

Nota del editor. Este es el resumen del artículo publicado en LANCET, 29 de Agosto del 2019 y que generó de inmediato rechazo y posiciones de la IMS, NAMS Y ASOMENOPAUSIA, las cuales se publican a continuación

Tipo y momento de la terapia hormonal de la menopausia y el riesgo de cáncer de mama: meta-análisis de participantes individuales de la evidencia epidemiológica mundial

GRUPO DE COLABORACIÓN SOBRE FACTORES HORMONALES EN EL CÁNCER DE MAMA

Resumen

Antecedentes. Hallazgos publicados sobre el riesgo de cáncer de mama asociado con diferentes tipos de terapia hormonal menopáusica (THM) son inconsistentes, con información limitada sobre los efectos a largo plazo. Reunimos la evidencia epidemiológica, publicada y no publicada, sobre estas asociaciones, y se revisó la evidencia aleatoria relevante.

Métodos. Los análisis principales utilizaron datos de participantes individuales de todos los estudios prospectivos elegibles que habían buscado información sobre el tipo y el momento del uso de THM; los análisis principales son de individuos con información completa sobre esta. Los estudios se identificaron buscando en muchas fuentes formales e informales regularmente desde el 1 de enero de 1992 hasta el 1 de enero de 2018.

Las usuarias actuales se incluyeron hasta 5 años (media 1, 4 años) después del último uso de THM informado. Se determinó regresión logística producida por razones de riesgo ajustadas (RR) en que se comparan grupos particulares de usuarias de THM versus nunca usuarias.

Hallazgos. Durante el seguimiento prospectivo, 108.647 mujeres posmenopáusicas desarrollaron cáncer de mama a la edad promedio de 65 años (DE 7); 55.575 (51%) habían usado THM. Entre las mujeres con información completa, la duración media de la THM fue de 10 años (DE 6) en usuarias actuales y 7 años (DE 6) en usuarias anteriores, y la edad media fue de

50 años (DE 5) en la menopausia y 50 años (DE 6) al comienzo de THM.

Todos los tipos de THM, excepto los estrógenos vaginales, se asociaron con un exceso de riesgos de cáncer de mama, que aumentaron de manera constante con la duración del uso y fueron mayores para preparaciones de estrógeno-progestágeno que para las de estrógeno solo. Entre las usuarias actuales, estos riesgos excesivos fueron definitivos, incluso durante los años 1-4, estrógeno-progestágeno RR, 1.60, IC 95% 1.52-1.69; solo con estrógenos RR, 1.17, 1.10-1.26, y fueron dos veces mayores durante los años 5-14 (estrógeno-progestágeno RR, 2.08, IC 2.02-2.15; RR solo con estrógenos RR, 1.33, IC 1.28-1.37). Los riesgos de estrógeno-progestágeno durante los años 5-14 fueron mayores con el uso diario de progestágenos que con uso menos frecuente (RR 2.30, IC 2.21-2.40 vs 1.93, IC 1.84-2.01; heterogeneidad $p < 0.0001$). Para una preparación dada, los RR durante los años 5-14 de uso actual fueron mucho mayores para los tumores positivos para receptores de estrógenos que para los tumores negativos para receptores de estrógenos. Los riesgos fueron similares para las mujeres que comienzan THM a las edades de 40-44, 45-49, 50-54 y 55-59 años, y se atenuaron al comenzar después de los 60 años o por adiposidad (con poco riesgo de THM con estrógenos solos en mujeres obesas). Después de cesar la THM, persistió un cierto exceso de riesgo por más de 10 años; su magnitud dependía de la duración del uso anterior, con poco exceso después de menos de un año de uso de THM.

Interpretación. Si estas asociaciones son en gran medida causales, entonces para las mujeres de peso promedio en los países desarrollados, 5 años de THM, a partir de los 50 años, aumentarían la incidencia de cáncer de mama entre los 50 y 69 años en aproximadamente una de cada 50 usuarias de estrógenos más preparaciones diarias de progestágenos; una de cada 70 usuarias de estrógeno más preparaciones intermitentes de progestágenos, y una de cada 200

usuarias de preparaciones solo de estrógenos. Los excesos correspondientes a partir de 10 años de THM serían aproximadamente el doble.

Financiación de Cancer Research UK y el Medical Research Council.

Published Online August 29, 2019
[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31709-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31709-X)