

Cáncer de mama y embarazo. A propósito de un caso

Breast cancer and pregnancy. Report of a case

Veimar Vergara Fernández^{1,a}, Jaime Montaña del Granado^{1,b}, Daniela Flores Herrera^{1,c}

Resumen

El cáncer de mama asociado al embarazo suele ser poco frecuente, en estos casos el manejo de la paciente debe tomar en cuenta la condición fisiológica y el bienestar fetal. El diagnóstico del cáncer de mama durante la gestación suele ser compleja debido a los cambios fisiológicos que ocurren por la influencia hormonal o porque se cree son lesiones benignas.

Presentamos el caso de una mujer de 34 años G3 P2 Embarazo de +/- 31 semanas por fecha de última menstruación (FUM), tumor de mama derecha, en la cual, durante el tercer trimestre y tercer embarazo se pesquisó un carcinoma mamario derecho unifocal. Sin antecedentes de cáncer mamario familiar ni hereditario. La biopsia transoperatoria reveló carcinoma ductal invasor variedad medular, que fue estadificado como, T2 N0 M0 Estadio IIa. Se realizó una mastectomía radical modificada con disección axilar del primer nivel, con anestesia local, previa a la cirugía se realizó maduración pulmonar.

Palabras claves: embarazo, carcinoma, carcinoma in situ.

Abstract

Breast cancer associated with pregnancy is usually rare, in these cases the management of the patients should consider the physiological status and fetal well-being. The diagnosis of breast cancer during pregnancy is often complex due to physiological changes that occur with hormonal influence or because it believes are benign lesions.

We report the case of a woman 34 years old, G3 P2, pregnancy of +/- 31 weeks by last menstrual period (LMP), tumor of the right breast, during the third quarter and third pregnancy was found a right unifocal mammary carcinoma. The patient don't refer family or hereditary history of breast cancer. Intraoperative biopsy revealed invasive ductal carcinoma of medullary variety, which was staged as T2 N0 M0 Stage IIa. It was realized a modified radical mastectomy with axillary dissection of first level, with local anesthesia, before surgery was performed lung maturation.

Keywords: pregnancy, carcinoma, carcinoma in situ.

El cáncer más común en el embarazo y posparto es el cáncer de mama. Cuya presentación suele ser 1 de cada 3 000 partos, con una incidencia de 0,76% a 3,8%, dicha incidencia será cada vez mayor debido a que se posterga su primer parto hasta la cuarta o quinta década de vida¹.

Clínicamente las pacientes gestantes, suelen presentar mastalgia, hiperemia, tumor mamario indoloro y con menor frecuencia descarga por el pezón, esta sintomatología en la paciente embarazada suele retrasar el diagnóstico y se detectan en estadios tardíos inclusive, en comparación a la misma población no embarazada^{2,3}.

Para establecer un diagnóstico definitivo en caso de las pacientes gestantes la mamografía debe usarse en caso de nódulos dominantes o para localizar carcinomas ocultos⁴ debido a que un 25% de las mamografías durante el embarazo son negativas cuando hay cáncer. Para mayor precisión debe realizarse una biopsia incisional o excisional bajo anestesia local⁵. Debe evitarse el uso de estudios complementarios que impliquen la irradiación a la paciente gestante, debido a que la exposición al feto a radiación durante el primer trimestre >0,1 Gray (Gy) puede causar malformaciones congénitas, retraso mental, aumento del riesgo de carcinogénesis. La dosis de 1

Gy podría producir anomalías congénitas a diferencia de 0,1 Gy que causaría menos defectos⁶.

Como tratamiento en el caso de las mujeres embarazadas se debe realizar la mastectomía radical modificada, usar radioterapia puede exponer al feto a radiación potencialmente dañina para el mismo^{7,8}, la cirugía conservadora solo debe valorarse en caso de que el cáncer sea diagnosticada en el tercer trimestre del embarazo⁹.

Antes del parto puede usarse la adriamicina y se continúa hasta completar seis ciclos; en caso de cáncer localmente avanzado se usara poli quimioterapia después del primer trimestre y mastectomía, luego de producido el parto se iniciara radioterapia⁹.

El pronóstico de la enfermedad no mejora interrumpiendo el embarazo^{7,10}.

Presentación del caso

Mujer de 34 años, con cuadro clínico de dos semanas de evolución, quién se detectó de forma accidental un nódulo mamario derecho asintomático. Acudió a consultorio externo del Hospital Materno infantil Germán Urquidi (HMIGU) de la ciudad de Cochabamba, Bolivia, y derivada a la Unidad de Oncología Quirúrgica donde fue evaluada el 19 de diciembre de 2014. Entre sus antecedentes gineco-obstétricos destacó la menarquia a los 14 años, G3P2. No refirió antecedentes de cáncer de mama familiar, ni hereditaria. En el examen físico mamario se encontró un nódulo en cuadrante superoexterno

¹Hospital Materno Infantil German Urquidi.

^aCirujano Oncólogo, ^bMedico Ginecoobstetra, ^cMedico Cirujano General.

*Correspondencia a: Daniela Flores Herrera

Correo electrónico: florsdnl_90@hotmail.com; veimarv@hotmail.com

Recibido el 02 de mayo de 2015 Aceptado el 25 de julio de 2015



Figura 1. Ecografía mamaria: imagen con sospecha de malignidad

de la mama derecha, de 2 cm de diámetro de consistencia elástica, móvil e indolora. No se encontraron adenopatías axilares ni cervicales sospechosas de malignidad.

Paciente refiere embarazo y se solicitó una ecografía ginecológica que reporta, gestación de 30 semanas +/- 17 días. se cuenta con una ecografía bilateral, de tres días antes a su hospitalización (Figura 1) que reporta: mama derecha con imagen de masa hipocogénica y heterogénea de 2,1 x 2 cm, de bordes irregulares y espiculados, con área de degeneración quística en su borde posterior y flujo vascular importante a nivel central y periférico. BIRADS IV, imagen con sospecha de malignidad y se sugiere biopsia.

Se realizó biopsia del tumor clínico que reporta carcinoma mamario medular invasor.

Al tercer día de hospitalización se presenta el caso al Comité de Tumores con los diagnósticos de carcinoma ductal medular invasor multifocal de mama derecha T2 N0 M0, estadio IIA, embarazo de 32 semanas. Como conducta terapéutica se sugiere realizar una mastectomía radical modificada más linfadenectomía, quimioterapia postoperatoria y radioterapia luego del parto.

La paciente acepta el plan de tratamiento sugerido y previa evaluación anestesiológica y ginecológica, ese mismo día se procede a una mastectomía radical modificada más linfadenectomía con infiltración de anestesia local (Figura 2). La paciente tiene una evolución satisfactoria en el postoperatorio.

El informe histopatológico definitivo reporta carcinoma de mama de 1,5 cm, asociado a cáncer in situ de alto grado tipo sólido y tipo comedocarcinoma (piel y límites

quirúrgicos laterales profundos libres de lesión, once ganglios con hiperplasia linfocítica mixta e hiperplasia histiocítica sinusoidal, sin evidencia de metástasis. Extenso componente de mastopatía fibroquística compleja con atipia.

Una semana posterior a la cirugía, se realiza la referencia de la paciente a oncología clínica para valoración y correspondiente tratamiento complementario con radioterapia o quimioterapia.

Discusión

El cáncer de mama asociado al embarazo es poco frecuente, en nuestro medio no tenemos casos publicados desde el 2007¹, motivo por el que presentamos este caso clínico.

Como tratamiento quirúrgico en caso de cáncer de mama asociado a embarazo se debe realizar mastectomía radical modificada^{7,8}, como en el caso presentado se realizó el mismo con vaciamiento ganglionar, la misma se realizó bajo anestesia local con el propósito de no afectar la vitalidad fetal, la cual fue monitorizada durante y después de la cirugía donde la frecuencia cardíaca fetal se mantuvo en promedio con 140 latidos por minuto, la dinámica uterina negativa, movimientos fetales positivos.

En el caso presentado, así como en otros casos que la bibliografía revisada demuestra, no se interrumpe el embarazo debido a que no mejoría el pronóstico de la enfermedad como^{7,10}. La paciente presentó un postoperatorio con evolución favorable. Posteriormente es valorada por los especialistas de ginecoobstetricia para su aproximado parto por cesarea.

Conflicto de intereses: los autores declaramos que no existe conflicto de intereses.



Figura 2. Preoperatorio y posoperatorio, mastectomía radical modificada.

Referencias bibliográficas

1. Gutiérrez Flores C, Hochstatter Arduz E, Niño de Guzmán Peña O, Heredia Alba R. CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO: PRESENTACION DE DOS CASOS. Gaceta Médica Boliviana. 2007; 30(1): 66-71.
2. Rugo HS. Management of breast cancer diagnosed during pregnancy. Current treatment options in oncology. 2003; 4(2): 165-73.
3. Clark RM, Chua T: Breast cancer and pregnancy: the ultimate challenge. Clin Oncol (R Coll Radiol) 1 (1): 11-8, 1989.
4. Yang WT, Dryden MJ, Gwyn K, et al.: Imaging of breast cancer diagnosed and treated with chemotherapy during pregnancy. Radiology 239 (1): 52-60, 2006.
5. Middleton LP, Amin M, Gwyn K, et al.: Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. Cancer 98 (5): 1055-60, 2003.
6. Tratamiento del Cáncer de Seno en el Embarazo, Instituto Nacional del Cáncer encontrado en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/tratamiento/cancer-de-seno-y-embarazo/HealthProfessional/page2>
7. Sarabia PAF, Pupo NJS, Del Pino DC, Torres R. Ganglio centinela: Importancia en el diagnóstico y tratamiento actual del cáncer de mama. Correo Científico Médico de Holguín. 2005; 9(1): 1 Acceso: (día, mes y año). Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91rev1.htm>
8. Insa A, Chirivella I, Lluch A. Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama operable. Med Clin (Barc). 2006; 126 (8): 295-303.
9. Torres-Aja L, Sarmiento-Sánchez J, Duarte-Pérez J. Cáncer de mama y embarazo. Revisión de la literatura y presentación de un caso. Medisur, 2011; 9(1): Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1432>
10. Camacho R, Rubio MC. Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. Portales Médicos, 2006. Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1324/2/Evaluaci%F3n-de-respuesta-con-el-uso-de-Taxanes-en-cancer-de-mama>