

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

Cuando aplicamos el término terapia hormonal sustitutiva (THS) nos referimos a la medicación que se utiliza para el tratamiento y/o la prevención de los síntomas y patologías asociadas a la deficiencia estrogénica en la mujer posmenopáusica. Dicha medicación está constituida por las hormonas esteroideas ováricas, o sustancias que actúan sobre los receptores hormonales esteroideos. El concepto del mecanismo de acción de estas hormonas es hoy por hoy más difícil de explicar. Nuevas rutas como la estrogenerapia intranasal o «pulsoterapia estrogénica» con la ocupación masiva de receptores por la llegada en forma de pico del estradiol y la caída brusca con la producción en cascada de los efectos genómicos y recuperación de receptores, abre nuevas formas de entender la acción del estradiol.

La síntesis de sustancias que ocupan receptores de progesterona, estrógenos, andrógenos y mineralocorticoides abre la posibilidad de tener efectos diversos mediados al mismo tiempo por diferentes receptores esteroideos. Conceptos nuevos como moduladores selectivos de receptores estrogénicos (SERM), moduladores selectivos de receptores de progestágenos (SPRM) o moduladores selectivos de receptores de andrógenos (SARM) aparecen con fuerza, pero posiblemente pueda existir más diferencia entre dos SERM que entre un SERM específico y un SPRM.

Mientras la investigación continúa, los médicos debemos saber atenernos a las evidencias clínicas que tenemos y utilizarlas de forma racional.

Los estrógenos tienen una alta eficacia sobre los síntomas vasomotores (sofocos, sudores, insomnio) y del tracto urogenital inferior (sequedad vaginal, dispareunia, flujo, cistitis y algunas formas de incontinencia urinaria). Los diferentes estudios muestran una disminución tanto de los síntomas como de la intensidad en más de un 80% de las pacientes.

Los estrógenos inhiben la pérdida ósea posmenopáusica y también tienen efecto reductor en el riesgo de fracturas. El uso de gestágenos no inhibe e incluso puede potenciar este efecto. Los beneficios comprobados podrían situarse en un aumento de la masa ósea entre un 2% y un 5% con respecto a la basal en columna lumbar y sobre un 1%-2% en cadera. El beneficio absoluto en reducción del número de fracturas de cadera podría situarse en el orden de 172 fracturas de cadera menos por 100.000 mujeres/año.

Diversas pruebas de calidad de vida han demostrado claros beneficios de la THS frente a placebo. Estas pruebas incluyen síntomas físicos generales, síntomas sexuales, síntomas psíquicos, generales y sociales.

Existen otros beneficios de la THS, pero debido a la escasa evidencia los debemos colocar como probables; entre ellos están la pre-

vención primaria cardiovascular, el cáncer colorrectal, la función cognitiva, la enfermedad de Alzheimer, la degeneración macular, el glaucoma, las lágrimas secas y la piel seca.

En el capítulo de los riesgos podemos señalar que también existen unos comprobados y otros probables. Uno de los riesgos mejor conocidos de la utilización de estrógenos exógenos sin oposición gestagénica es el aumento de la incidencia de cáncer de endometrio. Las mujeres que han utilizado estrógenos solos tienen un riesgo relativo de padecer este tumor de 2,3 en comparación con las que nunca la han utilizado. El incremento de este riesgo parece aumentar con la duración del tratamiento. La utilización de esquemas con gestágeno tanto cíclico como continuo hace que desaparezca tanto el riesgo relativo como el absoluto.

Las evidencias clínicas disponibles indican que el uso de THS está asociado con un ligero aumento del riesgo de tromboembolismo venoso, en comparación con el que tienen las mujeres posmenopáusicas que no siguen este tratamiento. Según los datos aportados en los estudios observacionales, el riesgo relativo de sufrir un episodio tromboembólico aumenta de 2 a 3 veces con el uso de THS; en mujeres con enfermedad cardiovascular dicho riesgo es mayor.

Otros riesgos que se mencionan en la literatura son considerados probables ya que se basan en estudios observacionales con multitud de sesgos o las evidencias son muy escasas. Entre ellos tenemos el cáncer de mama, la litiasis biliar, el uso en pacientes con enfermedad cardiovascular, ataques de epilepsia, asma y lupus eritematoso.

La THS es el tratamiento de elección para los síntomas del climaterio y perimenopausia, y para prevenir y tratar diversas patologías asociadas al hipoestrogenismo. Sin embargo, no debe prescribirse este tratamiento a toda mujer por el mero hecho de estar en menopausia ya que el mismo tiene beneficios, efectos secundarios y riesgos o contraindicaciones que deben sopesarse adecuadamente para decidir que es lo mejor para la calidad de vida. En este balance deberá tenerse presente, en primer lugar, el consejo para observar hábitos de vida saludables y en segundo lugar la existencia de otras alternativas terapéuticas para los síntomas y patologías asociadas. Luego de un prolijo análisis y con la participación de la paciente bien informada, se decidirá cuál o cuáles son las mejores opciones terapéuticas.

S. PALACIOS GIL-ANTUÑANO

Instituto Palacios de Salud y Medicina de la Mujer.

Presidente de la Asociación Española para

el Estudio de la Menopausia (AEEM).