

Cáncer de mama asociado a embarazo

Autores: Pintueles Alvarez, María (Graduada en Enfermería, Enfermera); Fernandez Augusto, Carla (Graduada en Enfermería); Pintueles Alvarez, Claudia (Graduada en Enfermería, Enfermera); Suárez Corral, Borja (Técnico en cuidados auxiliares de enfermería).

Público: Personal sanitario. **Materia:** Parto. **Idioma:** Español.

Título: Cáncer de mama asociado a embarazo.

Resumen

Se entiende cáncer de mama asociado a embarazo (CMAE) como la aparición del tumor durante el embarazo o un año después. Es el segundo tumor que más se presenta durante la gestación; esperando un aumento de su prevalencia. El objetivo es profundizar en los conocimientos de este tema, así como conocer el pronóstico, diagnóstico y tratamientos. Para ello, se realizó una revisión sistemática en diversas bases de datos como Scielo o Google Académico. Se observa que el mal pronóstico del CMAE se debe a un diagnóstico tardío, así como el retraso en el tratamiento por incompatibilidad con la edad gestacional.

Palabras clave: Cáncer de mama, Embarazo, Gestación.

Title: Pregnancy-associated breast cancer.

Abstract

Pregnancy-associated breast cancer (CMAE) is understood as the onset of the tumor during pregnancy or a year later. It is the second most present tumor during gestation; Expecting an increase in their prevalence. The objective is to deepen the knowledge of this topic, as well as to know the prognosis, diagnosis and treatments. To this end, a systematic review was carried out in various databases such as Scielo or Google academia. It is observed that the poor prognosis of the CMAE is due to a late diagnosis, as well as the delay in the treatment for incompatibility with gestational age.

Keywords: Breast cancer, Pregnancy, Gestation.

Recibido 2018-07-21; Aceptado Aceptado 2018-08-02; Publicado 2018-08-25; Código PD: 098094

INTRODUCCIÓN:

El cáncer de mama asociado a embarazo (CMAE) se define como la aparición del tumor maligno mamario durante el embarazo o durante un año después del parto.

En cuanto a la epidemiología, el cáncer en general, afecta a 1 de cada 1000 mujeres embarazadas y representa la tercera parte de las causas de muerte en la gestación. (1)

El de mama, es la segunda neoplasia más frecuente durante la gestación. En estudios previos se dice que hasta un 3% de las neoplasias de mama malignas se producen durante el embarazo o durante el año postparto. Puede comprender de 1 en 1000 a 1300 embarazos. La edad media en la que se produce el pico de mayor incidencia es en las mujeres mayores de 35 años. (2)

Se espera un mayor prevalencia de cáncer de CMAE en los próximos años ya que cada vez las mujeres tienen su primer embarazo a mayor edad, debido a aspectos profesionales y sociales. Se estima un aumento del 2-3% cuando las gestación tiene lugar a partir de los 30 años. Por ello, se debe estudiar el tema y estar preparados para dar a esas mujeres el cuidado que necesitan. (1)

El objetivo principal en mujeres con CMAE es el mismo que en las mujeres no gestantes, control locorregional y sistémico de la enfermedad, evitando su expansión, así como actuar lo antes posible sin producir daños en el feto.

Durante un tiempo se tenía la sensación que la asociación de cáncer de mama y embarazo suponía un riesgo muy desfavorable para la evolución de la enfermedad. Por tanto, las teorías de los oncólogos invitaban al aborto para tener mayor probabilidad de superar la enfermedad.

Es cierto, que la mayoría de casos de CMAE se encuentran en estadíos más altos en mujeres embarazadas; pero hoy en día, por numerosos estudios, se sabe que este factor no es provocado por el embarazo sino por otras situaciones como la edad de las pacientes, el retraso en el diagnóstico etc.

El tratamiento con respecto a la mujer embarazada no cambia, pero se debe considerar el tipo de tratamiento en función de la etapa de la gestación para no dañar al feto.

OBJETIVO:

El principal objetivo es profundizar en el conocimiento sobre el cáncer de mama en mujeres embarazadas.

En cuanto a los objetivos específicos, este estudio pretende conocer el pronóstico y diagnóstico en el cáncer de mama durante la gestación así como describir los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos de dicha enfermedad.

METODOLOGÍA:

Se realizó una revisión sistemática de estudios sobre el tema en diversas bases de datos científicas como Scielo, Web of Science, Cuiden y Google académico. La revisión de la literatura existente se hizo en español, inglés y portugués.

Las palabras claves utilizadas han sido: cáncer de mama, embarazo, gestación

Se obtuvieron artículos realizados en los diez últimos años (2008-2018).

Se ha utilizado un total de cinco artículos, tanto revisiones bibliográficas, como ensayos clínicos.

DESARROLLO:

Pronóstico y diagnóstico del cáncer de mama en el embarazo

El cáncer de mama es un tumor hormonodependiente, y en el embarazo se produce un gran aumento del nivel de hormonas (entre 30 y 50 veces más). Esto fue lo que hace años se llegó a pensar que la embarazada tenía un peor pronóstico con dicho tumor, por lo que se ponían en marcha tratamientos muy radicales como la interrupción del embarazo.

Según estudios realizados recientemente, el CMAE tiene mal pronóstico debido a la tardanza en el diagnóstico, a la edad de la gestante y al retraso en el tratamiento por la incompatibilidad de éstos.

El retraso en el diagnóstico del CMAE es debido a los cambios que se producen durante el embarazo en las mamas. El incremento de estrógenos, progesterona y prolactina tiene un efecto proliferativo en el tejido glandular y ductal, hay un aumento en la vascularización de la glándula y cambios en el metabolismo celular que son progresivos hasta el parto. Todo esto dificulta mucho el trabajo a la hora de diagnosticar el tumor.

Por ello, es muy importante la minuciosa exploración de la mama en las primeras semanas de gestación. (2-3)

La forma más común de aparición del CMAE es el nódulo palpable, siendo la mastitis carcinoma excepcional. Aunque el 80% de las masas que aparecen durante la gestación son de origen benigno, cualquier anomalía que persista durante más de dos semanas requiere estudio histológico. (1)

En cuanto al diagnóstico hay diferentes métodos, pero hay que tenerlos muy en cuenta en función de los riesgos que tenga para el feto.

El estudio de elección para el diagnóstico de CMAE es la *ecografía* debido a su alta sensibilidad y especificidad entre masas densas. Es capaz de diferenciar entre una tumoración benigna y maligna. Además la radiación es baja (0,004 Gy), se encuentra por debajo de lo permitido para no dañar al feto (0,01 Gy). (1)

Resonancia Magnética:

El uso de esta técnica presenta controversia debido a la dificultad que presenta para diferenciar el aumento de la irrigación producido por la gestación o por la propia enfermedad. Además su uso no es seguro, por presentar campos magnéticos de alta energía y por la relación del gadolinio con malformaciones fetales, según estudios realizados en animales. Por tanto, en caso de ser necesario realizar esta técnica para el diagnóstico del tumor en embarazadas es recomendable realizarla a partir del segundo trimestre de gestación.

Estudio histológico:

La realización de un estudio histológico se puede realizar mediante dos técnicas: biopsia por incisión o punción-aspiración con aguja fina.

Algunos autores como Gallegos optan como método de elección la aspiración con aguja fina, por ser capaz de diferenciar una lesión maligna de una benigna, y así no retrasar el diagnóstico. Para la realización de una biopsia abierta recomienda suspender de forma temporal la lactancia para disminuir el riesgo de fístula y la vascularización mamaria. (4)

En cambio, otros autores apuestan por la técnica de elección la biopsia abierta ya que la de aspiración con aguja fina es común que de falsos positivos y falsos negativos. Esta técnica la recomiendan cuando el resultado de células neoplásicas es positivo. (1)

Estudios de extensión:

Limitados a pacientes con metástasis. La radiografía de tórax con protección abdominal puede realizarse rutinariamente ya que la exposición al feto de radiación es mínima. En cambio, la serie y la gammagrafía ósea tienen un alto nivel de radiación para el feto, por lo que deberán evitarse. La tomografía computarizada está contraindicada en el embarazo. (3-4)

El manejo adecuado de cada una de estas técnicas durante el embarazo es de suma importancia para evitar daños en el feto. El riesgo para el feto va a depender, del nivel de radiación al que se exponga, su distribución, así como la edad gestacional en la que se encontraba la gestante en el momento en el que se realiza la prueba.

Tratamientos farmacológicos y quirúrgicos del cáncer de mama en el embarazo

El tratamiento del cáncer de mama en las mujeres embarazadas tiene el mismo objetivo a cumplir que en las mujeres no gestantes. Se trata de un control locorregional y sistémico, evitando su diseminación. Además de actuar lo antes posible logrando mantener el bienestar de la madre y del feto. Pero estos objetivos son difíciles de mantener durante el embarazo, ya que va a depender del estadio de la enfermedad, de la edad gestacional en el que se diagnostique el tumor y los riesgos a los que se expone el feto. Por ello, las decisiones en cuanto al tratamiento deben tomarse de forma individualizada, teniendo en cuenta en todo momento las opiniones del equipo multidisciplinar, de la embarazada y de la familia.

El tratamiento puede ser farmacológico o quirúrgico.

Cirugía:

La cirugía es parte del tratamiento del CMAE y no produce daño alguno al feto, pudiendo realizarse en cualquiera de los trimestres durante toda la gestación.

Hay dos tipos de intervenciones: la mastectomía radical modificada y la cirugía conservadora con disección de ganglios linfáticos axilares. La diferencia entre éstas dos, es que en la cirugía conservadora, la radioterapia es necesaria para reducir la recurrencia local; y la radioterapia no se puede aplicar durante el embarazo por ser dañina para el feto. (2)

La mayoría de autores coinciden que la primera opción sería la mastectomía radical modificada, ya que puede realizarse a lo largo de todo el embarazo. En caso de que el diagnóstico se haga en los últimos dos trimestres según Torres (1), o en el último, según Gavilán (5), podría realizarse la cirugía conservadora para poder aplicar tras el parto sesiones de radioterapia.

En cambio, Gallegos (4), plantea una opción en caso de querer conservar la mama y el diagnóstico se haga en el primer trimestre. Sería aplicar quimioterapia coadyuvante, para realizar la cirugía conservadora en el 2º trimestre y poder aplicar radioterapia tras el parto.

Estas opciones dependerán del estadio en el que se encuentre el tumor, siempre teniendo en cuenta las opiniones tanto de los profesionales como de la gestante y su familia.

Ganglio centinela:

Algunos autores recomiendan la disección axilar rutinaria en pacientes con cáncer de mama asociado a embarazo, debido a las frecuentes metástasis linfáticas. Para algunas mujeres en las que se diagnostica el cáncer en estados poco

avanzados, lo ideal es la disección del ganglio centinela para evitar futuras complicaciones; pero este tema entra en controversia cuando la paciente se encuentra embarazada debido a los riesgos fetales que presenta.(4)

Para algunos autores, este procedimiento puede realizarse durante todo el embarazo sin problema, pero teniendo en cuenta recomendaciones como: no ponerse en contacto con pacientes que puedan ser fuente de radioactividad, así como disminuir el tiempo entre gammagrafía y cirugía. (1)

Radioterapia:

El tratamiento de radioterapia no es compatible durante el embarazo debido a los efectos teratogénicos que produce en el feto. Las consecuencias del uso de ésta durante la gestación son: aborto espontáneo, malformaciones, daño ocular, espina bífida, retraso mental, mutaciones cromosómicas, tumores en el niño durante los primeros años de vida, disminución del crecimiento intrauterino etc.

El tratamiento de cirugía conservadora de mama conlleva obligatoriamente la aplicación de radioterapia. El objetivo de este tratamiento sería no retrasar la radioterapia más de 8 semanas, de retrasarse, afectaría el pronóstico de la madre. Una de las soluciones si la maduración fetal lo permite, es adelantar la fecha de parto, para así poder aplicar cuanto antes la radioterapia. (1,2,3)

Quimioterapia:

El empleo de quimioterapia es fundamental para el éxito y supervivencia de la embarazada, pero dicho tratamiento, está contraindicado durante el primer trimestre de embarazo debido a al alto riesgo de aborto y malformaciones que produce en el feto. Durante el segundo y tercer trimestre, este riesgo disminuye, por lo que ya se podría aplicar.

La quimioterapia utilizada es la basada en antraciclina, doxorubicina y ciclofosfamida, siendo la segunda terapia la más utilizada. El uso de metotrexato está contraindicado en embarazadas por ser antagonista del ácido fólico aumentando así el riesgo de malformaciones y abortos.

No hay un tratamiento general, la dosis se ajustará en función del peso y la superficie corporal, ya que cada mujer, en función de su enfermedad requerirá un abordaje específico.

Para evitar riesgos de hemorragia e infección, la quimioterapia deber ser suspendida tres semanas antes del parto.

Por otro lado, la lactancia, está contraindicada en mujeres que se traten con quimioterapia hasta después de 2-4 semanas de finalizar el ciclo, ya que a través de la leche se excretan productos del propio tratamiento y en ella se alcanzan niveles altos de concentración de antineoplásicos.

CONCLUSIONES:

Hace unos años el cáncer de mama durante la gestación tenía muy mal pronóstico. Muchos oncólogos no veían viable afrontar el tratamiento del cáncer junto al embarazo. Hoy en día, es muy importante dejar claro que la interrupción del embarazo no mejora el pronóstico de la enfermedad, aunque es la madre quien debe tomar esta decisión.

Estudios realizados recientemente afirman que el pronóstico del cáncer de mama depende mucho de la rapidez en el diagnóstico. Esto, no es fácil, ya que durante la gestación la mama sufre muchas transformaciones que como explicamos anteriormente llevan a confusión, y por tanto, a un retraso en el diagnóstico. Es por esto, por lo que es muy importante realizar un cuidadoso auto examen mamario y exploración clínica al inicio del embarazo.

En cuanto al tratamiento del CMAE concluimos lo siguiente. La cirugía conservadora puede realizarse durante todo el embarazo, en cambio la mastectomía radical se recomienda a partir del segundo trimestre ya que tiene que ir seguida de sesiones de radioterapia y ésta es incompatible con el embarazo, teniendo que realizarse durante el puerperio.

El tratamiento con quimioterapia puede realizarse durante el segundo y tercer trimestre, excepto el asociado a metotrexato que está contraindicado para embarazadas.

Bibliografía

1. Torres F, Prada Nubia E. Cáncer de mama durante el embarazo. Revista Colombiana de Cirugía. 2011; 26(4):285-292.
2. Estrada Zaldaña D, Lau de la Vega D, Cifuentes D, Ruano D, Reyes Martínez D. Cáncer de mama asociado a embarazo [Internet]. Bibliomed.usac.edu.gt. 2015 [cited 28 April 2018]. Available from: <http://bibliomed.usac.edu.gt/revistas/revcog/2015/20/1/05.pdf>
3. Blanco Sánchez R. Cáncer de mama y maternidad. Enfermería Global. 2011 Abril; (22): 1-11.
4. Gallegos Hernández J.F. Cáncer de mama asociado a embarazo. Cirugía y Cirujanos. 2005 Enero-Febrero; 73(1):51-56. Gallegos Hernández JF. Abordaje diagnóstico-terapéutico del cáncer de mama asociado con embarazo. Actualización 2010. Cirugía y Cirujanos. 2010; 78(3):273-282.
5. Gavilán Díaz M, Gallego Molina J. Diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en el embarazo. Revista Paraninfo Digital. 2013; (19). [Consultado 13 Enero] Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n19/247d.php>