientes con sangrado postmenopáusico estaban recibiendo estrógenos. En dos de ellas se encontró hiperplasia endometrial y en una un cáncer de endocervix in-situ. Entre las 44 pacientes con sangrado postmenopáusico, una era portadora de un cistoadenoma seroso de ovario, una tenía el cáncer de endocervix ya mencionado y una tercera cáncer de ovario. Los hallazgos vuelven a indicarnos la importancia que tiene la dilatación y curetaje en el diagnóstico del sangrado postmenopáusico. Aunque los estrógenos pueden originar el sangrado postmenopáusico, estamos obligados a efectuar la dilatación y curetaje, pues el sangrado puede deberse a patología ginecológica, incluyendo el cáncer ginecológico.

La patología ginecológica encontrada en la mujer en el climaterio es variada y frecuente. Destacaron por su incidencia la leiomiomatosis uterina, el prolapso uterino generalmente acompañado de incontinencia urinaria de esfuerzo, la cervicitis, las mastopatías, la hiperplasia endometrial y la adenomiosis. Toda esta variada patología disminuyó en frecuencia con el transcurrir de los años hasta hacerse casi inexistente después de los 70 años. Tal disminución coincide con la atrofia de los órganos genitales que ocurre después de la menopausia.

Veintiseis pacientes presentaron cáncer ginecológico, lo que equivalió al 3.9 por ciento de las mujeres estudiadas. El cáncer de cervix fue el más frecuente con 14 casos, seguido del cáncer de mama con 7 casos. Tal incidencia se correlaciona con los hallazgos de investigaciones en nuestro medio (7, 8).

Ochentidos mujeres habían tenido histerectomía en su historia pasada, el 70 por ciento de ellas entre los 31 y 49 años. El 74 por ciento había sido efectuada por vía abdominal. Al revisar las histerectomías que efectuara el autor, un 88 por ciento fue operado entre los 40 y 59 años, siendo 35 efectuadas por vía abdominal (60 por ciento) y 24 por vía vaginal (40 por ciento). Mientras que la diferencia de edades en que se efectuó la histerectomía no es significativa —ya que nuestro estudio justamente se inició con mujeres de 40 años o mayores—, la diferencia entre las histerectomías abdominales y vaginales sí lo es. Se observa que la elección de la técnica abdominal en otras instituciones es mucho mayor, quien sabe debido a la diferente patología ginecológica que motivó la histerectomía, o por poco conocimiento de la técnica vaginal o del uso de la histerectomía vaginal en el tratamiento del prolapso genital. En el grupo operado por nosotros, se observa una tendencia a la equiparidad entre las histerectomías vaginales y abdominales, logro alcanzado en centros quirúrgicos de ginecología más avanzados.

Hemos utilizado los estrógenos conjugados en 13 por ciento de nuestras pacientes. En las 86 pacientes existía una indicación precisa para el uso de los estrógenos debido a la severidad de los trastornos neurovegetativos, a la osteoporosis sintomática, a la menopausia precoz y en ciertos casos de cistitis por cambios atróficos. Hemos preferido la vía oral por ser la que podemos manejar mejor, especialmente en caso de reacciones adversas. No tenemos experiencia con los estrógenos sintéticos (diestilbestrol o etinilestradiol), los que no son recomendables. Los estrógenos naturales humanos, tales como el 17-beta estradiol, la estrona y el estriol, —cuyos beneficios podrían ser mayores que los riesgos de los estrógenos naturales equinos—, se descomponen muy rápidamente en el hígado (17-betaestradiol y estrona). El estriol tendría acción selectiva sobre la parte distal del aparato genital, con efecto reducido sobre el endometrio. Los resultados iniciales con estriol no han sido convincentes. En los últimos años hemos añadido progestógenos en forma cíclica a las pacientes con terapia estrogénica, ya que se ha demostrado que tal procedimiento disminuye la incidencia del cáncer de endometrio (9).

Setenta y siete pacientes requirieron cremas estrogénicas para tratamiento de vulvovaginitis atrófica, algunas coexistentes con cistitis también relacionadas a atrofia, y que pronto respondieron favorablemente. Los anovulatorios orales fueron utilizados sólo en pacientes con trastornos de la menstruación, premenopáusicas, y a las cuales se había practicado dilatación y curetaje.

BIBLIOGRAFIA

1. UTIAN W.H. and SERR D. The climacteric syndrome. En "Consensus on Menopause Research". Ed. van Keep, Greenblatt & Albeaux-Fernet, University Park Press, Baltimore, Maryland, U.S.A., pág. 1, 1976.
2. FLINT M. Cross-cultural factor that affect age of menopause. En "Consensus on Menopause Research". Ed. van Keep, Greenblatt & Albeaux-Fernet, University Park Press, Baltimore, Maryland, U.S.A., p. 73, 1976.
3. JASZMANN L., VAN LITH N.O. and ZAAT J.C. The age of menopause in the Netherlands. The statistical analysis of a survey. *Int J. Fertil* 14: 106, 1969.
4. RIGGS B.L., JOWSEY J., KELLY P.J., JONES J.D. and MAHLR F.T. Effect of sex hormones on bone in primary osteoporosis. *J. Clin. Invest.* 48: 1065, 1969.
5. RIGGS B.L., JOWSEY J., GOLDSMITH R.S., KELLY P.J., HOFFMAN D.L. and ARNAUD C.D. Short and long-term effects of estrogen and synthetic anabolic hormone in postmenopausal osteoporosis. *J. Clin. Invest.* 51: 1659, 1972.
6. PACHECO J.C. and KEMPERS R.D. Etiology of postmenopausal bleeding. *Obstet. Gynec.* 32: 40, 1968.
7. GALVEZ BRANDON J. Epidemiología del cáncer de cuello uterino en el área de Lima Metropolitana. *Acta Cancerológica* 10: 37, 1971.
8. VALDIVIA PONCE E., NUÑEZ VIDALON R., GARCIA LA MADRID M., VIGIL C., HIROMOTO T. y CAMPOS A. Epidemiología de las displasias y del carcinoma in situ del cuello uterino. *Ginec. Obstet. (Perú)* 22: 11, 1976.
9. GAMBRELL Jr. R.D. Estrogens, progestagens and endometrial cancer. En "Consensus on Menopause Research". Ed. van Keep, Greenblatt & Albeaux-Fernet, University Park Press, Baltimore, Maryland, U.S.A., p. 152, 1976.