

584 Sobre la terapia hormonal sustitutiva en la posmenopausia

Señor director:

Aunque desde hace ya tiempo diferentes informaciones en los medios de comunicación social, alentadas por supuestos expertos en el climaterio y la menopausia, han suscitado controversias sobre la validez, y especialmente sobre los riesgos de la terapia hormonal sustitutiva (THS), ha sido en los últimos meses cuando tales controversias se han acentuado a raíz de alguna publicación (“de los americanos”) en *JAMA*¹, y porque en revistas profesionales se escribe advirtiendo de la poca utilidad y sí grandes riesgos de la THS en general, por parte de personas de reconocido prestigio y conocimiento.

Sin embargo, también hay que señalar que la mayoría de los que son considerados como “reconocidos expertos internacionales”, ni son ginecólogos, ni han visto y tratado a mujer menopáusica alguna. Y no es que vaya yo a infravalorar los importantísimos ensayos clínicos y estudios epidemiológicos sobre el tema, pero una cosa es la investigación y otra la práctica clínica diaria. En ésta, las mujeres presentan otras características, no están sometidas a riguroso cumplimiento, cambian de preparado y composición si con el primero no están conformes, etc. Y una cosa es la valoración de los bochornos, de la masa ósea, del riesgo cardiovascular, etc., y otra bien distinta es la consideración total de la mujer en lo que se refiere a su satisfacción y calidad de vida, a la exploración clínica y a hablar periódicamente con ella, prestando atención a su psiquismo, la sexualidad, la atrofia del aparato genital o urinario, a su preocupación sobre la tersura de su piel o el peso corporal, aunque se tengan en cuenta también, por supuesto, los problemas metabólicos, cardiovasculares y óseos. Finalmente, una cosa son los estudios epidemiológicos y la observación de un riesgo relativo de 1,26 para cáncer de mama en 5 años, por ejemplo, advirtiendo entonces a la mujer que tiene un 26% más de riesgo, y otra informarle de que entre más de 8.000 mujeres con THS, frente a otras tantas sin ella, en las primeras hubo un 0,4% más de cánceres de mama¹. En la práctica, además, es que el aumento de riesgo no es perceptible, y también debe tenerse en cuenta que las mujeres con THS están en general mejor controladas, por lo que es previsible que en ellas se

diagnostique de forma más temprana el cáncer de mama y sean antes operadas y tratadas con menos radicalidad, con lo que se pierden menos mamas y menos vidas que en las mujeres sin THS.

Desde hace más de 15 años me incluyo entre los que recomiendan la THS a toda mujer posmenopáusica, tras explicarle durante largo tiempo las ventajas y los inconvenientes (naturalmente, de acuerdo con su nivel y conocimiento) para que ella decida, y para que si la sigue sea porque esté convencida, frente a la información que recibe de las amigas, la peluquería, la televisión o muchos médicos. En las mujeres que he seguido viendo, la tasa de cumplimiento de la THS es del 75%, y les informo además de que a mi parecer tal THS (aunque vayamos cambiando de pautas y preparados) debe ser “para toda la vida”. Pero también quiero indicar que, en primer lugar, yo no recomiendo la THS para tratar ninguna osteoporosis o fractura, ninguna coronariopatía o problema cardiovascular ni ninguna depresión. Entiendo que el tratamiento de estos problemas corresponde al reumatólogo o traumatólogo, al cardiólogo o al psiquiatra. Pero sí informo de que entre otras ventajas de la THS también se encuentra cierto efecto preventivo de estas enfermedades. Ahora se señala que probablemente esto tampoco sea cierto; después lo comentaré. En segundo lugar, sí informo también a la mujer que mi punto de vista sobre la THS es similar al de la sustitución hormonal de cualquier otra glándula endocrina que falla o que ha sido extirpada (tiroides, testículo). Por tanto, las ventajas e inconvenientes serán similares a los de si esa glándula mantuviese su propia producción hormonal. En consecuencia, tendrá las ventajas del “rejuvenecimiento femenino” (físico y psíquico), y el inconveniente que tengan los estrógenos y la progesterona (si es precisa) sobre el aparato cardiovascular o la mama, pero, repito, de manera similar que si sus propios ovarios siguiesen funcionando. Otra cosa, sin embargo, es que quizá algunos preparados que empleemos no se ajusten exactamente a lo que es la hormona natural, y en este sentido habrá que progresar. Pero aún así, debo, igualmente, comentar algunos puntos controvertidos que se mencionaron por parte de Balasch y González-Merlo² en un foro de opinión previo:

1. En cuanto al aparato cardiovascular se dice que no existe evidencia de efecto protector, sino al contrario. Efectivamente, en el estudio del *JAMA*¹ se ha observado un riesgo relativo (RR) aumentado de 1,29 para coronariopatía, de 1,41 para ACVA, y de 2,1 para tromboembolia venosa. Ciertamente esto es importante, pero yo creo que: *a)* no debe transmitirse a la mujer la sensación de que llevar THS equivale a accidente cardiovascular; *b)* que estos estudios están hechos y se refieren sólo a un tipo de THS, con estrógenos conjugados y MPA oral, y *c)* que si esto es así, no se entienden todos los conocimientos previos relativos a que la mujer tiene menos riesgo de infarto que los varones, a que la cardiopatía isquémica aumenta tras la menopausia pero se atenúa con los estrógenos endógenos o exógenos³, y a que los estrógenos, y la THS en general, disminuyan el colesterol y los triglicéridos y aumenten el colesterol unido a lipoproteínas de alta densidad (cHDL), mejorando también la presión arterial, a pesar de que también deban tenerse en cuenta otros aspectos de la función endotelial.
2. En cuanto al aparato locomotor, es evidente que la osteoporosis posmenopáusica está en relación con el hipoestronismo climatérico. Por tanto, la THS debe prevenirla, y naturalmente, también a tal efecto, la THS debería mantenerse “toda la vida”, sin tener que recurrir a otras opciones terapéuticas que sólo servirían para ese efecto y área concreta.
3. En cuanto a la calidad de vida, ya es importante que la THS tenga un efecto positivo sobre la psique y la sensación de bienestar, tras remitir los síntomas vasomotores. Pero es que, además, creo que si se mejora el trofismo va-

ginal y la sexualidad, o se previene la osteoporosis, también se estará influyendo en la calidad de vida.

4. No parece lógico que tras la menopausia, y como consecuencia de la edad y de la disminución del trofismo, se relajen los soportes fasciales y aumenten los prolapsos, los cistocelos y la incontinencia urinaria, y sin embargo resulte que los estrógenos carezcan de efecto beneficioso alguno, e incluso que tengan efecto adverso sobre la incontinencia de orina.
5. Lo referente al riesgo de cáncer de mama ya se ha mencionado anteriormente.

En síntesis, pues, mi opinión es contraria a lo recientemente expresado en este foro de opinión. Yo no creo que sea ninguna esperanza perdida, y aunque la THS tenga también sus inconvenientes (que habrá que mejorar y reducir), tiene muchas más ventajas; creo, incluso, que su administración es lo que más se acerca a lo fisiológico. Así que en este sentido no puede entenderse que la THS sea una posibilidad de tratamiento a corto plazo, y sólo para los síntomas de la transición menopáusica, “debiendo recurrirse a otras terapéuticas una vez que la sintomatología haya remitido”. Al contrario, yo creo, además, que si hay que recurrir a calcitoninas o difosfonatos, a vastatinas, hipotensores, sedantes, etc., seguramente éstos tendrán efectos secundarios iguales o superiores a la THS, además de que se precisarán más “medicamentos”, sin las ventajas de aquella en las otras áreas psíquicas y corporales de probada eficacia.

P. Acién

*Instituto de Ginecología PAA
y Departamento/División de Ginecología,
Facultad de Medicina. Universidad Miguel
Hernández. Campus de San Juan. Alicante.*

BIBLIOGRAFÍA

1. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative Randomized Controlled Trial. *JAMA* 2002; 288:321-33.
2. Balasch J, González-Merlo J. Terapéutica hormonal sustitutiva, ¿la esperanza perdida? *Prog Obstet Ginecol* 2002;45:229-31.
3. Sant RA, Raine-Fenning NJ, Brincat MP. Hormone replacement therapy. *Curr Obstet Gynecol* 2002;12:218-25.