

SISTEMA GENITO URINARIO DESORDENES GINECOLOGICOS DE LA ANCIANA

Dra. Olga Pró de Silva*

CAMBIOS POR LA EDAD AVANZADA EN EL TRACTO GENITAL.-

Básicamente podemos decir que, en términos morfológicos, el aparato genital femenino casi no difiere del joven para con el viejo. Sus modificaciones son funcionales, disminuyendo la producción hormonal estrogénica.

En el área genital y sexual es probablemente donde se manifiesta de manera crítica el penoso conflicto de los aspectos biológicos, social y psicológico del proceso del envejecimiento, vivido en culturas como la nuestra como una crisis indeseable.

Si se tiene en cuenta que en países desarrollados la expectativa de vida de la mujer supera los 70 años (en el nuestro los 60), y que, generalmente la función generativa termina alrededor de los 40, se comprende la importancia del estudio de este período de la existencia femenina, alterado con frecuencia por manifestaciones somáticas y funcionales con marcado componente en la esfera psíquica y afectiva.

OVARIOS.-

En el camino gradual hacia la senescencia, lo habitual es que al establecerse la menopausia el ovario haya cesado ya en su función más diferenciada y de mayor trascendencia: la función generativa; desde entonces ocurrirá un deterioro creciente y más o menos gradual de sus otras dos funciones: trófica y somática.

De la manera como el organismo vaya adaptándose en los físico, psíquico y anímico a esta nueva realidad, depende que alcance o no el relativo equilibrio vital de la senectud. El proceso fisiológico del envejecimiento se acelera después de la menopausia, que no es otra cosa que la cesación definitiva de la menstruación por causa ovárica.

Con lógicas reservas puede admitirse que el inicio del climaterio, que es el cese de la función generativa del ovario, coincide con el del envejecimiento; en tanto que, la desaparición de la función trófica y somática del ovario se correspondería con la instalación de la ancianidad.

Al disminuir la función hormonal disminuye el tamaño de los ovarios, los que finalmente se esclerosan. Se produce fibrosis hialina del estroma y esclerosis arteriolar obliterativa que finalmente los atrofia.

*Médico Geriatra

Ex- Presidente de la Sociedad de Gerontología, Geriatria del Perú.

PRODUCCION HORMONAL Y EFECTOS.-

En el curso del climaterio se produce una gradual involución del aparato foliculorovárico, hasta llegar al total agotamiento de la masa folicular; esto significa la pérdida progresiva de la principal fuente de producción de estrógenos.

Solo el estroma, no así el folículo maduro ni el cuerpo lúteo funcional, permanece activo en la génesis esteroidea después de la menopausia; los folículos primarios raramente no responden ni a grandes cantidades de gonadotropina pituitaria.

La producción estrogénica continúa después de la menopausia hasta por diez años aproximadamente; y, en un 40% de las mujeres de alrededor de los 75 años, aún se halla vestigios. En la edad reproductiva el estrógeno predominante es el estradiol, el que inicia su descenso en la menopausia hasta llegar a un 90% después de ella, donde la producción es mínima.*

El principal estrógeno postmenopáusico es estrona, produciéndose alrededor de 40 microgramos en 24 horas; deriva de la conversión de andrógenos, principalmente androstero-na, en el tejido adiposo. Este proceso aumenta con la edad avanzada y con la obesidad y es alterado por enfermedad hepática y por hipertiroidismo.

Los andrógenos son secretados por las glándulas adrenales en más o menos igual cantidad antes y después de la menopausia; siendo al parecer que los ovarios son la mayor fuente de ellos en el climaterio.

El estriol, un débil estrógeno, no se altera con la menopausia.

El pregnandiol disminuye con la menopausia.

INTERRELACION CON LAS GONADOTROFINAS PITUITARIAS.-

Con la disminución del estradiol en la menopausia, desaparece la inhibición que causa sobre la producción de FSH y LH, por lo que éstas se incrementan considerablemente; este efecto dura hasta después de los 70 años.

Cuando los niveles de gonadotropinas se elevan se necesita mayores dosis de estrógenos y de progesterona para disminuirlos; dependiendo incluso del tiempo de su administración una vez instalada la menopausia, los que sugiere un cambio en la sensibilidad hipotalámica después de la deprivación estrogénica que puede ser relevante a la terapia hormonal sustitutiva.

SINDROME CLIMATERICO.-

Depende en gran parte de las alteraciones producidas en la esfera hormonal, pero también es debido a las producidas en las esferas psíquica y socio-cultural.

* Como compensación del déficit estrogénico el ovario asume una actitud funcional y variante segregando androstendiona y testosterona, que en hígado y grasa se transforman en estrona y estradiol.

FLUJO GENITAL.-

Al disminuir las relaciones sexuales disminuyen las infecciones de transmisión sexual, pero aumentan las posibilidades de la colpitis hipoestrogénicas, las que deben tratarse con estrógenos.

También se observan vulvitis micóticas favorecidas por una diabetes conocida o no; lesiones provocadas por el rascado en pruritos de distinto origen; higiene descuidada o excesiva; automedicación empírica y perjudicial, etc.

INCONTINENCIA URINARIA.-

Es generalmente debida a la desinhibición de las contracciones del musculo detrusor, por cambios del S.N.C. relacionados con la edad (resentimiento del mecanismo incontinencia-micción); por debilidad intrínseca o disminución del mecanismo de cierre de la uretra, descrito como "incontinencia de stress"; por prolapso de la pared vesical.

El éxito del manejo de la incontinencia depende de información adecuada de la diuresis e incontinencia y del informe cistométrico completo (debe medir la presión vesical y rectal incluyendo pruebas de esfuerzo, como la de toser con la vejiga llena).

MASTOPATIAS.-

Debe realizarse un minucioso examen si la consulta es por: dolor, presencia de tumor, derrame por el pezón y/o alteraciones anatómicas; también como prevención ya que después de los 70 años el cáncer de mama incide en casi un 30%, en relación por edades, y el 80% de los nódulos mamarios encontrados a esta edad son malignos.

DESORDENES VULVARES.-

- **PRURITO VULVAR:** es muy común y puede deberse a infección vaginal, higiene inadecuada, glucosuria, hipersensibilidad a drogas, avitaminosis A y B2, disminución de hierro, ácido fólico y vitamina B12, o a desórdenes epiteliales.

- **DESORDENES EPITELIALES VULVARES:** representan un estadio avanzado de atrofia y son importantes debido a la severidad y cronicidad de los síntomas que producen, siendo el más común el prurito, y por su posible asociación al carcinoma.

Se diagnostica por biopsia; si es benigno se trata con antiinfecciosos, antiinflamatorios, e higiene adecuada y si es pre-maligno se practica vulvectomía simple.

Las lesiones son difíciles de distinguir por el componente inflamatorio que presentan, con infección bacteriana o micótica cuando se han hecho crónicas. Pueden observarse:

- **leucoplaquias,** son placas blanquecinas que cubren parte o la totalidad del epitelio vulvar, debidas a irregularidad en la forma de las células; pueden malignizarse.

- **craurosis**, es sequedad de la mucosa que generalmente involucra al vestíbulo, orificio uretral, vagina y partes internas de los labios mayores; se piensa que es el estadio final de la leucoplaquia.

- **liquen escleroso**, es semejante a la craurosis pero afecta áreas externas de la vulva.

ALTERACIONES DE LA VAGINA.-

- **VAGINITIS ATROFICA**: mal llamada serilidad vaginal ya que este término es peyorativo. Es debida a la menor resistencia que ofrece el epitelio, adelgazado e inactivado por el hipoprogesteronismo, a los organismos patógenos.

Puede abarcar la vulva, el endometrio uterino y el tracto urinario inferior.
Se manifiesta por prurito, ligero sangrado, poliaquiuria y disuria.

El tratamiento es con estrógeno a largo plazo, 1 a 2 años; generalmente a los 2 ó 3 meses de tratamiento vía oral hay una buena respuesta. Si hay sequedad vaginal se usa crema estrogénica topica, diario y durante 2 semanas, luego 2 veces por semana durante 2 o 3 meses; si se continuara la terapia se indica progesterona cíclica oral (Noretisterona 5 mgrs.), para prevenir la hiperplasia endometrial y posible carcinoma.

NEOPLASIAS MALIGNAS.-

- **CARCINOMA DE CERVIX UTERINO**: es el cáncer genital más común y ocurre con mayor frecuencia en la sexta década de la vida.

El carcinoma a **células escamosas** constituye el 95% de las neoplasias primarias y su etiología no está bien definida aún; es frecuente la hemorragia vía vaginal y el mal olor cuando se asocia infección, el dolor es un síntoma tardío. Se propaga por vía linfática o sanguínea; más o menos el 30% tienen cierto grado de invasión linfática intrapélvica y conforme progresa invade los nódulos inguinales y aórticos. Se diagnostica por biopsia de áreas sospechosas.

Los casos incipientes se tratan con histerectomía y disección nodular linfática, o radioterapia, ya que en ambos casos el 80% aproximadamente sobrevive 5 años; estadios mas avanzados se tratan con radiación intracavitaria y externa. Es insensible a la quimioterapia.

- **CARCINOMA DEL CUERPO UTERINO**: el **carcinoma endometrial** constituye la patología ginecológica de mayor malignidad en pacientes mayores de 60 años. En algunas pacientes la hiperplasia endometrial es precursora de adenocarcinoma, dependiendo del grado de atipicidad; hay evidencia de la relación entre el carcinoma endometrial y la producción endógena de estrógenos (el efecto de los estrógenos exógenos es incierto).

El tratamiento depende de la diferenciación histológica y estadio clínico.

- Estadío 0: carcinoma in situ, histología sospechosa. Se practica histerectomía.
- Estadío 1: carcinoma limitado al cuerpo. Se trata con histerectomía total con ooforosalinguectomía bilateral; algunas veces con radioterapia prequirúrgica intracavitaria o externa. Si el miometrio esta profundamente invadido o es pobremente diferenciado se irradia externamente la vagina.
- Estadío 2: carcinoma extendido al cérvix. La terapia es combinada por la alta incidencia de compromiso linfático: radiación intracavitaria preoperatoria y externa a dosis máxima en el post operatorio, y tratamiento con agentes progestacionales pues ayudan a la regresión del tumor.
- Estadío 3: carcinoma con invasión intrapélvica sin tomar las mucosas vesical y rectal. se aplica radioterapia y si hay buenos resultados se practica cirugía.
- Estadío 4: carcinoma con invasión a la mucosa vesical y rectal o extrapélvica. Tratamiento con radioterapia inicial y si es satisfactoria se practica cirugía; los progestágenos dan buenos resultados, sobre todo en casos con metástasis pulmonar.

El pronóstico depende del grado histológico del tumor y su relación con el sistema linfático; así tenemos:

- Grado I: adenocarcinoma bien diferenciado. Buen pronóstico.
- Grado II: adenocarcinoma diferenciado con áreas sólidas. Pronóstico reservado.
- Grado III: adenocarcinoma indiferenciado o sólido. Pésimo pronóstico.

La estrogenoterapia es importante de conocer bien por la posible interdependencia estrógenos-cáncer endometrial.

Existe una tesis sobre el aumento de la sensibilidad estrogénica del receptor o la disminución de la síntesis estrógeno dependiente del receptor citosol-progesterona, como factores con protagonismo en el desencadenamiento de un cáncer endometrial.

Clínicamente se evidencia una respuesta endometrial a dosis elevadas y mantenidas de estrógenos, por ejemplo:

- metropatía yatrogénica de Schröder, por hiperplasia glándulo quística del endometrio, ocasionando grandes metrorragias.
- evolución de un útero inicialmente miomatoso, hacia un auténtico leiomioma, por ser los estrógenos factores de realización en la tumorigénesis del mioma uterino.

- parece ser que cierto tipo de estrógenos (como el mestranol) disminuyen la tolerancia a la glucosa por un aumento en la producción de STH, que antagoniza la insulina.

- favorecen la hipercoagulabilidad, elevando el riesgo de tromboembolismo (reducen el tiempo de coagulación y aumentan el de Quick, elevan los factores sanguíneos VII, VIII y IX, aumentan la agregación plaquetaria).

Se recomienda que en los anovulatorios la dosis no supere los 50 µg. (según indicación del comité británico SOWEN, sobre seguridad de fármacos).

Los más usados son: valerionato de estradiol, clorotrianiseno, estriol, conjugado equino, promestrieno, también las mezclas estroandrogénicas: enantato de testosterona + valerianato de estradiol y enantato de prasterona + valerianato de estradiol.

- **CARCINOMAS OVARICOS:** son muy malignos en las pacientes de edad avanzada; se originan en el tejido epitelial o en el conectivo. Los primarios son más frecuentes que los secundarios, que generalmente proceden de cáncer mamario, estómago o colon.

Es el tercer cáncer ginecológico en frecuencia, pero es muy maligno pues es silencioso; en casos avanzados acusa dolor y hemorragia vaginal. Los más frecuentes son: el **tumor a células granulosa**, que se inicia en las células medulares altas, es pequeño, unilateral y no siempre posee actividad estrogénica; y el **tecoma**, que se inicia en el estroma de la corteza ovárica y posee actividad estrogénica. Con frecuencia son **mixtos**: a células granulosa y tecoma.

Clasificación y tratamiento:

- Estadío 1: tumor limitado a ovarios, hay ascitis. Se practica histerectomía con salpingo-ooforectomía y extirpación de epiplon.
- Estadío 2: tumor con diseminación intrapélvica. El tratamiento es igual que el del estadío 1.
- Estadío 3: tumor con diseminación extrapélvica (intestinos, epiplon). Se practica cirugía para extirpar la mayor cantidad posible del tumor primario y controlar así la ascitis (debida a obstrucción venosa o a exudación del tumor primario, o a implantación de células tumorales en la serosa).
- Estadío 4: tumor con diseminación a distancia (hígado, pleura). Se trata igual que el estadío 3.

La radioterapia se usa como tratamiento aislado para disminuir el tamaño del tumor, o asociado a cirugía o a quimioterapia. Generalmente los tumores ováricos son resistentes a la radioterapia, excepto el de células granulosa que sí es sensible a radiación.

La quimioterapia se usa en procesos avanzados, recurrentes o insensibles a la radioterapia. Los preparados más activos son los alquilantes: Ciclofosfamida, Clorambucil,

Melphalan y Thiotepa; se administran vía oral o endovenosa. Los no alkilantes son más tóxicos y generalmente menos efectivos: Actinomycin D y 5-Fluor uracilo.

- **TUMORES VULVARES:** el más frecuente es el **carcinoma a células escamosas**, que se observa en las décadas sexta y séptima y constituye el 5% de los cánceres genitales; su etiología es desconocida. Puede producir prurito y coexistir infección y ulceración; se inicia por lo general en los labios mayores y se propaga por vía linfáticas. Se trata con vulvectomía radical; la radioterapia es de valor limitado pues el tejido sano circundante es más sensible que el tumor y produce una violenta reacción epitelial. Si se detecta en su inicio la supervivencia de 5 años es del 75% aproximadamente.

- **TUMORES VAGINALES:** la neoplasia vaginal primaria es rara, constituye sólo el 0.5% de todos los cánceres genitales primarios; provoca sangrado.

El más frecuente es el **carcinoma de células pavimentosas** pues comprende casi el 95% de todos los neoplasmas vaginales primarios. Se trata con radioterapia o cirugía radical (útero, vagina, vejiga y recto).

Sarcoma y melanoma son muy raros y de mal pronóstico.

CANCER DE MAMA: es el carcinoma más frecuente en la mujer, aunque su incidencia y velocidad de crecimiento disminuyen después de los 70 años; a esta edad puede presentarse metástasis después de un largo intervalo de haberse iniciado el cáncer.

El diagnóstico clínico se hace por examen clínico minucioso y mamografía, con ésta se logra detectar mayor número de casos.

El estadio clínico se clasifica por el sistema TNM (tumor, nódulo, metástasis):

- T (tumor):

- 1.- Menos de 2 cms. de diámetro.
- 2.- De 2 a 5 cms. de diámetro.
- 3.- Más de 5 cms. de diámetro.
- 4.- Tumor masivo.

- N (nódulos):

- 0.- Ninguno
- 1.- Adenopatías axilares móviles.
- 2.- Adenopatías axilares fijas.
- 3.- adenopatías supraclaviculares.

- M (metástasis):

- 0.- Ninguna
- 1.- Presentes.

La supervivencia depende de la extensión del proceso. En su fase inicial se trata con mastectomía local o "lumpectomía" y es de buen pronóstico; si el tumor se ha extendido y

avanzado más allá de los límites de la mama, se practica mastectomía radical y radioterapia sobre los ganglios regionales; si el cáncer es avanzado se trata con quimioterapia o con hormonoterapia y algunas veces se complementa con radioterapia por dolor óseo, para posteriormente practicar cirugía si con ello se beneficia a la paciente.

La terapia endocrina se utiliza para los llamados tumores de mama hormonodependientes; un 50 a 70% de tumores mamarios tienen receptores estrogénicos (estradiol); se utiliza andrógenos, progesterona y antiestrógenos, que por lo general son bien tolerados. Evolucionan favorablemente y mejoran con cirugía endócrina posterior; la adrenalectomía bilateral produce remisión del proceso en un 33% de las pacientes post menopáusicas, así como también la hipofisectomía.

No es posible predecir que pacientes pueden responder mejor a la quimioterapia o a la hormonoterapia.

Hay que tener en cuenta que la actitud de la anciana frente a su enfermedad es distinta a la de la mujer joven; generalmente consulta tarde al médico, resta importancia a las lesiones, teme a la cirugía y a la radioterapia y suele presentarse cuando el tumor está muy avanzado, muchas veces con destrucción total o parcial de la glándula o con ulceración de piel y tejidos blandos. De allí la importancia del examen rutinario de mamas en la consulta.

"Hace un siglo la mujer ideal era la de 30 años. Actualmente puede ser la de 60 y algo más" (Balzac).