

En contrast, Risch y Howe, usando un diseño de cohorte tipo record linkage, informaron de una asociación significativa entre el riesgo de cáncer mamario y la TES en 32.000 mujeres de Saskatchewan (RR 1.33; I.C. 95% 1.11-1.59; $p=0.0019$); sin embargo, estos autores no intentaron controlar para otros factores de riesgo asociados con cáncer mamario distintos a la edad. En el reanálisis de datos a partir de 51 estudios, los autores informaron de un aumento significativo en el riesgo relativo de cáncer de mama con el uso en algún momento de TES (RR<1.14; $2P=0.00001$); el 12% de las usuarias de hormonas había estado expuesto a gestágenos. La heterogeneidad entre estudios no fue significativa ($\chi^2 26.3$; $P=0.20$), y los I.C. 99% incluían a la unidad en todos menos uno de los estudios presentados. El RR de cáncer mamario no estaba aumentado en usuarias antiguas de TES (1.07; $P=0.10$). Estos autores informaron también de una tendencia significativa a incrementar el RR de cáncer mamario con la duración sostenida entre las usuarias en algún momento ($\chi^2 8.7$; $P=0.003$),

aunque el aumento no fue lineal y sólo apareció evidente tras 15 años de uso. Los datos sobre constituyentes de los preparados hormonales utilizados fueron considerados insuficientes para permitir conclusiones fiables sobre sus efectos en el riesgo de cáncer mamario. Aunque este estudio consideró los muchos factores de confusión evidentes en los intentos previos para investigar los efectos de TES/THS sobre el cáncer mamario, el potencial de los sesgos de detección a causa de las diferentes tasas de mamografía entre la población de estudio no pueden dejar de ser considerados. Esto se apoya en los hallazgos sobre un riesgo más alto de tumores localizados, frente a metastásicos, en las usuarias a largo plazo.

Incluso con la mejora de metodología en los análisis más recientes, el consenso sobre asociación entre TES y cáncer de mama sigue sin alcanzarse. Parece que los beneficios globales de la TES sobrepasan los potenciales riesgos en la mayoría de las mujeres postmenopáusicas.

TRABAJOS PRESENTADOS EN EL II CONGRESO LATINOAMERICANO DE CLIMATERIO Y MENOPAUSIA, SAO PAULO - BRASIL, OCTUBRE DE 1998

TAMOXIFENO Y HORMONOTERAPIA DE REEMPLAZO: MODIFICACIONES SONOGRAFICAS ENDOMETRIALES Y EN ARTERIA UTERINA. (Informe preliminar)

Dra. Royer, Monique; Dr. Damasco, Rubén; Prof. Dr. Siseles, Néstor O.; Prof. Dr. Tempone, Antonio y Prof. Dr. Contreras Ortiz, Oscar. Sección Climaterio. División Ginecología. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. U.B.A.

Se evaluó la acción del Tamoxifeno (Tx) sobre el endometrio y la reactividad de la arteria uterina y se lo comparó con los cambios observados bajo Hormonoterapia de Reemplazo (HTR). A 29 mujeres menopáusicas sanas se las dividió en 2 grupos de pacientes, y se las valoró antes de iniciar y a los 60 días del tratamiento. El grupo 1 recibió HTR y el grupo 2 Tx. En ambos grupos se evaluó el grosor endometrial y el Índice de Resistencia (IR) a través de ultrasonografía pre e

intratamiento. En el grupo bajo HTR el grosor endometrial incrementó de 2,87 mm. A 5,35 a los 60 días del tratamiento ($p<0,001$). En el grupo con Tx el grosor osciló de 2,47 mm a 5,19 mm. Intratamiento ($p<0,005$). El IR en el grupo bajo HTR fue de 0,89 y el intratamiento fue 0,81 ($p<0,001$), mientras que en el grupo con Tx disminuyó de 0,92 a 0,8 ($p<NS$), lo que sugiere una acción similar, pero menos intensa que el estrógeno a nivel vascular.

EFEECTO VASCULAR MEDIADO POR ESTROGENO PERCUTANEO. EVALUACION MEDIANTE DOPPLER DE ARTERIA CAROTIDA Y UTERINA.

Figuerola Casas P*, Urthiague E, Palermo M., Delgado E., Mural J., Martino M., R. Vidal D.**
*Htal. Roque Sáenz Peña, Rosario, ** Htal. Posadas, Buenos Aires. Arcos 2626 Cap. Fed. (1428).
Tel./Fax: 54.1.781.5009 - 273 Argentina.

Objetivo: Evaluar el efecto de la Terapia Estrogénica de Reemplazo Percutánea (TERP) con 17 β estradiol en pacientes postmenopáusicas sanas (pp) sobre el tono vascular, por ultrasonografía doppler pulsada (UDP) en arteria carótida interna y uterina.

Material y Método: 52 pp. ambulatorias asistidas en 2 centros ingresaron a un estudio prospectivo, doble ciego, cruzado con TERP vs placebo. Características de las pp: edad media 51 ± 4.1 años (r 41-57), no histerectomizadas, con menopausia 1-10 años. Rama A: TERP, Rama B: placebo, ambos

por 3 meses. Luego de un mes de descanso, se produjo el cruzamiento de A y B. Todas las pp efectuaron una prueba previa con TERP a fin de establecer la dosis necesaria (1.5 ó 2.25 mg) para lograr niveles de estradiol plasmático (E2) ³ de 60 pg/ml. En todas las pp se midieron los índices IP, P y S/D en carótida interna y uterina por UDP y el E2, a su ingreso, a los 90 días, previo al cruzamiento y a los 210 días. El análisis estadístico se efectuó por test de Mann-Whitney.

Resultados: 47/52 pp (90%) fueron evaluables (A: 24; B: 23). El Índice P de la arteria uterina registró un descenso de

0.06 (SD 0.14) durante la administración de TERP y un incremento de 0.06 (SD 0.15) con placebo (p: 0.012). Los otros índices no alcanzaron niveles de significación con niveles de E_2 ³ de 60 pg/ml. En carótida interna, sólo el subgrupo de pacientes con E_2 ³ de 180 pg/ml (15/47) registró descenso significativo de todos los índices.

Conclusiones: 1) La TERP ejerció efecto vasodilatador directo sobre la arteria uterina con niveles de E_2 ³ 60 pg/ml. 2) El mismo efecto sobre la arteria carótida interna requirió niveles 3 veces mayores.

LA PERCEPCION DEL CLIMATERIO, LA MENOPAUSIA Y DE LA TERAPIA HORMONAL EN MUJERES EN UN GRUPO SOCIAL MEDIO ALTO DE LA PAZ-BOLIVIA

Ocampo de Ruiz Sonia, Instituto de Salud Corporal
Av. Muñoz Reyes No. 100. La Paz - Bolivia. Fono: 799733

Se realizó un estudio descriptivo en el que un total de 90 mujeres aparentemente sanas que asistieron a un curso de información sobre el cuidado de la salud en el climaterio y menopausia respondieron a una encuesta estructurada sobre la menopausia y su tratamiento. La edad varía de 25 a 80 años. En cuanto a la definición correcta de menopausia, la mayoría de las respuestas acertadas corresponde a las mujeres de mayor nivel de educación. En relación a los efectos de la menopausia, la mayoría reconocen que la menopausia provoca trastornos emocionales y afecta a los huesos, el tercer efecto son los sofocos y una proporción menor considerada que afecta al corazón. Los principales efectos benéficos del tratamiento se relaciona a mejoría de sofocos y estado de

ánimo. Los principales riesgos asociados a la terapia son el aumento de peso, cáncer de mama y de útero. De 44 mujeres menopáusicas que consultaron 25 no recibieron ningún tipo de tratamiento. Sólo 8 mujeres que iniciaron la terapia la continuaron por más de 2 años.

El desconocimiento de los beneficios de la hormonoterapia a nivel preventivo aún en los grupos de mayor nivel educacional es alto. Se observa que el 64% de las mujeres que consultan por menopausia no recibe indicación para cualquier tipo de terapia para la menopausia. Este es uno de los hallazgos más significativos del presente estudio. El 9% mantuvo el tratamiento por más de 2 años.

HRT AND BREAST CANCER: AN HISTORICAL PERSPECTIVE

Creasman, William T.
Medical University of South Carolina
Dept OB/GYN, Med Univ of SC, 171 Ashely Ave, Charletons, SC 29425 USA (tel) 803-792-4509 (fax) 803-792-9533

The possibility that estrogen replacement therapy (ERT) may play a role in the development of breast cancer has been explored, but it has been difficult to substantiate an association. Much of the available data comes from studies complicated by methodologic problems. This has caused many respected investigators to formulate dramatically different conclusions. Meta-analyses have not provided clear answers either: relative risk (RR) values close to unity were found in a number of meta-analyses, and heterogeneity of the original studies made comparisons between studies difficult. Schairer et al conducted a prospective study of 49,017 participants in the Breast Cancer Detection and Demonstrative Project and reported an RR for breast cancer of 1.0 (95% CI: 0.9-1.2) for those who used ERT and a RR for breast cancer of 1.2 (95% CI: 1.0-1.6) for those who used HRT with estrogen plus progestogen compared with those who used no hormones; this lack of association was maintained when the duration of ERT use was taken into account. Data from the Nurses' Health Study, a prospective cohort study of more than 69,000 post-

menopausal women, indicated a significant RR of 1.46 (95% CI: 1.22-1.74) for invasive breast cancer for women who were currently using ERT and had used it for more than 5 years; women over age 55 were at greater risk. Risch and Howe, using a record-linkage cohort design with more than 32,000 women, reported a significant association between breast cancer risk and unopposed estrogen intake (RR 1.33; 95% CI: 1.11-1.59; P=0.0019); however, these authors made no attempt to control for risk factors associated with breast cancer other than age. In a reanalysis of data from 51 studies, members of the Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer reported a significant increase in the RR of breast cancer with ever-use of hormone replacement therapy (HRT) (RR 1.14 [SE = 0.03]; 2p=0.00001); 12% of the hormone users had been exposed to progestins. Even with improved methods in more recent analyses, consensus on the association between ERT and breast cancer remains elusive. It appears that the overall benefits of ERT outweigh the potential risks for the majority of postmenopausal women.