

SELECCION

Número 42
Año XIV
Marzo 2010

VIDA



**Cáncer de mama
en la clínica
y en el seguro
de vida**

 Nacional de Reaseguros S.A.

► CIRUGÍA BARIÁTRICA

CÁNCER DE MAMA EN LA CLÍNICA Y EN EL SEGURO DE VIDA

El cáncer mamario es un proceso que preocupa a todo el género humano, y de forma particular a las mujeres, por ser la más frecuente de las neoplasias. Es muy raro que una persona no conozca a más de una familia amiga, un vecino/a, compañero/a de trabajo que de forma directa o muy próxima, no haya sido afectado/a. Una de cada 8 mujeres será diagnosticada a lo largo de su vida de neoplasia mamaria.

A medida que la investigación va conquistando paso a paso parcelas de conocimiento, con su aplicación terapéutica correspondiente, cada vez se establece de forma más nítida el concepto de que los tumores mamarios tienden a diferenciarse de tal manera que, básicamente, no hay dos tumores de características idénticas, que respondan al mismo tratamiento con los mismos efectos secundarios, o que tengan la misma agresividad o características por la influencia de las hormonas. Todo esto resulta de gran interés, pero al mismo tiempo supone la necesidad de una caracterización personal muy detallada, con altos costes para el individuo y para la sociedad en su conjunto.

La buena noticia es que con la buena caracterización, la prevención a gran escala, la cirugía precoz y el uso de quimioterapia-radioterapia, antiestrógenos y el uso de trastuzumab, según los casos, se mejora el pronóstico, se logran cada vez más curaciones definitivas y no es nada raro el que se nos presente una candidata para un seguro que manifieste que hace 3, 6 ó 9 años se le diagnosticó y trató un cáncer de mama.

Estas situaciones, cada vez más frecuentes, suponen un desafío para el tarificador, puesto que el tumor mamario y el



tratamiento al que se ha sometido la enferma pueden tener consecuencias importantes sobre su estado físico y psíquico, como enseguida veremos.

Los tumores mamarios son de origen epitelial o de las células que forman las glándulas mamarias y por tanto son carcinomas, entre los cuales el tipo “ductal infiltrante” es el más común (76%), siguiendo en frecuencia el “invasivo lobular”, el “ductal in situ” ...

El primer punto que conviene despejar es el relacionado con la **influencia genética**, porque es cierto que puede haber una tendencia familiar, pero esta posibilidad es muy escasa y sólo merece un estudio detallado cuando:

- 1.- Hay un familiar de primer grado (madre, hijas o hermanas) con cáncer mamario antes de la edad de los 50 años.

El clínico debe recordar que la enferma que ha padecido un tumor mamario tiene en conjunto una posibilidad de padecer tumores de otra naturaleza en mayor proporción que la que afecta a la población en general.

- 2.- Aparición de cáncer en el sujeto afectado, antes de los 40 años de edad.
- 3.- Hay dos o más familiares de primer o segundo grado (incluye tías y abuelas), con historia de cáncer mamario a cualquier edad.
- 4.- Historia personal previa o familiar de cáncer ovárico.
- 5.- Historia familiar de varón con cáncer mamario o de algún miembro familiar que haya tenido una tumoración maligna en ambas mamas.

En conjunto, valorados todos los casos previos, no alcanzan el 10% de los casos, lo cual quiere decir que en más del 90% no es necesario realizar los complejos test para descubrir si hay mutación en los genes inhibidores de la formación de tumores mamaros (BRCA1 y BRCA2).

Desde el punto de vista pronóstico interesa mucho conocer el tamaño del tumor original, la presencia de metástasis (locales-ganglionares o a distancia), el grado histológico de malignidad y la sensibilidad a los receptores estrogénicos. En este tipo de tumores, y con vistas a la valoración del riesgo, debemos tener claro que las metástasis pueden aparecer 5 años después del tratamiento inicial en un 25% de los casos, y esta proporción aumenta cuando la enferma ha sido tratada con anti-estrógenos y presentaba un tumor sensible a los estrógenos. Después de un tratamiento inicial adecuado y una vigilancia periódica no tiene sentido hacer pruebas adicionales para detectar metástasis. No mejoran el pronóstico y sólo aumentan la tensión psicológica de la enferma. Únicamente en caso de dolor de huesos, disnea, ictericia o síntomas neurológicos, está indicado un nuevo rastreo diagnóstico. Cuando la mujer ha padecido un cáncer mamario es muy importante que se controle la mama contralateral durante una larga temporada, de forma anual, dada la incidencia de un 0,5 a 1% anual de aparición de un segundo tumor.

El clínico debe recordar que la enferma que ha padecido un tumor mamario tiene en conjunto una posibilidad de padecer tumores de otra naturaleza en mayor proporción que la que afecta a la población en general. Pero la posibilidad en cada caso es muy pequeña y por ello no debe producirse un estado de alarma sostenido.

Solamente en los pocos casos con influencia genética-familiar la presencia de nuevos tumores se hace más prevalente. La radiación aplicada incluso muchos años antes puede provocar leucemia mieloide, y el uso del tamoxifeno, un agonista estrogénico, puede aumentar la tasa de cánceres de cuello uterino y por ello la mujer no debe olvidar tras un tumor mamario la realización de los chequeos ordinarios de prevención, incluyendo la citología uterina, la colonoscopia ...

Circunstancias a tener en cuenta en la paciente operada de un tumor mamario

MENOPAUSIA PREMATURA: Debemos considerar que cuando nos enfrentamos a un tumor con receptores estrogénicos (que estimulan el crecimiento del tumor), una técnica habitual es dar preparados con efecto anti-estrogénico o moduladores de estrógenos (anastrozol, tamoxifen...), con lo cual se produce una especie de menopausia precoz con sofocos, taquicardias y tendencia a los cambios bruscos de humor. La gabapentina (un anti-convulsivante) y los antidepresivos inhibidores de la serotonina suelen aliviar o suprimir estos síntomas.

DISFUNCIÓN SEXUAL: La falta de estrógenos por supresión intencionada puede afectar la función sexual y aumentar la susceptibilidad a las infecciones de orina. No se debe administrar estrógenos por vía oral o cutánea, que podrían estimular el crecimiento del tumor original, pero sí se puede a nivel local-vaginal, con control médico.

DISFUNCIÓN MENTAL: No está claro en qué proporción los factores psicológicos, conjuntamente con los efectos secundarios de la medicación, pueden afectar a la mujer a la que se le ha diagnosticado y se ha tratado con terapias de gran potencia. En general son efectos temporales con tendencia a la recuperación completa. Sin embargo, se debe tener en cuenta la posibilidad de estados de ánimo deprimidos o inestables, especialmente en el caso de coberturas en que se pudiera contemplar la cobertura de invalidez.

MIALGIAS, ARTRALGIAS Y FATIGA: Son síntomas que ocasionalmente se presentan de forma típica cuando existe una tendencia a la disfunción mental o del ánimo. Muchas veces se trata de agravamiento de estados emocionales ya previamente inestables.

OSTEOPOROSIS: La menopausia prematura provocada y la medicación con efecto hormonal son factores que pueden predisponer a fracturas y, por ello, se debe tratar de compensar utilizando los medios preventivos de efecto probado (tomar el sol con moderación, calcio y vitamina

D3). Los bifosfonatos, un grupo de medicaciones que aumentan la densidad del hueso, están todavía bajo estudio porque, aparte de que pueden causar la denominada osteonecrosis del hueso mandibular, no queda claro que un aumento de densidad del hueso sea equivalente a una mejora de la resistencia ósea a las fracturas.

Recordamos los factores de riesgo

Para la medicina general, y de forma específica para la medicina de los seguros, siempre es conveniente mantener frescos los factores de riesgo de este tumor puesto que, incluso después de haberlo padecido, algo se puede hacer para evitar la recaída, y además de la conjunción de circunstancias que concurren en cada caso, podremos valorar de una forma más adecuada el riesgo específico en un candidato.

- 1 SEXO.** Las mujeres son afectadas unas 100 veces más frecuentemente que el varón por este tipo de cáncer, no sólo porque tengan más tejido mamario sino por la influencia de las mareas sucesivas de descargas hormonales femeninas.
- 2 EDAD.** Solamente aparece un cáncer de cada 8 por debajo de los 45 años. El riesgo aumenta a partir de esta edad. Los dos tercios de los tumores se concentran en las mujeres de más de 55 años.
- 3 FACTORES GENÉTICOS.** Entre el 5 y el 10% de los tumores mamarios tienen una base genética. Hay genes protectores o que evitan la transformación maligna (los más importantes son el gen BRCA1 y el BRCA2). Cuando se produce una mutación o cambio en estos genes la tendencia al cáncer es mayor y más precoz. Curiosamente, en estos casos hay una mayor tendencia al tumor bilateral y a la presencia de otros tipos de cáncer, particularmente el cáncer ovárico. Hay otros genes que también se han implicado en la aparición del tumor mamario ATM, P53, PTEN..., pero esto sería ya adentrarnos en los terrenos de la genética compleja. Solamente en los casos en los que clínicamente se pueda intuir la presencia de una malformación genética (por la edad, la presencia de miembros de familia ...) está indicada la compleja valoración o estudio de los genes. Se debe recordar que aproximadamente el 75% de las mujeres con un tumor de mama no tienen historia familiar de esta entidad, y en el 25% restante la mayoría sólo tienen un miembro en la familia que adquirió la enfermedad por encima de los 45 años y, por tanto, tampoco serían candidatas a esa investigación genética.



- 4 PROBLEMAS MAMARIOS PREVIOS Y AUMENTO DE DENSIDAD MAMARIA.** La presencia de unas mamas “densas” supone una pequeña elevación del riesgo de evolución hacia el cáncer, pero este aumento de frecuencia es muy poco significativo. El problema es que hace más difícil la valoración para el que debe interpretar las imágenes mamográficas. Mayor significación, y por tanto una obligación de revisiones periódicas realizadas formalmente, tiene el diagnóstico hiperplasia con atipia. El resto de las lesiones incluyendo la enfermedad fibroquística, la mastitis ..., en el caso de que puedan tener alguna influencia sobre el desarrollo de cáncer mamario, es insignificante y en cualquier caso no está claramente establecida.
- 5 MENSTRUACIONES.** La aparición de la menstruación a una edad muy joven (por debajo de los 12 años), o la terminación a una edad avanzada (después de los 55 años), supone un leve riesgo añadido debido probablemente a un mayor tiempo de actuación de las hormonas ováricas sobre el tejido mamario.
- 6 RADIACIÓN TORÁCICA PREVIA.** Al considerar este factor de riesgo se debe tener clara la edad en que se aplicó este método terapéutico. Si fue por encima de los 40-45 años, tiene poca o ninguna influencia sobre el desarrollo de un cáncer mamario. Si fue antes de esta edad, sí incrementa el riesgo, y por tanto se debe mantener la vigilancia de forma cuidadosa. Otra cosa es el efecto sobre el corazón y la presencia de daño estructural sobre este órgano, que se afectará a cualquier edad, y ello dependiendo de la dosis de radiación recibida y el tiempo transcurrido.
- 7 ¡UNA SORPRESA ESTADÍSTICA!** Haber tenido embarazos múltiples y haber empezado con los mismos a una edad temprana reduce el riesgo de cáncer mamario.

Dar el pecho al niño durante tiempo prolongado parece que también disminuye el riesgo de cáncer mamario.

8

ESTILO DE VIDA.

El uso de anticonceptivos de forma continuada aumenta en grado ligero la tendencia a este tipo de cáncer, pero parece ser que si ha transcurrido un tiempo apreciable (en torno a los 10 años) desde que se suspendió el uso, el riesgo se iguala al de la población en general.

Los estrógenos tras la menopausia, usados como terapia sustitutiva, se usan asociados a la progesterona (la otra hormona ovárica con acción protectora del embarazo) por haberse observado que en combinación disminuye la incidencia de cáncer de útero. En cambio, cuando el útero se ha extirpado no es necesaria la asociación. Desde el punto de vista del cáncer mamario, sin embargo, el uso de estrógenos ha disminuido por aumentar en pequeño grado su frecuencia. En cualquier caso el uso de estrógenos resulta conflictivo dado que, aunque mejora los síntomas de la menopausia y parece probado que retrasa la osteoporosis, puede aumentar el cáncer mamario como ya se ha mencionado y también puede aumentar los problemas de tipo vascular (trombosis, infartos). De ahí el descenso generalizado en su utilización.

El alcohol, cuando se toma de forma constante y por encima de la unidad diaria aumenta el riesgo de padecer múltiples tumores y entre ellos el mamario.

El sobrepeso es otro factor de riesgo, especialmente tras la menopausia. Y es que el tejido graso es productor de estrógenos y, cuanto mayor contenido graso, mayor es el riesgo por producción aumentada de hormonas, de forma especial cuando los ovarios van aminorando su función tras la menopausia.

La falta de ejercicio o el sedentarismo es otro factor que aumenta el riesgo de cáncer mamario. Aquí lo que resulta difícil es saber que cantidad de ejercicio es recomendable. Al final, en casi todos los estudios se acaba concluyendo que se debe dedicar entre 30 y 45 minutos, de forma exclusiva, al ejercicio para mantenerse en forma y que se produzca un factor de protección de manera diaria.

Otros muchos factores van saliendo en la prensa, como el alto contenido en grasas animales, el uso de desodorantes, el contacto con ciertos cosméticos y pesticidas, la colocación de implantes de silicona ..., aunque son solamente estudios provisionales que requieren mucha mayor investigación antes de poder llegar a conclusiones definitivas.



Valoración de la capacidad para contratar un seguro

Como decíamos en un principio, en cada caso de cáncer mamario hay que hacer una individualización del riesgo con un estudio pormenorizado, que exige contar con toda la documentación producida y referente al tumor desde el momento del diagnóstico.

Una regla que podríamos considerar como fija es que una vez realizado el diagnóstico de cáncer mamario deben transcurrir 6 años antes de considerar la posibilidad de un seguro. Aumentamos un año sobre los 5 habituales dados a los tumores sólidos, debido a la experiencia de posibles recaídas aparecidas tras tiempo prolongado en este tipo de neoplasias.

Tras los 10 años de la finalización del tratamiento, si no ha habido recaídas, podemos considerar a la paciente como

curada, y ello a pesar de que en una serie grande de casos siempre puede observarse una recaída posterior. Por los efectos secundarios de la terapia es preferible añadir un 25% de SMT de forma permanente.

Entre los 6 y los 10 años tras el final del tratamiento es donde vamos a tener más dificultades. Debemos ser cuidadosos al examinar la historia genética, el tamaño del tumor original y la presencia de contaminación ganglionar por el tumor. La valoración del estadio inicial es importante (ver tabla). Se debe además valorar el tratamiento seguido en su conjunto y los factores de riesgo asociados y actuales.

Desde el punto de vista de la invalidez es fundamental considerar el grado de adaptación a la realidad y la madurez psicológica general. Un grado importante de depresión por un periodo prolongado de tiempo nos debe, de nuevo, hacer adoptar una posición de cautela, especialmente en casos de altos capitales en riesgo.

TABLA DE ESTADIOS DEL TUMOR MAMARIO

ESTADIO 0 a veces denominado LCIS (Lobular carcinoma in situ) o DCIS (Ductal carcinoma in situ)	Son tumores localizados que en general responden bien a la lumpectomía o eliminación mediante la extracción del tejido que incluye y rodea a la zona tumoral. Hacer escisiones mayores no agrega ventajas o mejoría pronóstica.
ESTADIO I	El tumor tiene características invasivas al microscopio, mide menos de 2 cm y no tiene metástasis ganglionares.
ESTADIO II A	No hay células en la mama pero sí se encuentran en los ganglios axilares, o bien el tumor mide menos de 2 cm pero con invasión a los ganglios de la axila, o bien el tumor mide entre 2 y 5 cm pero no ha invadido los ganglios de la axila.
ESTADIO II B	El tumor tiene un tamaño entre 2 y 5 cm y ha invadido los ganglios axilares, o bien es mayor de 5 cm pero no ha invadido los ganglios de la axila.
ESTADIO III	Los ganglios axilares están agrupados y adheridos a estructuras circundantes con un tumor en la mama que puede ser mayor o menor de 5 cm o que incluso no se palpa.
ESTADIO III B	El tumor invade la pared torácica y/o la piel de la mama. El tipo de cáncer inflamatorio se considera al menos como III B.
ESTADIO III C	Con tumor palpable o no en mama el tumor se ha extendido a ganglios por encima y debajo de la clavícula y ha afectado a la piel de la mama y/o de la pared torácica.
ESTADIO IV	Con metástasis a distancia (pulmón, cerebro, hueso o hígado son las más frecuentes).



Cirugía Bariátrica

La cirugía que se emplea para tratar la obesidad mórbida, aquellos sujetos con un índice de masa (peso/altura en metros al cuadrado) superior a 40, es un tema que con frecuencia ocupa los primeros puestos en la prensa diaria, alabando las ventajas o relatando casos puntuales de graves complicaciones y de responsabilidades para cirujanos o centros dedicados a este tipo de cirugía.



La obesidad en su conjunto (Índice de masa > 30), se ha más que duplicado en prevalencia en los últimos 30 años. Hoy se puede considerar que entre el 25% y el 30% de los adultos son obesos, siendo esta condición una frecuente causa de decesos a través de las complicaciones y patologías asociadas.

Desde el punto de vista de los seguros, debemos tener en cuenta siempre al conjunto de individuos y su evolución a largo o muy largo plazo. Ello conlleva considerar los riesgos básicos de las personas con obesidad mórbida u obesidad extrema, y las complicaciones que se observan con este tipo de cirugía.

Riesgos de la obesidad mórbida

Las personas afectadas por este problema muy raramente tienen obesidad de forma aislada. Lo común es que tengan varias patologías asociadas, que aumentan el riesgo de forma solapada y muy compleja. También asocian problemas que, de forma directa o indirecta, limitan o alteran manifiestamente la calidad de vida, refiriéndonos a la falta de movilidad y molestias inherentes al deterioro esquelético u osteoartritis, y a los problemas psicológicos derivados de falta de autoestima o de inhibición para asumir un cargo frente al público.

Los problemas o factores de riesgo asociados más comunes son la hipertensión, presente en más del 50% de los casos, la diabetes, el asma y la enfermedad obstructiva del sueño. Estos tres últimos están presentes, cada uno, en el 30%-45% de los casos. Además es frecuente, pero ya en un grado menor, observar historia de tromboembolismo, enfermedad coronaria o tendencia al fallo cardiaco congestivo, incapacidad para desplazarse más de 50 metros, dislipemias y depresiones, que obligan en su conjunto a la politerapia o polifarmacia usando antilipemiantes, antidepresivos, narcóticos o medicación antiálgica.

Cuando la operación consigue reducir de forma significativa o normalizar el peso, buena parte de los problemas citados mejora o desaparece, y muchos sujetos que no eran asegurables (no se suele asegurar a las personas con un índice de masa superior a 40-44, según los diferentes manuales de selección), ahora están en condiciones de solicitar un seguro de vida. Por simple motivo de prudencia, y porque la mayor parte de las complicaciones se producen en el periodo perioperativo, es aconsejable aplazar la toma de riesgos hasta transcurrido el primer año después del procedimiento quirúrgico.

Tras la operación, el riesgo de muerte por complicaciones de la hipertensión, de la diabetes, del síndrome de apnea obstructiva y, muy curiosamente, por cáncer, disminuyen de forma muy apreciable; en conjunto en un 35-40%, pero estas

cifras deben revisarse a medida que se aporten nuevos estudios, puesto que hay factores psicológicos y psiquiátricos, a menudo presentes al menos de forma parcial previamente a la operación, que alteran las cifras globales de forma mal estudiada todavía.

Tipos de cirugía y complicaciones

La cirugía más comúnmente realizada es la denominada “Bypass gástrico Roux-en-Y” en donde se interrumpe la entrada desde el esófago al estómago, para unir la parte distal del esófago con un tramo alejado del intestino delgado, con lo que se disminuye el tramo de absorción del tubo digestivo y además se hace una digestión incompleta al faltar la acción del estómago y su acidificación sobre los alimentos.

Otra técnica consiste en aplicar una banda ajustable en torno al estómago, que produce un retardo en el vaciamiento y, por tanto, sensación de plenitud que disminuye el deseo de ingerir nuevos alimentos a lo largo de un periodo de tiempo.

Ambas técnicas se pueden hacer por vía abierta o por laparoscopia, y conllevan un pequeño riesgo de muerte, de tromboembolismos o de complicaciones quirúrgicas que obligan a una nueva intervención. En conjunto, las complicaciones graves que se producen justamente después de la cirugía o a lo largo de los primeros 30 días no llegan al 4%, una cifra sin embargo importante y que se debe tener en cuenta. En principio, las complicaciones son mayores con procedimiento de bypass, especialmente si hay historia previa de apnea obstructiva y/o trombosis venosa profunda.

Limitaciones de la cirugía bariátrica

Este tipo de cirugía está limitado a las personas entre los 18 y 60 años de edad, con un índice superior a 40. Únicamente se aceptan casos por debajo de este límite cuando se consideran grandes ventajas desde el punto de vista de las enfermedades asociadas (enfermedad coronaria, diabetes...). Además, el uso de drogas, el alcoholismo o los problemas mentales de importancia contraindican esta cirugía.

La selección médica

Ante un candidato que ha sufrido una cirugía bariátrica (del griego, *baros* = peso + *iatros* = medicina) el técnico

selector, aparte de tomar nota de los pormenores, fechas, tipo y complicaciones previas y posteriores asociadas al sobrepeso, debe concentrarse en los problemas más frecuentes que se asocian a estos enfermos, y específicamente:



- Peso máximo y actual, asegurándose que el efecto de la cirugía no haya sido excesivo provocando desnutrición, carencias metabólicas o trastornos adaptativos-digestivos con vómitos o síndrome de dumping y diarreas debido a una malabsorción excesiva.
- Problemas psiquiátricos y especialmente depresiones, ansiedad, estados límite-psicóticos y adaptación a la nueva situación de un peso más “normal”.
- Niveles de colesterol y triglicéridos.
- Pruebas de función respiratoria.
- EKG y, si está indicada, prueba de esfuerzo.
- Posibles problemas metabólicos, dado que es frecuente la carencia de hierro, calcio, vitamina D y algunos oligoelementos tales como el cinc y el magnesio, y el desarrollo de una intolerancia a la lactosa.

Es importante contar con todos estos elementos, incluso en caso de capital limitado, si no queremos llevarnos sorpresas y un alto índice de siniestralidad, especialmente en las coberturas de invalidez.

Además, como ya se mencionaba, se debe aplazar la contratación hasta después del primer año tras la cirugía.

La tarificación final debe consistir en sumar las sobremortalidades de cada uno de los factores de riesgo asociados, añadiendo un porcentaje corrector de un 25% cuando hay más de 2 factores (tales como un sobrepeso residual y una ligera hipertensión). La garantía de invalidez debe estar limitada a aquellos candidatos en buen estado y con ningún o sólo un factor de riesgo, y en ningún caso cuando la sobremortalidad para vida supera el 100%.