Se necesitan estudios posteriores acerca de estrógenos esterificados y riesgo cardiovascular

Esterified estrogen and conjugated equine estrogen and the risk of incident myocardial infarction and stroke. Arch Intern Med 2006; 166: 399-404.

LEMAITRE RN, WEISS NS, SMITH NL, ET AL.

Nivel de Evidencia: II-2

No hay diferencia entre el riesgo de infarto del miocardio (IM) y accidente cerebrovascular (ACV) asociado con el uso de estrógenos equinos conjugados (EEC) o estrógenos esterificados (EE) con o sin progestinas comparados con no tratamiento hormonal, pero hay una posible mayor posibilidad de ACV isquémico con EEC solos comparados con EE solos de acuerdo a este estudio poblacional de casos y controles en una gran organización de mantenimiento de salud (HMO).

Los casos se aleatorizaron a mujeres posmenopáusicas con un incidente de IM (n 1 644) o ACV (n 1 080) entre los años 1986 y 2001 y fueron identificados por código de altas del hospital y la lista de muertes el estado de Washington. Los controles (n 4 205) fueron mujeres posmenopáusicas de la población de HMO sin IM ni ACV antes del índice de datos y fueron apareados a los casos por edad y presencia de hipertensión. La edad promedio de los casos y los controles fue de 67 y 70 años, con un promedio de ingreso al HMO de 18 a 20 años. Los objetivos finales fueron ocurrencia de IM o ACV (isquémico o hemorrágico). El uso de hormonas fue medido usando los datos de la farmacia del HMO.

Al final, los autores no encontraron diferencia en el riesgo de IM , ACV isquémico, o hemorrágico entre los grupos de estudio. En análisis restringido a las usuarias de hormonas, se detectó que los EEC estaban asociados con un mayor riesgo de IM en mujeres cuyos regímenes de estrógenos fueron iniciados recientemente. Los autores sugieren estudios posteriores de los efectos de los EE sobre objetivos cardiovasculares.

Comentario. En los últimos años recientes, el tema de la terapia hormonal (TH) en las mujeres envejecientes ha sido enfocado por médicos e investigadores desde dos puntos de vista: algunos miran esta intervención farmacológica como el vaso medio vacío con más riesgos que beneficios, mientras otros lo miran como medio lleno con más beneficios que riesgos. Inmediatamente después de la publicación de los datos iniciales del WHI en el 2002, hubo una definitiva tendencia para ambos médicos e investigadores de mirar la TH desde el punto de vista del vaso medio vacío.

Sin embargo, esta tendencia está revirtiéndose, debido a los continuos datos que están emergiendo, que reportan los beneficios generales de la TH con poco o ningún riesgo. Tal es el caso con los recientes datos publicados en esteartículo, mostrando no diferencia en el riesgo de IM o ACV asociado con el uso de estrógenos frente al no uso. Como un OB/GIN que está a cargo especialmente de mujeres posmenopáusicas, no solo estoy confiada de esos datos sino convencida que la TH es una invaluable intervención con pocos riesgos para la mayoría de las mujeres que requieren intervención para sus dificultades por sus síntomas vasomotores, atrofia genital, y dispareunia. De hecho, están saliendo datos acerca de que la TH no solo ayuda a manejar los síntomas menopáusicos y previene la pérdida ósea, sino que su inicio temprano también da protección cardiovascular.

Teniendo en cuenta todas las variables inherentes a los estudios observacionales, la amplia base de ACV en los datos de Lemaitre continúa apoyando los mismos buenos resultados: el uso de estrógenos en la posmenopausia no parece que aumente el riesgo de IM, ACV isquémico o hemorrágico entre las usuarias de estrógenos (EEC o EE) comparadas con mujeres que no están en terapia hormonal. En relación con el WHI, lo que es particularmente importante de estos datos es que el uso de EEC solos o con progestinas mostró un menor riesgo de efectos cardiovasculares adversos comparado con las no usuarias en esta cohorte de mujeres con edad promedio con esas en el WHI (rango promedio entre 62.1 a 68.9 años, en el estudio actual). Como los autores lo anotan, la comparación del tipo de estrógenos parece estar en el área de evaluación continua como también la comparación de la dosis de TH y la liberación de la misma.

Estos datos respaldan otros recientes artículos publicados que mostraron resultados similares. Por ejem-

plo, según el estudio de Hsia y col.1, el uso de EEC solos no incrementa el riesgo de enfermedad cardíaca coronaria (ECC) y en mujeres de 50 a 59 años, el riesgo fue más bajo en las usuarias de EEC que en el placebo. Grodstein y sus colegas2 también encontraron algunos resultados alentadores acerca de la terapia de estrógenos en las mujeres posmenopáusicas en su reciente análisis del Nurses'Health Study. Estos investigadores encontraron que hubo un riesgo reducido en ECC en mujeres que inician la TH cerca de la menopausia, con el soporte que los estrógenos disminuían la formación de ateroma, pero podían aumentar la ruptura de la placa.

Creo que sería beneficioso para nuestros pacientes si los titulares de la TH que se relacionan con interpretaciones personales de los datos son reemplazados por titulares que reporten los hechos y presenten estos factores en el contexto global de cómo ellos comparan los datos de estudios similares.

Referencias

1. Hsia J, Langer RD, Manson JE, et al. Arch Intern Med 2006; 166: 357-365.
2. Grodstein F, Manson JE, Stampfer MJ. J Wom Health 2006; 15: 35-44.
3. Libby P. Nature 2002; 420: 868-874. Gloria A. Bachmann, MD Associate Dean for Women's Health

Professor of Obstetrics and Gynecology Professor of Medicine. University of Medicine and Dentistry of New Jersey

Robert Wood Johnson Medical School Director of Women's Health Institute Chief of OB/GYN Service Robert Wood Johnson University Hospital New Brunswick, NJ