

to con Ayerogen (Estrógenos naturales conjugados) crema vaginal 1 aplicador en la noche por 2 a 4 semanas y después un mantenimiento medio a 1 aplicador 2 a 3 veces por semana. Cuando se evidencie mejoría de los síntomas se pasaría a terapia oral o transdérmica combinación con progestágenos según necesidad.

Es importante tener en cuenta que el manejo de la vaginitis atrófica y sus repercusiones en la incontinencia urinaria, no solo mejoramos los síntomas, sino la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Resnick N, Yalla S. Management of urinary incontinence in the elderly. *N Engl J Med* 1985; 313: 800-805.

2. Ouslander J, Staskin D, Raz S, Su H, Hepps K. Clinical versus urodynamic diagnosis in an incontinent geriatric female population *J Urol* 1987; 137:68-71.

3. Fantil J, Wyman J, Anderson R, Matt D, Bump R. Postmenopausal urinary incontinence: Comparison between nonestrogen-supplemented and estrogen-supplemented women. *Obstet Gynecol* 1988; 71: 823-828.

SÍNDROME URETRAL

Luis Freddy Vergel, M.D. *

* **Profesor Programa Materno Infantil. Facultad de Ciencias de Salud. Universidad de Paula Santander. Médico Adscrito al Departamento de Ginecología y Obstetricia. HOspital Erasmo Meoz. Cúcuta.**

El síndrome uretral se define como un proceso inflamatorio sin infección de la uretra y el trigono vesical.

La etiología del síndrome uretral es desconocida, se encuentra asociada a factores predisponentes dentro de los cuales encontramos el Hipoestrogenismo que padece la mujer durante el climaterio, produce alteraciones regresivas en el epitelio vaginal, el cual se vuelve seco y pálido; puesto que la uretra y el trigono vesical se originan embriológicamente de los mismos tejidos que los órganos reproductores femeninos, por tal motivo observamos los mismos cambios degenerativos en las porciones inferiores del tracto urinario.

Los datos clínicos del síndrome uretral en la mujer menopáusica son: la polaquiuria, pujo, dolor al terminar la micción, dolor suprapúbico, tenesmo vesical, goteo terminal, epitelio vaginal seco y pálido, meato uretral hiperémico, calibre uretral disminuido.

Las ayudas diagnósticas del síndrome uretral son: el parcial de orina, urocultivo, citología exfoliativa cervicovaginal, la uretricitoscopia, la cistouretrografía.

El tratamiento del síndrome uretral es multidisciplinario; puede ameritar la concurrencia de Ginecólogo, Psiquiatra, Urólogo, Endocrinólogo, para poder ofrecer: Psicoterapia, terapia hormonal de reemplazo, administración de estrógenos locales, las controvertidas dilataciones uretrales, criocirugía, laserterapia, corticoides parauretrales, infiltración de anestésicos locales en plexo hipogástrico.

El pronóstico del síndrome uretral es variable, los mejores resultados son obtenidos con la terapia de reemplazo, sin embargo en algunas ocasiones el padecimiento es frustrante y desconcertante tanto para la paciente como para el médico.

BIBLIOGRAFÍA

American College Obstetricians Gynecologists: Bulletin Tecnical, Hormone Replacement Therapy, No. 166, April 1992.

Asmunssen, Mogens. Clinical Gynecological Urology. Black well Scientific Publications. Oxford, London: 1983; 74-78.

Bergman A. Comentarios sobre Microbiología del Síndrome Uretral, Year Book de Obstetricia y Ginecología. 1991; 214-215.

Bergman A. Comentarios sobre Criocirugía en el tratamiento del Síndrome Uretral Recidivante, Year Book de Obstetricia y Ginecología. 1991; 215-216.

Botella, Lluisa J. La edad Crítica, Climaterio y Menopausia. Salvat, 1990; 253-261.

Carliile, A. Dasvies A. Cambios con la edad de la uretra femenina, *J. Urol.* 1988; 532-535.

Eboo Versi, M.A. Incontinencia en la Climatérica. Clínica Obstétrica y Giunecológica, 1990; 2: 381-386.

Gillespie W., Henserson E. Microbiología del Síndrome Uretral, *Br. J. Urol.* 1989; 64: 270-274.

Hilton P., Rashmi T. The Menopausal Clinical Gynecologic Urologic Stanton S. Mosby, Company, 1984; 343-353.

Lester J., Karafin. Clínicas Médicas de Norte América, Mujer Menopáusica. Trastornos Cías Urinarias Inferiores, MC Graw Hill, Vol 1, 1987; 107-116.
Ostergard Donald. Gynecologic Urology and Urodynamics. Williams Wilkins, Baltimore, London, 1984; 183-187.
Pérez Ubierna, C. Memorias curso Urología Ginecológica,

Síndrome Uretral o uretrotrigonitis, Hospital Luis Castelazo Ayala, IMSS, México D.F: 1991.
Sand P., Bowen C, Ostergard D. Criocirugía V/S Dilatación uretral en el tratamiento del Síndrome Uretral Recidivante, J. Reprod. Med. 1989; 34: 499-504.
Tanagho, Email. Urethritis senile, Urología General, Manual Moderno. 1983; 444-445.

EL HOMBRE QUE ENVEJECE Y SU FUNCIÓN TESTICULAR. ¿ES NECESARIO TRATARLO HORMONALMENTE?

E. Nieschlag, M.D. *

*Profesor Univesidad de Munster. Director del Instituto para la Medicina de la Reproducción de la Universidad Steinfuterstr, Munster. Alemania.

Varios estudios cruzados han demostrado que el promedio de los niveles séricos de testosterona (T) declinan a medida que avanza la edad en el hombre. Mientras que esta declinación muestra un rango individual muy grande y es agravada por la morbilidad concomitante, una disminución en el número y en la capacidad endocrina de las células de Leyding parecen ser las características de la senescencia.

Adicionalmente, las funciones dependientes de la testosterona empeoran con la edad avanzada, resultando en una disminución de la potencia, ánimo deprimido y osteoporosis. Por lo tanto, la pregunta resultante es si la T debe ser sustituida en el hombre que envejece. Hasta el momento no se ha

podido alcanzar un consenso sobre esta pregunta, ya que los estudios apropiados, en particular sobre los efectos a largo plazo aún faltan. Como conclusión, nosotros recomendamos sustituir sólo a aquellos hombres viejos con niveles subnormales de T. Los mismos principios se aplican para la sustitución y el control de este tipo de terapia en hombres jóvenes con hipogonadismo. Se utiliza indistintamente enantato de T inyectable, undecanoato oral de T o T transdérmica. Particularmente se controla la función de la próstata, por medio de la palpación, PSA (antígeno prostático sérico), y si hay disponibilidad por medio de la ecografía transrectal, para no omitir un carcinoma de próstata.

SEXUALIDAD EN EL CLIMATERIO

Dora Luz González, M.D.*

* Presidenta Comité de Psiquiatría de Ascofame. Coordinadora Departamento de Psiquiatría del Instituto de Ciencias de la Salud. CES. Medellín.

El comportamiento sexual del individuo en una forma adecuada y gratificante, es una preocupación del ser humano desde que se tiene conciencia de esta importante función; en el época del climaterio adquiere un valor más relevante y específico, tanto en hombres como en mujeres, motivado por las ansiedades del declinar físico, psicológico y social presente, ante la cercanía del envejecimiento con una marcada influencia cultural.

Al hablar de temas relacionados con los aspectos psicológicos y sexuales del climaterio, encontramos una gran disparidad de criterios entre los ginecólogos y los psiquiatras provenientes de la misma práctica clínica, es decir el ginecólogo ve muchas mujeres en la edad de la menopausia, de ellas un gran número presentan disfunciones sexuales o síntomas psiquiátricos y los psiquiatras ven muchas mujeres con trastornos mentales de las cuales muy pocas de ellas se encuentran en la época del climaterio o presentan disfunciones sexuales.

En el caso de las mujeres los cambios físicos que acompañan al climaterio tienen menos efectos en el funcionamiento sexual que en los hombres, sin embargo otros factores como los diferentes aspectos psicológicos propios de este momento vital, la ausencia o mala interacción con la pareja y las estereotipias culturales pueden llegar a determinar la presencia de serias disfunciones sexuales.

Revisando la literatura actual encontramos datos bien diferentes a los de 3 ó 4 décadas atrás, coincidiendo en la conservación del deseo sexual entre el 60% -70% de la mujeres luego del cese de la menstruación. Los niveles plasmáticos de androstendiona y testosterona guardan una correlación positiva con el deseo y la gratificación sexual, independiente de los niveles de estradiol y estrona; siendo éstos últimos determinantes en la presencia de dispareunia, por el efecto sobre la lubricación vaginal y el trofismo de la misma; teniendo entonces utilidad a este nivel la terapia sustitutiva estrogénica.