

Trastorno sexual y psicológico después de salpingooforectomía por mutaciones BRCA1/2

Estudio piloto muestra mejoría con educación sexual, terapia de comportamiento cognitivo y entrenamiento mental.

BOBER SL, RECKLITIS CJ, BAKAN J, GARBER JE, PATENAUE AF.

Addressing sexual dysfunction after risk-reducing salpingo-oophorectomy: effects of a brief, psychosexual intervention. J Sex Med. October 14, 2014. [Epub ahead of print]

Nivel de evidencia: II-3

Resumen. Este estudio piloto examina una intervención para mejorar la disfunción sexual y los trastornos psicológicos en las mujeres con BRCA1/2 y la historia de la salpingooforectomía de reducción del riesgo (RRSO). Por más de 2 meses, 37 mujeres participaron en el estudio, que involucró a una sesión de grupo de medio día en la que las participantes recibieron educación sobre los problemas sexuales relacionados con el RRSO, las técnicas de relajación, la conciencia corporal y la terapia cognitiva basada en la conciencia. Las participantes recibieron materiales educativos para llevar a casa y sesiones de consejería telefónica de seguimiento. Se completaron evaluaciones de línea de base y, 2 meses después de la intervención, evaluaciones de la función sexual femenina, los trastornos psicológicos, el conocimiento sexual y la satisfacción de las participantes. Estas mostraron mejorías significativas en la función sexual en los dominios de deseo, excitación, satisfacción y dolor. Otras mejorías significativas se encontraron en las medidas de los trastornos psicológicos, el conocimiento de la salud sexual y la autoeficacia percibida de las mujeres para gestionar eventos sexuales adversos. La aceptabilidad de la intervención fue alta, con casi todas las participantes que informaron que sentían más poder para hacer frente a los problemas sexuales y que estaban satisfechas con el contenido de la intervención.

Comentarios. Este estudio es único en el sentido de que en el examen de la intervención de salud sexual incorporó la educación sobre salud sexual, la terapia cognitivo-conductual y

la formación basada en la conciencia como herramientas para ayudar a las mujeres con disfunción sexual después de RRSO. Existe una creciente necesidad de estrategias eficaces para la gestión de quejas sexuales en esta población de mujeres de alto riesgo,^{1,2} a quienes usualmente se les recomienda tener salpingooforectomía alrededor de las edades de 35 a 40 años, más de una década antes de la edad media de la menopausia. Además, los tratamientos aprobados para la disfunción sexual se limitan a solo dos productos para la dispareunia, y no existen tratamientos farmacológicos que hayan sido aprobados para el deseo sexual disminuido. Aunque hay una creciente comprensión de que en las mujeres de alto riesgo se puede considerar la terapia hormonal (HT) a corto plazo para mejorar los síntomas después de RRSO,^{3,4} algunas ellas y los proveedores todavía pueden ser reacios a utilizarla. Mientras que la dispareunia puede aliviarse mediante el uso de TH en la menopausia después de RRSO, muchas mujeres experimentan una disminución de la función sexual a pesar la TH.⁵ Son muy necesarios los enfoques innovadores para la gestión de la disfunción sexual femenina en esta población de alto riesgo, en particular las cuestiones psicosociales, como la angustia y la disminución del deseo sexual.

Una rehabilitación sexual satisfactoria en mujeres con disfunción sexual a menudo requiere un enfoque multidisciplinario, incluyendo ginecólogos, fisioterapeutas de suelo pélvico y terapeutas sexuales. Una creciente cantidad de literatura describe el uso de la terapia cognitivo-conductual basada en la conciencia para la

disfunción sexual en las sobrevivientes de cáncer y en las pacientes sin cáncer.^{6,7}

Este estudio, aunque limitado por el pequeño tamaño de la muestra y la estrechez demográfica (la mayoría de las participantes eran blancas y con estudios universitarios), sugiere un enfoque de gestión viable que parece ser eficaz y aceptado por las mujeres de alto riesgo después RRSO. Los estudios futuros de este tipo de intervención deben incluir una población más amplia y muestra diversa, los períodos de pos intervención de seguimiento más largos y un brazo de grupo de control.

Kathryn Macaulay, MD
Clinical Professor
Director, UCSD Menopause Health Program
Department of Reproductive Medicine
UCSD Medical Center
La Jolla, CA

Referencias

1. Daly MB, Axilbund JE, Buy S, et al.; National Comprehensive Cancer Network. Genetic/familial high-risk assessment: breast and ovarian. *J Natl Compr Canc Netw*. 2010; 8(5): 562-594.
2. Campfield Bonadies D, Moyer A, Matloff ET. What I wish I'd known before surgery: BRCA carriers' perspective after bilateral salpingo-oophorectomy. *Fam Cancer*. 2011; 10(1): 79-85.
3. Rebbeck TR, Friebel T, Wagner T, et al.; PROSE Study Group. Effect of short-term hormone replacement therapy on breast cancer risk reduction after bilateral prophylactic oophorectomy in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: the PROSE Study Group. *J Clin Oncol*. 2005; 23(31): 7804-7810.
4. Eisen A, Lubinski J, Gronwald J, et al.; Hereditary Breast Cancer Clinical Study Group. Hormone therapy and the risk of breast cancer in BRCA1 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst*. 2008; 100(19): 1361-1367.
5. Finch A, Metcalfe KA, Chiang JK, et al. The impact of prophylactic salpingo-oophorectomy on menopausal symptoms and sexual function in women who carry a BRCA mutation. *Gynecol Oncol*. 2011; 121(1): 163-168.
6. Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther*. 2014; 57: 43-54.
7. Brotto LA, Erskine Y, Carey M, et al. A brief mindfulness-based cognitive behavioral intervention improves sexual functioning versus wait-list control in women treated for gynecologic cancer. *Gynecol Oncol*. 2012; 125(2): 320-325.