

Diez recomendaciones preliminares de la STRAW

Los asistentes a la 22.^a reunión de la North American Menopause Society (NAMS) tuvieron un adelanto de las nuevas recomendaciones del estamento STRAW (puesta en escena de envejecimiento reproductivo de la mujer), que tuvo en el 2001 el primer enfoque universal.

La actualización está diseñada para guiar futuros estudios científicos de la menopausia y para ayudar a predecir el inicio de la transición a la menopausia y la menopausia en las mujeres de manera individual.

Los cambios propuestos se matizan con la versión 2001 de la STRAW, en la que el punto «0» representa el último período menstrual. Son números positivos las etapas que vienen después y números negativos las etapas antes del último período menstrual. Entre los cambios propuestos, el período reproductivo tardío se dividiría en dos subpartes: -3A y -3B). Durante la subparte-3A, una mujer todavía tiene ciclos regulares; en-3B, comienzan a aparecer los cambios sutiles en el flujo y la duración, explicó Sioban Harlow, PhD, profesor de epidemiología en la Universidad de Michigan, Ann Arbor, quien presentó las recomendaciones. “Los criterios de apoyo son particularmente importantes en esta etapa si usted está tratando de facilitar las decisiones de la fertilidad”, dijo Harlow.

Las etapas -2 y -1 son lo mismo, a excepción de un detalle añadido: la duración prevista de transición tardía se encuentra entre uno y tres años.

En cuanto a la fase de posmenopausia, los expertos recomiendan que una etapa se compone de tres componentes diferentes. Está muy claro, el Dr. Harlow dijo que hay un período de dos años en el que las hormonas siguen aumentando antes de comenzar a estabilizarse. Las mujeres conservan la etapa de una división en ese período de dos años, que realmente necesita el primer año para definir el final del período menstrual, explicó.

La segunda fase de la etapa 1 se sitúa entre tres y cinco años. En los primeros dos años después de la menopausia, la hormona folículo-estimulante (FSH) sigue en aumento, antes de estabilizarse en ese período de dos años. En el estadio 2, los síntomas de atrofia urogenital comienzan a aparecer.

Hasta que las directrices de STRAW tuvieron los primeros desarrollos, los investigadores que estudian la menopausia y la fertilidad han utilizado diferentes enfoques para categorizar a los pacientes, y los médicos no tenían pautas universales para abordar las cuestiones de la mujer acerca de si estaban entrando en la transición menopáusica.

Para hacer frente a la falta de acuerdo sobre los términos y el calendario, STRAW produjo un documento de consenso en 2001. Sus recomendaciones se convirtieron en el estándar para la clasificación de envejecimiento reproductivo femenino a través de la menopausia, y ayudó a la investigación marco en el campo.

Algunas de las recientes investigaciones informan los cambios recomendados. El trabajo sobre las trayectorias de FSH, basado en el estudio de la salud ósea de Michigan y el estudio del metabolismo y el Estudio de Salud de la Mujer y de su familia, ayudaron a los investigadores a precisar la duración de la fase 1 y fase 1.

La investigación sugiere que en la etapa 1 (menopausia temprana), hay un intervalo de dos años después del último período menstrual antes de las trayectorias de aumento de FSH, y la disminución de los niveles de estradiol empieza a aplanarse.

Toda la duración de la etapa 1 es probable que dure más de cinco años. Las etapas de la edad reproductiva, definidas por STRAW 10, están destinadas a una amplia aplicación en la práctica clínica y la investigación.

Los objetivos del STRAW 10 son:

- Confirmar la terminología.
- Considerar si se puede decir más acerca de la duración de las etapas pre y posmenopáusicas.
- Perfeccionar los criterios para la transición con fines de reproducción.
- Revisar los criterios de las etapas de la posmenopausia.
- Reevaluar varias exclusiones en el modelo de STRAW.

Un investigador puede definir la etapa en la que las mujeres están, por lo que pueden compa-

rar sus estudios o el diseño de un ensayo clínico con los demás. Los médicos también encuentran una guía de ayuda de puesta en escena, dijo.

Para elaborar recomendaciones para la actualización, un grupo de expertos revisó la ciencia de una serie de estudios de cohortes y otros trabajos clínicos en un día de duración del simposio. Las recomendaciones surgieron de un proceso de creación de consenso.

Durante su charla en NAMS, el Dr. Harlow advirtió que las recomendaciones aún podrían cambiar. Las 10 recomendaciones Straw finales se publicarán en 2012.

PERLAS

Resonancia magnética y el cáncer de mama

Otro panelista, Mónica Morrow, MD, FACS, jefe del servicio de mama del Centro Oncológico Memorial Sloan-Kettering y profesor de cirugía en el Weill Medical College de Cornell University, Nueva York, señaló que uno de los mayores dolores de cabeza en el manejo del cáncer de mama hoy en día es el uso innecesario de la resonancia magnética (MRI) y el exceso de la cirugía que genera. “El propósito de la revisión es el de reducir la mortalidad”, dijo. No hay absolutamente ninguna evidencia de que la resonancia magnética haya reducido la mortalidad, sino que ha aumentado los costos y el uso de la cirugía invasiva.

Se ha generado controversia en torno al uso de la RM en pacientes con cáncer de mama. Para el paciente promedio de cáncer de mama, la RM identifica el cáncer de dos a tres veces más que las tasas observadas de recurrencia local, resultando en mastectomía innecesaria, dijo.

Exámenes de resonancia magnética tienen sentido para los portadores de la mutación *BRCA1* y mujeres cuya historia familiar sugiere que existe la mutación, dijo el doctor Morrow.

MRI tiene sentido para los portadores de la mutación del *gen BRCA1*, debido a que sus cánceres tienden a ser de alto grado, para receptores de estrógenos, el receptor progesterona, y HER2-negativo, por lo que crecen rápidamente, y aparecen con frecuencia en las pantallas. Otras mujeres de alto riesgo, tales como aquellas con carcinoma lobular in situ o hiperplasia atípica, no podrían justificar la revisión de MRI, dijo. Se refirió a las recomendaciones de la Sociedad Americana del Cáncer para la detección precoz del cáncer de mama.

Los hallazgos incidentales son frecuentes, y la mayoría son benignos, dijo el panelista Alec J. Megibow, MD, MPH, FACH, profesor de radiología de la Universidad de Nueva York Escuela de Medicina y director de servicios de imágenes para pacientes ambulatorios en New York University Langone Medical Center.

Para él, la frase “demasiado pequeño para caracterizar” es como las uñas en una pizarra. “Te deja en un dilema”, dijo. “Obliga a pruebas innecesarias”.