

FERTILIDAD Y LACTANCIA MATERNA EN MUJERES CON ANTECEDENTES DE CÁNCER DE MAMA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

María López García

27/01/2025

1. Introducción

En los últimos años, se está produciendo una disminución en la edad de aparición del cáncer de mama, de modo que cada vez afecta a más mujeres jóvenes que continúan en edad fértil.

Este hecho, unido a las altas tasas de supervivencia de la enfermedad y a que la maternidad cada vez se da a edades más tardías por motivos sociales, laborales y por el desarrollo creciente de técnicas de fecundación asistida, hace que actualmente exista un mayor número de mujeres que pueden querer ser madres tras superar un cáncer de mama. Como resultado, el número de supervivientes a largo plazo aumenta de forma constante, lo que ha estimulado a la comunidad científica a abordar diferentes cuestiones relacionadas con la calidad de vida y la supervivencia.

2. Epidemiología del cáncer del cáncer de mama

En las mamas, como en cualquier otro órgano, pueden desarrollarse tumores malignos. Estos tumores se consideran adenocarcinomas porque, por lo general, suelen comenzar a desarrollarse en el tejido glandular mamario.

Los más comunes son los carcinomas ductales (85%) y los carcinomas lobulillares (15%), originados respectivamente en los conductos lactíferos y en las células de los lobulillos. Se denomina carcinoma “in situ” cuando la proliferación de las células cancerosas no traspasa el conducto o el lobulillo en el que se ha originado; pero cuando proliferan hacia estructuras adyacentes, se denominan carcinomas infiltrantes y podrían metastatizar.

El cáncer de mama ya es el tumor más diagnosticado del mundo, superando por primera vez en 2020 al de pulmón.

Además, es el cáncer más frecuente en mujeres en España, superando la incidencia del cáncer colorrectal, pulmón, útero, tiroides y páncreas. El 30% de los cánceres diagnosticados en mujeres se originan en la mama.

En cuanto a la tasa de incidencia, se estiman 132 casos por cada 100.000 habitantes. La probabilidad estimada de desarrollar cáncer de mama siendo mujer es de **1 cada 8**. Este tipo de tumor suele aparecer entre los 35 y los 80 años, aunque la franja de los **45-65** es la de mayor incidencia, al ser el momento en el que se producen los cambios hormonales

en los períodos de peri y post menopausia, una curva de incidencia que **continúa aumentando** a medida que la mujer envejece.

Según la OMS, en 2020 se diagnosticaron 2,3 millones de este tipo de cáncer y murieron casi 700.000 mujeres por esa enfermedad. Este dato evidencia la importancia de este tumor a nivel mundial.

Por su parte, los varones suponen alrededor de un **1%** de todos los nuevos diagnósticos de esta enfermedad.

Respecto a la incidencia y mortalidad de este cáncer, los países de alto nivel de ingresos presentan una **alta incidencia y una baja mortalidad**, mientras que, en el resto de los países, la incidencia es menor y la mortalidad mayor.

3. Fertilidad y embarazo después del cáncer

Las pacientes supervivientes al cáncer de mama presentan una menor probabilidad de gestación postratamiento en comparación con la población general, posiblemente no solo por el efecto negativo sobre los ovarios de los tratamientos recibidos, sino también por la preocupación sobre un posible incremento de recurrencia o empeoramiento de pronóstico en el contexto de un tumor hormonodependiente o sobre un posible incremento del riesgo de complicaciones durante la gestación.

En cuanto al pronóstico de la enfermedad, no se ha demostrado un efecto negativo de la gestación sobre este, por lo que a priori, no debería desaconsejarse la gestación en estas pacientes una vez han completado el tratamiento correspondiente.

Una mujer puede quedarse embarazada después de tratar el cáncer de mama con quimioterapia. Pero depende de la edad y de los tipos y dosis de medicamentos de quimioterapia que haya recibido.

La menopausia precoz provocada por la quimioterapia puede ser temporal, especialmente en mujeres más jóvenes. A veces, el regreso de la menstruación puede tardar entre unos meses e incluso un **año o más**. Normalmente, las mujeres más jóvenes pueden quedar embarazadas después de completar la quimioterapia porque sus ovarios tienen una mayor reserva de óvulos que las mujeres de 40 años o más. Aun así, es conveniente que un especialista compruebe la reserva ovárica antes de iniciar la quimioterapia, independientemente de la edad, si existe deseo genésico.

4. Tratamiento del cáncer de mama y lactancia materna

Los tumores de la mama suelen tratarse mediante su resección a través de cirugía y terapias complementarias, previas o posteriores a la intervención, con la finalidad de eliminar toda célula maligna y de disminuir el riesgo de recurrencia del tumor.

Los tipos de cirugía contemplan, habitualmente, dos técnicas diferentes: lumpectomía y mastectomía. Las terapias adyuvantes o neoadyuvantes son la quimioterapia, la radioterapia y la terapia hormonal.

El objetivo de la cirugía en el tratamiento del cáncer de mama es la extirpación del tumor y de parte del tejido circundante, lo que puede significar solo una zona alrededor de la

masa, con conservación del parénquima mamario (lumpectomía, tumorectomía o cirugía conservadora), o la totalidad del tejido mamario y, a veces, músculos, piel o pezón (mastectomía simple, mastectomía con conservación de piel y con conservación de pezón). Además, también se suele llevar a cabo el análisis del ganglio centinela, lo que, dependiendo de sus resultados, puede determinar la extirpación de ganglios linfáticos o cadenas ganglionares afectadas.

Además, aunque cada vez es menos frecuente, para reducir el riesgo de recidiva se realiza una mastectomía doble o bilateral, en la que se extirpan ambos senos y que se denomina mastectomía contralateral profiláctica.

Normalmente, tras estas cirugías mamarias o durante ellas, se reconstruyen los senos mediante tejidos de otras partes del cuerpo o implantes, pero ello no permite la recuperación del tejido mamario extirpado.

Parece existir consenso en torno al hecho de que, tras una cirugía conservadora, el seno intervenido puede producir leche, pero en menor cantidad que un pecho sano. Esto es debido a que las cirugías en torno a la región subareolar pueden seccionar los conductos terminales, de manera que se obstruye la salida de la leche al exterior.

Igualmente, se pueden producir lesiones de los nervios que afecten al reflejo de eyección y al de regulación de la producción láctea.

Tras cualquier modalidad de mastectomía, la lactancia materna no será posible en el pecho intervenido debido a la erradicación total del tejido mamario. Puede crear confusión el hecho de que exista pezón, pero hay que recordar que no está presente el tejido glandular productor de leche, si bien es cierto que, en ocasiones, puede quedar una pequeña parte de parénquima residual que fomente el crecimiento del pecho durante el embarazo y la lactancia, dando una apariencia de que es un pecho funcional.

Como ya se ha comentado, una de las terapias complementarias de la cirugía es la radioterapia. La radiación produce **cambios histopatológicos irreversibles** en el tejido mamario del pecho afectado. Incluyen modificaciones en los lobulillos y los ductus terminales, atipias en el estroma mamario, fibrosis con o sin atrofia del pecho, pérdida de elasticidad del complejo areola-pezón y cambios vasculares. Todas estas alteraciones, ocasionan una **disminución de la producción** láctea y cambios en la composición de la leche, como **el aumento de sodio**, por lo que el lactante puede rechazarla y preferir el pecho no irradiado. Este rechazo se ve fomentado por la inelasticidad del complejo areola-pezón del pecho afectado, que dificulta al bebé la extracción de la leche con la succión. Otros autores sugieren que la disminución del volumen lácteo también depende del tipo y dosis de radioterapia administrada, así como la susceptibilidad personal a sus efectos. La APILAM considera la lactancia tras las sesiones de radioterapia como segura, compatible y de mínimo riesgo para el lactante. Concluye que, en un 50% de las ocasiones el pecho irradiado es capaz de producir leche, así como que 1 de cada 4 mujeres que recibieron radioterapia, logra amamantar del pecho tratado de manera óptima.

En relación a la quimioterapia, este tratamiento puede causar una disminución en la producción de la leche, ya que puede ocasionar cambios histopatológicos irreversibles en el tejido mamario, llegando incluso a afectar a la mama contralateral.

Cabe destacar que hay que valorar la toxicidad y las características de cada fármaco quimioterápico para recomendar la lactancia materna, ya que hay que tener en cuenta que el periodo seguro para amamantar es de, al menos, 5 semividas de eliminación del medicamento.

* La semivida o vida media de un fármaco es el tiempo que tiene que pasar hasta que la concentración plasmática del medicamento se reduzca a la mitad. Nos puede permitir saber el tiempo que permanece la sustancia en el organismo, entre otros aspectos.

Por otra parte, la Asociación para la Promoción e Investigación Científica y Cultural de la Lactancia Materna, afirma que la producción de leche no se ve afectada por el tratamiento con quimioterapia y que, por lo tanto, la lactancia materna es totalmente posible. No obstante, explican que algunos quimioterápicos con efecto antibiótico podrían alterar de manera transitoria la composición de la microbiota de la leche y la concentración de alguno de sus componentes, sin que ello afecte en ningún momento a la seguridad del lactante. Sin embargo, también recomienda que, tras pasar las semividas recomendadas, se realicen detecciones en leche del fármaco como indicador de seguridad.

Finalmente, la terapia hormonal o terapia endocrina es de gran eficacia para tratar los tumores positivos en receptores de estrógeno o progesterona, bien de forma adyuvante o neoadyuvante.

Existen dos tipos de fármacos disponibles para mujeres premenopáusicas: el tamoxifeno (un bloqueador de estrógenos) y los inhibidores de la aromatasas, IA, (que disminuyen el estrógeno producido por los tejidos, excepto el que se sintetiza en los ovarios).

A los IA se los considera incompatibles con la lactancia materna ya que se transmiten al bebé a través de la leche y podrían provocar la inhibición de la formación de estrógenos. Sobre el tamoxifeno, no parece existir información suficiente acerca de si el medicamento se transmite al niño a través de la lactancia, por lo que se señala como contraindicado durante el amamantamiento y se recomienda suspenderlo durante la gestación y la lactancia. Sí se conoce que inactiva la lactogénesis II en los primeros días de postparto, siendo desconocidos aún sus efectos sobre la producción de leche en las etapas posteriores de la lactancia.

5. Consideraciones a tener en cuenta sobre la lactancia materna

Todos los cambios producidos en la anatomía y fisiología de la mama tras los diversos tratamientos ya expuestos, harán que la lactancia materna en este grupo de mujeres tenga una serie de **peculiaridades y características**.

En cuanto a la duración del amamantamiento en estos casos, se ha observado que varía desde unas semanas, hasta los dos años. Además, se suele suplementar con fórmula y el tiempo medio de lactancia materna exclusiva se encuentra entre 1-4 meses.

Por otro lado, hay que tener en cuenta que determinados tratamientos desencadenan una **menor producción** láctea en el lado afecto, y **variaciones de la composición** de la leche, como hemos comentado anteriormente, que obligan a dar lactancia únicamente del seno

sano, del mismo modo que tras una mastectomía la producción de la mama intervenida será nula.

Es por ello por lo que varios autores consideran que la estrategia más prometedora para el desarrollo de un amamantamiento duradero y de calidad, es la denominada “**lactancia unilateral**”. Se puede conseguir una **lactancia materna exitosa** con un único seno, ya que es capaz de producir leche suficiente como para cubrir todas las necesidades nutricionales del lactante. Esto se debe a que la producción de leche se modifica en función de lo que el bebé succiona, es decir, en base a lo que necesita para cubrir sus necesidades alimentarias. Hay estudios que demuestran que una única mama también produce suficiente como para amamantar adecuadamente a **gemelos**. Aun así, en el protocolo de la *ABM* se recomienda que los profesionales realicen un **seguimiento estrecho** a estos niños para asegurarse de que ganan peso correctamente.

Aunque la lactancia unilateral sea considerada una buena estrategia para amamantar al bebé tras haber recibido alguno de estos tratamientos, puede acarrear **problemas** como el dolor y las lesiones en el pezón, o el sentimiento de incertidumbre ocasionado por el desconocimiento sobre si la cantidad de leche producida es suficiente. Además, puede tener un **impacto negativo sobre la autoimagen** de la mujer debido a la asimetría mamaria que se produce.

Como solución a las lesiones en el pezón, se recomienda conseguir un **buen agarre** del lactante, las **tomas frecuentes** y las **extracciones**, ya que minimizan las obstrucciones y la mastitis.

6. Aspectos psicológicos de la lactancia materna en mujeres con antecedentes de cáncer de mama

La lactancia materna tiene numerosos beneficios psicológicos en las mujeres con una historia previa de cáncer de mama, ya que esta experiencia les ofrece **esperanza, positividad y sentimiento de normalidad** después de haber superado una vivencia tan terrible.

La posibilidad de dar lactancia materna no solo ayudar a fomentar el desarrollo de la **autoestima y valía personal** de estas mujeres después de haber superado una experiencia tan negativa, sino que las madres también perciben que permite establecer un **vínculo madre-hijo** muy fuerte.

Por otro lado, a pesar de que estas mujeres ven la lactancia materna como un logro, aunque sea a corto plazo, y estén motivadas para ello, supone para ellas grandes retos, miedos y preocupaciones, los cuales se ven incrementados cuando existe una falta de información y de apoyo por parte de los profesionales sanitarios y de su entorno.

Los principales miedos y preocupaciones de estas mujeres son:

- Temor a la recurrencia del cáncer o a la aparición de un nuevo tumor.
- Preocupación sobre si, en caso de lactancia unilateral, un solo pecho produce la cantidad de leche suficiente para alimentar a su hijo.
- Miedo a transmitir a los bebés a través de la leche los fármacos del tratamiento recibido.
- Desasosiego por no cumplir las expectativas sociales.

- Temor a mostrar el pecho con cicatrices al lactante u a otras personas en casa de dar lactancia en público.

Además, los prejuicios y desconocimientos sobre la maternidad tras haber superado un cáncer de mama, extendidos entre los profesionales, les hacen sentir confundidas y solas en la toma de decisiones sobre la manera de alimentar a su hijo.

7. Caso clínico

Datos de identificación. JRR, mujer de 41 años.

Motivo de seguimiento del caso. Lactancia materna en mujer con antecedente de cáncer de mama.

Antecedentes personales (AP).

- NAMC
- Antecedentes médicos: CA mama triple negativo, grado III, T2N1
- Antecedentes obstétrico-ginecológicos: FO 0, 41+1 SG, FPP 19/11, embarazo normoevolutivo, concepción TRA (preservación de la fertilidad)
- Antecedentes quirúrgicos: Laparotomía media por rotura de quiste endometriásico con anexectomía derecha y apendicectomía profiláctica en 2009. Tumorectomía en mama derecha y linfadenectomía en 2017.

Antecedentes familiares (AF).

Tratamiento crónico.

Situación basal. Activa e independiente para las actividades básicas de la vida diaria.

Historia del proceso actual. Cesárea por no progresión de parto el 27/11/2024. RN varón de 3590kg, Apgar 9/9, pH (V) 7.35 y pH (a) 7.31. Inicio de LM en REA en las primeras 2hdv del RN en el pecho no intervenido. Buen agarre y succión. Se resuelven dudas.

Lactancia materna exclusiva y exitosa llevando a cabo una “lactancia unilateral” con el pecho no intervenido a los dos meses de vida del recién nacido. La madre desea continuarla el máximo tiempo posible, por lo que está haciendo su propio banco de leche mediante extracción con sacaleches con previsión a su reincorporación a la vida laboral.

8. Conclusión

Debido a la disminución de la edad de aparición del cáncer de mama y a la elevada tasa de supervivencia de esta patología en la actualidad, cada vez son más las mujeres que deciden ser madres después de haber sido tratadas de esta enfermedad y que se plantean la posibilidad de alimentar a su hijo mediante lactancia materna.

Un gran problema que en absoluto favorece al apoyo y a la educación de estas mujeres y que fomenta la desinformación de los profesionales, es la escasez de literatura actualizada. Son numerosos los autores que coinciden en que hay una **notable falta de investigación** sobre la lactancia materna tras un cáncer de mama, las experiencias de las mujeres durante este proceso, la manera de darles apoyo antes y después del parto y cómo abordar sus miedos y preocupaciones.

9. Bibliografía

1. Alimentación del lactante y del niño pequeño [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2023 [consultado 27 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/Vk6qgy>
2. Cáncer de mama [Internet]. Asociación española contra el Cáncer; 2024 [consultado 15 Dic 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/1id74Q>
3. . Cáncer de mama [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2024 [consultado 15 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/4jUyFb>
4. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2020: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence worldwide in 2020 [Internet]. 2022 [consultado 15 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://acortar.link/VVtovq>
5. Cáncer de mama en hombres. Breastcancer.org [Internet] [consultado 2 Enero 2025]. Disponible en: <https://cutt.ly/HGkISIZ>
6. Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM). Las cifras del cáncer en España 2024 [Internet]. SEOM; 2024 [consultado 15 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://seom.org/git-en/150025-seom/210347-las-cifras-del-cancer-dia-mundial-2024>
7. Bernal Pérez M, Villavieja Atance L, et al. Descenso de la edad al diagnóstico en el cáncer de mama [Internet]. Prog Obstet Ginecol. 2011;54(8):397-402. Disponible en: <https://cutt.ly/qGkNw17>
8. Ara C, Giménez MJ, Cusidó M, Fabregas R. Consenso Cáncer de Mama y Fertilidad. Revista de senología y patología mamaria [Internet]. 2015 [consultado 2 Enero 2025];28(4):172-180. Disponible en: <https://acortar.link/enFH1A>
9. Tratamiento del cáncer de seno (mama) en adultas. Instituto Nacional del Cáncer [Internet]. 2022 [consultado 20 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/3F4K3Ss>
10. Johnson HM, Mitchell KB. ABM Clinical Protocol #34: Breast Cancer and Breastfeeding. Breastfeeding medicine [Internet]. 1 Julio 2020 [consultado 20 Diciembre 2024];15(7):429-434. ISSN: 1556-8253, DOI: 10.1089/bfm.2020.29157.hmj
11. Vázquez Albadalejo C. Cirugía del cáncer de mama: técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. Med. segur. trab. [Internet]. 2016 [consultado 20 Diciembre 2024]; 62(Suppl):116-124. Disponible en: <https://cutt.ly/qF4AfNb>

12. Johnson HM, Mitchell KB. Breastfeeding and Breast Cancer: Managing Lactation in Survivors and Women with a New Diagnosis. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 24 Julio 2019 [consultado 26 Diciembre 2024];26(10):3032-3039. ISSN: 1068-9265, DOI: 10.1245/s10434-019-07596-1
13. Bhurosy T, Niu Z, Heckman CJ. Breastfeeding is Possible: A Systematic Review on the Feasibility and Challenges of Breastfeeding Among Breast Cancer Survivors of Reproductive Age. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 11 Septiembre 2020 [consultado 26 Diciembre 2024];28(7):3723-3735. ISSN: 1068-9265, DOI: 10.1245/s10434-020-09094-1
14. Peccatori FA, Migliavacca Zucchetti B, Buonomo B, Bellettini G, Codacci-Pisanelli G, Notarangelo M. Lactation during and after Breast Cancer. *Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation*. Cham: Springer International Publishing [Internet]; 2020 [consultado 20 Diciembre 2024]. p. 159-163. ISSN: 0065-2598, DOI: 10.1007/978-3-030-41596-9_22
15. APILAM. Cáncer materno. En: e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna [Internet]. [consultado 26 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://apilam.org/docencia>
16. Acedo Garcia IM, Díaz Jimenez D, Del Pozo Fuentes L. Cáncer de mama y lactancia materna, un tandem posible. A propósito de un caso. *Ágora de enfermería* [Internet]. 2020 [consultado 26 Diciembre 2024];24(1):224-229. ISSN 1575-7668.
17. Alianmoghaddam N, Khoshnood K, Benn C, Kennedy HP, Lamyian M. Breast Cancer, Breastfeeding, and Mastectomy: A Call for More Research. *Journal of human lactation* [Internet]. Mayo 2017 [consultado 26 Diciembre 2024];33(2):454-457. ISSN: 0890-3344, DOI: 10.1177/0890334416678822
18. Azulay Chertok IR, Wolf JH, Beigelman S, Warner E. Infant feeding among women with a history of breast cancer. *J Cancer Surviv* [Internet]. 14 Enero 2020 [consultado 27 Diciembre 2024];14(3):356-362. ISSN: 1932-2259, DOI: 10.1007/s11764-019-00852-z
19. Cancer.org. Radiación para el cáncer de seno. American Cancer Society [Internet]. 2019 [consultado 20 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/5F4L7rQ>
20. De Simone V, Pagani O. Pregnancy after breast cancer: hope after the storm. *Minerva Obstetrics and Gynecology* [Internet]. Octubre 2017 [consultado 27 Diciembre 2024];69(6):597-607. ISSN: 2724-606X, DOI: 10.23736/S0026-4784.17.04113-2
21. APILAM. Radioterapia externa. En: e-lactancia.org. APILAM: Asociación para la promoción e investigación científica y cultural de la lactancia materna [Internet]. [consultado 26 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/aDt7gCn>

22. Cancer.net. Cáncer de mama: Tipos de tratamiento. American Society of Clinical Oncology (ASCO) [Internet]. [consultado 26 Diciembre 2024]. Disponible en: <https://cutt.ly/ADtw7RV>
23. Linkeviciute A, Notarangelo M, Buonomo B, Belletini G, Peccatori FA. Breastfeeding After Breast Cancer: Feasibility, Safety, and Ethical Perspectives. *Journal of human lactation* [Internet]. Febrero 2020 [consultado 27 Diciembre 2024];36(1):40-43. ISSN: 0890-3344, DOI: 10.1177/0890334419887723
24. Nejatisafa A, Faccio F, Nalini R. Psychological Aspects of Pregnancy and Lactation in Patients with Breast Cancer. *Diseases of the Breast during Pregnancy and Lactation Cham: Springer International Publishing* [Internet]; 2020 [consultado 2 Enero 2025]; p. 199-207. ISSN: 0065-2598, DOI: 10.1007/978-3-030-41596-9_28
25. Faccio F, Mascheroni E, Ionio C, Pravettoni G, Alessandro Peccatori F, Pisoni C, et al. Motherhood during or after breast cancer diagnosis: A qualitative study. *European journal of cancer care* [Internet]. Marzo 2020 [consultado 2 Enero 2025];29(2). ISSN: 0961-5423, DOI: 10.1111/ecc.13214
26. Kang NM, Hahn WH, Park S, Lee JE, Yoo YB, Ryoo CJ. Mediating and Moderating Factors of Adherence to Nutrition and Physical Activity Guidelines, Breastfeeding Experience, and Spousal Support on the Relationship between Stress and Quality of Life in Breast Cancer Survivors. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 16 Octubre 2020 [consultado 2 Enero 2025];17(20):7532. ISSN: 1661-7827, DOI: 10.3390/ijerph17207532.
27. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* [Internet]. Septiembre 2007 [consultado 2 Enero 2025];18(2):137-161. Disponible en: <https://cutt.ly/ID3MUW9>