



Salud cardiometabólica en insuficiencia ovárica prematura

Stevenson JC, Collins P, Hamoda H, Lambrinoudaki I, Maas AHEM, Maclaran K, Panay N.

COMENTARIOS FLASCYM

Vol 3 (8); Agosto 2021

Dr. Hernán Neira M.

Médico Gineco-obstetra. Post Grado Universidad de Buenos Aires.
Fellow del Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia.
Coordinador de la Zona B. FLASCYM.

Instructor. Federación internacional Patología Cervical y Colposcopia (IFCPC).
Maestro de la Ginecología Latinoamericana. FLASOG 1999
Experto Latinoamericano de Climaterio y Menopausia. FLASCYM 2001
Maestro de la Colposcopia Latinoamericana. FLPTGIC 2013
Past-president de FESGO, SECLIM, SEPTIG Y SECUAMEN. Ecuador



Resumen

La insuficiencia ovárica prematura (POI) es un problema de salud pública en aumento con una prevalencia que ahora se acerca al 4%. La POI produce efectos adversos sobre el esqueleto y el sistema nervioso central, así como alteraciones de los factores metabólicos y cardiológicos que predisponen a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (ECV). Este artículo revisa los efectos de la pérdida prematura de la función ovárica sobre los lípidos y lipoproteínas, el metabolismo de la glucosa y la insulina, la composición corporal, la hemostasia y la presión arterial, junto con los efectos sobre el desarrollo del síndrome metabólico y la diabetes mellitus. El artículo examina los efectos de la POI sobre la función del endotelio vascular y la inflamación que resulta en enfermedad arterial, y revisa los efectos de la terapia de reemplazo hormonal (TRH) en estos diversos procesos metabólicos

y en los resultados cardiovasculares.

Es fundamental que las mujeres con POI reciban tratamiento hormonal para ayudar a prevenir el desarrollo de ECV y que este tratamiento se continúe al menos hasta la edad normal de la menopausia.

Pareciera que la TRH tiene un efecto más favorable que el anticonceptivo oral combinado, pero se necesitan ensayos clínicos más amplios para establecer el tratamiento óptimo.

Puede ser necesario añadir otras medidas terapéuticas para corregir las anomalías metabólicas existentes y, en particular, se debe fomentar la atención a los factores de estilo de vida como ser la dieta y el ejercicio. pero se necesitan ensayos clínicos más amplios para establecer el tratamiento óptimo.

La menopausia, consecuencia del declinar funcional del ovario y el hipoestrogenismo consecutivo, son determinantes en el notable incremento del riesgo cardiovascular (RCV) de la mujer, su principal causa de mortalidad.

La insuficiencia ovárica primaria (POI) se caracteriza por una condición hipoestrogénica e hipergonadotrópica en mujeres menores de 40 años, asociándose con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, osteoporosis, demencias, enfermedad de Parkinson, síntomas vasomotores y síndrome genitourinario, riesgos que aumentan progresivamente al disminuir la edad menopáusica.

Este estudio demuestra el impacto de la POI, en varios procesos de envejecimiento a nivel celular, órganos y sistemas, traduciéndose en tres veces más probabilidades de sufrir afecciones crónicas individuales y multimorbilidad en los 60 años comparada con las mujeres que inician la menopausia a los 50.

Un aspecto importante a comentar son las intervenciones por cirugía, quimioterapia, radioterapia, que siendo beneficiosas en determinadas patologías originan una tasa de POI iatrogénica, que aumentará la morbilidad y mortalidad. Un estudio reciente de mujeres con POI encontró que el riesgo cardiovascular fue mayor en mujeres con POI quirúrgico (11,3/ 1000 mujeres-año), en comparación con aquellas con POI espontáneo (8,8/1000 mujeres-año) y aquellas sin POI (5,7/1000 mujeres-año).

Las mujeres con POI presentan perfiles lipídicos desfavorable, niveles de glucosa significativamente más altos y menor sensibilidad a la insulina, con mayor riesgo de hiperlipidemia y diabetes según estudios observacionales en POI quirúrgica.

La transición postmenopausia, se asocia con el desarrollo de características propias del Síndrome Metabólico (SM), como aumento de la grasa central abdominal, alteración del perfil lipídico y resistencia a la insulina, cuya prevalencia se incrementa con la menopausia al asociarse a variables como la edad, IMC, inactividad física, similar a las pacientes que desarrollan POI con

una edad media de 35 años que reportaron una prevalencia del 14.3% de SM en comparación con 3.4% en mujeres que menstrúan regularmente.

El aumento de la grasa abdominal provoca un incremento en la síntesis de proteínas proinflamatorias y disminución de las antiinflamatorias, con mayor riesgo cardiovascular, entendiéndose que el envejecimiento inflamatorio juega un papel importante en la patogenia de la POI, provocando desequilibrio de la red de citocinas inflamatorias, de allí la importancia de una terapia de reemplazo hormonal (THM) adecuada y oportuna evitando el envejecimiento vascular por el efecto antiinflamatorios de los estrógenos.

En la POI es fundamental un enfoque holístico, individualizado, mejorando estilo de vida, dieta y ejercicio, administrando THM, vía oral o transdérmica. Posiblemente está última sea más segura en pacientes de alto RCV, obesas, hipertensas, hiperlipidemias, fumadoras, siendo más favorable al compararlo con píldora anti-conceptiva oral combinada porque se obtiene una presión arterial más baja, mejor función renal, menor activación del sistema renina-angiotensina, preservando la salud cardiovascular futura de estas mujeres jóvenes.

El reemplazo de estrógenos es beneficioso en términos de metabolismo de lípidos, glucosa y composición corporal, describiéndose en la POI quirúrgica reducción de la mortalidad general y cardiovascular, con la evidencia según estudios que por cada año que una mujer con POI está expuesta al estrógeno, su riesgo de eventos de ECV disminuye entre un 0,15% y un 0,16%.

Al concluir, vemos que la POI es considerada un problema de salud pública creciente con la evidencia que la mayor reducción en la incidencia de ECV se produjo en mujeres que utilizaron THM durante los 10 primeros años de la menopausia, especialmente las que iniciaron dentro del primer año del diagnóstico, demostrando la importancia del inicio temprano y la continuación a largo plazo de la terapia hormonal, hasta al menos la edad media de la menopausia según las directrices actuales.