

Cáncer de mama y embarazo. Reporte de caso y revisión de literatura

Drs. Juan Carlos León Villalba*, Fernando Lara Medina**, María Teresa Ramírez Ugalde***, Eva Delia Calderón Garcidueñas****

Instituto Nacional de Cancerología de México

RESUMEN: Se reporta el caso una paciente con embarazo de 20 semanas y un cáncer de mama estadio IIB. Se realiza mastectomía radical modificada, cuyo estudio anatomopatológico reporta: carcinoma canalicular infiltrante. Se inició quimioterapia. El embarazo llegó a término, se practicó cesárea con recién nacido normal de 3 250 g y Apgar de 8 y 9 al 1° y 5 minutos respectivamente. La paciente fallece por metástasis hepática 5 meses después.

Palabras clave: Cáncer de mama. Embarazo. Quimioterapia.

SUMMARY: The case of a 20 weeks pregnant patient with a stage IIB breast cancer is reported. A modified radical mastectomy was performed, and the anatomo-pathological study reported: infiltrative canalicular carcinoma. Chemotherapy was initiated. When pregnancy reached term, a cesarean section was performed obtaining a normal newborn of 3 250 g and Apgar of 8 and 9 at 1st and 5th minutes respectively. Patient died of liver metastasis 5 months later.

Key words: Breast cancer. Pregnancy. Chemotherapy.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es la lesión maligna que se diagnostica con mayor frecuencia durante el embarazo (1,2); sin embargo, la aparición simultánea de este tumor y embarazo es relativamente raro.

En EE.UU. cada 13 minutos se diagnostican entre dos y tres nuevos casos de CM y una mujer fallece por esta patología en ese mismo tiempo (3). El CM durante el embarazo representa del 2% al 5% de todas las neoplasias de la mama (4,5). En 1896, Halsted efectuó una mastectomía radical en una mujer que amamantaba a su hijo, con una supervivencia de 30 años (6), por ello, el CM y embarazo se define como el diagnóstico de esta patología durante el período de gestación o hasta el año siguiente al parto (1,4,7,8).

*Ginecología Oncológica. División de Enseñanza. INCAN México.

**Servicio de Oncología Médica, Tumores Mamarios INCAN.

***Jefe del Servicio de Tumores Mamarios.

****Bioquímica Universidad Nacional Autónoma.

Se ha reportado que el retraso en el diagnóstico del CM que acompaña al embarazo genera un pobre pronóstico (4,7). Bunker y Peter en 1963, observaron que sólo el 7% de las mujeres embarazadas que estudiaron, recibían tratamiento dentro del primer mes siguiente a la detección del tumor maligno (9).

Entonces, existe un retraso de seis meses o más entre la identificación y diagnóstico de la patología en el 50% de estas pacientes. Además, como consecuencia de este retraso, la mayor parte presentan estadios más avanzados y se ha reportado que la tasa de metástasis a ganglios linfáticos varía entre el 56% al 89% (10,11).

Cuando el médico descubre un nódulo mamario durante la exploración física en una embarazada, hay que realizar el diagnóstico rápidamente, que debe ser por medio de una biopsia excisional o incisional, en lugar de citología por aspiración con aguja fina (BAAF).

La BAAF puede provocar errores en el diagnóstico, debido a las atipias celulares que están

Recibido: 27-11-98

Aceptado para publicación: 14-01-99

asociadas al estado hormonal durante el embarazo (12). No hay pruebas que indiquen que la biopsia mamaria constituya un riesgo para la madre o el producto. En 1962, Byrd y col. reportaron sólo una pérdida fetal en 134 biopsias practicadas en embarazadas (13).

Las estirpes histológicas del CM son iguales en embarazadas y no embarazadas de la misma edad (14). La incidencia de carcinoma inflamatorio de la mama durante el embarazo es la misma en la no embarazada aproximadamente 1,5%-4% (15).

A continuación presentamos un caso que se diagnosticó y trató en el Instituto Nacional de Cancerología de México.

Reporte clínico

Se trata de una paciente de 35 años de edad, originaria y residente de México, Distrito Federal, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Sus antecedentes gineco-obstétricos son: dos embarazos a término por cesárea, la edad de la paciente en la primera era de 25 años y la segunda 33 años. Acude a consulta por presentar un nódulo en mama derecha de tres meses de evolución y embarazo de 20 semanas. A la exploración clínica las mamas son medianas y turgentes; mama derecha con nódulo en cuadrante superior externo de 3 x 3 cm de diámetro, de consistencia sólida. En axila ipsilateral se palpa adenopatía de 2 x 2 cm, móvil, que correspondió a estadio IIB (T2,N1,Mx).

La mama, axila izquierda y área supraclaviculares son clínicamente normales. Abdomen con útero gestante, altura uterina de 20 cm, no se encontró otra alteración.

Los estudios de laboratorio mostraron pruebas funcionales hepáticas normales. El marcador tumoral CA 15-3 reportó niveles de 14,9 UI (normal = 0-30 UI), el antígeno carcinoembrionario en 0,3 UI (normal = 0-10 UI), el gammagrama óseo, radiografía de tórax y ultrasonido hepático fueron normales.

El 17 de septiembre de 1996, 15 días después de su ingreso al Instituto, se realiza excisión local del nódulo con estudio transoperatorio el cual reportó: carcinoma canalicular infiltrante, por lo que, se procedió a realizar mastectomía radical modificada (MRM) tipo Partey, de la mama derecha. El reporte histopatológico definitivo de la pieza quirúrgica fue: carcinoma canalicular infiltrante, escala de Scarff Bloom Richardson de 7, el tamaño del tumor era 6 x 5,5 x 4 cm. Se identificaron 30 ganglios

linfáticos con hiperplasia mixta (sin evidencia de metástasis). Después de seis semanas de la cirugía se inició quimioterapia utilizándose 5-fluoracilo a 750 mg/m²sc, adriamicina 80 mg/m²sc y ciclofosfamida 800 mg/m²sc (FAC). Se administraron tres ciclos previos al parto, el embarazo fue a término, se practicó cesárea por dos cesáreas anteriores y se obtuvo recién nacido vivo, masculino que pesó 3 250 g y Apgar de 8 al minuto y 9 a los cinco minutos, morfológicamente normal.

Se realizó esterilización quirúrgica tipo Pomeroy. Una vez cicatrizada la herida se inició nuevamente tres ciclos más de quimioterapia con FAC a la misma dosis anterior. Luego se aplicaron 50 Gy. de radioterapia (RT), conocido como ciclo mamario completo, terminando su tratamiento en mayo de 1997.

Dos meses después, la paciente refiere dolor en hipocondrio derecho, el ultrasonido hepático reporta presencia de dos metástasis: una 2,5 x 2 cm y otra de 1,5 x 2 cm (pruebas funcionales hepáticas normales). De acuerdo a ello se inicia quimioterapia sistémica (paliativa). Durante la misma, presenta progresión de la enfermedad, ascitis importante, ictericia y metástasis pulmonares (no existentes al iniciar la quimioterapia paliativa).

La paciente fallece cinco meses después del diagnóstico de metástasis hepática.

DISCUSIÓN

El manejo terapéutico del CM debe ser igual en la embarazada o no. Hay que tomar en cuenta la edad de gestación y el estadio clínico de la enfermedad, para ajustar el tratamiento. El aborto terapéutico no debe ser considerado como parte esencial del tratamiento, puesto que la interrupción del embarazo no ha mostrado una mejoría en la tasa de supervivencia (16,17).

La MRM es el procedimiento más adecuado en estadio I, II y algunos III; dicha cirugía es un procedimiento altamente seguro por el bajo riesgo de inducir aborto espontáneo (13,18).

La cirugía conservadora no es el tratamiento idóneo en estas pacientes; porque la radioterapia es el tratamiento de consolidación indispensable después de la misma y conlleva a un alto riesgo de malformaciones congénitas. Petrek (19), refiere que la mama de la embarazada es diferente desde el punto de vista anatómico y fisiológico a la de la premenopáusica no gestante, estas diferencias pueden predisponer al incremento de recidivas lo-

cales después de conservar la mama en las gestantes.

Cuando se utiliza quimioterapia hay que tomar en cuenta varias características, lo primero es la edad de gestación, y porque ésta en el primer trimestre, puede originar malformaciones congénitas fetales, pero cuando se administra en el segundo o tercer trimestre no se incrementa el riesgo de malformaciones (20).

Las pacientes premenopáusicas con metástasis a ganglios linfáticos, pueden beneficiarse de la quimioterapia adyuvante. Varios estudios refieren que incrementa el período libre de enfermedad y la supervivencia en pacientes con estadio clínico II, y el FAC es uno de los esquemas más utilizados durante el embarazo (20,21).

La hormonoterapia es poco utilizada, porque cerca del 70% de los tumores presentan receptores estrogénicos negativos, por lo que, esta patología no responde a la estimulación hormonal (la ooforectomía no ofrece mucho beneficio a este grupo de pacientes) (22-24).

El efecto de la RT en embarazadas con menos de 20 semanas de gestación puede causar en el producto: retardo mental, microcefalia, cataratas y degeneración de la retina. Las secuelas tardías son: leucemia, aberraciones cromosómicas y alteraciones en la fertilidad (25,26).

En diversos estudios se ha mostrado que, el embarazo subsecuente al tratamiento del CM no parece alterar el pronóstico, e inclusive, algunos refieren mejor supervivencia en estas pacientes (27-31).

La incidencia de insuficiencia ovárica se relaciona con los fármacos administrados, la dosis total y la edad de la paciente. Las mujeres premenopáusicas de mayor edad experimentan insuficiencia ovárica más a menudo que su contraparte más joven. La ciclofosfamida, el metotrexate y el 5-fluoracilo, aplicados durante seis meses ocasionan amenorrea en el 50% de las mujeres menores de 40 años, y 93% en las mayores (32,33). Hagensen y Stant en 1943, encontraron una baja sobrevida a 10 años ajustada a la edad, en 41 pacientes embarazadas con CM comparadas a las no embarazadas (34).

En estudios más recientes se ha observado que el pronóstico es igual; esto se puede deber, a que las embarazadas con CM tienen, como un subgrupo aparte, un pobre pronóstico en comparación a las no embarazadas, simplemente porque pertenecen al grupo de mujeres menores de 40 años de edad (35).

REFERENCIAS

1. Anderson JM. Mammary cancer and pregnancy. *Br Med J* 1979;1:1124-1127.
2. Donegan WL. Cancer and pregnancy. *Cancer* 1983;33:194-199.
3. Joshn T, Parenti MD. Breast cancer associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1998;71.
4. Adrew D. Cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia. *Clín Quirúrg Nor Am* 1996;2:263-272.
5. Hernández Muñoz G. Cáncer de mama y embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* 1976;36:131-141.
6. Hoover HC. Carcinoma of the breast in pregnancy and lactation. En: Bland Ki, editor. *The Breast: Comprehensive management of benign and malignant disease*. Filadelfia: WB Saunders; 1991.
7. Peete CH, Honeycutt HC, Cherny WB. Cancer of the breast in pregnancy. *NC Med J* 1966;27:514-520.
8. Whitt TT. Carcinoma of the breast and pregnancy. *Ann Surg* 1954;139:9-18.
9. Bunker ML, Peter MV. Breast cancer associated and pregnancy or lactation. *Am J Obstet Gynecol* 1963;85:312-332.
10. Apple White RR, Smith LR, De Vicenti F. Carcinoma of the breast associated with pregnancy and lactation. *Am Surg* 1973;39:101-104.
11. Novotny DB, Maygarden SJ. Fine needle aspiration of benign and malignant breast masses associated with pregnancy. *Act Citol* 1991;35:676-686.
12. Clark RM, Reisl J. Carcinoma of the breast in pregnancy an lactation. *Int J Radiation* 1978;4:693-679.
13. Bryrd BF, Bayer DS, Robertson JC. Treatment of breast tumors associated with pregnancy and lactation. *Am Surg Iss* 1962;940:340-346 .
14. Barron WM. The pregnant surgical patient: Medical evaluation and management. *Ann Int Med* 1984;101:683-691.
15. Donegan NL. Mammary carcinoma and pregnancy. *Pisbl Clin Surg* 1967;5:170-178.
16. Gallemborg M, Charles L. Breast cancer and pregnancy. *Sem in Oncol* 1989;16:369-376.
17. Holler AI, Farrow JH. Relation of carcinoma of the breast and pregnancy in 283 patients. *Surg Gynecol Obstet* 1962;115:65-71.
18. Hernández Muñoz G. Cáncer de mama y embarazo. *Rev Latinoamericana Mastología* 1997;1:95-108.
19. Petrek JA. Breast cancer during pregnancy. *Cancer* 1993;74:518-527.
20. Krepart GR, Lotocki RL. Chemotherapy during pregnancy. En: Allen HH, Nisker JA, editores. *Cancer in pregnancy*. New York: Futura; 1986.
21. Fischer B, Fischer ER, Redmon DL. Ten-year results from the NSABP clinical trial evaluating the use of L-Pam in the management of primary breast cancer. *J Clin Oncol* 1986;4:929-941.
22. Sultan R, Buzdar A, Hortobagyi G. Pregnancy an offspring after adyuvant chemotherapy in breast cancer

- patients. *Cancer* 1990;15:849-850.
23. Nugent P, O'Connell T. Breast cancer in pregnancy. *Arch Surg* 1985;120:1221-1224.
 24. Hernández Muñoz G. Castración terapéutica en el tratamiento de cáncer avanzado de mama. *Bol Soc Venez Cirug* 1969;23:633-642.
 25. Wallak MK, Wolf JA, Beswinek J. Gestational carcinoma of the female breast. *Wrr Probl Cancer* 1983;7:1-58.
 26. Hammer M, Jacobsen E. Therapeutic abortion or account of X-ray examination during pregnancy. *Dan Med Bull* 1959;6:112-118.
 27. Becker MH, Hyman GA. Management of Hodgkin's disease coexistent with pregnancy. *Radiology* 1965; 85:725-728.
 28. White TT, White WWC. Breast cancer and pregnancy. *Ann Surg* 1954;139:9-18.
 29. Cooper DR, Butterfield J. Pregnancy subsequent mastectomy for cancer of the breast. *Ann Surg* 1970;171:429-433.
 30. Peter MV. The effect of pregnancy in breast cancer. Baltimore: Williams Wilkins; 1968.
 31. Hawwey JC, Rosen PP, Ashikari H, Robbins GF, Kinne DW. The effect of pregnancy on the prognosis of carcinoma of the breast following radical mastectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1981;153:723-725.
 32. Bonadona G, Valogussa P. Adjuvant systemic therapy for resectable breast cancer. *J Clin Oncol* 1985;3:259-275.
 33. Koyama H, Wade J, Alishizawa Y. Cyclophosphamida induce ovarian failure end its therapeutic significance in patients with breast cancer. *Cancer* 1997;39:1403-1409.
 34. Hagensen CD, Stant T. Carcinoma of the breast. *Ann Surg* 1943;118:859-870.
 35. Nugent P, O'Connell T. Breast cancer pregnancy. *Arch Surg* 1985;120:1221-1228.