

Miomatosis, menopausia y TH

Una mujer posmenopáusica sana de 55 años con antecedentes de miomas uterinos y sin histerectomía previa inició terapia hormonal (TH, estradiol transdérmico con progesterona micronizada oral diaria) para síntomas severos de menopausia y tuvo una buena respuesta en la reducción de los síntomas vasomotores (SVM). Ella desea fuertemente continuar en TH, pero ha comenzado a tener el sangrado de supresión molesto. ¿Cuáles son las opciones de manejo para las mujeres con fibromas que tienen sangrado en TH?

Comentario

No es una situación poco frecuente en la medicina clínica para la cual no hay abundantes pruebas de nivel I que nos guíen, pero permítanme tratar de razonar a través de cómo uno podría acercarse a tal paciente.

En realidad, existen dos preocupaciones principales: 1) la exclusión de cualquier patología orgánica concomitante grave, como la hiperplasia endometrial o el cáncer, y 2) si se excluye la preocupación por la patología, todavía nos queda la molestia y el inconveniente de la hemorragia, especialmente a la luz de la excelente reducción de SVMs.

Hay varias piezas de información que pueden ser extremadamente relevantes. En primer lugar, ¿cuánto tiempo lleva en el régimen improvisado de una forma combinada continua (estradiol transdérmico y progesterona oral)? Además, ¿en qué dosis se emplean estas preparaciones?

Sabemos de varios estudios de TH combinado continuo (ninguno cabeza a cabeza) que la incidencia de sangrado o manchas en los primeros 3 a 4 meses no es insignificante.

De hecho, un brazo de un ensayo reciente de una formulación de dosis baja de 0,45 mg de estrógenos equinos conjugados (EEC) con 1,5 mg de acetato de medroxiprogesterona diariamente

dio como resultado una tasa aproximadamente de 20 a 25% de sangrado o manchado en cada uno de los cuatro alícuotas de tiempo de una semana.

Por lo tanto, en la práctica, cuando tenemos pacientes en cualquier forma de TH continuo combinado, les digo que si tienen algún sangrado en los primeros 3 meses, lo ignoren, que eso no es inusual; pero si persiste más allá de 3 meses, deben ponerse en contacto conmigo. Esto es para las pacientes si tienen o no fibromas.

Tengo la oportunidad de hacer ultrasonido transvaginal en prácticamente todas mis pacientes que inician TH; especialmente en casos como este estoy curiosa de ver si hay fibromas y la localización de estos, si hay un componente submucoso, si hay un endometrio bien visualizado y si la localización y/o el tamaño de este necesita una evaluación adecuada.

Sin embargo, a falta de factores de riesgo relacionados con la neoplasia endometrial (obesidad, nuliparidad, diabetes, etc.), no haría nada más invasivo (sonohisterografía o histeroscopia). Las mujeres en tratamiento combinado continuo no están protegidas contra el cáncer endometrial. Durante mucho tiempo se ha sabido que la adición de progestágeno simplemente trae el riesgo potencial de cáncer de endometrio hasta el nivel de no usuarias de la terapia con estrógenos, pero no a cero.

Si la hemorragia persiste más allá de 3 a 4 meses de un régimen combinado continuo, evaluaría absolutamente el endometrio para la patología orgánica.³ Utilizo un acercamiento basado en ultrasonido usando ultrasonido transvaginal y la sonohisterografía por infusión de solución salina cuando sea necesario.

Si la evaluación del endometrio no revela patología y la paciente presenta una hemorragia disruptiva, el cambio de las dosis de estrógeno o de los tipos de progestágeno dependerá del grado de incomodidad de la hemorragia y del

temor de que el nuevo régimen no sea tan satisfactorio en aliviar sus su SVMs

Alternativamente, se podría considerar la nueva categoría de complejos de estrógenos SERM en los que la combinación de CEE 0,45 mg y 20 mg del modulador selectivo de receptores de estrógenos bazedoxifeno redujo el SVM de un promedio de más de diez SVMs por día a menos de tres y había un perfil hemorrágico indistinguible del placebo.⁴

Referencias

1. Goldstein SR, Kagan R. Incidence of bleeding or spotting with a conjugated estrogen/bazedoxifene compound compared to conjugated estrogen/progestogen to placebo [abstract]. Menopause. 2015;22(12):1384. Abstract P-31.
2. Grady D, Gebretsadik T, Kerlikowske K, Ernster V, Petitti D. Hormone replacement therapy and endometrial cancer risk: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 1995; 85(2):304-313.
3. Goldstein SR. Modern evaluation of the endometrium. Obstet Gynecol. 2010;116(1): 168-176.
4. Pinkerton JV, Harvey JA, Pan K, et al. Breast effects of bazedoxifene-conjugated estrogens: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013;121(5):959-968.

Declaraciones: El Dr. Goldstein reporta consultoría y asesoría al panel de revisión para JDS Therapeutics, Pfizer, TherapeuticsMD, Cook OB/GYN, and Cooper surgical and speakers bureau for JDS Therapeutics and Pfizer.