

Síndrome musculoesquelético de la menopausia

La disminución de los niveles de estrógeno durante la menopausia provoca un conjunto reconocido de problemas en articulaciones, tendones y huesos.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está usted sintiendo

Es muy probable que esté experimentando dolor articular, o artralgia; más de la mitad de las mujeres lo padecen durante la menopausia. Este dolor suele intensificarse a medida que el cuerpo atraviesa dicha etapa. La disminución de los niveles de estrógeno es un factor clave en este proceso. Es posible que note que sus músculos se sienten más rígidos. Existe una relación inversa entre el estrógeno y la rigidez muscular: cuanto menor es el nivel de estrógeno, más tensos y menos flexibles resultan los músculos.

El dolor puede manifestarse en distintas zonas. El dolor lumbar es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en hombres de la misma edad; esto se debe a los cambios fisiológicos derivados de la reducción de hormonas sexuales. También podría sentir dolor en los hombros; durante este período aumenta el riesgo de desgarros silenciosos del manguito rotador, que quizá no note hasta que afecten su movilidad.

Las tareas cotidianas pueden volverse difíciles: alcanzar algo detrás de la espalda o por encima de la cabeza resultará incómodo y rígido. Le costará más levantar objetos o dormir de lado. Su médico es consciente de que estos cambios son reales y comunes; no son meras impresiones suyas.

Sus síntomas pueden empeorar por la noche o tras realizar actividad física; también es frecuente despertarse con rigidez. Los cambios en sus niveles hormonales también pueden influir en la sensación de rigidez en músculos y tendones. Esta variabilidad hace que algunos días se sienta mejor que otros.

Es importante saber que no está sola en esta situación: la prevalencia de pérdida muscular, o sarcopenia, alcanza el 31 % en mujeres posmenopáusicas. Esta pérdida contribuye al dolor y la rigidez que experimenta. Aunque ciertos tratamientos resultan prometedores, la evidencia sobre el beneficio de la terapia hormonal para prevenir el reemplazo articular es limitada. Su médico se centrará en controlar sus síntomas específicos y mejorar su calidad de vida.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Durante la perimenopausia, el cuerpo experimenta cambios hormonales significativos que hacen que las mujeres sean especialmente propensas al dolor musculoesquelético. Más de la mitad de las mujeres experimentan dolor articular, o artralgia, en esta etapa. Esta molestia suele intensificarse a medida que se avanza en la transición menopáusica. El principal factor responsable es la disminución de los niveles de estrógeno; esta caída afecta no solo a las articulaciones, sino también a los músculos y los huesos.

Las articulaciones cuentan con cartílago liso que actúa como amortiguador entre los extremos óseos. Niveles más bajos de estrógeno se relacionan con el desarrollo de artrosis de rodilla, una forma de artritis por desgaste. En algunos casos, esto se combina con una artrosis osteoporótica, en la cual el hueso situado debajo del cartílago pierde densidad debido a un alto grado de remodelación ósea. Este cambio estructural puede provocar rigidez y dolor. El dolor lumbar también es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en hombres de la misma edad, como consecuencia de estos mismos cambios fisiológicos en las hormonas sexuales.

Los músculos y tendones también se ven afectados. La rigidez muscular guarda una relación inversa con el estrógeno: cuanto menor es su nivel, más tensos y menos flexibles resultan los tejidos. De hecho, el estrógeno y las propiedades musculares están estrechamente correlacionados. Este cambio hormonal puede contribuir a la sarcopenia, es decir, la pérdida de masa muscular. En un estudio realizado con mujeres posmenopáusicas, la prevalencia de sarcopenia fue del 31%. Además, los tendones del hombro, como el supraespinoso, contienen receptores para el estrógeno y la progesterona; cuando estos niveles hormonales disminuyen, las fibras tendinosas pueden debilitarse. Esto eleva el riesgo de roturas completas y asintomáticas del manguito rotador, en las que las fibras tendinosas se separan por completo. Estas lesiones son más frecuentes en la etapa posmenopáusica y se asocian con trastornos metabólicos.

La articulación del hombro está rodeada por una cápsula, una estructura de tejido que mantiene la articulación unida. Niveles bajos de estrógeno también pueden incrementar la probabilidad de desarrollar capsulitis adhesiva, o hombro congelado, en la que dicha cápsula se vuelve gruesa y rígida. Aunque la terapia de reemplazo hormonal podría ofrecer cierta protección frente a estas afecciones, la evidencia al respecto es variada. En definitiva, el dolor y la rigidez que se experimentan son resultado directo de los cambios hormonales en el organismo, los cuales influyen en los tejidos que sustentan el movimiento.

Qué podemos hacer al respecto

El dolor musculoesquelético es especialmente frecuente durante la transición perimenopáusica. La artralgia afecta a más de la mitad de las mujeres en torno a la menopausia; este aumento está relacionado con la disminución de los niveles de estrógeno. Puede comenzar con cuidados propios y fisioterapia; el ejercicio suave ayuda a mantener la movilidad y la fuerza. En el caso del dolor en la articulación del pulgar, combinar ejercicios de facilitación neuromuscular propioceptiva con entrenamiento de fuerza resulta más eficaz que el entrenamiento de fuerza por sí solo; este enfoque reduce la discapacidad y mejora el movimiento. Si padece síndrome de dolor del trocánter mayor y su índice de masa corporal es inferior a 25, la combinación de terapia hormonal con ejercicio y educación resulta superior al placebo. Dé tiempo a estas medidas conservadoras para que surtan efecto; la constancia es clave para notar mejoras en su comodidad diaria.

Entre las opciones médicas se incluyen analgésicos y antiinflamatorios. La terapia hormonal es otra alternativa, aunque con sus pros y contras. El estrógeno y los moduladores selectivos de los receptores de estrógeno pueden ser útiles para pacientes posmenopáusicas con artritis degenerativa en etapa temprana o artritis osteoporótica. No obstante, el uso prolongado de terapia hormonal menopáusica sistémica, especialmente la terapia con estrógeno aislado, se asocia con un mayor riesgo de dolor lumbar crónico. El estrógeno sin progestágenos muestra una tendencia protectora frente a la aparición de artritis degenerativa radiológica en la rodilla; sin embargo, hay escasa evidencia de que el estrógeno sin progestágenos proteja contra la aparición de artrosis de cadera o la necesidad de prótesis articular. La suplementación con estradiol podría mejorar los resultados tras una reparación del manguito rotador, aunque las diferencias en los índices de dolor y función no alcanzaron el umbral clínicamente significativo. Consulte a su médico sobre estos beneficios y riesgos para hallar el equilibrio adecuado para usted.

Si los síntomas persisten siendo graves a pesar de estas medidas, busque la opinión de un especialista; su médico podría derivarlo para una evaluación más profunda. Las pruebas de imagen pueden detectar problemas como roturas completas asintomáticas del manguito rotador, que son más frecuentes en el período posmenopáusico. En algunos casos específicos, si el tratamiento conservador no da resultados, podría considerarse un procedimiento quirúrgico; esta decisión depende de su estado de salud individual y de la intensidad de su dolor. Su médico le guiará en los siguientes pasos según lo que mejor se adapte a su cuerpo y estilo de vida.

Qué esperar

El dolor musculoesquelético es frecuente durante la transición perimenopáusica. Más de la mitad de las mujeres experimentan dolor articular (artralgia) alrededor de la menopausia; esta cifra aumenta a medida que disminuyen los niveles de estrógeno. Es posible que note que el dolor lumbar es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en hombres de la misma edad; esto está relacionado con la disminución de los niveles de hormonas sexuales tras la menopausia.

Su pronóstico dependerá de cómo maneje estos cambios. En algunas afecciones, como la artritis degenerativa en etapas tempranas, el estrógeno o determinados fármacos moduladores del estrógeno pueden resultar beneficiosos. Estos tratamientos pueden ser útiles si presenta una densidad ósea reducida. No obstante, el uso prolongado de terapia hormonal sistémica, especialmente la terapia con estrógeno aislado, se asocia con un mayor riesgo de dolor lumbar crónico. Hay escasa evidencia de que el estrógeno sin progestágeno evite la necesidad de prótesis de cadera o de articulaciones; sin embargo, sí muestra una tendencia protectora frente a la artritis de rodilla según los estudios por imagen.

En el caso de desgarros del manguito rotador, estos son más frecuentes en la etapa posmenopáusica y se relacionan con trastornos metabólicos. La suplementación con estradiol podría mejorar los resultados tras la reparación del manguito rotador, aunque la diferencia en las puntuaciones de dolor quizá no le resulte significativa. Para la artritis del pulgar, combinar ejercicios de estiramiento específicos con entrenamiento de fuerza resulta más eficaz que el entrenamiento de fuerza solo; esto reduce la discapacidad y mejora la movilidad.

Si padece síndrome del dolor del trocánter mayor y mantiene un peso saludable (IMC <25), la combinación de terapia hormonal, ejercicio y educación terapéutica es más efectiva que el placebo. La sarcopenia (pérdida

muscular asociada a la edad) afecta a alrededor del 31 % de las mujeres posmenopáusicas que viven en la comunidad; esto puede limitar su actividad física.

En general, su médico elaborará un plan adaptado a sus síntomas concretos. Algunos dolores pueden aliviarse con terapias dirigidas; otros síntomas, como el dolor lumbar crónico derivado del uso prolongado de hormonas, pueden persistir. Sea sincera respecto a sus niveles de dolor: tener expectativas realistas le ayudará a afrontar esta transición. Su cuerpo está cambiando, pero cuenta con opciones para mantenerse activa y cómoda.

Cuándo consultar a un especialista

La perimenopausia es una etapa en la que las mujeres presentan una mayor predisposición a desarrollar dolor musculoesquelético. Más de la mitad de las mujeres experimentan artralgia durante la menopausia; la prevalencia de este síntoma parece aumentar durante la transición menopáusica. El dolor lumbar es más frecuente en mujeres posmenopáusicas que en hombres de la misma edad. Consulte a su médico de cabecera si presenta dolor persistente que no mejora con el reposo, debilidad o inestabilidad articular, bloqueos o sensación de “ceder” de la articulación, síntomas que interfieren con el sueño o el trabajo, o si el dolor empeora repentinamente. El uso prolongado de terapia hormonal sistémica durante la menopausia se asocia con un mayor riesgo de dolor lumbar crónico. La suplementación con estradiol se relacionó con mejores resultados en mujeres posmenopáusicas sometidas a reparación del manguito rotador.