

# Capítulo 6

---

## Enfoque de la paciente con síndrome genitourinario de la menopausia

**Diana Shirley Botero Builes**

Residente de Ginecología y Obstetricia  
Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia

**Liliana Padilla**

Ginecología y Obstetricia.  
Máster en Climaterio y Menopausia.

## Introducción

El síndrome genitourinario de la menopausia (SGUM), es un conjunto de síntomas molestos y hallazgos al examen físico, asociados a la disminución de estrógenos y otros esteroides sexuales, que involucran el tracto genitourinario. (1,3)

Este término descriptivo fue aprobado por consenso de la Sociedad Internacional para el Estudio de la Salud Sexual de la Mujer y la Sociedad Norteamericana de Menopausia en el año 2014. (11) Contiene, pero no se limita, a síntomas genitales, sexuales y urinarios. Las mujeres pueden presentar algunos (sin un número mínimo definido) o todos los signos y síntomas, que deben ser molestos y no explicarse mejor por otro diagnóstico. (1)

Considerando el aumento de la esperanza de vida y que las mujeres pasan aproximadamente un tercio de esta en posmenopausia, es fundamental reconocer y tratar este síndrome para restaurar el epitelio vulvovaginal y, en definitiva, mejorar la calidad de vida de las pacientes. Existen múltiples opciones de tratamiento que incluyen terapias hormonales y no hormonales, que se deben adaptar según los posibles riesgos y beneficios, así como a las preferencias individuales. (5)

## Fisiopatología

El tracto genital y urinario femenino comparten un origen embriológico común a partir del seno urogenital, que forma el vestíbulo y el segmento inferior de la vagina, el triángulo de la vejiga y la uretra. Los receptores de estrógeno (RE) no se expresan en la cúpula de la vejiga, lo que refleja su origen diferente. (2,4)

Se ha demostrado que los RE y progesterona están presentes en la vagina, el vestíbulo de la vulva, la uretra, la vejiga, la fascia endopélvica y la musculatura del piso pélvico. (1,4,12) Estos tejidos responden a las hormonas esteroideas sexuales y en ellos los RE modulan mecanismos de barrera, defensa, procesos de proliferación y maduración celular, son, por lo tanto, sensibles al hipuestrogenismo. (2,5,12)

La vagina y la uretra se componen de epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con 4 capas de células: superficiales, intermedias, basales y parabasales. En respuesta al estímulo de los RE, estas últimas migran hasta las capas superficiales donde se diferencian y almacenan glucógeno, que durante la exfoliación del epitelio es liberado y metabolizado a glucosa. Esta, es transformada en ácido

láctico y acético por los Lactobacillus (microorganismos predominantes en el microbioma vaginal), manteniendo el pH vaginal en un rango de 3,5 a 4,5. (5,18)

La activación de los RE regula además, la lubricación vaginal y estimula la proliferación epitelial, formando una capa redundante de tejido de músculo liso, que contiene rugosidades y permiten la expansión y distensión de la vagina durante el coito.

Con el advenimiento del hipuestrogenismo, estas funciones se pierden, se disminuye el contenido de colágeno, ácido hialurónico y elastina; el epitelio se adelgaza, la proliferación de músculo liso se altera, la disposición del tejido conectivo es más densa y disminuye la vascularización y la elasticidad de la pared vaginal. (5,9,16) Las superficies epiteliales se vuelven planas, queratinizadas y se reducen además las secreciones vaginales y los Lactobacillus. Esto genera un aumento del pH entre 5,0 y 7,5 que altera la viabilidad de la flora vaginal sana y promueve el crecimiento excesivo de bacilos gramnegativos, induciendo inflamación y favoreciendo la aparición de infecciones vaginales y urinarias (tabla 1). (5)

El tratamiento con estrógenos sistémicos o tópicos se ha asociado a un aumento de Lactobacillus vaginales. Esto sugiere que, para muchas mujeres posmenopáusicas, el mejor enfoque para promover un microbioma vaginal saludable no es la terapia con antibióticos, sino con estrógenos vaginales. (10)

- Epitelio seco y delgado
- Disminución de exfoliación → Disminución del glucógeno → cambios en el microbioma vaginal → Aumento del pH
- Proliferación del tejido conjuntivo
- Fragmentación de la elastina
- Disminución del colágeno, el ácido hialurónico y flujo sanguíneo
- Disminución de la elasticidad
- Disminución de secreciones: epitelio seco, delgado y friable
- Pérdida de células superficiales y aumento de las parabasales
- Hipersensibilidad vaginal

Tabla 1. Resumen de la fisiopatología del SGUM.

Tomado y modificado de: Angelou K, Grigoriadis T, Diakosavvas M, Zacharakis D. The Genitourinary Syndrome of Menopause : An Overview of the Recent Data Clinical manifestations and evaluation. Cureus. 2020;12

### Etiología

Durante la menopausia, las mujeres experimentan muchos cambios anatómicos y fisiológicos, relacionados con la reducción de los niveles de estrógeno y otras hormonas sexuales circulantes, así, como por los efectos del envejecimiento cronológico sobre los tejidos del tracto genitourinario. Estos, a diferencia de la sintomatología vasomotora, no se resuelven con el tiempo, tienen un carácter gravativo y pueden tener incluso un impacto significativo en la calidad de vida y en la salud física, mental y sexual de las mujeres. (1,8,12,17)

Dada la expectativa de vida actual, el SGUM y sus síntomas se desarrollan con mayor frecuencia en el contexto de la menopausia natural, que generalmente ocurre entre los 48 y los 52 años, sin embargo, pueden presentarse también a cualquier edad, en condiciones asociadas a niveles de estrógenos bajos, como lo es el caso de la amenorrea hipotalámica, la insuficiencia ovárica primaria, la menopausia quirúrgica (ooforectomía bilateral con o sin histerectomía), el posparto, la lactancia y el uso de ciertos medicamentos (p. ej., agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina, inhibidores de la aromatasa y los moduladores selectivos de los RE). (3,7,12) En estos últimos casos, la literatura sugiere un inicio más temprano de los síntomas, con cuadros más severos y de difícil manejo. (10,14) En la **tabla 2** se mencionan otros factores de riesgo descritos.

- **Cáncer: quimioterapia, cirugías pélvicas o esquemas de radioterapia pélvica**
- **Disminución de la frecuencia y abstinencia sexual**
- **Insuficiencia ovárica primaria**
- **Sedentarismo**
- **Abuso de alcohol**
- **Tabaquismo**
- **Ausencia de partos vaginales**
- **Bajo nivel educativo**

**Tabla 2.** Otros factores de riesgo descritos.

**Tomado y modificado de:** Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. Am J Obstet Gynecol.

### Epidemiología

Si bien, la atrofia urogenital es una consecuencia inevitable de la menopausia, puede ser que no todas las mujeres sean sintomáticas o que los síntomas tarden en aparecer incluso 10 años después del último periodo menstrual. Estos pueden ser leves y tener poca correlación con la edad y los hallazgos al examen físico. Se ha estimado que del 10% al 40% de las mujeres posmenopáusicas son sintomáticas, de estas, el 25% busca atención médica y solo el 7% recibe tratamiento. (16) Por esto, la prevalencia de los síntomas urogenitales es difícil de estimar, ya que muchas mujeres aceptan estos cambios como una consecuencia inevitable del envejecimiento o sienten vergüenza por referirlos como una molestia y, por lo tanto, no buscan ayuda. (4,5)

En los primeros años de la posmenopausia, los cambios en la mucosa vaginal no suelen ser muy pronunciados, y según la literatura solo el 4% de las mujeres presentan manifestaciones clínicas. Después de 7 a 10 años, cuando hay una mayor deficiencia estrogénica y progresión de la atrofia, se presenta en casi el 50% de ellas, con un aumento progresivo de su frecuencia con el tiempo, hasta comprometer entre el 73% al 75%. (7)

En un estudio descriptivo en el que se incluyeron 558 mujeres colombianas, con menopausia a los 48,1 años (duración media de 9,6 años), se reportó una prevalencia del SGUM del 51,61% (62,88% en mayores de 55 años y 39,32% en menores). El síntoma referido con mayor frecuencia fue la sequedad vaginal (84%) seguida por la dispareunia (57%). La irritación vaginal se presentó en el 48%, el prurito genital (ardor, quemazón) en el 39% y la disfunción sexual en el 67,2%. (6)

### Manifestaciones clínicas

El SGUM puede incluir, pero no se limita a **síntomas genitales** de sequedad, ardor e irritación, **síntomas sexuales** de falta de lubricación, malestar, dispareunia o disfunción sexual y **síntomas urinarios** de urgencia, disuria e infecciones urinarias recurrentes. Estos síntomas no se correlacionan siempre con los signos físicos del envejecimiento a nivel genitourinario, suelen ser crónicos y progresivos y generalmente no se resuelven sin una intervención terapéutica adecuada. (1,3,17)

# XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



Este síndrome se diagnostica con mayor frecuencia ante la presencia de dispareunia secundaria a la sequedad vaginal. Cuando el epitelio vulvovaginal no está adecuadamente lubricado, pueden desarrollarse ulceraciones y fisuras durante el coito, dispareunia secundaria e incluso vaginismo (espasmo doloroso de los músculos vaginales en respuesta fisiológica a la ansiedad y temor al dolor). (5,9) En su forma grave, puede producir desde una superficie vaginal más delgada, friable e hipopigmentada, con petequias, ulceraciones, inflamación y desgarros, hasta la fibrosis y obliteración de la vagina. También se han descrito complicaciones urológicas como la estenosis del meato, los pólipos, las carúnculas, el prolapso y la atrofia uretral. (10,14)

Se puede asociar, además, con síntomas urinarios bajos (irritativos por definición), y a una mayor incidencia de incontinencia urinaria. El hipoestrogenismo induce una pérdida de fibras de colágeno, elastina, agua y ácido hialurónico en los tejidos conectivo submucoso, ligamentario y de las fascias del piso pélvico lo cual contribuye a la aparición de disfunciones del piso pélvico y prolapsos genitales.

Los estrógenos afectan la continencia por varios mecanismos:

- Aumentan: la resistencia uretral, el umbral de sensibilidad de la vejiga, la sensibilidad de adrenorreceptores en músculo liso uretral y la rugosidad de mucosa uretral que contribuye a sello hermético.
- Reducen: la amplitud y frecuencia de contracciones rítmicas espontáneas del detrusor.

Aunque el SGUM es común, no todas las mujeres posmenopáusicas desarrollan signos o síntomas, y no todos los síntomas genitourinarios después de la menopausia pueden clasificarse como SGUM, de hecho, este es un diagnóstico de exclusión. (17)

## Evaluación y diagnóstico

El primer paso en el enfoque de estas pacientes es realizar una anamnesis cuidadosa y una historia clínica completa, que permitan identificar los síntomas molestos, su duración e impacto. Estas permiten además reconocer factores que contribuyen a su presentación, etiologías alternativas e intervenciones terapéuticas previas y su respuesta. (8,10) Se debe indagar por el uso de lubricantes, polvos, jabones, espermicidas y protectores diarios, que suelen contener irritantes y que pueden producir molestias en la región genitourinaria. (5,8,18)

Para una mujer con antecedente de cáncer, la información adicional es relevante, incluido el sitio del cáncer, la edad al diagnóstico, el estado de los receptores hormonales, el tipo de menopausia (espontánea o inducida) y los tratamientos. De forma especial, la cirugía pélvica y la radioterapia pueden dañar el epitelio, el suministro vascular y la anatomía del canal vaginal. (10)

El segundo paso consiste entonces en el examen pélvico sistemático, en el que se deben identificar los signos compatibles con SGUM y descartar otras patologías con presentaciones similares. (10) Con el envejecimiento y la evolución de la menopausia, la vulva se somete a cambios estructurales que incluyen típicamente, la reducción del volumen del monte del pubis, la pérdida de la grasa subcutánea y el vello púbico en los labios mayores, disminución del tamaño y pigmentación de los labios menores y los bulbos vestibulares, retracción y estrechamiento del introito vaginal e involución de las carúnculas himeneales, esto lleva además, a una disminución de la profundidad y el ancho general de la vagina. (3,17) El clítoris y su capuchón pueden fusionarse dificultando su evaluación, además, el meato uretral puede estar más prominente y eritematoso. (9,10)

El tejido de la vulva y la vagina puede estar más pálido, seco y brillante, con pérdida de las rugosidades y la elasticidad. Es común tener inflamación asociada de la mucosa, con eritema y friabilidad que facilita el sangrado y la aparición de petequias. (3,7) Se debe verificar si hay laceraciones o lesiones, fusión de los labios o estenosis del introito vaginal. (5) Con la vaginitis atrófica, puede además presentarse una secreción vaginal marrón o amarillenta, en ocasiones maloliente. (9) No se debe olvidar evaluar la sensibilidad y el tono de los músculos del piso pélvico.

El tercer y último punto del abordaje son las pruebas de laboratorio. Si bien estas no se requieren para establecer el diagnóstico y no se recomiendan de forma rutinaria, en algunos casos pueden ayudar en el enfoque y evaluación de la respuesta a la terapia. Valores superiores a 5 en la medición del pH vaginal, tienen cierta correlación con los síntomas clínicos, sin olvidar que este también se puede aumentar en situaciones como vaginosis bacteriana, tricomoniasis y la presencia de sangre, semen o productos de aseo personal. (15,3,11,18)

### Otras herramientas de evaluación

Existen múltiples cuestionarios para la evaluación de los síntomas (cuestionario sobre el impacto diario del envejecimiento vaginal (DIVA)) y escalas estandarizadas para el examen físico. Una de las herramientas clínicas es el índice de salud vaginal (Vaginal Health Index -VHI), que evalúa 5 parámetros (**tabla 3**) con una escala de 1 (más pobre) a 5 (mejor). (19)

	Elasticidad general	Tipo de secreción y consistencia	pH	Mucosa epitelial	Hidratación
1	Ausente	Ausente	6,1	Petequias antes del contacto	Ausente, mucosa inflamada
2	Pobre	Escaso, amarillo y fino	5,5-6,0	Sangrado con contacto leve	Ausente, mucosa no inflamada
3	Suficiente	Superficial, blanca y fina	5,1-5,5	Sangrado con rascado	Mínima
4	Buena	Moderada, blanca y fina	4,7-5,0	No friable, mucosa delgada y fina	Moderado
5	Excelente	Normal (blanca)	<=4,6	No friable, mucosa normal	Normal

**Tabla 3.** Índice de salud vaginal.

**Tomado de:** Bachmann G. Urogenital ageing: an old problem newly recognized. Maturitas. 1995

Puntuaciones más bajas corresponden a una mayor atrofia. Permite objetivar los hallazgos al examen físico y evaluar la respuesta al tratamiento instaurado.

Otras pruebas menos utilizadas son la ecografía uterina que también podría ser de utilidad, dado que un grosor endometrial < 5 mm, se correlaciona con hipoestrogenismo. (5) La prueba de Papanicolaou, el cultivo vaginal o los estudios histopatológicos pueden ser necesarios para descartar procesos infecciosos sobreagregados y cambios displásicos o neoplásicos, ante hallazgos clínicos sospechosos, o pobre respuesta al tratamiento. (5,8,18) Cualquier hemorragia vaginal en paciente posmenopáusica requiere estudios adicionales para excluir una neoplasia subyacente a nivel de vulva, vagina, cérvix o endometrio. (8)

### Diagnósticos diferenciales

Entre los diagnósticos diferenciales que deben tenerse en cuenta, se incluyen afecciones vulvares y vaginales que pueden presentarse con signos y síntomas similares. Se debe estimar entonces la presencia de afecciones alérgicas o inflamatorias, vaginosis bacteriana, tricomoniasis, candidiasis, irritantes de contacto, cuerpos extraños y trauma sexual. (3,5) Otros diagnósticos para considerar se incluyen en la **tabla 4**. Es más probable que exista una etiología alternativa en mujeres con síntomas vulvovaginales crónicos o recurrentes que estaban presentes antes de la menopausia. (9)

- Condiciones dermatológicas de la vulva (liquen escleroso, plano o simple crónico, eccema, dermatitis, vulvovaginitis crónica)
- Vulvodinia y vaginismo
- Enfermedades autoinmunes
- Malignidad
- Dolor pélvico crónico
- Trauma o cuerpo extraño
- Diabetes
- Lupus
- Enfermedad de Paget extra- mamaria

Tabla 4. Diagnósticos diferenciales del SGUM.

Tomado y modificado de: Farrell Am E. Genitourinary syndrome of menopause. Aust Fam PHysician. 2017;46(7):481–4.

## Tratamiento

El objetivo principal es el alivio de los síntomas y con esto, la mejoría de la calidad de vida. Luego de excluir otros diagnósticos, el esquema de manejo puede plantearse de forma escalonada en función de la gravedad del cuadro, la eficacia y seguridad de la terapia y las preferencias de cada paciente. Se debe explicar que aunque en la mayoría de los casos la mejoría ocurre rápidamente, puede ser necesario el tratamiento incluso por 12 semanas para obtener el máximo beneficio, y que en ausencia de contraindicaciones, debe continuarse tanto como sea necesario, ya que los síntomas suelen reaparecer luego de suspenderla. (9,11)

Dentro de las diferentes estrategias de manejo se cuenta con opciones farmacológicas y no farmacológicas. Estas últimas están indicadas en pacientes con síntomas menos graves, incluyen lubricantes y humectantes vaginales, los ejercicios de estiramiento vaginal (Dilatadores vaginales lubricados) y si es el caso, el reinicio de la actividad sexual una vez la penetración vaginal no sea tan incómoda. La terapia de piso pélvico puede ser también útil para el tratamiento de la disfunción muscular relacionada con el SGUM. (7,11)

- Lubricantes: se usan antes de las relaciones sexuales. Pueden ser a base de agua, silicona o aceite, sin embargo, estos últimos pueden erosionar los condones. (7,11) La eficacia de estos depende de los aditivos de cada producto,

el pH y la Osmolaridad. La Organización Mundial de la Salud acepta un pH aproximado de 4,5 y un límite superior de osmolaridad de 1200 mOsm/kg. Valores mayores se han asociado a toxicidad, irritación y daño celular epitelial. (8,11,14)

- El humectante: producto bioadhesivo que se adhiere a la mucosa y simula las secreciones vaginales. Se usa 2 a 3 veces por semana, independientemente de la actividad sexual. (3,11).
- Ácido hialurónico: polímero que se encuentra en el cartílago y otros tejidos blandos del cuerpo. Mejora la dispareunia al aumentar la humedad. Hasta la fecha, no hay evidencia de mayor beneficio sobre los lubricantes o humectantes. (11)

Se han propuesto otras terapias complementarias como la vitamina D oral, la vitamina E vaginal y los fitoestrógenos; sin embargo, los datos sobre su eficacia son escasos y se requieren más estudios para su validación. (11,15)

## Terapias Farmacológicas

Estas pueden ser una mejor opción ante síntomas graves o persistentes, a pesar de las terapias no farmacológicas.

- Estrógeno vaginal (EV): las diferentes presentaciones proporcionan un alivio eficiente con un perfil de riesgo más favorable que la terapia sistémica, ya que las dosis empleadas son más bajas y la absorción (aunque depende de la gravedad de la atrofia vaginal y la dosis utilizada) es mínima, manteniendo la concentración de estrógeno en el rango de la posmenopausia. (5,11) Disminuyen el pH, mejoran la elasticidad y el grosor de los tejidos vulvovaginales y restauran el flujo sanguíneo. (3) Se prefiere esta vía ante síntomas genitourinarios aislados, pero en caso de requerir terapia sistémica para el tratamiento de otros síntomas de la menopausia, se debe evaluar la respuesta, ya que generalmente, se obtiene una resolución satisfactoria. En caso de pobre control se pueden agregar dosis bajas de EV. (9,11)

Evidencia de baja calidad sugiere menor efectividad para el control de los síntomas urinarios en comparación con los vulvovaginales. En presencia de ambos síntomas, se recomienda una prueba con EV. Si los síntomas urinarios no mejoran lo suficiente o no se resuelven después de 3 meses de tratamiento, se recomienda el uso de otras terapias. (11)

En caso de infección urinaria recurrente (2 episodios comprobados por cultivo en 6 meses, o, 3 en 1 año) en el contexto del SGUM, el tratamiento con EV ha mostrado una reducción significativa del número de episodios de infecciones por año. (11)

Los eventos adversos asociados con el uso de esta incluyen: mastalgia, candidiasis, flujo y sangrado vaginal. (9,11) No se ha evidenciado aumento del riesgo de cáncer de endometrio ni de tromboembolismo venoso en la población general, sin embargo, faltan datos prospectivos para mujeres con alto riesgo de trombosis. (11)

La terapia con EV a dosis bajas debe individualizarse para identificar la dosis más baja y la frecuencia de uso que proporcione el efecto deseado. Debido a que las cremas no proporcionan una dosis fija específica, se pueden preferir otras presentaciones en caso de requerir una dosificación más cuidadosa. (11)

No se recomienda el uso de un progestágeno cíclico ni la vigilancia endometrial. En caso de alto riesgo de cáncer de endometrio debido a obesidad, diabetes o usuarias de dosis más altas de lo habitual, sí está indicada esta conducta. (7,11)

Posibles contraindicaciones: mujeres con sangrado vaginal/uterino no diagnosticado. Debe usarse con precaución en mujeres con neoplasias dependientes de estrógeno (mama y endometrio), y en mujeres con mayor riesgo de trombosis y trastornos cardiovasculares. (11)

- DHEA vaginal: también conocida como prasterona, es una hormona esteroidea, que es convertida en andrógenos y estrógenos a nivel tisular. (16) Está aprobada para el tratamiento de la dispareunia moderada a severa en mujeres menopáusicas. Esta mejora el índice de maduración y el pH vaginal. (11,15)

- Ospemifeno: modulador selectivo de los RE, con acción agonista/antagonista variable dependiendo de los tejidos blanco. Es el único producto disponible por vía oral aprobado para el tratamiento de la sequedad vaginal y la dispareunia moderada a grave. Los síntomas vasomotores son los efectos adversos reportados más frecuentemente. Las precauciones de uso son similares a las de los estrógenos y otros agonistas/antagonistas de los estrógenos, incluido un mayor riesgo de cáncer de endometrio y enfermedades cardiovasculares. No debe usarse en mujeres con cáncer

de mama conocido o sospechado, ya que no hay evidencia suficiente sobre su seguridad en estos casos. (9,11)

- Testosterona: Aunque su uso no ha sido aprobado en esta patología, estudios iniciales han demostrado mejoría de la dispareunia, la sequedad vaginal y el índice de maduración vaginal.

- Terapias basadas en energía: el láser (CO2 fraccional, Erbio) y los dispositivos de radiofrecuencia, están bajo investigación como tratamientos para el SGUM, pero no han sido aprobados. Se ha propuesto que estos dispositivos mejoran la salud vaginal al causar microtraumatismos, que inducen formación de colágeno, angiogénesis y engrosamiento epitelial. Actualmente existe una alerta dado que “la seguridad y efectividad de estos dispositivos para el tratamiento de esta condición no ha sido establecida” (FDA) y la Sociedad Norte Americana de Menopausia cita la falta de datos de seguridad a largo plazo. (11,16)

Tipo	Composición	Dosis de inicio	Dosis de mantenimiento	Niveles séricos de estradiol (pg/mL)
<b>Crema vaginal</b>				
	17B-estradiol 0,01% (0.1 mg de ingrediente activo/g)	0,5-1 g/d por 2 semanas	1,5-1 g/ 1-3 veces por semana	Variable
	Estrógenos conjugados (0,625 mg de ingrediente activo/g)	0.5-1 g/d por 2 semanas	1.5-1 g/ 1-3 veces por semana	Variable
	Estrona 0,1% (1 mg de ingrediente activo/g)		0,4-4 g/día, previsto para uso a corto plazo	Variable
<b>Insertos vaginales</b>				
	17B estradiol	4 o 10 ug/d por 2 semanas	1 inserto 2 veces/ semana	3,6 (4 ug) 4,6 (10 ug)
	Tabletas de estradiol	10 ug/d por 2 semanas	1 tableta 2 veces/ semana	5,5
	DHEA (Prasterona)	6,5 mg/d	6,5 mg/d 1 inserto/d	5
Anillo vaginal	17B estradiol	Anillos de 2 mg liberan aproximadamente 7,5 ug/d	Reemplazo cada 90 días	8
Tableta oral	Ospemifeno	60 mg/d	1 tableta cada día	No aplica

**Tabla 4.** Terapias farmacológicas aprobadas por la FDA para el tratamiento del SGUM.

**Tomado y modificado de:** The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society.

### Conclusiones

El SGUM es una colección de signos y síntomas asociados a la disminución de los estrógenos y otros esteroides sexuales que involucran la vagina, la vulva, la uretra y la vejiga. Puede incluir, **síntomas genitales** de sequedad, ardor e irritación, **síntomas sexuales** de falta de lubricación, malestar, dispareunia o disfunción sexual y **síntomas urinarios** de urgencia, disuria e infecciones urinarias recurrentes. Dichos síntomas no se correlacionan siempre con los hallazgos al examen físico, suelen ser crónicos y progresivos, y generalmente no se resuelven sin una intervención terapéutica adecuada.

Dada la alta tasa de subreporte, es indispensable indagar activamente por los síntomas para reducir el subdiagnóstico de una condición que puede estar afectando significativamente la calidad de vida de las pacientes sin que estas lo manifiesten espontáneamente.

Existen opciones de tratamiento hormonales y no hormonales, que se deben adaptar considerando los posibles riesgos y beneficios, así como las preferencias de cada paciente.

### Bibliografía

1. Portman DJ, Gass MLS. Genitourinary syndrome of menopause : new terminology for vulvovaginal atrophy from the International Society for the Study of Women \_ s Sexual Health and The North American Menopause Society. *Menopause*. 2014;21(10):1063–8.
2. R. P. Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Midlife Heal*. 2019;Jul-Sep;10(3):111–3.
3. Palma F, Volpe A, Villa P CA. Vaginal atrophy of women in postmenopause. Results from a multicentric observational study: The AGATA study. *Maturitas*. 2016;Jan(83):40–4.
4. Shifren JANL. Genitourinary Syndrome of Menopause. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;september(3):508–16.
5. Robinson D, Toozs-hobson P, Cardozo L. The effect of hormones on the lower urinary tract. *Menopause Int*. 2013;19(4):155–62.
6. Espitia De La Hoz FJ. PREVALENCIA DEL SÍNDROME GENITOURINARIO DE LA MENOPAUSIA EN MUJERES E IMPACTO EN LA SEXUALIDAD, EN QUINDÍO (COLOMBIA), 2013-2016. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2018;69(4):249–59.
7. Gandhi J, Chen A, Dagur G, Suh Y, Smith N, Cali B, et al. Genitourinary syndrome of menopause: an overview of clinical manifestations, pathophysiology, etiology, evaluation, and management. *Am J Obstet Gynecol* [Internet]. 2016;215(6):704–11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2016.07.045>
8. Faubion SS, Sood R, Mbbs EK. Genitourinary Syndrome of Menopause : Management Strategies for the Clinician. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017;92(12):1842–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.08.019>
9. Farrell Am E. Genitourinary syndrome of menopause. *Aust Fam Physician*. 2017;46(7):481–4.
10. Hodges AL, Holland AC, Dehn B, Pace DT. Diagnosis and Treatment of Genitourinary Syndrome of Menopause. *Nurs Womens Health* [Internet]. 2018;(August). Available from: <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2018.07.005>
11. Society TNAM. The 2020 genitourinary syndrome of menopause position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*. 2020;27(9):976–92.

# XXIX Actualización en GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA



UNIVERSIDAD  
DE ANTIOQUIA  
Facultad de Medicina

- 12.** Mitchell CM, Reed SD, Diem S, Larson JC, Newton KM, Ensrud KE, LaCroix AZ, Caan B GK. Efficacy of Vaginal Estradiol or Vaginal Moisturizer vs Placebo for Treating Postmenopausal Vulvovaginal Symptoms: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2018;May 1;178(5):681–90.
- 13.** Lima SMRR HJ. Critical analysis of methods for assessing genitourinary syndrome of menopause used in clinical trials. *Menopause.* 2019;26(12):1436–42.
- 14.** Nappi RE, Martini E, Cucinella L, Martella S, Tiranini L, Inzoli A, Brambilla E, Bosoni D, Cassani C GB. Addressing Vulvovaginal Atrophy (VA)/ Genitourinary Syndrome of Menopause (GSM) for Healthy Aging in Women. *Front Endocrinol.* 2019;Aug 21(10):1–11.
- 15.** Alvisi S, Gava G, Orsili I, Giacomelli G, Baldassarre M, Seracchioli R MM. Vaginal Health in Menopausal Women. *Med (Kaunas).* 2019;55(10):1–13.
- 16.** PHillips NA BG. Genitourinary syndrome of menopause: Common problem, effective treatments. *Cleve Clin J Med.* 2018;85(5):390–8.
- 17.** Vegunta S, Files J KJ. Newer Name, Newer Treatments: The Genitourinary Syndrome of Menopause. *J Womens Heal (Larchmt).* 2019;28(7):897–9.
- 18.** Vieira-Baptista P, Marchitelli C, Haefner HK, Donders G P-LF. Deconstructing the genitourinary syndrome of menopause. *Int Urogynecol J.* 2017;28(5):675–9.
- 19.** Angelou K, Grigoriadis T, Diakosawas M, Zacharakis D. The Genitourinary Syndrome of Menopause : An Overview of the Recent Data Clinical manifestations and evaluation. *Cureus.* 2020;12(4).