



Sarcopenia en mujeres menopáusicas: perspectivas actuales

Fanny Buckinx, Mylène Aubertin-Leheudre

COMENTARIOS FLASCYM

Vol 4 (8); agosto 2022

Dr. José Moreno Istúriz

Medico Gineco-obstetra (MCP) UCV 1989
Sociedad de obstetricia y ginecología de Venezuela
Sociedad Iberioamericana de metabolismo óseo
Experto Latinoamericano en Menopausia FLASCYM
Maestro Latinoamericano Endocrinología Ginecologica (ALEG)
Past president Soc. Venezolana de Menopausia y Osteoporosis



Resumen

RESUMEN: La menopausia se asocia con cambios hormonales, que podrían acelerar o conducir a la sarcopenia. El deterioro funcional y la discapacidad física son las principales consecuencias de la sarcopenia. Para evitar estos resultados negativos para la salud, parece necesario prevenir e incluso tratar la sarcopenia, a través de cambios saludables en el estilo de vida, incluida la dieta y la actividad física regular o a través de la terapia de reemplazo hormonal cuando sea apropiado. Por lo tanto, el propósito de esta revisión narrativa será 1) presentar la prevalencia de sarcopenia en mujeres posmenopáusicas; 2) abordar los factores de riesgo relacionados con la sarcopenia en esta población específica; y 3) discutir cómo manejar la sarcopenia entre las mujeres posmenopáusicas.

La sarcopenia se define como la presencia de baja masa muscular y baja función muscular (medible con velocidad de la marcha). Las estimaciones de prevalencia de sarcopenia varían de 9,9% a 40,4%, dependiendo de la definición utilizada.

En los adultos mayores, los cambios de actividad física y nutricionales, además de los hormonales conducen a insuficiencia de la unión neuromuscular, pérdida de miofibra, disfunción mitocondrial, menor flujo sanguíneo, dificultad para reparar la fibra muscular, infiltración grasa, inmuno-senescencia y estado inflamatorio.

En la menopausia se observa más pérdida de masa muscular. De hecho, durante la transición menopáusica, la masa corporal magra disminuye en un 0,5%, mientras que la masa grasa aumenta en un 1,7% por año.

En mujeres se reporta un aumento de prevalencia de sarcopenia con la edad: 1,4% en el grupo de 60-69 años, 4,9% en el de 70-79 años y 12,5% en el ≥ 80 años.

El estrógeno puede desempeñar un papel en el metabolismo de carbohidratos y lípidos al aliviar el glucógeno muscular e inducir la oxidación de lípidos, lo que puede influir en la composición del músculo esquelético en postmenopáusicas. En ellas, la disminución de estrógenos se asocia con un aumento de las citoquinas proinflamatorias y puede acelerar la sarcopenia. La disminución de la progesterona, por el envejecimiento, conduce a la pérdida de la función muscular, pérdida de masa muscular y a sarcopenia. Igualmente, la disminución de testosterona libre conduce a un deterioro de masa muscular. La disminución de DHEA se asocia también con disminución de la masa muscular y el rendimiento físico. Los niveles de GH se asocian con la sarcopenia en los ancianos. De hecho, la deficiencia de GH conduce a la pérdida de masa muscular pero no de fuerza muscular. Un aumento relativo en el cortisol puede reflejar la presencia de estrés y estimular el catabolismo muscular, lo que podría conducir a sarcopenia.

Manejo de la sarcopenia posmenopáusicas

La ingesta óptima de proteínas, vitamina D y omega-3, puede atenuar en las mujeres postmenopáusicas la pérdida muscular relacionada con la edad. La ingesta adecuada de proteínas es esencial porque la pérdida de proteínas es un

importantes contribuyentes a la sarcopenia y a la pérdida de fuerza en mujeres posmenopáusicas. El Instituto de Medicina recomienda para todas las edades 0,8 g de proteínas por kg de peso.

La vitamina D promueve la síntesis de proteínas y el transporte de calcio y fosfato, influyendo así en la fuerza muscular. La ESCEO recomienda suplementar con 800-1000 UI/d con vitamina D para mantener la concentración sérica de 25-(OH)D >50 nmol/L en mujeres postmenopáusicas con riesgo de déficit de vitamina D.

Con adherencia a la dieta mediterránea se observa una disminución del riesgo de fragilidad física y sarcopenia. Esta dieta tiene un efecto positivo sobre el estrés oxidativo, la inflamación y la resistencia a la insulina, factores de riesgo para el catabolismo muscular. La soja y las isoflavonas pueden mejorar la calidad de la densidad muscular y reducir el peso corporal.

La inactividad física puede aumentar la adiposidad y el peso; así como, una menor oxidación de grasas y menor gasto de energía, induciendo una menor capacidad de utilización del sustrato por parte del músculo, contribuyendo al desarrollo de sarcopenia. Se recomienda 150 min de actividad aeróbica moderada por semana.

La THM tiene efectos beneficiosos significativos sobre la masa muscular, la fuerza y la protección contra el daño en las mujeres mayores. La THM mejora la función de la miosina y la fuerza en el músculo privado de hormonas sexuales y el contenido de receptores de estrógeno en el músculo también aumenta. Se observan más beneficios de la THM en mujeres postmenopáusicas jóvenes y en las que inician la THM tardía a la menopausia. También se ha observado que años después del cese de la THM, se logra mantener la cantidad y calidad muscular.

Conclusión

La prevalencia de sarcopenia depende de la definición utilizada. La etiología es compleja y multifactorial; acelerada por el sedentarismo, la desnutrición y diversas morbilidades. El desarrollo de la sarcopenia durante la postmenopausia parece deberse a cambios hormonales y principalmente a la disminución estrogénica. Afortunadamente, el riesgo de desarrollar sarcopenia en mujeres postmenopáusicas puede atenuarse a través de cambios en el estilo de vida, incluida la dieta; actividad física regular y/o THM.