

MUJER, SALUD Y COMUNICACI3N

C3ncer de mama y salud reproductiva en la mujer

Presentaci3n

El c3ncer de mama es el tumor m3s frecuente en las mujeres. El retraso en la edad del embarazo est3 motivando que cada vez se produzcan m3s diagn3sticos en mujeres que no han tenido ning3n hijo ¿C3mo se puede compatibilizar entonces el tratamiento del c3ncer con el deseo de tener descendencia? Los avances de los 3ltimos aros permiten ofrecer muchas soluciones en este sentido.

Debate

Antoni Vila Casas, presidente de la Fundaci3n Vila Casas, fue el encargado de dar inicio al evento con su introducci3n. A continuaci3n, **Miquel Vilardell**, patrono de la Fundaci3n y moderador del debate, dio la bienvenida a los asistentes para luego presentar a los dos ponentes de la sesi3n: **Miquel Gil**, jefe de asistencia de los servicios de Oncolog3a M3dica y gestor del conocimiento de la Unidad Funcional de Atenci3n Oncol3gica del Instituto Catal3n de Oncolog3a y **Pedro N. Barri**, director del Departamento de Obstetricia, Ginecolog3a y Medicina de la Reproducci3n-Salud de la Mujer del Hospital Universitario Dexeus.

Miquel Gil explic3 que una de cada ocho mujeres desarrollar3 un c3ncer de mama a lo largo de su vida, lo que representa en Espa3a unos 30.000 nuevos casos cada aro, de estos, el 8% se diagnosticar3n en mujeres de menos de 40 aros. Se ha logrado mejorar mucho la supervivencia del c3ncer, pero en estos casos de mujeres j3venes, una de las preocupaciones debe ser la de preservar la fertilidad, ya

upf. Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona
CCS
Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicaci3n y Sociedad

FUNDACI3N
VILA CASAS

que existen efectos secundarios de los tratamientos que pueden afectarla. Ello tiene una especial trascendencia si se tiene en cuenta que en los 3ltimos aros la edad del primer embarazo se ha atrasado mucho, multiplic3ndose hasta por tres el n3mero de mujeres que tienen su primer hijo con m3s de 35 aros. Uno de los efectos no deseados de la quimioterapia es que acelera la menopausia. Esto es debido a que la quimioterapia altera gravemente los fol3culos reproductivos de la mujer; es decir, aquellos grupos de c3lulas en donde vive el ovocito que madurar3 cada mes y los que quedan a la espera de que les toque su turno. Adem3s, como el 80% de los tumores de mama expresan factores hormonales, su tratamiento consiste en bloquear estas hormonas, lo que implica que se impide el embarazo. Por tanto, seg3n **Gil** es muy importante que, antes de comenzar con los tratamientos, el especialista en oncolog3a plantee a estas mujeres de menos de 40 aros, si desear3n o no tener hijos en el futuro. En caso afirmativo, hay que considerar las diferentes opciones para ello (congelaci3n de embriones, 3vulos o tejido ov3rico). **Gil** quiso remarcar que quedarse embarazada despu3s de un c3ncer no aumenta el riesgo de reca3da ni implica peligro alguno en la formaci3n del feto. Tambi3n coment3 que un estudio reciente en Canad3 sealaba que la mitad de los onc3logos en este pa3s no informaban a estas mujeres de menos de 40 aros acerca de las posibilidades que ten3an para preservar su fertilidad antes de un tratamiento oncol3gico.

El especialista en reproducci3n asistida y salud de la mujer **Pedro N. Barri** coincidi3 en que la tendencia actual de retrasar cada vez m3s la maternidad se relaciona con un mayor riesgo de c3ncer ginecol3gico, y m3s en concreto de mama, al no contar la mujer con la protecci3n que supone el embarazo, el parto y la lactancia. **Barri** dijo que explicarle a la paciente que existen estrategias para preservar su fertilidad no solo es imprescindible para mejorar las posibilidades de descendencia futura, sino que adem3s se ha comprobado que tiene un efecto beneficioso sobre la manera en que la mujer se enfrenta al propio c3ncer. Hablar

sobre decisiones que afectarán al futuro (cuando finalice el tratamiento) refuerza la idea de que sobrevivirán al cáncer, pasando posteriormente a explicar las diferentes opciones que existen hoy en día. La primera y más sencilla consiste en la congelación de los óvulos, existiendo un margen de dos semanas antes de iniciar los tratamientos para el cáncer. En este tiempo será posible estimular la ovulación para recuperar entre 10 y 15 óvulos que podrán usarse una vez superada la enfermedad. La segunda opción es congelar embriones, aunque en este caso se plantean cuestiones éticas ante la posibilidad de que la madre fallezca y su pareja pretenda una gestación subrogada que hoy no es legal en España. La tercera opción es congelar tejido ovárico para reimplantarlo una vez superado el tratamiento. Esta opción es posible incluso cuando no puede esperarse 15 días para iniciar los tratamientos para el cáncer. Por último, también hay la opción de tratamientos que ayuden a reducir el efecto negativo de la quimioterapia sobre los folículos. Para finalizar, **Pedro N. Barri** se refirió a los cánceres debidos a una mutación genética y cómo en estas pacientes es posible hacer un diagnóstico preimplantacional para evitar que estas mismas mutaciones sean heredadas por los hijos.

Acto seguido empezó el debate. Las primeras en participar fueron las periodistas especializadas en temas sanitarios. **Milagros Pérez**, de *El País*, quiso saber si todos los tratamientos de preservación de fertilidad eran solo para mujeres que padecían un cáncer de mama o si cualquier paciente podía beneficiarse. También se interesó por las mujeres con cáncer hereditario por mutación en los genes BRCA 1 y 2, a las que se aconseja la extracción bilateral de las mamas y de ovarios, por cómo afecta eso a la reproducción y si tienen un tratamiento diferente. Por último, preguntó por las mujeres en estados más avanzados, donde no se habla de curación sino de cronificación y si esto afecta a la cuestión reproductiva. Después intervino **Carmen Fernández**, de *Diario Médico*, que preguntó si el porcentaje de éxito en los tratamientos de reproducción asistida era diferente en las mujeres con cáncer de mama. Por último, **Àngels Gallardo**, de *El Periódico*, preguntó si el porcentaje de mujeres menores de 40 años que tenían un cáncer de origen hormonal era diferente al resto de pacientes. También quiso saber si tras un embarazo en estas mujeres que han tenido un cáncer aumentaba el riesgo de recidiva o de tener otro tipo de cáncer.

Gema Revuelta, directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la UPF mostró su preocupación por el hecho de que hasta un 50% de los oncólogos no informaran sobre las posibilidades de preservar la fertilidad a sus pacientes jóvenes y quiso saber si había al-

Una de cada ocho mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida, lo que representa en España unos 30.000 nuevos casos cada año

guna medida para cambiar esto. Asimismo quiso saber si se llevaban a cabo estudios de percepción entre las pacientes para conocer cuáles eran sus principales preocupaciones. **Montserrat Viladomiu**, especialista en medicina de familia, se interesó por saber si la ovariectomía (u ooforectomía) bilateral estaría indicada para las mujeres con cáncer de mama que ya hubieran cubierto su deseo reproductivo. Por último, **Josep Comerma**, médico de familia, preguntó si sería recomendable que se mandaran a las unidades de consejo genético las mujeres de edad mediana en las que el riesgo de prevalencia de cáncer de mama es más elevado.

Miquel Gil respondió que en las pacientes con mutación BRCA se recomendaba la extirpación de los ovarios si ya tenían hijos o no deseaban tener más. En los casos de mujeres de menos de 40 años, se puede hacer una mastectomía bilateral profiláctica y un seguimiento para, a partir de los 40 y cuando no haya deseo reproductivo, realizar la ovariectomía. En los casos de cáncer metastásico en mujeres de menos de 40 años, la opción de intentar preservar la fertilidad con estos métodos debería también ser considerada y explicada. En relación a los cánceres de tipo hormonal, aclaró que en las mujeres más jóvenes estos son algo menos frecuentes y que el más habitual es el conocido como triple negativo, porque no expresa ningún receptor hormonal y del que no es posible hacer prevención. Insistió en que un embarazo tras un cáncer no aumenta el riesgo de recaída, desmintiendo un temor que parece que persiste entre las pacientes. Sobre la ovariectomía, señaló que existen dos motivos para practicarla. El primero por el riesgo de cáncer de ovario cuando hay una mutación BRCA, ya que no existen programas de cribado. Otro caso es su utilización como tratamiento en mujeres con cáncer de mama avanzado cuando no hay que preservar la fertilidad. También explicó que existe mucha falta de información, no solo en pacientes con cáncer, sino en general sobre la fertilidad y que, aunque la esperanza de vida ha aumentado, la biología ovárica es la misma y a partir de los 40 años es más difícil la concepción, sea de forma espontánea o *in vitro*. Además, explicó que efectivamente es preciso hacer encuestas a pacientes y publicarlas para tener datos nacionales. También coincidió

en la necesidad de mejorar la formación de profesionales en estos temas y remarco el papel tan importante que ejerce el personal de enfermería cuando la paciente es recién diagnosticada de cáncer. Por último, dijo que actualmente solo las mujeres sanas con muchos antecedentes familiares eran enviadas a las unidades de consejo genético pero que sería interesante difundir entre todos los médicos de familia la posibilidad de referir a las pacientes a estas unidades.

Pedro N. Barri explicó que se están desarrollando nuevas técnicas que permitirían crear gametos artificiales a partir de células de la piel, por lo que en los casos en los que no ha sido posible congelar óvulos o espermatozoides existen todavía opciones. Sobre el porcentaje de éxito, respondió que es el mismo en pacientes con cáncer que en aquellas mujeres sin la enfermedad y que depende mucho de la edad. Según él, es necesario aumentar la visibilidad de este problema y la posibilidad de llevar a cabo medidas de preservación de la fertilidad si se informa y actúa de manera rápida, puesto que con solo una tanda de quimioterapia la cantidad y calidad de los óvulos que se producen es peor. También quiso aclarar que las evidencias que hay insisten en que el riesgo de recidiva de cáncer es el mismo en aquellas pacientes que tienen un embarazo tras finalizar el tratamiento que en las que no tienen más hijos y que los tratamientos de fertilidad no incrementan el riesgo de tumores ginecológicos. Además, explicó que en las mujeres estériles o que han decidido no tener hijos, excepto en aquellas que han empleado la píldora como método anticonceptivo, existe un mayor riesgo de sufrir un cáncer ginecológico que en las mujeres que han estado embarazadas y han pasado por el parto.

Conclusiones

Padecer un cáncer de mama no es incompatible con ser madre hoy en día. Se estima que 1 de cada 8 mujeres desarrollará un cáncer de mama a lo largo de su vida. En Cataluña se detectan 5000 nuevos casos cada año y la supervivencia global es del 82,8% a los 5 años del diagnóstico. Entre un 8% y un 15% de las mujeres, según estudios en diferentes áreas, serán menores de 40 años y con probable deseo gestacional.

Quedarse embarazada después de un cáncer no aumenta el riesgo de recaída ni implica peligro alguno en la formación del feto

Existe una clara tendencia social a retrasar la maternidad, incrementándose con ello el riesgo de padecer una neoplasia de mama, por la edad más avanzada y por el hecho en sí de no tener la protección frente al cáncer ginecológico que el embarazo, el parto y la lactancia proporcionan. El 80% de las neoplasias expresan receptores hormonales y requieren tratamiento antiestrogénico asociado a cirugía, quimioterapia, radioterapia y/o inmunoterapia, que adelantan la menopausia y provocan infertilidad secundaria.

Se han desarrollado nuevas técnicas que permiten preservar la fertilidad antes de iniciar el tratamiento para el cáncer de mama. Ya existen protocolos de actuación conjunta del oncólogo, ginecólogo y especialista en reproducción que permiten la estimulación ovárica en cualquier momento del ciclo y así poder aplicar procedimientos de criopreservación de óvulos, tejido ovárico o embriones hasta 2 semanas antes de comenzar la terapia oncológica. Transcurridos dos años de la cirugía ya se puede buscar un embarazo, pues los estudios demuestran que la gestación postratamiento no aumenta el riesgo de recidiva ni malformaciones fetales. Esta posibilidad genera esperanza y tiene un efecto beneficioso en la paciente, sobre sus expectativas de supervivencia y planes de futuro.

El 15 % de los cánceres de mama tienen base genética (BRCA1 Y BRCA2 positivos) y los hijos un 50% de posibilidades de heredar la mutación. En estos casos está indicada la mastectomía y ooforectomía bilaterales cuando se tienen más de 40 años y ya tienen o no desean tener descendencia. Si la paciente es joven y desea ser madre, se pueden congelar ovocitos y hacer un diagnóstico preimplantacional que permite seleccionar los embriones sanos. Los avances están abriendo nuevas puertas, pero los datos reflejan que el 50% de las mujeres candidatas no son informadas sobre la posibilidad de mantener su capacidad reproductiva. El protocolo de actuación es similar en los centros públicos y en los privados, sin embargo el número de pacientes es todavía pequeño. Por ello, es necesaria tanto la formación de profesionales en unidades multidisciplinarias, como potenciar la difusión de la información, que ha de ser amplia y transparente para minimizar los conflictos éticos que se puedan derivar.

La Sanidad catalana debe aspirar a desarrollar un programa transversal, con una red de centros especializados interconectados, con información y actuación compartidas que asegure un acceso equitativo a los usuarios del sistema. •

El Proyecto Quiral es fruto de la colaboración entre la Fundació Vila Casas y el Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra.

Opini3n Quiral

Con la voluntad de profundizar en el tema tratado en el *Informe Quiral*, la Fundaci3n Vila Casas organiza dos veces al a1o y con temas distintos un debate abierto en el que representantes del mundo sanitario, periodistas y p1blico en general intercambian opiniones y extraen conclusiones. Con ello, la Fundaci3n Vila Casas pretende contribuir a la formaci3n de buenos criterios sanitarios que redunden en beneficio de la sociedad. Con estas conclusiones la Fundaci3n Vila Casas edita la *Opini3n Quiral*.

Debate celebrado en Barcelona 22 de noviembre de 2019.

PONENTES

Dr. Pedro N. Barri Ragu3, director del Departament Obstetrícia, Ginecologia, Medicina de la Reproducci3-Salut de la Dona de l'Hospital Universitari Dexeus

Dr. Miquel Gil Gil, cap Assistencial del Servei d'Oncologia M3dica i Gestor del Coneixement de la Unitat Funcional d'Atenci3 Oncol3gica de l'Institut Catal3 d'Oncologia

FUNDACI3 VILA CASAS

Antonio Vila Casas
Miquel Vilardell
M. Jos3 Alcoriza
Montse Viladomiu
Gema Revuelta
Vladimir de Semir
Miguel Ramudo

CCS-UPF

Gema Revuelta
Vladimir de Semir
Miguel Ramudo

PERIODISTAS

Milagros P3rez Oliva, *El Pais*
Carme Fern3ndez, *Diario M3dico*
Àngels Gallardo, *El Peri3dico de Catalunya*

COORDINACI3N

M. Jos3 Alcoriza



Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

CCS
Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicaci3n y Sociedad

FUNDACI3
VILA CASAS

www.fundaciovilacasas.com

ESPAIS
VolART
BARCELONA

Espais Volart
Ausiàs Marc, 20-22
08010 Barcelona
+34 93 481 79 85
volart@fundaciovilacasas.com

CAN
FRAMIS
BARCELONA

Museu Can Framis
Roc Boronat, 116-126
08018 Barcelona
+34 93 320 87 36
canframis@fundaciovilacasas.com

CAN
MARIO
PALAFRUGELL

Museu Can Mario
Plaça Can Mario, 7
17200 Palafrugell (Girona)
+34 972 306 246
canmario@fundaciovilacasas.com

PALAU
SOLTERRA
TORROELLA

Museu Palau Solterra
Església, 10
17257 Torroella de Montgrí (Girona)
+34 972 761 976
palausolterra@fundaciovilacasas.com

Opini3n Quiral · Diciembre 2019 · N1mero 40.1
©Fundaci3n Vila Casas, 2019

Publica: Fundaci3n Vila Casas y Centro de Estudios de Ciencia, Comunicaci3n y Sociedad de la UPF (CCS-UPF)

Edici3n: Rubes Editorial
Dise1o gr3fico: Gina Serret

ISSN: 2013-486X
Dep3sito legal: B-7834-2009

PR3XIMO COLOQUIO ABIERTO
Opini3n Quiral

Fecha: a determinar
Espais Volart Ausiàs Marc 22 pl. baja, Barcelona
Aforo limitado · Tel. 934 817 980

M3s informaci3n: www.fundaciovilacasas.com