

Hospital General Docente " Enrique Cabrera"

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME CLIMATÉRICO EN MUJERES CASTRADAS POR VÍA QUIRÚRGICA

Dra. Miriam García Tirada¹ y Dr. Rodolfo Enríquez Rodríguez²

RESUMEN: Se estudiaron 200 pacientes menopáusicas procedentes del Hospital General "Enrique Cabrera" y del Área de Salud Capdevilla, de enero de 1997 a marzo de 1998, para determinar la relación que existe entre menopausia quirúrgica y signos y síntomas climatéricos. Se formaron 2 grupos de 100 pacientes castradas y con menopausia natural- respectivamente. Se comprobó que la menopausia natural fue más frecuente de los 45 a 49 años, mientras que el 60 % de las castradas tenía menos de 40 años; en las pacientes con menopausia quirúrgica predominó el nivel de enseñanza media y media superior (64 %), mientras que en el grupo de menopausia natural fue del 41 %; el 63 % del grupo estudio tenía vínculo laboral, el 26 % eran amas de casa y el 11 % , estudiantes; en el grupo control, el 42 % tenía vínculo laboral, superado por las amas de casa que representaron el 58 % y no hubo ninguna estudiante; la edad de inicio de las relaciones sexuales fue más precoz en el grupo de castradas; la principal causa de castración fue el absceso tubo-ovárico; los síntomas menopáusicos aparecieron antes de los 7 d en el 67 % de las pacientes y los principales fueron: sofocos, sudaciones, irritabilidad y disminución de la libido, con diferencias significativas con el grupo control. Se concluyó que la incidencia de castración quirúrgica es muy elevada en nuestro estudio y se recomendó evaluar adecuadamente cada caso antes de efectuarla.

DeCS: OVARIECTOMIA/efectos adversos; MENOPAUSIA; CLIMATERIO; NEOPLASMAS UTERINOS/cirugía; NEOPLASMAS OVARICOS/cirugía.

El síndrome climatérico es el conjunto de síntomas y signos que preceden y acompañan la pérdida de la capacidad reproductiva, hasta llegar a una involución total de la función ovárica.¹

La menopausia es el cese de la menstruación que depende de la pérdida de la actividad cíclica del ovario y se define como el período de amenorrea que transcurre desde la última menstruación regida por esta

¹ Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia. Profesora Asistente.

² Especialista de I Grado en Ginecología y Obstetricia.

última glándula hasta un año después.¹ Pero también la menopausia puede ser producida de forma artificial, la más frecuente ocurre por la extirpación quirúrgica de los ovarios.

La diferencia entre la menopausia artificial y la natural radica esencialmente en que al suprimir abrupta y totalmente la acción de los ovarios, la caída de los estrógenos es más brusca y se pierde la capacidad androgénica del ovario, base también de la producción de estrógenos.

El diferencial estrogénico negativo, a diferencia de la disminución progresiva por la falla ovárica natural, no permite la adaptación biológica orgánica que se produce en la menopausia natural y causa, por tanto, una sintomatología más crítica. Por otra parte, la menopausia artificial en las mujeres jóvenes afecta más porque la carencia estrogénica es más grave que en aquellas de 50 años y más.^{2,3}

Los síntomas climatéricos han sido divididos en: vasomotores, endocrino-metabólicos y psíquicos.^{1,2,4} Los síntomas vasomotores son la causa más frecuente de solicitud de ayuda médica, sobre todo los bochornos acompañados o no de sudación; que en el caso de las castradas quirúrgicamente poseen especial gravedad, son inversamente proporcionales a la edad de la mujer y su intensidad es mayor mientras más rápido descienda el nivel de estrógenos.⁵ Los síntomas psíquicos y la atrofia urogenital con la consecuente dispareunia, por la escasa lubricación vaginal que hace difícil realizar el coito lo cual provoca deterioro del deseo y la respuesta sexual, son más precoces e intensos con la ablación de los ovarios.^{4,6}

Cuando la disminución de estrógenos se produce en edades tempranas se incrementa la probabilidad de enfermedades como la aterosclerosis con accidentes de infartos del miocardio.⁷

A partir del año 1959, en Cuba se dedicó atención a la mujer en todos los aspectos de su vida, se elevó su nivel cultural, se le incorporó a la vida productiva y comenzó a formar parte activa de la sociedad y por los avances alcanzados en la economía y el campo de la salud, se logró disminuir la mortalidad y se prolongó su esperanza de vida que en la actualidad es de 75 años.⁶

Si tenemos en cuenta que fisiológicamente, la menopausia en nuestro país se presenta hacia los 40 años (Lozano E. Estudio de las hormonas de la reproducción en las mujeres posmenopáusicas. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de La Habana, 1994), al igual que lo descrito en estudios demográficos de otros países, la mujer vivirá un período posmenopáusico de 30 años aproximadamente y es probable que el 95 % de ellas atraviese dicho período (Méndez MC, Navarro D. Características clínicas ginecoobstétricas y sociales de mujeres entre 45 y 55 años. Trabajo de Terminación de Residencia. Ciudad de La Habana, 1994). Sin lugar a duda, la calidad de vida de la mujer con menopausia quirúrgica está mucho más afectada que la de la mujer que tiene su menopausia natural, y muy crítica, cuando la castración se realiza en edades tempranas.

El insuficiente conocimiento acerca del impacto sobre los procesos biológicos ocasionados por la castración quirúrgica en la mujer nos llevó a realizar este trabajo.

Métodos

Para este estudio se encuestaron 200 pacientes menopáusicas, de ellas 150 que acudieron a la Consulta de Climaterio y Menopausia del Hospital General "Enrique Cabrera" de Ciudad de La Habana, desde enero de 1997 a marzo de 1998. Se

Resultados

encuestaron además 50 pacientes seleccionadas de los consultorios 16, 17 y 18 del área de salud Capdevilla, del Municipio Boyeros, en igual período. A los efectos del estudio se crearon 2 grupos, uno constituido por pacientes castradas y el otro por las que habían tenido su menopausia natural. En ambos grupos se obtuvieron datos sociodemográficos, historia obstétrica, síntomas referidos, tiempo de aparición de dichos síntomas en los casos de castración y las causas que motivaron la misma.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Presentar signos y síntomas propios de la menopausia normal y quirúrgica.
2. Ser residente permanente del área al momento de la entrevista y continuar el seguimiento por la consulta de nuestro centro.
3. Estar capacitada para responder al cuestionario elaborado al efecto.
4. Que estuviera presente el principio de voluntariedad.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Incapacidad psíquica para responder al cuestionario.
2. Paciente que no perteneciera al área o no garantizara estabilidad en el seguimiento de la consulta.
3. Paciente con ooforectomía unilateral unida a histerectomía o sólo histerectomía.

Se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado para procesar los datos y conocer el comportamiento de las variables en ambos grupos con una $p = 0,05$ y se obtuvieron los resultados que exponemos a continuación.

La menopausia natural en el grupo de mujeres de este estudio se produjo con mayor frecuencia entre los 45 y 49 años, lo que coincide con otros estudios realizados en nuestro país sobre este tema, como los ya citados de *Lozano*, de *Méndez* y otros⁸ (Navarro D, Duany A. Factores ginecoobstétricos relacionados con la menopausia. Trabajo presentado en el II Congreso Nacional de Endocrinología, Cuba, 1992), sin embargo en el grupo de castradas, el 60 % de las pacientes tenía menos de 40 años y más específicos, el 49 % estaba en el grupo entre 30 y 39 años (fig. 1).

En la tabla 1 se hace referencia a la escolaridad y encontramos que en las pacientes con menopausia quirúrgica predominan los niveles de enseñanza media y media superior que representó el 64 % contra el 41 % en el grupo de menopausia natural. Sin embargo, en este grupo, el nivel de enseñanza primaria es mucho más elevado (38 %), que en el de castradas (17 %).

TABLA 1. Distribución de las pacientes encuestadas de acuerdo con la escolaridad y tipo de menopausia

Escolaridad	MN (%) n = 100	MQ (%) n = 100	Total (%) n = 200
Primaria	(38,0)	(17,0)	(27,5)
Secundaria	(23,0)	(29,0)	(26,0)
Preuniversitaria	(18,0)	(35,0)	(26,5)
Universitaria	(21,0)	(19,0)	(20,0)
Total	(100,0)	(100,0)	(100,0)

$p = 2,567E-03$.

Fuente: Encuestas.

Al analizar la ocupación de las pacientes, en la tabla 2, se observa que el 63 % del grupo estudio tiene vínculo laboral, panorama distinto se encuentra en el grupo con-

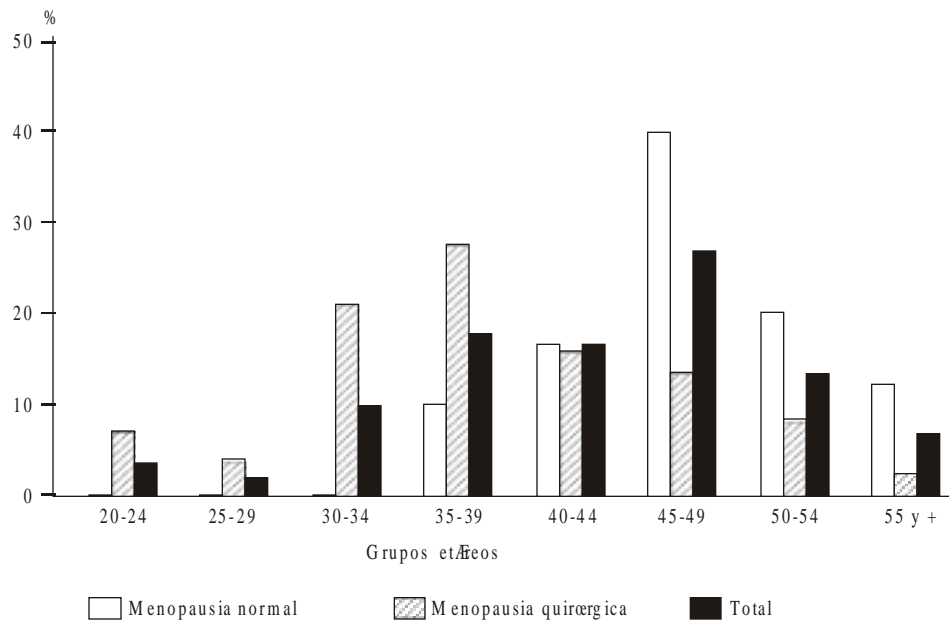


FIG.1. Distribución por grupos etáreos y tipo de menopausia.

trol donde solo lo tiene el 42 %, superado por el de las amas de casa que representaron el 58 %.

TABLA 2. Distribución de las pacientes encuestadas de acuerdo con la ocupación y tipo de menopausia

Ocupación	MN (%) n = 100	MQ (%) n = 100	Total (%) n = 200
Estudiante	(0,0)	(11,0)	(5,5)
Sin vinculación laboral	(58,0)	(26,0)	(42,0)
Con vinculación laboral	(13,0)	(24,0)	(18,5)
Con vinculación laboral no profesional	(29,0)	(39,0)	(34,0)
Total	(100,0)	(100,0)	(100,0)

Fuente: Encuestas.

En cuanto a la edad de la primera relación sexual (fig. 2), el 67 % de las mujeres castradas tuvieron su primera relación sexual entre los 13 y 18 años de edad y sólo representó el 33 % en el grupo control. Pero cuando analizamos más dentro de este rango de edad, vemos que mientras sólo el 9 % de las pacientes con menopausia natural se incorporó a la vida sexual entre los 13 y 15 años, en el grupo de castradas esta cifra asciende a 215, esto denota una manifiesta diferencia en los patrones de sexualidad de ambos grupos.

Según se observa en la figura 3, la causa que más contribuyó a la intervención quirúrgica fue el absceso tubo-ovárico (27 casos) seguido de fibroma uterino.

El 86 % de las pacientes castradas comenzaron a presentar síntomas en los pri-

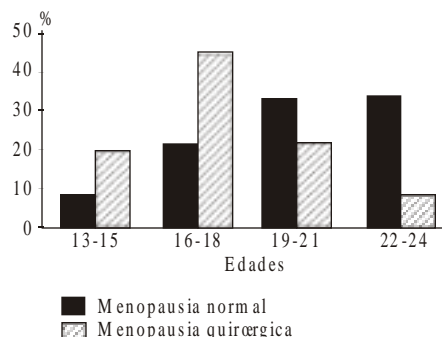


FIG.2. Edad de las primeras relaciones sexuales.

meros 14 d posteriores a la castración, la mayor parte de estos (67 %) en la primera semana (fig. 4).

Los síntomas referidos por las pacientes se presentan en la figura 5, son similares en ambos grupos, pero más frecuentes en el de las castradas. El análisis estadísti-

co entre ambos grupos mostró que las diferencias halladas entre el "nerviosismo" y la dispareunia fueron significativas y entre los sofocos, sudaciones, palpitaciones, irritabilidad, disminución de libido, sequedad vaginal y artralgia fueron altamente significativas ($p < 0,001$).

Discusión

En cuanto a la edad de aparición de la menopausia en el grupo estudiado, al 60 % de las pacientes se les llevó a una menopausia precoz, de acuerdo con el criterio de la FIGO y de la OMS que la considera así cuando ocurre antes de los 40 años de edad.⁹⁻¹¹ Resulta evidente que decisiones apresuradas e impensadas contribuyeron de manera directa a estos negativos resultados, lo cual se infiere cuando analizamos en conjunto las causas más frecuentes que llevaron a estas mujeres al acto quirúrgico.

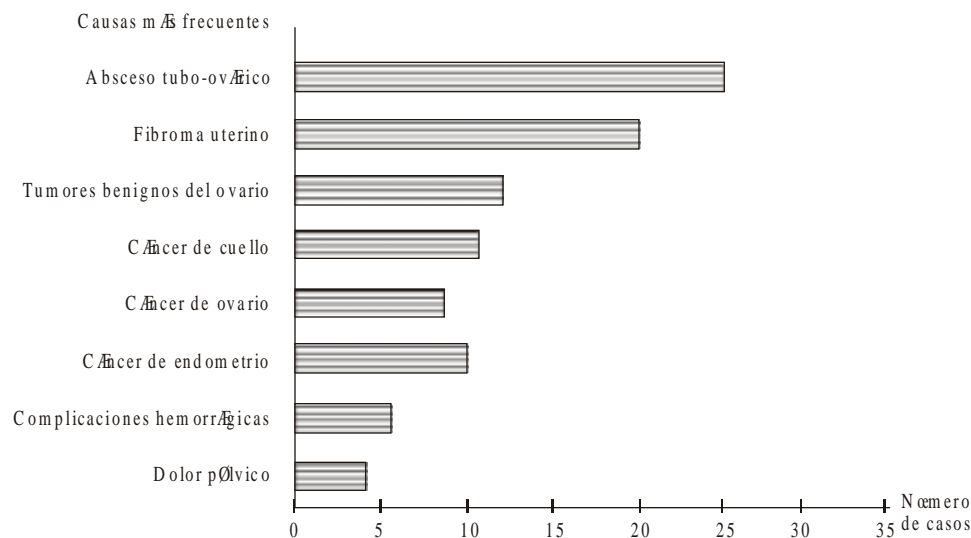


FIG.3. Causas de la castración quirúrgica.

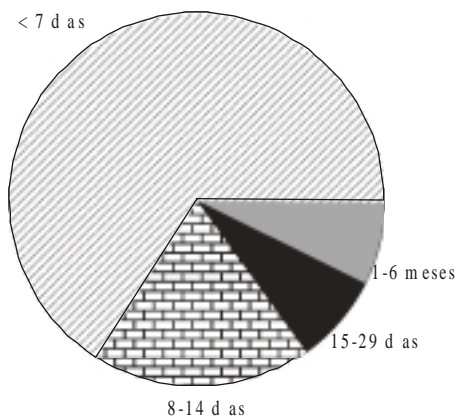


FIG. 4. Tiempo de aparición de los síntomas en las pacientes castradas.

En la literatura revisada no encontramos criterios discordantes en cuanto a la raza, solo algunos autores refieren una tendencia actual de la raza negra de anteceder a la blanca en la aparición precoz de los síntomas climatéricos durante la evolución natural de la menopausia.¹²⁻¹⁴

En la bibliografía consultada no hay referencia a la escolaridad relacionada con la menopausia natural o por castración quirúrgica. Opinamos que los resultados hallados en nuestra casuística pueden estar marcados porque el grupo de castradas en su distinto espacio generacional tuvo más posibilidades de acceso a superar su nivel educacional y así tener formas diferentes de enfrentar la vida.

En cuanto a la ocupación, las diferencias encontradas sin lugar a duda influyen directamente en la calidad de vida de estas mujeres pues, como señalan autores consultados, el hecho de que la mujer entre en la menopausia no implica un atardecer en su desarrollo, sino un cambio de actividad ante la realidad que vive y donde la forma de ocupar su tiempo desempeña un importante papel.¹⁵

Si tenemos en cuenta que en el 60 % de las pacientes castradas la menopausia ocurrió antes de los 40 años, podemos inferir que el período reproductivo de este grupo fue mucho menor que el de las menopáusicas

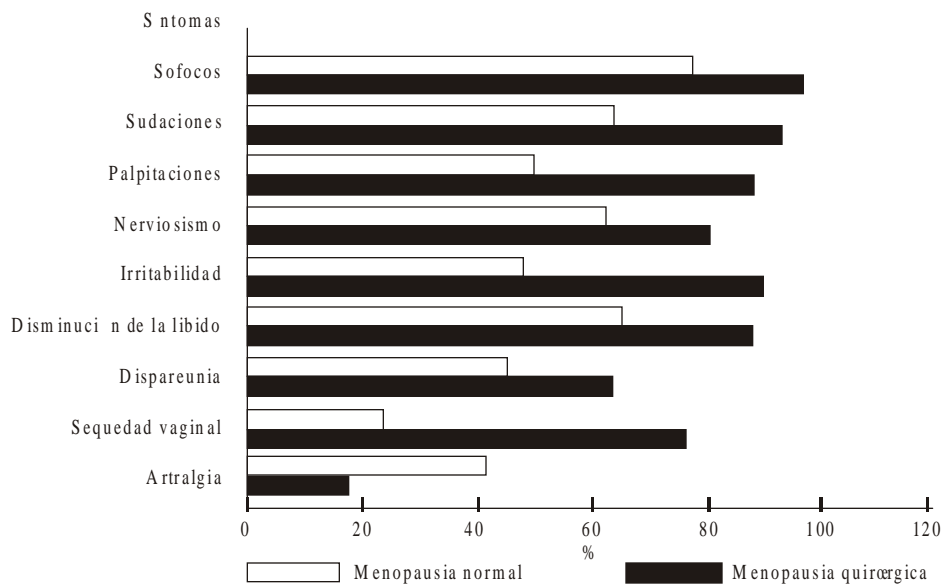


FIG. 5. Principales síntomas referidos por las pacientes de ambos grupos.

naturales, con la consecuente limitación de la fecundidad.

En la literatura encontramos diferentes criterios sobre la relación existente entre el comienzo de la menarquía y la menopausia, pero sí se ha demostrado que esta guarda una estrecha correspondencia con el modo de vida y de nutrición de cada paciente.^{16,17}

Al realizar el análisis estadístico de la variable *primeras relaciones sexuales*, encontramos que las diferencias halladas fueron altamente significativas. Si relacionamos estos datos con las causas que motivaron la intervención quirúrgica podemos darnos cuenta del comportamiento de esta variable. De todos es conocido cómo en este grupo etáreo (13-18 años), se incrementan los abortos por embarazos no deseados, las enfermedades de transmisión sexual y la manipulación por implantación o retiro de dispositivos intrauterinos, todo ello conduce a un incremento de los procesos inflamatorios pélvicos que pueden llevar en su forma aguda a la necesidad de tener que castrar quirúrgicamente, aún siendo pacientes adolescentes o jóvenes.

Cuando analizamos las causas que con mayor frecuencia llevaron al acto quirúrgico, podemos decir que se puede evitar la indebida decisión de castrar a la mujer. *Botella*,² señala como causas más frecuentes de castración el carcinoma de ovario, de cuello y de endometrio, seguidas por las tumoraciones benignas y, en último lugar, es que se encuentran los procesos inflamatorios pélvicos. En nuestro trabajo,

los resultados coinciden con la peligrosa escalada a nivel mundial de las enfermedades de transmisión sexual, influenciada como ya señalamos, por los cambios en los hábitos de la vida sexual y de salud reproductiva en estos momentos.

En cuanto a los síntomas referidos por las pacientes en estudio coincidimos con la bibliografía consultada y podemos apoyar lo planteado por *Askel*,¹⁸ que también encontró con gran frecuencia el insomnio, la depresión y la disminución de la libido. *Botella*,² señala que la intensidad de los bochornos es inversamente proporcional a la edad de la mujer castrada, los que son más intensos cuanto más rápido es el descenso de los estrógenos. Las crisis vasomotoras se asocian con frecuencia a sudaciones intensas, palpitaciones y angustia; como con frecuencia se presentan de noche, producen trastornos del sueño, lo cual impide un adecuado descanso. De ocurrir durante el día afectan la apariencia femenina y repercuten además en sus relaciones sociales, sobre todo en la mujer trabajadora.

En conclusión, en el estudio se demuestra una alta incidencia de menopausia precoz por castración quirúrgica y la afección que con mayor frecuencia llevó a la castración fue el absceso tubo-ovárico. Los síntomas climatéricos aparecieron de forma precoz en el grupo de castradas y los más frecuentes fueron los bochornos, las sudaciones, la irritabilidad y la disminución de la libido.

SUMMARY: 200 menopausal patients from "Enrique Cabrera" General Hospital and from Capdevilla Health Area were studied from January, 1997, to March, 1998, aimed at determining the relationship existing between surgical menopause and the climacteric signs and symptoms. There were 2 groups of 100 castrated female patients and with natural menopause, respectively. It was proved that natural menopause was more frequent from 45 to 49 years old, whereas 60 % of the castrated female patients were under 40. The middle and higher middle educational level predominated among the female patients with surgical menopause (64 %), whereas in the group with natural menopause only 41 % had this level. 63 % of the study group were workers, 26 % were

housewives and 11 % were students. In the control group, 42 % were workers, 58 % were housewives and there were no students. The castrated female patients began to have sexual relations earlier. The main cause of castration was the tubo-ovarian abscess. The menopausal symptoms appeared before the 7 days in 67 % of the patients and the main symptoms were: blush, sweatings, irritability and reduction of the libido with significant differences with the control group. It was concluded that the incidence of surgical castration is very high in our study and it was recommended to evaluate each case adequately before performing it.

Subject headings: **OVARECTOMY/adverse effects; MENOPAUSE; CLIMACTERIC; UTERINE NEOPLASMS/surgery; OVARIAN NEOPLASMS/surgery.**

Referencias bibliográficas

1. Hernández A, Santana F. Síndrome climatérico. Aspectos clínicos. Revisión bibliográfica. Rev Cubana Endocrinol 1989; 1:89-97.
2. Botella J. La edad crítica. Madrid: Salvat, 1992; voll.II:399.
3. Rocabrana JC, Osvaldo BR. Gerontología y geriatría clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1992:1779.
4. González Merlo J. Endocrinología de la menopausia. En: Fernández Villería E, ed. Menopausia. Aspectos médicos y sociales. Barcelona: Editorial Toray, 1989:10-4.
5. Chakravante S, Collins WP, Newton JR. Endocrine change after ooforectomy in premenopausal women. Br J Obstet Gynecol 1979;86:1977-9.
6. Mishels D. Tratamiento sustitutivo estrogénico. Revisión. Am J Obstet Gynecol 1989;161:1825-7.
7. Wish B, Carnes M. Menopausia y el sistema reproductor femenino en proceso de envejecimiento. Woman 1995;24:273-94.
8. Navarro Despaigne D. Aspectos psicológicos de la mujer en la etapa climatérica. Rev Sexol Soc 1995;(1):39-43.
9. Colston A. Tratamiento de la menopausia. En: Howard J, Anne W, Connic B, eds. Tratado de Ginecología de Novak . México DF: Interamericana, 1991:349-88.
10. Celades M. Aspectos clínicos en la menopausia. En: Palacios L, ed. El climaterio y menopausia. Madrid: Salvat, 1994:64-8.
11. Botella J. Endocrinología de la mujer. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982;Vol I:341-57.
12. González Merlo J. Ginecología. 6a ed. Barcelona: Masson, Salvat, 1993:1315-65.
13. Navarro D, García CT. Aspectos psicológicos relacionados con la mujer menopáusica. Endocrinol Ecuat 1993;2:163-5.
14. Zárate A. Aspecto psicosexual y neurohormonales de la mujer climatérica. Menopausia y cerebro. México, DF: Editorial Tullas, 1997:67-9.
15. Vargas JC. Nuevo cambio de actitud. Rev Profam Colomb 1995;48-51.
16. Slemenda CW, Johnstone CC. Epidemiology of osteoporosis. En: Lobo RA, ed. Treatment of post menopausal women; basic and clinical aspects. New York: Raven, 1993:161-8.
17. Gravisto MC. El climaterio. Antología de la sexualidad humana. México, DF: Tullas, 1994:541-64.
18. Aksel. Vasomotor symptoms, serum estrogens and gonadotropin levels in surgical menopause. Am J Obstet Gynecol 1986;126:165-9.

Recibido: 10 de enero del 2000. Aprobado: 2 de abril del 2000.

Dra. *Miriam García Tirada*. San Gregorio No.221 entre Lourdes y Alegría, Reparto Víbora Park, Arroyo Naranjo, Ciudad de La Habana, Cuba.