



Progesterona Micronizada, Progestagenos y Terapia Hormonal de la Menopausia.

Hipólito Rodrigues MA, Gompel A.

*Department of Gynecology and Obstetrics, Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil.
Department of Gynecology, Université Paris Descartes, Paris, France 12-09-2020*

COMENTARIOS FLASCYM

Nº11. Noviembre 2020

Dra. Greta Solis

Profesora Ginecología y Obstetricia: Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Fellow en Ginecología General: Memorial University, St John Newfoundland, Canada
Experta Latinoamericana en Climaterio y Menopausia.
Maestra Latinoamericana en Endocrinología Ginecológica
Fellow American College de Obst & Gyn (FACOG)



Resumen

El tratamiento con estrógenos solos en mujeres sin útero o en combinación con progestágenos (PG) en mujeres con útero es el tratamiento más eficaz para los síntomas vasomotores en el período peri o posmenopáusico. Sin embargo, los PG se diferencian por sus actividades biológicas y es probable que no todos los PG muestren un efecto de clase. El tipo de PG es importante en cuanto a tolerancia y riesgo cardiovascular y de cáncer de mama.

Algunos estudios indican que la progesterona micronizada (P) es más segura que los PG sintéticos con un perfil metabólico aceptable. Para ello, realizamos una revisión narrativa sobre el equilibrio entre beneficio / riesgo utilizando P versus PG en la terapia hormonal de la menopausia (MHT) para ayudar al médico a elegir los mejores regímenes, específicamente el componente PG de la terapia hormonal, para mujeres con síntomas menopáusicos molestos y con útero.

Este estudio es un metaanálisis acerca del uso de las progestinas en la Terapia hormonal de la menopausia en mujeres con útero.

La THM combinada incluye estrógeno y progestágeno, que se toman por separado o en una misma preparación. El progestágeno disminuye el riesgo de cáncer en el útero, ya que recibir una dosis de estrógeno sin oposición puede aumentar ese riesgo. El progestágeno puede expresarse como progestina, una forma sintética de la hormona, o progesterona, derivada de fuentes naturales. Todos estos compuestos, con diferentes dosis y vías de administración, pueden tener múltiples beneficios, pero pueden tener diferentes perfiles de riesgo.

Precisamente las recomendaciones de individualizar la terapia se refieren a conocer en profundidad las características de cada opción, para proponer la que más beneficie al caso individual.

Estudios observacionales demuestran que la THM transdérmica sistémica no aumenta el riesgo de eventos tromboembólicos o accidente vasculares encefálicos en la población general. El estudio WHI demostró que una progestina en particular, la MPA, juega un papel esencial para la protección endometrial, pero tiene efectos negativos sobre el riesgo cardiovascular y aumenta la incidencia de cáncer de mama. Otras progestinas, como la progesterona natural, pueden ser neutros sobre la incidencia del cáncer de mama y el riesgo cardiovascular.

La elección de progestina es fundamental, ya que los efectos colaterales y la intolerancia a ellas son una de las principales causas de la interrupción de la THM. Una historia personal de depresión, presencia de diabetes o síndrome metabólico, hacen recomendable evitar el uso de algunas progestinas o el uso de progestinas sistémicas, en favor del uso de progesterona micronizada, dihidroprogesterona u otra progestina sintética que han mostrado mejor seguridad.

Si se usan estrógenos en mujeres mayores de 65 años, se recomienda el uso de la vía transdérmica para su administración. Con la excepción de MPA,

la elección de otras progestinas no parece tener impacto sobre riesgos trombóticos y se basa en los efectos sobre los diversos receptores esteroidales, que caracterizan a cada una de ellas. Por regla general se recomienda la progesterona micronizada continua oral o vaginal, para la mayoría de los casos. El uso de progestina debe evaluarse cuidadosamente prefiriendo aquellas más similares a la natural, como la progesterona micronizada continua oral o vaginal.

Cáncer de mama. Los estudios observacionales europeos muestran que la administración de estradiol solo o en asociación con progesterona micronizada o dihidroprogesterona no se asocia con un aumento significativo en el riesgo de cáncer de mama, como con otras progestinas sintéticas. No hay diferencia entre el uso de estrógenos orales versus transdérmicos.

Cáncer endometrial. La ERT sin oposición induce una estimulación endometrial relacionada con la dosis con un mayor riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio, mientras que el E+P reduce el riesgo de carcinoma endometrial.

Osteoporosis. Se ha demostrado que la THM reduce significativamente el riesgo de fracturas de cadera, vertebrales y otras relacionadas con la osteoporosis en mujeres postmenopáusicas. Incluso las dosis más bajas de THM pueden reducir el recambio óseo y prevenir la disminución de la densidad mineral ósea y preservar la arquitectura y densidad mineral ósea hasta dos años después de suspendida.

Enfermedad cardiovascular. La selección del paciente y el inicio precoz de la THM son esenciales para determinar los efectos neutros o positivos de las hormonas en el sistema cardiovascular. La THM disminuye el riesgo de diabetes y ejerce beneficios adicionales sobre otros factores de riesgo cardiovascular, como el perfil lipídico, la presión arterial, el peso corporal y la distribución de grasa corporal y el síndrome metabólico.

Podríamos concluir señalando que la progesterona natural es la más indicada a usar en THM en mujeres con útero.

REFERENCIAS

Menopausia y THM. Guías Clínicas. Rev Chil Obstet Ginecol 2018. Norman RJ, Flight IHK, Rees MCP. Terapia de reemplazo hormonal con estrógenos y progestágenos para mujeres perimenopáusicas y posmenopáusicas. Publicado: Cochrane 18 octubre 2006. Vermeulen RFM. Climacteric. 2017; 20(3):212-221. Stute, P., J. Neulen, and L. Wildt. 2016. The impact of micronized progesterone on the endometrium: A systematic review. Climacteric 19:316–28. doi:10.1080/13697137.2016.1187123.