

USO DA TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL NA PERIMENOPAUSA

Larissa Metello Da Costa Lima¹
Gabrielly Heemann Vieira¹
João Pedro Lopes Iwasaki¹
Taísa Guimarães De Souza²

A assistência integral à saúde da mulher na atenção primária é um conjunto de ações educativas, preventivas, diagnósticas e de tratamento. Para um atendimento integral a essa população, cabe a medicina a avaliação e gerenciamento de sintomas visando um atendimento humanização, integral e resolutivo.

A perimenopausa é definida como um período fisiológico em que ocorre a diminuição progressiva da função ovariana, o que ocasiona diminuição dos hormônios sexuais femininos. Dentro desse período está inclusa a menopausa, que corresponde ao último ciclo menstrual após 12 meses de amenorréia, que geralmente ocorre entre 45-55 anos de idade, sendo considerada precoce se ocorrer antes dessa data e tardia caso aconteça após os 55 anos de idade¹.

O primeiro evento da perimenopausa é a atresia dos folículos ovarianos e diminuição da quantidade deles, conseqüentemente, os ciclos ovarianos se tornam anovulatórios e diminuem a produção tanto do estrogênio quanto da progesterona. Essa queda hormonal é a responsável pelas diversas repercussões sistêmicas que afetam tanto a integridade física quanto a integridade emocional das mulheres nesse período¹.

Apesar da queda dos hormônios ser o grande marco do climatério, o diagnóstico é essencialmente clínico, não sendo necessário as dosagens hormonais para confirmá-lo na presença de quadro clínico compatível. No entanto, níveis de FSH acima de 40 mUI/ml e de estradiol (E2) menores do que 20 pg/ml são característicos do período pós-menopáusico².

Dentre as repercussões clínicas, a principal delas é a irregularidade menstrual, em geral os ciclos menstruais se tornam mais curtos e com uma intensidade maior de sangramento, muitas vezes associado a pólipos e miomas favorecidos pela própria modificação hormonal. Outro sintoma comum, presente em até 80% das mulheres, são

¹ Acadêmico do Curso de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG.

² Docente do Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG.

os sintomas vasomotores representados pelos fogachos (sensação súbita de calor intenso que se inicia na face, pescoço, parte superior dos troncos e braços, e se generaliza) e suores noturnos, podendo estar associado também a palpitações, taquicardia e aumento da temperatura corporal².

Também é comum a presença de alterações no sono, que passam a ter menor duração devido a maior quantidade de despertares noturno pelos fogachos e também menor eficácia no sono, o que causa cansaço e prejuízo nas atividades diárias, além de ser fator de risco para o desenvolvimento de depressão e ansiedade. A perimenopausa também propicia as alterações cognitivas, como redução da atenção e da memória².

Consequências físicas estão presentes, como no caso dos cabelos que se tornam mais finos e propensos a queda, alterações oculares relacionadas a irritação e ressecamento ocular, além da fotofobia, diminuição auditiva, diminuição do colágeno e da espessura da pele causando aumento da flacidez e das rugas².

O trato geniturinário também é afetado pela deficiência de estrogênio causando a chamada “síndrome geniturinária”. Nessa síndrome, a vulva perde tecido adiposo e a pele se torna mais fina, com rarefação de pelos pubianos, a vagina passa a ser mais curta e estreita, e o epitélio vaginal torna-se fino, além de ter redução da lubrificação natural devido a redução da secreção glandular. O epitélio também se torna bastante friável, com sangramento ao toque e ao mínimo trauma. O pH vaginal tende a se tornar alcalino e a uretra tende a estar mais proeminente e hiperemiada. Todas essas modificações contribuem para que ocorra dispareunia, sangramentos genitais e infecções urinárias recorrentes².

Outra manifestação comum é a osteoporose, caracteriza pela diminuição da densidade óssea, levando à fragilidade e fraturas patológicas, principalmente em rádio distal (Colles), coluna vertebral e fêmur proximal (quadril)².

Entendendo todas essas manifestações clínicas, percebemos a importância de manejar corretamente as mulheres que estão na perimenopausa e/ou climatério, com o objetivo de oferecer maior qualidade de vida a elas. Esse manejo inclui desde o diagnóstico correto, solicitação de exames complementares até a avaliação da melhor conduta terapêutica as indicações do uso das terapias hormonais.

O Consenso Brasileiro de Terapêutica Hormonal da Menopausa (2018) preconiza a realização da seguinte avaliação antes do início da terapia hormonal:

dosagem de colesterol total, HDL-colesterol, triglicerídeos, glicemia de jejum, mamografia, densitometria óssea e coleta de Papanicolau. Todos esses exames têm como objetivo avaliar se a paciente apresenta critérios e condições de iniciar a terapia hormonal³.

Após o início da terapia de reposição, as mulheres devem passar por avaliação periódica dos fatores de risco cardiovascular e controle deles por meio de mudança de estilo de vida ou medicamentos, além da coleta de novos exames como lipidograma (repetir após 1 ano, geralmente), glicemia de jejum (repetir após 3 anos ou se fator de risco), mamografia anual, densitometria anual e coleta de Papanicolau a cada 3 anos. Em relação a ultrassonografia transvaginal, não há necessidade de realização periódica em mulheres assintomáticas para rastreamento do câncer de ovário e endométrio, apenas em mulheres com alto risco de câncer em uso de estrogênio tópico isolado. Já em relação a dosagem hormonal, a dosagem de FSH, LH e estrogênio não deve ser rotineira e a avaliação de hormônios tireoidianos necessária apenas em casos sintomáticos³.

Em relação a terapia hormonal propriamente dita, existem diversos hormônios com diferentes vias e doses de administração, podendo ser utilizada a terapia isolada com estrogênios, a terapia combinada de estrogênios e progestogênios, a terapia combinada de estrogênios/bazedoxifeno ou o uso de tibolona, cada uma com indicações e contraindicações específicas².

Os principais benefícios da terapia hormonal acontecem quando a terapia é instituída durante a perimenopausa e não após a menopausa e eles são a redução dos sintomas vasomotores, da síndrome geniturinária do climatério, prevenção da osteoporose e de fraturas patológicas, melhora dos distúrbios da função sexual (libido, lubrificação vaginal e dispareunia), e principalmente a melhora da qualidade de vida, independente de qual terapia for utilizada².

Em relação as indicações, as principais indicações são a presença de sintomas vasomotores e da atrofia vulvovaginal e a prevenção da osteoporose. Já as principais contraindicações são: presença de sangramento vaginal de causa desconhecida, antecedentes pessoais de neoplasia hormônio-dependente (câncer de mama e câncer de endométrio), lesão precursora para o câncer de mama, doença hepática descompensada, antecedentes pessoais de doença coronariana, cerebrovascular e trombótica, lúpus eritematoso sistêmico com elevado risco tromboembólico e porfirias².

Sabendo de todas essas indicações e contraindicações, diante da hipótese de se iniciar a terapia hormonal, deve-se atentar para os riscos provocados pela reposição hormonal, apesar de não haver um consenso sobre a duração máxima da terapia de reposição hormonal, sabe-se que ela deve ser suspensa quando os benefícios não superarem os riscos. Dentre esses riscos podemos citar aumento do câncer de mama estimado em menos de 0,1% ao ano, eventos tromboembólicos (principalmente associado a obesidade), aumento do risco de doenças de via biliar (principalmente nas mulheres que usam estrogênioterapia por via oral devido efeito hepático de primeira passagem após ingestão oral)².

Por isso o uso da terapia hormonal deve ser individualizada levando em consideração os riscos e benefícios de cada paciente, bem como a idade, o tempo de menopausa e a intensidade dos sintomas. Sabendo disso, deve-se optar pelo melhor esquema terapêutico, divididas em duas categorias: a terapêutica estrogênica isolada e a terapêutica combinada (estrogênio e progesterona). Sendo que a terapia estrogênica isolada é indicada para mulheres histerectomizadas e a associação de estrogênio e progestogênio é indicado para mulheres com útero, pois o progestogênio realiza a chamada “proteção endometrial”, equilibrando os efeitos proliferativos do estrogênio e diminuindo os riscos de hiperplasia e câncer endometrial³.

Dentre as terapias combinadas, elas ainda podem ser divididas em sequencial (o estrogênio é administrado continuamente e o progestogênio, durante 12 a 14 dias consecutivos ao mês) ou contínua (estrogênio e o progestogênio são administrados diariamente). Os regimes combinados sequenciais são indicados na transição menopausal até os primeiros anos de pós-menopausa, e os combinados contínuos, na pós-menopausa, sendo que este último esquema apresenta menor chance de sangramento, porém são mais previsíveis³.

Em relação a tibolona, ela é um esteroide sintético derivado da 19-nortestosterona, com propriedades progestogênica, estrogênica e androgênica, com melhora significativa nos sintomas do climatério, atrofia vulvovaginal, perda de massa óssea, além de efeitos positivos na sexualidade e no humor. Diferente dos outros dois hormônios citados, a tibolona não estimula a proliferação mamária e consequentemente a hiperplasia e câncer de mama².

Caso as mulheres tenham contraindicações ou apresentem riscos elevados em relação ao uso da terapia de reposição hormonal, estas podem utilizar fitoterápicos como as isoflavonas, que se ligam a receptores de estrogênio, terapias comportamentais e outros fármacos como os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (paroxetina, escitalopram, citalopram, sertralina)².

Referências Bibliográficas:

1. Berek JS. Tratado de Ginecologia. 1 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2014.
2. Liao et al. Ginecologia e obstetrícia Febrasgo para o médico residente. 2 ed. Barueri: Manole; 2021.
3. Passos EP. Rotinas em ginecologia. 1 ed. Porto Alegre: Grupo A; 2017.