

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE  
"DR. AGOSTINHO NETO"  
GUANTANAMO.**

**SINDROME DOLOROSO  
OSTEOMIOARTICULAR Y CLIMATERIO.**

*Dr. Roberto Alvarez Domínguez<sup>1</sup>, Dr. José Pascual García<sup>2</sup> Dr. Roberto Atala Castellanos<sup>3</sup>.*

---

**INTRODUCCION**

En nuestros veintiséis años de práctica en la especialidad de ortopedia y traumatología hemos podido recoger la experiencia de la concurrencia a consulta externa de la especialidad de un número elevadísimo de pacientes que solicitan nuestra atención, aquejados de un cuadro doloroso osteomioarticular que no tiene ningún antecedente traumático, que generalmente afecta a más de una articulación y que, simultáneamente en otras ocasiones, también se acompaña de dolores musculares; un elevado número de estos pacientes cuando llega a nosotros no presenta aumento de volumen de ninguna articulación, por lo menos de forma evidente, aunque no es infrecuente que sí exista este aumento de volumen, al menos en la articulación o articulaciones en que el dolor es más intenso, acompañado también de algún grado mayor o menor de discapacidad funcional, lo que está en relación con el mayor grado de agudeza en que se encuentra el proceso; aunque este cuadro doloroso es referido a cualquier articulación, son las articulaciones que soportan carga de peso las que con más frecuencia son sitio de referencia de estos síntomas; no por eso dejamos de señalar que otras articulaciones, como codos, muñecas, etc. También son localizaciones de este cuadro doloroso.

Cuando hacemos una observación acuciosa de la incidencia de este síndrome doloroso, vemos con gran admiración, que estos pacientes constituyen un número muy elevado de los que son remitidos y valorados en las comisiones de peritaje de médico laboral, donde constituyen un gran número de pacientes con aparente disminución de su capacidad laboral; más, cuando nos detenemos y hacemos un análisis detallado de este asunto, apreciamos como, en ambas ocasiones, es decir, en el aspecto de la

---

<sup>1</sup> *Especialista de II Grado en Ortopedia y Traumatología.*

<sup>2</sup> *Especialista De I Grado En Medicina Física y Rehabilitación*

<sup>3</sup> *Especialista de ... Grado en...*

conurrencia a consulta externa de ortopedia así como en el de las comisiones médico-laborales, más del 80% de estos pacientes son mujeres que en su gran mayoría están comprendidas entre las edades de 40 a 50 años, las que todos conocemos como las edades del climaterio, proceso fisiológico femenino poco comprendido y peor atendido por nuestros profesionales de la salud que se relacionan con este síndrome doloroso osteomioarticular que nos ocupa.

Si trasladamos esta observación y experiencia aquí señalada, a las áreas de salud o de atención primaria comunitaria, vemos que también allí este cuadro tiene una incidencia elevada y es aquí a este nivel, donde precisamente mediante la acción del médico comunitario y los programas de promoción de salud, que estamos obligados a enfrentar este problema médico, para orientar y tratar adecuadamente estos pacientes, evitando así que lleguen a alcanzar las elevadas cifras de concurrentes innecesarios a las consultas especializadas así como disminuir sensiblemente el número de pacientes que son enviados a las comisiones de peritaje médico laboral.

Ante todas estas consideraciones tenemos que hacernos como médicos las siguientes preguntas ¿es realmente éste síndrome doloroso osteomioarticular una enfermedad, o se trata de una fase evolutiva de la vida de la mujer? ¿hasta qué punto estamos obligados hacer un mejor manejo de estas pacientes?

### **MENOPAUSIA. CONCEPTO Y BREVE DESCRIPCION DE SU FISIOLOGIA. OSTEOPOROSIS CLIMATERICA.**

Se define como climaterio, al camino que recorre la esfera del sexo, desde su madurez hasta la senilidad.

En relación con esta definición queda bien establecido que climaterio es: todo el período que precede, acompaña y sigue a la retirada de la menstruación. Este hecho (retirada de la menstruación) es la propiamente llamada menopausia; durante todo este período climatérico, la función hormonal de la mujer aunque sufre variación, en cantidad y calidad, no desaparece definitivamente ni aun en la menopausia. Así algunos autores dividen el climaterio en tres fases: (a) fase premenopáusica, (b) fase menopáusica, (c) fase posmenopáusica. En todas esas fases se describen al igual que en la pubertad, cambios locales del aparato genital y cambios generales del resto del organismo; los cambios generales del resto del organismo, están determinados por tres componentes hormonales al saber (a) componente hipofisiario (b) componente tiroideo (c) componente córtico-suprarrenal; aún así, según describe Marañón "Cada mujer hará tipo de climaterio, según su constitución endocrina", es decir, en algunas serán más marcados unos sistemas y signos y en otras se harán evidentes otros síntomas y signos aunque en todas existirá un gran número de síntomas y signos comunes.

La falta de estrógenos básicamente, así como fenómenos intrínsecos del hueso de cada mujer, traen como consecuencia una disminución de las trabéculas del hueso en la mujer climátrica, que se ha dado en llamar osteoporosis climatérica.

El mecanismo de la osteoporosis climatérica, está condicionado por el desequilibrio entre la actividad formadora de hueso (osteoplastia) activada por la acción de los estrógenos, andrógenos, somatotropina y tiroxina, y la capacidad osteolítica del hueso, estimulada por la acción de la hormona paratiroides y corteza suprarrenal pero, frenada por los estrógenos. En esta situación hay que tener en consideración además, que la acción de los estrógenos aumenta la absorción de calcio y fósforo en el intestino.

Esta así llamada osteoporosis climatérica, común en mayor o menor grado a todas las mujeres en período climátrico, es la responsable de algunas deformidades osteoarticulares en la mujer, así como también es responsable de ese molesto proceso doloroso, referido al sistema ostiomio articular, que puede comenzar con el inicio del climaterio (premenopausia) y se extiende más allá de la menopausia (posmenopausia) y cuya intensidad, está en dependencia de lo ante señalado en relación con su constitución endocrina y su umbral para el dolor, así como en su estado de compensación emocional de por sí ya alterado en el climaterio.

## **SINTOMAS Y SIGNOS.**

Al titular nuestro trabajo como síndrome doloroso osteomioarticular y climaterio, estamos haciendo referencia al dolor como elemento más llamativo en este síndrome y que tal como señalábamos anteriormente, nunca será igual en todas y cada una de las pacientes toda vez que cada una es un ente biológico aislado, aunque con elementos fisiológicos similares pero no iguales y por tanto con una personalidad diferente; con esto queremos señalar, que en algunas mujeres el síntoma dolor se presentará más tempranamente y en otras más tardío, así como en unas será más intenso que en otras y los sitios de referencia del dolor, también serán distintos, aunque hay un sitio muy común en muchas pacientes y esto es, la región lumbosacra en primer lugar, así como la región cervical, otras referirán dolor en la cintura escapular, hombros, codos etc. éste dolor aparecerá y será más intenso, en los grandes y mediano esfuerzo físico, humedad, frialdad, etc. Entre los signos, el más común es quizás el aumento de volumen que se observa en los períodos de agudización y que puede verse en codos, rodillas, muñecas así como en las articulaciones de la cintura escapular. La deformidad como signo, se observa más comúnmente en las manos, en los pies, codos, así como en las articulaciones de la cintura escapular ya señaladas (esternoclavicular y acromioclavicular).

Al hablar en los párrafos precedentes nos estamos refiriendo evidentemente, al climaterio fisiológico, el cual como se dijo en la referencia sobre la fisiología, al igual que la adolescencia tiene un comienzo y un final; no es así con el climaterio patológico,

en que es necesaria la intervención de un especialista en endocrinología y/o ginecología además de lógicamente el médico de área de salud.

En el aspecto correspondiente al tratamiento medicamentoso de este síndrome doloroso osteomioarticular podemos decir que los analgésicos y antiinflamatorios deben ser usados a criterio, según estado de la crisis dolorosa del paciente, pudiendo usarse a discreción, cualquiera de los conocidos y en las dosis habituales (Indometacina, duralgina, bencidamina, etc.). Los andrógenos y estrógenos solo serán usados en coordinación con el endocrinólogo en los casos de climaterio patológico.

Otros de los aspectos importantes a tener en cuenta en este período es la psiquis de la mujer, que por el gran desconocimiento que en nuestro medio tiene la paciente de lo que es el climaterio y la menopausia y en su real significación para ella, así como una insuficiente información sobre cada uno de los síntomas que en esta etapa aparecen, en un segundo embate, es decir además de sufrir los síntomas propio del momento, tiene que enfrentar su desconocimiento de ellos, que genera a su vez otra enfermedad en este caso "psiquis", que unida a la sintomatología orgánica descrita, crean un desajuste socio-laboral que les hace creer que están en condiciones de invalidez, que le limitan en todas sus actividades cotidianas, impidiendo en ocasiones, la realización de las actividades habituales familiares y laborales; a esto va unido la habitual pérdida del aspecto externo de la mujer, por aumento de peso al producirse un desbalance energético y propio de la edad. ¿Cómo solucionar todo esto?

Ante todo, este proceso debe ser enfocado como fisiológica, es necesario, no verlo como traumático, ni incapacitante y sobre todo comprender que es una etapa normal de la vida como ya dijimos, y que debe pasar como todas las demás a la que una mujer se enfrenta, si podemos lograr que la mujer premenopáusica se prepare para este período como se prepara para la menarquía, el embarazo y el parto, esta etapa dejará de ser traumatizante, la mujer esperaría con tranquilidad el transcurso del período con la plena seguridad de que es una situación transitoria y que no es una enfermedad. La divulgación oportuna entre las mujeres con un lenguaje claro y asequible a sus diferentes niveles de escolaridad ayudaría mucho, así como enseñar "qué comer y en qué cantidad", aspecto éste importante que permite garantizar en una mujer madura, conservar su peso ideal, su porte y figura femenina con los caracteres propios de cada edad en cada época. Esto se logra evitando a toda costa el sedentarismo, la abulia, la indiferencia cosmética, etc. No es imprescindible mantenerse atado a un gimnasio de cultura física si esto no le resulta agradable a la paciente, simplemente el caminar todo lo posible diariamente, usar las escaleras y no el ascensor, una breve calistenia de unos 15 minutos antes del baño, pueden ayudar a hacer su figura y su vida más agradable; es importante además considerar que los desajustes psíquicos que aparecen en esta etapa deben ser considerados por el médico y los similares de la paciente como algo susceptible de un manejo a su nivel, pero de una forma sencilla y práctica, siempre respetuosa es inadmisiblesa ordinarietz tan frecuente al referirse a las mujeres en la menopausia con tono despectivo, aludiendo a disminución de

capacidad en ellas; si bien es cierto que la psiquis de la mujer en esta etapa es un terreno fértil para la aparición de una neurosis, esto no es obligado y generalmente sucede en mujeres que presentaban una personalidad patológica antes de esta etapa, donde estos rasgos ya existentes se centran o se hace más evidentes.

De una forma u otra lo que si debe quedar claro es que la mujer al igual que el hombre, vive diferentes etapas, que son totalmente fisiológicas que tienen sus peculiaridades en cada caso así como en cada persona, el pleno conocimiento de esto hará posible que se oriente en la forma más precisa en cada individuo, lo que redundará en mayor bienestar para la paciente.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Alvarez Cambras R. Tratado de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Tomo II Habana. Editorial Pueblo y Revolución 1986:118-22, 145-49, 285.
2. Alvarez Cambras R. Manual de Procedimientos de Diagnóstico y Tratamiento. Habana. Editorial Pueblo y Revolución 1990: 142, 180, 185.
3. Chochotin M, Petrogrande M, Osteoporosis Mito C. Reata. Roma Italia: Cisalpino Instituto Editoriale 1993: 63-85.
4. Edwards Jnet R. Fighting of Fatigue. Artheitis Today 1992; 6(6):20-26.
5. Gómez Naranjo J, Luaces Galbán O. Etiopatogenia de la Sacrolumbalgia. Rev Cub Ortop y Trasumat 1994; 8(1-2):30-36.
6. Joseph Nancy. In Search of the Penfact Arthritis treatgmt. Artheitis Today 1992; 6(1): 36.
7. James R. Hormonas Needs of the Peri-menopausal women Journal SOGC. 1993; (15):1129-38.
8. Méndez Gencía J, Martínez Rocha A. La Osteoartritis enel sistema de atención primaria. El médico de la familia. Rev Cub Ortop Traumat 1987; 2(2):34-39.
9. Richman John E. Woman and Strees Fracture. The Female Patient 1003; 18(1):63-66.
10. Wyngaanden James B, Smith LI, Bennet J. Claude Cecil. Tratado de Medicina Interna. México: Interamericana. Mc. Graw Hill 1992: 1627-32.