

CANCER DE MAMA Y GESTACION

Dr. Alonso Uribe Barreto y Dr. Alonso Uribe Obrador

El Cáncer de mama ligado a una gestación es un hecho raro y lamentable por el pronóstico que conlleva para la madre y el hijo.

Se define como el cáncer de mama asociado a gestación aquél que se diagnóstica durante la evolución de ella y hasta un año post parto o aborto. Se incluye también en este grupo al embarazo post diagnóstico y tratamiento de un cáncer de mama.

En cuanto a la incidencia que presenta esta coincidencia es de 1.6 a 3.8% de todos los cánceres mamarios. La edad promedio de las pacientes es de 35 años. La relación que guardan entre ellos va desde 1/2.500 hasta 3/10.000.

¿Puede ser un cáncer especial en su evolución?

No se considera como tal y sólo es un cáncer común con sus diferentes tipos y características; la diferencia está en que se presenta en una gestante. El cáncer en sí mismo no tiene mayor influencia sobre la evolución de la gestación. El pronóstico es peor, pero no por el cáncer mismo, sino por algunas condiciones de diagnóstico, el cual se retrasa y por los cambios de la misma glándula, que hacen que su diagnóstico sea más difícil.

¿Cuáles son los métodos esenciales del diagnóstico?

Los normales para detección local del tumor: examen clínico, mamografía y ecografía mamaria; el examen clínico tiene bajo rendimiento por los cambios en la glándula mamaria; la mamografía, la mejor herramienta diagnóstica en situaciones habituales, está dificultada por el edema, congestión y cambios estructurales de la glándula, pero complementada con ecografía mamaria, su rendimiento es bueno.

El atraso diagnóstico lleva al atraso terapéutico, pero es la situación del feto la que más complica la toma de decisión acertada, pues hay que tratar de salvar la vida a la paciente y conservar la integridad y el buen desarrollo del hijo.

El pronóstico y la sobrevida dependen del mismo círculo vicioso en que se debate este problema: diagnóstico correcto, tratamiento adecuado y oportuno de acuerdo a la edad de la gestación y del estadio del cáncer.

El cáncer que aparece después de producido el parto o el aborto, debe tratarse en la misma forma que cualquier cáncer en cualquier mujer premenopáusicas. Diferente es el hecho de que una mujer gestic después de haber sido tratada de un cáncer y éste en sí mismo no es problema, pero su pronóstico y la supervivencia de la paciente, va a estar dada por condiciones que ya se han considerado, diagnóstico correcto, tratamiento adecuado de acuerdo al estadio del tumor y del tiempo transcurrido para esta nueva gestación.

La sintomatología puede ser la misma que la de todo tumor maligno en cualquier mujer, pero alterada por cambios locales: tumor, dolor, flujos hemáticos por pezón, ulceración de pezón-aréola no eccematosa o como muchas veces un hallazgo ocasional. Esta sintomatología y signología debe llevarnos al diagnóstico con los medios a nuestro alcance para iniciar cuanto antes el tratamiento.

Los tipos histológicos son los habituales, siendo más común el ductal seguido del lobulillar. En cuanto al poder de agresividad y extensión pareciera ser mayor, por ejemplo, la frecuencia de invasión axilar sería mayor en gestantes. No es claro si esto

es un fenómeno independiente o se relaciona a un diagnóstico tardío.

El manejo del cáncer mamario en una gestación es una dura prueba para cualquier médico y no solamente en su manejo sino en los factores éticos que involucra. No hay institución que tenga mucha experiencia en el tema, pues sólo hay dos series de cierta importancia: Holles y Farrow del Memorial Hospital para Cáncer y Enfermedades Afines con 283 pacientes y la serie de Vera Peters, del Instituto del Cáncer de Ontario, con 295 pacientes, ambos estudios realizados a fines de la década de los sesenta.

En cuanto al tiempo de la gestación después de haber tenido un cáncer, Clark y Reid encuentran que en las pacientes que gestaron dentro de los 6 meses de haber terminado el tratamiento de éste, tienen sobrevivida a 5 años un 54% en comparación con el 78% que tienen las que han esperado de 6 meses a 2 años; en cambio Mignot no encuentra diferencias sustanciales entre los grupos descritos.

La recurrencia del cáncer mamario tratado es alta en los dos primeros años después del tratamiento, especialmente si su estadio y características eran de mal pronóstico, así que sería prudente diferir la gestación hasta los dos años posteriores a su tratamiento.

Conclusiones generales:

1. La gestación parece no afectar el pronóstico de la paciente, cuando el cáncer está en estadio I o en estadio II y no hay diferencias de sobrevivida global a 5 años con las pacientes que han gestado después de un cáncer tratado.
2. En cuanto al tratamiento general, la cirugía es la columna central del tratamiento y debe hacerse en el momento de ser diagnosticado el cáncer. En el 1^{er} ó 2^o trimestre deber ser mastectomía + disección axilar y si es en el 3^{er} trimestre, puede pensarse en una cirugía conservadora. La radioterapia después del parto o cesárea. Los tejidos fetales son extremadamente sensitivos a la acción de las radiaciones iónicas y los efectos de ella dependerán de la edad de la gestación y de las dosis empleadas y pueden ser: efectos teratogénicos, retardo de crecimiento y algunas otras alteraciones sistémicas.
3. Cuando la quimioterapia es usada en el primer trimestre, período de embrio y organogénesis, hay un incremento en la tasa de los abortos espontáneos con mayores efectos orgánicos. Toda quimioterapia es teóricamente teratogénica y mutagénica y el primer trimestre es el período más crucial para los daños.
4. Por lo tanto, si hay que efectuar radioterapia antes del nacimiento debe hacerse con protección del feto y ojalá con elementos no ionizantes. Si se hace quimioterapia, hay que escoger bien las drogas y el momento adecuado, pues la placenta es la vía de eliminación de los metabolitos y si se hace muy cerca del tiempo del parto el feto no es capaz de excretarlas y mantiene altos niveles de ellas en su organismo que pueden provocar alteraciones.
5. Las mujeres con diagnósticos en estadio IV que tienen una sobrevivida a 5 años de 0 a 15% no deben considerar una nueva gestación y las que tenían un estadio III deberían esperar por lo menos 5 años para una nueva gestación. La intensidad del uso de la quimioterapia induce falla ovárica secundaria que puede llevar a la infertilidad y si se logra una gestación aparece una alta tasa de abortos espontáneos.

6. La decisión de concebir del matrimonio debe basarse en el pronóstico particular de la paciente con el tipo de tumor y su estadio y no en lo que pueda hacer la gestación sobre la evolución del cáncer tratado.

Bibliografía

1. Ribeiro G, Jones D. A Ca. of the breast associated with pregnancy *B. J. Surg* 1986 73: 607-9.
2. Clark R.M, Chua T. Breast Ca. and pregnancy. The ultimate challenge. *Clin-Oncol (Radiol)* 1989 1: 11-18.
3. Peters MV. *Radiology* 1962: 58-78.
4. Peters MV. Prognostic factors in Breast Cancer London Edimburg, pag. 65.
5. White T.T. Surgery Gynecology and Obstetrician 1955: 661.
6. Haagensen CD. Diseases of the breast. Sanders 1993.
7. Surbone A, Petrek M. Pregnancy after breast cancer. Relation in development and progression. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.* 1998, 27: 169-787.
8. Mignot L, Morvan F. Pregnancy after breast cancer. Results of control study. *Press Med.* 1986, 15: 961-64.
9. Averett H, Moffat F. Pregnancy after breast cancer. *Rev. Am. Ca. Soc.* 1999.
10. Velentgas P, Daling JR. Pregnancy after breast cancer: outcomes and influence on mortality. *Cancer* 1999; 85: 2424- 432.
11. Uribe B, Puga J. Cáncer de mama y gestación. Mesa Redonda Soc. Chil. de Obst. y Ginec-*Revis. Soc.* 1994.

