

Anticoncepción en pacientes con cáncer de mama.

*Rocío Zalazar Martínez,
Lilia Lugo, Patricia Acosta,
Luciana Paparotti, Claudio Levit*

RESUMEN

Objetivo

El objetivo de nuestro trabajo es interrogar a las pacientes premenopáusicas con cáncer de mama acerca del método anticonceptivo que utilizan al momento del diagnóstico, evaluarlos y ofrecerles aquellos que sean seguros considerando su enfermedad.

Material y método

Se realizó un estudio de cohorte, cerrado, con un total de 40 pacientes premenopáusicas con el diagnóstico de cáncer de mama, desde enero 2019 hasta marzo de 2020.

Resultados

Se identificaron 40 pacientes premenopáusicas a las cuales se indagó acerca del método anticonceptivo utilizado, y su deseo de maternidad a futuro, 30 mujeres manifestaron paridad cumplida, y 10 pacientes no la cumplieron aún.

Departamento de Mastología del Sanatorio San Gerónimo, Santa Fe.

Correo electrónico: ro.zalazarm@gmail.com

Detectamos que 32 de ellas se encontraban utilizando métodos contraindicados, o pocos efectivos para la prevención de embarazos.

Luego del asesoramiento los anticonceptivos elegidos fueron quirúrgicos e irreversibles en 19 pacientes, 13 mujeres decidieron utilizar un método reversible como el DIU, 7 pacientes optaron por el preservativo, y una no eligió ninguno.

Conclusiones

En nuestro trabajo, haber tenido la oportunidad de darle un enfoque integral a la paciente nos permitió reconocer a muchas usuarias de métodos contraceptivos contraindicados en cáncer de mama; guiándolas en la elección de un anticonceptivo adecuado a sus necesidades y evitando un embarazo no deseado.

Palabras Clave

Cáncer de mama. Métodos anticonceptivos. Anticonceptivos hormonales. DIU. Salpingectomía. Consejería anticonceptiva.

ABSTRACT

Objective

The main objective is to question premenopausal breast cancer patients about the contraceptive method they use at the time of diagnosis, evaluate them and offer them those that are safe considering their disease.

Material and method

A closed cohort study was conducted with a total of 40 premenopausal patients diagnosed with breast cancer, from January 2019 to March 2020.

Results

40 premenopausal patients were identified, they were asked about the contraceptive method used, and their desire for future maternity, 30 women manifested parity fulfilled, 8 patients did not, and 10 had not yet fulfilled it.

We detected 32 of them were using contraindicated or ineffective methods for preventing pregnancies.

After counseling, the contraceptives chosen were surgical and irreversible in 19 patients, 13 women decided to use a reversible method such as the IUD, 7 patients chose the condom, and one did not choose any.

Conclusions

In our study, we had the opportunity to give a comprehensive approach to the patient, and recognize many users of contraceptive methods contraindicated in breast cancer; guiding them in choosing a contraceptive appropriate to their needs and avoiding an unwanted pregnancy.

Key words

Breast Cancer. Contraceptive Methods. Hormonal Contraceptives. IUS. Salpingectomy. Contraceptive Counseling.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el cáncer más común entre las mujeres es el cáncer de mama, las cuales, al momento del diagnóstico, se encontrarán transitando los últimos años de su etapa fértil. Actualmente se desconoce cuál es el porcentaje de mujeres premenopáusicas con diagnóstico de cáncer de mama, pero sabemos que en nuestro país, en el 2012 el número de casos diagnosticados en pacientes jóvenes ha ido en aumento y cerca del 25% de cánceres de mama se dieron en menores de 50 años.^{1,2}

Muchas veces en la práctica cotidiana los especialistas tratantes no interrogan a las pacientes acerca de los métodos contraceptivos que estas usan, con el riesgo que esto podría generar ante la presencia

de anticonceptivo inapropiado, ya sea por estar contraindicado, o por ser insuficiente para prevenir un embarazo no planificado en el contexto de un cáncer de mama.

Es por ello que al momento del diagnóstico, es importante consultar si las mujeres se encuentran utilizando un método y asesorarlas respecto a cuáles de ellos podrán optar teniendo en cuenta su enfermedad de base.³

La necesidad de un método contraceptivo seguro por un determinado tiempo, la eventual toxicidad de los tratamientos adyuvantes en el cáncer de mama y la posible afectación a futuro de la fertilidad de la paciente con la quimioterapia, hace que sea mandatario evaluar, informar y discutir alternativas con las pacientes acerca de las opciones hoy disponibles para evitar embarazos no deseados.³

La escasa cantidad de trabajos que existen actualmente acerca de anticoncepción y cáncer de mama nos obligan a pensar en la poca importancia que se la ha dado a este tema que ha quedado relegado en el consultorio no solo de los mastólogos, sino también de los oncólogos, y nos moviliza para investigar a fin de ofrecer a las mujeres jóvenes con cáncer de mama la oportunidad de vivir una sexualidad libre del temor de una gesta no planificada que pueda empeorar la situación de su enfermedad.

En el siguiente trabajo se analizaron mujeres con diagnóstico reciente de cáncer de mama, y se indagó en primer lugar si la paciente se encontraba usando algún método anticonceptivo, de cuál se trataba, y el deseo de paridad a futuro.

Con todos estos datos recabados, se les ofreció a estas pacientes, un método anticonceptivo alternativo acorde con las necesidades particulares de cada una.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro trabajo fue identificar a las pacientes premenopáusicas con diagnóstico reciente de cáncer de mama, e interrogar si las mismas se encontraban utilizando algún método anticonceptivo; evaluando su indicación y adherencia, modificando aquellos métodos contraindicados en pacientes con cáncer de mama, y ofreciendo un nuevo método, teniendo en cuenta las características y necesidades individuales de cada una de estas mujeres.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte, incluyendo pacientes premenopáusicas con el diagnóstico de carcinoma in situ e invasor de cáncer de mama, desde enero 2019 hasta marzo de 2020, dicho estudio fue cerrado, e incluyó un total de 40 pacientes diagnosticadas en el Departamento de Mastología del Sanatorio San Gerónimo.

El siguiente trabajo se basó en una encuesta (incluida en Anexo), considerando las siguientes variables:

- Edad
- Paridad
- Relaciones Sexuales heterosexuales
- Planificación de embarazo a futuro
- Método anticonceptivo previo al diagnóstico del cáncer de mama
- Objeción de conciencia
- Estadio
- Perfil de Inmunohistoquímica
- Tratamientos adyuvantes

Se utilizaron los criterios de elegibilidad de la OMS⁴ para clasificar los anticonceptivos (Gráfico 1)

Gráfico 1. Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la paciente.

Categoría	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos y probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Se le ofreció a la paciente en el marco de la consulta ginecológica una explicación acerca de los métodos anticonceptivos recomendados por las OMS, según criterios de elegibilidad, teniendo en cuenta las características de cada paciente, su deseo de paridad a futuro y la posibilidad de objeción de conciencia.⁴

Se incluyeron como métodos no solo aquellos que pueden ser utilizados por las mujeres, sino también aquellos que competen a parejas masculinas, como la vasectomía, y por último, se asesoró sobre anticoncepción de emergencia.

Se excluyeron aquellas pacientes que mantenían relaciones sexuales con personas del mismo sexo; que usaban métodos contraceptivos confiables (como la esterilización tubaria o DIU de cobre) antes del diagnóstico de cáncer de mama; o que, por razones médicas, se encontraban histerectomizadas.

RESULTADOS

En el Departamento de Mastología del Sanatorio San Gerónimo, en el período de enero 2019 a marzo 2020, fueron atendidas 96 pacientes por cáncer de mama, con un rango etario que va desde los 26 a los 93 años.

Del total de pacientes tratadas, 40 de ellas, que correspondían al 49% de las mismas, eran premenopáusicas, el promedio de edad de las pacientes encuestadas fue de 39 años (Tabla 1).

Durante el interrogatorio respecto a la actividad sexual de las pacientes, 33 de ellas mantenían relaciones sexuales con sus parejas, y 7 pacientes no se encontraban manteniendo relaciones sexuales al momento de la consejería (Tabla 1).

Con respecto a la paridad, entre las pacientes que tuvieron hijos nacidos vivos, el promedio de hijos fue de 1,7.

Debemos considerar que, del total de encuestadas, 12 pacientes nunca han tenido hijos (Tabla 1).

En cuanto los estadios, la distribución de casos fue: Estadío I: 21 ; Estadío II: 14; Estadío III: 1; y Estadío IV: 4 pacientes (Tabla 2).

Teniendo en cuenta los resultados de la Inmunohistoquímica: 27 pacientes fueron categorizadas como Luminales A, 5 como Luminales B, 5 pacientes con subtipo Her+, y 3 fueron consideradas Triple Negativo (Tabla 2).

Del total de pacientes, 26 recibieron quimioterapia: 15 debieron hacer neoadyuvancia y 11 quimioterapia adyuvante. (Tabla 2)

Al momento de la entrevista en relación a la búsqueda de fertilidad a futuro, 30 pacientes declararon haber cumplido con su deseo de maternidad, solo 8 pacientes refirieron el deseo de ser madres más adelante, y se identificaron dos pacientes que aún no estaban seguras de la decisión respecto a querer tener hijos (Tabla 3).

Tabla 1. Caracterización de edad, paridad y relaciones sexuales.

Edad al momento del diagnóstico	
Promedio de edad	39 años
26-39	19
40-49	22
Paridad	
0 gestas	12
1-2 hijos	25
2 o más hijos	3
Mantienen relaciones sexuales heterosexuales	
Si	33
No en este momento	7
Relaciones homosexuales	1

Tabla 2. Caracterización de Estadios, Inmunohistoquímica y Quimioterapia.

Estadios	
I	21
II	14
III	1
IV	4
Inmunohistoquímica	
Luminal A	27
Luminal B	5
Triple negativo	3
Her2+	5
Quimioterapia	
Si	26
No	14

Tabla 3. Caracterización de Paridad a futuro, Anticonceptivo en uso y Objeción de conciencia.

Planea embarazo a futuro	
Si	8
No	30
No está segura	2
Anticonceptivo que se encontraba utilizando	
Anticonceptivo hormonal oral	26
Preservativo	8
Lactancia exclusiva	2
Sin cobertura anticonceptiva	4
Objeción de conciencia	
Si	1
No	39

Interrogamos al respecto del método anticonceptivo usado previo al diagnóstico: 26 pacientes se encontraban utilizando anticonceptivos hormonales orales combinados; 8 pacientes utilizaban medios de barrera, como el preservativo; 2 pacientes se encontraban en etapa de lactancia exclusiva, y 4 pacientes estaban sin cobertura anticonceptiva, es decir, descubrimos 32 pacientes que se encontraban utilizando un método anticonceptivo incorrecto (Tabla 3).

Se les preguntó a las pacientes si alguna refería objeción de conciencia respecto a los métodos anticonceptivos ofrecidos, entendiéndose como objeción de conciencia al hecho de excusar o rechazar el ejercicio de la participación en una acción o evento que considera contrario a sus ideas o convicciones éticas, morales o religiosas (5). De las cuarenta pacientes encuestadas, una sola refirió objeción de conciencia,

refiriendo motivos religiosos (Tabla 3).

Los métodos anticonceptivos de primera elección ofrecidos a las pacientes fueron: El DIU de cobre, como método anticonceptivo reversible, y los métodos quirúrgicos como la esterilización tubaria y vasectomía para sus parejas, dado que son aquellos que cuentan con una eficacia superior a los otros contraceptivos.⁵

Nuestra propuesta de métodos anticonceptivos fue dividida en dos grupos:

- Métodos anticonceptivos reversibles, y de larga duración: Diu de Cobre en 12 pacientes, y DIU con liberación de progesterona, Mirena 1 sola paciente.
- Métodos anticonceptivos definitivos: anexectomía en caso de 11 pacientes y salpingectomía en 8 pacientes.

7 pacientes prefirieron utilizar solo un método de barrera, como lo es el preservativo.

Una sola paciente no optó por ningún método anticonceptivo, dado que refería no mantener relaciones sexuales.

Del total de 40 pacientes entrevistadas, 32 de ellas se encontraban utilizando un método anticonceptivo contraindicado o con poca efectividad para la prevención del embarazo, es decir, nos encontramos con un 80% a las cuales pudimos realizar la consejería y cambiar de contraceptivo.

DISCUSIÓN

En nuestro país, a partir de la sanción de la ley nacional 25.673, con la creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable, se estableció la provisión gratuita de métodos anticonceptivos, tanto en el sistema público como en el sector privado, garantizando el derecho fundamental de elegir, obtener y utilizar según cada paciente un método anticonceptivo, para decidir si tener o no hijos, el momento de tenerlos, y el intervalo entre ellos.⁵

Considerando el marco legal que actualmente permite y facilita el acceso a los métodos anticonceptivos, es necesario que las mujeres con antecedente de cáncer de mama, puedan suscribir a los mismos con mayor facilidad, a fin de evitar un embarazo no deseado una vez que se hizo el diagnóstico de esta enfermedad.

Hoy en día sigue estando en discusión si el embarazo agrava o no el pronóstico de las pacientes embarazadas, en donde en general, el peor pronóstico asociado a la gravidez, está relacionado con la dificultad del diagnóstico oportuno, más que del tratamiento en sí.^{6,7}

La evidencia científica disponible según la OMS en relación a las opciones anticonceptivas que pueden utilizar sin restricciones las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama son: preservativo; diafragma; DIU de Cobre; y métodos quirúrgicos, como la esterilización tubaria.^{4,5}

Debe considerarse en este último punto, como método de esterilización quirúrgico irreversible, la vasectomía, por lo cual, en nuestro trabajo fue ofrecido durante la consejería a las parejas, dándoles la oportunidad de participar y decidir en la planificación familiar.

En el momento de comenzar el asesoramiento, se reconocieron 26 pacientes que se encontraban usando anticonceptivos hormonales combinados, todas las pacientes referían consumirlos de forma oral, 21 de ellas desde hace más de 5 años.

Los anticonceptivos hormonales en pacientes con cáncer de mama actual se consideran como categoría 4 para la OMS (Gráfico 2), y también para los Criterios de Elegibilidad del Reino Unido: UK MEC de la Faculty of sexual Reproductive Health (Gráfico 3), por lo que se suspendieron el uso de los mismos una vez que se aseguró un nuevo método anticonceptivo, dado el riesgo de un eventual embarazo durante el cambio.^{4,5}

Pero la suspensión de los anticonceptivos hormonales, no es solo para evitar continuar la administración de un tratamiento hormonal, en tumores hormonosensibles, sino también tiene el objetivo de disminuir el riesgo de eventos tromboembólicos asociados a los mismos.³

Gráfico 2. Criterios de elegibilidad de la OMS para inicio y continuación de anticonceptivos

		ACO	ACI	AOSP	AMPO	DIU cobre	
5. INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO	Miomas uterinos	1	1	1	1	1 ^a	
	Cánceres	4	4	4	4	1	
	Cáncer de mama (actual)	4	4	4	4	1	
	Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	
	Cáncer cérvico-uterino	2	2	1	2	1:4/ C:2	
	Cáncer de ovario	1	1	1	1	1:3/ C:2	
	Neoplasia intraepitelial cervical	2	2	1	2	1	
	Hemorragia genital inexplicada (antes de la evaluación)	2	2	2	3	1:4/ C:2	
	Enfermedad inflamatoria pélvica	Actual	1	1	1	1	1:4/ C:2 ^a
		Pasada	1	1	1	1	1/2 ^{1b}
	Infecciones de transmisión sexual (ITS)	Gonoreya y clamidiasis u otras formas de cervicitis purulenta	1	1	1	1	1:4/ C:2
		Otras ITS y vaginitis	1	1	1	1	2
		Alto riesgo de ITS	1	1	1	1	1:2/3 C:2
Infección por VIH o SIDA ^{1c}		1	1	1	1	1:2/3 C:2 ^{1c}	

Gráfico 3. Criterio de elegibilidad de los MAC en pacientes con CM y pacientes mutadas

Criterios de elegibilidad de métodos anticonceptivos (UK - UKMEC 2016)							
Condición	Categoría						
	I= iniciación, C= continuación						
Afecciones Mamarias	CU-IUD	LNG-IUS	IMP	DMPA	POP	CHC	
a) Nódulo sin diagnosticar	1	2	2	2	2	I 3	C 2
b) Enfermedad benigna de mama	1	1	1	1	1	1	
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	
d) Portadoras con conocimiento de mutaciones genéticas asociadas con cáncer de mama (ej: BRCA1/BRCA2)	1	2	2	2	2	3	
e) Cáncer de Mama							
i) actualmente	1	4	4	4	4	4	
ii) pasado	1	3	3	3	3	3	

Además de considerar a las pacientes que se encontraban utilizando anticonceptivos hormonales, otras 6 pacientes se encontraban en riesgo de embarazo no deseado, 2 pacientes estaban utilizando la lactancia exclusiva como método anticonceptivo y 4 pacientes se encontraban sin ningún tipo de protección, por lo cual, de forma in-

mediata se indicó el uso de preservativo hasta tener decidido el contraceptivo definitivo.

La mayoría de pacientes, 33 pacientes en total, mantienen relaciones sexuales con una pareja estable, y 30 de ellas eligieron un método quirúrgico e irreversible, o un método reversible de larga duración, según el deseo de maternidad a futuro.

Se identificaron 2 pacientes sin deseo de maternidad a futuro, que mantienen relaciones sexuales y no optaron por métodos más seguros, quedándose solo con preservativo.

Una de las pacientes, de 49 años, se rehusó a usar anticonceptivo de larga duración, ya que consideraba estar próxima a la menopausia, se le explicaron los riesgos de un embarazo no deseado, y se la instruyó sobre el uso del preservativo, y por último se le solicitó un perfil hormonal con dosaje de FSH, pero no regresó al consultorio con el resultado.

La otra paciente, a pesar de no ser objetora de conciencia, manifestó motivos religiosos para no usar un método anticonceptivo de larga duración.

Se les explicó además, a aquellas pacientes que comenzaron tratamiento con quimioterapia, que éste mismo podría dejarlas en un estado de amenorrea a veces reversible, pero que no garantizaba seguridad anticonceptiva.⁸

Las 19 pacientes que eligieron métodos anticonceptivos irreversibles, es decir métodos quirúrgicos, como la salpingectomía o anexectomía, fueron aquellas que refirieron paridad cumplida.

Estos métodos son altamente efectivos con un índice de Pearl de 0,5, y son contemplados por la Ley 26.130 de esterilización quirúrgica, la cual permite a personas capaces y mayores de edad el acceso a su cobertura en el ámbito público y privado.⁵

En las pacientes de alto riesgo de recidiva a futuro, y con metástasis al momento del diagnóstico, se conversó con el oncólogo de cabecera, y se les ofreció realizar la anexectomía, explicando además a las pacientes los síntomas asociados a una menopausia quirúrgica y precoz.⁹

Se recomendó realizar anexectomía bilateral en el caso de 4 pacientes con diagnóstico de metástasis al inicio, receptoras hormonales positivas, como tratamiento de supresión de la función ovárica.

En este último grupo cabe destacar una paciente con mutación para BRCA 2, a la cual se asesoró durante la entrevista con el médico genetista.

En cuanto a las pacientes que no tenían indicación de anexectomía, pero que decidieron realizar la esterilización quirúrgica se les ofreció la técnica de salpingectomía profiláctica.

Si bien, hoy en día existe una discusión sobre el rol de la salpingectomía para la reducción de los carcinomas epiteliales de ovario, consideramos en la práctica ofrecer este procedimiento como salpingectomía de oportunidad.^{10,11}

Cabe destacar, que todas estas cirugías se realizaron previo consentimiento informado de la paciente.

A pesar de haber tenido dentro de las opciones de método anticonceptivo irreversible a la vasectomía, ninguna de las pacientes, o sus parejas, eligieron este método.

Con respecto a los métodos anticonceptivos de larga duración y reversibles, el DIU reúne varias características que lo hacen apropiado según los criterios de la OMS para mujeres con el antecedente de cáncer de mama: alta eficacia, ausencia de estimulación hormonal, posibilidad de prolongación en el tiempo, y reversibilidad del mismo. La probabilidad de embarazo por año, con su uso habitual es de 0,8.⁴

En nuestra consejería 13 pacientes eligieron al DIU de cobre como anticonceptivo.

A pesar que muchas de las mujeres eran nuligestas, por creencia popular pensaban que no podrían utilizarlo, por lo que se les remarcó que también podría utilizarse con absoluta tranquilidad en estos casos.

Con respecto al DIU con liberación de levonorgestrel, sabemos que un método hormonal, con un contenido total de 52 mg del progestágeno levonorgestrel, presentando una liberación inicial de 20 µgr, la cual va disminuyendo conforme pasa el tiempo.¹²

Cabe destacar que uno de los beneficios del levonorgestrel, en pacientes tratadas con Tamoxifeno, es permitir la disminución de la proliferación endometrial, y la evolución hacia patologías endometriales más severas.¹³

Sin embargo, su uso al momento está contraindicado en pacientes con antecedente de cáncer de mama, dado que aún no hay seguridad sobre los efectos del levonorgestrel sistémico y su afectación con relación a la recurrencia del cáncer de mama.¹³

Actualmente, existe una heterogeneidad en los estudios con respecto al cáncer de mama y el uso del DIU con levonorgestrel, y en conjunto con la existencia de sesgo en ellos, y la ausencia de control de otros factores, nos impiden llegar a una conclusión clara sobre la seguridad de este mismo.¹³ En cuanto a nuestras pacientes, se colocó un DIU Mirena a una mujer de 43 años, obesa mórbida (IMC: 34), con el diagnóstico de cáncer de mama triple negativo, que comenzó con episodios de hipermenorreas, que la llevaron a un síndrome anémico. Ante un estudio ecográfico transvaginal dentro de parámetros normales, y la morbimortalidad asociada a un procedimiento quirúrgico, en conjunto con la paciente y su oncólogo de cabecera, previo consentimiento informado, se optó por colocar un DIU con liberación de progestágenos para estabilización del endometrio, asumiendo los riesgos que esto implica, con controles ginecológicos y mastológicos estrictos.

En total, 7 pacientes optaron como método anticonceptivo el uso del preservativo.

La tasa de embarazo con su uso habitual es de 15 por año, en cambio, con el uso correcto es de 2, por lo cual enfatizamos en las pacientes y en sus parejas la importancia del uso adecuado.^{4,5}

Dentro de este grupo solo 3 pacientes mantienen relaciones sexuales con una pareja estable, las otras 4 pacientes refirieron no mantener relaciones sexuales al momento de la entrevista.

Así mismo, a las pacientes sin pareja estable no solo se les dio el mismo instructivo acerca del uso del preservativo, como anticonceptivo, sino que se les realizó hincapié en la necesidad de preservativo como método de prevención de las infecciones de transmisión sexual.

Además, a estas pacientes, cuyo método anticonceptivo iba a ser el profiláctico, se les explicaron los métodos anticonceptivos de emergencia.⁵

En nuestro medio existen dos tipos de anticoncepción de emergencia para estas usuarias: el uso de levonorgestrel de forma oral, y la colocación de DIU de cobre.

Con respecto al uso de levonorgestrel, no existen estudios en la literatura actual que desaconsejen su uso en la anticoncepción de emergencia.¹³

La CDC postula que la anticoncepción de emergencia tiene mucha menos repercusión clínica que los anticonceptivos combinados, además su uso es por menor tiempo, y su toma debe ser considerada una excepción, dado que se desconoce cómo el uso frecuente afectaría a pacientes que deben evitar anticonceptivos hormonales.¹³

En cuanto al uso del DIU de cobre como anticonceptivo de emergencia, se trata del método más efectivo de anticoncepción de emergencia y puede utilizarse hasta 5 días post coito sin perder eficacia, con una tasa de falla de sólo 0.14. Este método resulta además beneficioso en las pacientes con cáncer de mama, dado que luego de su colocación ante una situación de emergencia, la paciente puede continuar usando este método.⁵

Cabe remarcar que existen dos métodos más: el Acetato de Ulipristal de 30 mg, y la Mifepristona que se consideran como categoría 2 para las OMS, pero que en nuestro país no se encuentran disponibles.

Por último es importante destacar que a las mujeres jóvenes, sin paridad, además del ofrecimiento del método anticonceptivo, se les brindó la posibilidad de realizar una entrevista con un especialista en fertilidad, dado que de estas ocho pacientes, seis realizaron tratamiento con quimioterapia, y estas mismas pacientes, tuvieron la oportunidad de preservar sus óvulos en centros especializados.

CONCLUSIÓN

Es frecuente que a las pacientes, una vez hecho el diagnóstico de cáncer de mama, en nuestro medio se les desaconseja el uso de los anticonceptivos hormonales y el embarazo, pero no se explican cuáles son los métodos más efectivos para evitar esta situación.

En nuestro trabajo, el acompañamiento durante el diagnóstico del cáncer de mama y la posibilidad de hacer un interrogatorio que contemple de forma global la historia ginecológica de las pacientes, nos permitió detectar un gran porcentaje, 80%, de usuarias de métodos anticonceptivos que se encontraban contraindicados en el contexto de esta enfermedad mamaria, y hacer el cambio a un método anticonceptivo efectivo y seguro en el transcurso del tratamiento.

Es por eso, que remarcamos la importancia de un enfoque multidisciplinar en la consulta sobre la planificación familiar, que incluya los deseos, necesidades y características de las pacientes, en la cuáles no solo tiene que participar el mastólogo, sino los oncólogos, psicooncólogos, y los especialistas en fertilidad.

REFERENCIAS

1. Meiss R, Chuit R, Novelli J, Abalo E, Lorusso A, Andrade J. Perfil epidemiológico del cáncer de mama en la República Argentina. *Bol Acad Nac Med B Aires* 2014; 92(2):300-07 ◀
2. Meiss Kress R, Chuit R, Novelli J, Abalo E, Lorusso A, Gago F y cols. Breast cancer in Argentina: analysis from a collaborative group for the study of female breast cancer. *J Can Epi Treat* 2016;1(2):5-16 ◀
3. Güth U, Huang DJ, Bitzer J, Tirri BF, Moffat R. Contraception counseling for young breast cancer patients: A practical needs assessment and a survey among medical oncologists. *Breast* 2016;30:217-21 ◀ ◀
4. Criterios de elegibilidad de la OMS. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. ◀ ◀ ◀ ◀
5. Métodos anticonceptivos. Guía práctica para los profesionales de la Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. 2015. ◀ ◀ ◀ ◀ ◀
6. Rojas KE, Bilbro N, Manasseh DM, Borgen PI. A Review of Pregnancy-Associated Breast Cancer: Diagnosis, Local and Systemic Treatment, and Prognosis. *J Womens Health (Larchmt)*. 2019 ;28(6):778-784 ◀
7. Andrašek, I., Alvir, I., & Beketić-Orešković, L. Pregnancy associated breast cancer. *Libri Oncologici Croatian Journal of Oncology* 2019;46(2-3),83–87. ◀
8. Abusief ME, Missmer SA, Ginsburg ES, Weeks JC, Partridge AH. The effects of paclitaxel, dose density, and trastuzumab on treatment-related amenorrhea in premenopausal women with breast cancer. *Cancer* 2010;116(4):791-8 ◀
9. Harold J. Burstein . Adjuvant Endocrine Therapy for Women With Hormone Receptor–Positive Breast Cancer: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update on Ovarian Suppression. *Journal of Clinical Oncology*. ASCO Special Article. 2016. Volume 34. Number 14. ◀
10. Castellano T, Zerden M, Marsh L, Boggess K. Risks and Benefits o Salpingectomy at the Time of Sterilization. *Gynecological Survey* 2017;72(11), 663–68. ◀
11. Yoon SH et al. Bilateral salpingectomy can reduce the risk of ovarian cancer in the general population: A meta-analysis. *Eur J Cancer* 2016;55:38-46 ◀
12. Depypere HT, Stanczyk FZ, Croubels S, et al. Breast levonorgestrel concentrations in women using a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* 2019;100(4):299-301 ◀
13. Trinh XB. Use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in breast cancer patients. *Fertil Steril*. 2008;90(1):17-22. ◀ ◀
14. Koyama A, Hagopian L, Linden J. Emerging Options for Emergency Contraception. *Clin Med Insights Reprod Health* 2013;7:23–35.

DEBATE

Dra. Azar: Simplemente felicitarte, porque creo que son temas de los que tenemos que hablar y abordar con nuestros pacientes. Es importante que los médicos les recalquemos a los pacientes que la anticoncepción hormonal está contraindicada, porque por ahí algún oncólogo le dice, no porque tu tumor era triple negativo, no pasa nada. Nadie les informa y creo que son temas que debemos abordar, tanto la fertilidad futura como la anticoncepción en la paciente con cáncer de mama.

Dr. Cassab: Te quería hacer una pregunta relacionada con lo que dijo la doctora, teniendo en cuenta que este grupo etario, son todas pacientes premenopáusicas jóvenes. Vamos a estar en presencia de pacientes triple negativos, como decía la dra. ¿Sería lícito usar tratamientos hormonales con anticonceptivos, sabiendo que podemos llegar a prevenir el cáncer de ovario en aquellas pacientes mutadas?

Dra. Zalazar Martínez: En los trabajos existentes hasta ahora siguen estando contraindicados. Existen excepciones, por ejemplo, esta paciente que comenté, era un triple negativo que usó un DIU con levonorgestrel como última opción. Son casos de discusión, que hay que debatirlos en lo que sería un comité. Está contraindicado y existen las excepciones, pero no está indicado.

Dr. Cassab: Sí, hay algunos trabajos que estuve leyendo que dicen que uno puede usar el anticonceptivo oral hasta llegar a los 45 años y después hacer ooforectomía como para prevenir el cáncer de ovario. Obviamente es algo en discusión.

Dra. Fabiano (online): Te felicita por el trabajo. Le llama la atención el porcentaje de pacientes premenopáusicas, si comparamos al porcentaje de pacientes menores de 40 años (19%), es casi el doble de lo reportado por nuestro trabajo publicado en 2020, utilizando los datos del RCM, que es del 10%.

Dra. Zalazar Martínez: Fue altísimo, a nosotros también nos llamó la atención respecto al número de pacientes. Donde yo trabajo es un centro que, en general, se ve gente bastante joven, así que fue un porcentaje bastante elevado. Por eso también elegí este tema. Yo soy médica ginecóloga, cuando comencé a trabajar en el lugar actual, todos los mastólogos me derivaban a las pacientes para hacerles controles ginecológicos y ahí me encontré con el tema de la anticoncepción. Lo tuve que repasar y ponerme a estudiar nuevamente para ver qué le podía ofrecer yo a los pacientes. Así fue como se generó este trabajo.

ANEXOS

Durante la entrevista se detallaron las preguntas del siguiente cuestionario:

1. ¿La paciente mantiene relaciones sexuales al momento del cuestionario?
2. De ser positivo lo anterior ¿mantiene relaciones sexuales con alguna pareja estable?
3. ¿Las relaciones sexuales que mantienen son heterosexuales u homosexuales?
4. ¿Se encontraban al momento del diagnóstico utilizando algún método anticonceptivo?
5. ¿Utiliza preservativo siempre?
6. Al momento de elegir el método anticonceptivo, ¿refiere algún tipo de objeción de conciencia a tener en cuenta?
7. ¿Planea embarazo a futuro o considera que la paridad ha sido cumplida?
8. ¿Conoce algún tipo de anticoncepción de emergencia?