

## EDITORIAL

Hace un par de meses hacíamos referencia a dos tratamientos en la clínica de la posmenopausia: el genéricamente denominado tratamiento hormonal sustitutivo –que se identifica con la administración de estrógenos y gestágenos, en dosis y pautas diversas– y la tibolona.

Resulta evidente que cualquier patología o tratamiento preventivo se beneficia de la posibilidad de disponer de más de una opción terapéutica, y eso sucede precisamente con las dos opciones que acabamos de mencionar.

Mucho se ha hablado y escrito sobre la primera opción, pero menos sobre la segunda, a lo cual dedicamos hoy esta página editorial.

Se trata, como es sabido, de un derivado de la 19-nortestosterona que, en principio, cumpliría los requisitos exigidos a este tipo de tratamientos, a saber: suprimir los síntomas vasomotores y la sequedad vaginal; mantener la libido y proporcionar protección frente a la pérdida de masa ósea y frente a los trastornos cardiovasculares debidos a la menopausia, y también evitar la estimulación mamaria y endometrial.

Las acciones biológicas de la tibolona y sus metabolitos dependen no sólo de la interacción de este esteroide con el receptor del órgano diana que se considere, sino también de la interacción de sus metabolitos con otros receptores. Por ello, los mecanismos de acción son diversos.

La tibolona suprime las sofocaciones al actuar como un estrógeno, al igual que sucede con su acción sobre la atrofia urogenital. Por lo que hace referencia a su acción beneficiosa sobre el humor y el psiquismo, actúa estimulando la producción de betaendorfina.

En cambio, a nivel del endometrio actúa como un antiestrógeno, por lo que no se produce estimulación endometrial, lo que constituye una de las grandes ventajas del preparado. Tampoco ejerce acción estrogénica sobre la mama, sino que, por el contrario, diversos estudios sugieren la posibilidad de un potencial efecto protector sobre ésta.

El principal problema planteado por la tibolona desde su aparición hace ya unos 10 años es su interferencia en el metabolismo de lipoproteínas y los triglicéridos, de considerable valor en la presentación de trastornos cardiovasculares. A lo largo del tiempo, estas acciones metabólicas de la tibolona se han ido estudiando a fondo y, en la actualidad, son del todo conocidas.

Se sabe, ya con toda certeza, que la tibolona reduce de forma significativa las concentraciones plasmáticas de colesterol total, de lipoproteínas de alta y baja densidad y de triglicéridos. La reducción de las tasas de HDL puede ser negativa en relación a la aparición de enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, algunos investigadores cuestionan hoy en día esta afirmación, y creen que dicho descenso no puede considerarse, por sí solo, aterogénico.

La realidad actual es que este preparado que hoy comentamos merece atención por parte del clínico, que debe saber que dispone de más de una opción para tratar los problemas de la posmenopausia.

Como siempre, los eventuales problemas de todo tratamiento deben ser bien controlados por el clínico quien, por otro lado, debe estar atento al progreso de la investigación y a las conclusiones clínicas que de él mismo se obtengan.