Conservación del ovario versus ooforectomía en el NHS

Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the Nurses' Health Study. Obstet Gynecol 2009;113:1027-1037.

PARKER WH, BRODER MS, CHANG E, ET AL.

Nivel de evidencia: II-2

Objetivo. Reporte del resultado de la salud a largo plazo y la mortalidad después de ooforectomía o conservación de ovario.

Métodos. Realizamos un estudio prospectivo, observacional, de 29.380 mujeres participantes en el Nurses'Health Study quienes tenían histerectomía con ooforectomía bilateral, y 13.035 (44.4%) tenían histerectomía con conservación de los ovarios. Evaluamos los eventos, incidentes o muerte debido a enfermedad cardiaca coronaria (ECC), ACV, cáncer de mama, cáncer de ovario, cáncer colorrectal, total por cáncer, fracturas de cadera, embolismo pulmonar y siete muertes por todas las causas.

Resultados. En un período de seguimiento de 24 años, para mujeres con histerectomía y ooforectomía bilateral comparadas con conservación de ovarios, los RR multivariables fueron 1.12 (IC 95%, 1.03-1.21), para mortalidad total, 1.17 (IC 95%, 1.02-1.35) para ECC fatal más no fatal, y 1.14 (IC 95%, 0.98-1.33) para ACV. Aunque los riesgos para cáncer de mama (RR, 075; IC 95%, 0.68-084), ovario (RR, 0.04; IC 95%, 0.01-0.09, número de necesarios de tratar =220) y cánceres totales (RR 0.90; IC 95%, 0.84-0,96) disminuyen después de la ooforectomía, la incidencia de cáncer de pulmón (RR, 1.26; IC 95%, 1.02-1.56), número necesario de tratar =190 y mortalidad total por cáncer (RR, 1.17; IC 95%, 1.04-1.32) aumentó. Para las que nunca habían usado estrógenos, la ooforectomía bilateral antes de los 50 años se asoció con un aumento del riesgo de mortalidad reportadas las causas, ECC y ACV. Con un tiempo aproximado de 35 años de la cirugía, se puede esperar una muerte adicional por cada nueve ooforectomías realizadas.

Conclusión. Comparada con la conservación de ovario, la ooforectomía bilateral al tiempo de la histerectomía para enfermedad benigna se asocia con disminución del riesgo de cáncer de mama y cáncer de ovario pero aumenta el riesgo para todas las causas de mortalidad, ECC fatal y no fatal y cáncer de pulmón. En ningún análisis o grupo de edad se asoció la ooforectomación con aumento de la sobrevivencia.

Comentario. La ooforectomía profiláctica se ha visto como una recomendación para mujeres mayores de 40 a 50 años que van a histerectomía por enfermedad benigna para el beneficio ostensible de prevenir posible ocurrencia posterior de cáncer de ovario. Este estudio confirma un modelo de análisis previo hecho por Parker y col., en el 2005[1], que encontró que la conservación del ovario después de los 65 años se asoció con aumento de supervivencia a largo plazo para mujeres que iban a histerectomía por enfermedad benigna.

Desde entonces, estudios adicionales han confirmado el hallazgo de que la conservación del ovario al tiempo de la histerectomía para enfermedad benigna tiene un beneficio en la salud y supervivencia global. El problema es que esos estudios al momento han sido observacionales; sin embargo, un estudio randomizado controlado que examine rigurosamente este problema no ha sido realizado.

Más aún, la evidencia actual es consistente, resultando de un estudio grande bien diseñado y prospectivo. Cuando la mortalidad total y otras enfermedades se consideran en el contexto de la ooforectomía bilateral electiva, el riesgo parece sobrepasar al beneficio de la prevención de subsecuente cáncer de ovario.

Notablemente, las mujeres que fueron a ooforectomía bilateral antes de los 50 años de edad y nunca usaron terapia estrogénica (TE) estaban a mayor riesgo de mortalidad por todas las causas, ECC y ACV. La ooforectomía bila-

teral previa a la menopausia remueve la mayor fuente de estrógenos endógenos como también la fuente de andrógenos (androstendiona y testosterona) que pueden ser convertidos a estrona periféricamente aun más allá de la menopausia. Rivera y col.[2] mostraron que la ooforectomía bilateral en mujeres de menos de 45 años está asociada con un aumento de mortalidad cardiovascular. Interesantemente, se encontraron que mujeres tratadas con estrógenos después de ooforectomía bilateral no mostraron aumento de la mortalidad, sugiriendo que el inicio de TE al tiempo de la ooforectomía bilateral podría contrarrestar el efecto perjudicial de la ooforectomía en la ECC. Este hallazgo es similar al análisis secundario del estudio Women's Health Initiative que mostró que cuando se inicia la TE dentro de la primera década después de la menopausia, o entre 50 y 59 años de edad, el riesgo a largo plazo de ECC se reduce. Así, el tiempo de inicio de la TE (o estrógenos más progestinas) después de la menopausia parece que influye en el efecto sobre la enfermedad cardiovascular con la iniciación temprana de la terapia hormonal cercana al tiempo de la menopausia como benéfico.

La evidencia observada sigue creciendo, indicando que necesitamos repensar en la práctica actual la ooforectomía bilateral profiláctica al tiempo de la histerectomía por causas benignas.

La conservación de ovarios debe ser una recomendación a menos que la ooforectomía bilateral tenga claros beneficios, tales como histerectomía para tratamiento definitivo de endometriosis, o si hay un aumento del riesgo de cáncer de mama o de ovario con historia familiar o presencia de marcadores genéticos como BRCA1 y BRCA2. Claramente factores de riesgo individuales de la mujer se deben considerar cuando hay una indicación para ooforectomía; y este procedimiento es adecuado. Adicionalmente, si la ooforectomía se realiza antes de los 50 años de edad, en ausencia de contraindicaciones, el inicio de continuidad de TE al menos hasta los 45 años debe considerarse para contrarrestar los efectos no favorables de la ooforectomía en la salud general bilateral.

Esther Eisenberg, MD, MPH
Professor of Obstetrics and Gynecology
Vanderbilt University School of Medicine
Nashville, TN

Referencias

1. Parker WH, Proder MS, Liu Z, et al. Ovarian conservation at the time of hysterectomy for benign disease. *Obstet Gynecol* 2005;106:219-226.
2. Rivera C, Grossardt B, Rhodes D, et al. Increased cardiovascular mortality following early bilateral oophorectomy. *Menopause* 2009;16:15-23.
3. Rossouw J, Prentice R, Manson J, et al. Postmenopausal hormone therapy and risk of cardiovascular disease by age and years since menopause. *JAMA* 2007;297:1465-1477.

Menopausia al día

¿La depresión afecta los síntomas menopáusicos?

Depressive symptoms and menopausal burden in the midlife. Maturitas 2009;62:306-310.
REED SD, LUDMAN EJ, NEWTON KM, ET AL.

Nivel de evidencia: II-3

Objetivo. El objetivo de este estudio fue medir si los síntomas menopáusicos fueron más comunes y/o más severos entre mujeres con síntomas depresivos.

Métodos. Una encuesta seccionada cruzada de 1.358 mujeres, entre 45 y 70 años de edad, en dos grandes planes integrados de salud (Seattlle, Boston) fueron realizadas. Se recolectaron informaciones sobre demografía, historia médica