

- Nivel I: Ensayo propiamente randomizado y controlado.
- Nivel II-1: Bien diseñado, y controlado pero sin randomización.
- Nivel II-2: Estudio de corte analítico de cohorte o casos-contróles, preferiblemente realizado por más de un centro o grupo de investigación.
- Nivel II-3: Series múltiples con o sin intervención (p. ej., estudios *cross sectional* e investigaciones sin controles); experimentos no controlados con resultados dramáticos también se incluyen en este tipo de evidencia.
- Nivel III: Opiniones de autoridades respetables, basadas en experiencia clínica, estudios descriptivos y reporte de casos. Reporte del comité experto.

Ooforectomía e histerectomía e incidencia de cáncer

La histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral en mujeres de 55 años o más está asociada con menor riesgo de cáncer.

GAUDET MM, GAPSTUR SM, SUN J, TERAS LR, CAMPBELL PT, PATEL AV.

Oophorectomy and hysterectomy and cancer incidence in the Cancer Prevention Study-II Nutrition Cohort. Obstet Gynecol. 2014; 123(6): 1247-1255.

Nivel de evidencia: II

Resumen. Este estudio examinó la asociación de histerectomía con salpingo-ooforectomía bilateral (BSO), así como la asociación de histerectomía simple con riesgo total y específico del sitio del cáncer en 66.802 mujeres posmenopáusicas de las cohortes del estudio Cancer Prevention Study-II (CPS-II) Nutrition. Tras una mediana de seguimiento de 13,9 años, se diagnosticaron 8.621 cánceres. La histerectomía con BSO en mujeres de 55 años o más se asoció con un menor riesgo de cáncer, en relación con ninguna histerectomía. La histerectomía sin BSO se asoció con una disminución del riesgo de cáncer solo si se lleva a cabo en mujeres de 45 años o más jóvenes.

Comentario. A falta de datos de ensayos aleatorios, es imposible determinar definitivamente las diferencias en el riesgo de cáncer asociado con la histerectomía con o sin BSO porque las razones subyacentes por las que una mujer decide tener uno u otro procedimiento pueden estar relacionadas con el riesgo de cáncer o de factores asociados con el desarrollo del cáncer. Estudios anteriores han sido mixtos en

términos de si el grupo de referencia o comparador utiliza mujeres sin histerectomía o mujeres que tenían una histerectomía con BSO. La manera más limpia para investigar asociaciones con BSO es comparar las mujeres que tenían histerectomía simple con aquellas que tuvieron una histerectomía y BSO. Sin embargo, en este análisis de la cohorte de CPS-II, los autores decidieron no utilizar ninguna cirugía como el grupo de referencia para el análisis primario. La ventaja de este enfoque es que uno puede aislar mejor los efectos de la histerectomía simple. Sin embargo, hay varias desventajas de este enfoque. En primer lugar, como señalaron los autores, puede haber errores de clasificación de extensión de la cirugía en términos de si una BSO se hizo o no, lo que podría sesgar los resultados. En segundo lugar, como se ha visto en otros estudios, las mujeres que se someten a histerectomía (con o sin BSO) son tan diversas como las del grupo que no se somete a la cirugía. Por ejemplo, en la cohorte de CPS-II, en comparación con las mujeres que tuvieron una histerectomía (con o sin BSO), las mujeres que no se someten a cirugía tendían a ser más educadas, tenían menor índice de masa corpo-

ral, y era menos probable que hubieran utilizado hormonas para la terapia de la menopausia, bebieran alcohol o se hubieran hecho una mamografía en los últimos dos años. Estos desequilibrios pueden llevar a confusión residual, incluso con modelos multivariados.

El hallazgo de que la histerectomía (con o sin BSO) se ha asociado con una disminución del riesgo de cáncer de mama se ha visto en otros estudios. El descubrimiento de que la histerectomía sin BSO se asocia con un mayor riesgo de cáncer de ovario puede ser debido a la confusión residual dados los desequilibrios entre los grupos y que las indicaciones para la cirugía pélvica, tales como la endometriosis, pueden estar relacionadas con factores de riesgo de cáncer de ovario. De hecho, otros estudios han demostrado que la ligadura de trompas se asocia con una disminución del riesgo de cáncer de ovario, por lo que la interrupción de la fuente de sangre de ovario, tal como ocurriría con una histerectomía, no debe ser relacionada con un mayor riesgo de cáncer de ovario. No hay razones biológicas claras por las que una histerectomía con la BSO (especialmente des-

pués de los 45 años) se asocie con un mayor riesgo de melanoma, ni por qué una histerectomía simple estaría asociada con un mayor riesgo de cáncer de páncreas. Estos hallazgos pueden deberse a la casualidad o, de nuevo, a los desequilibrios entre el grupo de quienes fueron incompletamente controladas.

En resumen, el hallazgo de un menor riesgo de cáncer de mama con la histerectomía con o sin BSO se ha informado antes y ahora está confirmado en la cohorte de CPS-II. Como señalaron los autores, la histerectomía simple puede alterar la función ovárica y, por consiguiente, los niveles de esteroides sexuales. Los hallazgos sobre el cáncer de páncreas y melanoma deben ser confirmados en otros estudios.

Wendy Y. Chen, MD, MPH
Breast Oncology Center,
Dana Farber Cancer Institute
Channing Laboratory,
Brigham and Women's Hospital
Assistant Professor, Department of Medicine
Harvard Medical School
Boston, MA