

CANCER DE MAMA Y EMBARAZO

Se considera cáncer de mama y embarazo al diagnosticado durante la gestación o hasta un año luego del postparto.

Corresponde al 2% de los cánceres de mama y al 12-15% de los cánceres de mama en menores de 40 años.

La frecuencia va en aumento por la postergación de la maternidad, lo que implica embarazos a mayor edad con el consecuente aumento del riesgo de padecer cáncer de mama.

Se trata del cáncer más frecuentemente asociado a embarazo. La incidencia es de 1/3000 embarazos.

El diagnóstico suele ser tardío y la mayoría de las pacientes se presentan con tumores grandes y axila positiva.

Un alto porcentaje de pacientes presentan tumores de alto grado, receptores hormonales negativos y alrededor de 30% sobreexpresan Her2.

El aborto no mejora el pronóstico, por lo que no debe ser una recomendación médica.

La mayoría de los trabajos reportan pronóstico similar a otros cánceres de mama no asociados a embarazo ajustados por edad y estadio.

El diagnóstico deberá hacerse con la clínica, a veces dificultosa por la congestión mamaria propia del embarazo o la lactancia, mamografía con protección abdominal y ecografía.

La biopsia SIEMPRE debe ser diferida. Deben evitarse las punciones citológicas debido al riesgo de falsos positivos por la hiper celularidad del embarazo y/o lactancia.

De ser necesaria la estadificación, evitar uso de tomografías o centellograma óseo y de ser posible limitarse a estudios ecográficos y sanguíneos.

El manejo deberá ser multidisciplinario, participando mastólogo, obstetra, especialista en medicina fetal y oncólogo clínico.

Respecto del tratamiento quirúrgico, en el primer trimestre o segundo inicial, se recomienda la realización de mastectomía. En el segundo trimestre tardío y tercer trimestre puede indicarse cirugía conservadora si se dan las condiciones para la misma, postergando para el postparto la radioterapia.

En cuanto a la realización de la técnica de ganglio centinela, los trabajos al respecto son de casuística reducida. Podría realizarse con Tc99, con colocación de sonda vesical, para minimizar la exposición fetal al radioisótopo. Las guías de NCCN recomiendan hacerlo sol a partir de las 30 semanas. Está contraindicado el uso de azul patente por tratarse de una droga categoría C. (no ha sido estudiado en mujeres embarazadas).

No existen datos acerca de la sensibilidad y especificidad del método en pacientes embarazadas por lo que no debería ser una recomendación. Se procederá individualizando cada caso, no en forma rutinaria.

La radioterapia y la hormonoterapia están contraindicadas durante todo el embarazo, por lo que, de ser necesaria, se postergara hasta el postparto.

Respecto del uso de quimioterapia intraembarazo, si bien la casuística no es muy numerosa, el uso de antraciclinas a partir del segundo trimestre parece ser relativamente segura. No existe experiencia con el uso de taxanos, solo algunos casos reportados, por lo que no se recomienda.

En cuanto al uso de trastuzumab, su uso está contraindicado durante el embarazo, habiéndose reportado casos de oligo u anhidramnios. De estar indicado, se lo hará post parto.

De indicarse quimioterapia intra-embarazo, debe realizarse un exhaustivo control fetal. Nunca realizarla en el primer trimestre ya que el riesgo de malformaciones es muy elevado y suspender al menos tres semanas antes de la fecha probable de parto o programación de cesárea.

Se aconseja la supresión de la lactancia en el postparto, ya que la mayoría de los agentes utilizados son eliminados por la leche materna.

En caso de tratarse de un cáncer de mama descubierto durante la lactancia, se procederá según estadios, con la salvedad de supresión de la lactancia.

Un embarazo posterior al tratamiento de un cáncer de mama no altera el pronóstico, por lo que no está contraindicado. Se aconseja el control de la natalidad los dos años subsiguientes al tratamiento para decantar la enfermedad más agresiva.

Deberá recordársele a la paciente que un embarazo está contraindicado si está recibiendo tamoxifeno y que los métodos de control de natalidad deberán ser no hormonales, aunque su tumor no expresare receptores hormonales positivos.

Cabe recordar que no está contraindicada la lactancia posterior a un cáncer de mama, pero es posible que la mama irradiada no produzca leche.

BIBLIOGRAFIA

- 1) NCCN versión 1-2021.NCCN.org
- 2) Ring, A et al. Chemotherapy for Breast Cancer during Pregnancy: An 18-year experience from five London Teaching Hospitals. *J Clin Oncol* 23:4192-4197, 2005.
- 3) Giacalone, P et al. Chemotherapy for breast carcinoma during pregnancy. A French National Survey *Cancer* 86:2266-72, 1999.
- 4) Hahn, K et al. Treatment of pregnant breast cancer Patients and Outcomes of Children Exposed to Chemotherapy in utero. *Cancer* 107:1219-26,2006.
- 5) Cardonick, E. et al. Breast cancer during pregnancy. maternal and fetal outcomes. *Cancer Journal*.vol16:76-82, 2010.
- 6) Azim, H et al. Treatment of pregnant mother with cancer: a systematic review on the use of cytotoxic, endocrine, targeted agents and immunotherapy during pregnancy. Part I solid tumors. *Cancer Treat Reviews* 36 :101-9, 2010.

