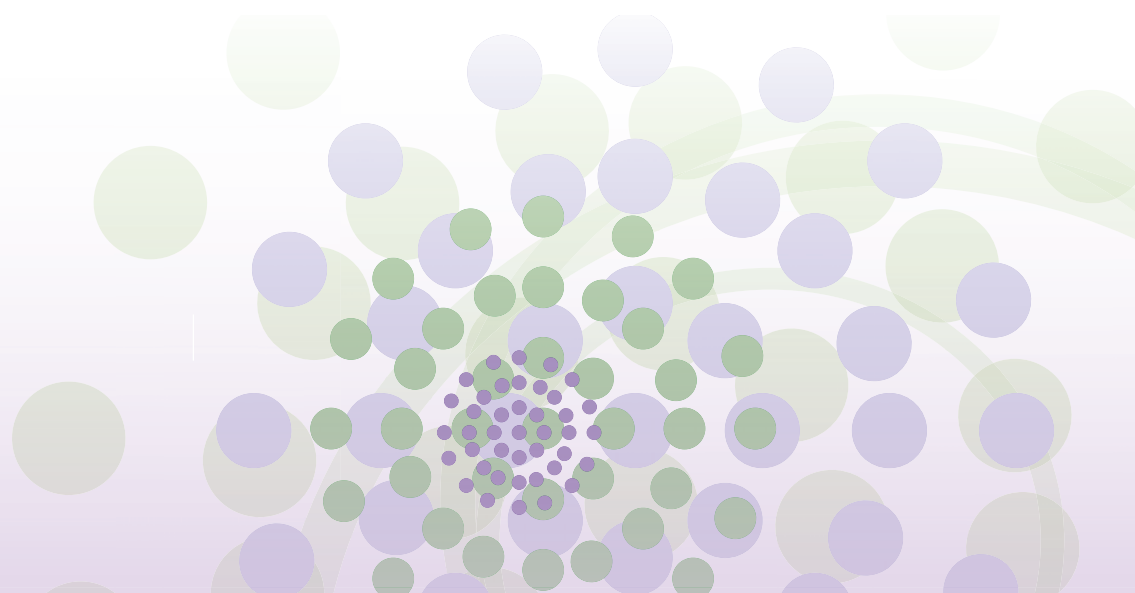


Información
para las mujeres:
Menopausia Precoz
o Insuficiencia Ovárica Primaria



Documento dirigido al profesional sanitario para informarle
del contenido de la MenoGuía para pacientes

Información para las mujeres: Menopausia Precoz o Insuficiencia Ovárica Primaria

Las MenoGuías de la AEEM ofrecen material informativo para dar respuesta, en un lenguaje sencillo, a las cuestiones básicas que se plantea la población en general.

Esta información no pretende ser un sustituto del consejo médico, diagnóstico o tratamiento. Busque siempre la opinión de su propio médico u otro profesional sanitario cualificado respecto a cualquier duda. © 2014 AEEM.

Autor: Rafael Sánchez Borrego, (Barcelona)

Editor Invitado: M^a Dolores Juliá Mollá, (Valencia)

Actualización de la información: Mayo 2014.

Menopausia Precoz

Concepto

¿Qué es la Menopausia Precoz?

Se trata del cese de la actividad ovárica normal antes de los 40 años, edad en la que la inactividad ovárica se considera dentro de la evolución natural. La menopausia ocurre generalmente entre los 45 y los 50 años, sin embargo en algunas mujeres ésto sucede antes de los 40 años.

En la actualidad, se prefiere denominar a la Menopausia Precoz como Insuficiencia Ovárica Primária (IOP), ya que es un concepto no irreversible. La IOP ocurre cuando los ovarios dejan de funcionar antes de los 40 años. En La mujer con IOP los ovarios no producen hormonas estrógenos, progesterona y andrógenos, (hormonas producidas por el ovario) en cantidad normal y dejan de liberar óvulos, o lo hacen de forma intermitente, desapareciendo por consiguiente la menstruación. Algunas mujeres con IOP reglan de vez en cuando, y podrían quedarse embarazadas.

Antes se llamaba "la insuficiencia ovárica prematura" y "menopausia prematura", pero estos términos son engañosos, porque las mujeres con

IOP no siempre dejan de menstruar, y sus ovarios no siempre están completamente agotados.

Frecuencia/prevalencia:

¿Es muy frecuente?

La IOP se da en un 1 por mil antes de los 30 años y en un 1 por cien antes de los 40.

La IOP debido a tratamientos necesarios para enfermedades benignas o malignas es de un 3.5 a 4.5 % antes de los 40 años.

Etiología ¿Hay alguna causa de IOP temporal o todos los casos deben considerarse definitivos?

¿Qué causas la pueden producir? ¿Por qué mis ovarios dejan de funcionar?

En la gran mayoría de casos se desconoce causa alguna. Esta situación se puede producir de forma espontánea.

- Cuando el fallo ovárico se produce de forma espontánea la mayoría de las veces es por algún defecto congénito en los cromosomas ó en sus genes (Sd. de Turner, Sd. X Frágil...).

- O tras el tratamiento aplicado para curar ciertas enfermedades: por ejemplo la extirpación quirúrgica de los ovarios ó la radioterapia ó quimioterapia necesarias para tratar diversas enfermedades neoplásicas.
- O por alguna alteración de la autoinmunidad en las que el cuerpo/organismo ataca a sus propios ovarios.
- O por toxinas.

En la mayoría de las ocasiones no se conoce la causa del cese de la actividad ovárica. El riesgo de desarrollar una IOP aumenta si la mujer tiene antecedentes familiares con esta condición.

No todos los casos deben considerarse definitivos, en ocasiones son temporales y las mujeres pueden recuperar la función ovárica, al menos temporalmente.

- Necesidad de diagnóstico etológico.

¿Hay algún beneficio en conocer la causa de mi IOP si ya tenemos claro cuál va a ser el tratamiento? ¿Compensa económicamente la realización de un estudio completo si el resultado no va a variar el tratamiento final?

Es importante que a las mujeres con sospecha de IOP le sean estudiadas todas las posibles causas conocidas de la IOP. Algunas de las causas conocidas pueden asociarse con otros efectos en su salud o la salud de los miembros de su familia y pueden requerir asociar otros tratamiento específicos.

Aspecto económicos.

Por supuesto que compensa el coste económico, pues la IOP se asocia con frecuencia a problemas no solo del ovario, sino también de otras glándulas (del tiroides o suprarrenal) que hay que diagnosticar y requieren tratamiento porque afectan en gran medida a su salud y a la de su familia pues muchos casos de IOP son familiares. En otros casos el estudio genético es necesario como en el síndrome de Turner, que se asocia con frecuencia a malformaciones cardíacas y de los huesos, que hay que tratar

adecuadamente. También las mujeres con IOP y premutación el gen FMR 1, debe conocer que su descendencia tiene más posibilidades de tener IOP y que se produzca la mutación de dicho gen, que causa retraso psíquico importante. Así que son razones muy importantes como para asumir el coste económico.

■ Síntomas

¿Qué síntomas se pueden presentar? Significa que tendré los síntomas reconocidos de la mujer menopáusica?

Los síntomas son debidos a la falta de estrógenos que son las hormonas principales que el ovario produce: la ausencia de regla (amenorrea) es lo que más llama la atención en una mujer joven o que las reglas son infrecuentes, o más escasas. Los síntomas no difieren de los que puede presentar una mujer de más de 40 años cuando desaparece la menstruación.

Otros síntomas causados por los bajos niveles de estrógenos son: los sofocos, la sudoración nocturna, las alteraciones del sueño, las alteraciones emocionales, la disminución de la concentración mental, la disminución del deseo sexual, la sequedad vaginal que puede dar lugar a relaciones sexuales dolorosas.

¿Qué otros síntomas debo tener en cuenta? ¿otros síntomas menos frecuentes?

Ciertos síntomas pueden ser indicios sobre la causa de la IOP: Sentirse débil o muy cansada todo el día, pérdida involuntaria de peso, dolor abdominal, ansia por la sal, coloración de la piel cada vez más oscura sin exposición al sol. Ello orientará a una enfermedad autoinmune, que afecta a otras glándulas como tiroides o suprarrenal.

¿Volveré a tener la regla?

Si usted ha sido diagnosticada de una IOP, debe saber que sí que puede volver a tener la regla, pues la IOP es una condición que no es permanente, es decir que con frecuencia la fun-

ción ovárica es intermitente y que hasta un 50 % de mujeres volverán a reglar espontáneamente aunque sea temporalmente; de hecho hay mujeres que han recuperado la función ovárica incluso tras 8 años sin regla y también entre el 5-10% se quedan embarazadas espontáneamente.

Implicaciones en la fertilidad/ aplanificación de su fertilidad.

Las mujeres con IOP tiene con frecuencia un problema de esterilidad/infertilidad pues interfiere en su capacidad de gestar. Sin embargo, aproximadamente entre el 5-10% de ellas son capaces de gestar espontáneamente y parir normalmente.

Consecuencias

¿Tiene alguna consecuencia para el futuro? Si padezco una IOP, ¿tengo mucho peligro de romperme algún hueso? ¿tengo más posibilidades de padecer osteoporosis y fracturas? ¿Puedo morir muy joven por un problema de corazón?

Cuando los niveles de estrógenos son bajos o nulos hay un mayor riesgo de desarrollar diversa patología:

- Infertilidad (esterilidad): no se puede restablecer la función del ovario con ningún tratamiento, aunque hay un 5-10% que pueden concebir de forma espontánea.
- Osteoporosis: debido a la falta de estrógenos se produce un aumento de la fragilidad de los huesos y por consiguiente un mayor riesgo de fracturas.
- Enfermedad cardiovascular: los niveles de estrógenos bajos a una edad joven pueden aumentar el riesgo de ataques al corazón.
- Ánimo depresivo: la pérdida inesperada de la función ovárica puede producir una tristeza persistente en estas mujeres. Es conveniente una visita psicológica para valorar este problema o bien para hacer prevención del mismo.
- Enfermedades autoinmunes: en estas mujeres es interesante valorar periódicamente

otras glándulas como el tiroides y la suprarrenal con el fin de detectar alguna deficiencia que puede asociarse al fallo ovárico.

Diagnóstico

¿Si no tengo la regla significa que mis ovarios no funcionan?

Si usted no tiene la regla, debe acudir a su médico pues no siempre significa que sus ovarios ya no funcionan. Él le realizará algunas pruebas, pues hay circunstancias en que la mujer de queda en amenorrea, como el embarazo, durante el puerperio y durante la lactancia. La falta de la regla puede estar causada por el aumento de una hormona llamada prolactina (PRL), o por alteraciones de la función tiroidea (a valorar los valores plasmáticos de TSH y T4 libre), o por diversas situaciones como cambios en el peso, tanto por sobrepeso u obesidad como por pérdida de peso, (sobre todo si la pérdida es brusca), o por estrés (problemas psíquicos, laborales...) y por supuesto, también puede tener una IOP. Con las determinaciones hormonales que su médico le realice, además de una buena historia clínica, su médico le informará de la causa de su amenorrea.

¿Cómo se diagnostica? ¿Qué pruebas me tienen que realizar?

Incluso si usted no quiere gestar, la IOP puede tener amplias implicaciones de largo alcance para su salud en general. Tiene mayor riesgo de osteoporosis y posiblemente de enfermedades del corazón, por lo que es muy importante el diagnóstico temprano y que se manejen de forma adecuada. Su médico le indicará, en función de su edad, síntomas, y su valoración individual las pruebas que debe realizarse. Las más frecuentes son:

La historia clínica detallada, interrogando sobre antecedentes familiares de IOP, la exploración física general y ginecológica, la analítica de sangre y la ecografía ginecológica son los pasos que su médico efectuará para llegar al diagnóstico.

¿Prueba de embarazo?

Ante una mujer menor de 40 años, con retrasos menstruales o amenorrea, lo primero que debemos realizar es una prueba de embarazo para descartar la existencia de una gestación.

- La ecografía ginecológica con el recuento de folículos antrales nos dará una información de la reserva ovárica.
- El análisis de sangre medirá los niveles de estradiol (la más importante hormona estrogénica producida por el ovario) que estará disminuido y los niveles de Hormona Folículoestimulante (FSH), producida por la glándula hipofisaria situada en el cerebro, que estarán aumentados como respuesta al estradiol ovárico disminuido. Ellos pueden explicar por qué las reglas son irregulares o la amenorrea.

Estos análisis se repetirán en más de una ocasión para confirmar su estabilidad.

- Cuando la insuficiencia ovárica es espontánea también le indicarán efectuar otro análisis de sangre para estudiar si hay algún problema en los cromosomas (cariotipo). (Los cromosomas son estructuras en las células que contienen miles de genes.)
- Determinación de anticuerpos para detectar enfermedades autoinmunes.

¿Debería consultar con un médico?

- Consulte a su médico si usted es menor de 40 años y sus períodos han sido irregulares durante al menos tres meses.

Herencia

Mi madre tuvo la menopausia antes de los 40 años, ¿tendré las mismas posibilidades que ella de padecerla? ¿Hay algún componente hereditario? ¿Lo pueden heredar mis hijas?

Si su madre tuvo la Menopausia antes de los 40 años, usted tiene también más posibilidades de tener la una IOP que si no tuviera ese antecedente, pues existe una asociación familiar en muchos casos. Por ello, es muy importante que

conozca las implicaciones de la IOP en su salud, y consulte a su médico en cuanto tenga desarreglos de la menstruación, para tener un diagnóstico precoz y tomar las medidas y tratamiento adecuados para mantener bien su salud. Si aún no ha tenido hijos, debe planificar su fertilidad pronto, antes de que pueda tener los retrasos de la menstruación. Y si usted tiene hijas, también tendrán más posibilidades de tener IOP, debido a esta asociación familiar. De hecho, aproximadamente el 10% de los casos de IOP son familiares.

Manejo y Tratamiento

Me han diagnosticado Insuficiencia ovárica primaria: ¿qué hacer?

La mayoría de las mujeres con IOP, especialmente las más jóvenes, encuentran que es un diagnóstico difícil de aceptar desde el punto de vista emocional, pero tener información permite controlar diversos aspectos de la propia salud para convivir mejor con el cese de la función ovárica.

Con toda seguridad deseará volver a comentar diversos aspectos de su situación con el médico que le atiende: ¡hágalo! Una única visita no es suficiente para comprender los diversos aspectos del problema, cómo puede influir en su vida individual y de relación y qué opciones de tratamiento son las más adecuadas para su caso personal.

Cuando una mujer joven se encuentra en la situación de IOP a menudo desea conseguir una gestación lo más rápidamente posible pero antes de nada...

Debe cuidar de su salud

¿Cómo se trata la IOP? No tengo regla y me han recomendado tratamiento hormonal sustitutivo, hasta cuando podré tomarlo? Me mandaron al psicólogo por mi cáncer de mama pero... y por mi no regla?

El tratamiento de la IOP depende la causa que lo originó. La forma más común de tratamiento es la terapia hormonal.

- El tratamiento hormonal sustitutivo (THS) es necesario y siempre recomendable para evitar los molestos síntomas de la falta brusca de estrógenos, sobre todo las sofocaciones, sudoración y la sequedad vaginal, y a proteger sus huesos de la osteoporosis y las alteraciones vasculares a largo plazo. Estas reemplazan en parte las que los ovarios han dejado de producir ya.

Cuanto antes se inicie el tratamiento, mejor.

Se recomienda tomarlo hasta la edad en que es más frecuente la menopausia (hacia los 50 años).

La terapia hormonal puede ser forma en pastillas o bien en forma de parche o de crema en la piel.

Solo en los casos en que exista una enfermedad tromboembólica o tras el diagnóstico de un cáncer hormonodependiente este tratamiento estará contraindicado y se le puede dar tratamientos alternativos para algunos síntomas a valorar por su médico.

- Atender a la salud mental y emocional: es frecuente que el diagnóstico de insuficiencia ovárica primaria ocasione ansiedad y depresión de intensidad variable, sobre todo si no se ha cumplido el deseo de ser madre. La ayuda profesional permite encontrar el lugar donde elaborar y organizar los sentimientos que afloran ante este diagnóstico.
- Llevar un estilo de vida saludable: el ejercicio moderado realizándolo de forma habitual, la dieta rica en calcio, tomar el sol diariamente para alcanzar niveles adecuados de vitamina D y evitar el tabaco y el sobrepeso disminuyen el riesgo de osteoporosis y de enfermedad coronaria.

¿Cuándo deben realizarme una densitometría ósea?

La densitometría ósea (DO) es la exploración de referencia para poder evaluar la masa ósea y el riesgo de fractura. Se sabe que el déficit de estrógenos es un factor conocido de riesgo de osteoporosis y el retraso en el diagnosti-

co de la IOP juega un importante papel en el desarrollo de una baja densidad ósea.

Está indicada en todas aquellas mujeres menopáusicas que tengan además factores de riesgo personales añadidos a la osteoporosis: edad de aparición y antigüedad de la insuficiencia ovárica primaria, entre otros. Por tanto, una vez sea diagnosticada de IOP debe realizarse una DO mediante DEXA.

■ Tratamiento Síntomas

Tengo mucha sequedad vaginal e infecciones urinarias de repetición. ¿Cómo podría solucionarlo? Tengo pareja reciente y no tengo reglas tras la quimioterapia ¿Como trato la sequedad vaginal?

La atrofia uro-genital produce importante sintomatología que afecta al 40% de las mujeres, y necesitan una prevención y tratamiento activo.

Estos síntomas pueden ser más acusados cuando se ha recibido un tratamiento con quimioterapia.

La administración de los tratamientos con hidratantes y regeneradores del epitelio, así como lubricantes para las relaciones sexuales, le aliviarán estos síntomas.

También se le puede administrar tratamiento hormonal con estrógenos en aplicación directa (crema, óvulos) que revierten la atrofia.

■ Deseo de gestación

Y ¿si quiero tener hijos? ¿Podré tener hijos? Tengo 35 años y no tengo la regla, podré quedarme embarazada espontáneamente?

Lo más costoso de aceptar para las mujeres con fallo ovárico precoz es la dificultad para tener hijos.

Cuando la insuficiencia ovárica es espontánea y con cariotipo normal puede suceder que el ovario presente cierto grado de actividad de forma intermitente y la gestación espontánea se pueda producir en un 5 a 10% de las parejas (en condiciones de normalidad ovárica la tasa de

gestación espontánea llega al 60-70%). Pero no hay ninguna prueba que nos indique si esto va a suceder y tampoco los tratamientos de estimulación de la ovulación de los que se dispone en la actualidad son capaces de activar estos ovarios para que se produzca la ovulación.

Cuando una mujer no puede quedar embarazada por su cuenta, todavía puede quedar embarazada con las nuevas tecnologías. Estos métodos utilizan óvulos que proceden de otra mujer. Las opciones con claras posibilidades de éxito son la donación de óvulos. Y por supuesto la adopción.

Cada mujer o cada pareja puede escoger la opción que considere más adecuada para sus circunstancias médicas y sus convicciones religiosas y éticas

Es tranquilizador saber que la donación de óvulos alcanza tasas de éxito de alrededor del 60% al 65%.y que es un tratamiento bien establecido desde la mitad de los años 80.

■ Preservación de la Fertilidad

Si mi madre y mi hermana tuvieron menopausia precoz y yo tengo 30 años hay alguna prueba que pueda predecir mi reserva ovárica? ¿Puedo congelar mis óvulos preventivamente? ¿Durante cuánto tiempo?

Es muy importante que tenga la información adecuada de su reserva ovárica, para poder planificar su deseo de descendencia y tratar los efectos de la falta de estrógenos y prevenir en lo posible las consecuencias o complicaciones de la IOP. Una buena medida, es la valoración de la reserva ovárica, que se puede hacer mediante ecografía transvaginal, con la que se cuenta el número de los folículos de sus ovarios en los primeros días del ciclo.

La otra prueba otra es la determinación mediante análisis de sangre de una hormona llamada hormona antimulleriana, (AMH) que es un reflejo de la actividad folicular que también nos informa de la reserva ovárica, la combinación de ambas puede ayudar a predecir la reserva ovárica.

Una forma de preservar la fertilidad futura, es efectivamente la de la congelación de sus óvulos, para lo que debe acudir a un centro de Reproducción asistida, para obtener sus óvulos mediante estímulo de los ovarios, y éstos se pueden congelar hasta el momento de utilizarlos, y se pueden mantener congelados por tiempo indefinido.

Fertilidad tras quimioterapia (QT) o radioterapia (RT). Si me van a someter a tratamiento con QT o RT ¿debería de tener en cuenta preservación de la fertilidad?

- Los avances en este sentido, son muy importantes. Y si usted va a ser sometida ese tipo de tratamiento debe tener en cuenta su fertilidad futura y por tanto la preservación de su fertilidad con las técnicas de R. Asistida. Las técnicas más recomendadas actualmente son la vitrificación de ovocitos, la vitrificación de embriones y la criopreservación de la corteza ovárica.

■ Quimioterapia

¿Si he tenido un tratamiento con Ciclofosfamida, mis ovarios tendrán posibilidad de funcionar?

La ciclofosfamida es uno de los quimioterápicos con más capacidad de daño sobre el ovario. Se utiliza en el tratamiento de determinados tumores (sobre todo hematológicos) y de otras enfermedades autoinmunes (por ejemplo la esclerosis múltiple). Aún así, en un porcentaje entre el 5 y el 10% de los casos, la función ovárica se recupera.

El que sus ovarios vuelvan a funcionar va a depender de la edad a la que se le administró y de la dosis.

El riesgo de IOP es BAJO (<20%) si se le puso antes de los 30 años y es intermedio, si se le administró entre los 30 y 39 años

Tengo pareja reciente y no tengo reglas tras la quimioterapia... ¿me puedo quedar embarazada?

Los quimioterápicos oncológicos actúan sobre los ovarios produciendo, en ocasiones, el

cese de su función prematuramente y sus efectos, por tanto, dependen del agente, la dosis empleada y la edad de la mujer.

Por tanto, puede recuperar la función ovárica y haber un embarazo.

Si hago THS porque estoy en amenorrea tras quimio de un cáncer no hormono-dependiente: tengo más posibilidades de que si mis ovarios vuelven a funcionar tenga más reserva ovárica?

Para que un tumor o sus tratamientos afecten a la reserva ovárica no necesariamente tienen que ser del área ginecológica o mamaria.

Depende mucho del tipo de tumor que ha padecido, pero sobre todo, del tipo de tratamiento que haya necesitado. Porque hay tipos de RT y QT frente a tumores no ginecológicos que son muy agresivos para la función ovárica. En cualquier caso, su oncólogo debe advertirla del riesgo de esta pérdida, y mantener todas las recomendaciones para preservar su fertilidad.

Por otra parte, en algunas mujeres que han padecido una IOP y han recibido THS pueden recuperar espontáneamente su función ovárica e incluso quedar embarazadas.

Cirugía Profiláctica

Por ser portadora de un cáncer hereditario, ¿tendré más riesgos que beneficios después de la cirugía?

La cirugía profiláctica en mujeres afectas de cáncer de mama o de ovario con mutación genética, ha demostrado la reducción de estos cánceres (de mama y de ovario) por lo que se aconseja la cirugía profiláctica en todas ellas. No hay dudas de que los beneficios superan con mucho a los riesgos.

¿Qué es el síndrome de Turner?

El síndrome de Turner es una enfermedad genética caracterizada por la presencia de un solo cromosoma X (la mujer normal tiene 2 cromosomas X). Solo afecta a las niñas, y su inci-

dencia es de 1 cada 2,500 niñas. La ausencia del segundo cromosoma X determina la falta de desarrollo de los caracteres sexuales primarios y secundarios. Esto confiere a las mujeres que padecen el síndrome de Turner un aspecto infantil e infertilidad de por vida.

¿Cuáles son los síntomas del síndrome de Turner?

Las niñas con síndrome de Turner pueden presentar

- Estatura baja.
- Tener el tórax plano y ancho, en forma de escudo.
- Las manos y los pies hinchados desde el nacimiento.
- Tener un cuello membranoso.
- Párpados caídos.
- Ojos resecos.
- Implantación baja de las orejas.
- Desarrollo retrasado o incompleto de los caracteres sexuales secundarios en la pubertad, que incluye mamas pequeñas y vello púbico disperso. Esto es debido a que no tiene ovarios normales por lo que no tienen la pubertad.
- Amenorrea.
- Infertilidad.

Las niñas con síndrome de Turner suelen tener inteligencia normal pero pueden tener dificultades para las matemáticas y en el aprendizaje de la comunicación no verbal.

También pueden tener otros problemas: del corazón, renales o hepáticos, afectación del tiroides, pérdida de la audición o problemas en sus huesos.

¿Existe una prueba para el síndrome de Turner?

Sí que existe. Si se sospecha que una niña puede tener el síndrome de Turner, existe un apueba realizada en una muestra de sangre de la paciente, que es el análisis del cariotipo que nos dará el diagnóstico.

¿Cómo se trata el síndrome de Turner?

No hay manera de curar el síndrome de Turner, pero hay maneras de reducir los problemas que causa. Las niñas pueden ser tratadas con hormona del crecimiento para ayudar a aumentar su estatura.

La terapia con reemplazo de estrógenos con frecuencia se inicia cuando la niña tiene 12 ó 13 años de edad y ayuda a estimular el crecimiento de las mamas, del vello púbico y otras características sexuales y, posteriormente, se administran dosis de mantenimiento de estrógenos y progesterona para mantener dichos caracteres y ayudar a evitar la osteoporosis y otros problemas derivados de la falta de estrógenos en los años futuros.

En varios momentos a lo largo de sus vidas también deben ser revisados por los problemas que el síndrome de Turner puede causar. Esto involucra pruebas de audición, de los ojos, varios exámenes de sangre diferentes, y algunas pruebas para comprobar el estado del corazón, audición, de los ojos entre otros. Si alguno de estos problemas se presenta, deben recibir tratamiento para los mismos.

¿Y si mi hija quiere tener hijos?

Incluso con tratamiento, muchas niñas con síndrome de Turner no pueden tener hijos. Algunas pueden quedar embarazadas con un tratamiento especial llamado "fertilización in vitro", que utiliza los óvulos de otra mujer, que es la donante. Si su hija quiere tener hijos, cuan-

do esté preparada para ello, debe preguntar a su médico cuáles son sus opciones y él le informará de las posibilidades, pero teniendo en cuenta sus riesgo cardiovascular, principalmente la disección aórtica por lo que la valoración cardiovascular es esencial antes de considerar gestar.

¿Cómo será la vida de mi hija?

Las niñas con síndrome de Turner necesitan atención médica especial durante toda su vida. Pero no todas las niñas con síndrome de Turner van a tener la atención médica que necesitan cuando sean adultas. Cuando la niña crece, asegúrese de que entienda que debería seguir controles periódicos cada año. Su médico debe chequear la aparición de signos de:

- Problemas del corazón.
- Enfermedad de la tiroides.
- Diabetes.
- Colesterol alto.
- Problemas hepáticos.
- Pérdida de la audición.
- Problemas oculares.
- Osteoporosis (una enfermedad que debilita los huesos).

