

# Terapia de reemplazo hormonal en pacientes con cáncer ginecológico tratado.

Doctores: \* Jaime Sánchez S., \*\* Luis Zavala V., \*\* Judith Aguilar A.

\* Cirujano Oncólogo, Jefe Servicio Ginecología ION-SOLCA Guayaquil

\*\* Especialistas en Ginecología y Obstetricia. Profesores de la Universidad de Guayaquil

## ABSTRACTO

El uso de la Terapia de Reemplazo Hormonal en pacientes con cáncer ginecológico tratado es sometido a discusión por diversas razones, entre ellas primordialmente por el temor existente de aumentar el riesgo de presentar un nuevo cáncer ginecológico. De acuerdo a un estudio publicado en el año 2003 por la WHI (Women's Health Initiative), la terapia de reemplazo hormonal no aumentaría el riesgo de cánceres endometriales u ováricos. Existen, sin embargo, indicaciones específicas para su uso, así como contraindicaciones absolutas y relativas al considerar el inicio de esta Terapia en pacientes con antecedentes neoplásicos.

Su uso, asociado al ofrecimiento de una mejor calidad de vida y al manejo individualizado de cada paciente es sometido a revisión en este artículo.

**Palabras claves:** Terapia de Reemplazo Hormonal, Cáncer Ginecológico.

## ABSTRACT

The use of Therapy of Hormonal Substitution in patients with gynecological treated cancers is subjected to discussion for diverse reasons, among them primarily for the existent fear of the increasing the risk of presenting a new gynecological cancer. According to a study published in the year 2003 by the WHI (Women's Health Initiative), the therapy of hormonal substitution would not increase the risk of endometrial or ovarian cancers. There exist, however, specific indications for their use, as well as absolute and relative contraindications when considering the beginning of this therapy in patient with neoplastic antecedents.

Their use, associated to the offer of a better quality of life and to the individualized handling of each patient is subjected to revision in this article.

**Key Words:** Therapy of Hormonal Substitution, Gynecologic Cancers.

## INTRODUCCIÓN:

El climaterio es un período en la vida de la mujer que inicia con la pérdida de la función ovárica y se extiende hasta la ausencia total de la secreción estrogénica por este órgano.

Menopausia es la interrupción permanente de la menstruación, subsecuente al cese de la función ovárica. La menopausia ocurre a una edad promedio de 51 años (rango entre 45 – 55 años). El diagnóstico es retrospectivo, cuando han transcurrido doce meses o más de haberse establecido la amenorrea. Con las pruebas de laboratorio, se pueden definir con mayor precisión como una amenorrea en presencia de signos de hipoestrogenemia (estradiol debajo de 30 pg/ml) y de FSH mayor de 40 UI/L, datos que indican una insuficiencia ovárica completa.

Se denomina menopausia tardía cuando ocurre después de los 55 años, menopausia temprana cuando se presenta entre los 40- 45 años, y la menopausia precoz cuando aparece antes de los 45 años de edad.

### La menopausia se clasifica en:

- **Natural o fisiológica:** cuando sobreviene como resultado del cese espontáneo de la función ovárica y,
- **Iatrogénica:** cuando es consecuencia de la ablación ovárica (menopausia quirúrgica) o por acción de agentes externos como radioterapia, quimioterapia, etc.

Aunque si bien se sabe que la terapia de reemplazo hormonal (TRH) previene a largo plazo los efectos de la deprivación estrogénica como: aumento del riesgo de presentar osteoporosis, enfermedades cardiovasculares, alteraciones neuropsicológicas, ciertos cánceres como el de colon, cambios a nivel de las mucosas urogenitales y posibilidad de sufrir en la senectud la enfermedad de Alzheimer, existen algunas contraindicaciones y riesgos causados por la administración de TRH cuando se da a todas las pacientes indiscriminadamente.

En octubre del 2003 se publicó un artículo basado en el estudio Women's Health Initiative (WHI) dedicado al riesgo de tumores ginecológicos y procedimientos de seguimiento en mujeres tratadas con estrógenos y progestágenos, llegando a la conclusión que la T.R.H. continúa combinada no aumenta el riesgo de cáncer de endometrial, ni tampoco aumenta significativamente el de cáncer de ovario. Aún se encuentra en curso el grupo de estudio de estrógenos solos.

### Correspondencias y Separatas:

Dr. Jaime Sánchez S.

Servicio de Ginecología Oncológica

ION Solca Guayaquil

Av. Pedro Menéndez Gilbert (junto a la Atarazana)

Guayaquil - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer



## CONTRAINDICACIONES PARA EL USO THR:

### ABSOLUTAS:

- Cáncer de mama
- Cáncer de endometrio
- Melanomas
- Adenocarcinoma de cérvix
- Leiomiomas de útero
- Cáncer de ovario
- Enfermedad tromboembólica aguda
- Enfermedad hepática aguda
- Hipersensibilidad a las hormonas
- Sangrado genital de etiología desconocida
- Rechazo informado de la paciente

No admiten discusión y deben respetarse estrictamente, salvo que la condición cambie luego de la terapia específica.

### RELATIVAS:

- Hipertrigliceridemia
- Cáncer de endometrio ya tratado
- Cáncer de mama ya tratado
- Factores de riesgo para cáncer de mama
- Migraña
- Endometriosis
- Várices
- Insuficiencia renal crónica
- Displasia mamarias (benignas)

Es importante establecer que algunas contraindicaciones absolutas dependiendo de su tratamiento y evolución pueden transformarse en relativas o inclusive de solucionarse, no ser una contraindicación para la THR. Por ejemplo el sangrado genital anómalo es una contraindicación absoluta hasta que se diagnostique su etiología, la que orienta su manejo terapéutico que puede ser quirúrgico o farmacológico, inclusive con THR combinada.

Las complicaciones derivadas de alteraciones de la coagulación como la tromboembolia venosa en su fase aguda, contraindican formalmente el uso de THR. Sin embargo, luego de su resolución, esta contraindicación se torna en relativa, debiendo valorarse y discutirse siempre con la paciente la relación riesgo-beneficio antes de prescribirse.

Tras enfermedad hepática o tromboembólica, es preferible optar por la vía transdérmica, ya que los estrógenos por esta vía no tienen ningún efecto sobre la síntesis de proteínas hepáticas, especialmente de los factores de coagulación.

## CARCINOMA ENDOMETRIAL:

En una mujer de 50 años el riesgo vital de desarrollar carcinoma endometrial es de aproximadamente el 2.5% y el riesgo de muerte por esta patología es menor al 1 %.

El uso de estrógeno sólo, se asocia a hiperplasia endometrial y

aumento de riesgo de adenocarcinoma endometrial debido a que los estrógenos promueven la formación de proteínas receptoras y aumentan la síntesis de Acido desoxiribonucleico (ADN) y los progestágenos bloquean estos efectos de los estrógenos, por lo tanto el uso de estrógenos más gestágenos reducen el riesgo considerablemente.

La duración del tratamiento con gestágenos por ciclos es muy importante y para que esto suceda se debe utilizar gestágenos al menos por 12 días.

## CÁNCER DE ENDOMETRIO YA TRATADO:

*\*El 75 % de mujeres con cáncer de endometrio son menopausica y solo el 5% son menores de 45 años.*

El cáncer de endometrio ya tratado por medio de la histerectomía total y la salpingo ooforectomía bilateral, el pesquisaje de ganglios linfáticos y la citología peritoneal es negativa con un bajo riesgo de recurrencia (etapa 1 sin receptores a estrógenos) se les puede administrar THR. Esta tiene que ser siempre estrógeno más un progestágeno ya sea combinado o cíclico. El agregado de un agente progestacional puede ofrecer protección contra las neoplasias mamarias y no debe estimular de forma manifiesta la enfermedad residual no detectada. Es probable que pacientes con tumor de alto riesgo o que presente enfermedad extrauterina documentada no deben recibir THR hasta que se aclare mejor la cuestión del riesgo.

## CÁNCER DE OVARIO Y TUBARICO YA TRATADO

El antecedente de cáncer de ovario y tubárico ya tratado en mujeres jóvenes y de menor grado de malignidad, no suponen una contraindicación para el tratamiento hormonal sustitutivo.

## CÁNCER DE CERVIX YA TRATADO

El cáncer cervico uterino frecuente en la edad reproductiva de la mujer es de baja recurrencia, no contraindica el uso de T.H.R. cuando la mujer afectada y tratada llega a la menopausia Además se debe tener presente el rol protector de los progestágenos, por lo tanto se debe administrar estrógeno más progestágeno.

## CÁNCER DE MAMA YA TRATADO

El uso hormonal con estrógeno después del tratamiento adecuado de cáncer de mama continúa siendo controvertido. De hecho, si la enfermedad estaba limitada a la mama y se ha llevado a cabo el tratamiento local adecuado (es decir, una mastectomía modificada o una escisión local amplia, disección axilar y radioterapia). la cuestión es discutible. Sin embargo, dado que un gran número de pacientes se presentan con una enfermedad metastásica que puede o no ser controlada por el método adyuvante utilizado en la actualidad, existe el peligro muy real de que el tumor sea estimulado por el tratamiento de reposición.

Los datos acerca de los receptores son útiles, pero no puede



proporcionar un dato exacto del estado hormonal del tumor o de la metástasis. Por el momento no contamos con ningún medio para determinar qué pacientes pueden recibir este tratamiento en forma segura

No obstante las consideraciones anteriores otros investigadores si consideran necesario que pacientes tratadas de cáncer de mama con insuficiencia ovárica, la terapia de reemplazo hormonal no solo mejora su calidad de vida sino que otros determinan un menor índice de recurrencia de la enfermedad.

Se necesita más información para poder asesorar a las pacientes en forma apropiada en cuanto a los beneficios y riesgos del tratamiento de reposición con estrógenos luego del tratamiento adecuado del carcinoma de mama.

## CONCLUSIONES

Las pacientes que han sido tratadas de cáncer ginecológico que presentan signos de deficiencia estrogénica y que a pesar de haber utilizado otros tratamientos alternativos convencionales no mejora su sintomatología deberían recibir T.H.R. para mejorar su calidad de vida. Además siendo el beneficio, superior al riesgo, recomendamos tener presente que el tratamiento debe ser individualizado, buscando la dosis mínima adecuada que mejore su sintomatología y bajo vigilancia estrecha.

Además la paciente y sus familiares deben ser bien informados tanto de la historia natural de la enfermedad como de los riesgos potenciales del uso T.H.R. los cuales deben ser aceptados y firmados por la paciente y sus familiares para evitar posteriores reclamos legales.

## Bibliografía

1. Copeland. Larry J, M.D.; Ginecología, Editorial Panamericana-S.A. Buenos Aires- Argentina.-Año 1994.- Pág. 831-970-999.
2. Dr.Aguirre Solis,Wellinton; Jervis Simmons, Raúl.; Menopausia y Osteoporosis: conceptos actuales y su manejo práctico; V&O Graficas ;Quito-Ecuador 1999;Pág.190-191-192
3. Reid,Robert.M.D. Terapia de Reemplazo hormonal y Cáncer de mama-OBGYN. Net Conference Coverage from FIGO 2000, Washington, D.C.-2000
4. Lambrou, Nicholas, M.D.; Morse, Abraham N, M.D.; Wallach Edward F,M.D.-Johns Hopkins. Ginecología y Obstetricia.-Marbán Libros, S.L.-Madrid-España 2001, Pág. 307-308-364.
5. 5Bucheli Terán, Rubén M.D. Climaterio, menopausia y osteoporosis.;EDIMEC.-Quito-Ecuador.;2001.- Pág.277-278-315-316-336-360
6. Di a Támara, M.D; Temas en ginecología. -Vol.-1-Número 2;Línea ginecológica MERK -2002, Pág.4-5-8-10.
7. Aguirre Solis, Wellington; I Consenso Ecuatoriano de Climaterio y Menopausia, Primera Edición, Boutique Creativa, Quito Ecuador, 2002, Pág. 150-264-292-293.
8. Dr. Aguirre Wellington, Terapia Hormonal de Reemplazo (THR) El uso de Microdosis, Gyno News, Año 3, Num. 5, Mayo 2004.
9. www. Siicsalud.com: Sismondi y Vigilán, Terapia Hormonal de Reemplazo y Cáncer ginecológico luego del Estudio WHI: ¿Viejas cuestiones o nuevas Dudas?
10. Dr. Vidal Enrique, VI Congreso Peruano de Climaterio, Cáncer de Ovario, Junio 2004
11. DR. Galdos Oscar, VI Congreso Peruano de Climaterio, Cáncer de Endometrio, Junio 2004.
12. DR. Campodónico Italo, VI Congreso Peruano de Climaterio, Terapia hormonal y Cáncer de mama, Junio 2004.

## Del Editor

### PUBLICACIÓN DUPLICADA

El estándar de una publicación científica dicta que los artículos originales enviados para publicación no han sido publicados previamente ni están siendo considerados simultáneamente para su publicación en otra revista científica periódica. Los autores que envíen artículos para ser considerados en "ONCOLOGIA" serán recordados de este requerimiento al firmar la carta de exclusividad y la de cesión de los derechos de autor sobre la publicación enviada. La duplicación de una publicación es contraria a la ética que gobierna la diseminación de la información científica y los autores de trabajos científicos deben estar conscientes de que esta conducta es inaceptable.

