

Manejo de síntomas menopáusicos en mujeres con cáncer ginecológico

Marcela G. del Carmen, L. W. (2017, August). Management of menopausal symptoms in women with gynecologic cancers. *Gynecology Oncology*.

El tratamiento de las patologías oncológicas en ginecología generalmente implica cirugía, terapia sistémica y/o radioterapia. Estas a menudo resultan en la pérdida de la función ovárica y la menopausia iatrogénica. Esta menopausia inducida como consecuencia del tratamiento oncológico es de inicio repentino y puede manifestarse con diferentes síntomas aún más marcados que los causados por la menopausia natural. Estos síntomas pueden ocurrir dentro de los días posteriores a la ooforectomía y dentro de las 12 semanas posteriores al inicio de la radioterapia pélvica. En estas pacientes la menopausia inducida puede conducir a resultados adversos para la salud, incluidas enfermedades cardiovasculares, osteoporosis y deterioro cognitivo. Es importante destacar que los síntomas de la deficiencia de estrógenos también pueden provocar síntomas vasomotores, sequedad vaginal, fatiga y cambios de humor, lo que afecta negativamente la calidad de vida de la mujer.

La controversia que se plantea son los potenciales riesgos a largo plazo de la terapia hormonal, como el aumento del riesgo de cáncer de mama, endometrio y útero entre otros.

El tratamiento de reemplazo hormonal en mujeres con patologías malignas ginecológicas demostraron la posibilidad de un aumento del riesgo de desencadenar otras patologías. Un estudio demostró que las mujeres con útero intacto, las cuales recibieron estrógenos conjugados con acetato de medroxiprogesterona o placebo, con una mediana de intervención de 5,6 años, y las mujeres sin útero, recibieron estrógenos conjugados solos o placebo, una mediana de intervención de 7,2 años, se observó que en el grupo de estrógenos conjugados más acetato de medroxiprogesterona, se dio aumento no significativo de los eventos cardiovasculares y el cáncer de mama invasivo, con una reducción en el cáncer de endometrio y las fracturas de cadera. Durante la fase de intervención en el grupo de estrógenos conjugados solamente, se observaron mayores riesgos de accidente cerebrovascular y trombosis venosa, con menores riesgos de fracturas y un riesgo no significativo de cáncer de mama.

En general, los riesgos absolutos de eventos adversos de la terapia hormonal fueron menores en las mujeres de 50 a 59 años, en comparación con las mujeres mayores de 60 o 10 años desde la menopausia. Es importante destacar que la mayoría de las mujeres que buscan terapia médica para el tratamiento de los síntomas vasomotores de la menopausia son menores de 60 años.

El riesgo no solamente se limita a los eventos cardiovasculares si no a la posibilidad de recurrencia de otras patologías oncológicas tales como el sarcoma uterino donde la evidencia demuestra que la terapia hormonal tiene un impacto adverso en estos tumores y, por lo tanto, está contraindicado en esta población de pacientes, independientemente del grado de diferenciación, ya que la mayoría de estos tumores expresan receptores hormonales. En el caso del cáncer de ovario si bien no existen evidencia de un aumento de riesgo de recurrencia en aquellos que poseen histología mucinosa y endometriode, se debe ser más cauteloso en aquellos donde se sobreexpresan los receptores hormonales. Para las demás patologías oncológicas como el cáncer endometrial donde se observó que en los grupos estudiados las tasas de cáncer de mama fueron similares en los dos grupos. Los investigadores concluyeron que en pacientes con cáncer de endometrio en estadio I-II de bajo grado, la terapia hormonal parece estar asociada con bajo riesgo de recurrencia del cáncer endometrial.

En el cáncer cervical, de vulva y de vagina no se encontró relación entre el uso de la terapia hormonal en las mujeres menopáusicas con la recurrencia de patologías oncológicas.

En el uso de la terapia hormonal sistémica como en la transdérmica la eficacia comparable es la misma según los datos encontrados en distintos ensayos de control aleatorio para el control de los síntomas vasomotores presentes en la menopausia.

En pacientes con cánceres ginecológicos, que han sufrido histerectomía total y no tiene tumores positivos para receptores ER / PR, se recomienda la dosis más baja y el curso más corto de terapia con estrógenos para el manejo de los síntomas y en aquellas pacientes con cánceres ginecológicos con útero intacto, incluidos aquellos que ha recibido radioterapia pélvica, se le debe ofrecer un tratamiento de corta duración y la dosis más baja de hormona combinada de estrógenos y progesterona. También existe la posibilidad de prescribir medicamentos no hormonales como los antidepresivos y anticonvulsivos para el control de los síntomas. La Paroxetina y Venlafaxina poseen datos de eficacia sólidos en el manejo de los mismos. Sin embargo, no todo se reduce al uso de fármacos para controlar los distintos síntomas, si estos son leves pueden utilizarse medidas de comportamiento tales como bajar la temperatura del ambiente, evitar el alcohol, tabaco, cafeína y los alimentos picantes. El síndrome genitourinario de la menopausia es otro de los efectos negativos que puede sufrir la mujer, este describe los cambios físicos que ocurren en la vagina, la vulva y el tracto urinario inferior debido a la pérdida de estrógenos. Para estos casos el uso de estrógenos vaginales en dosis bajas puede ser un tratamiento apropiado para controlar el síndrome ya sean moderados o severos.

En conclusión es importante el abordaje y la optimización de la calidad de vida de estas pacientes. La falta de datos derivados de ensayos aleatorios y las limitaciones de los datos disponibles para informar el perfil de beneficio y riesgo de la terapia hormonal en pacientes con cáncer ginecológico son un obstáculo diario. Sin embargo, a pesar de estas limitaciones, los datos disponibles sugieren que el uso a corto plazo de la terapia hormonal en pacientes con cáncer ginecológico que no tienen una neoplasia maligna dependiente de estrógenos, no afecta negativamente el resultado oncológico y da como resultado una mejoría de los síntomas del síndrome genitourinario y vasomotor menopáusico. Las candidatas apropiadas y potenciales para la terapia hormonal en oncología ginecológica incluyen mujeres con síntomas menopáusicos diagnosticados con cáncer de endometrio en estadio temprano de bajo grado, cáncer cervical, vulvar y vaginal y cáncer de ovario. Actualmente no hay pruebas sobre la seguridad del uso de la terapia hormonal en mujeres con neoplasias ginecológicas dependientes de estrógenos y su uso en estos pacientes debe evitarse hasta que se disponga de datos.

Florencia Anahi Pietropinto