

Título: Traducción y comentarios sobre el artículo “Menopausal Symptom Management in Patients After Risk-reducing Oophorectomy”

Manejo de los síntomas menopáusicos en pacientes tras ooforectomía reductora de riesgo

Nombre revisor: Fiamma García Sánchez - Hospital General de Villalba.

1. - Artículo Original:

Kaunitz, A. M., Reese, C., & Pinkerton, J. V. (2025). Menopausal symptom management in patients after risk-reducing oophorectomy. *Obstetrics & Gynecology*, 146(2), 223–232.

<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000005907>

2.- Resumen del Artículo:

Las mujeres portadoras de mutaciones en BRCA1 y BRCA2 presentan un riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama y ovario. Para disminuir dicha probabilidad, la salpingooforectomía bilateral reductora de riesgo (BSO) constituye la estrategia más eficaz. Sin embargo, esta cirugía provoca una menopausia quirúrgica temprana, caracterizada por síntomas más intensos que la menopausia natural y por un incremento en riesgos de salud a largo plazo, como osteoporosis, enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo y mortalidad global.

La terapia hormonal menopáusica (THM) ha demostrado mejorar de manera significativa la calidad de vida de estas pacientes y, cuando se inicia antes de los 45 años, no aumenta el riesgo de cáncer de mama. Incluso, la evidencia sugiere que la terapia exclusiva con estrógenos podría reducirlo. Para aquellas mujeres que no pueden o no desean utilizar hormonas, existen alternativas farmacológicas y no farmacológicas con eficacia comprobada, aunque sin los beneficios adicionales de la THM en salud ósea y cardiovascular.

El manejo integral debe incluir también la atención a la disfunción sexual y al síndrome genitourinario de la menopausia, que afectan de forma notable a este grupo. Finalmente, los autores resaltan la importancia de la toma de decisiones compartida, la consideración de factores raciales y sociales, y la necesidad de ampliar la investigación en poblaciones

2.1 Introducción:

La identificación de mutaciones genéticas asociadas a cáncer de mama y ovario, en particular BRCA1 y BRCA2, ha permitido desarrollar estrategias de prevención dirigidas. Las mujeres portadoras enfrentan una decisión difícil: someterse a una cirugía preventiva capaz de salvarles la vida, pero que conlleva la aparición abrupta de síntomas y complicaciones derivados de la menopausia precoz.

La BSO reduce de manera muy significativa la incidencia de cáncer de ovario, de trompas y peritoneal, y se recomienda entre los 35 y 40 años en portadoras de BRCA1 y entre los 40 y 45 en portadoras de BRCA2. Sin embargo, la menopausia quirúrgica implica una caída brusca de los niveles de estrógenos y una sintomatología más severa que la menopausia

natural: sofocos, alteraciones del sueño, depresión, disfunción sexual y reducción en la calidad de vida. Además, aumenta el riesgo de complicaciones a largo plazo como enfermedad cardiovascular, osteoporosis, deterioro cognitivo o parkinsonismo.

La THM constituye la intervención más eficaz para paliar estos efectos, pero persisten dudas sobre su seguridad oncológica, especialmente en un grupo ya predisposto a cáncer de mama. El artículo revisa la evidencia actual con el fin de orientar el manejo clínico de estas pacientes.

2.2 Metodología

Se trata de una revisión narrativa basada en estudios observacionales, cohortes, ensayos clínicos y guías internacionales. El análisis se centra en cuatro grandes ejes:

1. La seguridad y eficacia de la THM sistémica en portadoras BRCA sometidas a BSO.
2. La utilidad de alternativas no hormonales para los síntomas vasomotores.
3. El abordaje del síndrome genitourinario de la menopausia y de la disfunción sexual.
4. La influencia de factores como la edad al momento de la cirugía, el tipo de terapia utilizada y las desigualdades raciales o sociales en los resultados clínicos.

2.3 Resultados

Terapia hormonal y riesgo de cáncer de mama

Los estudios revisados coinciden en que la THM no aumenta el riesgo de cáncer de mama en mujeres portadoras de BRCA que se han sometido a BSO antes de los 45 años. Al contrario, en algunos análisis el uso de estrógeno solo se asoció con una reducción superior al 50% en la incidencia de cáncer de mama, mientras que la combinación con progestágenos (necesaria en mujeres con útero) mostró peores resultados.

Más allá del riesgo oncológico, la THM aporta beneficios adicionales: disminuye los sofocos y síntomas menopáusicos, previene la pérdida de masa ósea y reduce la probabilidad de enfermedad cardiovascular, deterioro cognitivo y mortalidad prematura.

Alternativas no hormonales

Para aquellas mujeres que no pueden o no desean recibir hormonas, se han desarrollado opciones seguras y eficaces. Entre las más relevantes se encuentran la paroxetina en dosis bajas (7,5 mg) y el fezolinetant (45 mg), recientemente aprobado como antagonista del receptor neuroquinina 3. Ambas reducen de manera significativa la frecuencia e intensidad de los sofocos. Otras alternativas son los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y noradrenalina, la gabapentina, la oxybutinina y las intervenciones no farmacológicas como la terapia cognitivo-conductual o la hipnosis clínica.

No obstante, estas opciones alivian los síntomas vasomotores pero no confieren los beneficios sistémicos de la THM sobre hueso, corazón y cerebro.

Disfunción sexual y síndrome genitourinario de la menopausia

Tras una BSO, la prevalencia de disfunción sexual es muy elevada (74%) en comparación con la menopausia natural. Los síntomas incluyen sequedad vaginal, dispareunia, disminución del deseo y dificultad para la excitación y el orgasmo.

El abordaje inicial puede realizarse con lubricantes y humectantes vaginales. Cuando estos son insuficientes, los estrógenos locales en bajas dosis han demostrado ser seguros incluso en mujeres con alto riesgo oncológico, ya que no aumentan los niveles sistémicos de estrógenos. Otras alternativas son la prasterona (DHEA vaginal), el ospemifeno (modulador selectivo de receptores estrogénicos) y, en algunos casos, la testosterona transdérmica en dosis bajas, que ha mostrado eficacia en mujeres con deseo sexual hipoactivo.

En contraste, el uso de láser de CO₂ para regeneración vaginal no ha demostrado beneficios claros y no se recomienda en la práctica clínica actual.

3.- Comentario:

El conjunto de la evidencia sugiere que la THM debe considerarse de manera activa en mujeres BRCA sometidas a BSO antes de los 45 años, ya que mejora su calidad de vida y reduce riesgos de salud sin incrementar el cáncer de mama. El tipo de tratamiento es relevante: el estrógeno solo

parece más seguro que la combinación con progestágeno, lo que lleva a algunos expertos a recomendar la histerectomía junto con la BSO para evitar la necesidad de añadir progesterona.

Existen también importantes desigualdades raciales y sociales: las mujeres negras, por ejemplo, se someten más a menudo a menopausia quirúrgica y, al mismo tiempo, reciben menos prescripciones de THM, lo que incrementa su riesgo de complicaciones a largo plazo.

La disfunción sexual y el síndrome genitourinario son áreas críticas que con frecuencia se subestiman, a pesar de su gran impacto en la calidad de vida. Los tratamientos locales y el uso prudente de testosterona ofrecen alternativas prometedoras, pero requieren mayor investigación.

En conclusión, el manejo de estas pacientes debe basarse en un modelo de decisión compartida, que incorpore la evidencia científica, las preferencias de la mujer y su perfil de riesgo individual. Asimismo, se subraya la necesidad de ampliar la investigación en mutaciones distintas a BRCA1/2 y en poblaciones que históricamente han estado subrepresentadas en los ensayos clínicos.