

EDITORIAL

“CURETAJE MEDICO” CON PROGESTERONA. ACTUALIDAD DE UN VIEJO CONCEPTO

En 1938, Fuller Albright acuñó el término “Curetaje médico”, refiriéndose a un procedimiento sugerido por el Dr. John Browne, de Montreal, para producir “menstruaciones periódicas” en mujeres anovulatorias y prevenir el desarrollo de hiperplasias del endometrio (1). Administrando Progesterona en aceite por vía intramuscular, a razón de 5 mg diarios por 6 días, cada 6 semanas, producía cambios secretores en el tejido endometrial y la consecuente descamación como sangrado genital regular, al disminuir las concentraciones de esa hormona. Recomendaba tratar en esa forma aquellas mujeres a quienes se había practicado curetaje uterino por hemorragia disfuncional, para evitar la reaparición de hiperplasias y la necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas (1).

La idea tiene hoy plena vigencia y es de aplicación diaria en la práctica ginecológica. Tanto en pacientes en edad reproductiva con falla ovulatoria, como en postmenopáusicas que usan terapia de sustitución estrogénica, el endometrio sometido a estímulo estrogénico prolongado tiene tendencia a formar hiperplasias y a hacerse carcinomatoso con una frecuencia superior a la que corresponde a la población general (2, 4, 6, 8, 9, 11). Por el contrario, la aplicación del “curetaje médico” en este tipo de mujeres tiende a minimizar la incidencia de hiperplasias, y por consiguiente, la posibilidad de que se originen adenocarcinomas a partir de éstas (3, 10). Basados en observaciones de este tipo, Kistner y col (5) han planteado considerar al adenocarcinoma de endometrio como una enfermedad prevenible, con la inducción de ovulación o el uso cíclico de progestágenos.

Otros autores han reportado su experiencia en apoyo a la idea de Kistner. Sturdee y col (10), administrando progestágenos a menopáusicas, siguiendo diferentes esquemas de tratamiento, demostraron que la frecuencia de hiperplasias endometriales disminuye considerablemente al añadir progestágenos por 5 a 7 días cada mes, y llega a cero si estas sustan-

cias de acción hormonal se usan por 10 a 13 días. Observaron que lo importante no es solamente provocar una hemorragia de supresión a intervalos regulares, lo que no niega la existencia de endometrio patológico, sino también el tiempo de administración del progestágeno, que debe ser superior a 10 días. Gambrell (3) ha observado también el "efecto protector" del progestágeno, y apoya la tesis de que en el origen del carcinoma de endometrio existe una cadena de lesiones evolutivas que pasan a través de la hiperplasia quística, la adenomatosa, la adenomatosa atípica, hasta llegar al carcinoma, y que esta cadena puede ser interrumpida por la Progesterona y los progestágenos a nivel de cualquiera de esos tipos de hiperplasia. Lauritzen (7) también recomienda la adición de un progestágeno, como medida preventiva de riesgos de la terapéutica estrogénica postmenopáusica. La elevada incidencia de hiperplasias y cáncer endometrial en condiciones patológicas caracterizadas por acción estrogénica prolongada (4, 6), las cifras de cáncer en pacientes que toman estrógenos sin progesterona (8, 9, 11), y los hallazgos endometriales en mujeres asintomáticas bajo este tipo de terapia (2), refuerzan la idea del valor de la Progesterona y sus similares.

Sustituir la función del cuerpo amarillo con progestágenos en pacientes anovulatorias y en las que reciben terapia sustitutiva de estrógenos, administrándolos por un mínimo de 10 días, con la descamación cíclica de un endometrio secretor, es una excelente medida preventiva contra las hiperplasias del endometrio, y todo parece indicar que pueda serlo también contra el cáncer del mismo tejido. Valdría la pena ensayar masivamente esta medida profiláctica.

A 40 años de la histórica publicación de Albright, su contenido, con variaciones relativas a nuevos medicamentos, diferentes dosis y tiempo de tratamiento, es de innegable actualidad y atractivo.

Dr. Rafael Molina

- 1— ALBRIGHT F: *Metropathia hemorrhagica*. *Maine Med J* 29: 235-238, 1938.
- 2— BUCHMAN M, KRAMER E, FELDMAN G: *Aspiration curettage for asymptomatic patient receiving estrogen*. *Obstet Gynecol* 51: 339-341, 1978.
- 3— GAMBRELL R: *Metrorragia en la postmenopausia*. En *Ginecología y Obstetricia, La Menopausia*. pp 131-145. Edit. Interamericana, México. 1977.
- 4— GREENWALD P, CAPUTO T, WOLFGANG P: *Endometrial cancer after menopausal use of estrogens*. *Obstet Gynecol* 50: 239-243, 1977.
- 5— KISTNER R, GORE H, HERTIG A: *Carcinoma of the endometrium. A preventable disease*. *Amer J Obstet Gynecol* 95: 1011-1024, 1966.
- 6— KNAB D: *Estrogen and endometrial carcinoma*. *Obstet Gynecol Surv* 32: 267-281, 1977.

- 7- LAURITZEN C: Estrógenos y cáncer endometrial. En *Ginecología y Obstetricia, La Menopausia*. pp 147-170. Edit. Interamericana, México. 1977.
 - 8- MACK T, PIKE M, HENDERSON B y col: Estrogens and endometrial cancer in a retirement community. *New Engl J Med* 294: 1262-1267, 1976.
 - 9- SMITH D, PRENTICE R, THOMPSON D y col: Association of exogenous estrogen and endometrial carcinoma. *New Engl J Med* 293: 1164-1167, 1975.
 - 10- STURDEE D, WADE-EVANS T, PATERSON M y col: Relations between bleeding pattern, endometrial histology and oestrogen treatment in menopausal women. *Brit Med J* 1: 1575-1577, 1978.
 - 11- ZIEL H, FINKLE W: Increased risk of endometrial carcinoma among users of conjugated estrogens. *New Engl J Med* 293: 1167-1170, 1975.
-