



**Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica – ALEG.**  
Comunicado de posicionamiento y respuesta al artículo de The Lancet sobre vinculación de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) y riesgo relativo de Cáncer de mama del 29.08.2019

**Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica – ALEG.**  
Comunicado de posicionamiento y respuesta al artículo de The Lancet sobre vinculación de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) y riesgo relativo de Cáncer de mama del 29.08.2019

Junta Directiva ALEG 2018-2020

**PRESIDENTE:** Dr. Raúl Domínguez González (México)

**Vicepresidente:** Dr. Luis Hernández Guzmán (Guatemala)

**Secretario General:** Dra. Alejandra Elizalde Cremonte (Argentina)

**Prosecretario:** Dr. José A. Hernández Bueno (México)

**Tesorero:** Dr. Carlos Lauro Valdéz Zúñiga (México)

**Protesorero:** Dr. Víctor Moreno Palacio (México)

**Vocales Titulares:**

Dr. Germán Salazar Santos (Colombia)

Dra. Soledad Vallejo Maldonado (Ecuador)

Dr. Rodolfo Andrino A. (Guatemala)

Dra. Mónica Ñañez (Argentina)

Dr. Konstantinos Tserotas Apostolakos (Panamá)

**Vocales Suplentes:**

Dr. Carlos Salinas Dorantes (México)

Dr. Guillermo Rossi (Argentina)

Dra. Poli Mara Spritzer (Brasil)

**PastPresidente:** Dr. Alejandro Paradas Caba (Rep. Dominicana)

**Fiscalizador:** Dr. Carlos Escalante Gómez (Costa Rica)

**Presidente del Comité Científico:** Dr. Andrés Calle Miñaca (Ecuador)

**Secretario del Comité Científico:** Dr. David Vázquez Awad (Colombia)

**Vocales del Comité Científico:**

Dr. Cuauhtémoc Celis (México)

Dra Lida Sosa (Paraguay)

Dr. Jorge Vargas (Rep. Dominicana)

**Delegado de México, Centroamérica y Caribe:** Dr. Carlos Félix Arce (México)

**Delegado de Sudamérica:** Dr. Juan Enrique Blümel Méndez (Chile)

**Delegado de Europa:** Dr. José Luis Neyro (España)

**Prof. Dr. Raúl Domínguez González. Presidente ALEG**

**TORREÓN, Coahuila, México, 09 de septiembre de 2019**

Habiéndose publicado recientemente en la revista The Lancet un nuevo manuscrito del Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer<sup>1</sup>, donde se relaciona la terapia hormonal de la menopausia (THM) con el cáncer de mama y habiendo tomado conocimiento del posicionamiento de sociedades internacionales como IMS<sup>2</sup>, NAMS<sup>3</sup>, FLASCYM<sup>4</sup> y otras Sociedades Científicas de Climaterio y Menopausia de Latinoamérica y Europa, la **Junta Directiva de la Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica – ALEG**, ha considerado sumarse a los mismos, manifestando con contundencia algunos aspectos que creemos oportuno destacar:

- La THM, con o sin progestina en función de la presencia o ausencia de útero, sigue siendo el tratamiento ideal, más eficaz y de primera elección para el síndrome climatérico durante los años de transición menopáusica y posteriores, cuando se inicia en los primeros diez años tras la menopausia y/o en mujeres por debajo de los 60 años<sup>5,6</sup>.
- THM iniciada dentro de lo que se ha llamado “ventana de oportunidad”, ha demostrado protección eficaz para la enfermedad cardiovascular en las usuarias, con muy diferentes regímenes<sup>7-9</sup>.
- THM ha demostrado con evidencia científica suficiente, tener un efecto positivo en el mantenimiento y mejora de la masa ósea así como reducción del riesgo de fracturas osteoporóticas de cualquier localización cuando ha sido administrada con indicación médica<sup>10,11</sup>.
- THM administrada por vía vaginal es el tratamiento de elección del síndrome genitourinario de la menopausia<sup>12</sup>.
- El riesgo atribuido a la terapia hormonal más importante, es el incremento de la trombosis venosa profunda, cuando se utiliza la vía oral y generalmente en el primer año de tratamiento. La vía transdérmica, ha reducido en forma significativa ese riesgo<sup>13,14</sup>.

En lo que respecta al objetivo del manuscrito aquí comentado sobre el cáncer de mama, plantea “asociaciones y probabilidades” ya analizadas anteriormente. La consideración de esta afección ha cambiado mucho: de hecho, seguir abordando esta patología con los criterios de un equivocado plan basado en el tamaño del tumor, la nodularidad regional o las metástasis (según el antiguo TNM), no permite hacer un manejo real ni efectivo. Hace casi veinte años sabemos que es la biología del propio tumor y su producción proteica analizada sistemáticamente mediante nuevas plataformas las que nos permiten orientar no solo las mejores terapias sino establecer un pronóstico de la enfermedad<sup>15</sup>. Por ello el análisis aislado de la influencia de THM sobre el riesgo de padecerla puede ser equivocado por los sesgos de selección de los criterios analizados. Además, si balanceamos los efectos positivos enumerados sobre calidad de vida y riesgo de enfermedades crónicas, el resultado es ampliamente favorable al uso de este tipo de terapias.

Es importante determinar que el artículo habla sobre riesgo relativo (RR) reconociendo riesgos absolutos (RA) muy bajos, y sin diferenciar causalidad o asociación. Dadas las características de las pacientes, la limitada información sobre las mismas, los factores de riesgo extra y, sobre todo, los aparentes sesgos, podríamos hablar más de una asociación que de riesgo absoluto, que sería nuestra mayor preocupación.

Habiendo recordado los RR del WHI surgen varias incógnitas ya que la gran mayoría de las pacientes estudiadas en el artículo de The Lancet, son tomadas del WHI (87%), lo que permite criticar el tipo de terapia empleado en las pacientes (ECE + MPA), que actualmente es

info@aleg-latam.com // aleg.latam@gmail.com

www.aleg-latam.com

TE: +521 871 7270502 // +549 379 4615762



**Asociación Latinoamericana de Endocrinología Ginecológica – ALEG.**  
Comunicado de posicionamiento y respuesta al artículo de The Lancet sobre vinculación de la Terapia Hormonal de la Menopausia (THM) y riesgo relativo de Cáncer de mama del 29.08.2019

Junta Directiva ALEG 2018-2020

**PRESIDENTE:** Dr. Raúl Domínguez González (México)

**Vicepresidente:** Dr. Luis Hernández Guzmán (Guatemala)

**Secretario General:** Dra. Alejandra Elizalde Cremonte (Argentina)

**Prosecretario:** Dr. José A. Hernández Bueno (México)

**Tesorero:** Dr. Carlos Lauro Valdéz Zúñiga (México)

**Protosorero:** Dr. Víctor Moreno Palacio (México)

**Vocales Titulares:**

Dr. Germán Salazar Santos (Colombia)

Dra. Soledad Vallejo Maldonado (Ecuador)

Dr. Rodolfo Andrino A. (Guatemala)

Dra. Mónica Ñañez (Argentina)

Dr. Konstantinos Tserotas Apostolakos (Panamá)

**Vocales Suplentes:**

Dr. Carlos Salinas Dorantes (México)

Dr. Guillermo Rossi (Argentina)

Dra. Poli Mara Spritzer (Brasil)

**PastPresidente:** Dr. Alejandro Paradas Caba (Rep. Dominicana)

**Fiscalizador:** Dr. Carlos Escalante Gómez (Costa Rica)

**Presidente del Comité Científico:** Dr. Andrés Calle Miñaca (Ecuador)

**Secretario del Comité Científico:** Dr. David Vázquez Awad (Colombia)

**Vocales del Comité Científico:**

Dr. Cuauhtémoc Celis (México)

Dra Lida Sosa (Paraguay)

Dr. Jorge Vargas (Rep. Dominicana)

**Delegado de México, Centroamérica y Caribe:** Dr. Carlos Félix Arce (México)

**Delegado de Sudamérica:** Dr. Juan Enrique Blümel Méndez (Chile)

**Delegado de Europa:** Dr. José Luis Neyro (España)

una terapia en desuso y que ha sido muy poco prescrita fuera de Estados Unidos. Además, menos del 10% de las pacientes con diagnóstico de cáncer invasor relacionadas con THM, utilizaron progesterona micronizada. Ello hace imposible realizar una comparación real de la progestina empleada actualmente como estándar para las pacientes en THM.

Debemos realizar un balance real entre el beneficio que se obtiene al emplear THM sobre la calidad de vida, sus efectos cardiovasculares, sobre la salud ósea y su efecto cognitivo, con el aumento del RA de desarrollar cáncer de mama. Recordemos cuáles son las causas principales de muerte en la mujer en edad postmenopáusica; el cáncer de mama no está entre las primeras.

Consecuentemente con todo lo expuesto más arriba, es posición de ALEG que THM presenta suficiente evidencia científica que mantiene y mejora la calidad de vida cuando ésta se ha deteriorado como consecuencia del síndrome climatérico<sup>16</sup>. No reconocer la existencia de riesgos en nuestras acciones diarias puede ser poco realista, pero no pidamos a THM lo que en el mundo real no existe<sup>17</sup>.

Como Sociedad Científica, consideramos una obligación profesional del médico que entiende de salud de la mujer, proveer la información veraz y completa acerca de una terapia que mejora ostensiblemente la calidad de vida, para en función de la mejor evidencia científica y la información proporcionada, ofrecer la posibilidad de elegir si desea iniciar tratamiento. Nuestro consejo deberá estar guiado siempre, teniendo en cuenta la relación costo beneficio. Es menester por último, informar igualmente de los riesgos asociados que las pacientes sanas asumen si evitan el uso de THM.

**Bibliografía**

1. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Menarche, menopause, and breast cancer risk: individual participant meta-analysis, including 118,964 women with breast cancer from 117 epidemiological studies. *Lancet Oncol.* 2012;13(11):1141-1151
2. Disponible en <https://www.imsociety.org/manage/images/pdf/5054afeb9b1bc76303233443f1c0bed.pdf>
3. Disponible en <https://www.menopause.org/docs/default-source/default-document-library/2019-08-30-lancet-article-on-timing-of-ht-and-breast-cancer.pdf>
4. Disponible en [http://www.flascym.org/wp-content/comentarios/5\\_Comentario\\_FLASCYM\\_\(extraordinario\).pdf](http://www.flascym.org/wp-content/comentarios/5_Comentario_FLASCYM_(extraordinario).pdf)
5. The 2017 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society Menopause: July 2017 - Volume 24 - Issue 7 - p 728-753. doi: 10.1097/GME.0000000000000921
6. Blumel JE, Castelo-Branco C, Binfa L, Gramegna G, Tacla X, Aracena B et al. Quality of life after the menopause: A population Study. *Maturitas* 2000; 34: 17-23.
7. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ Hormone therapy and coronary heart disease: the role of time since menopause and age at hormone initiation. *J Womens Health* 2006 Jan-Feb; 15(1):35-44.
8. Hodis HN, Mack WJ, Henderson VW et al Vascular Effects of Early versus Late Postmenopausal Treatment with Estradiol. *NEJM* 374; 13 nejm.org March 31, 2016.
9. Colegio Americano de Cardiología. "La terapia de reemplazo hormonal asociada con una mortalidad temprana más baja". *Ciencia diaria.* [www.sciencedaily.com/releases/2017/03/170308150030.htm](http://www.sciencedaily.com/releases/2017/03/170308150030.htm)
10. Disponible en <https://theros.org.uk/media/1780/hrtpositionstatement2010.pdf>
11. Zhu L, Jiang X, Sun Y et al. Effect of hormone therapy on the risk of bone fractures: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Menopause* 2015. Vol. 23, No. 4, pp. 461-470.
12. Palacios S, Mejía A, Neyro JL. Treatment of the genitourinary syndrome of menopause. *Climacteric.* 2015;18 Suppl 1:23-9. doi: 10.3109/13697137.2015.1079100.
13. Scarabin, Oger E, Plu-Bureau G; EStrogen and THromboEmbolic Risk Study Group (ESTHER). Differential association of oral and transdermal oestrogen-replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003;362:428-32.
14. Canonico M, et al. Estrogen and Thromboembolism Risk (ESTHER) Study Group. *Circulation* 2007;115:820-2.
15. Perou CM, Sorlie T, Eisen MB et al., Molecular portraits of human breast tumours. *Nature* volume 406, pages747-752 (2000).
16. Reduce breast cancer incidence in women treated with Subcutaneous testosterone, or testosterone with anastrozole: A prospective observational study. Glaser R., Dimitrakakis C. *Maturitas*, 76 (2013) 342-349.
17. Blümel JE, Comentario: *Lancet.* 2019 Aug 29; Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *RedLink*, 3-de September 2019.

info@aleg-latam.com // aleg.latam@gmail.com  
www.aleg-latam.com

TE: +521 871 7270502 // +549 379 4615762