

CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

OSMARA GELDER, PEDRO CARMONA, FRANKLIN PACHECO, VÍCTOR HERRERA, PEDRO SARMIENTO, FELIPE SALDIVIA, NÉSTOR GUTIÉRREZ, NÉSTOR SILVIA RAMOS, CARLOS GADEA

SERVICIO DE PATOLOGÍA MAMARIA. INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. MIGUEL PÉREZ CARREÑO" VALENCIA, ESTADO CARABOBO, VENEZUELA.

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la incidencia, el comportamiento clínico patológico y el tratamiento de las pacientes con cáncer de mama y embarazo. **MÉTODO:** Se revisaron retrospectivamente 7 historias de pacientes con cáncer de mama asociado a embarazo, tratadas en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" desde el año 2001 hasta el 2010. **RESULTADOS:** La edad promedio fue de 32 años (42 %). La edad gestacional correspondió en 3 pacientes 8, 18 y 29 semanas respectivamente, 3 en puerperio y una con 6 semanas en el posoperatorio mediato de mastectomía. Solo una ingirió anticonceptivos orales por 3 años. El tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante con 5 (71,4 %) pacientes seguido de carcinoma lobulillar invasor y un apocrino. El tamaño tumoral osciló entre 3 cm y 5 cm, solo 1 (14,2 %) paciente consultó con una lesión de 1 cm; el estadio patológico IIIA se presentó en 3 (42,8 %) pacientes, estadio IV una paciente, estadio I: una paciente; estadio IIA: 1 paciente. 5 (71,4 %) pacientes recibieron neo-adyuvancia las cuales completaron el tratamiento con mastectomía total más disección axilar de los niveles I-II de Berg, solamente una fue a cirugía preservadora y una a tratamiento paliativo, un caso fue triple negativo. **CONCLUSIÓN:** El manejo del cáncer de mama durante el embarazo debe hacerse de acuerdo al estadio y considerar el aspecto emocional que conlleva la decisión.

PALABRAS CLAVE: Cáncer, mama, embarazo, tratamiento, cirugía, quimioterapia.

Recibido: 12/11/2011 Revisado: 14/01/2012

Aceptado para publicación: 19/02/2012

Correspondencia: Dra. Osmara Gelder. Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño", Valencia, Estado Carabobo. Tel: 04244676907. E-mail: osmaragelder@hotmail.com

SUMMARY

OBJECTIVE: The objective of this work is to determine the incidence, clinical and the pathological behavior and the treatment of patients with diagnostic of breast cancer and pregnancy. **METHODS:** We retrospectively reviewed 7 patients with histories of breast cancer associated with pregnancy, treated at the Institute of Oncology "Dr. Miguel Perez Carreño" from the year 2001 to the year 2010. **RESULTS:** The mean age was 32 years (42 %). The gestational age corresponded to 3 patients 8, 18 and 29 weeks respectively, 3 postpartum and 6 weeks in the postoperative mediate mastectomy. Only one ingested oral contraceptives for 3 years. The predominant histological type was infiltrating ductal carcinoma 5 (71.4 %) patients followed by invasive lobular carcinoma and the apocrine type. The tumor size ranged from 3 cm to 5 cm, only 1 (14.2 %) patients consulted with a lesion of 1 cm size, stage IIIA disease occurred in 3 (42.8 %) patients, one patient stage IV, stage I: One patient, stage IIA: 1 patient. 5 (71.4 %) patients received neo-adjuvant chemotherapy which completed treatment with total mastectomy more axillaries dissection of levels I-II of Berg, only one was a conservative surgery and palliative treatment. Regarding the case was a triple immunohistochemistry negative. **CONCLUSION:** The management of the breast cancer during pregnancy should be made according to the stage and consider the emotional aspect involved in this decision.

KEY WORDS: Cancer, breast, pregnancy, treatment, surgery, chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

L

a aparición de procesos neoplásicos durante la gestación es una situación que altera las decisiones clásicas del diagnóstico, modifica

los procedimientos terapéuticos y supone para la paciente y su entorno tener que adoptar decisiones difíciles. Además, se trata de entidades clínicas patológicas poco frecuentes y en muchas oportunidades la experiencia del médico suele ser limitada lo que dificulta el consejo terapéutico.

La asociación de cáncer y embarazo es poco frecuente, 1-3 casos por cada 1 000 embarazos; 3 estudios internacionales demuestran que el cáncer de mama es la primera enfermedad maligna que afecta a la mujer después de los 25 años^(1,2).

Hoy en día, existe una tendencia a retrasar la maternidad por motivos sociales y profesionales. Estos dos elementos hacen que a nivel mundial exista preocupación, pues se estima que en los próximos años ocurra un incremento de las gestantes con cáncer de mama. Lo que hace necesario que los especialistas en las áreas de oncología estén preparados para el reto que se les presenta en dicha patología.

El diagnosticar y tratar a estas pacientes: ¿qué riesgo materno fetal existe?, ¿qué posibilidades tiene una mujer de quedar embarazada después del tratamiento de un cáncer de mama? constituyen algunas de las interrogantes por responder para el personal médico que se relaciona con este tipo de pacientes.

Actualmente, están superadas aquellas conductas simplistas que defendían el aborto en todos los supuestos oncológicos relacionados con el embarazo. El avance de las terapias oncológicas, el conocimiento de su influencia sobre el embrión-feto y el gran desarrollo de los cuidados neonatales, hacen posible que se articulen secuencias terapéuticas que permitan un correcto tratamiento del tumor maligno así como preservar la viabilidad gestacional en la mayoría de los casos. Para las situaciones límite, en las que resulte más difícil conseguir estos dos fines se tendrán en cuenta otros aspectos no menos importantes como son los condicionantes éticos y morales de las conductas que se pretendan realizar así como la autonomía de la paciente. Se considera cáncer de mama y embarazo aquel

que se diagnostica durante el mismo o en el año siguiente al parto⁽³⁻⁵⁾.

MÉTODO

Se realizó un trabajo descriptivo, de cohorte transversal y retrospectivo, por medio de revisión de los datos epidemiológicos del servicio de historias médicas obteniéndose un total de 7 historias clínicas de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y embarazo desde el año 2001 hasta el 2010 tratadas en el Instituto de Oncología "Dr. Miguel Pérez Carreño" Valencia, Estado Carabobo, Venezuela. Se realizó una base de datos en *Microsoft Excel*[®] con análisis de frecuencia.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 32 años (42 %) oscilando entre 32 y 46 años. La edad gestacional correspondió en 3 pacientes 8, 18 y 29 semanas respectivamente, 3 en puerperio y una con 6 semanas en el posoperatorio mediato de mastectomía. Solamente una de las pacientes refiere que ingirió anticonceptivos orales por 3 años. El tipo histológico predominante fue el carcinoma ductal infiltrante con 5 (71,4 %) pacientes seguido de carcinoma lobulillar invasor y un carcinoma apocrino. El tamaño tumoral osciló entre 3 cm y 5 cm, sólo 1 paciente (14,2 %) consultó con una lesión de 1 cm; en cuanto al estadio patológico más frecuente fue el IIIA el cual se presentó en 3 pacientes (42,8 %), el estadio I, IIA y el estadio IV estuvo representado por una paciente cada uno (14,2 %) y con una paciente no estadificada al momento del tratamiento. 5 pacientes (71,4 %) recibieron quimioterapia neoadyuvante las cuales completaron el tratamiento con mastectomía total más disección axilar de los niveles I-II de Berg, una fue a cirugía preservadora y una a tratamiento paliativo. Con respecto a la inmunohistoquímica se consiguió

la realización en un caso y fue triple negativo, (*Basal-Like*).

DISCUSIÓN

El manejo de la paciente embarazada asociada a la presencia de cáncer de mama ha sido controversial, y se ha mantenido siempre bajo la premisa de ofrecer un tratamiento oncológico que asegure la radicalidad y sea eficaz salvaguardando en la medida de lo posible el desarrollo y la viabilidad de la gestación para su feliz término; la edad promedio en el presente trabajo fue de 32 años con un rango que oscila entre 32 y 46 años datos que se equiparan a los trabajos publicados y a los que se hace referencia, estando implícita la importancia del manejo multidisciplinario, en cuanto a la edad gestacional 3 pacientes fueron diagnosticadas en el primer trimestre del embarazo y una en el segundo trimestre, con una particularidad de 3 pacientes con diagnóstico en el puerperio o antes de cumplir un año del parto, estos datos contrastan con los encontrados en la literatura nacional e internacional donde la incidencia está durante el segundo y tercer trimestre del embarazo, lo que hace que el diagnóstico y tratamiento precoz se retrase conduciendo a un peor pronóstico no asociado a edad gestacional, esto es así debido a que durante el embarazo se producen una serie de cambios muy importantes en la anatomía mamaria, con proliferación intensa túbulo-alveolar ⁽⁶⁻¹⁰⁾, aumento de la vascularización de la glándula y cambios en el metabolismo celular que son progresivos hasta el parto. El tipo histológico ductal infiltrante es el más frecuentemente asociado al cáncer de mama estando presente en el 71,4 % de las pacientes estudiadas, cuando se comparan nuestros

resultados con estudios Latinoamericanos y Europeos, siendo esta la tendencia mundial en relación a la histología; seguida de la variedad lobulillar infiltrante y en nuestro caso particular, la presencia de un carcinoma apocrino poco frecuente que según las fuentes representa menos del 1 % del total de tumores malignos de la mama. El tamaño tumoral más predominante fue el T2 según la clasificación de la *UICC* entre 2 cm y 5 cm y una paciente con tumor de 1 cm, es decir un T1, lo cual se puede asociar a un difícil manejo del cuadro clínico y un pronóstico peor relacionado directamente al tamaño tumoral y las características histopatológica y moleculares del cáncer *per se*. El estudio de inmunohistoquímica se realizó en 4 pacientes las cuales desde el punto de vista molecular correspondieron a una paciente para cada grupo (luminal A, luminal B, Her2 positivo y basal o triple negativo), que no se correlacionan con los trabajos publicados, la frecuencia se orienta hacia el tipo luminal A (receptores de estrógeno y progesterona positivos asociados a Her2 negativo). Desde el punto de vista de estadiaje, el estadio IIIA fue el más representativo con un 42,8 % que cotejándolo a trabajos anteriores se puede llegar a la conclusión que la mayoría de las pacientes con cáncer de mama y embarazo se diagnostica y tratan en estadios tardíos con enfermedad locorregional avanzada, lo que no solo pone en peligro el producto de la gestación sino también a la paciente, debido al tratamiento oncológico al cual debe ser sometida con prontitud; de aquí la necesidad de comenzar un plan de manejo en este tipo de pacientes. En nuestra serie el 71,4 % de las pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante seguidas de mastectomía total con disección o vaciamiento axilar ganglionar de los niveles I y II de Berg con una excelente respuesta clínica.

REFERENCIAS

1. Pavlidis NA, Pentheroudakis G. The pregnant mother with breast cancer: Diagnostic and therapeutic management. *Cancer Treat Rev.* 2005;31:439-447.
2. Barthelmes L, Davidson LA, Gaffney C, Gateley C. Pregnancy and breast cancer. *BMJ.* 2005;330:1375-1378.
3. Pavlidis NA. Coexistence of pregnancy and malignancy. *The Oncologist.* 2002; 7:279-287.
4. Universidad de Navarra. Cáncer de mama durante el embarazo. España. 2008.
5. Gallegos-Hernández JF. Cáncer de mama asociado a embarazo. *Cirugía y Cirujanos.* 2005;73:1.
6. Cortez VC. Cáncer de mama y embarazo. Caso clínico. *Boletín Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.* 2008.
7. Danforth DN Jr. Breast cancer during pregnancy: A Comprehensive View. *Cancer J.* 2010;16(1):68-79.
8. Pérez JA. Cáncer de mama y embarazo: a propósito de un caso. *Cuadernos de Cirugía.* 2005;19:47-53
9. Rodríguez LR. Cáncer de mama y embarazo. *Rev Cub Obstet Ginecol.* 2007;33:3.