



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Sesión 29 de mayo de 2024

Presentación de trabajo de ingreso

Experiencia clínica en pacientes con falla intestinal: Estudio de Cohorte en un hospital de referencia

Dra. Aurora Elizabeth Serralde Zúñiga

Comentarista: Dr. José Sifuentes Osorio

Simposio

Controversias en la intervención hormonal en las diferentes etapas reproductivas de la mujer con cáncer de mama

Siendo las 17:00 horas del día 29 de mayo de 2024, se da por iniciada la sesión correspondiente en las instalaciones de la Academia Nacional de Medicina.

En el Presidium:

- **Presidente:** Dr. Germán Fajardo Dolci
- **Vicepresidente:** Dr. Raúl Carrillo Esper
- **Secretario Adjunto:** Dr. Enrique Graue Hernández
- **Coordinador:** Dr. David Francisco Cantú de León

El Dr. Fajardo Dolci da la bienvenida y cede la palabra a la Dra. Serralde Zúñiga para la presentación de su trabajo. La falla intestinal se da cuando hay una reducción de la función intestinal mínima necesaria para la absorción de macronutrientes, agua y electrolitos. Hay tres tipos de insuficiencia intestinal: autolimitada, con necesidades de nutrición parenteral de corta duración; con complicaciones como sepsis abdominal que requieren nutrición parenteral durante semanas o meses; y crónica, que dura meses, años o toda la vida, presentando desequilibrio hidroelectrolítico, infección asociada al catéter por intervención quirúrgica y neoplasias del tubo digestivo. También puede haber desórdenes de la motilidad (diarrea u oclusión intestinal). Los pacientes con falla crónica también tienen menor índice de masa corporal. El proceso incluye cribado nutricional, evaluación, diagnóstico, intervenciones y seguimiento estrecho para lograr los objetivos del tratamiento.

La investigación de la Dra. Serralde se centra en la nutrición clínica de pacientes con insuficiencia intestinal. Identifica tres fenotipos y explica sus diferencias, las cuales pueden tener implicaciones pronósticas. Su investigación incluye un análisis de la respuesta metabólica en estos pacientes, enfatizando los riesgos asociados a subestimar su respuesta por falta de hidratación.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

Conclusiones:

- **Fortalezas:** La Institución de referencia permite incluir más pacientes con Falla Intestinal. Evaluación con bioimpedancia y a un grupo con calorimetría indirecta.
- **Limitaciones:** Precaución en interpretación de la bioimpedancia eléctrica (masa magra o muscular por sobrehidratación) y pandemia (cambios). Los pacientes con FI son los atendidos predominantemente (80%). Tienen sobrehidratación y mayor mortalidad. Las neoplasias y las complicaciones quirúrgicas son las causas más frecuentes con trastornos de motilidad en la fisiopatología. Conocer la epidemiología de la FI es relevante para optimizar su manejo multidisciplinario y evitar las complicaciones relacionadas.

A continuación, el Dr. Sifuentes Osorio comenta el trabajo presentado. Resalta tres puntos del trabajo: la descripción fina que hace de los pacientes con falla intestinal, lo que permite al clínico entender la patología, la caracterización metabólica que identifica tres fenotipos de falla intestinal con implicaciones pronósticas, y el análisis de la respuesta metabólica en estos grupos, subrayando los riesgos de mala interpretación sobre la hidratación.

El Dr. José Sifuentes Osorio presenta la agenda del día donde se abordarán temas referentes a las controversias en la intervención hormonal en las etapas reproductivas de la mujer con cáncer de mama.

El Simposio da inicio con la plática "Mitos y Realidades de anticoncepción y cáncer de mama" con la Dra. Milagros Pérez Quintanilla. La anticoncepción es cualquier método, medicamento o dispositivo que se usa para prevenir el embarazo. Existen diferentes anticonceptivos hormonales como los parches, anillos, dispositivos, los orales y los inyectables que inhiben la ovulación. Según la Organización Mundial de la Salud, 222 millones de mujeres quieren posponer un embarazo pero no utilizan ningún método anticonceptivo por miedos, prejuicios y desinformación. Hasta ahora no se ha establecido una relación directa entre los anticonceptivos hormonales y el cáncer de mama, ya que este último se puede deber a factores de riesgo personales y hereditarios. Esto lo sustentan diferentes estudios entre ellos el Oxford Metánaisis (1996), Women's Care (2002) y el metanálisis hecho en 2022 con una población de 256,661 mujeres UK Biobank study en el que se observó poco o ningún aumento de riesgo y cualquier efecto puede ser temporal y desaparecer a los 2-5 años de suspender el uso de los anticonceptivos. Asimismo, la evidencia científica (meta-análisis y revisión sistemática) demostró que no existe un mayor riesgo de cáncer de mama con BRCA1 y el uso de anticonceptivos orales. Conclusiones inconsistentes acerca de cáncer de mama y ACO sugieren que una evaluación personalizada permitirá la administración del mejor método. En cuanto al uso de anticonceptivos y su relación con otros cánceres, la realidad es que algunos anticonceptivos orales pueden considerarse como un factor protector del cáncer de endometrio, colon y ovario. En 24 estudios hay un 50 % de reducción de riesgo por más de 10 años de uso, el DIU reduce el riesgo en un 40% y la ligadura tubaria en un 50 a 60%. Los ACO proporcionan un



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

30-40% de disminución de riesgo de cáncer de endometrio. La enseñanza debe ser sobre todo una provocación intelectual.

A continuación, la Dra. Ana Cristina Arteaga Gómez presenta el tema "Cáncer de mama y embarazo". El cáncer asociado al embarazo se define como el que surge durante la gestación y/o hasta un año después de la resolución del mismo. Es un tema que se ve más frecuentemente en los consultorios de los gineco obstetras y ginecólogos oncólogos. En cuanto a la epidemiología mundial, los cánceres que se asocian al embarazo principalmente son: cáncer de mama, cáncer cervicouterino, cáncer de ovario, leucemia y linfomas, con una incidencia de 1 cáncer por cada 3,000 a 10,000 embarazos. En cuanto a la epidemiología nacional en Perinatología se atienden linfomas y leucemias y se realizó un estudio de cohorte con 47 pacientes. El cáncer se diagnostica en el segundo trimestre de embarazo. Los factores de riesgo pueden ser múltiples: antecedente de quimioterapia, tabaquismo, obesidad, hipertensión, pero un factor de riesgo sólido es la edad materna avanzada (40-50 años). Las manifestaciones clínicas generalmente son síntomas inespecíficos (fatiga, pérdida de peso, cambios hematológicos), lo que dificulta el diagnóstico. También pueden presentar un nódulo mamario, sangrado transvaginal y dolor pélvico. En cuanto al abordaje diagnóstico se utilizan la resonancia magnética y el ultrasonido mamario o pélvico, evitando el uso de medios de contraste y haciendo diagnóstico por histopatología. No se debe utilizar radioterapia ni medios de radiación directa al feto. En cuanto al diagnóstico por marcadores, estos se incrementan en el embarazo (8 semanas, 14 a 16 del embarazo). El tratamiento en general, el abordaje quirúrgico se prefiere durante el segundo trimestre; se hará laparoscopia y no cirugía abierta. La quimioterapia es segura a partir del segundo trimestre. No se afecta el pronóstico de sobrevivida cuando un cáncer se asocia al embarazo. En cuanto a los aspectos bioéticos, se deben respetar los derechos humanos y reproductivos de cada mujer. Se recomienda finalizar el embarazo cuando los tumores son de mal pronóstico, se diagnostican en el primer trimestre o están en etapas avanzadas, pero sobre todo cuando la paciente lo solicite. Concluimos que el diagnóstico y tratamiento del cáncer durante el embarazo es un desafío para los profesionales de la salud; el cuidado de estos pacientes y sus hijos depende de la atención coordinada de un equipo multidisciplinario, evaluando riesgos para la madre y el feto y respetando la decisión de la paciente.

La siguiente plática es "¿Es posible un embarazo antes o después del cáncer de mama?" por la Dra. Eva Ruvalcaba Limón. La edad de la madre y/o si no ha tenido embarazos anteriores le confiere a la mujer un discreto incremento en el riesgo de cáncer, así como el tiempo que ha pasado desde el último embarazo. Diferentes tratamientos según el tipo de cáncer que van desde hormonoterapia hasta quimioterapia y radioterapia para personas de alto riesgo. Si la mujer está en tratamiento y se embaraza, se tendrá que suspender el mismo con riesgos para la mujer. Dependiendo en qué momento del embarazo se encuentra la paciente, será el tratamiento que se pueda ofrecer. Asimismo, para el seguimiento del cáncer de mama es determinante el tiempo: primeros 2 años revisión clínica cada 3 meses, de 3 a 5 años revisión clínica cada 6 meses y después del quinto año revisión clínica anual; el tratamiento también será diferente. Un estudio retrospectivo concluyó



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dr. Germán E. Fajardo Dolci

Secretaria General

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Vicepresidente

Dr. Raúl Carrillo Esper

Tesorera

Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola

Secretario Adjunto

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández

que el embarazo después de cáncer de mama es seguro en comparación con la población general. Actualmente se está llevando a cabo un estudio prospectivo para investigar más a fondo la seguridad del embarazo después del tratamiento del cáncer de mama. También se ha estudiado la interrupción de la terapia hormonal durante el embarazo en pacientes jóvenes para evaluar la seguridad.

El Dr. David Francisco Cantú de León habla del uso de la terapia de reemplazo hormonal y cáncer de mama. La menopausia es un proceso natural y para el 2025 se estima que 11 millones de mujeres estarán en esta etapa, por lo que es importante conocer cómo abordar los síntomas que se puedan presentar en el 85 % de esta población. La terapia de reemplazo hormonal incluye estrógenos conjugados solos o en combinación con progestina, está indicada para atenuar los síntomas vasomotores, prevenir déficits cognitivos y evitar enfermedades cardiovasculares. Aumenta la densidad mamaria, de ahí la importancia de conocer si hay lesiones sospechosas o anormales. Hay varias variables a tomar en cuenta antes de decidir si se tienen riesgos para desarrollar cáncer mamario. Otros síntomas como el insomnio y la depresión son considerados importantes a la hora de decidir sobre la terapia de reemplazo para pacientes con cáncer de mama. Las indicaciones aprobadas por la FDA para terapia de reemplazo incluyen síntomas vasomotores como sofocos y prevención de la pérdida ósea. Los casos específicos en los que la terapia de reemplazo puede ser necesaria incluyen mujeres jóvenes con pérdida ósea debido al tratamiento del cáncer, pacientes con cáncer ginecológico y aquellas con atrofia vaginal. La combinación de estrógenos con progesterona se asocia con un mayor riesgo de cáncer de mama en comparación con el estrógeno solo. Algunas pacientes con menopausia desarrollan diabetes y enfermedades cardiovasculares, lo que contraindica la terapia de reemplazo hormonal. El equipo multidisciplinario que atiende pacientes con cáncer de mama incluye un psicólogo y un nutricionista desde la primera consulta, brindando apoyo durante todo el proceso, y el Comité de Ética vela por los derechos reproductivos y la autonomía de la paciente en la toma de decisiones sobre los tratamientos. La terapia de reemplazo hormonal se recomienda durante 3 a 5 años para pacientes específicas.

Después de terminar las exposiciones, se procedió a la sesión de preguntas y comentarios.

Dr. Enrique Octavio Graue Hernández
Secretario Adjunto