

SOBRE A TERAPIA DE REPOSIÇÃO HORMONAL

José Carlos Menegoci*

Temos observado, ultimamente, várias discussões em relação à Terapia de Reposição Hormonal (TRH). Lembramos que ela foi introduzida por Wilson em 1966, com a intenção de minimizar as alterações induzidas pela carência estrogênica decorrente da menopausa. Anos depois, a TRH foi praticamente abandonada, por se constatar aumento nas taxas de câncer de mama e de endométrio entre suas usuárias. Nessa mesma época, o uso do dietilestilbestrol com a finalidade de se evitar abortamentos provocou o aparecimento de tumores de vagina e de testículo nos filhos das usuárias, com aumento do risco de carcinoma de mama nelas próprias.

Hoje, sabemos que a reposição hormonal deve evitar os potentes hormônios sintéticos então usados, selecionando-se apenas os hormônios naturais e em doses apropriadas. O emprego de novos hormônios sintéticos e de fatores de crescimento, indicados no tratamento de várias moléstias, exige cautela quanto ao fato de tais fármacos se constituírem em potenciais responsáveis pela ocorrência de neoplasias em humanos.

A partir da década de 80, novos estudos destacaram a utilidade da TRH, pois além da melhora dos sintomas, percebeu-se que os hormônios esteróides sexuais poderiam atuar em várias outras regiões do organismo, nas quais se identificaram receptores hormonais para androgênios, estrogênios e progestogênios. Desse momento em diante, inúmeras comunicações apontaram a influência benéfica dos estrogênios sobre o sistema nervoso central e periférico, hipotálamo e hipófise, tecido ósseo, cólon, fígado, pâncreas, adrenal, coração e grandes vasos. Ao mesmo tempo, o hipoestrogenismo da pós-menopausa passou a ser considerado uma endocrinopatia, expressa por Sitruk-Ware, em 1986: "apesar da decadência da função ovariana ser um fenômeno fisiológico inevitável, as conseqüências do declínio estroprogestativo tornam-se patológicas, justificando uma conduta preventiva".

Dessa forma, o uso da TRH reduz ou elimina os fogachos, a depressão, os fenômenos

parestésicos, as dores osteo-articulares e outros sintomas da menopausa. A ação sobre os sistemas urinário, genital, ósseo e cardiovascular procura evitar os sintomas decorrentes dos fenômenos atróficos, a osteoporose e a morte precoce por infarto do miocárdio e acidente cérebro-vascular. Estuda-se as influências dos hormônios sobre o sistema nervoso central em termos de memória, fenômenos depressivos e sobre a doença de Alzheimer. A meta da TRH é proporcionar às pacientes idosas, vida saudável, evitando perda de funções até próximo do final de suas vidas.

Os resultados parciais do estudo WHI (*Women's Health Initiative*) publicados pelo *Journal of American Medical Association* em julho de 2002, sobre a TRH e suas influências em mulheres na pós-menopausa foram intensamente divulgados pela mídia, trazendo preocupações aos médicos e pacientes. Ocorreu que num dos grupos estudados, que usou associação em dose única diária, oral de estrogênios conjugados equinos (0,625 mg) e acetato de medroxiprogesterona (2,5 mg), houve aumento do risco de câncer de mama, de infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e tromboembolismo venoso. Na verdade, este estudo ministrou a mesma associação medicamentosa a todas as pacientes, independente das particularidades de cada caso, pacientes com idade média de cerca de 63 anos, mas que incluiu pacientes de até 80 anos. Não é comum que pacientes em faixa etária tão avançada façam uso de TRH, sabendo-se também que é maior a incidência de câncer de mama e de doença cardiovascular com o aumento da idade.

É necessário ressaltar que o maior risco de câncer de mama entre usuárias de TRH já é conhecido e depende do tempo de uso dos medicamentos e, provavelmente, da associação de progesterona de forma contínua.

Os resultados do estudo estão, portanto, restritos ao regime terapêutico empregado, não invalidando outras associações medicamentosas em

Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba, v. 4, n. 1-2, p. 72-73, 2002

* Professor Titular do Depto. de Cirurgia - CCMB/PUC-SP.

outras dosagens e por outras vias.

É inegável que existem muitos benefícios proporcionados pela TRH nas suas diversas formulações. A maioria dos ginecologistas concorda em não condenar todas as formas de tratamento com base em um único estudo. Existem outros estudos que apontam benefícios nas mesmas áreas em que o estudo WHI encontrou os malefícios acima relatados.

Enfim, os fatos demonstram que a TRH deve ser individualizada para cada paciente,

dentro de suas características. Havendo controle dos sintomas e cumpridos os objetivos iniciais, a longo prazo, pode-se recorrer à hormonioterapia sistêmica com baixa dosagem de hormônios esteróides sexuais ou à terapia estrogênica tópica vaginal para reduzir a atrofia urogenital. O uso de tibolona ou de moduladores seletivos dos receptores estrogênicos como o raloxifeno, pode contribuir para manter a qualidade de vida da paciente na pós-menopausa mais avançada, visto sua mínima ação sobre o endométrio e a mama.

As opiniões expressas nesta sessão representam o ponto de vista de seus Autores e não, necessariamente, o da Revista.