

CÁNCER EN LA MUJER

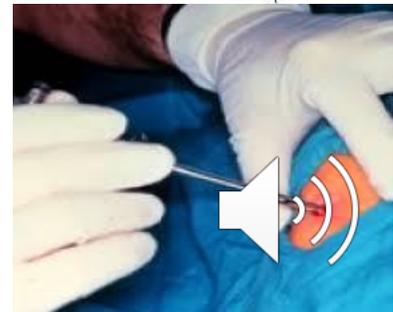
Vega Iranzo, M.D. Ph.D.

Oncóloga Médico y Profesora Asociada Universitaria, Hospital General Universitario de Valencia y Universidad de Valencia



CÁNCER EN LA MUJER

- ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA
- ABORDAJE DEL CÁNCER DE OVARIO.
- EMBARAZO Y CÁNCER.
- SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER.



CÁNCER EN LA MUJER

- **ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA**
- ABORDAJE DEL CÁNCER DE OVARIO.
- EMBARAZO Y CÁNCER.
- SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER.



EL CÁNCER DE MAMA EN CIFRAS

- Es el más común que afecta a las mujeres.
- En España, se prevén 35000 nuevos casos para este año.
- La mortalidad ha disminuido en Europa durante las últimas tres décadas.
- Para el cáncer de mama temprano, la supervivencia a 5 años es del 96%
- El cáncer de mama metastásico (CMM) sigue siendo la principal causa de muerte por cáncer en mujeres (1,8% de todas las muertes en Europa en 2015, supervivencia del CMM a 5 años del 38%).

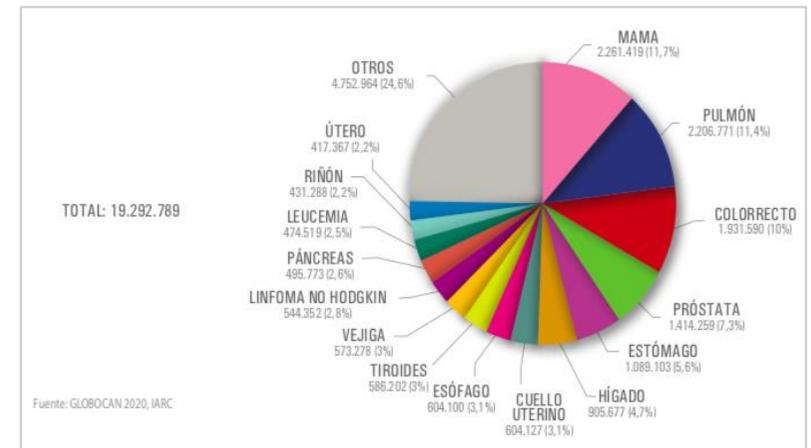


Figura 1: Tumores más frecuentemente diagnosticados en el mundo. Estimación para el año 2020, ambos sexos. Figura de SEOM, traducida de GLOBOCAN 2020.

Las muertes por cáncer de mama han disminuido en los países occidentales debido a la detección precoz y a la mejora del tratamiento



Factores de Riesgo establecidos

Risk Factor	Relative Risk
<i>BRCA1</i> or <i>BRCA2</i> mutation	10.0–32.0
Family history of cancer (no known mutation)†	
1 first-degree relative	1.5–2.0
2 first-degree relatives	3.0
3 or more first-degree relatives	4.0
1 second-degree relative	1.2–1.5
Therapeutic radiation to chest at <30 yr of age‡	7.0–17.0
Hormonal factors	
Late (age >30 yr) parity or nulliparity	1.2–1.7
Early (age <12 yr) menarche or late menopause (age >55 yr)	1.2–1.3
Combined hormone-replacement therapy (e.g., for 10 or more yr)	1.5
Postmenopausal obesity	1.2–1.9
Alcohol consumption (2 drinks/day vs. none)	1.2
Smoking before first live birth	1.2
Sedentary lifestyle	1.1–1.8
White race	1.1–1.5
Breast density (very dense vs. mainly fatty)	5.0
Atypical ductal or lobular hyperplasia or lobular carcinoma in situ on previous breast biopsy	4.0

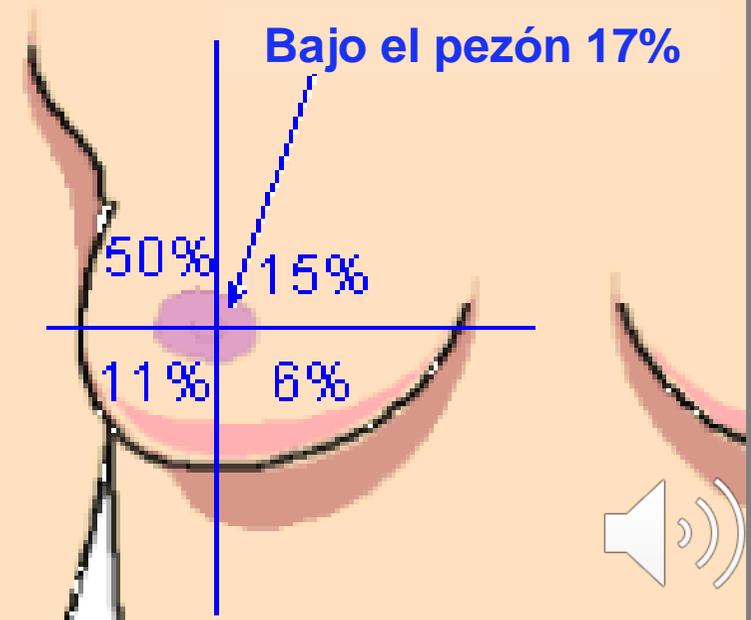


Clínica - Motivo de consulta

- Detección de una lesión mamográfica (screening)
- Síntomas:
 - Autopalpación de un tumor mamario
 - Mastodinia, molestia, hiperestesia
 - Secreción: uni/bilateral, uni/pluriorifical, etc
 - Inflamación, signos flogísticos
 - Alteraciones cutáneas y/o del pezón
 - Adenopatías axilares
 - Muy infrecuente síntomas por metástasis



Localización del cáncer de mama dentro de los cuatro cuadrantes de la mama



AUTOEXPLORACIÓN

- Delante de un espejo, con los brazos caídos a lo largo del cuerpo.
- Es importante relajarse y asegurarse de que se puede hacer sin prisas y sin interrupciones.
- ¿Cuándo? 5 días después de haber tenido la menstruación, cuando las mamas están menos tensas e hinchadas; para las que no la tengan, se recomienda hacerlo siempre en la misma fecha para no olvidarse.

- **La mayoría de las veces, los cambios detectados no tienen importancia**
- **Más del 80% de los nódulos que la propia mujer se detecta son benignos.**
- **Sin embargo, si se produce cualquier hallazgo, siempre debe consultarse con el médico.**



1 Comprobar si en la piel de las mamas aparecen nódulos o protuberancias. Observar si se ha producido algún cambio en el tamaño o aspecto de las mamas. Ver si los pezones están normales (que no estén retraídos o hundidos).

2 Realizar las mismas observaciones colocando las manos primero sobre las caderas y, después, detrás de la nuca.



3 Colocar una mano detrás de la nuca. Examinar la mama izquierda con la mano derecha, presionando con las puntas de los dedos y realizando un movimiento circular.

4 Examinar también el pezón tratando de detectar la posible presencia de nódulos o si se produce algún tipo de secreción de líquido.

5 Realizar una última palpación del área cercana a la axila (que también puede contener algo de tejido mamario).



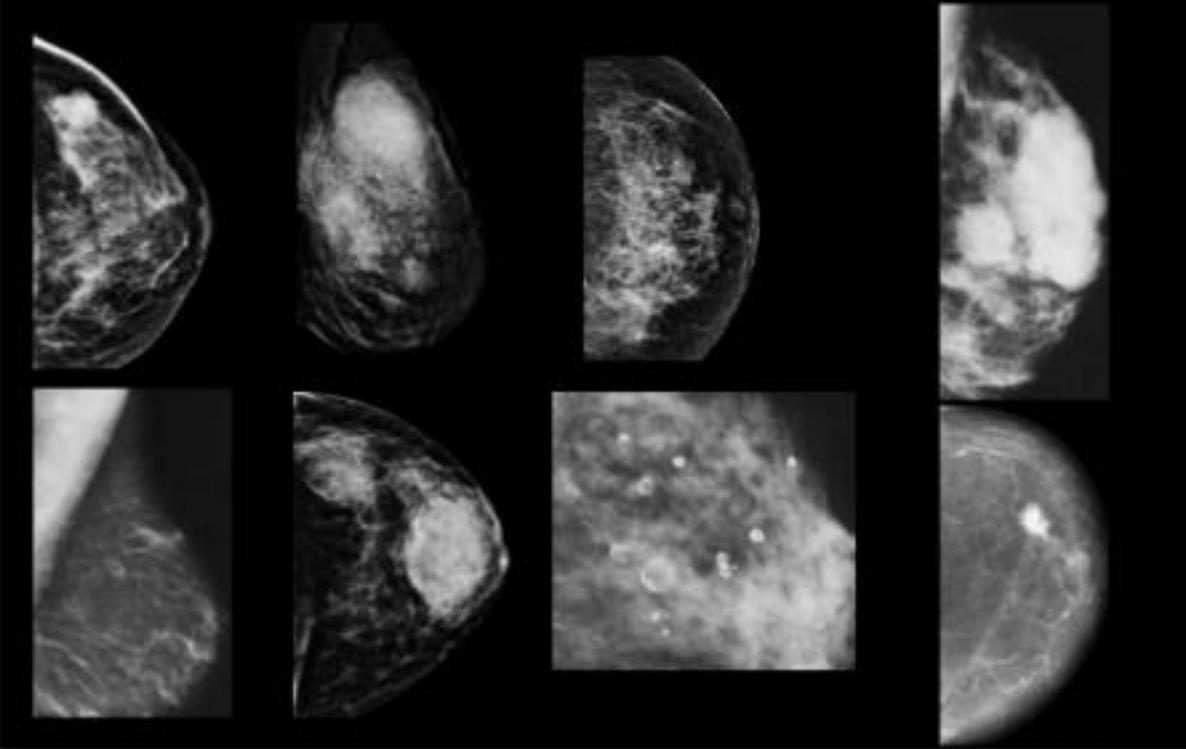
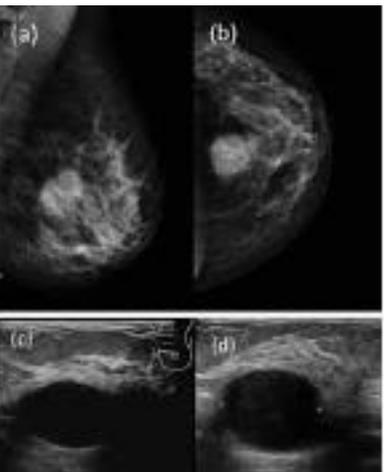
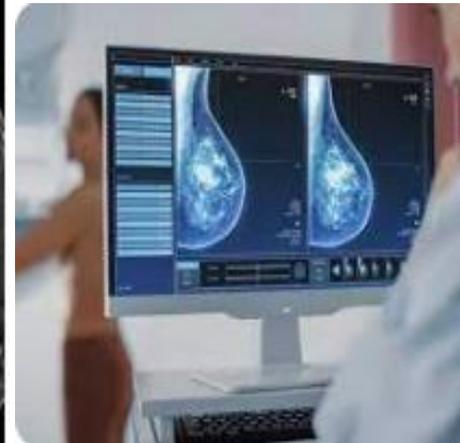
6 Proceder a realizar las mismas operaciones en la otra mama.

También es recomendable realizar la misma exploración en posición horizontal, colocando alternativamente una almohada bajo los hombros.

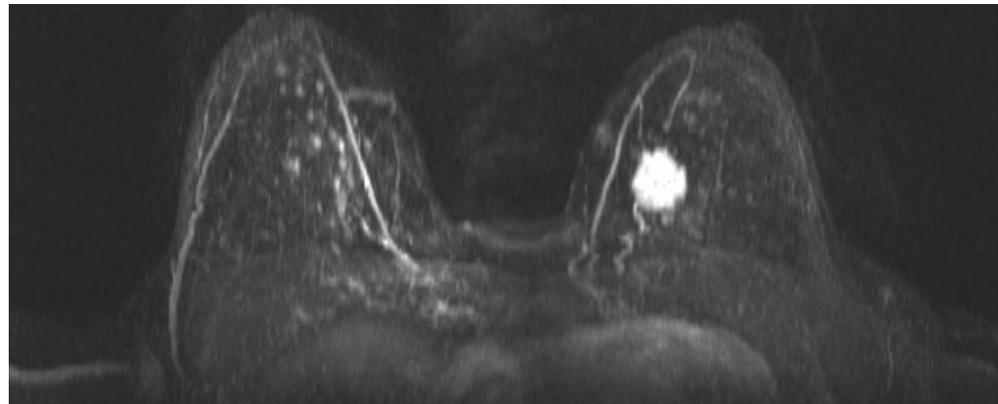
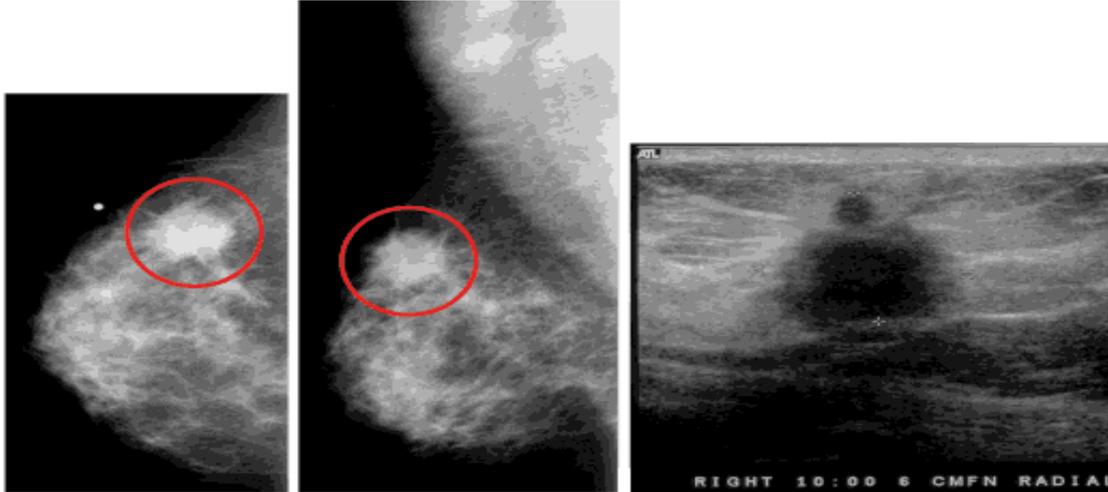


MAMOGRAFÍA

Sensibilidad 90%
Especificidad 95%



OTROS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS



ANATOMÍA PATOLÓGICA

- Tipo histológico
- Grado
- Tamaño tumoral
- Afectación ganglionar
- Invasión linfovascular y perineural
- Márgenes
 - Adecuados si >10 mm,
 - Inadecuados si <1mm

- No invasivo → *in situ*
 - Carcinoma ductal *in situ* (DCIS)
 - Carcinoma lobulillar *in situ* (LCIS)
- Carcinoma Invasivo
 - Carcinoma ductal ó lobulillar infiltrante
 - Carcinoma medular, mucinoso y tubular
- Tumores no comunes
 - Carcinoma Inflamatorio
 - Enfermedad de Paget

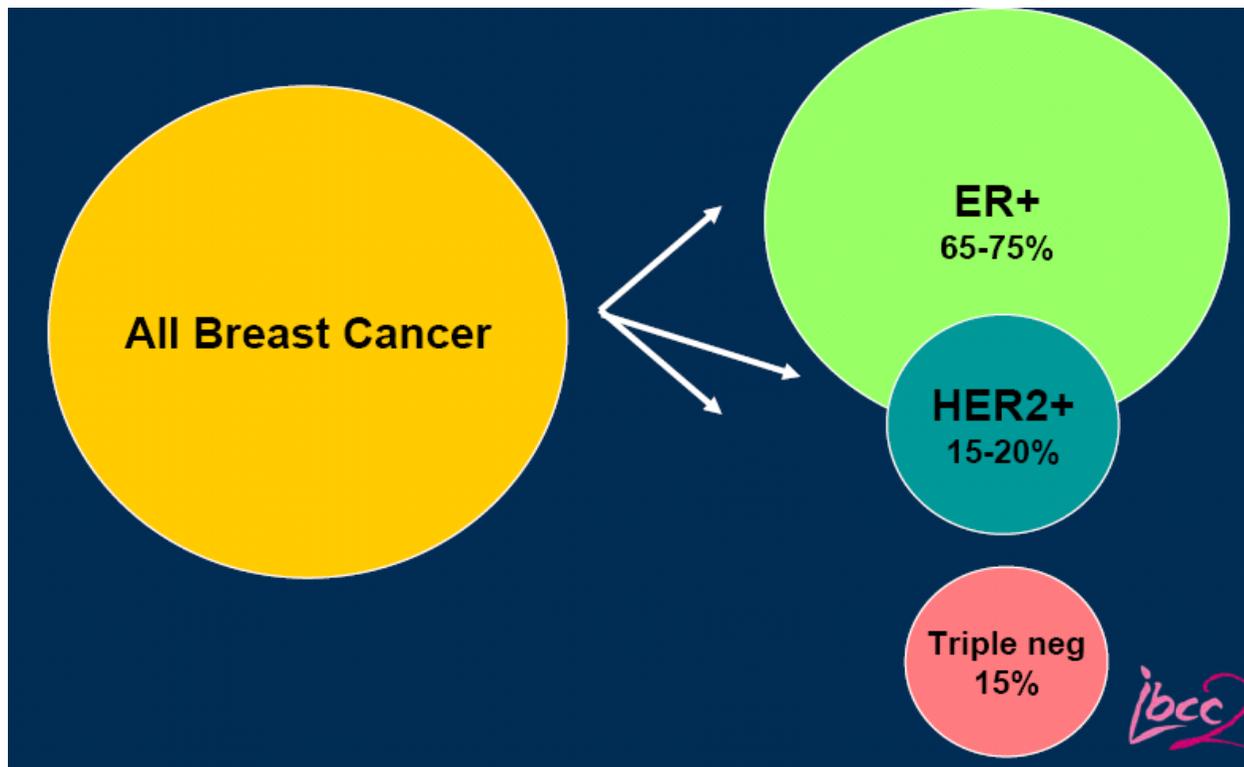
- RE, RPg, HER2,
- EGFR
- Ki67%
- FISH, si HER2 2+
- Citoqueratinas

Tabla 2. Grado histológico

GX: no puede asegurarse el grado histológico
G1: bajo grado (favorable) (score 3-5)
G2: grado intermedio (moderadamente favorable)
(score 6-7)
G3: alto grado (desfavorable) (score 8-9)*



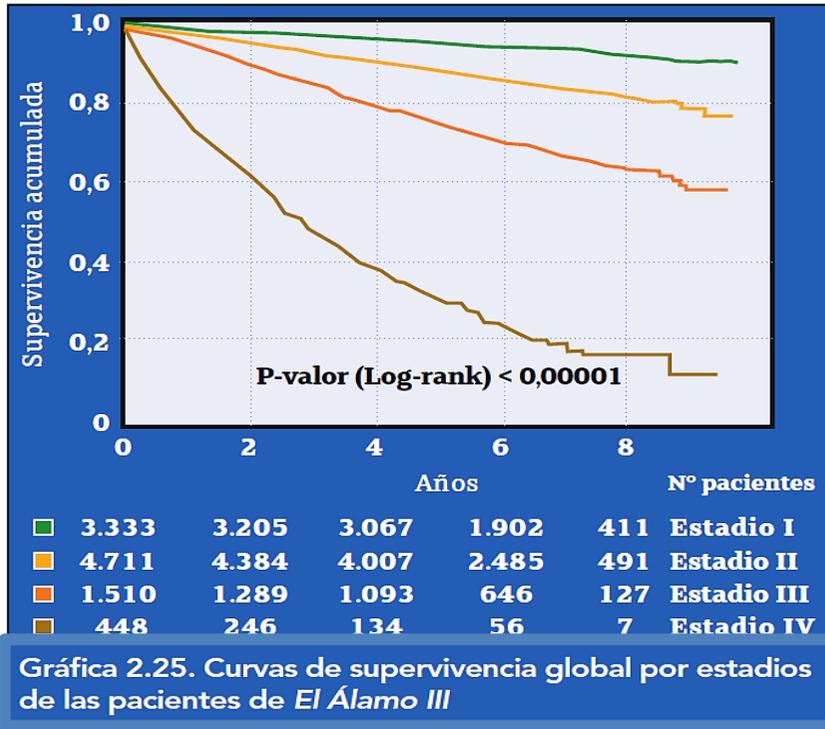
CLASIFICACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA



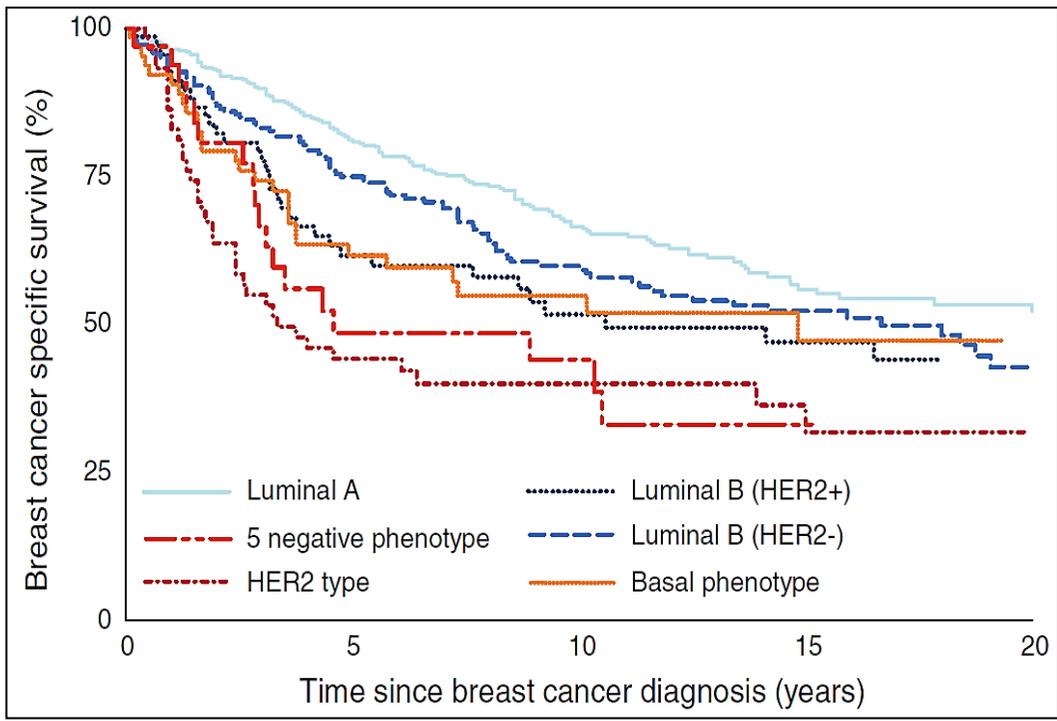
Luminal A	Luminal B	Triple negativo (basal like)	Her2 positivo
RE positivo	RE positivo	RE negativo	RE negativo
RP >20%	RP 0-20%	RE negativo	RE negativo
Her2 negativo	Her2 negativo/ positivo	Her2 negativo	Her2 positivo
Ki67 bajo (< 15%)	Ki 67 alto (> 15%)		



Supervivencia del CM depende del estadio TNM y fenotipo



Cuanto mayor es la extensión tumoral (>TNM), peor es el pronóstico y la SG.



Y los fenotipos TRIPLE NEGATIVO Y HER2+, son de peor pronóstico y SG



ENFERMEDAD LOCALIZADA

**TRATAMIENTO
LOCAL**

CIRUGIA

RADIOTERAPIA

**TRATAMIENTO
SISTÉMICO**

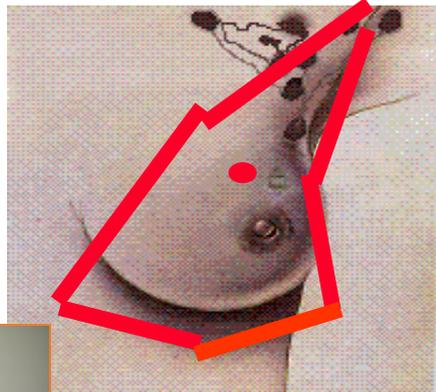
QUIMIOTERAPIA

HORMONOTERAPIA

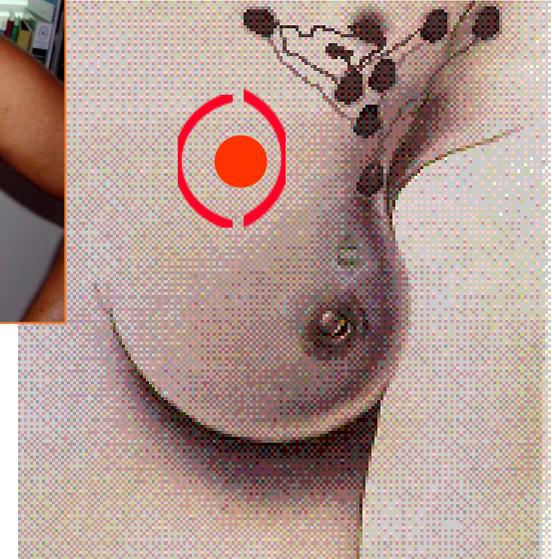
TERAPIA DIRIGIDA



MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA

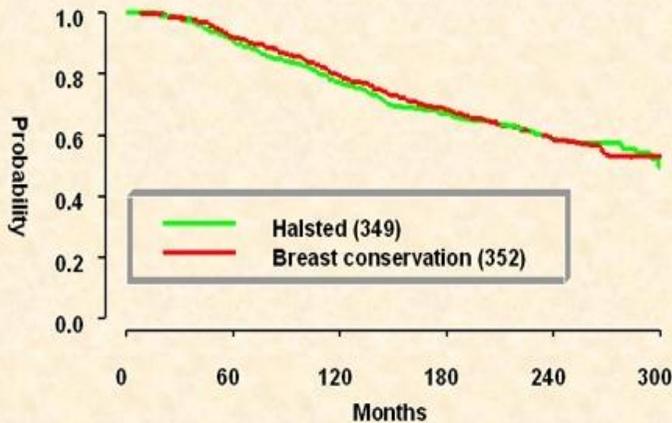


TUMORECTOMIA



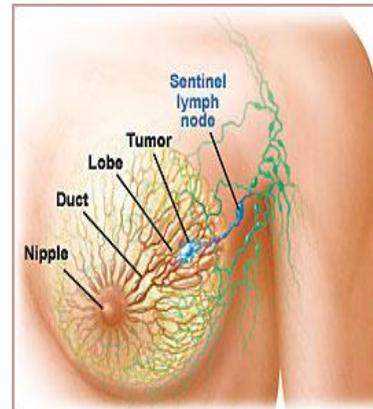
**Cirugía Conservadora + RT =
Mastectomía similar**

Milan I - Survival



Veronesi U, et al. N Engl J Med, 2002

Estudio/exéresis ganglionar



Complicaciones Vaciamiento axilar:

Entumecimiento / parestesias 80%.

Reduccion movilidad hombro 42%

Dolor 30%

Debilidad 25%

Linfedema 6-30%



Radioterapia en CM

- Tratamiento oncológico basado en el empleo de radiaciones ionizantes (rayos X) que actúan destruyendo las células tumorales.
- Objetivos del tratamiento local:
 - Curación: adyuvante tras Cir. conservadora
 - Conservación de órganos
 - Paliación de síntomas



Metaanálisis EBCTCG:

- Beneficios en control local
- Disminución tasa recidivas a 20 años

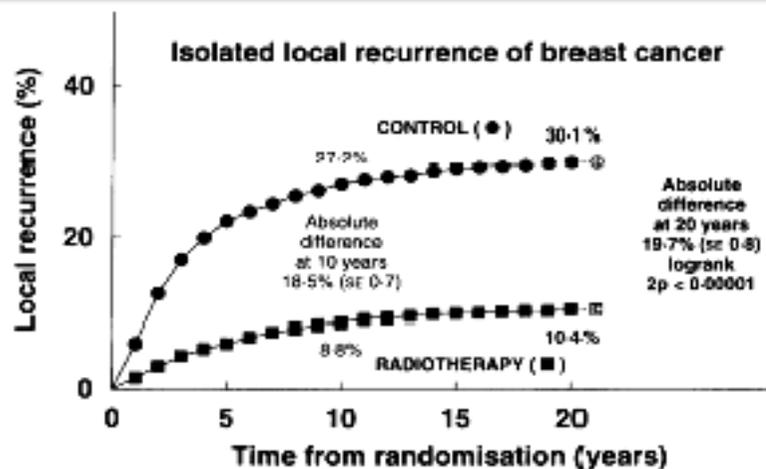
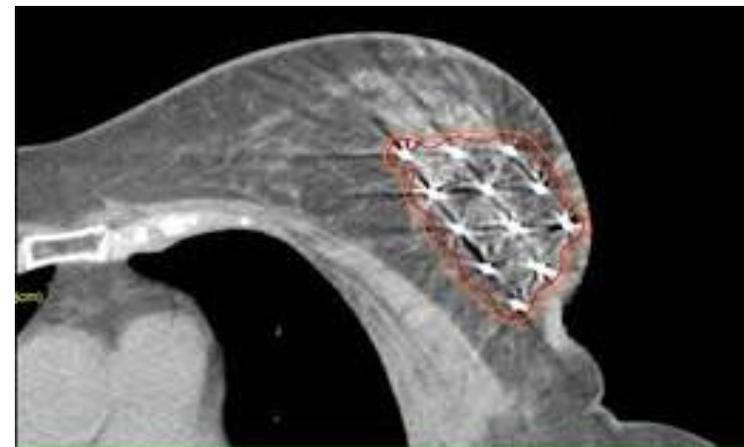
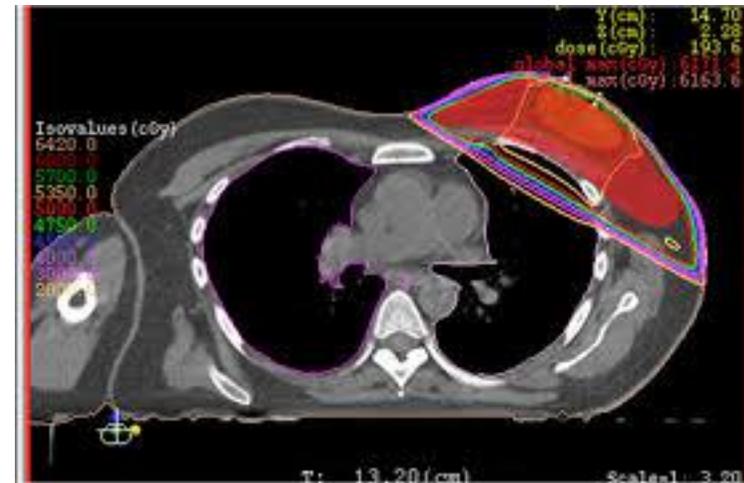


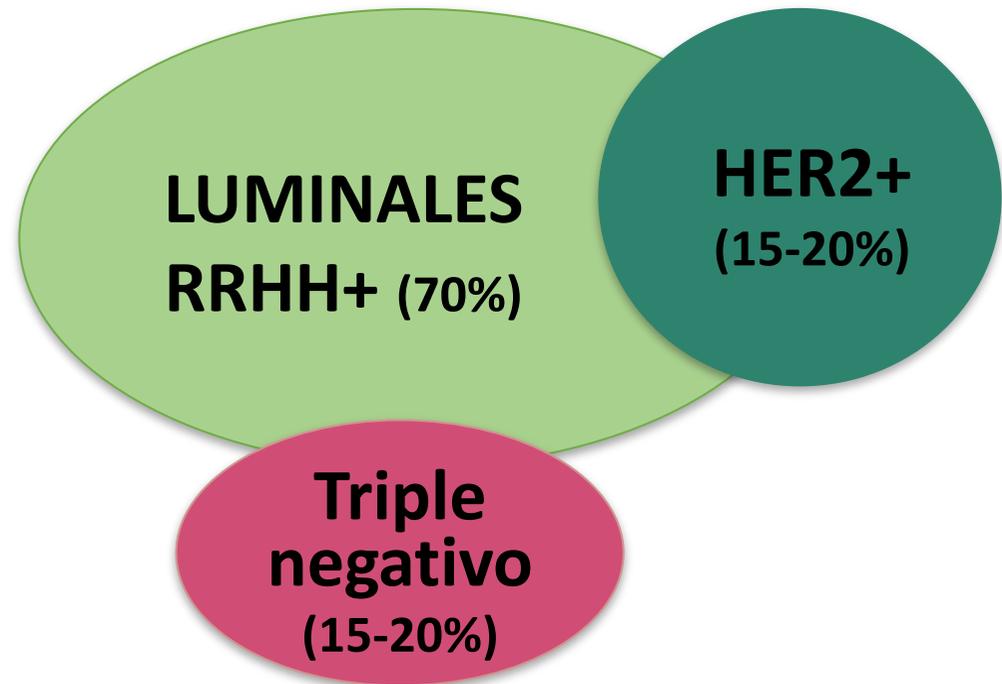
Fig. 4. EBCTCG 2000.



TRATAMIENTO SISTÉMICO

De las mujeres con cáncer de mama precoz:
El 80% estará libre de enfermedad con cirugía y RT
El 20% se beneficiará de QT.

- QUIMIOTERAPIA
- HORMONOTERAPIA
- TERAPIA DIRIGIDA (ANTIHER2)
- OTROS: BEVACIZUMAB, ZOLEDRONICO, DENOSUMAB



- LUMINALES HORMONOSENSIBLES → RRHH+ → HT
- HER2+ → Tto ANTI-HER2 +/- QT ó HT
- TRIPLE NEGATIVO → no HT ni anti-HER2 → QT



Tratamiento ADYUVANTE en CM precoz

1. QUIMIOTERAPIA (QT)
2. HORMONOTERAPIA (HT): Tumores RRHH+.
3. TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS ANTIDIANA:
 - AntiHER2: TRASTUZUMAB (TTZ)

RRHH+ HER2 NEG	RRHH+ HER2 +	HER2+ PURO RRHH NEGATIVOS	TRIPLE NEGATIVO
HT (QT) según factores pronósticos	QT + antiHER2 + HT	QT + antiHER2 ----- No HT	QT ----- NO HT NO antiHER2



Tratamiento del CM METASTÁSICO

- ✦ 5% de las mujeres tienen enfermedad metastásica en el momento del diagnóstico
- ✦ Recaída después del tratamiento primario 15-20%
- ✦ Supervivencia a los 5 años: 5 a 15%
- ✦ Sólo el 10% de los pacientes con MBC son sobrevivientes largos

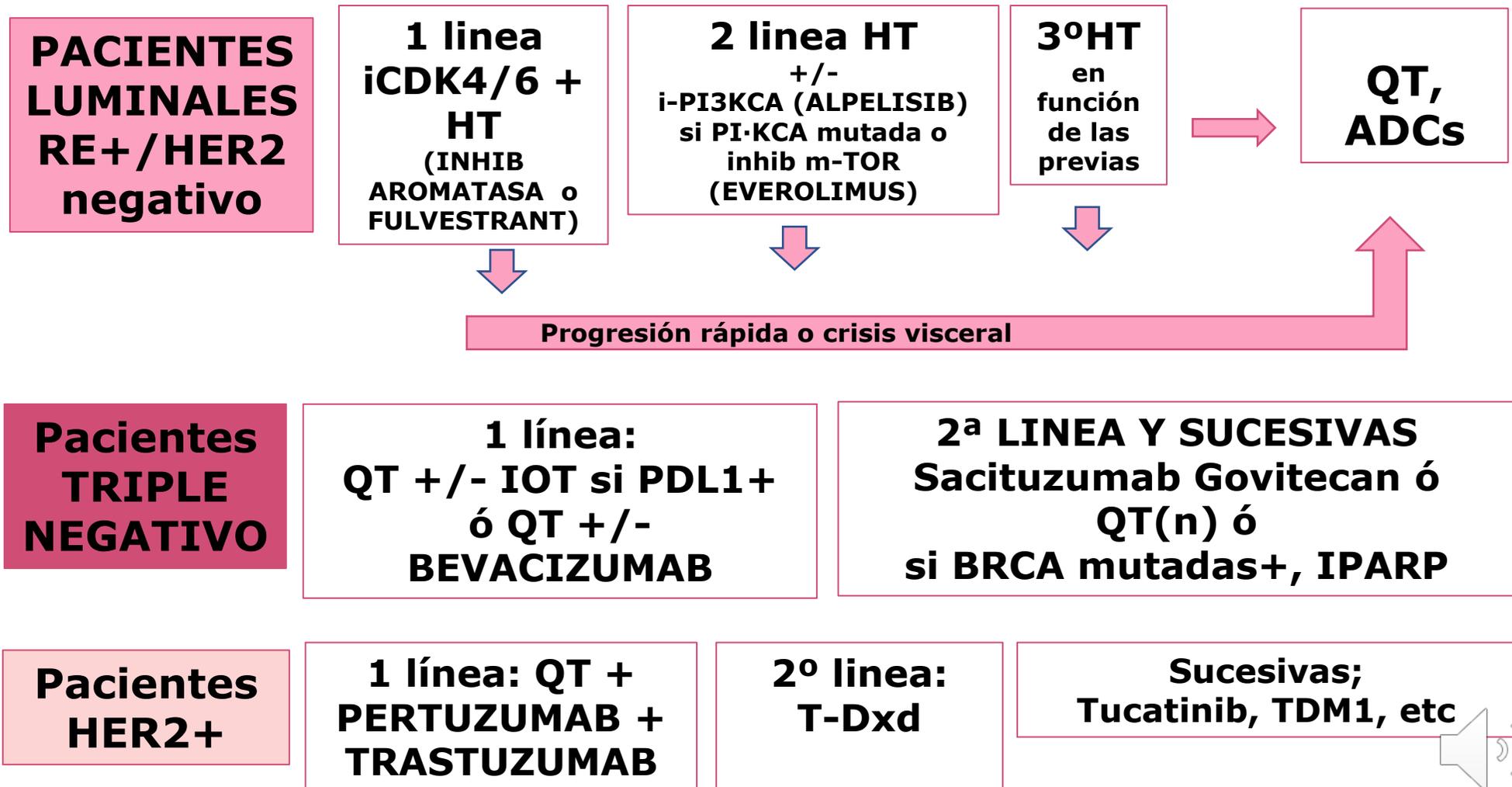
El tratamiento del CMM tiene tres objetivos principales:

- Control de Enfermedad
- La paliación de los síntomas
- Calidad de vida

***Y si se puede...prolongar supervivencia**



ENFERMEDAD METASTASICA ESTADIO IV



A saber del Cáncer de Mama

1. El Cáncer de mama **afecta** a 1:8 mujeres en España. Un 10%, hereditarios.
2. El 60% se beneficia de la **cirugía conservadora** y evita la mastectomía. El **tratamiento complementario** (adyuvante) con quimio, radio, hormonoterapia y terapias dirigidas después de la cirugía, **aumenta la supervivencia**.
3. El abordaje terapéutico del CMM toma en consideración múltiples parámetros, relacionados con el tumor, con el paciente, y los fármacos. Los taxanos y las antraciclinas son el tratamiento de elección. Otras alternativas como Capecitabina, eribulina, vinorelbina, taxanos, antraciclinas liposomales y gemcitabina son los fármacos más habituales. Recientemente se han añadido al arsenal terapéutico los nuevos conjugados anticuerpo-fármaco como el sacituzumab o el deruxtecán
 - En CMM, la hormonoterapia con inhibidores de ciclina (LUMINALES) y la monoterapia secuencial (HORMONORREFRACTARIAS, TRIPLE NEGATIVO) se prefiere, salvo en casos especiales, a la terapia de combinación.
 - Los tratamientos dirigidos anti-HER2+ aumentan la supervivencia en pacientes HER2+ tanto en adyuvancia como en metastásica –trastuzumab, pertuzumab, TDxd, TDM1-
 - La inmunoterapia y los nuevos conjugados anticuerpo fármaco han revolucionado el CM triple negativo metastásico.



CÁNCER EN LA MUJER

- ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA
- **ABORDAJE DEL CÁNCER DE OVARIO.**
- EMBARAZO Y CÁNCER.
- SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER.



EPIDEMIOLOGIA CÁNCER DE OVARIO

14 casos por 100.000 mujeres/año

ESPAÑA:

3400 casos nuevos

1800 muertes al año

COMUNIDAD VALENCIANA:

350 casos nuevos

197 muertes al año



Breast	212,920	31%
Lung & Bronchus	81,770	12%
Colon & Rectum	75,810	11%
Uterine Corpus	41,200	6%
Non-Hodgkin Lymphoma	28,190	4%
Melanoma of Skin	27,930	3%
Thyroid	22,950	3%
Ovary	20,180	2%
Urinary bladder	16,730	2%
Pancreas	16,580	100%
All Sites	679,510	

- **4%** de todos los diagnósticos de cáncer
- Pico 50-70 años
- 75% estadio avanzado en el diagnóstico
- 90% de estirpe epitelial

Supervivencia a 5 años

- **Estadios iniciales 75%**
- **Avanzados 20%**



ETIOLOGÍA CÁNCER DE OVARIO

90% de los casos son esporádicos

FACTORES RIESGO

Nuliparidad
Antecedentes personal Ca. Mama
Tratamiento hormonal infertilidad
Tratamiento hormonal menopausia
Menarquia precoz
Menopausia tardía
Obesidad
Endometriosis
Sdr. Ovario poliquístico

FACTORES PROTECTORES

Multiparidad
Tratamiento Anticonceptivos orales
Embarazo
Lactancia
Histerectomía, Ooforectomía,
Ligadura de trompas

5-10% historia familiar

- Riesgo acumulado a los 70 años en mutadas:
 - **BRCA1:** Ca. mama 65% (51-75%) y Ca. ovario 39% (22-51%)
 - **BRCA2:** Ca. mama 45% (33-54%) y Ca. ovario 11% (4-18%)



HISTOLOGÍA CÁNCER DE OVARIO

Carcinomas epiteliales (90% del total)

- ❑ **Seroso - papilar:** los más comunes. Cuerpos de psamoma
- ❑ **Mucinosos:** Diagnóstico diferencial con carcinoma apendicular. A veces asociado a pseudomixoma peritonei. Quimioresistencia relativa. La malignidad puede ser focal
- ❑ **Endometrioides:** endometriosis y otros ca. endometrioides
- ❑ **Células claras:** Quimioresistencia. Hipercalcemia. Células en anillo de sello.



HISTORIA NATURAL CÁNCER OVARIO

- Enfermedad silente en fases tempranas.
 - **Masa anexial +/- ↑ Ca 125**
- >50% presentación estadios avanzados
- Síndrome tóxico, dispepsia, dolor abdominal, aumento de perímetro abdominal.
- Disnea, tenesmo vesical o rectal.

- Extensión:

Peritoneal

Linfática

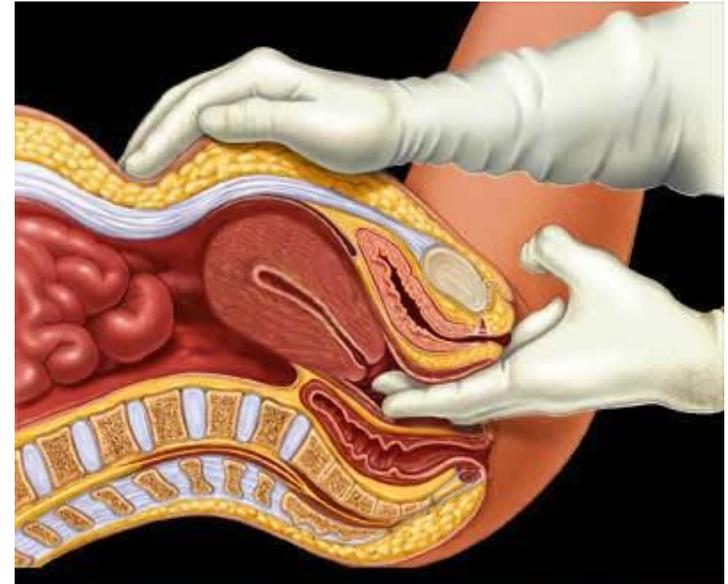
Hematógena



DIAGNÓSTICO CÁNCER OVARIO

Ante sospecha de masa pélvica:

- ❑ Exploración física y ginecológica
- ❑ Analítica completa + **CA 125**
(BHCG y AFP en menores de 30 años)
- ❑ ECO TRANSVAGINAL
- ❑ TAC o IRM abdomino-pélvica
- ❑ Rx Tórax



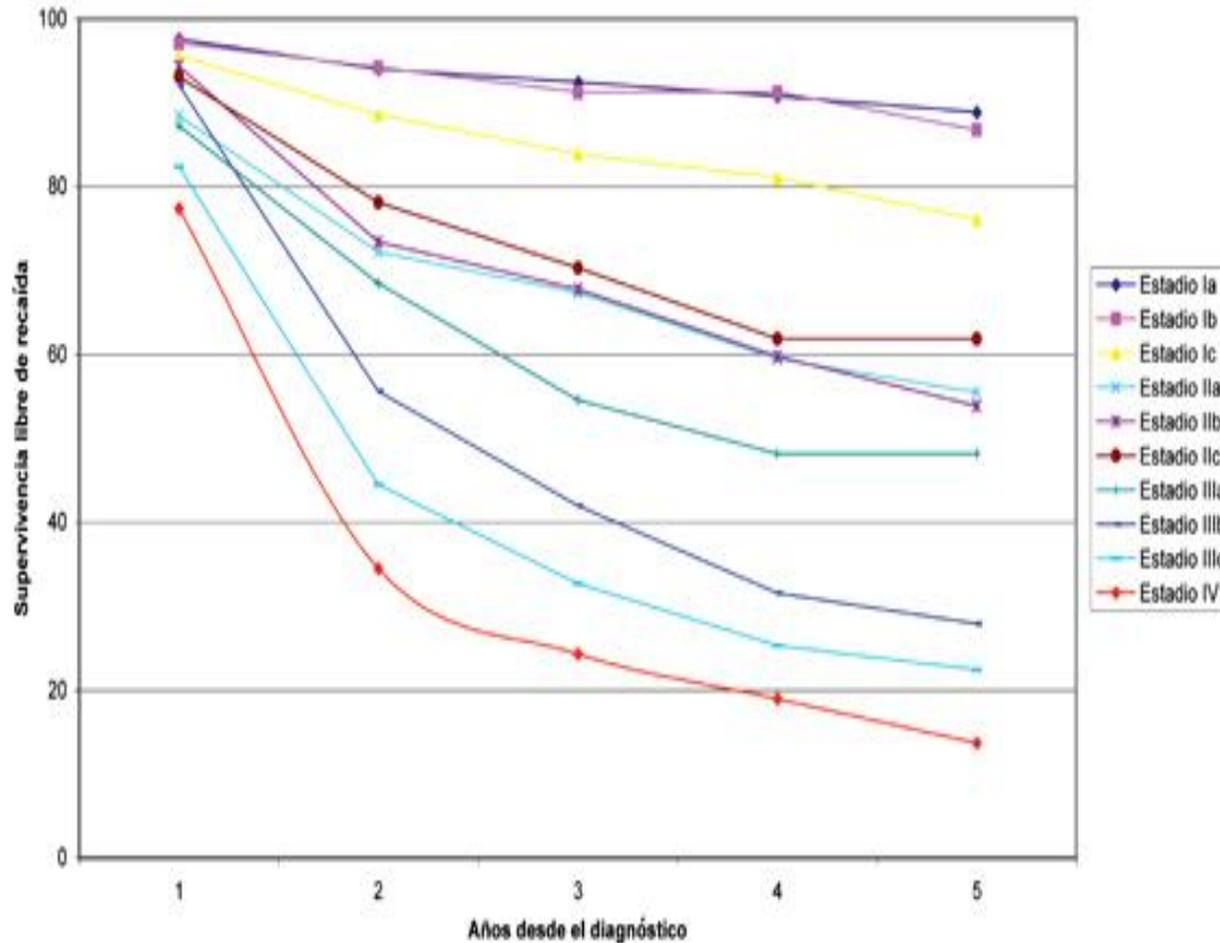
CA 125 se encuentra elevado en el 80% de los cánceres de ovario.

Puede elevarse en procesos benignos (leiomiomas, salpingitis, adenomiosis, endometriosis...). Se utiliza para valorar respuesta a tratamiento.



SUPERVIVENCIA POR ESTADIOS

Supervivencia CO según estadio al diagnóstico



FIGO	S 5 años
Ia	89.6%
Ib	86.1%
Ic	83.4%
IIa	70.7%
IIb	65.5%
IIc	71.4%
IIIa	46.7%
IIIb	41.5%
IIIc	32.5%
IV	18.6%

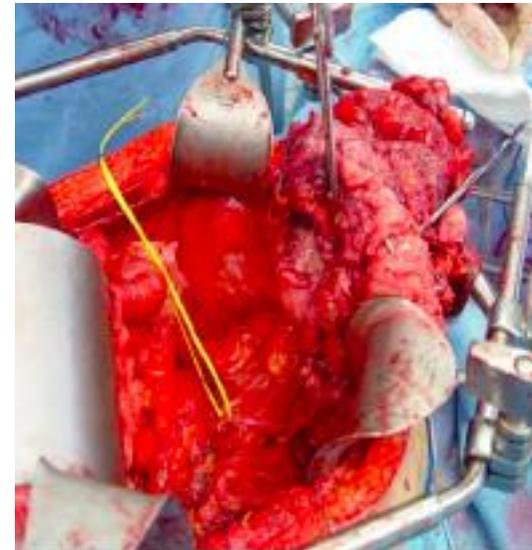
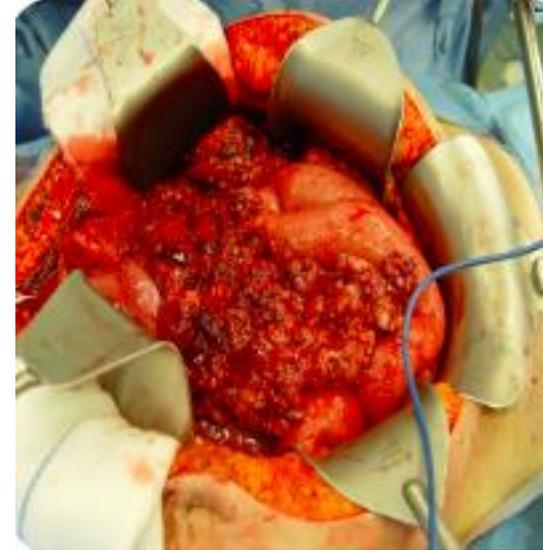


TRATAMIENTO

1. CIRUGÍA
2. TRATAMIENTO ADYUVANTE
3. TRATAMIENTO POR ESTADIOS
4. TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA

- Cirugía recaída
- Recaída sensible a platino
- Recaída refractaria a platino

**5. COMO HEMOS MEJORADO
EL PRONÓSTICO EN LA
ÚLTIMA DÉCADA: IPARP**



CIRUGÍA CÁNCER DE OVARIO

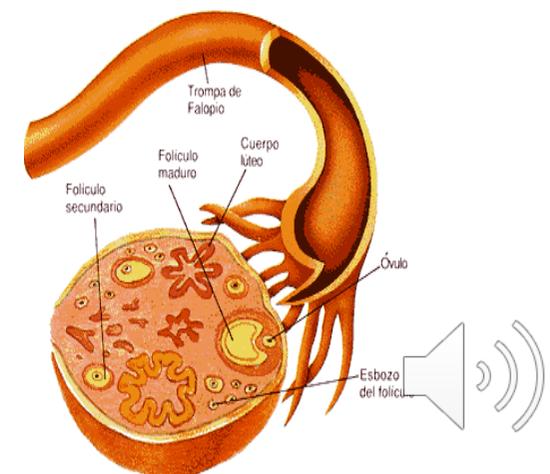
El subcomité quirúrgico del Gynecology Cancer Group de EORTC definió las siguientes **LÍNEAS DE ACTUACIÓN PARA ESTADIAJE CORRECTO:**

1. Histerectomía total abdominal + anexectomía bilateral.
2. Lavados peritoneales.
3. Cuidadosa inspección y palpación de toda la superficie peritoneal.
4. Biopsia de alguna de las lesiones sospechosas de metástasis.
5. Omentectomía infracólica.
6. Biopsia o resección de adherencias adyacentes al tumor primario.
7. Biopsias ciegas (= 2) del peritoneo vesical y fondo saco de Douglas.
8. Biopsias ciegas (= 3) de ambos espacios parietocólicos.
9. Biopsias ciegas (= 2) o citología de hemidiafragma derecho.
10. Biopsias ciegas (= 2) del peritoneo del lugar donde está el tumor 1º.
11. Linfadenectomía de las arterias y venas ilíacas externas y comunes.
12. Linfadenectomía aortocava incluyendo el nivel entre mesentérica inferior y vena renal izquierda.



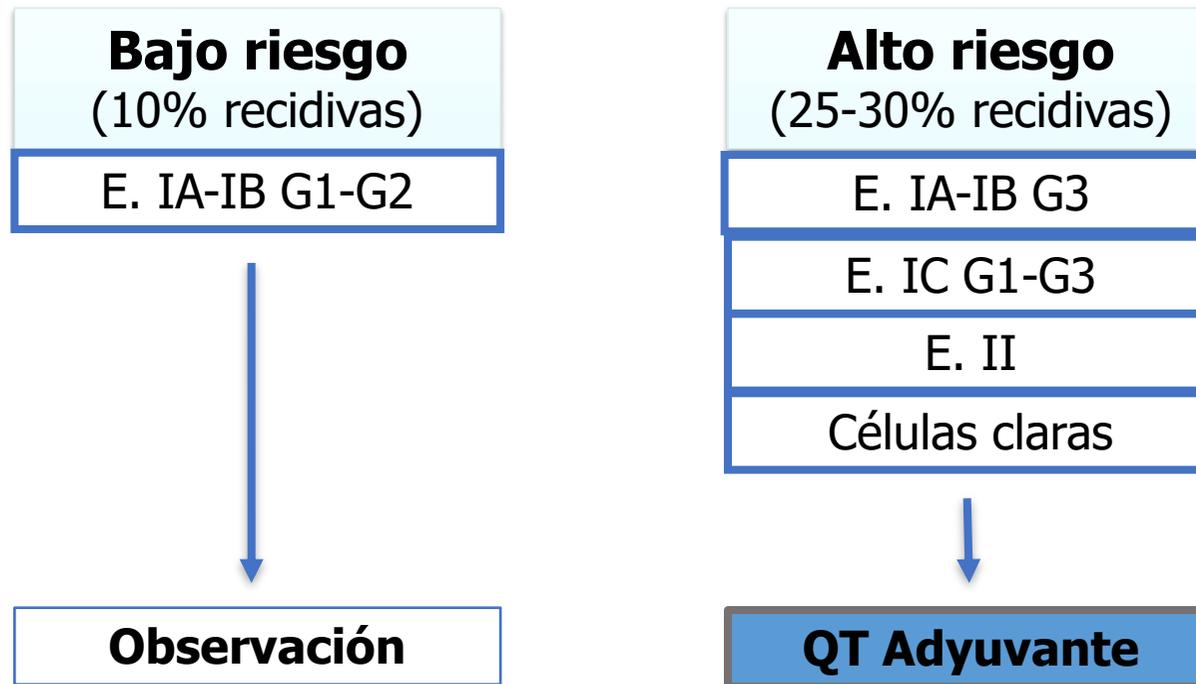
ENFERMEDAD RESIDUAL CO

RESIDUAL DISEASE	5 YEAR SURVIVAL
Microscopic	40-75%
Optimal (<1cm)	30-40%
Suboptimal (>1cm)	5%



TRATAMIENTO ADYUVANTE

- El **80% de los estadios iniciales** precisan tratamiento adyuvante
- Selección de pacientes:



TRATAMIENTO ADYUVANTE

- Todas las pacientes con enfermedad avanzada (E.III y IV) requieren tratamiento adyuvante
- Esquema estándar (desde los años 90)

CARBOPLATINO AUC 6 + TAXOL X 4-6 ciclos.

en función del riesgo



SLP: 12-18 meses

OS: 31-65 meses

TASA RECURRENCIA: 65-70%



TRATAMIENTO ESTADIO LOCALMENTE AVANZADO

- **ESTADIO IIIC con citorreducción óptima**

**QT ADY INTRAPERITONEAL (esquema Armstrong) X 6 CICLOS o
QT ADYUVANTE X 6 CICLOS**

- **ESTADIO IIIC CITORREDUCCIÓN SUBÓPTIMA O NO RESECABILIDAD**

**QT ADYUVANTE CARBO + TAXOL + BEVACIZUMAB o
QT ADYUVANTE CARBO + TAXOL + INH PARP (EN BRCA MUTADAS).**

-- SI NO ES POSIBLE CITORREDUCCIÓN:

- **QT NEOADYUVANTE CON CARBO + TAXOL X 3-4 ciclos**
- **CIRUGÍA DE INTERVALO**
- **COMPLETAR QT ADYUVANTE HASTA 6-8 CICLOS**



TRATAMIENTO POR ESTADIOS

- **E. IV (M1 visceral)**
 - **QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA LÍNEA CARBO-TAXOL-BEVA x 6 ciclos → BEVA 18 ciclos**
 - Pudiendo completar hasta 8 ciclos, si buena respuesta
 - y posteriormente BEVA de mantenimiento hasta 18 ciclos.
 - Si es posible, CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN PRIMARIA para aumentar respuesta



RECAÍDA CÁNCER DE OVARIO

- 70-80% estadios avanzados y 20-30% estadios iniciales
- Grupo heterógeno con pronóstico muy variable
- Individualizar el objetivo y elección del tratamiento

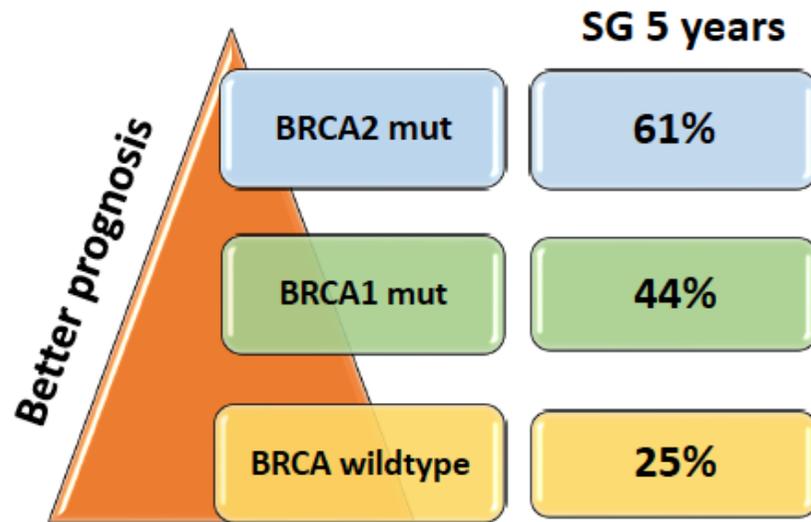
- **Respuesta obtenida a 1ª línea**
- **ILP**
- PS
- Volumen de la recurrencia y nº localizaciones
- Tipo histológico y niveles CA125

- 60% necesitará nueva línea QT

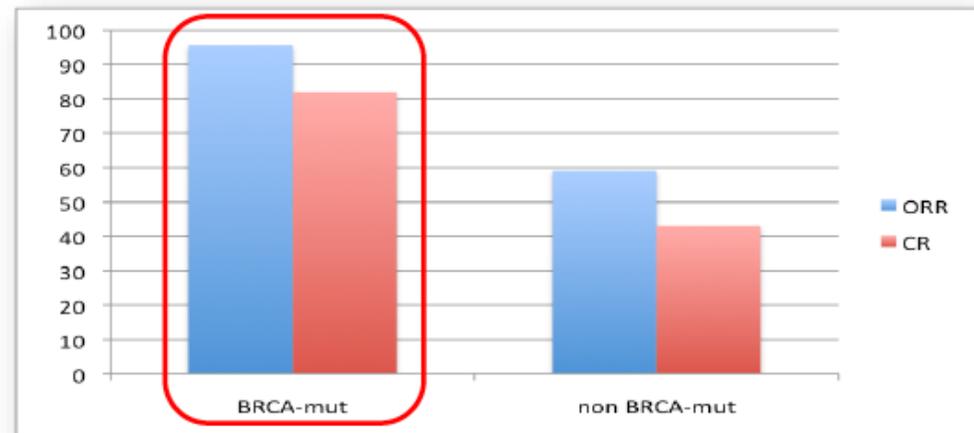


BRCA Y CÁNCER DE OVARIO. VALOR PRONÓSTICO Y PREDICTIVO

BRCA mutations Prognostic and predictive role



Responses to platinum in BRCA and non-BRCA-mut



MEJORANDO LA PRIMERA LINEA...

Situación actual en primera línea de enfermedad avanzada

- **PACIENTES CON MUTACION BRCA-1, BRCA-2 (germinal o somática)**

CARBO + TAXOL x 6 ciclos seguida de mantenimiento con IPARP (OLAPARIB O NIRAPARIB)

- **PACIENTES BRCA-WT PERO HRD POSITIVO**

CARBO + TAXOL x 6 ciclos seguida de mantenimiento con IPARP NIRAPARIB o la combinación OLAPARIB + BEVACIZUMAB

- **PACIENTES BRCA-WT PERO HRD NEGATIVO**

CARBO + TAXOL x 6 ciclos seguida de mantenimiento con BEVACIZUMAB



LO QUE NO DEBES OLVIDAR...

1. 1ª causa de muerte por cáncer ginecológico.
2. Sólo el 25% se diagnostican en estadios iniciales
3. 5-10% historia familiar (mutación BRCA1 y BRCA2)
4. No se recomienda screening para cáncer de ovario
5. Sintomatología inespecífica: diagnóstico tardío
- 6. SIEMPRE** que sea posible **CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN MÁXIMA** de inicio. Correcto estadiaje de la enfermedad y se relaciona con supervivencia.
7. La mayoría recibe **TRATAMIENTO ADYUVANTE BASADO EN PLATINOS**, aumenta la supervivencia global y el intervalo libre de progresión.
- 8. Mayor IMPACTO EN OS en Historia de Cáncer ovario: los IPARPs**
9. Cirugía de la recaída: Únicamente en pacientes muy seleccionadas. Tras la recaída, el pronóstico, tipo de tratamiento y objetivo del mismo varía en función del intervalo libre de platino.
- 10. NUEVOS RETOS...SELECCIONAR TRATAMIENTO POR PERFIL MOLECULAR**



CÁNCER EN LA MUJER

- ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA Y DE OVARIO.
- **EMBARAZO Y CÁNCER.**
- SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER.



ONCOFERTILITY COUNSELING IS MANDATORY AS SOON AS POSSIBLE AFTER DIAGNOSIS



SPECIAL ARTICLE

Fertility preservation and post-treatment pregnancies in post-pubertal cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines¹

M. Lambertini^{1,2}, F. A. Peccatori³, I. Demeestere⁴, F. Amant^{5,6}, C. Wynn⁷, J.-B. Stukenborg⁸, S. Faluch-Shimon⁹, M. J. Halaska¹⁰, C. Utan¹¹, J. Meisner¹², M. von Wolff¹³, R. A. Anderson¹⁴ & K. Jordan¹⁵, on behalf of the ESMO Guidelines Committee^{*}

- All cancer patients of reproductive age should receive complete oncofertility counselling **as early as possible** in the treatment planning process, **irrespective of the type and stage of disease** [III, A]
- As there is no absolute threshold of exposure to anticancer therapies that determines gonadal failure and infertility, **every patient** should be considered as being at **potential risk of developing treatment-related gonadotoxicity** [V, A]

Lambertini M et al, Ann Oncol 2020;31(11):1864-78

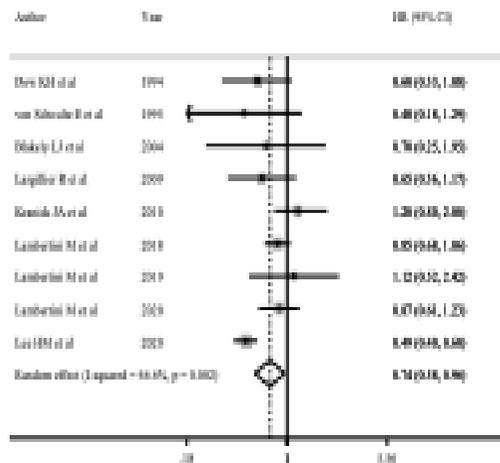


PREGNANCY AFTER BREAST CANCER: IS IT SAFE ?

Maternal Safety

Studies Adjusting for the Potential «Guarantee-time Bias»

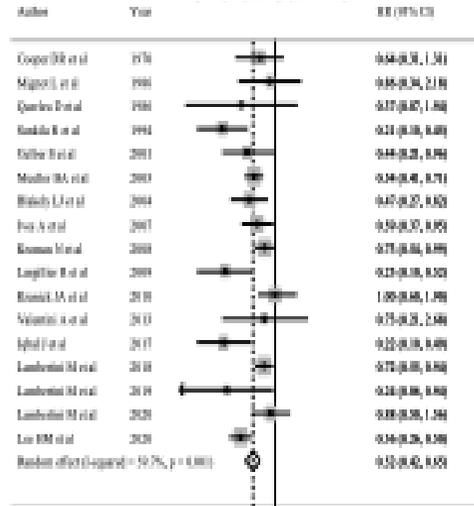
Disease-free Survival



HR 0.74 (95% CI 0.58-0.96); p=0.023

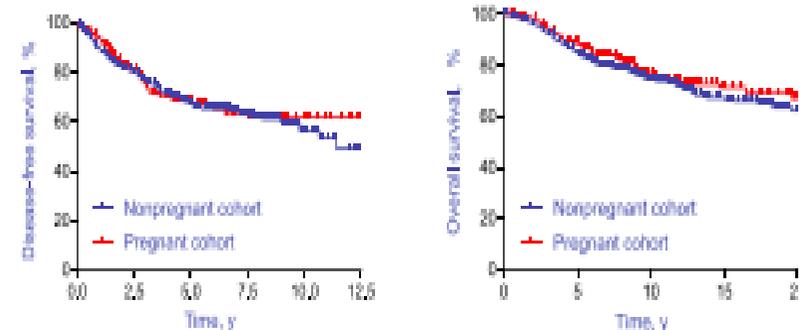
This presentation is the intellectual property of the authors. Contact them at pablo.lambertini@univie.it for permission to reprint and/or distribute.

Overall Survival

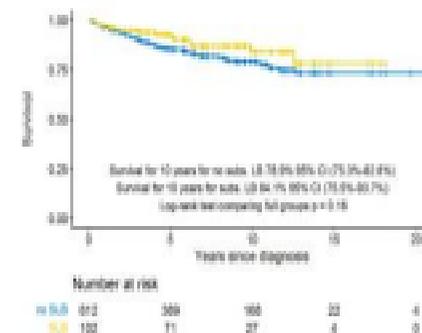


HR 0.52 (95% CI 0.42-0.65); p<0.001

Safety after ER+ breast cancer



	492	348	233	134	32	5	No. at risk	492	381	213	114	4
Nonpregnant	492	348	233	134	32	5	Nonpregnant	492	381	213	114	4
Pregnant	194	138	88	60	17	4	Pregnant	194	148	88	48	2

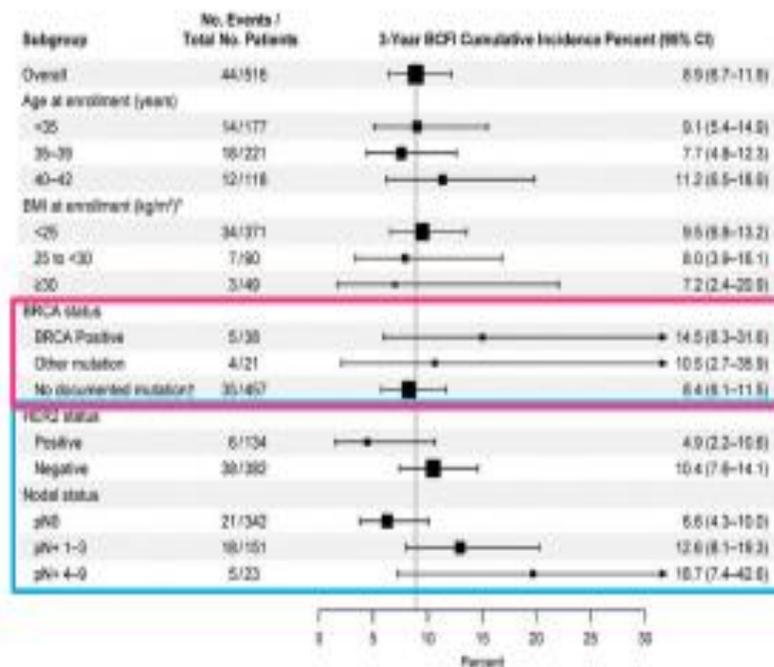
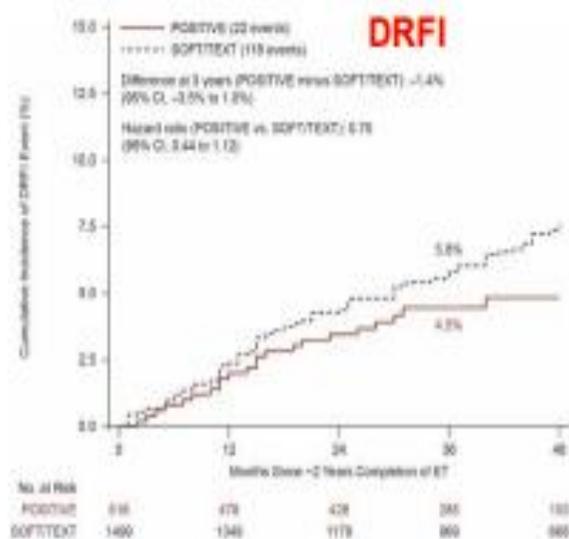
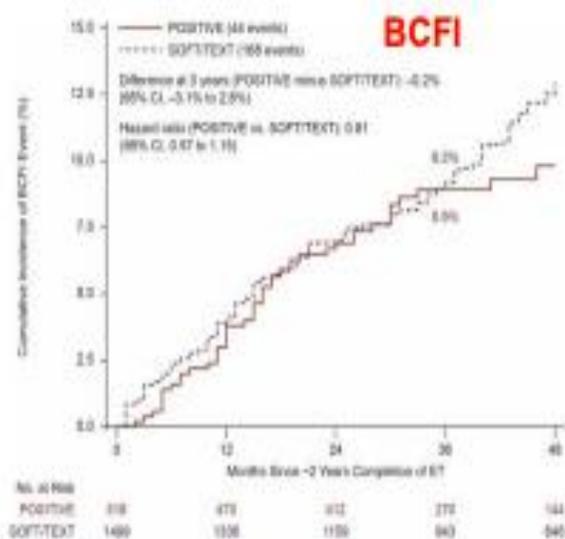


Lambertini M et al, J Clin Oncol 2021;39(29):3293-305. Lambertini M et al, J Natl Cancer Inst 2018;110:426-9. Anderson RA et al, Eur J Cancer 2022;173:113-21



PREGNANCY AFTER BREAST CANCER: IS IT SAFE TO TEMPORARY STOP ENDOCRINE THERAPY ?

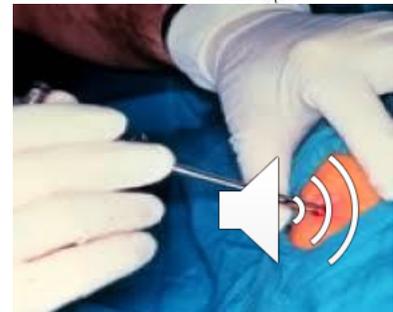
Pregnancy Outcome and Safety of Interrupting Therapy for women with endocrine responsive breast cancer (POSITIVE)



Partridge AH et al, N Engl J Med 2023;388/1:16-25

CÁNCER EN LA MUJER

- ABORDAJE DEL CÁNCER DE MAMA.
- ABORDAJE DEL CÁNCER DE OVARIO.
- EMBARAZO Y CÁNCER.
- **SALUD DE LA MUJER Y CÁNCER.**



EFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

CÁNCER DE MAMA Y SALUD MENTAL

- Edad joven = Factor de riesgo independiente de ansiedad y depresión.
- Mayor impacto en la vida personal, socioeconómica, sexual, etc.
- Patologías mentales asociadas
 - A) *Ansiedad (edad joven, QT, subtipos agresivos, peor pronóstico inicial)*
 - B) *Depresión y suicidio*
 - C) *Disfunción neurocognitiva (QT>HT)*
 - D) *Disfunción sexual (x6)*
 - E) *Afectación de la imagen corporal (36-67%)*
 - F) *Otras (T.bipolar,, TOC, T.relacionados con el estrés, t.del sueño, somatización...)*



CÁNCER DE MAMA Y MENOPAUSIA PRECOZ

- En las supervivientes de CM los síntomas menopáusicos son **MÁS SEVEROS**.
 - A) *Trastornos del sueño*
 - B) *Dolor muscular y articular*
 - C) *Lloros inexplicados e irritabilidad*
 - D) *Síntomas vasomotores*



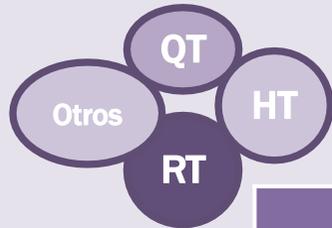
MANEJO INDIVIDUALIZADO

- **Cambios en el estilo de vida**
- **Tratamiento farmacológico**
- **Terapias no farmacológicas**



EFFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

CÁNCER DE MAMA Y SALUD SEXUAL



SÍNTOMAS POST QT Y HT/otros tratamientos (ISRS, opiáceos...)

- Disminución de la libido: 23-64%
- Alteración en lubricación: 20-48%
- Dificultad en orgasmo: 16-36%
- Dispareunia: 35-38%
- Insatisfacción sexual: 70%

SÍNTOMAS POST RT

Fibrosis de la piel y pérdida de sensibilidad en la mama radiada

Síntomas	Intervención	¿Recomendado en SCM?
Sequedad/Dolor vaginal	Cremas vaginales y lubricantes	Sí
	Lidocaína tópica	Sí
	THS sistémica	No
Atrofia vaginal	Estrógenos vaginales	Indeterminado (A)
	Testosterona vaginal	Indeterminado (B) Sí
	Dilatadores, actividad sexual, ejercicios de suelo pélvico	No
	Láser de CO2 microablativo	
Sofocos	Estilo de vida, mantenimiento del peso	Sí
	Intervención conductual	Sí
	ISRS	Sí
	Gabapentina/Clonidina	Sí
	Tibolona	No



EFFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

CÁNCER DE MAMA Y SALUD ÓSEA

Mujer con cáncer de mama con terapia hormonal +/- supresión ovárica

Calcular ÍNDICE FRAX

Manejo

Ejercicios de peso "Weight bearing": al menos 30 minutos al día casi todos los días de la semana

Calcio: 1000-1200 mg diarios. Si las fuentes dietéticas son óptimas pero no se alcanza el objetivo solo con dieta, considerar suplementos de calcio.

25-OHD: objetivo 75 nmol/l. No superar los 150 nmol/l

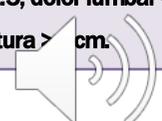
Terapia antirresortiva

Si se cumple cualquiera de los siguientes criterios:

- Fragilidad o fracturas morfológicas
- T score < -2.0 en cualquier localización
- Pérdida anual de masa ósea > 5% y/o >0.05 g/cm² considerando la densidad mineral ósea basal.

Evaluación ósea inicial (a todas las mujeres)

Historia clínica	Análisis sangre y orina	Imagen
<ul style="list-style-type: none"> -Antecedentes familiares de fractura de cadera -Patología ósea/metabólica preexistente - Consumo de tabaco/Alcohol > 3 unidades/día - Riesgo de caída accidental -Terapia crónica con glucocorticoides > 5mg por > 3 meses - Diabetes tipo 1 o 2 - Condiciones malabsortivas - Artritis reumatoide - IMC bajo (<20) 	<ul style="list-style-type: none"> - Urea, electrolitos, creatinina, función hepática, 25-hidroxivitamina D, TSH, calcio, magnesio, fósforo. - Si hay reducción de masa ósea en la densitometría, considerar también: <ul style="list-style-type: none"> • PTH sérica, serología cellaquia • Electroforesis de orina y suero si hay factores de riesgo de mieloma • Fracción de excreción de calcio para descartar hipercalcemia 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Densidad mineral ósea basal por DXA. Repetir tras un año desde el comienzo del tratamiento y posteriormente, cada 2 años o cada 1 año si: <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida ósea anual > 5% en cualquier localización - T score < -1.5 en cualquier localización - Comienzo/cambio de terapia antirresortiva. 2. RX toracolumbar <p>No se hace de forma basal. Solo si Z score < -1.5, dolor lumbar o pérdida de altura > cm.</p>



EFFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

CÁNCER DE MAMA Y DISFUNCIÓN CARDÍACA

Factores de alto riesgo de disfunción cardíaca

Tratamiento que incluya cualquiera de los siguientes:

- Altas dosis de antraciclina (P.ej: doxorubicina ≥ 250 mg/m², epirubicina ≥ 600 mg/m²)
- Altas dosis de radioterapia (≥ 30 Gy) incluyendo al corazón en el campo de tratamiento
- Dosis más bajas de antraciclina en combinación con dosis más bajas de radioterapia (<30 Gy) incluyendo al corazón en el campo de tratamiento

Tratamiento con dosis más bajas de antraciclina o trastuzumab en monoterapia, con la presencia de cualquiera de los siguientes factores de riesgo:

- Factores de riesgo cardiovascular (dos o más), incluyendo tabaquismo, hipertensión arterial, diabetes, dislipemia, obesidad...
- Función cardíaca comprometida, baja FEVI (50-55%), antecedentes de infarto de miocardio, patología valvular moderada o severa

Tratamiento con dosis más bajas de antraciclina seguidas de trastuzumab en terapia secuencial

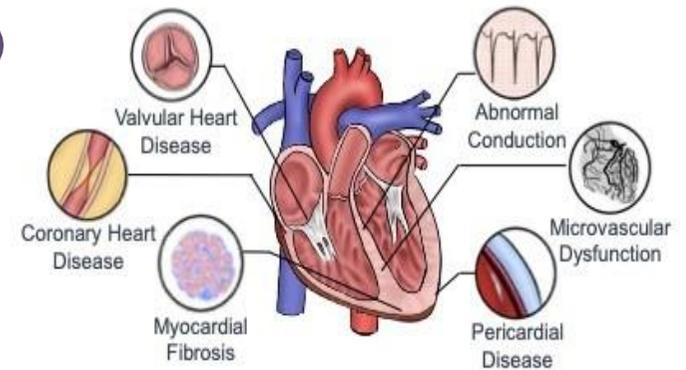
Monitorización con ECO de rutina en pacientes de riesgo.

DATOS ECOCARDIOGRÁFICOS DE ALARMA!!

- Remodelado ventricular
- Reducción tensión lineal global

QT

RT



MANEJO

Tratamiento oncológicos

Factores de la paciente

Tratamiento individualizado

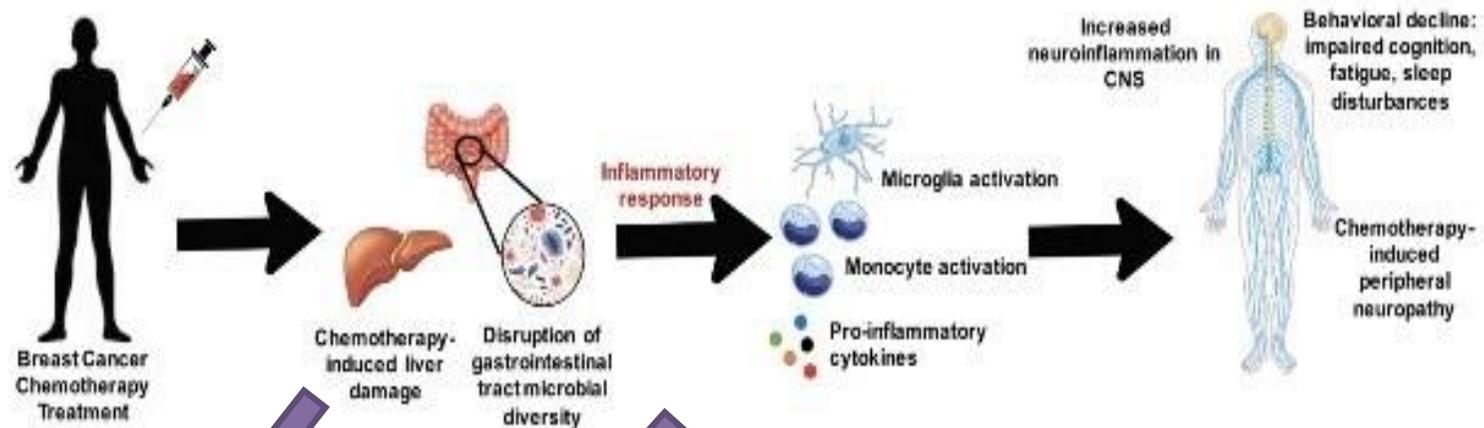
Terapias cardio-protectoras

Seguimiento post-tratamiento



EFFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

AFECTACIÓN DEL SNC: “CHEMOBRAIN”



MEDIDAS PREVENTIVAS DAÑO HEPÁTICO
- Ceniciviroc (antagonista CCR1 y CCR5)
Fármaco experimental en fase 3

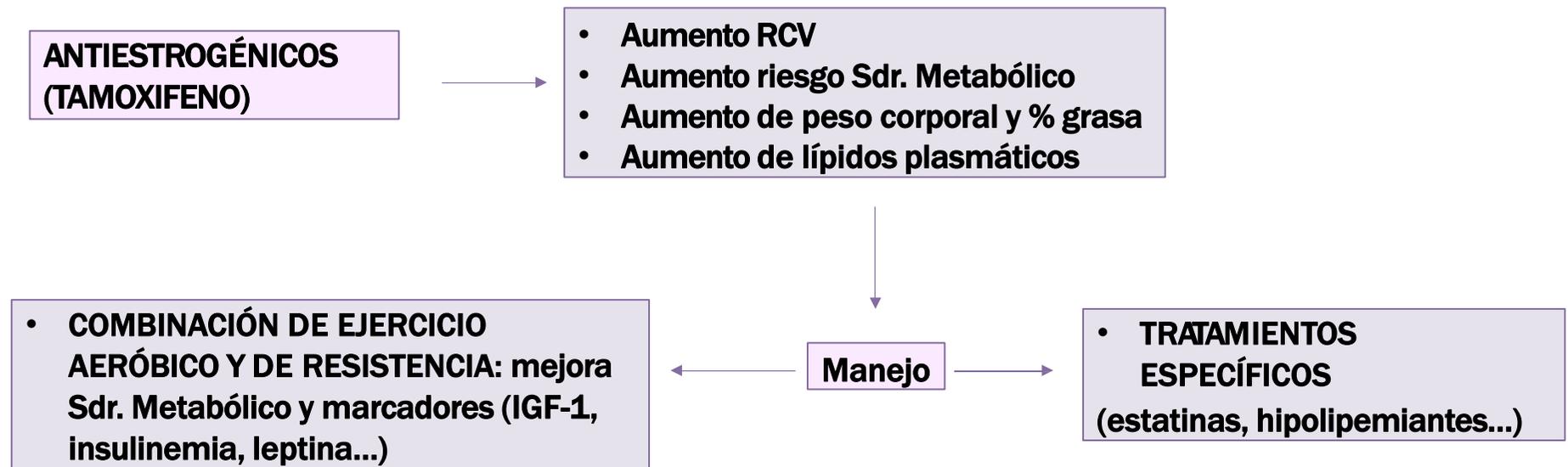
MEDIDAS PREVENTIVAS MICROBIOTA

- Prebióticos
- Probióticos
- Postbióticos
- Dieta: suplementos con ALA



EFFECTOS A LARGO PLAZO Y TARDÍOS DEL TRATAMIENTO

CÁNCER DE MAMA Y CAMBIOS METABÓLICOS



*Muchas
Gracias*



Vega Iranzo, M.D. Ph.D.

**Oncóloga Médico y Profesora Asociada Universitaria, Hospital
General Universitario de Valencia y Universidad de Valencia**



iranzo_veg@gva.es