

The seal of the Universidad Nacional de Córdoba is a large, intricate emblem in the background. It features a central shield with a sun, a bird, and a figure, surrounded by a crown and a banner with the text 'UNIVERSITAS CORDUBENSIS TUCUMANA'.

TERAPIA HORMONAL

EN LA PACIENTE

ONCOLÓGICA

Prof. Dr. Néstor Garello

II° Cátedra de Ginecología

Universidad Nacional de Córdoba

“Si comenzamos diciendo que la TH está totalmente contraindicada en mujeres tratadas por cáncer gínito-mamario, probablemente lo aceptemos, porque nuestro temor a la mala praxis puede ser tan grande como el de la mujer por su eventual recurrencia”

Les propongo por lo tanto que transitemos el camino de la evidencia, que nos permita entender el por qué de sus indicaciones y contraindicaciones.

A Quién?

Cuando?

Cómo?

Qué?

INTRODUCCIÓN

- Estudios epidemiológicos han demostrado que mientras mayor sea la exposición de la mujer a los E, mayor es el riesgo de desarrollar cánceres estrógeno dependientes.
- Los mecanismos de carcinogénesis son muy complejos. Se considera que los E estimulan la proliferación celular a través de receptores nucleares, aumentando las posibilidades de mutaciones genéticas que no pueden ser reparadas.
- Los progresos en los tratamientos del cáncer han posibilitado que numerosas mujeres tengan una sobrevida prolongada y por ende que su calidad de vida deba ser adecuadamente atendida.

Biliatis, I. J Obst Gyn 2012(32):321-5.

Guidozzi, F. Climateric 2013(16):611-7.

O'Donnell, R. Curr Opin Obstet Gynecol 2016(28):32-41.

INTRODUCCIÓN

- Las mujeres tratadas por cánceres ginecológicos, enfrentarán invariablemente las consecuencias de la deficiencia estrogénica, sea por la resección quirúrgica de los ovarios como parte del tratamiento; la necesidad de RXT y/o QT; o simplemente por el **“paso de los años”** luego de ser tratadas.
- Estas mujeres tendrán por lo tanto que tomar una **“Decisión Informada”** de cómo tratar sus síntomas menopáusicos.
- Los síntomas climatéricos tanto físicos como psíquicos inducidos por las estrategias terapéuticas resultan más **“intensos y severos”** que los ocasionados por la **“menopausia natural”**.

Biliatis, I. J Obst Gyn 2012(32):321-5.

Guidozzi, F. Climateric 2013(16):611-7.

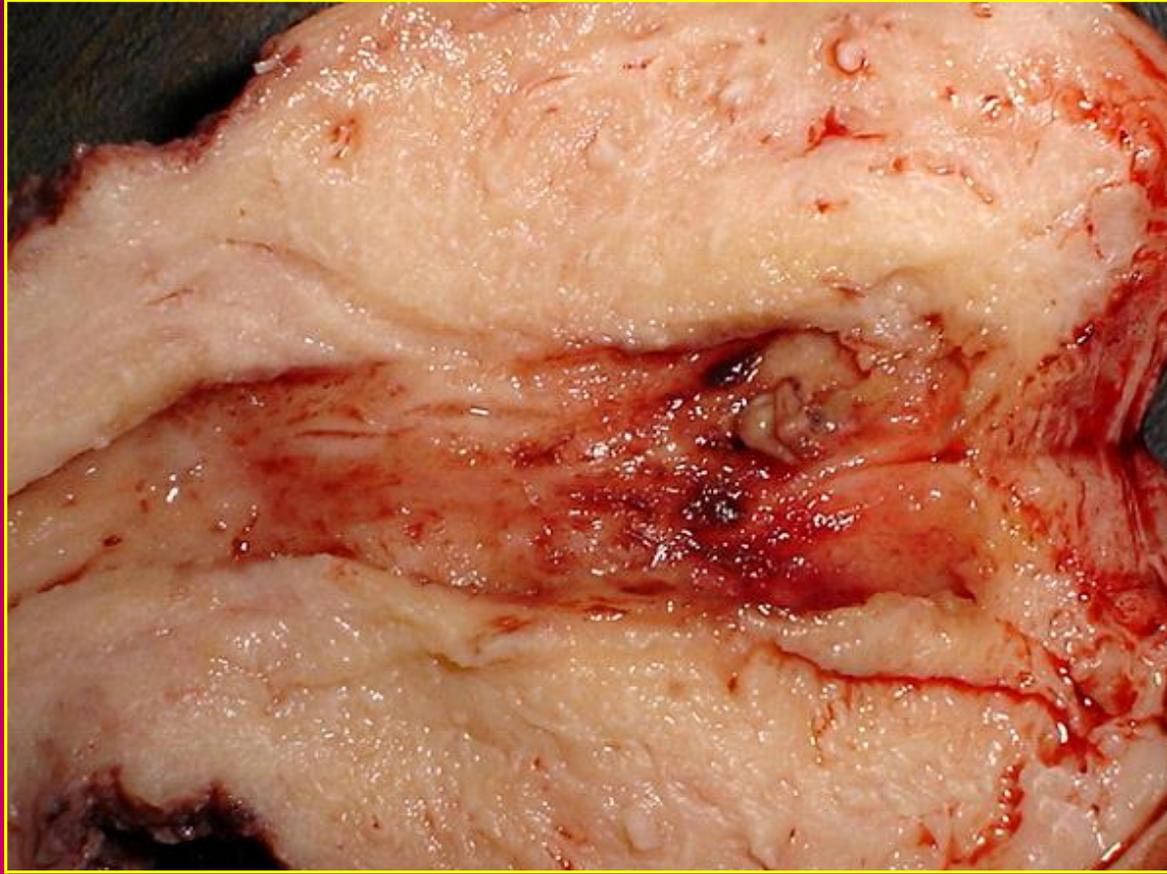
O'Donnell, R. Curr Opin Obstet Gynecol 2016(28):32-41.

INTRODUCCIÓN

- El uso de la TH en sobrevivientes al cáncer continúa siendo **controversial y desafiante**, debido al **temor** de la paciente; **inseguridad** del médico; **carencia** de guías consensuadas y posibilidades de **litigio**.
- Los datos disponibles, basados fundamentalmente en **estudios retrospectivos**, sugieren que las tasas de recaídas son similares entre las usuarias y no usuarias de TH. Sin embargo existe una **carencia de estudios prospectivos controlados** que los avalen.

A PESAR DE ESTA FALTA DE EVIDENCIA, NUESTRAS PACIENTES TRATADAS POR CÁNCER SUFREN LOS SÍNTOMAS DE LA MENOPAUSIA Y REQUIEREN DE NUESTRO CONSEJO PARA EL EVENTUAL USO DE TH.

CÁNCER DE ENDOMETRIO



Hormone replacement therapy after treatment for a gynaecological malignancy

Rachel Louise O'Donnell

Curr Opin Obstet Gynecol 2016, 28:32–41

Table 1. Hormone replacement therapy following a diagnosis of endometrial cancer

Study	No. of patients (HRT vs. control)	HRT regimen	Commenced after cancer therapy (months)	Therapy duration (months)	Follow-up (months)	Recurrence
Retrospective						
Creasman 1986 [29]	47/174 Stage 1	Vaginal (n=34), oral (n=7), combination vaginal and oral (n=6)	Median 15	Median 26	Median 32 (25–150)	1 in HRT group, 26 in control
Lee 1990 [30]	44/99 Stage 1	Oral conjugated oestradiol ± progesterone	<12	Median 64	24–84	0 in HRT, 8 in control (7 of which had high-risk tumour types)
Baker 1990 [31]	31/0	Oral, vaginal, combination, transdermal			16 years	0 in HRT
Bryant 1990 [32]	20/0 Stage 1/2	Oral conjugated oestrogen ± depo-provera	18–24	12–132	42–168	0 in HRT
Chapman 1996 [33]	62/61 Stage 1/2	Oral/vaginal oestrogen ± 2.5 mg MPA	Median 8 (0–108)	Mean 49.1	Median 57.1	2 HRT, 8 controls
Suriano 2001 [34]	75/75 Stage 1/2/3	Oral 0.625 mg CEE ± 2.5 mg MPA	Mean 6	Mean 83	Mean 83	2 (1%) in HRT, 11 (14%) in control
Prospective						
Barakat 2006 GOG137 [38]	618/616 Stage 1/2	Oral 0.625 mg CEE + 2.5 mg MPA	Median 30.8 (0–68.4)	Median 36	Median 35.7	14 (2.3%) in HRT, 12 (1.6%) in controls
Ayhan 2006 [41]	50/52 Stage 1/2	Oral 0.625 mg CEE + 2.5 mg MPA	4–8 weeks	Mean 49.1 [12–34, 35 ^{***} , 36–95]	Mean 49.1 (HRT) Mean 53.2 (control)	0 HRT, 1 in control

Hormone replacement therapy after treatment for a gynaecological malignancy

Rachel Louise O'Donnell

Curr Opin Obstet Gynecol 2016, 28:32–41

- Los estudios retrospectivos NO han demostrado aumento de recurrencias ni en la mortalidad con el uso de la THR.
- El estudio prospectivo randomizado GOG 137, encontró una baja tasa de recurrencia en ambos grupos; pero fue cerrado tempranamente luego del WHI, debido al incremento de eventos cardiovasculares y tromboembólicos.
- Un meta-análisis de todos estos estudios NO demostró vinculación entre THR y recurrencias.
- Entre un 35% y 57% de los cánceres de endometrio expresan receptores de E y P.

Hormone replacement therapy after treatment for a gynaecological malignancy

Rachel Louise O'Donnell

Curr Opin Obstet Gynecol 2016, 28:32–41

- El INC recomienda la evaluación de los receptores en EI – II del Ca. de endometrio y dada la ausencia de estudios randomizados, estratificarlos de acuerdo a la expresión de RE y RP; limitando el uso de TH a los casos con RH (-).
- Los ca. serosos papilares y de células claras NO expresan RH y no serían estimulados por la THR post tratamiento.
- Dentro de los sarcomas uterinos, los del estroma endometrial son considerados E dependientes y por lo tanto NO debieran recibir TH. Sin embargo NO existen estudios que avalen el uso de TH en ningún tipo de sarcoma.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

Las guías disponibles son conflictivas y contradictorias:

- **NAMS:** THR no es recomendada en pacientes con ca. de endometrio y sugieren el uso de progestágenos solos para tratar los sofocos. *Menopause* 2012(19):1-257.
- **NCCN:** Los E solos podrían ser una opción razonable en mujeres con ca. de endometrio de bajo riesgo de recurrencia; pero el tto. debiera ser individualizado y discutido con la paciente. *J Natl Cancer*. 2014;12(2):248-280.
- **ACOG:** La decisión de usar E en mujeres tratadas por ca. de endometrio, debiera ser individualizada en base a los riesgos y beneficios de la paciente. *Int J Gyn Obst* 2001(73):77-79.

Effects of hormone replacement therapy on the rate of recurrence in endometrial cancer survivors: A meta-analysis

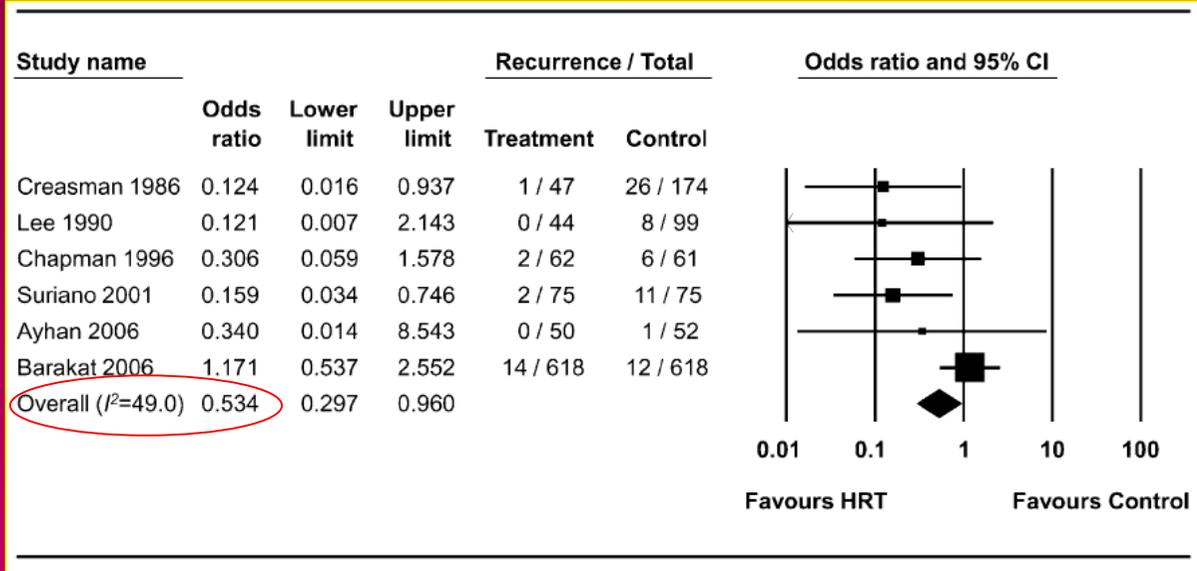
Seung-Hyuk Shim

European Journal of Cancer (2014) 50, 1628–1637

6 Estudios (5 Retrospectivos - 1 Prospectivo)

N:1975

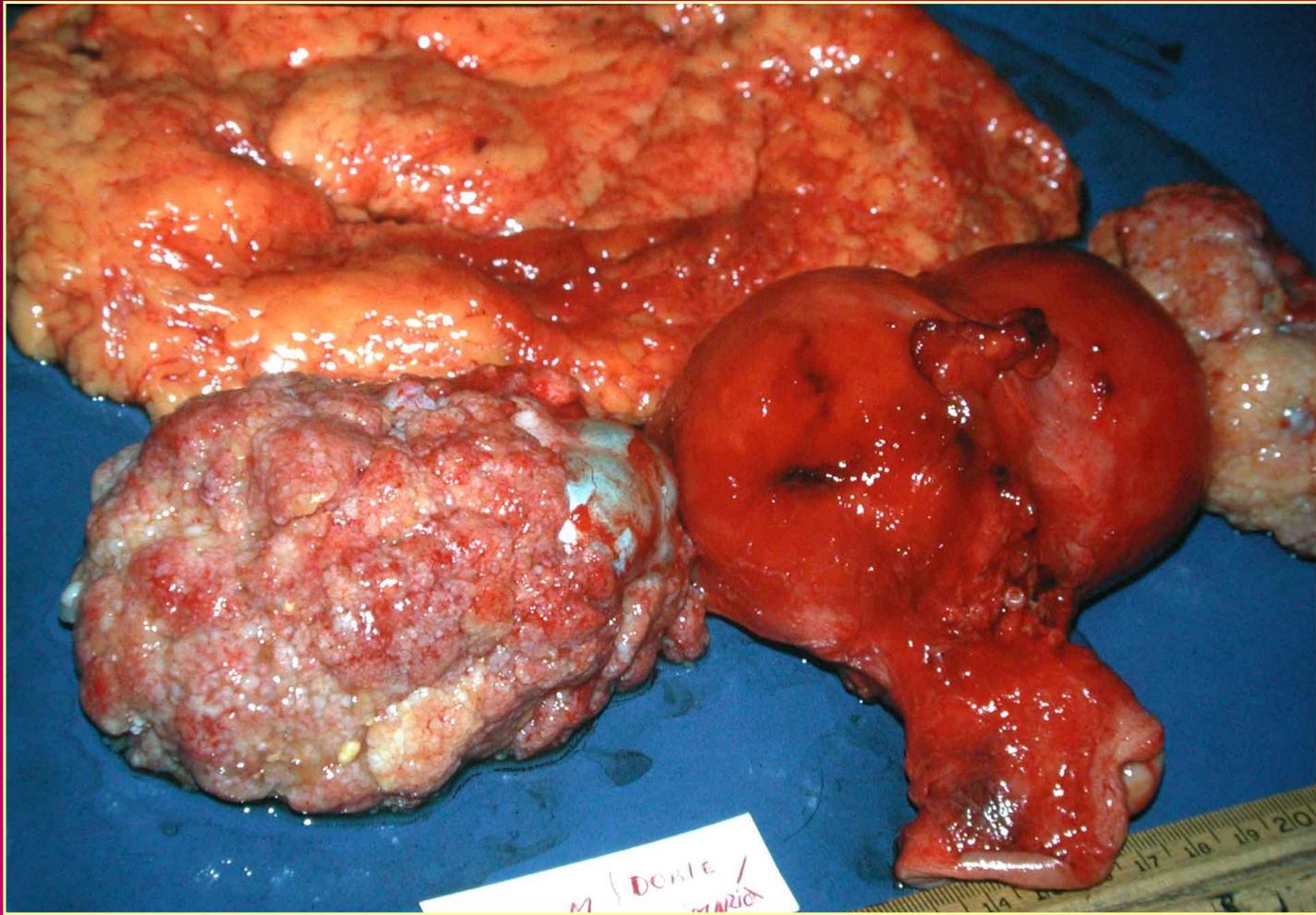
896 con THR - 1079 sin THR



Conclusión:

Los resultados sugieren que la THR no aumenta el riesgo de recurrencia en mujeres con ca. de endometrio EI-II; aunque estén basados principalmente en estudios retrospectivos con sus posibles sesgos.

CÁNCER DE OVARIO



Hormone replacement therapy after treatment for a gynaecological malignancy

Rachel Louise O'Donnell

Curr Opin Obstet Gynecol 2016, 28:32–41

Table 2. Hormone replacement therapy following a diagnosis of ovarian cancer

Study	No. of patients (HRT vs. controls)	HRT regimen	Therapy duration (months)	Follow-up (months)	Recurrence
Retrospective					
Eeles 1991 [61]	78/295 stage 1/2/3/4	Oral oestrogen + progesterone or testosterone	Median 28	Median 42	0
Bebar 2000 [63]	31/0	Nonconjugated oestrogen + progesterone	Mean 25	Mean 55	3
Ursic-Vrscaj 2001 [64]	24/48 stage 1/2/3	Nonconjugated oestrogen + progesterone or testosterone	Mean 24 (1–70)	Mean 49	5 HRT, 15 control
Prospective					
Guidozzi 1999 [62]	59/66 stage 1/2/3/4	Conjugated oestrogen	Mean 28	Mean 42	32 HRT, 41 controls
Mascarenhas 2006 [65]	649 EOC, 150 BOT stage 1/2/3/4	Oestrogen + progesterone	<24	60	0

BOT, borderline ovarian tumours; HRT, hormone replacement therapy.

No hay evidencia convincente que implique a los E en la iniciación o promoción de los cánceres epiteliales del ovario y no hay datos que demuestren una evolución adversa en mujeres con ca. de ovario que utilicen THR.

Los carcinomas serosos de BG, frecuentemente expresan RE, de modo que debieran ser excluidos de la TH. Una situación similar se da con los ca. endometrioides.

Hormone replacement therapy after treatment for a gynaecological malignancy

Rachel Louise O'Donnell

Curr Opin Obstet Gynecol 2016, 28:32–41

Tumores Borderline y otras variedades:

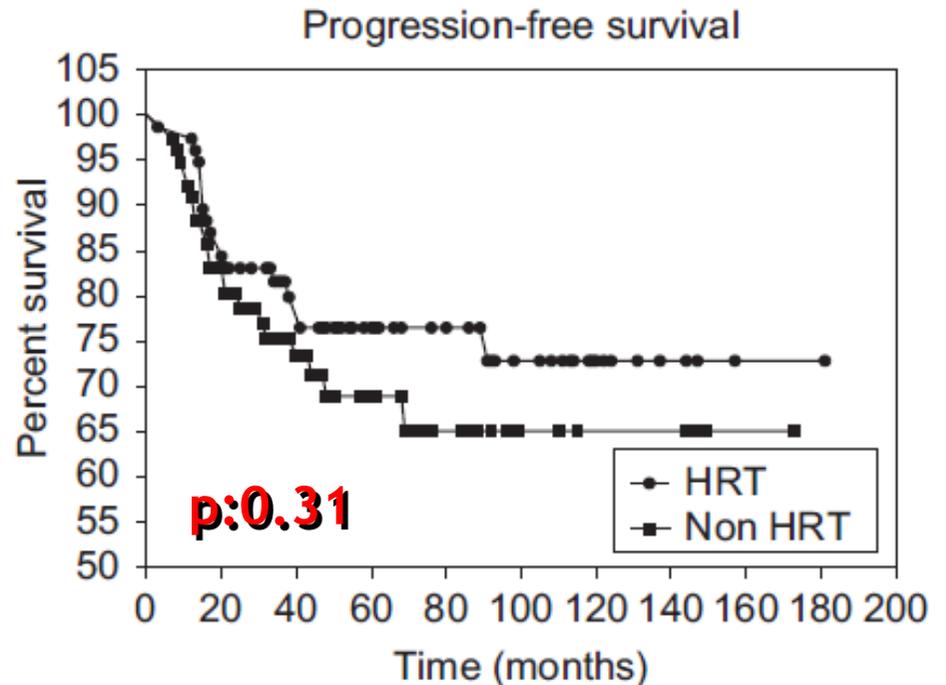
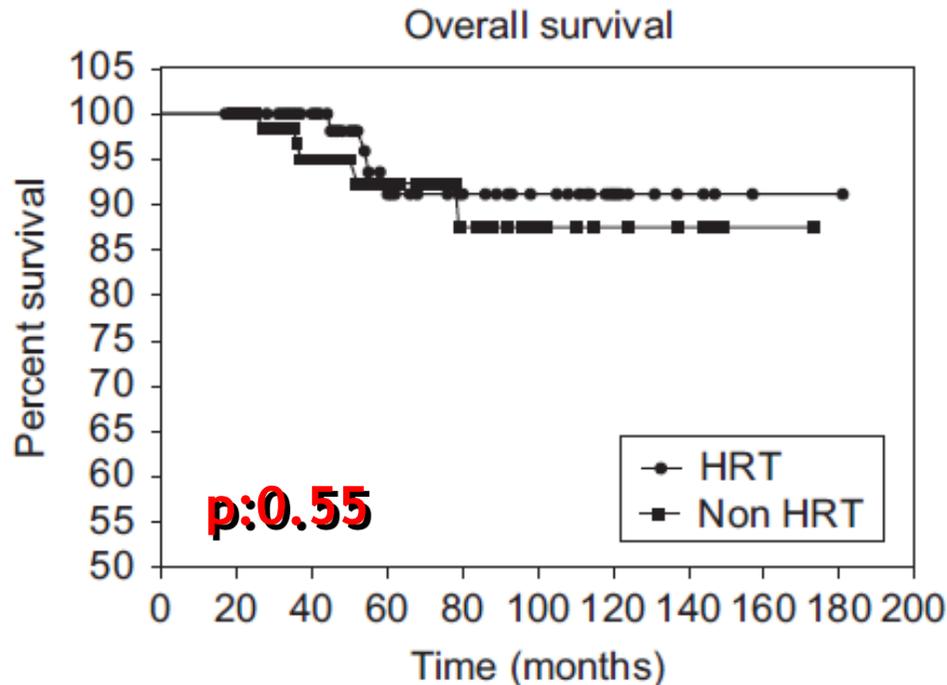
- Un estudio observacional en pacientes con TBO, reporta una mejor sobrevida en las usuarias de THR; sin embargo en los tumores serosos, generalmente hormonodependientes, se debe evitar la TH.
- No existen estudios que evalúen el uso de THR en tumores germinales, pero dado que un subgrupo de los mismos pueden secretar hormonas (Testosterona), se debiera evitar la TH.
- En los tumores de la granulosa y cordones sexuales, considerados hormonodependientes, evitar la THR.

The safety of postoperative hormone replacement therapy in epithelial ovarian cancer patients in China

Y. Wen, H. Huang

CLIMACTERIC 2013;16:673-681

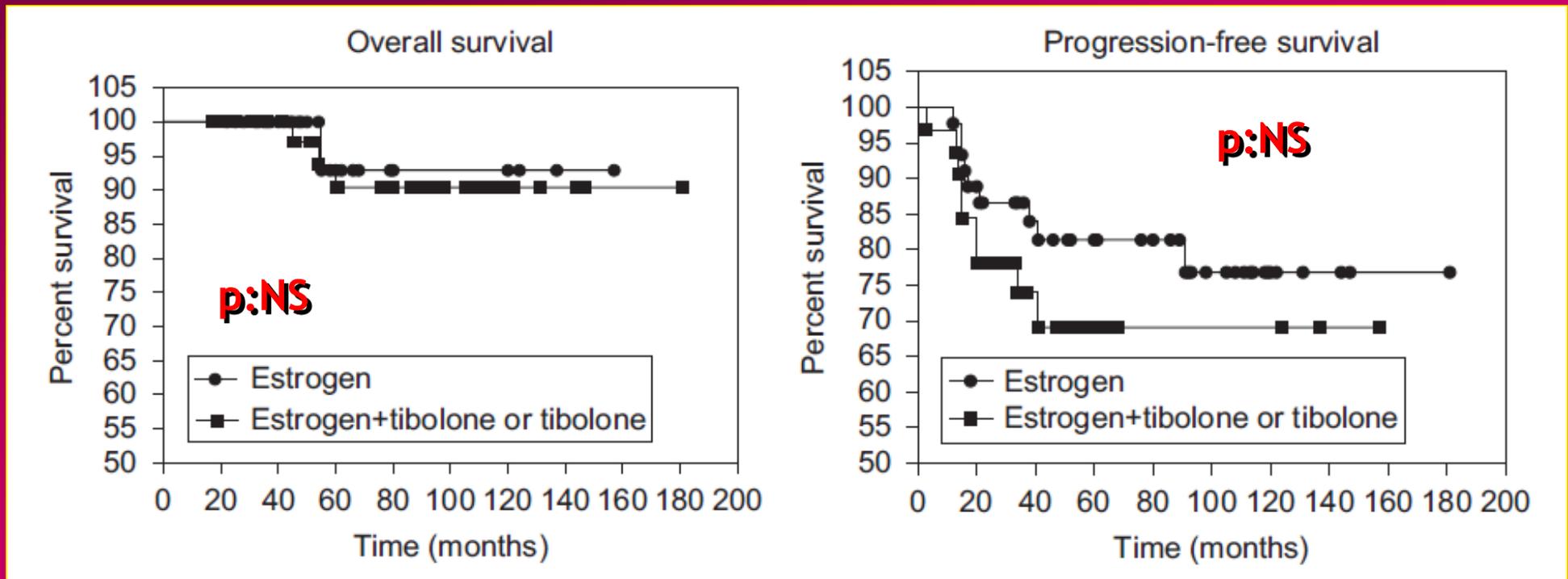
Estudio retrospectivo: 77 ptes. c/THR vs. 77 s/THR.



The safety of postoperative hormone replacement therapy in epithelial ovarian cancer patients in China

Y. Wen, H. Huang

CLIMACTERIC 2013;16:673-681



La THR luego de la cirugía, NO influye negativamente en la OS y PFS de pacientes tratadas por carcinomas epiteliales del ovario (CEO).

The safety of postoperative hormone replacement therapy in epithelial ovarian cancer patients in China

Y. Wen, H. Huang

CLIMACTERIC 2013;16:673–681

CONSIDERACIONES:...

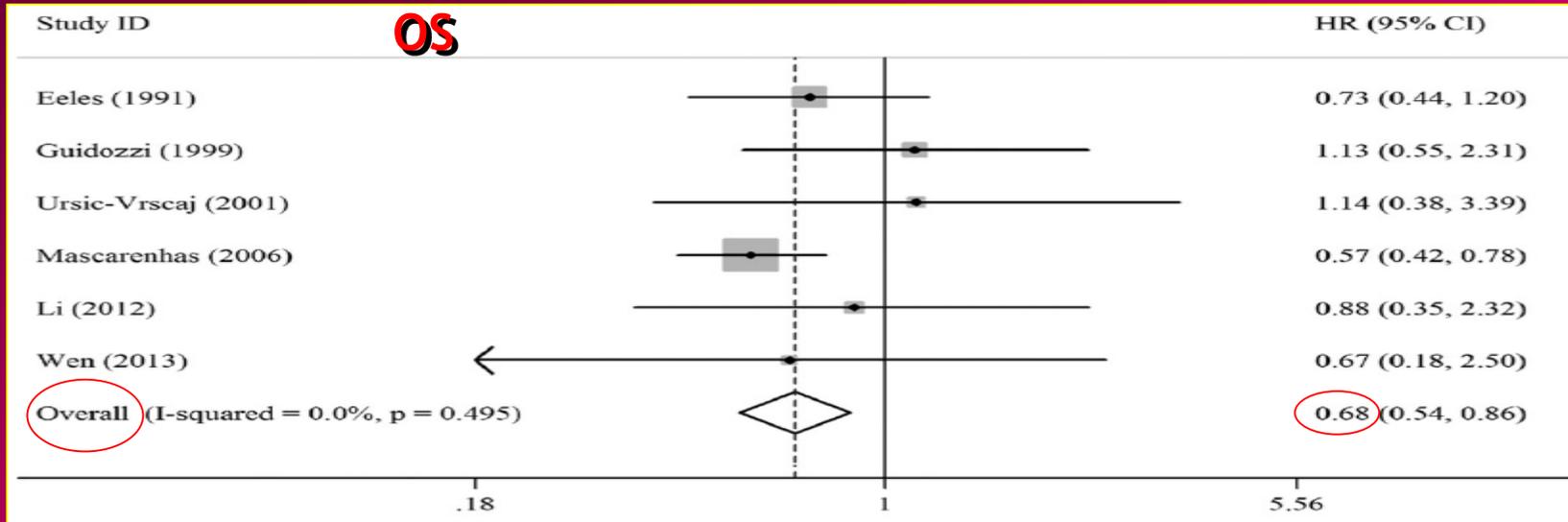
- El uso de THR luego de la cirugía requiere considerar los riesgos y beneficios para la paciente.
- **BENEFICIOS:** mejora sofocos y atrofia urogenital; previene osteoporosis, disfunción cognitiva, parkinson y diabetes.
- **RIESGOS:** tromboembolismo, colecistitis, ca. de mama, potencial recurrencia de los CEO.

Postoperative hormone replacement therapy for epithelial ovarian cancer patients: A systematic review and meta-analysis

Dong Li

Gynecologic Oncology 139 (2015) 355–362

OS

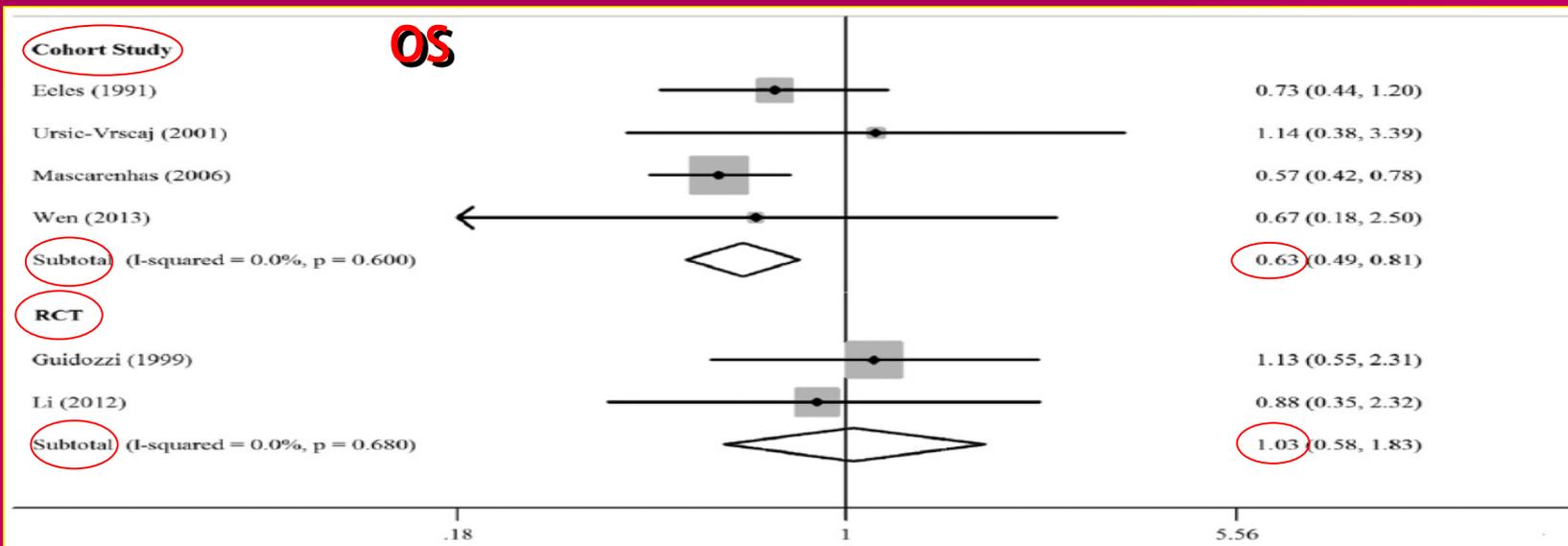


N:1448

419 con THR

1029 sin THR

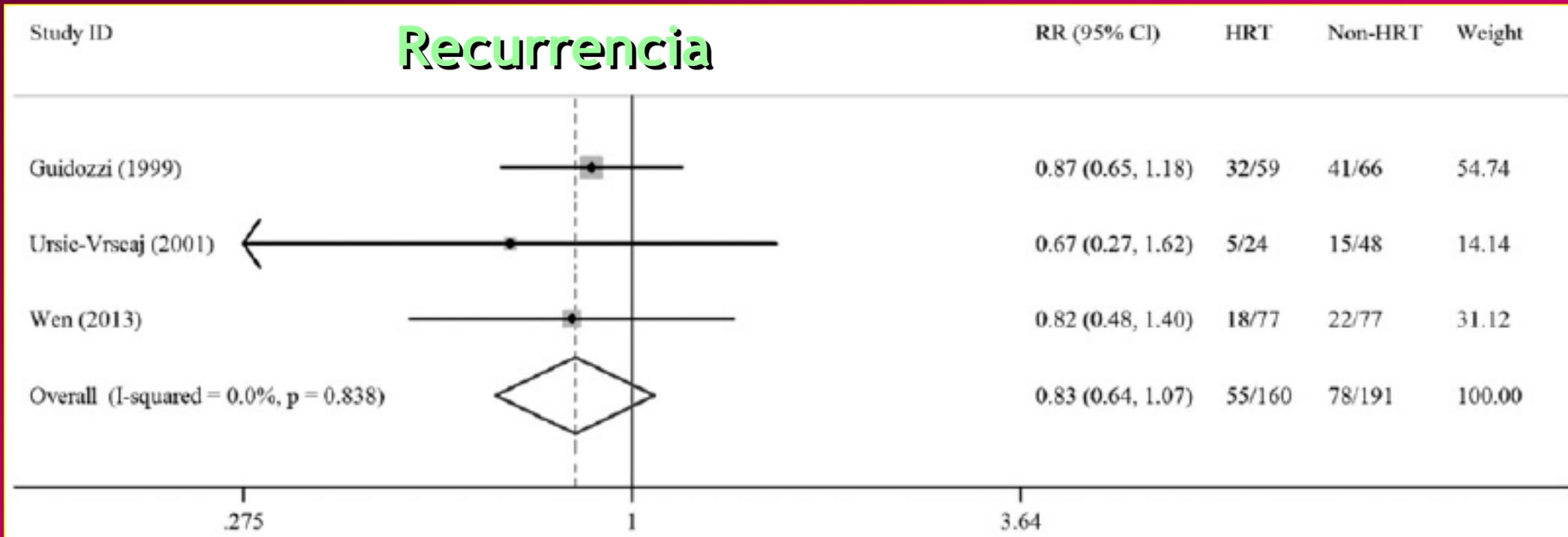
OS



Postoperative hormone replacement therapy for epithelial ovarian cancer patients: A systematic review and meta-analysis

Dong Li

Gynecologic Oncology 139 (2015) 355–362



- La THR postoperatoria en CEO, NO ejerce efectos negativos en OS y recurrencia tumoral.
- Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos randomizados, bien diseñados y a gran escala, para verificar estos resultados.

Hormone Use After Nonserous Epithelial Ovarian Cancer

Laura Power, MD

Overall and Disease-Free Survival

Obstet Gynecol 2016;127:837-47

Estudio Cohorte Retrospectivo: 94 ptes. c/THR vs. 263 s/THR.

N:357

Table 2. Overall Survival for Women Younger Than 55 Years

Cohort	n	3-Year Survival (%)	Univariable Analysis		Multivariable Analysis	
			HR (95% CI)	P	Adjusted HR (95% CI)	P
All treatment (n=145)						
HT within 6 mo						
Yes	68	90.9	0.410 (0.19-0.89)	.023	0.499 (0.23-1.09)	.080
No	77	78.5	1	1		

Table 3. Disease-Free Survival for Women Younger Than 55 Years: Landmark Analysis at 6 Months Posttreatment

Cohort	n	3-Year Survival (%)	Univariable Analysis		Multivariable Analysis	
			HR (95% CI)	P	Adjusted HR (95% CI)	P
All treatment (n=145)						
HT within 6 mo						
Yes	68	87.7	0.339 (0.17-0.69)	.003	0.354 (0.17-0.74)	.006
No	77	69.3	1	1		

Hormone Use After Nonserous Epithelial Ovarian Cancer

Laura Power, MD

Overall and Disease-Free Survival

Obstet Gynecol 2016;127:837-47

Estudio Cohorte Retrospectivo: 94 ptes. c/THR vs. 263 s/THR.

N:357

Table 4. Overall Survival for Women 55 Years and Older: Landmark Analysis at 6 Months Posttreatment

Cohort	n	3-Year Survival (%)	Univariable Analysis		Multivariable Analysis	
			HR (95% CI)	P	Adjusted HR (95% CI)	P
All treatment (n=178)						
HT within 6 mo						
Yes	20	70	0.773 (0.41-1.46)	.428	0.851 (0.43-1.68)	.641
No	158	64.5	1	1		

Table 5. Disease-Free Survival for Women 55 Years and Older: Landmark Analysis at 6 Months Posttreatment

Cohort	n	3-Year Survival (%)	Univariable Analysis		Multivariable Analysis	
			HR (95% CI)	P	Adjusted HR (95% CI)	P
All treatment (n=178)						
HT within 6 mo						
Yes	20	55.0	0.955 (0.52-1.75)	.881	0.949 (0.50-1.80)	.872
No	158	55.8	1	1		

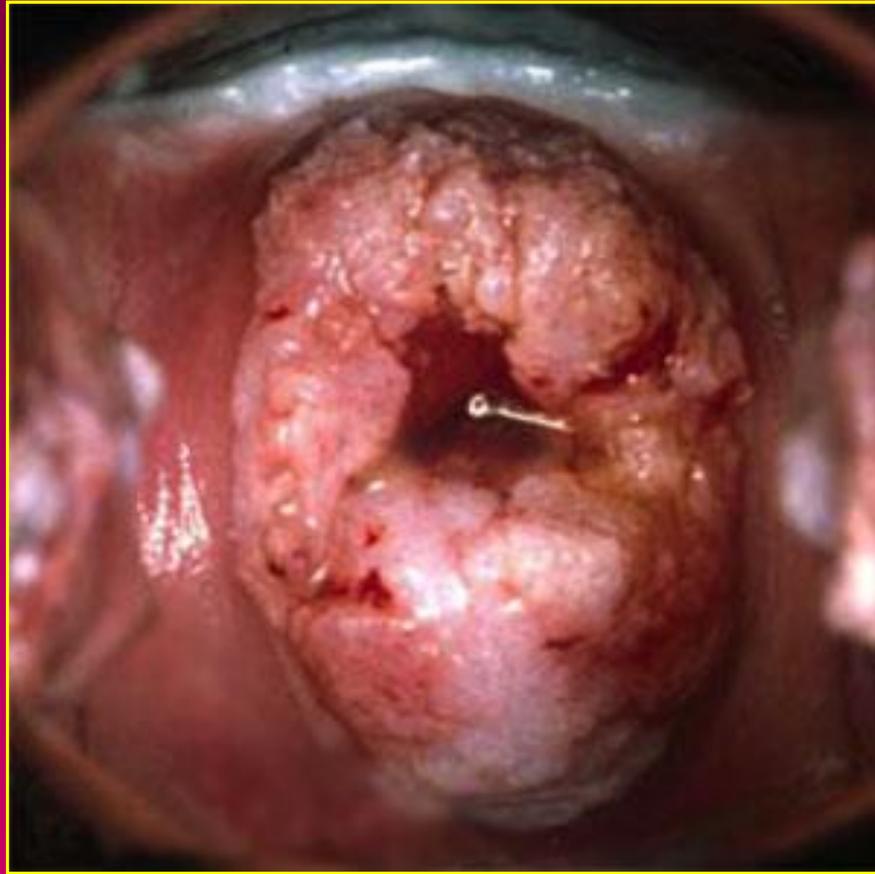
Hormone Use After Nonserous Epithelial Ovarian Cancer

Overall and Disease-Free Survival

CONCLUSIONES:

De acuerdo a nuestros resultados, combinados a la evidencia de la literatura, la TH puede ser considerada en el manejo de los síntomas menopáusicos en mujeres tratadas por carcinomas epiteliales NO serosos del ovario.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO



CÁNCER DE CUELLO UTERINO

Estudio prospectivo caso-control.

F-UP: 60 meses. THR Secuencial - 60 meses

N: 120

80 con THR vs. 40 controles

RECURRENCIAS:	TH	20%.
	Controles	32%

Conclusión:

No hubo diferencias en OS y DFS. Las pacientes tratadas por carcinomas escamosos de cuello uterino pueden utilizar THR para mejorar su calidad de vida.

CÁNCER DE CUELLO UTERINO

- Los carcinomas escamosos del cérvix uterino (80%) NO son hormonodependientes; la THR en sí misma no parece tener participación en la replicación del virus HPV.
- Los Adenocarcinomas (15%) son E dependientes y el uso de E sin oposición aumenta el riesgo de recurrencia. El uso de TH combinada reduce este riesgo.
- El uso de E tópicos vaginales postoperatorios es importante para preservar la función vaginal sin detrimento en la sobrevida.
- En los casos tratados con QT-RXT conservando el utero, se impone el uso de TH combinada.

Biliatis, I. J Obst Gyn 2012(32):321-5.

Guidozzi, F. Climateric 2013(16):611-7.

O'Donnell, R. Curr Opin Obstet Gynecol 2016(28):32-41.

CÁNCER DE VULVA Y VAGINA



CÁNCER DE VULVA Y VAGINA

- El 90% de los carcinomas vulvares son de epitelio plano y no expresan receptores estrogénicos.
- No hay evidencia de que la TH tenga efectos negativos en la evolución de estas pacientes. Por lo tanto E locales o sistémicos pueden ser utilizados en forma segura.
- En cuanto a otras variantes como: Adenocarcinomas, Paget y Melanomas, si bien NO existen datos que contraindiquen la TH, se sugiere individualizar las indicaciones.
- El cáncer de vagina, generalmente escamoso, puede recibir TH local o sistémica sin riesgos.
- En los Adenocarcinomas de células claras (DES); se recomienda manejarse con cautela.

Singh, P. Maturitas 2010(65):190-197.

Guidozzi, F. Climateric 2013(16):611-7.

O'Donnell, R. Curr Opin Obstet Gynecol 2016(28):32-41.

THR EN PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO

CONSIDERACIONES FINALES:...

- Numerosas pacientes y médicos están preocupados no solo por los posibles riesgos de la THR, sino además ante la posibilidad de favorecer la recurrencia de la enfermedad.
- Si bien existe una carencia de grandes estudios prospectivos randomizados, la evidencia disponible es “tranquilizadora”, respecto a que no se demuestra aumento del riesgo de recurrencia con el uso de THR, cuando son adecuadamente seleccionadas.
- Sería recomendable determinar receptores para E-P y de ese modo estratificar a las pacientes con cánceres ginecológicos, ofreciéndoles solo THR a aquellas cuyos tumores NO sean hormono-dependientes.
- Es esencial que la literatura disponible sea correctamente interpretada y presentada a las pacientes, para ayudarlas a tomar una “decisión informada”.

CÁNCER DE MAMA



CÁNCER DE MAMA

- Conjuntamente con un aumento de la incidencia y una mejor sobrevivencia, hay un número creciente de mujeres con cáncer de mama que experimentan las consecuencias de la deficiencia estrogénica.
- El rol de los E como promotores del cáncer de mama es bien conocido y a consecuencia de ello se contraindica la THR a estas mujeres, por temor a las recurrencias o desarrollo de nuevos tumores.
- El manejo de los síntomas menopáusicos y la disminución de la calidad de vida de las mujeres tratadas por cáncer de mama, representan un problema clínico de creciente magnitud que permanece sin ser resuelto.

Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Are We Facing New and Safe Hopes?

Nicoletta Biglia

Clinical Breast Cancer, Vol. 15, No. 6, 413-20 © 2015

Reference	Type of Study	Study Population	Main Outcome	Treatment	Study Period	Results
O'Meara et al, 2001 ⁴⁸	Retrospective case-control study	43% (75 patients) of 174 BCSs using HRT (compared with 2581 BCSs not using HRT)	Recurrence and mortality	LET (CEE and dienestrol)	457 person-years	Risk of recurrence or mortality not increased
Dew et al., 2003 ⁴⁹	Cohort study	69 BCSs treated for VVA (compared with 1403 BCSs who did not require treatment for VVA)	Recurrence	36 BCSs vaginal estriol creams and pessaries; 33 BCSs estradiol 25-mg tablets	1 year (median time; range, 0.1-5)	No increase in the recurrence rate
Kendall et al, 2006 ⁴⁷	Prospective clinical study	7 Postmenopausal BCSs treated with Als	Serum E2, FSH, LH levels	Vaginal estradiol 25 mg tablets	12 weeks	Serum E2 levels increase from baseline levels <5 pmol/L to a mean 72 pmol/L at 2 weeks; however, a decrease to a mean of 16 pmol/L was observed after 1 month; significant further increases were seen in 2 BCSs
Biglia et al, 2010 ⁵⁰	Prospective clinical study	26 Postmenopausal BCSs using SERMs or Als (BCSs receiving Als were excluded from LET administration)	<ul style="list-style-type: none"> Efficacy: improvement of VVA evaluated using the Vaginal Symptoms Score, Profile of Female Sexual Function, Vaginal Health Index, and Karyopycnotic Index Safety: endometrial thickness and serum FSH, LH, E2, E1, TT and SHBG levels 	10 Women, vaginal estriol cream 0.25 mg; 8 women, vaginal estradiol tablets 12.5 mg; 8 women, nonhormonal polycarbophil-based vaginal moisturizer (2.5 g)	12 weeks	<ul style="list-style-type: none"> Efficacy: low-dose LET is effective for VVA relief, and nonhormonal moisturizer only provides transient benefit Safety: minimal increase of serum hormone levels with LET

Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Are We Facing New and Safe Hopes?

Nicoletta Biglia

Clinical Breast Cancer, Vol. 15, No. 6, 413-20 © 2015

Wills et al, 2012 ⁵¹	Prospective study	48 Postmenopausal BCSs and women at risk of breast cancer during AI or SERM treatment	Serum E2 levels	24 Control participants (receiving AIs only); 14 women, intravaginal 25 mg estradiol tablet; 10 women intravaginal estradiol ring (7.5 mg/d)	≥3 Months	LET increases E2 levels, regardless of whether the preparation is by tablet or slow-release ring. Mean E2 levels before insertion and 12 weeks after insertion in BCSs who were using the ring were significantly greater than in control participants; levels before insertion for BCSs who were receiving tablets were not increased compared with control participants, suggesting that E2 increases with use of tablets might not be continuously sustained
Donders et al, 2014 ⁵²	Phase I clinical study	16 Postmenopausal BCSs who were receiving AIs	Serum E1, E2, E3 levels	Ultra—low-dose estriol 0.03 mg and <i>Lactobacillus acidophilus</i> vaginal tablets	3 Months	Small and transient increase in serum E3 level, but not in E1 or E2 levels; VVA resolved or improved in all women
Pfeiler et al, 2011 ⁵³	Prospective randomized clinical study	10 BCSs who were receiving AIs	Serum E2 or E3 levels	Vaginal 0.5 mg estriol	2 Weeks	Serum levels of E3 and E2 were not increased

Genitourinary Syndrome of Menopause in Breast Cancer Survivors: Are We Facing New and Safe Hopes?

Nicoletta Biglia

Clinical Breast Cancer, Vol. 15, No. 6, 413-20 © 2015

CONCLUSIONES

- Son comunes los síntomas de SGU en pacientes con ca. de mama, afectando su calidad de vida y salud sexual.
- Los lubricantes y cremas no hormonales deben ser considerados como primera línea de tratamiento.
- Existe preocupación por la seguridad de los E tópicos en dosis convencionales, especialmente en mujeres que utilizan IA (atrofia).
- Los E tópicos en dosis ultrabajas y por corto tiempo, podrían ser considerados en aquellas pacientes muy sintomáticas y que no responden a tratamientos no hormonales.

Breast cancer in premenopausal women: recurrence and survival rates and relationship to hormone replacement therapy

E. M. Durna, G. Z.

CLIMACTERIC 2004;7:284-291

Estudio Retrospectivo: 119 ptes. c/THR (63% TCC) vs. 158 s/THR.

N: 277

Table 3 Recurrence and death rates, and adjusted relative risks

	<i>Number of patients</i>	<i>Number of events</i>	<i>Rate per 1000 person-years</i>	<i>Adjusted relative risk (95% confidence interval)</i>
<u><i>Recurrence or new breast cancer</i></u>				
No HRT	158	26	20.8	1 (referent)
HRT (all types)	119	18	12.8	0.75 (0.29-1.95)
Combined	75	9	9.2	0.50 (0.22-1.13)
<u><i>Death from all causes</i></u>				
No HRT	157	12	9.1	1 (referent)
HRT	115	4	2.8	0.36 (0.11-1.16)
Combined	72	1	1.0	0.16 (0.02-1.25)
<u><i>Death from primary tumor</i></u>				
No HRT	157	9	6.8	1 (referent)
HRT	115	2	1.4	0.24 (0.05-1.14)
Combined	72	0	0.0	0.00 (0.00-∞)

Breast cancer in premenopausal women: recurrence and survival rates and relationship to hormone replacement therapy

E. M. Durna, G. Z.

CLIMACTERIC 2004;7:284–291

CONCLUSIONES

- Pese a los resultados, el hecho de ser un estudio retrospectivo, NO permite aseverar que la THR disminuya los riesgos de eventos adversos en premenopáusicas con cáncer de mama.
- Sin embargo, el presente estudio adquiere relevancia dado que NO sugiere que aumente dicho riesgo.
- No obstante la THR debiera ser ofrecida con suma cautela.

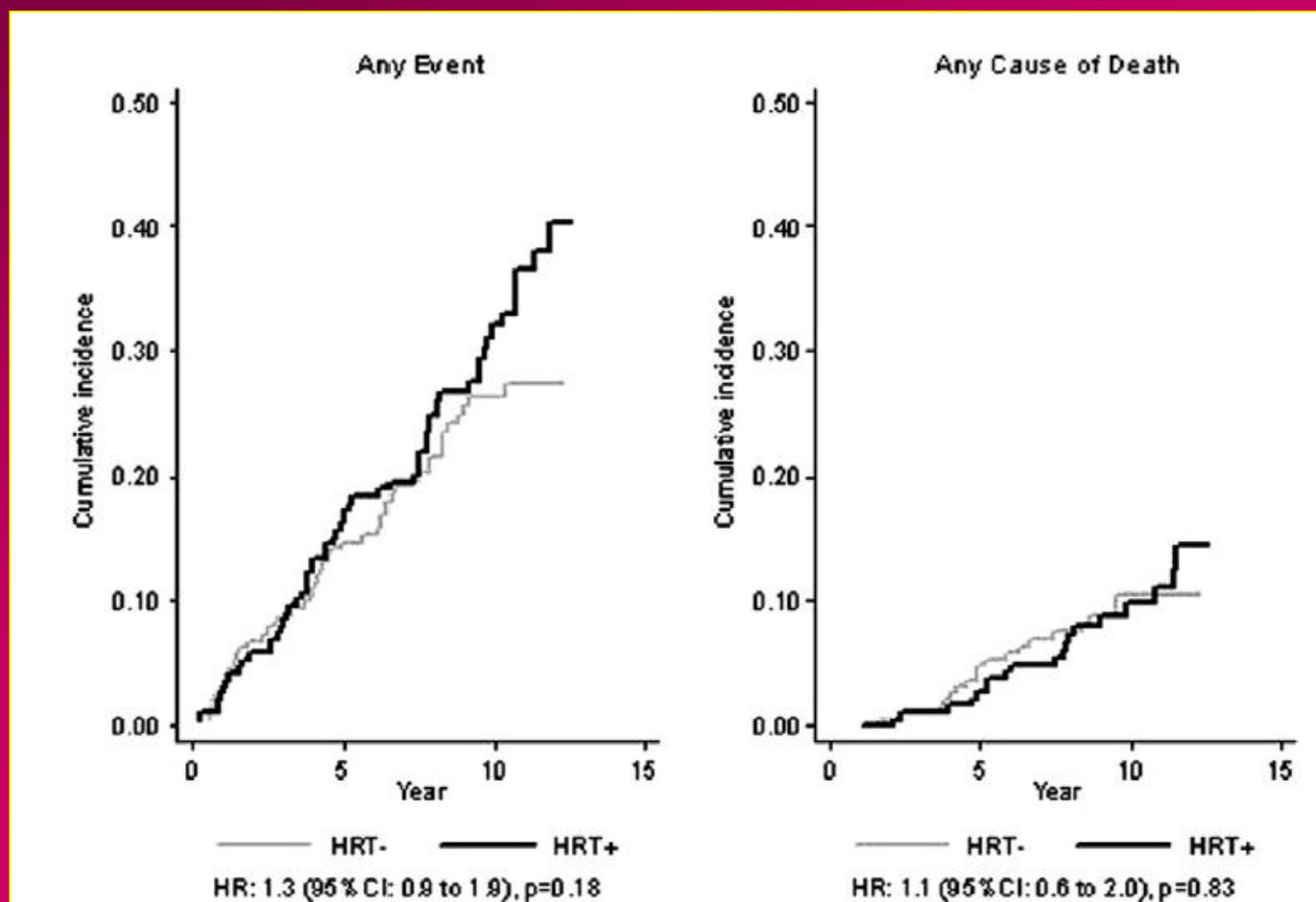
Hormone replacement therapy after breast cancer: 10 year follow up of the Stockholm randomised trial

Mia Fahlén

European Journal of Cancer (2013) 49, 52–59

188 ptes. c/THR vs. 190 s/THR.

N: 378

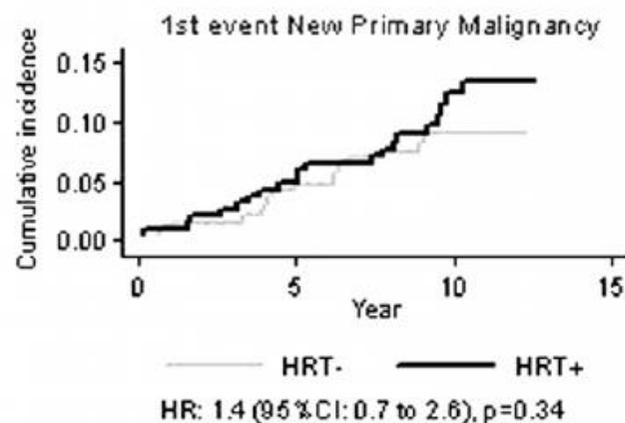
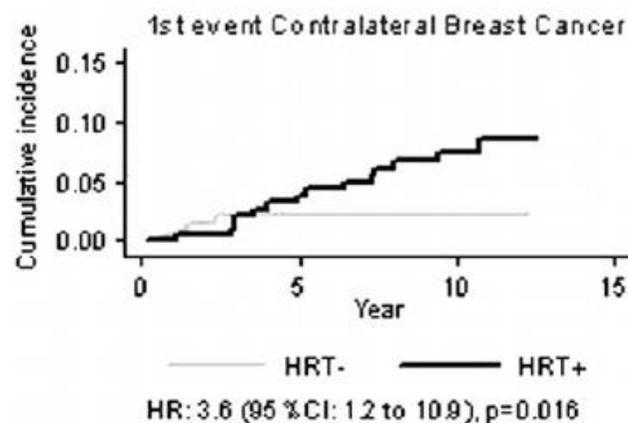
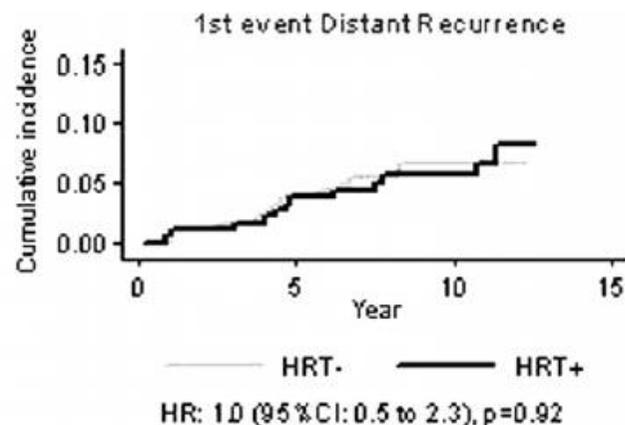
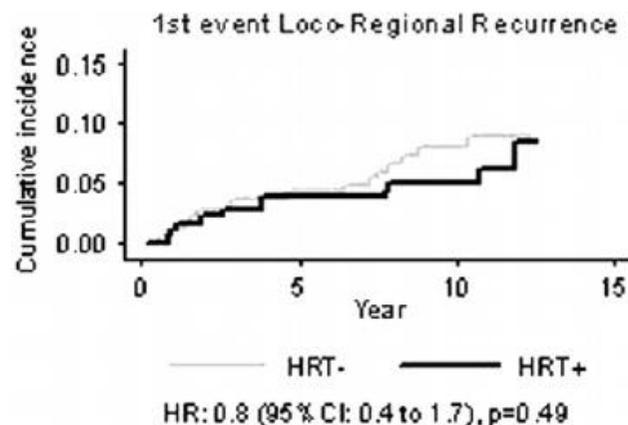


Hormone replacement therapy after breast cancer: 10 year follow up of the Stockholm randomised trial

Mia Fahlén

European Journal of Cancer (2013) 49, 52–59

N: 378



Hormone replacement therapy after breast cancer: 10 year follow up of the Stockholm randomised trial

Mia Fahlén

European Journal of Cancer (2013) 49, 52–59

CONCLUSIONES

- En el presente análisis con más de 10 años F-UP, el riesgo global de un nuevo evento vinculado al cáncer de mama, no difiere significativamente entre los dos grupos.
- Las mujeres que inician la THR dentro de los dos años del tratamiento del ca. de mama aumentan levemente el riesgo de recurrencia y de carcinoma contralateral; no así las que la inician luego de los dos años.

SIN EMBARGO LAS GUIAS DE TRATAMIENTO SIGUEN CONTRAINDICANDO LA THR EN MUJERES TRATADAS POR CARCINOMA MAMARIO.

THR EN CÁNCER DE MAMA

ENSAYOS PROSPECTIVOS RANDOMIZADOS

HABITS: F-UP 2.1 años → Recurrencias: HR 3.5

NO SIGNIFICATIVO EN TUMORES RH (-).

ESTOCOLMO: F-UP 4 años → Recurrencias: HR 0.82

CANCER CONTRALATERAL HR 3.6

ANALISIS CONJUNTO: RECURRENCIAS: HR 1.8 → Cierre Dic. 2003

UP-DATE con mayor seguimiento:

HABITS: HR 2.4 - ESTOCOLMO: HR 1.3

LIBERATE F-UP 3.1 años → Recurrencias: HR 1.4 → **Cierre Jul. 2007**

(Tibolona):

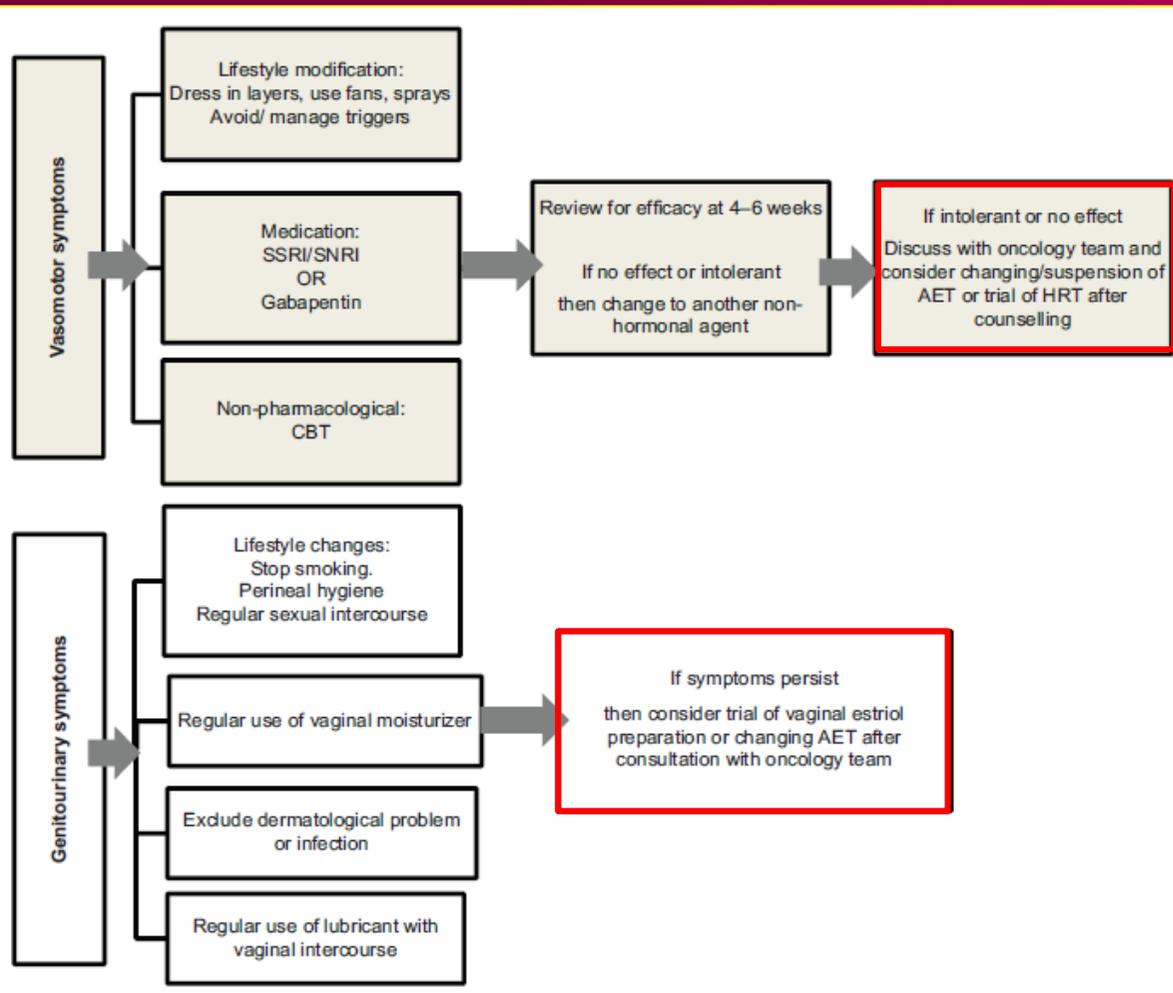
NO SIGNIFICATIVO EN TUMORES RH (-).

ANTE ESTAS EVIDENCIAS DISPARES, LA TH DEBE SER CONTRAINDICADA EN MUJERES TRATADAS POR CARCINOMA MAMARIO

Management of menopause in women with breast cancer

A. J. Vincent

CLIMACTERIC 2015;18:690-701



El manejo de la menopausia en las sobrevivientes al cáncer de mama, es complejo e implica un desafío para el médico y por lo tanto se recomienda un enfoque multidisciplinario.

THR EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

CONSIDERACIONES FINALES:...

- THR y Tibolona están contraindicadas debido al aumento de recurrencias y cáncer contralateral.
- Tener en cuenta que portadoras de mutaciones BRCA1-2 tienen un riesgo muy elevado de cáncer contralateral (3% por año).
- No existen evidencias que prueben que en las pacientes con tumores RH(-), la THR resulte segura en términos de recurrencia; por lo tanto debe ser evitada.
- Los médicos deben tener en claro que la decisión de realizar THR puede significar por sí sola una preocupación adicional para la paciente respecto de su cáncer, con un impacto negativo en su calidad de vida.



Consideremos ...
por lo tanto, los
Riesgos** y **Beneficios
para cada caso
en particular.



GRACIAS