

SESIÓN CIENTÍFICA

Consulta de derivación a fertilidad en pacientes menores de 40 años con cáncer de mama.

Nuestra casuística en los últimos 20 años.

Ángeles Ballester¹, Tomás Quintana², Natalia Zeff³,
Fernando Paesani⁴,
Eduardo Abalo⁵, Gabriel Crimi⁶,
Francisco von Stecher⁷

RESUMEN

Introducción

Entre el 6,6% y el 10,4% de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama corresponden a menores de 40 años. La preservación de la fertilidad y la fertilidad futura es una de las preocupaciones descritas en esta población. Este grupo etario debe ser abordado de una manera multidisciplinaria.

Objetivo

Evaluar la tasa de pacientes menores de 40 años con diagnóstico de cáncer de mama que fueron derivadas a realizar asesoramiento de preservación de fertilidad, evaluar la tasa de tratamiento de preservación de la fertilidad y la tasa de embarazos.

Material y método

Se realizó un trabajo observacional descriptivo que incluyó a todas las pacientes menores de 40 años con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en el Hospital Universitario CEMIC entre el año 2000 y 2020.

Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno" (CEMIC) Ciudad Autónoma de Buenos Aires

1 Especialista en Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario CEMIC, 3 de Febrero 3331

2 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe de Sección de Endocrinología y Fertilidad, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

3 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Sección de Ginecología Oncológica y Mastología, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

4 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Sección de Ginecología Oncológica y Mastología, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

5 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Unidad de Mastología, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

6 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia. Miembro de la Sección de Ginecología Oncológica y Mastología, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

7 Especialista en Ginecología y Obstetricia. Jefe de Sección de Ginecología Oncológica y Mastología, Hospital Universitario CEMIC, Galván 4102

Correo electrónico: kukiballester@gmail.com

Resultado

Se diagnosticaron 1641 cánceres de mama, de las cuales 94 pacientes tenían menos de 40 años correspondiendo al 5,72%.

La tasa de consulta a fertilidad fue de 39,36%, la tasa de preservación de la fertilidad fue del 25,53% y la tasa de embarazo fue del 7,44%.

La tasa de consulta a fertilidad desde el año 2011 hasta el año 2020 fue del 50%.

Encontramos significancia estadística en pacientes que consultaron a fertilidad con deseo de esta ($p=0.0002$), no encontramos significancia estadística en las otras variables analizadas (edad, gestaciones previas, estadio inicial).

Conclusión

Se observó un aumento de número de casos de cáncer de mama en pacientes menores de 40 años, principalmente desde el año 2010. El deseo de fertilidad se asoció a un aumento de derivación a la consulta de fertilidad.

Palabras Clave

Cáncer de mama, consulta a fertilidad, preservación de la fertilidad, embarazo.

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer is the most common cancer in women. Between 6,6% and 10,4% are diagnosed under 40 years old. Fertility preservation and future fertility are aspects that concern this population. Young women with breast cancer must be treated by a multidisciplinary team.

Objective

To evaluate the rate of fertility counseling, fertility preservation and pregnancy rate in women younger than 40 years old with breast cancer diagnosis.

Materials and method

A retrospective study was performed. Patients under 40 years old diagnosed with breast cancer treated at Hospital Universitario CEMIC in the period between 2000 and 2020 were included.

Results

Of 1641 breast cancers diagnosed, 94 (5,72%) were younger than 40 years old.

The rate of fertility counseling was of 39,36%, the rate of fertility preservation 25,53% and the pregnancy rate was of 7,44%.

We found that from 2011 to 2020 the rate of fertility counseling was of 50%.

We found statistical significance in patients who had desire of future pregnancy ($p=0.0002$), but we did not find statistical significance on the other variables analyzed (age, previous pregnancy, initial stage).

Conclusion

We observed an increase in the number of patients younger than 40 years old with breast cancer, mainly since 2010. The variable of desire of future pregnancy was associated with an increase of patients receiving fertility counseling.

Key words

Breast cancer, fertility counseling, fertility preservation, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino y es la segunda causa de muerte en esta población.¹

La organización mundial de la salud publicó que en el año 2021 se diagnosticaron 2,2 millones de casos de cáncer de mama a nivel mundial, y en Argentina 22 mil casos anuales (32% de todos los cánceres en mujeres).^{2,3}

De acuerdo con el grupo etario y cáncer de mama a nivel mundial, las publicaciones son heterogéneas. En el año 2013, Hussein y colaboradores⁴ publicaron que un 6,6% corresponde a pacientes menores de 40 años (significando el 40% de todos los cánceres diagnosti-

cados en dicha edad), 2,4% a menores de 35 años y 0,65% a menores de 30 años.

En el año 2020 se publicó un análisis retrospectivo sobre cáncer de mama y pacientes jóvenes en Argentina, reportándose un 10,4% de pacientes menores de 40 años con cáncer de mama.⁵

El abordaje de dicho grupo etario debe ser multidisciplinario y en muchas ocasiones es un desafío ya que se deben abarcar múltiples variables al momento del diagnóstico. La preservación de la fertilidad y la fertilidad futura es una de las preocupaciones descritas en las últimas décadas en mujeres jóvenes con cáncer de mama y aún más por el retraso actual de la maternidad. Dichas preocupaciones o desafíos se deben a los tratamientos instaurados, ya sea por el efecto gonadotóxico de la quimioterapia, la supresión de la función ovárica o la duración de los tratamientos y por inquietud a la recurrencia de enfermedad, causando impacto no sólo a nivel físico sino también psicosocial.⁶

De acuerdo a la NCCN y las Guías de Práctica Clínica de ASCO, toda mujer premenopáusica con diagnóstico de cáncer debería ser asesorada sobre los riesgos de infertilidad futura de acuerdo al tratamiento instaurado ofreciéndoles atención de un especialista en fertilidad y eventualmente preservación de la misma.^{7,8}

OBJETIVO

Objetivo primario:

Evaluar la tasa de pacientes menores de 40 años con diagnóstico de cáncer de mama que fueron derivadas a realizar asesoramiento de preservación de fertilidad.

Objetivo secundario:

Evaluar la tasa de tratamiento de preservación de la fertilidad y la tasa de embarazos.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un trabajo observacional descriptivo que incluyó a todas las pacientes menores de 40 años con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en el Hospital Universitario CEMIC entre el año 2000 y 2020.

Se recolectaron pacientes a partir de la base de datos de la Unidad de Mastología CEMIC y se realizó revisión de las historias clínicas de las mismas. Se excluyeron pacientes con cáncer de mama mayores o igual a 40 años por menor tasa de éxito de preservación de la fertilidad en este grupo etario. Se incluyeron los CDIS.

Las variables analizadas fueron: edad al diagnóstico en años, paridad (número de embarazos previos), estadio clínico inicial de acuerdo al TNM (AJCC-TNM 8va edición), año de diagnóstico de cáncer de mama, inmunofenotipo de acuerdo a la inmunohistoquímica, deseo de fertilidad, tratamiento adyuvante instaurado incluyendo hormonoterapia y quimioterapia, preservación de fertilidad (técnica de preservación, excluyendo supresión ovárica con análogos de GnRH por falta de datos de la indicación de la misma), embarazo posterior (espontáneo y no espontáneo), cobertura médica.

La variable derivación a fertilidad fue definida de acuerdo con la consulta realizada con un especialista de fertilidad, previo asesoramiento inicial en el consultorio con el médico mastólogo.

Análisis estadístico: Para evaluar la asociación entre la consulta a fertilidad y variables dicotómicas se aplicó la prueba de Chi cuadrado con corrección de Mantel-Haenszel y prueba exacta de Fisher. Se acepta como nivel de significación estadística un valor de $p < 0.05$. Para hacer los cálculos se utilizó el programa OpenEpi. Para el análisis multivariado se utilizó un modelo de regresión logística con el programa Stata 16, consideramos $p < 0.05$ como estadísticamente significativa.

RESULTADO

Entre el año 2000 y 2020 se diagnosticaron 1641 cánceres de mama, de las cuales 94 pacientes tenían menos de 40 años correspondiendo al 5,72% y fueron incluidas en el trabajo.

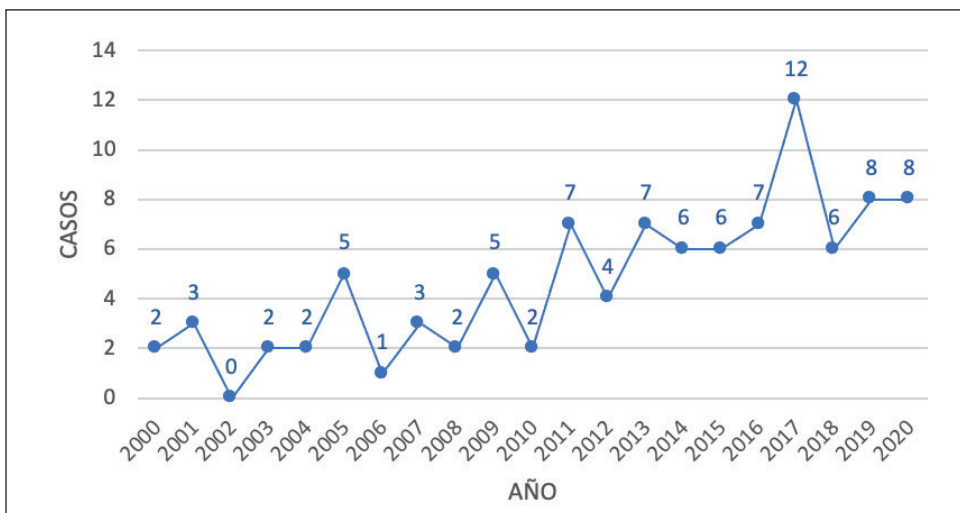
En la Tabla 1 se describen las características de la población.

	PACIENTES (N=94)
Edad al diagnóstico (años)	27-39 (37)
Paridad	0: 36 (38,3%) 1: 28 (29,7%) 2: 18 (19,2%) >2: 7 (7,5%) SIN DATOS: 5 (5,3%)
Estadio inicial	0: 8 (8,55%) I: 36 (38,3%) IIA: 23 (24,4%) IIB: 17 (18%) IIIA: 7 (7,45%) IIIB: 3 (3,3%)
Inmunofenotipo	Luminal: 75 (79,8%) Triple Negativo: 8 (8,5%) Luminal Her 2 neu positivo: 6 (6,4%) Her 2 neu positivo puro: 5 (5,3%)
Deseo de fertilidad	Si: 34 (36%) No: 43 (46%) Sin datos: 17 (18%)

Tabla 1. Características de la población. Los datos están expresados en (rango) de la mediana o porcentaje (%).

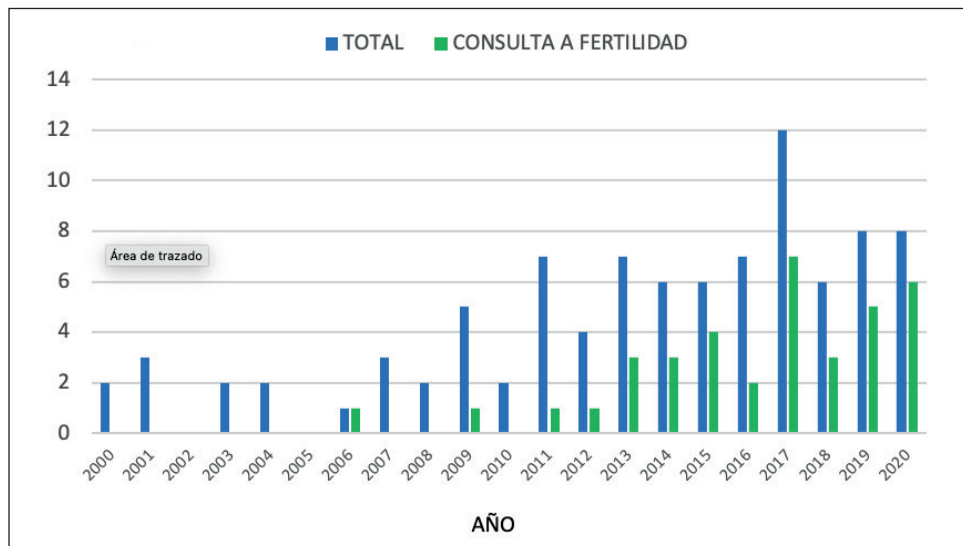
Con respecto al año del diagnóstico, vemos un aumento de casos a partir del año 2010 (Gráfico 1).

Gráfico 1: Casos por año.



En el Gráfico 2 podemos observar los casos que consultaron y que no consultaron al servicio de fertilidad por año.

Gráfico 2: Consultas por año.



En la Tabla 2 se muestran los datos con respecto al tratamiento adyuvante instaurado, la técnica de preservación de fertilidad y los embarazos posteriores.

	PACIENTES (N=94) (%)
Hormonoterapia en luminales y luminales Her2 positivos	Si: 76 (93,8) No: 5 (6,2)
Quimioterapia	Si: 68 (78,2) No: 25 (21,8)
Preservación de fertilidad	Si: 24 (25,5) Criopreservación ovocitaria: 23 (96) Preservación de corteza ovárica: 1(4)
Embarazo posterior	Si: 7 (7,4) Espontáneo: 5 (71) No espontáneo: 2 (29)

Tabla 2. Características de la población (cont.)

En cuanto a los tumores luminales y luminales Her 2 neu positivos, el 93,8% recibió hormonoterapia y el 6,2% no lo recibió. Las causas de no haber recibido son: dos pacientes se negaron a realizar tratamiento, una paciente perdió cobertura, una se perdió el seguimiento y otra presentó una recaída temprana como triple negativo.

Con respecto a la quimioterapia, excluimos a los CDIS (n=6) y a la pérdida de seguimiento (n=1). Un 78,2% recibieron quimioterapia y 21,8% no.

Del total de pacientes, 37 pacientes realizaron la consulta a fertilidad, 34 presentaban deseo de fertilidad y 43 no. Diecisiete se reporta sin datos.

Del 36% de las pacientes mencionadas con deseo de fertilidad, 32 de ellas (94%) realizaron la consulta con un especialista en fertilidad y recibieron asesoramiento. Las restantes no consultaron más allá de haber expresado el deseo de fertilidad (Flujograma 1).

Flujograma 1.

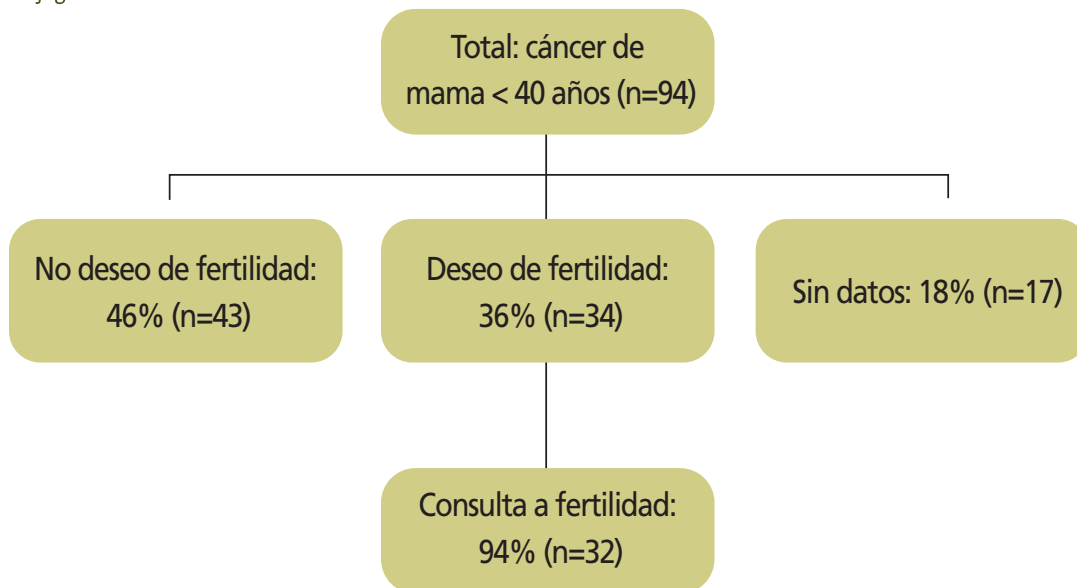
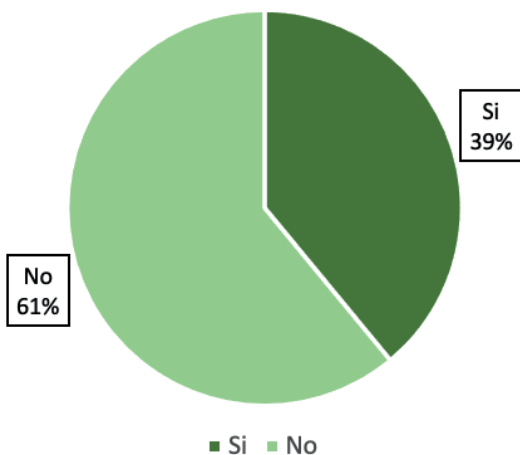


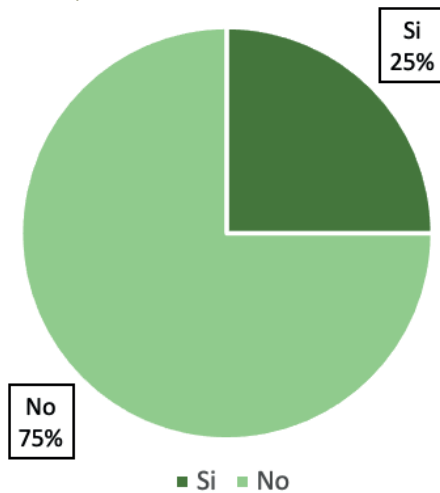
Gráfico 3: Consulta a fertilidad.



Teniendo en cuenta las 32 pacientes con deseo de fertilidad que realizaron la consulta con un especialista, 23 de ellas realizaron criopreservación ovocitaria, 1 realizó preservación de la corteza ovárica, 6 pacientes no quisieron realizar preservación, en 1 paciente no se obtuvieron ovocitos y en la paciente restante no obtuvo autorización por su cobertura médica para realizar el procedimiento.

Del total de las pacientes que tuvieron cáncer de mama en dicha población, se reportaron siete embarazos. Dos embarazos realizados por fertilización in vitro (FIV) (de las que preservaron fertilidad), uno

Gráfico 4: Preservación de la fertilidad.



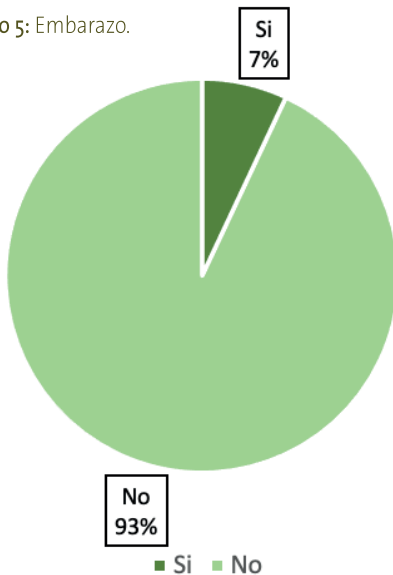
de ellos presentó un aborto espontáneo del primer trimestre y otro llegó al término. Cinco pacientes presentaron embarazos espontáneos, tres de término y dos abortos del primer trimestre.

En los gráficos 3, 4 y 5 se muestra la tasa de consulta a fertilidad, la tasa de preservación de la fertilidad y la tasa de embarazo, siendo de un 39,36%, 25,53% y 7,44% respectivamente.

La tasa de consulta a fertilidad desde el año 2011 hasta el año 2020 fue del 50%.

En cuanto a las pacientes que consultaron a fertilidad, la mediana de edad fue de 35 años comparado con el grupo que no consultaron donde la mediana fue de 38 años.

Gráfico 5: Embarazo.



En la Tabla 3 se compara la paridad entre el grupo de pacientes que consultaron y no consultaron a fertilidad. Se puede observar que el 64,8% de las pacientes que consultaron no presentaban embarazos previos y en el grupo de las que no consultaron la mayoría presentaban 1 o 2 gestaciones previas al diagnóstico.

	CONSULTA N: 37 (%)	NO CONSULTA N: 40 (%)
PARIDAD		
0	24 (64,8)	6 (15)
1	10 (27)	14 (35)
2	3 (8,2)	13 (32,5)
>2	0	7 (17,5)

Tabla 3. Consulta a fertilidad según paridad.

	CONSULTA N: 37 (%)	NO CONSULTA N: 40 (%)
ESTADIO		
0	3 (8,1)	2 (5)
I	19 (51,4)	14 (35)
IIA	6 (16,3)	12 (30)
IIB	5 (13,4)	10 (25)
IIIA	3 (8,1)	1 (2,5)
IIIB	1 (2,7)	1 (2,5)

Tabla 4. Consulta a fertilidad según estadios.

	CONSULTA N: 37 (%)	NO CONSULTA N: 40 (%)
EDAD (años)		
<o igual a 35	20 (54)	5 (12,5)
>35	17 (46)	35 (87,5) p=0.00005
PARIDAD		
0	24 (64,9)	6 (15)
>1	13 (35,1)	34 (85) p=0.00003
ESTADIO		
0 y I	22 (59,5)	16 (40)
II y III	15 (40,5)	24 (60) p=0.045
DESEO DE FERTILIDAD		
Si	32 (86,5)	2 (5)
No	5 (13,5)	38 (95) p=0.000001

Tabla 5. Análisis univariado de pacientes que consultaron vs no consultaron a fertilidad.

	PRESERVACIÓN N=24 (%)	NO PRESERVACIÓN N=53 (%)
EDAD		
<o igual a 35	17 (70,8)	8 (15)
>35	7 (29,2)	45 (85) p=0.00002
EMBARAZO		
Si	3 (12,5)	4 (7,5)
No	21 (87,5)	49 (92,5) p=0.37

Tabla 6. Análisis univariado de pacientes que realizaron preservación vs no preservación.

La Tabla 4 compara los estadios entre las pacientes que consultaron y las que no, como podemos observar la mayoría de ambos grupos presentaban estadios iniciales, principalmente Estadio I; pero teniendo en cuenta los estadios II se observa una mayor cantidad en las pacientes que no consultaron.

Se realizó un análisis univariado para establecer su relación con la consulta a fertilidad. Las variables analizadas fueron: edad, paridad, estadio inicial y deseo de fertilidad. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre todas las variables analizadas (Tabla 5).

Por otro lado, se realizó otro análisis univariado para establecer su relación con la preservación de la fertilidad y las variables analizadas fueron: edad y embarazo posterior. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la edad menor o igual a 35 años y la preservación de fertilidad ($p=0.00002$). No encontramos significancia estadística en la otra variable analizada (Tabla 6).

En la Tabla 7 se muestra el análisis realizado para establecer relación entre las pacientes que consultaron y que realizaron o no preservación de la fertilidad y la cobertura médica de cada paciente. No encontramos significancia estadística en la variable analizada ($p=0.14$).

	CONSULTA + PRESERVACIÓN N=24 (%)	CONSULTA + NO PRESERVACIÓN N=13 (%)	
COBERTURA			
Obra Social	4 (16,6)	5 (38,5)	p=0.14
Prepaga	20 (83,4)	8 (61,5)	

Tabla 7. Análisis según cobertura médica.

	OR [IC 95%]	P
EDAD (años)		
< o igual a 35 años	3.85 [0.62-23.76]	0.145
PARIDAD		
Gesta 0	2.19 [0.35-14.98]	0.384
ESTADIO INICIAL		
Estadio 0 y 1	1.24 [0.24-6.35]	0.792
DESEO DE FERTILIDAD	59.84 [9.14-391.54]	0.0002

Tabla 8. Consulta a fertilidad. Análisis multivariado.

Los resultados del análisis multivariado (Tabla 8) informaron que en pacientes con edad menor o igual a 35 años aumentaban 3.85 veces la consulta a fertilidad (IC 95% 0.62-23.76). Lo mismo sucedió con las pacientes sin embarazos previos, con un OR de 2.19 (IC 95% 0.35-14.98). En las pacientes con Estadios 0 y 1 solamente consultaron 1.24 (IC 95% 0.24-6.35) veces más que las pacientes con estadios avanzados. De los valores mencionados anteriormente ninguno fue estadísticamente significativo. Encontramos significancia estadística en pacientes con deseo de fertilidad, interpretamos que las pacientes que presentaban deseo consultaban 59.84 (IC 95% 9.14-391.54) veces más que las que no (p=0.0002).

DISCUSIÓN

En nuestro estudio observamos que un 5,72% de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama correspondían a menores de 40 años. Nuestro resultado coincide con la literatura publicada donde se reporta entre un 6,6% y 10,4% de las mismas.^{4,5}

En los últimos 20 años constatamos un aumento de consultas de pacientes con cáncer de mama menores de 40 años, principalmente a partir del año 2010.

Podemos observar en nuestros resultados que más de la mitad de las pacientes que consultaron a fertilidad fueron menores de 35 años y con estadios iniciales 0 y I, comparando con una cohorte retrospectiva acerca de preservación de la fertilidad publicada por Green y col. podemos observar que la mayoría de las pacientes que consultaban presentaban menos de 35 años, concordante con nuestra publicación, pero a diferencia de la nuestra, el mayor porcentaje presentaban estadio 2 de inicio.⁹

El tratamiento del cáncer de mama tiene implicancias en la función ovárica por lo tanto en la fertilidad futura de las pacientes jóvenes que padecen esta enfermedad.

La preservación de la fertilidad y la fertilidad futura es una de las preocupaciones descritas en las últimas décadas en mujeres jóvenes con cáncer de mama y aún más por el retraso actual de la maternidad.⁶ En nuestro trabajo la mediana de edad era de 37 años y un 40% eran nulíparas.

Está demostrado el estrés psicosocial y el impacto negativo en la salud de pacientes jóvenes.¹⁰

Aproximadamente la mitad de las pacientes con cáncer de mama tienen deseo de embarazo luego de haber terminado el tratamiento correspondiente, pero la posibilidad de embarazo es entre un 40 a 60% más bajas que la población general.¹¹ Esto último es debido a los tratamientos oncológicos instaurados. En nuestra población el 36% presentaba deseo de fertilidad.

Los agentes quimioterápicos pueden generar amenorrea temporal o permanente en algunos casos. Los agentes alquilantes como por ejemplo la ciclofosfamida tiene alta tasa de gonadotoxicidad describiendo un 40 a 60% de amenorrea en pacientes menores de 40 años y más del 80% en pacientes mayores de 40 años. Las antraciclinas son en menor medida gonadotóxicas que los agentes alquilantes, pero igualmente pueden producir amenorrea. En cuanto a los taxanos se reportó amenorrea cuando se administra en conjunto con alquilantes y antraciclinas.¹²

Los médicos tratantes tienen la responsabilidad de asesorar a las pacientes con cáncer de mama sobre el riesgo de infertilidad futura debido a los tratamientos oncológicos potencialmente instaurados.¹⁰

Patridge y cols¹³ mencionaron en una encuesta que el 72% de las pacientes se preocupaban por su fertilidad futura y el 57% de ellas muy preocupadas.

En otra encuesta de 297 mujeres, el 67% discutieron temas con sus médicos tratantes acerca de la fertilidad futura y el 64% se mostraron preocupadas por este tema. El 54% presentaba deseo de embarazo previo al diagnóstico y un 71% al preguntar luego del diagnóstico continuaban presentando deseo de este.¹⁴

En un trabajo publicado por Patridge y cols¹³ se menciona que, dentro de un grupo de pacientes con cáncer de mama, el 68% refiere recordar haber recibido algún tipo de asesoramiento sobre preservación de fertilidad previo al tratamiento pero que solo un bajo porcentaje decidió realizar alguna técnica de reproducción ya sea criopreservación, preservación embrionaria o preservación de la corteza ovárica (10%). Y el 32% restante refieren no haber discutido del tema con su médico de cabecera.

En un estudio de cohorte prospectivo multicéntrico se reportó que un 70% de las pacientes luego del diagnóstico expresaban deseo de embarazo, pero manifestaron diversas preocupaciones como: impacto del eventual embarazo sobre el pronóstico, preocupación por los hijos en base a una recurrencia y posibilidad de herencia de cáncer. De esta población, 30% no presentaba recuerdo de haber recibido asesoramiento o consejería ni derivación a un especialista de fertilidad.¹⁴

La proporción de pacientes que realizan preservación de fertilidad es muy variable. Se describen desde el 2 al 50%.¹³ En nuestro trabajo se reporta una tasa de preservación de la fertilidad del 25%.

Lambertini y col describen que en su población un 22% de su población aceptó asesoramiento, pero solo un 8% realizaron preservación de fertilidad.¹⁰

Posibles explicaciones para estos números descritos en base a la experiencia de las pacientes son: falta de comunicación entre médico paciente, preocupaciones en cuanto a la seguridad de las técnicas, impacto negativo de embarazo post cáncer de mama y acceso inadecuado a las técnicas correspondientes.¹⁰

En un metaanálisis de embarazo luego de cáncer de mama publicado por Lambertini y colaboradores¹⁵ se menciona que las pacientes con cáncer eran menos propensas a presentar un embarazo comparado con la población general que comparado con las pacientes sanas RR 0.40; IC 95% (0.32-0.49).

En otra cohorte prospectiva incluyendo 1026 pacientes con cáncer de mama menores de 40 años, reportaron una tasa de embarazo del 10%, similar a la publicada en nuestro trabajo que fue el 7,44%.¹⁶

En una cohorte retrospectiva sueca¹¹ se analizaron 468 pacientes que realizaron preservación de la fertilidad comparado con 850 que

no. En la población de preservación se demostró que las que la realizaron eran pacientes más jóvenes, sin paridad y receptores positivos. En nuestra población el 71% que preservaron eran menores de 35 años, el 80% no presentaban hijos previos y 91% eran luminales. En la cohorte sueca, dentro del grupo que preservó, un 22,8% presentaron al menos un hijo vivo comparado con 8,2% que no preservaron. La tasa de recién nacido vivo fue mayor en pacientes que realizaron previamente la preservación, con mayor tasa de éxito en las terapias de reproducción asistida; datos que difieren con nuestra publicación ya que solo dos embarazos fueron en pacientes que realizaron preservación y el resto fueron espontáneos; de todas maneras, nuestro número es bajo con lo cual resulta poco comparable.

Cada año hay mayor evidencia de que en pacientes oncológicos, la infertilidad por los tratamientos instaurados se asocia a depresión, ansiedad y baja autoestima.

Múltiples factores se describen de la ausencia del asesoramiento; ya sea por desconocimiento del médico tratante, la falta de acceso a un profesional especialista en fertilidad, la falta de un equipo multidisciplinario y factores relacionados con el paciente como por ejemplo la falta de educación, pronóstico, paridad, cuestiones económicas, entre otros.¹⁰

Estos datos fueron analizados en Argentina en una encuesta a los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología, publicada en la Revista Argentina de Mastología,¹⁷ cuyo objetivo fue analizar la práctica actual sobre la preservación de fertilidad y embarazo. La frecuencia de abordaje en el impacto del tratamiento oncológico de la fertilidad futura fue "siempre" en el 61% de los casos y "casi siempre" en un 23,4% de los casos. La frecuencia de derivación a una consulta con un especialista fue "siempre" en el 42,9% de los casos y un 31,6% respondió "casi siempre". Reporta que un 84,4% de los médicos tratantes abordan el impacto del tratamiento oncológico sobre la fertilidad futura.¹⁷

En cuanto a la derivación a un especialista en fertilidad en dicha encuesta se reporta un 74,5%, mayor de lo publicado en nuestra institución.

En una encuesta realizada por Forman¹⁸ demuestra una tasa de derivación del 39% y en 2009 por Quinn¹⁹ una tasa de derivación del 43%, similar a nuestra publicación.

En la encuesta, las causas más frecuentes por las cuales la derivación no se concretó fue porque el paciente no lo deseaba (55,2%), interpre-

tando que esta variable es importante a la hora de la derivación.¹⁷ En nuestro trabajo el 43% de las pacientes no presentaban deseo de fertilidad.

Resulta interesante una encuesta de Lambertini²⁰ sobre el conocimiento de los médicos tratantes en base a aspectos relacionados con la fertilidad. Reportó que en cuanto a la preservación de la fertilidad un 63% estudiaba sobre el tema y un 37% no. En cuanto al embarazo luego del cáncer de mama 53% tenía conocimiento en el tema y el 47% restante no. Lo cual nos hace reflexionar acerca de las actualizaciones en los médicos tratantes sobre este tema en particular.

Cabe destacar como mencionado en la encuesta¹⁷ el hecho de pertenecer a una unidad de mastología acreditada conlleva a una actualización constante del conocimiento y poder trabajar en un equipo multidisciplinario.

Por último, con respecto a la demora del tratamiento oncológico y la preservación de la fertilidad; en un trabajo retrospectivo del instituto Dana-Farber incluyó 1044 pacientes jóvenes con cáncer de mama que realizaron asesoramiento de fertilidad de las cuales 123 aceptaron realizar preservación de la fertilidad, demostró que las técnicas de preservación de la fertilidad retrasan entre 6-10 días el inicio del tratamiento oncológico pero que no afecta la recurrencia o sobrevida global y libre de enfermedad de esta población.⁹

CONCLUSIÓN

En los últimos 20 años constatamos un aumento de consultas de pacientes con cáncer de mama menores de 40 años, principalmente a partir del año 2010. Describimos una tasa de consulta al servicio de fertilidad de un 39,36%, y un 50% en los últimos 9 años. La tasa de preservación de fertilidad fue del 25,53% y la tasa de embarazo de 7,44%. Se halló una asociación estadísticamente significativa entre la consulta a fertilidad y el deseo de fertilidad ($p=0.0002$). De acuerdo con el resto de las variables analizadas como edad, embarazos previos y estadio inicial no encontramos significancia estadística. Más allá de las publicaciones mencionadas y la variabilidad de la tasa de comprendemos que se debe continuar trabajando en la preservación de fertilidad en este grupo etario de pacientes.

REFERENCIAS

1. Farhad Islami, Elizabeth M Ward, Hyuna Sung, et al. Annual Report to the Nation on the Status of Cancer, Part 1: National Cancer Statistics, JNCI: Journal of the National Cancer Institute, Volume 113, Issue 12, December 2021, Pages 1648–1669. ◀
2. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: Datos y cifras. Marzo 2021. ◀
3. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Argentina. Estadísticas-Incidencias. Año 2020. <www.argentina.gob.ar>. ◀
4. Hussein A, Khoury KE, Dbouk H, et al. Epidemiology and prognosis of breast cancer in young women. J Thorac Disc. 2013 Jun;5 Suppl 1: S2-8. ◀◀
5. Fabiano V, Mando P, Rizzo M, et al. Breast cancer in young women presents with more aggressive pathologic characteristics: Retrospective analysis from an Argentine National Database. JCO Glob Oncol. 2020 Apr;6:639-646. ◀◀
6. Rosenberg SM, Gelber S, Gelber RD, et al. Oncology Physicians Perspectives on Practices and Barriers to Fertility Preservation and the Feasibility of a Prospective Study of Pregnancy After Breast Cancer. J Adolesc Young Adult Oncol. 2017;6(3):429-434. ◀
7. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). <www.nccn.org>. ◀
8. Oktay K, Harvey BE, Patridge AH, et al. Fertility Preservation in Patients With Cancer: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2018 Jul 1;36(19):1994-2001. ◀
9. Greer AC, Lanes A, Poorvu PD, et al. The impact of fertility preservation on the timing of breast cancer treatment, recurrence, and survival. Cancer. 2021 Oct 15;127(20):3872-3880. ◀◀
10. Lambertini M, Pinto AC, Del Mastro L. Fertility issues in young breast cancer patients: what women want. J Thorac Dis. 2014 Jun;6(6)594-8. ◀◀◀
11. Marklund A, Lundberg FE, Eloranta S, et al. Reproductive Outcomes After Breast Cancer in Women With vs Without Fertility Preservation. JAMA Oncol. 2021 Jan 1;7(1):86-91. ◀◀
12. Shah NM, Scott DM, Kandagatla P, et al. Young Women with Breast Cancer: Fertility Preservation Options and Management of Pregnancy-Associated Breast Cancer. Ann Surg Oncol. 2019 May;26(5):1214-1224. ◀
13. Partridge AH, Ruddy KJ, Gelber SI, Tamimi RM. Prospective study of fertility concerns and preservation strategies in young women with breast cancer. J Clin Oncol. 2014 Apr 10;32(11):1151-6. ◀◀
14. Ruggeri M, Pagan E, Bagnardi V, et al. Fertility concerns, preservation strategies and quality of life in young women with breast cancer: Baseline results from an ongoing prospective cohort study in selected European Centers. Breast. 2019 Oct;47:85-92. ◀◀
15. Lambertini M, Blondeaux E, Bruzzone M, et al. Pregnancy After Breast Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Clin Oncol. 2021 Oct 10;39(29):3293-3305. ◀
16. Poorvu PD, Gelber SI, Zheng Y, et al. Pregnancy after breast cancer: Results from a prospective cohort of young women with breast cancer. Cancer. 2021 Apr 1;127(7):1021-1028. ◀
17. García A, Candás A, Bemí A, et al. Conocimientos y prácticas actuales sobre cáncer de mama, preservación de la fertilidad y embarazo. Encuesta a los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología. Revista Argentina de Mastología. 2021 Vol 40, N° 146. ◀◀
18. Forman EJ, Anders CK, Behera MA. A nationwide survey of oncologists regarding treatment-related infertility and fertility preservation in female cancer patients. Fertil Steril. 2019 Oct;94(5):1652-6. ◀
19. Quinn GP, Vadaparampil ST, Lee JH, et al. Physician referral for fertility preservation in oncology patients: a national study of practice behaviors. J Clin Oncol. 2009 Dec 10;27(35):5952-7. ◀
20. Lambertini M, Di Maio M, Pagani O, et al. The BCY3/BCC 2017 survey on physicians knowledge, attitudes and practice towards fertility and pregnancy-related issues in young breast cancer patients. Breast. 2018 Dec;42:41-49. ◀

DEBATE

Dr. Cogorno: Felicidades por el trabajo, muy prolija la presentación. Estamos viendo cada vez, como ustedes expusieron, cáncer en pacientes más jóvenes y por otro lado estamos viendo atraso en el inicio de la maternidad, o sea que se conjugan dos factores con los cuales ya sabemos que este tipo de pacientes hay que derivarlas en forma precoz. Ustedes mencionan que la mayoría de los embarazos logrados post cáncer de mama se dieron en forma espontánea. Me gustaría saber, en ese grupo de pacientes, qué hicieron ustedes específicamente para que preservaran la fertilidad. ¿Les dieron Leuprolide para protegerlas de la quimioterapia? Porque si se embarazaron espontáneamente me gustaría saber qué hicieron para cuidarlas.

Dra. Ballester: Eran pacientes más jóvenes que recuperaron sus ciclos menstruales, pero de siete embarazos, seis recibieron análogos para protección ovárica. Sí, correcto.

Dr. del auditorio: Te felicito por el trabajo, impecable. Me gustaría saber si ustedes tienen un porcentaje o una noción de cuántas de esas pacientes eran BRCA mutadas. Digo esto porque tiene su implicancia el tratamiento con inhibidores de PARP, le sumo un año más a la endocrinoterapia. No sé si pudieron recabar ese dato del trabajo.

Dra. Ballester: No te puedo responder, no tengo el número, pero por lo que recuerdo ninguna estaba en tratamiento con inhibidores de la PARP.

Dr. del auditorio: Llamaba un poco la atención también el 91% de luminales pese a que en el trabajo del Posadas eran sesenta y seis creo las enroladas.

Dra. Ballester: De las que preservaron, no de todas.

Dr. del auditorio: ¿De todas, cuántas eran del estadio I?

Dra. Ballester: Setenta y pico de luminales.

Dr. del auditorio: Bueno, gracias.

Dr. Loza: Posiblemente tampoco estén todas testeadas. Si bien es una edad propia del asesora-

miento genético y de testeo, no lo llega a hacer el 100%. Hablando de eso, de llegar a hacer, la tasa de ustedes es muy buena. De consulta y de preservación hecha. Son de las buenas.

Dra. Ballester: Sí, algunas pacientes más allá de haber hecho la consulta no quisieron preservar. En otras no se obtuvieron ovocitos, porque estaban cerca de los cuarenta años y dos pacientes no tuvieron cobertura.

Dr. Loza: Está dentro de los números y de las posibilidades normales. Pero en general son números buenos. Creo que se relacionan con un medio medianamente con accesibilidad y, como vos dijiste, con una unidad de Mastología en la que la consulta primero nace del médico, también de la paciente, pero si no nace del médico o este no la alienta, nunca se llegan a estos números.

Dra. Ballester: Tal cual. El especialista en fertilidad puede hacer una consulta bastante rápida en la paciente joven.

Dr. Loza: Pero a veces la paciente no lo pide o no tiene una información. Lo tiene que proponer sin duda el médico tratante.

Dra. Ballester: En la consulta, sí.

Dr. Loza: Yo creo que el trabajo muy bien, muchas gracias.