

Duración de la Terapia Hormonal Menopáusica

Dr. Juan Enrique Blümel. Facultad de Medicina. Universidad de Chile

jeblumel@vtr.net

La principal indicación de la terapia hormonal de la menopausia (THM) es mejorar la calidad de vida de la mujer, deteriorada por los diferentes síntomas climatéricos que puede presentar¹. Estos síntomas, se pueden prolongar durante muchos años en algunas mujeres. Un estudio realizado en Latinoamérica mostró que 11.5% de las mujeres presentaban bochornos severos cinco años después de la menopausia². El estudio HERS, en mujeres con una edad promedio de 67 años y con 18 años de postmenopausia, mostró que 16% de ellas presentaban bochornos, 26% sequedad vaginal y 55% problemas de sueño³. Por lo tanto, la sintomatología climatérica puede ocasionalmente durar décadas y estas mujeres podrían requerir prolongar la THM muchos años más allá de la menopausia.

Contra poniéndose a la necesidad de tratamientos prolongados con THM, diferentes estudios caso-control han mostrados que la THM combinada de estrógenos y progesterona prolongada por más de cinco años aumenta el riesgo de cáncer de mama; pero estos estudios tienen sesgo de selección que hacen que sus conclusiones sean discutibles. Sin embargo, el estudio WHI, un estudio RCT, ha señalado igualmente que la prolongación de la THM combinada más allá de cuatro años incrementa el riesgo de cáncer de mama⁴. Pero, esta conclusión también ha sido fuertemente rebatida⁵. Por otra parte, la terapia con estrógenos solos, en el mismo estudio WHI, señala que después de 10 años disminuye el riesgo de cáncer de mama en 23% (HR, 0.77; 95% IC, 0.62-0.95)⁶.

El eventual riesgo de cáncer de mama mostrado en el estudio WHI con THM combinada, 0.8 casos de cáncer de mama cada 1,000 mujer tratadas, debe contrastarse con los diferentes estudios que muestran una disminución significativa de la mortalidad cardiovascular, la principal causa de muerte en la mujer. Mikkola en casi medio millón de mujeres con THM señala que las muertes coronarias se redujeron en 18% en las tratadas por 1 año y en 54% en las tratadas por más de 10 años; las muertes por accidentes cerebrovasculares se redujeron entre 18 y 39% en los mismos lapsos⁷. Un RCT finlandés mostró que después de 11 años de seguimiento la THM disminuía la mortalidad general y las muertes de origen cardíaco en 52% (HR 0.48, 95% IC, 0.26 - 0.87). No sólo la prolongación de la THM disminuiría la mortalidad cardiovascular, sino que también disminuye aún más el riesgo de fracturas osteoporóticas de caderas. Menos de 10 años de THM se asocian a un RR de fractura de cadera de 0.42 (0.13-1.42); más de 10 años, a un RR de 0.24 (0.03 - 1.76)⁸.

Por lo tanto, los discutibles riesgos de la THM combinada de estrógenos y progestinas prolongada deben ser contrastados con los eventuales beneficios sobre las enfermedades crónicas, los cuales superan ampliamente a los riesgos. En este sentido, el reciente consenso NAMS 2017 para la THM dice que no hay datos que respalden la suspensión de la terapia en las mujeres mayores de 65 años y que su continuación más allá de esta edad depende de la relación costo-beneficio⁹. No podemos dejar de mencionar que, en la mujer mayor de 60 años que continúa con THM, no deberíamos indicar la vía oral por el mayor riesgo trombótico que ella conlleva. La vía transdérmica es la indicación ideal para evitar este riesgo.

Lo que debe de la larga ser la brújula que nos señale la duración de la THM combinada es la presencia de síntomas climatéricos y el deterioro de la calidad de vida. No les neguemos la THM a las mujeres que requieren esta terapia; ella, les cambiará su calidad de vida.

Referencias.

- ¹ POSITION STATEMENT. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause: The Journal of The North American Menopause Society*. 2017;24(7): pp. 000-000. DOI:10.1097/GME.0000000000000921
- ² Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). A large multinational study of vasomotor symptom prevalence, duration, and impact on quality of life in middle-aged women. *Menopause* 2011; 18:778-85.
- ³ Barnabei VM, Grady D, Stovall DW, Cauley JA, Lin F, Stuenkel CA, et al. Menopausal symptoms in older women and the effects of treatment with hormone therapy. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1209-18.
- ⁴ Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL et al. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized control-led trial. *JAMA* 2002; 288: 321-33.
- ⁵ Shapiro S, Farmer RD, Seaman H, Stevenson JC, Mueck AO. Does hormone replacement therapy cause breast cancer? An application of causal principles to three studies: Part 1. The Collaborative Reanalysis. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2011 Apr;37(2):103-9.
- ⁶ LaCroix AZ, Chlebowski RT, Manson JE, and WHI Investigators. Health outcomes after stopping conjugated equine estrogens among postmenopausal women with prior hysterectomy: a randomized controlled trial. *JAMA* 2011; 305:1305-14.
- ⁷ Mikkola TS, Tuomikoski P, Lyytinen H, Korhonen P, Hoti F, Vattulainen P, et al. Estradiol-based postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular and all-cause mortality. *Menopause* 2015; 22:976-83.
- ⁸ Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, Ettinger B, Black D, Cummings SR. Estrogen replacement therapy and fractures in older women. Study of Osteoporotic Fractures Research Group. *Ann Intern Med* 1995; 122:9-16.
- ⁹ The North American Menopause Society. *Menopause* 2017: Vol. 24, No. 7, pp. 000-000. DOI: 10.1097/GME.0000000000000921.