

I Congreso de la Asociación Cántabra de Matronas

IX Congreso Nacional de Matronas

CANCER DE MAMA Y EMBARAZO

José Ramón de Miguel Sesmero

(Catedrático y Jefe de Servicio de Obstetricia y Ginecología Universidad de Cantabria)
Facultad de Medicina
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla
Santander

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en el embarazo es un problema médico de difícil aceptación tanto para la gestante como para su médico. Se define como el cáncer que se diagnostica durante el embarazo o durante el primer año postparto.

Ciertamente al observarse con escasa frecuencia el cáncer de mama por debajo de 35 años, la probabilidad de asociación de esta neoplasia durante el embarazo es baja, estimándose una incidencia de 1 cada 3000 partos .

Sin embargo en la actualidad el retraso de la maternidad hasta una edad de 35 años o más, plantea un panorama diferente, pudiendo observarse una mayor incidencia en esta asociación.

Ante la asociación de un cáncer de mama durante la gestación, deben plantearse las siguientes preguntas, que constituyen el desarrollo de esta ponencia:

- ¿Cómo afecta el embarazo a la evolución y pronóstico del cáncer?
- ¿Qué riesgos tiene el cáncer de mama para el feto?
- ¿Cómo debe realizarse el diagnóstico y el tratamiento? ¿Qué riesgos plantea el tratamiento de esta neoplasia para el feto o para el futuro del embarazo?
- Si la neoplasia existe antes del embarazo, y la mujer está en tratamiento ¿qué asesoramiento debe darse en relación a un nuevo embarazo?

1.- EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE LA EVOLUCION Y PRONÓSTICO DEL CANCER DE MAMA

El embarazo no tiene una repercusión rápida y negativa sobre la evolución de la enfermedad. Sin embargo, si presenta una contribución desfavorable sobre esta neoplasia:

- Está elevada la afectación ganglionar axilar en comparación con pacientes no gestantes
 - Existe una demora en el diagnóstico, por término medio de 1 año. Este hecho puede explicarse por la presencia de los cambios gestacionales, y de la lactancia
 - Este retraso explica la mayor incidencia de estadios avanzados de cáncer de mama durante la gestación, en relación a pacientes no gestantes
 - Es mucho más frecuente en este grupo el hallazgo de lesiones metastásicas en comparación con pacientes no gestantes.
 - Sin embargo al analizar la supervivencia a los 5 años no se observan diferencias entre grupos de gestantes y no gestantes al comparar grupos sin afectación ganglionar. Tampoco existen diferencias al comparar grupos con afectación ganglionar.
- Otros factores empeoran el pronóstico del cáncer de mama durante la gestación. Así se consideran los siguientes:
- Estadío tumoral, que ya se ha comentado anteriormente
 - Existencia de embarazos previos

2.-RIESGOS DEL CANCER DE MAMA PARA EL FETO

Excluyendo los riesgos inherentes del tratamiento (que se expondrán en el siguiente apartado), el riesgo del cáncer de mama sobre el feto se explica por la posibilidad de metástasis. Se han detectado metástasis placentarias, especialmente del espacio intervelloso. Estos casos tienen un pobre pronóstico materno ya que se asocian a metástasis a distancia. No se han observado lesiones metastásicas en el feto, a diferencia de otros tumores como los melanomas

3.-DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

El enfoque diagnóstico debe ser semejante al empleado en la mujer no gestante. El riesgo fetal de la mamografía es insignificante. Es preciso recordar que el American College of Radiology (1991), considera que "ningún procedimiento diagnóstico único produce una dosis de radiación bastante significativa como para amenazar el bienestar y desarrollo embrio-fetal". Puede y debe utilizarse no obstante la adecuada protección abdominal.

Sin embargo el tejido mamario más denso durante la gestación hace que la mamografía sea una prueba menos confiable. Los retrasos en el diagnóstico son significativos, estimándose en 5-7 meses, incluso 1 año. Esto explica el hallazgo de lesiones más avanzadas con afectación ganglionar. También existen otras causas de estos retrasos:

a) No explorar las mamas en la consulta prenatal; b) La exploración física es difícil (ingurgitación; vascularización, lactancia) y c) No decidirse a realizar biopsia durante la gestación.

Además con un modelo matemático puede conocerse las implicaciones del retraso. Se sabe que el tiempo necesario para que un tumor doble su masa es de 65 días, y con un retraso de 6 meses existe una probabilidad de metástasis de más del 10%.

Cualquier nódulo mamario detectado en la gestación, asociado o no a retracción de pezón, fijación a piel, edema de piel o adenopatías axilares, debe someterse a punción aspiración con aguja fina (PAAF) o a una biopsia a cielo abierto, si con el procedimiento previo no se alcanzara un diagnóstico concluyente. Así mismo aunque la incidencia de carcinoma inflamatorio es baja durante la gestación (1.5-5%), deberán biopsiarse todos los abscesos mamarios, mastitis gestacional o puerperal. Realizado el diagnóstico de neoplasia maligna de mama, debe iniciarse un estadiaje tumoral. La radiología simple puede emplearse, así como la ecografía. La Resonancia Magnética (RM), puede utilizarse individualizando su uso.

Sin embargo la tomografía axial puede estar contraindicada por la radiación aportada.

El objetivo del tratamiento es doble: tratar la enfermedad y conseguir la progresión del embarazo:

a) Cirugía: Por lo general se tolera bien la cirugía durante la gestación. Aunque con las conocidas reservas, el tratamiento quirúrgico estándar es la mastectomía radical. Esta conducta tiene sus consideraciones. Si nos encontramos en la primera mitad de la gestación, y el estadio del cáncer es inicial, puede optarse por un tratamiento radical, realizando el estadiaje y decidiendo si es necesaria la quimioterapia. Si nos encontramos en la segunda mitad del embarazo, puede considerarse el tratamiento quirúrgico conservador, demorando otros tratamientos hasta después del parto. Cada situación puede y debe analizarse e individualizarse.

b) Radioterapia: Los efectos sobre el feto dependerán de la edad gestacional y de la dosis administrada. Las dosis de radioterapia son altas y se consideran peligrosas e inadmisibles para el feto.

c) Quimioterapia: En la población general, la existencia de metástasis axilares, indica el tratamiento quimioterápico. Este tratamiento también debe ser individualizado, pero si se precisa (afectación ganglionar), es necesario empezar sin demora. Debe evitarse el 1º trimestre, y administrar ciclofosfamida, doxorubicina y fluoracilo.

¿Debe ofertarse la interrupción legal del embarazo (ILE)? En el pasado fue un procedimiento usual, al no contar con un tratamiento eficaz, y tener una escasa supervivencia. Posteriormente se conoció que hasta el 80% de algunas series de cáncer de mama, carecen de receptores de estrógenos y de progesterona. Además en algunas series la supervivencia está reducida si se realiza interrupción del embarazo. Debe plantearse esta pregunta: ¿el embarazo supone un obstáculo para completar el tratamiento, y el feto se verá afectado por esta conducta?. Puede ofertarse

ILE en los casos de cáncer de mama avanzado, que requiere un tratamiento radioterápico o quimioterápico en la primera mitad del embarazo.

4) EMBARAZO DESPUÉS DEL CÁNCER DE MAMA

No se ha demostrado que un embarazo posterior al tratamiento empeore la supervivencia, ni aumente las recidivas, o las metástasis. Además es posible la lactancia. Sin embargo es muy recomendable y sensato demorar el embarazo durante 2-3 años, es decir durante un periodo de tiempo prudente y crucial después del correcto tratamiento.

RECOMENDACIONES

El embarazo puede condicionar un importante retraso en el diagnóstico de esta enfermedad. Por eso es fundamental recordar siempre esta norma: explorar sistemáticamente las mamas a toda mujer gestante en la consulta prenatal

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- 1.-Cunningham F, Gant N, Leveno K, Giltrap L, Aut. J, Wenstrom K : Williams Obstetricia. Ed Médica Panamericana, Madrid, 2002:1216-1232.
- 2.-Serrano A, Rodríguez M; García S. Cáncer de mama asociado a gestación. Rev Gin Obst. 2000: 89-94
- 3.-DiSaia P, Creasman W. Cáncer en el embarazo. En DiSaia P, Creasman W. Oncología Ginecológica Clínica. Harcourt S.A. Madrid. 2002,439-472
- 4.-Burtness B. Enfermedades neoplásicas. En Burrow G; Duffy T: Complicaciones médicas durante el embarazo. Ed Médica Panamericana. Madrid, 2001,505-532
- 5.-Querleu D. Cancers et grossesse. Encycl Méd Chir. Elsevier SAS, París. Gynecologie/ Obstétrique, 2000, 5-049-C-10,1-12
- 6.-Sorosky J, Scott-Conner C. Embarazo complicado por cáncer mamario. Clínicas de Ginecología y Obstetricia. Temas actuales, 1998 ,337-347
- 7.-Cobleigh M, Kiel K, Witt T. Cancer de mama. En Gleicher N, Buttino L, Elkayam U, Evans M, Galbraith R Gall S, Sibai B: Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo. Ed Médica Panamericana, Madrid,2000 ,1575-1587