

Estudo Sôbre a Menopausa*

Incidência do hiperestrinismo

MARIA C. J. DE OLIVEIRA

E' nossa intenção, ao apresentarmos êste trabalho, comunicar o que nos foi dado observar pelo estudo de alguns casos de menopausa. Trata-se de um estudo estatístico cujas conclusões podem influir, também na conduta terapêutica.

A menopausa é um estado, como todos sabemos, determinado pela cessação expontânea da função menstrual e generativa do ovário ou consequente à castração cirúrgica ou radiológica. Baseando-se neste conceito foi preconizado, desde o advento dos hormônios, ocorrido há duas décadas, um tratamento de substituição para a cura dos sintomas atribuídos à suspensão da atividade ovariana. Contudo, é comum notarmos que muitas pacientes, em menopausa se eternizam nos serviços médicos com suas queixas e problemas não obstante tenha sido instituída uma terapêutica com hormônio estrogênico nas doses preconizadas como eficazes, e o exame clínico bem apurado não tenha sido capaz de evidenciar qualquer afecção orgânica. Os exemplos, não só de tratamentos inúteis como também prejudiciais, são concludentes pelo seu elevado número. Estes fatos nos levaram a pensar que o problema não deveria estar perfeitamente resolvido, que alguma falha deveria existir no emaranhado de deduções e conclusões, que merecia, ainda, uma atenção cuidadosa. Além disto, ficamos vivamente impressionados, ao notarmos pelos exames de esfregaços vaginais realizados como rotina em nosso serviço, um número muito significativo de pacientes em menopausa que apresentavam uma ação hormonal intensa e, às vezes excessiva. Talvez aí se encontrasse a explicação que buscávamos para o problema. Por estas razões resolvemos retomar o estudo da menopausa e realizar uma revisão sôbre assunto já tantas vezes considerado sob outros aspetos, por autores de renome mundial. Neste trabalho não abordaremos o aspeto clínico no que respeita aos sintomas principais da menopausa, sua incidência, relações entre os mesmos e o período de amenorreia, sua intensidade na menopausa

* Serviço de Ginecologia do Professor Martin Gomes.

fisiológica e na artificial, na paciente casada e na solteira, nem nos deteremos em considerar os fatores mais importantes no desencadeamento precoce da menopausa fisiológica, porquanto existem neste sentido, trabalhos completos e do maior interesse, realizados por Tisserand e outros.

O material de estudo foi selecionado das 1346 pacientes que, em um ano estiveram no serviço de ginecologia do Prof. Martin Gomes, em primeira consulta; consta de 85 casos de menopausa sendo 6 de menopausa artificial e 79 de menopausa fisiológica. O período de amenorreia se estende desde 2 meses até 20 anos, permitindo-nos, assim, uma visão mais ampla dos resultados obtidos. O estudo citológico completo foi realizado em 60 pacientes através de exame da secreção obtida pelo raspado cervical com a espátula de Ayre e corada pelo corante de Shorr e hematoxilina de Harris, como preconiza Pundel.

Examinamos os esfregaços e, por uma questão de ordem, classificamos a ação estrogênica dos mesmos em: ausente, moderada, nítida e excessiva. O critério que estabelecemos para esta divisão foi a quantidade de células superficiais em relação às das camadas profundas, e o índice eosinófilo. Este foi calculado, de acordo com as normas em que se baseia, pela contagem das células superficiais acidófilas e basófilas num total de 350 a 400, realizando-se após a relação percentual entre as mesmas.

Assim, temos:

- Grupo I* — esfregaço atrófico, no qual predominam as células da camada basal externa encontrando-se regular número de células intermediárias, raríssimas superficiais imaturas e, mostrando uma ausência de células superficiais maduras.
- Grupo II* — ação estrogênica ainda presente, pois, embora predominem as células intermediárias e basais externas encontramos também células superficiais em regular número e algumas maduras.
- Grupo III* — ação estrínica evidenciável nitidamente, pela existência preponderante de células superficiais maduras e imaturas com um índice eosinófilo entre 30 e 50%. Notamos, ainda, regular número de intermediárias e raras basais externas.
- Grupo IV* — esfregaço indicando epitélio do tipo superficial com ação estrogênica excessiva mostrando um índice eosinófilo superior a 50%. As células que predominam são as superficiais maduras, principalmente eosinófilas. Há um regular número de imaturas e raras intermediárias.

A separação dos casos em grupos, como acabamos de expor, veio nos mostrar uma baixa percentagem de epitélio tipo atrófico; assim em nossa casuística encontramos apenas 10 pacientes, portanto 16% que, em menopausa apresentam esfregaços com ação estrínica ausente. Embora o número de casos que dispomos não nos permita uma avaliação definitiva quanto à relação entre o tipo de epitélio e a duração da menopausa, certamente não são aquelas pacientes que contam com períodos mais longos, obrigatoriamente, as que estão incluídas neste grupo. Para confirmar o que dissemos citamos o caso de uma paciente com 49 anos de idade, em menopausa somente há 8 meses, que veio a nosso serviço queixando-se de cefalalgia, nervosismo, fogachos, dores difusas pelo abdômem e indisposição geral. O exame ginecológico não evidenciou nenhum estado patológico. O exame da secreção no esfregaço mostrou um epitélio do tipo atrófico.

No segundo grupo, isto é, naquele caracterizado por ação estrínica moderada, encontramos 14 pacientes e que representa uma percentagem de 23% do total das examinadas.

O terceiro grupo conta com 18 pacientes nas quais foi evidenciada uma ação estrogênica nítida, importando em 30%. Consideramos esta percentagem bastante elevada; são casos em que provavelmente a terapêutica de substituição não produziria efeito útil, pois, a ação trófica hormonal ainda se faz sentir mantendo o bom estado das mucosas. Os sintomas referidos neste grupo são iguais aos de tôdas as menopausas, variáveis em intensidade de acordo com a estrutura psicológica de cada uma.

Das 60 pacientes, por nós detidamente estudadas e nas quais tivemos oportunidade de examinar os esfregaços, 28,3% pertencem ao grupo IV de nossa classificação. Logo, são possuidoras de ação estrínica excessiva embora em menopausa. Os índices eosinófilos que obtivemos variam entre 53% e 78%, sendo mais numerosos os casos em que a eosinofilia se apresentou em torno de 60%. Neste grupo, também, a ação hormonal intensa não está em relação com o período de amenorreia. Assim uma de nossas pacientes contando 68 anos, em menopausa há 20 anos serve de exemplo do que acabamos de afirmar. Esta paciente nos consultou referindo cefaleia, anorexia, nervosismo, indisposição geral e dores difusas pelo corpo. Era hipertensa e o esfregaço veio mostrar um epitélio nitidamente do tipo superficial, com um índice eosinófilo de 58%. O exame ginecológico não revelou nada de particular. As queixas desta paciente poderiam ser atribuídas à hipertensão arterial e também ao hiperestrinismo que tem características próprias já descritas brilhantemente por vários autores, nas quais não nos deteremos.

Além do ovário, produzem estrógenos a cortex suprarrenal e toda a célula mesenquimal. Qual seria, na menopausa a razão do hiperestrinismo? Ausente a função ovariana haveria uma situação de suprarrenalismo relativo capaz de levar à hipertensão, assim é explicado o aparecimento deste sintoma na menopausa. Seria, então, a ação mais pronunciada da glândula suprarrenal nesta fase, a respon-

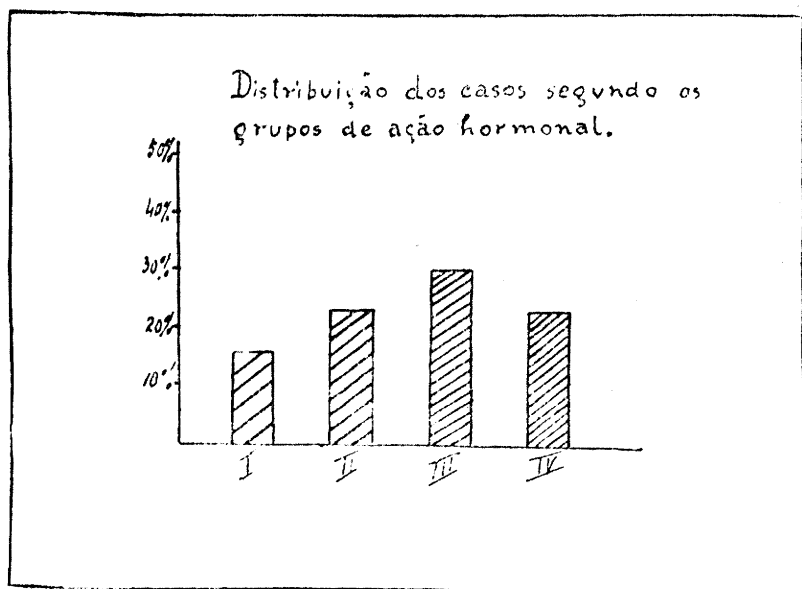
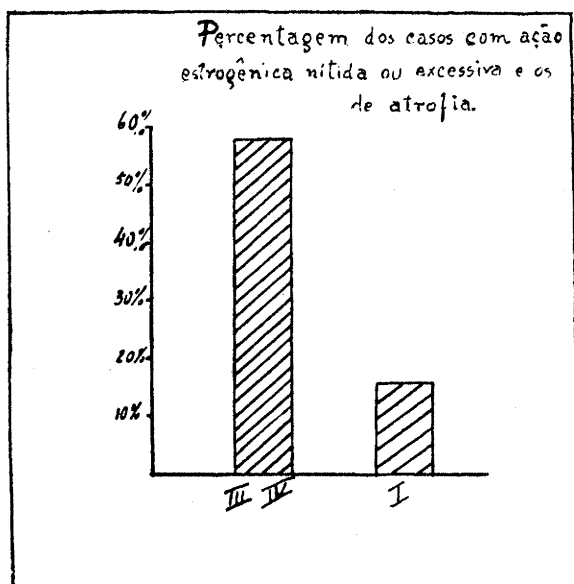
sável pela maior produção de estrógeno? Se tal hipótese pode ser aventada numa tentativa para explicar o hiperestrinismo, não podemos nos restringir somente a ela, pois, são de conhecimento geral, as manifestações viriloides do suprarrenalismo feminino na menopausa. Por vários autores é apontada e estudada detidamente a atuação do fígado na inativação dos estrógenos. Consequentemente toda lesão hepatocelular condicionaria uma diminuição, mais ou menos pronunciada, da destruição do dito hormônio e favoreceria o acúmulo do mesmo no organismo. Por outro lado sabemos que certos processos inflamatórios genitais, principalmente cervicite condicionam um depósito local de estrógenos. Podemos encontrar, então, uma eosinofilia mais ou menos marcada, conforme a intensidade da lesão, nas células da mucosa vaginal, numa tentativa natural de defesa, pois, é lógico que o epitélio bem desenvolvido, com todas suas camadas, seja capaz de melhor reagir à infecção.

Nada há de definitivo que possa ser responsável pelo hiperestrinismo na ausência de infecção genital. O hiperestrinismo na menopausa aguarda uma explicação satisfatória e comprovada. São necessários estudos mais aprofundados para a elucidação dos fatos demonstrados pela experiência.

O esfregaço vaginal, é portanto, da maior importância na orientação terapêutica da menopausa. Naquelas pacientes em que se evidenciar um epitélio do tipo atrófico o tratamento com estrógenos deve ser instituído, orientado por exames sucessivos dos esfregaços e mantido até a obtenção de um epitélio do tipo superficial. Deste modo, segundo Shorr, seria possível determinar aqueles sintomas reabuntes originados pelo hipoestrinismo da menopausa, e afastar os outros que persistiriam apesar da dose adequada da droga administrada.

Os andrógenos estariam melhor indicados nos casos de ação estrínica excessiva, pois, além de sua ação antiestrogênica conhecida (6), e trófica sobre as mucosas mostram-se capazes de diminuir os sintomas sem causar a proliferação endometrial e metrorragia produzidas pelos estrógenos. As doses necessárias do hormônio masculino atualmente empregadas são praticamente destituídas de efeitos colaterais, entretanto, a paciente deve permanecer sob estrito controle médico afim de que se possa graduar a dose e suspender a medicação se surgirem sinais de virilização.

A terapêutica combinada estrógeno-andrógeno, em doses apropriadas busca associar a ação benéfica do estrógeno com o efeito dos andrógenos em prevenir a proliferação do endométrio. As pacientes com ação estrínica moderada se beneficiariam com este tratamento, provavelmente.



Os resultados que poderão advir desta conduta terapêutica não estão ainda completamente determinados, constitue objeto de estudos que nos propomos continuar.

Em resumo queremos acentuar que não é lícito instituir tratamento estrogênico a toda paciente simplesmente pelo fato dela se encontrar em menopausa. Nosso trabalho levou-nos a esta conclusão, pois, repetimos, em apenas 16% dos casos encontramos epitélio atrófico nos quais seria razoável e lógica aquela indicação terapêutica. Os casos que negam de início, o uso de estrógenos são mais numerosos, representam, lembramos, 58,3% das nossas observações.

Embora não se possa negar as grandes vantagens que decorrem do perfeito uso das drogas de que dispomos para curar, não devemos esquecer a influência que têm na menopausa, os fatores psicológicos e emocionais sobre a severidade dos sintomas e resposta ao tratamento. Eles devem ser levados em consideração pelo médico, justificando-se assim, a afirmação do Dr. Ralph Gause da Universidade Cornell: "Creio firmemente que a menopausa deva ser tratada pelo médico que melhor conhece a paciente e não necessariamente pelo que conhece a doença melhor".

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Engle, E. Progress in gynecology, 1946, pág. 58.
- 2 — Selye, H. Textbook of endocrinology, 1949, pág. 412.
- 3 — Salmon, U. Progress in Gynecology, 1950, pág. 284.
- 4 — Cónill Montobio, V. Tratado de ginecologia e de técnica terapêutica ginecológica, 1950, pág. 85.
- 5 — Shorr, Cornell Conf. on Therapy, 1951, volume 4.
- 6 — Serwer, M. Am. J. Obst. and Gynec., 1951, n.º 1, pág. 183.
- 7 — Brown, M. e colaboradores. Am. J. Obst. and Gynec., 1951, n.º 1, pág. 200.
- 8 — Salinger, S. Gynec. et Obst., 1951, n.º 5, pág. 492.
- 9 — Tisserand, P. Gynec. et Obst., 1953, n.º 52, pág. 43.
- 10 — Pundel, Les Frottis Vaginaux et Cervicaux, 1950.
- 11 — Charbonnier, A. et Clément D. Revue internationale d'hépatologie, 1952, n.º 1, pág. 114.