



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid

Jornada multidisciplinar de Actualización en Anticoncepción

26 de mayo de 2015



Servicio de
ginecología-obstetricia

Hospital Universitario Infanta Elena

Inscripción: ginecologia.hie@idcsalud.es

ANTICONCEPCIÓN EN FORMACIONES OVÁRICAS Y ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA



María Bordés Infantes

FORMACIONES ANEXIALES

Las formaciones ováricas pueden presentarse en todas las edades. La prevalencia ecográfica en mujeres asintomáticas de 25 a 40 años oscila entre 7- 8%, siendo de ellas quistes funcionales en un 6,6%.

El diagnóstico diferencial entre benignidad y malignidad se establece inicialmente con ecografía transvaginal. Tras un estudio multicéntrico se vió que el 90% de las masas extrauterinas podría clasificarse correctamente por ecografía, y solo un 10%, eran inclasificables por dicha técnica. Éstas se trataban de tumores borderline, cistoadenofibromas papilares, struma ovari y miomas.

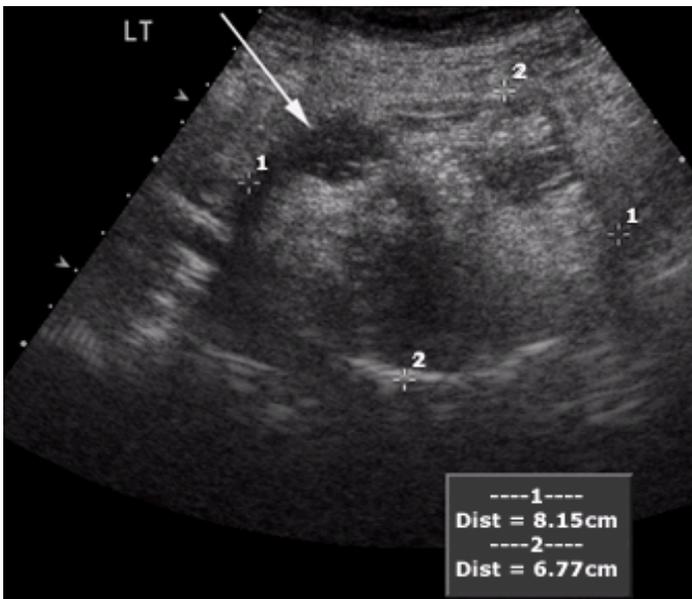
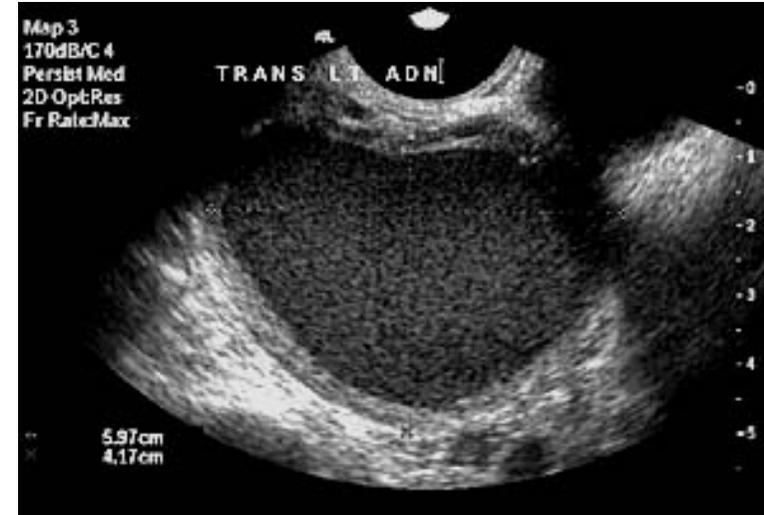
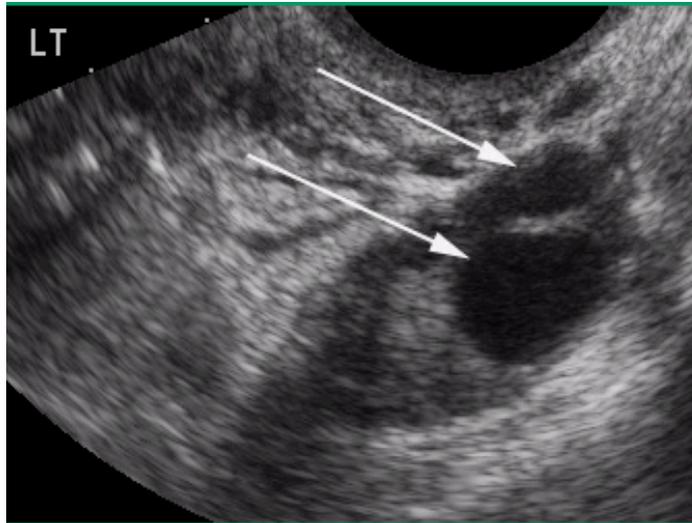
La prevalencia de cáncer ovárico es de 2-3 % de todas los cánceres de la mujer. Es más frecuente en países desarrollados, siendo la incidencia de 10/100.000 por año.

FORMACIONES ANEXIALES

Según los hallazgos ecográficos dividimos a las formaciones ováricas en:

CRITERIOS	BENIGNIDAD	MALIGNIDAD
Tamaño	< 10 cm	>10 cm
Ecogenicidad	Anecoica, ecomixta	Hiperecogénica, sólida
Pared	Fina < 3mm	Gruesa >3mm
Septo/tabique	Uniloculares y <3mm	Multiloculares y >3mm
Papila	No o <10mm	Sí o > 10mm
Vascularización	Periférica (no excluye)	Central

FORMACIONES ANEXIALES



FORMACIONES ANEXIALES BENIGNAS

Las mujeres con quistes benignos entre **3-5 cm**, no requieren seguimiento, ya que la mayoría corresponden a quistes funcionales que se resuelven espontáneamente en 3 ciclos menstruales.

Las tumoraciones entre **5-10 cm** de tamaño con criterios de benignidad, que no son subsidiarios de cirugía, se podrían controlar con ecografías seriadas. Este punto de corte se establece porque tras estudios observacionales se ha encontrado que las masas benignas suelen tener menos de 10cm de tamaño, no siendo así para las malignas (>10 cm).

Clásicamente se trataba con anticonceptivos hormonales a dichas formaciones funcionales, si bien se ha demostrado que **NO** existe una resolución más precoz con su uso.

FORMACIONES ANEXIALES BENIGNAS

Solo se pautará anticonceptivos hormonales, con el fin de reducir posible sintomatología asociada (dismenorrea, alteraciones menstruales...).

	ACO	AIC	P/A	AOPS	AMPD	IMPLANTE/ LNG	DIU-CU	DIU- LNG
NIVEL SEGURIDAD	1	1	1	1	1	1	1	1

CÁNCER DE OVARIO

El papel protector de los anticonceptivos hormonales combinados sobre el cáncer de ovario se ha venido señalando desde los años 70, pero se ha confirmado recientemente en un metaanálisis publicado en 2008, donde se ha visto el papel etiopatogénico de las células müllerianas.

Mecanismos implicados en la protección: los AHC inhiben la ovulación, previniendo la invaginación de células de los conductos müllerianos, regulando la expresión de los genes HOX, o interfiriendo en la transformación del endometrio y el epitelio tubárico, disminuyendo el riesgo de diseminación de células derivadas de los conductos de Müller.

Estudios recientes demuestran que el efecto protector disminuye lentamente 10 años después del cese de los AHC, pero se mantiene durante más de 20 ó 30 años después y está relacionado con la duración del uso del método.

CÁNCER DE OVARIO

El metaanálisis de 2008, confirmó una reducción del riesgo menor en adenocarcinoma mucinoso (12%), frente al resto de tipos histológicos como el seroso y endometrioides ($\geq 20\%$).

En cuanto a los tumores borderline, más frecuente en edades tempranas, existe aún controversia en cuanto a la protección.

En portadoras de mutaciones para los genes BRCA, también se ha demostrado una reducción significativa del riesgo de desarrollar cáncer de ovario, tanto para BRCA 1 como 2.

Para los gestágenos, la protección es similar entre todos los tipos histológicos (a excepción de mucinosos) y superponible a los combinados.

CÁNCER DE OVARIO

- Durante la enfermedad es una contraindicación absoluta.
- Cuando existe una cirugía conservadora y la mujer está libre de enfermedad, los anticonceptivos orales serían una forma apropiada de anticoncepción.

OVARIO	ACO	AIC	P/A	AOPS	AMPD	IMPLANTE/ LNG	DIU-CU	DIU- LNG
NIVEL SEGURIDAD	1	1	1	1	1	1	I: 3 C: 2	I: 3 C: 2

CÁNCER DE MAMA

El cáncer de mama es la segunda causa de mortalidad en mujeres después del cáncer de pulmón y su incidencia se estima en 110/100.000 mujeres por año.

Mecanismos implicados: los datos experimentales demuestran que los estrógenos tienen un efecto proliferativo en el tejido mamario, y por tanto pueden contribuir al desarrollo y crecimiento del cáncer de mama.

El papel de los gestágenos es aún controvertido, pero los estudios más recientes apuntan a que pueden tener un efecto proliferativo a nivel de las células basales y mioepiteliales.

La edad del primer embarazo a término, se considera un **factor protector**, debido a que cuanto más temprano sea, antes se produce la diferenciación del tejido mamario, protegiendo así frente a la carcinogénesis.

Así los anticonceptivos hormonales, van a actuar de diferente modo, en función del momento de su uso y estado del tejido mamario.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

El efecto protector de los anticonceptivos hormonales se conoce desde 1979.

Mecanismos implicados: Los anticonceptivos hormonales disminuyen la proliferación endometrial, favorecen la decidualización del endometrio, provocan cambios en la relación glándulo-estromal, y producen cambios arquitecturales que en buena medida dependen del tipo de gestágeno y de su potencia, siendo los responsables de la disminución del riesgo de cáncer de endometrio.

Hay distintos estudios que evalúan el efecto protector de los gestágenos solos en función de la dosis. La última actualización del Cancer and Steroid Hormone Study (CASH) , observó reducción de riesgo de cáncer de endometrio tanto para bajas como altas dosis, con la excepción de en mujeres con IMC > 22-23, en las que sólo presentaban efecto protector las altas dosis.

CÁNCER DE ENDOMETRIO

Dicho efecto protector aumenta con los años de uso y se prolonga hasta 15-20 años tras su abandono.

Aunque todavía no existen estudios sobre la reducción de cáncer endometrial en la población general con el uso del Mirena®, varios estudios recientes han demostrado su eficacia en el tratamiento de la hiperplasia endometrial (incluida la compleja con atipias) y en la protección de los cambios endometriales producidos por el TMX.

ENDOMETRIO	ACO	AIC	P/A	AOPS	AMPD	IMPLANTE / LNG	DIU-CU	DIU-LNG
NIVEL SEGURIDAD	1	1	1	1	1	1	I: 4 C: 2	I: 4 C: 2

CÁNCER DE CERVIX

Si bien tras una revisión sistemática y en 2005 la ***Internatational Agency for Research on Cancer***, confirmaban la relación entre el uso prolongado de AHC y aumento de riesgo de cáncer de cérvix, en un metaanálisis reciente del ***International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer***, se demuestra que:

- * No se encontró incremento de riesgo de cáncer de cérvix en usuarias de AHC durante un período de tiempo < 5 años.
- * El riesgo de cáncer de cérvix en usuarias de AHC aumenta con el uso prolongado > 5 años (RR 1.99)
- * El riesgo disminuye tras abandonar el método y al cabo de 10 años si iguala al resto de población.
- * A efectos prácticos se estima que el uso de AHC durante 10 años en mujeres entre 20-30 años de edad, aumenta la incidencia acumulada de cáncer de cérvix a los 50 años de 3.8 a 4.5 por 1000 en países desarrollados.
- * Los resultados provienen de poblaciones con cribados subóptimos, por lo que los resultados pueden que sean menores en cuanto a riesgos absolutos.

CÁNCER DE CERVIX

CERVIX	ACO	AIC	P/A	AOPS	AMPD	IMPLANT E/ LNG	DIU- CU	DIU- LNG
CIN	2	2	2	1	2	2	1	2
CÁNCER EN ESPERA DE TTO	2	2	2	1	2	2	I: 4 C: 2	I: 4 C: 2

Cosas que llevar a casa...

1. Los quistes menores de 5cm con criterios ecográficos de benignidad, no se han de controlar.
2. Los anticonceptivos hormonales no han demostrado una resolución más precoz de los quistes funcionales, por lo que se desaconseja su uso con este fin (nivel evidencia A).
3. Los anticonceptivos hormonales son protectores para el riesgo de cáncer de ovario. Depende dicha protección del intervalo de tiempo desde que se deja el mismo y la duración de su uso. Siendo similar el uso de combinados frente a gestágeno sólo.
4. Los anticonceptivos hormonales suponen un aumento del riesgo de cáncer de mama en función del momento de su uso y estado del tejido mamario. Siendo un papel protector , la edad temprana del primer embarazo a término. La asociación del cáncer de mama en usuarias de anticonceptivos hormonales, sin otros factores de riesgo añadidos no se ha demostrado en ningún estudio reciente.

Cosas que llevar a casa...

5. Los anticonceptivos hormonales son protectores para el riesgo de cáncer de endometrio, independientemente de la dosis de gestágenos, salvo en mujeres con $IMC > 22$, que solo serían en caso de altas dosis.
6. Las usuarias deben saber que el agente causal es el VPH para desarrollar cáncer de cérvix. Por tanto el riesgo disminuye con el uso de preservativo, el abandono del tabaco, el cribado regular y el uso de vacunación (recomendación A).
7. Las usuarias deben también saber del pequeño aumento de riesgo para cáncer de cérvix relacionado con la duración del uso de AHC y deben ser incluidas en el cribado poblacional. No obstante los beneficios derivados de la anticoncepción hormonal superan a los riesgos (recomendación B).



Hospital Universitario Infanta Elena



MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN

ESTAMOS A SU DISPOSICIÓN EN LAS EXTENSIONES

2472 - 2473 - 2229