

# Cáncer de mama y embarazo

## Breast cancer and pregnancy

Miguel José Saade Aure\*

### RESUMEN

*El cáncer de mama asociado al embarazo es poco común; y se define como aquel diagnosticado durante el embarazo y hasta un año después del parto. La incidencia reportada es de 1/3 000 a 1/10 000 partos. Uno de los problemas del cáncer de mama asociado al embarazo es el diagnóstico tardío; debido a que los síntomas se atribuyen frecuentemente a los cambios fisiológicos de la gestación. Se revisan las opciones actuales de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia.*

**Palabras clave:** *Cáncer de mama, embarazo.*

### SUMMARY

*Breast cancer-associated with pregnancy is not very common, and it is defined as that type of cancer diagnosed during pregnancy and even until one year*

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.1.11>

ORCID ID: 0000-0003-2418-9568

\*Individuo de Número – Sillón II  
E-mail: miguelsaade@yahoo.com

**Recibido:** 25 de julio de 2020

**Aceptado:** 19 de noviembre 2020

*after childbirth. The report incidence is of 1/3 000 to 1/10 000 childbirths. One of the main problems of breast cancer-associated with pregnancy is the late diagnosis; because its symptoms are frequently attributed to the physiological changes that occurred during gestation. Present options of diagnosis and treatment of breast cancer during pregnancy and lactation are being reviewed nowadays.*

**Key words:** *Breast cancer, pregnancy.*

### INTRODUCCIÓN

Estudios realizados muestran que el cáncer de mama asociado a embarazo representa del 0,2 % al 3,8 % de todos los tumores que ocurren en el período de gestación o lactancia. Siendo la relación de 1/3 000 a 1/10 000 embarazos, con variaciones estadísticas de acuerdo a cada país y región (1,3). A pesar de la frecuencia tan alta en Venezuela del cáncer de mama, no hay datos exactos de la incidencia en el período de embarazo.

El cáncer de mama asociado a embarazo se define como aquel diagnosticado durante el embarazo y hasta un año después del parto; siendo el tumor más frecuente, luego del cáncer de cuello uterino, en esta población. La frecuencia de otras neoplasias es menor e incluye: melanomas, leucemias, linfomas, cáncer de la glándula tiroidea, cáncer de ovario, cáncer colorrectal y óseo. Entre las lesiones benignas observadas durante el embarazo, se incluyen fibroadenomas,

lipomas, papilomas y galactoceles.

La asociación de cáncer de mama y embarazo es poco común. La tendencia actual de la mujer es postergar la maternidad a edad más tardía, por razones profesionales o educacionales; esto hace pensar que su frecuencia aumente a medida en que las mujeres decidan tener su primer embarazo a mayor edad. Este cambio y estilo de vida incrementan los factores de riesgo para el desarrollo de neoplasias. Los casos vinculados a la gestación pueden ser coexistentes y subsiguientes. Muchos cánceres de mama desarrollados más allá del parto, probablemente habrían coexistido con el embarazo. La edad promedio encontrada en las revisiones es entre 32 y 38 años (4).

Si se comparan grupos de mujeres en etapas similares de la enfermedad entre embarazadas y no embarazadas, la sobrevida es similar; y el pronóstico desfavorable atribuido a esta asociación, se debe al diagnóstico en etapas más tardías. El embarazo no es un factor predisponente para el desarrollo del cáncer de mama (5-7).

## CLÍNICA

Durante el embarazo, las mamas sufren un cambio fisiológico importante, como es el aumento de tamaño y densidad. Esto dificulta la detección de masas anormales de pequeño tamaño, demorándose el diagnóstico de cáncer de mama durante el embarazo o la lactancia; debido a este retraso, la mayoría de las series refieren un estadio inicial más avanzado, con un tumor de tamaño más grande y con afectación ganglionar. Se recomienda que las mujeres embarazadas se realicen un auto examen mensual y en el control periódico prenatal se incluya el examen mamario (4).

## MÉTODOS COMPLEMENTARIOS

**ECOGRAFÍA.** El estudio de elección para el diagnóstico de lesiones durante el embarazo es la Ecografía realizada con equipos de Alta Definición (Traductores Lineales Multifrecuenciales) y Sondas de Alta Frecuencia ofrecen gran sensibilidad en mamas densas y además, es inocua para el feto.

**MAMOGRAFÍA.** La Mamografía en mujeres gestantes tiene altas tasas de falsos negativos de un 20 % a un 70 % debido al aumento de la densidad mamaria, lo que reduce la sensibilidad. A pesar de esto, continúa siendo un estudio a considerar si fuese necesario; pero, no se recomienda en forma regular.

**TELERADIOGRAFÍA DE TÓRAX.** Su uso se recomienda con protección del abdomen con chaleco plomado.

**ECOGRAFÍA ABDOMINAL Y PELVIANA.** Se realiza para control del embarazo y para evaluación del hígado.

**RESONANCIA MAGNÉTICA NUCLEAR.** Continúa siendo controversial su uso en el embarazo; si hay indicación para su práctica debido a sospecha de enfermedad contralateral o metástasis cerebrales, hepáticas y óseas, se debe realizar sin Gadolinium, el cual atraviesa la placenta; y se ha descrito como factor productor de malformaciones en los modelos animales.

**TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA ABDOMINAL Y PÉLVICA.** No se recomienda en el embarazo. Si fuese necesaria o indispensable la Tomografía Axial Computarizada cerebral, se sugiere realizarla con protección fetal (5,7).

## DIAGNÓSTICO

El estudio histológico con Biopsia con aguja tipo TRU-CUT, es preferible a la Citología por punción aspiración. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) tiene bajo rendimiento y se ha asociado a falsos positivos y falsos negativos debido a las modificaciones citohistológicas de la gestación. La muestra de tejido permite confirmar el cáncer invasivo y estudiar la biología tumoral, lo cual es útil para definir tratamiento.

## GENÉTICA

Estudios de investigación realizados indican que la historia familiar de cáncer de mama es tres veces más frecuente en mujeres embarazadas o en lactancia que cursan con cáncer de mama (4,5).

## ANATOMÍA PATOLÓGICA

Los tumores malignos y los distintos tipos histológicos son similares en las mujeres embarazadas comparadas con las mujeres no embarazadas. El tipo histológico suele ser pobremente diferenciado; tumores más grandes, con invasión vascular, mayor probabilidad de tener ganglios comprometidos y mayor incidencia de metástasis a distancia. Con respecto a la evaluación de los receptores hormonales, la mayoría de los autores coinciden en que un alto porcentaje son receptores hormonales negativos (4,7).

## QUIMIOTERAPIA

Si fuera necesaria la quimioterapia, se recomienda su uso a partir de una etapa segura para el feto. La quimioterapia no se administra durante los tres primeros meses del embarazo (Primer Trimestre), por el alto riesgo de aborto y malformaciones congénitas. Se han propuesto esquemas de tratamiento complementarios con ciertos medicamentos de quimioterapia.

La placenta actúa como una barrera entre la mujer y el bebé; por lo que algunas drogas no pueden pasar y otras drogas solo pueden pasar en pequeñas cantidades.

La combinación más aceptada es la de Doxorubicina y Ciclofosfamida; no aumentan el riesgo de defectos o muerte del feto, si se administran durante el 2º y 3er. Trimestre (del 4º al 9º mes); aunque pueden aumentar el riesgo de parto prematuro. Los taxanos se utilizan como medicamentos de segunda línea; no se han observado alteraciones de sus efectos (8,10).

## AGENTES BIOLÓGICOS Y TRATAMIENTO HORMONAL

No están recomendados durante el embarazo, porque pueden causar daño fetal. El Tamoxifeno es altamente teratogénico y los inhibidores de aromatasa no son tratamiento estándar en pacientes premenopáusicas. La Terapia Biológica no debe ser utilizada en mujeres embarazadas porque pueden causar abortos espontáneos, malformaciones y muerte fetal. El tratamiento se debe postergar hasta después del parto (11,12).

## LACTANCIA

Las mujeres que hayan tenido a su hijo y que vayan a recibir tratamiento para el cáncer de mama deben suspender o no comenzar la lactancia. La lactancia no se recomienda si la paciente está recibiendo quimioterapia, tratamiento hormonal o medicamentos para pacientes con Her2 Neu Positivo. La quimioterapia puede transferirse al bebé, a través de la leche materna (13).

## TRATAMIENTO

El tratamiento de las pacientes con cáncer de mama y embarazo es similar al de las pacientes no embarazadas. Debe ser planificado y coordinado entre el Equipo Oncológico y el Obstetra. El Tratamiento es multidisciplinario. Preferentemente deben ser tratados por diferentes Especialistas en Patología Mamaria. La selección del tratamiento se realizará en función del Estadio de la enfermedad y de la edad gestacional del embarazo.

La cirugía es el tratamiento primario de elección en las pacientes consideradas con enfermedad quirúrgicamente resecable (Estadio I y II). Se considera tradicionalmente la mejor elección sin Radioterapia Complementaria. La técnica quirúrgica más empleada es la Mastectomía Radical Modificada, tipo Maddem; debido a que con la Cirugía Preservadora, es necesaria la radioterapia, contraindicada en cualquier momento del embarazo.

El tratamiento de la axila recomendado, es el vaciamiento axilar; la mayoría de las pacientes presentan axila positiva y la correcta valoración

ganglionar ayuda a decidir la estrategia adyuvante.

La disección del ganglio centinela es un procedimiento controversial durante el embarazo. No ha sido evaluado suficientemente como para conocer los riesgos sobre el feto con el uso de Radioisótopos o colorantes. En la segunda mitad del embarazo se agrega la opción de la Cirugía Preservadora; si la paciente se encuentra en el Tercer Trimestre al momento del diagnóstico y puede haber poco o ningún retraso en el tratamiento con radioterapia y quimioterapia. Si la paciente está alejada del parto, la Cirugía Preservadora puede realizarse seguida de la quimioterapia, para luego del parto iniciar la radioterapia. No hay indicación de interrupción del embarazo, porque no es necesario para proporcionar un tratamiento efectivo a estas pacientes (4,14).

### ESTADIO III

Se recomienda combinar la cirugía más quimioterapia y postergar la radioterapia para el posparto. La quimioterapia se considera en el Segundo o Tercer Trimestre del embarazo.

### ESTADIO IV

El tratamiento es paliativo, según la sintomatología y ubicación de las metástasis, prevaleciendo la salud fetal.

### EMBARAZOS SUBSECUENTES

Según estudios los embarazos subsecuentes al tratamiento del cáncer de mama no afectan el pronóstico de la enfermedad; por lo que no existen evidencias para proscribirlos. Los buenos resultados son producto de la selección de pacientes (Estadio I y II), cuyo cáncer de mama ha sido curado, con buen pronóstico, tienen mayor sobrevida y más posibilidades de embarazo. Con respecto al intervalo de tiempo, no debe ser menor de dos años. En mujeres cuyo cáncer de mama ha sido curado es de esperar que embarazos subsecuentes no alteren el pronóstico. No se debe recomendar el embarazo a pacientes con Estadio III y IV (4,15).

### REFERENCIAS

1. Wallack MK, Wolf JA, Jr, Bedwinech J, Denes AE, Glasgow G, Kumar B, et al. Gestational carcinoma of the female breast. *Curr Probl Cancer*. 1983;7:1-58.
2. Litton JK, Theriault RT. Breast Cancer and Pregnancy: Current concepts in diagnosis and treatment. *Oncologist*. 2010;15(12):1238-1247.
3. Beadle BM, Woodward WA, Middleton LP, Tereffe W, Strom EA, Litton JK. The impact of pregnancy on breast cancer outcomes in women. *Cancer*. 2009;115(6):1174-1184.
4. Del Castillo R, Garello NC, De Romedi ML. Cáncer de mama y embarazo. En: Hernández G, Bunardello T, Pinotti J, Barros A, editores. *Cáncer de mama*. (9.3) 2ª edición. Caracas: Mc Graw-Hill; 2007.p.520-530.
5. Woo J, Taechin Y, Hurd T. Breast cancer in pregnancy. A literature review. *Arch Surg*. 2003;138:91-98.
6. Petrek J, Dukott R, Rogatko A. Prognosis of pregnancy associated breast cancer. *Cancer*. 1991;67:869.
7. Lethaby A, O'Neill M, Mason B. Overall survival from breast cancer in woman pregnant or lactating at or after diagnosis. *Auckland Breast Cancer Study Group. Int J Cancer*. 1996;67:751.
8. Donnegan WL. Mammary carcinoma and pregnancy. *Probl Clin Surg*. 1967;5:170-178.
9. Miro Bervniller P, Goffinet F, Treluyer JM, Serrean R, Goldwasser F. Taxanes for breast cancer during pregnancy: A systematic review. *Ann Oncol*. 2010;21:425-426.
10. Sukumvarisch P. Review of current treatment options for pregnancy, associated breast cancer. *Clin Obstet Gynecol*. 2011;54:164-172.
11. Amant F, Loibl S, Neven P, Van Calsteren K. Breast cancer in pregnancy. *Lancet*. 2012;379:570-579.
12. Litton JK, Theriault RL. Breast cancer of pregnancy. Current concepts in diagnosis and treatment. *Oncologist*. 2010;15:1238-1274.
13. Riveirog G, Jones DA, Jones M. Carcinoma of the breast associated with pregnancy. *Br J Surg*. 1986;73:607-609.
14. Gwin K, Theriault RL. Breast cancer during pregnancy. *Oncology (Huntingt)*. 2001;15:39-46.
15. Nugent P, O'Connell TX. Breast cancer during pregnancy. *Arch Surg*. 1985;120(11):1221-1224.