BIBLIOGRAFÍA

1.Onatra W; Sánchez J. Riesgo-Beneficio de la Terapia Hormonal de Sustitución en Segundo Simposio Nacional sobre Menopausia. Edit. Lerner Santafé de Bogotá. 1993; 49-55.

2. Levrant SG, Barnes RB. Pharmacology of estrogen in Treatment of the postmenopausal women Edit Lobo RA. Raven Press. New York 1994; 57-68.

3. Baker VL. Alternatives to oral estrogen replacement. Obstet Gynecol Clins North Americ 1994; 21: 271-297.

4.Whitroft SI, Crook D, Marsh MS et al. Long-term effects of oral and transdermal hormone replacement therapies on serum lipid and lipoprotein concentrations. Obstet Gynecol 1994; 84: 222-226.

5.Stevenson JC, Crook D, Goldsland IF et al. Oral versus transdermal hormone replacement therapy. Int J fertile 1993; 38: 30-35.

EPIDEMIOLOGÍA DEL CANCER GINECILÓGICO EN RELACIÓN CON EL TRATAMIETO HORMONAL

Héctor J. Posso V., MD, MSc.*

* Jefe Sección Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Cancerología. Santafé de Bogotá

La Sociedad Colombiana atraviesa por una época de grandes transformaciones sociales, las cuales condicionan la situación de salud, afectando la magnitud y la distribución de las causas de enfermedad. Para hablar de cáncer no podemos desconocer esta situación, que en salud se conoce como la transición de la salud.

Este fenómeno se presenta como el efecto combinado de la transición demográfica y de la transición epidemiológica, domina el panorama de la salud en Colombia y obedece a cambios que se ha n sucedido en la últimas décadas. Algunos de estos cambios han sido: Urbanización, disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, disminución de la fecundidad, envejecimiento de la población, surgimiento de las enfermedades no transmisibles y crónicas, industrialización, expansión de la educación, mejoramiento de la tecnología médica, recesión económica y aumento de la inequidad y persistencia o resurgimiento de enfermedades transmisibles.

Estos factores están íntimamente relacionados con patrones culturales que harán aumentar el problema del cáncer en el país: inicio temprano de la actividad sexual, aumento del número de compañeros sexuales y retardo en la maternidad, que perpetuarán un tipo de cáncer (Cerviz) y evidenciarán otros (Mama). Factores relacionados con la dieta tales como: industrialización del campo, disminución de la oferta de alimentos variados, mayor consumo de grasas, lo cual aumentará unos tipos de cáncer más ligados al mundo occidental (Colon, endometrio, mama, próstata, etc.), sin disminuir otros propios del subdesarrollo (Cuello uterino). La adicción al cigarrillo esta disminuyendo en la población general, pero concentrándose en los ya fumadores, lo cual conllevará al aumento de las tasas de cáncer asociadas al tabaco.

Otros estilos de vida han suplantado culturas propias sumándole de esta manera, a los ya conocidos problemas del subdesarrollo, los problemas del mundo industrializado. Sin embargo, en el caso de cáncer, las principales localizaciones que afectan a los colombianos parecen también ligadas al desarrollo; el cáncer de cuello uterino no ha disminuido, pero en la medida en que la población de mujeres acceda a la citología, disminuirá su potencial de muerte al desaparecer las formas invasoras. Existen otros factores relacionados con el riesgo de cáncer, entre ellos el uso de drogas y hormonas sexuales exógenas. El 57% de las mujeres en edad fértil (15-49 años) han usado alguna vez métodos anticonceptivos, siendo los anticonceptivos orales el método más extendido, con un 34.9% y las inyecciones 9.6% . Actualmente el 8.4% de estas mujeres usan A.O y el 1.4% usan estrógenos inyectados. El uso de compuestos hormonales sexuales femeninos podrían aumentar en el futuro, pues es la tendencia que se muestra en las diferentes encuestas de uso de métodos anticonceptivos.

La incidencia de cáncer en mujeres, el riesgo de desarrollarlo, en Colombia se ha mantenido en constante aumento en las últimas décadas, pasando de 149.3 x 100.000 en 1962 a 182.9 x 100.000 en 1986.

Según el Registro Poblacional de Cali, durante un año podrían aparecer 32.900 casos nuevos de cáncer en mujeres; el 23.9% de las mujeres podría desarrollar un cáncer con la actual esperanza de vida.

Para el cáncer ginecológico, la probabilidad de desarrollar cáncer de cuello uterino es el 5%, probabilidad que aumenta el doble si esta mujer es pobre, mal nutrida, fuma y no tiene acceso a los servicios de salud para una citología vaginal. En lo relacionado con cáncer de glándula mamaria, el cual ha venido aumentando en los últimos años, 1 de cada 25 mujeres lo puede de-

sarrollar durante el transcurso de la vida. Para el cáncer de ovario, la probabilidad de desarrollar es del 1% durante la vida.

El riesgo de morir por cáncer depende de dos factores, la aparición de nuevos casos y la oportunidad de detección temprana de la enfermedad, así como la agresividad del tumor. En Colombia mueren anualmente más de 25.000 personas por cáncer, casi igual número en hombres y mujeres. La mayoría de los casos se diagnostica en etapas avanzadas de la enfermedad.

Según datos del INC-DANE para 1995 podrían morir 13.000 mujeres por cáncer, de las cuales 2.300 son por cáncer de estomago, 2.200 por cáncer de cuello uterino, 1.200 por cáncer de mama y 1.000 por cáncer de ovario.

Durante 1990 la mortalidad por cáncer tuvo el siguiente comportamiento:

Casos nuevos de cáncer en Colombia 1995

Sitio	Número
Todos	32.556
Todos excepto piel	25.668
Cuello uterino	5.500
Seno	4.325
Gástrico	2.332
Pulmón	1.086
Ovario	1.032
Cuerpo uterino	712
Riesgo acumulado 64 años	16.1%
Riesgo acumulado 74 años	30.5

Los estudios epidemiológicos han revelado que el reemplazo estrogénico está asociado con un mayor riesgo para cáncer de endometrio. El uso de esta terapia posterior al inicio de la menopausia tiene aún mucha controversia; esto es especialmente cierto para aquellas mujeres que tienen un perfil de riesgo elevado para cáncer mamario, pero también lo es que este tipo de terapia protege a la mujer menopáusica de enfermar o morir de enfermedad cardiovascular y osteoporosis, disminuye los síntomas vasomotores y genitourinarios. Sin embargo aún es incierto si estos beneficios son mayores que el riesgo de cáncer mamario y de endometrio.

El uso de AO combinados está asociado con tumores benignos y malignos de hígado; pero protege para cánceres de ovario y endometrio. Es discutido su papel en la etiología de cáncer mamario. Los hallazgos que asocian cáncer de endometrio y el uso de AO secuenciales, aún está siendo verificado.

La valoración del riesgo de cáncer ginecológico por el uso de hormonas sexuales femeninas no es fácil, debido a que los estudios no han llegado a conclusiones definitivas. Además , es necesario establecer en nuestra población el peso que tienen otros factores de riesgo en la génesis de cáncer ginecológico para establecer el riesgo atribuible de la terapia de reemplazo y las hormonas sexuales femeninas exógenas tienen en estos tipos de cáncer.

Número de muertes por cáncer Colombia 1990

Causa de muerte	Mujeres
Cáncer gástrico	2.159
Cáncer de cuello uterino	2.020
Cáncer de mama	1.165
Cáncer de pulmón	930
Cáncer de próstata	___
Cáncer hepático	885
Cáncer de labio, cavidad bucal y faringe	176
Cáncer de laringe	104
Cáncer de esófago	286
Cáncer de páncreas	436
Cáncer de vejiga	87
Ca. de Recto	699
Leucemias	655
Ovario	99
Ca de Encéfalo	387
Melanoma y otros de piel	230
Cuerpo del útero	179
Otros	147
TOTAL	1.848
	12.492

Fuente: DANE; La carga de la Enfermedad en Colombia Minsalud 1994.

BIBLIOGRAFÍA

1.International Agency for Research on Cancer (Who). Evaluating Effectiveness of Primary Prevention of Cancer. Larc Scientific Publications No. 103. Lyon. 1990.

2. International Agency for Research on Cancer (Who). Cancer: Causes, Ocurrence and Control. Larc. Scientific Publications No. 100. Lyon 1990.

3.Ministerio de Salud de Colombia . La Carga de la Enfermedad. Ministerio de Salud.1994.

4. Brinton LA, Scairer C. Estrogen replacement therapy and breast cancer risk. Epidemiologic Reviews; 1993; 15(1): 66-79.

5. Bergkvist L, Adami Ho, Persson U, Hoover R, Schairer C. The risk of breast cancer after estrogen and estrogenprogestin replacement. N Engl J Med 1989; 321: 293-297.

6. Colditz GA, Stampfer MJ, Willet WC, Hennekens CH, Rosner B, Speinzer F. Prospective study of strogen replacement therapy and risk of breast cancer in postmenopausal women. JAMA. 1990; 264: 2648-2653.

HORMONOTERAPIA DE SUPLENCIA EN MUJERES CON ANTECEDENTES DE CARCINOMA DE ENDOMETRIO

Ricardo Rueda Sáenz, M.D., FRCSC*

* Director Científico Reprotec Ltda. Santafé de Bogotá.

Resumen

La terapia hormonal de suplencia (ETS/THS) en la mujer previamente tratada de un carcinoma de endometrio es un tema aún ampliamente debatido. En las recomendaciones a la paciente el clínico debe basarse en una cuidadosa evaluación de los factores de riesgo asociados a cada paciente en particular; versus los potenciales beneficios a obtener con la ETS/THS. Los factores principales a tener en cuenta son: un adecuado entendimiento de la paciente sobre su enfermedad y su pronóstico, y el deseo de ella de correr los riesgos de la THS de acuerdo con la información dad por el clínico, además se debe tener en cuenta el tipo histológico del tumor; su grado de diferenciación, su estudio incluyendo la invasión miometrial, metástasis ganglionares, citologías peritoneales y también el estado de los receptores esteroideos. A su vez se debe tener en cuenta el intervalo de tiempo transcurrido entre el tratamiento de la neoplasia y el inicio de la ETS/THS.

Summary

There is still considerable controversy about hormone replacement therapy (ERT/HRT) in patients previously treated for endometrial cancer. The clinician must base his/her recommendations for each individual patient in an objective balance between a detailed evaluation of every risk factor versus the potential benefits of ERT/HRT. The main factors to consider in every case are: an adequate understanding of the patient about her disease process and her prognosis, her willingness to undertake the potential risks, if any, of ERT/HRT according to the information given by her clinician, the hystologic type of the tumor, grade of differentiation, stage including depth of myometrial invasion, node status, peritoneal cytology and also steroid receptor status. On the other hand, one must take into consideration the time interval elapsed between the cancer treatment and the initiation of ERT/HRT.

Desde los 1979s se ha observado un aumento de la frecuencia de carcinoma del endometrio en mujeres postmenopáusicas que reciben estrogenoterapia de suplencia (ETS). Este efecto se ve contrarrestado por el uso concomitante de progestágenos en la terapia hormonal de suplencia (THS). Esto último se ha corroborado con la evidencia epidemiológica de los efectos en el uso de contraceptivos orales sobre la incidencia de esta neoplasia.

La incidencia anual de Ca. De endometrio en mujeres postmenopáusicas es cinco veces mayor que en mujeres de otros grupos de edades para todas las razas (100: 100000)3. La ETS/THS con antecedentes de Ca de endometrio ha sido motivo de amplia controversia. El temor principal es el de reactivar con la ETS/THS una Ca de endometrio previamente tratado. La magnitud de este riesgo, si existe, no ha sido cuantificada. Muchos expertos argumentan que los beneficios obtenidos por la THS en cuanto a la disminución del riesgo cardiovascular y protección de la masa ósea superan el riesgo de recurrencia de esta neoplasia en particular. Sobre este tema el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) se ha pronunciado ya dos veces durante la última década por medio de su comité de práctica ginecológica . En estos documentos demuestran que en una encuesta a los miembros de la Sociedad de Oncólogos Ginecológicos (SGO) el 83% de los expertos consultados aprobaron el uso de ETS en pacientes con Ca de endometrio estado 1, grado 1 (Clasificación FIGO 1988); el 56% favorecieron el uso de ETS en estadios 1, grado 2 y el 39% en estados 1, grado 3. El comité de práctica ginecológica del ACOG concluye que en las mujeres con historia de Ca de endometrio, se puede utilizar la THS como en cualquier otra indicación, pero que el proceso de selección de las candidatas para esta terapia debe