

La hormonoterapia en el tratamiento de las neoplasias malignas

JOAQUIN RIVADENEYRA H.

EN LOS TUMORES malignos avanzados se han utilizado varios tipos de tratamientos aceptados convencionalmente (cirugía y radioterapia), no obstante, su resultado es meramente paliativo y en ocasiones acelera el curso de la enfermedad, como en el caso de los tumores mamarios en fase avanzada que son sometidos a cirugía, en quienes se observa rápida progresión de la enfermedad tanto local como generalmente.

Debido a esto, se utilizan otras formas de tratamiento, ligadas sobre todo a la relación de ciertos factores hormonales con el crecimiento de tumores malignos y al mecanismo de bloqueo en el intercambio celular que es necesario para que una célula maligna pueda crecer, es decir, la hormonoterapia y la quimioterapia.

Revisaremos muy brevemente sólo el primer punto, es decir la relación de las glándulas endocrinas con los tumores malignos.

Desde 1896 en que Beatsen demostró que la ovariectomía producía regresión de un tumor mamario humano, se conoció la relación de factores endocrinos y tumores malignos. Desde entonces a la fecha se ha demostrado que no sólo los tumores mamarios son susceptibles de ser detenidos temporalmente en su evolución con la supresión de factores hormonales, sino también otros tumores como serían los de la próstata, los del cérvix uterino los del endometrio y de la glándula tiroides.

Revisaremos ahora la relación de las glándulas de secreción interna y la génesis de tumores malignos.

Primero: la presencia de ovarios funcionales agrava el curso clínico de un tumor mamario y su extirpación lo mejora; segundo: la presencia de testículos funcionales agrava la evolución del carcinoma mamario del hombre así como también las neoplasias de la próstata y su extirpación los mejora; tercero: la presencia de estrógenos producidos por las glándulas suprarrenales aumenta la frecuencia del carcinoma mamario

en la mujer (experimental) y la adrenalectomía mejora la evolución de los tumores de la mama y de la próstata.

Respecto al efecto carcinogénico de las hormonas, se puede decir que la presencia de estrógenos agrava el curso clínico de los tumores mamarios, del endometrio y del cuello uterino y que la presencia de andrógenos agrava el carcinoma prostático.

Para puntualizar, usaremos como ejemplo el carcinoma mamario, por ser éste, el que más objetivamente demuestra su influencia hormonal.

Además de los factores de trauma y herencia que no pueden relacionarse con factores hormonales, existen por lo menos otros cuatro factores que sí tienen relación directa con el medio endocrino y ellos son:

1. Los estrógenos producidos por el ovario.
2. Los estrógenos producidos por las glándulas suprarrenales.
3. La hormona de crecimiento producida en el lóbulo anterior de la hipófisis y
4. La hormona lactogénica también producida en el lóbulo anterior de la hipófisis.

La ovariectomía como ya se mencionó anteriormente, mejora la evolución clínica de los tumores mamarios en aproximadamente el 50 por ciento de los casos. La mejoría es atribuible a la extirpación de la fuente más importante productora de estrógenos.

El siguiente paso lógico después de haber obtenido una remisión con la ovariectomía, (que aproximadamente dura 6 meses) y cuando nuevamente existe progresión de la enfermedad, es quitar la otra fuente productora de estrógenos, es decir, las glándulas suprarrenales, logrando así en un número importante de casos una nueva remisión, que dura aproximadamente nueve meses.

Una vez que se han agotado los medios terapéuticos de ovariectomía y adrenalectomía, o bien cuando el caso en particular nos sugiera que los factores hormonales de la hipófisis anterior (hormona de crecimiento y hormona lactogénica) estén jugando un papel importante, se puede proceder a efectuar hipofisectomía, que da buenos resultados paliativos sobre el dolor y que además de quitar los factores de hormona de crecimiento y hormona lactogénica, tiene el efecto de disminuir considerablemente y a menudo llegar hasta la atrofia completa de las glándulas que se encuentran bajo su control (tiroides, suprarrenales y ovarios).

Además de todos estos métodos de cirugía supresiva en el tratamiento del cáncer mamario, se puede proceder a la administración de hormonas que bloqueen la síntesis de estrógenos, en este caso en particular la administración de dosis altas de corticoesteroides como la cortisona, la prednisolona, la triamcinolona o la dexametasona, que actúan bloqueando la producción de esteroides de la corteza suprarrenal y por tanto disminuyen la cantidad de estrógenos producidos por estas glándulas.

Además se puede neutralizar el efecto de los estrógenos con la administración de hormonas androgénicas, que a menudo también se acompaña de mejoría clínica notable de algunos tumores mamarios.