

**PRESENTACION DE CASO****Cáncer de mama y embarazo. Revisión de la literatura y presentación de un caso****Breast cancer and pregnancy. Literature review and case report**

Dra. Lidia Torres Aja, <sup>(1)</sup> Dr. Julio Sarmiento Sánchez, <sup>(2)</sup> Dr. José Duarte Pérez. <sup>(3)</sup>

*<sup>(1)</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Máster en Educación Médica. Máster en Atención Integral a la Mujer. Profesor Auxiliar y Consultante. <sup>(2)</sup> Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. <sup>(3)</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor. Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima". Cienfuegos.*

*<sup>(1)</sup> Terminal Professional Degree in General Surgery. MSc. in Medical Education. MSc. in Integral Care for Women. Assistant Professor. Consultant Professor. <sup>(2)</sup> Terminal Professional Degree in General Surgery. Assistant Professor. <sup>(3)</sup> Second Professional Degree in Internal Medicine. Instructor. General University Hospital "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", Cienfuegos.*

**RESUMEN**

Entre las llamadas formas especiales del cáncer mamario se encuentra la presentación de este durante el embarazo o hasta un año después de ocurrido el parto.

Se presenta en 1 de cada 3,000 mujeres embarazadas, y se han detectado las tasas de incidencia más altas en los países altamente desarrollados o en vías de desarrollo. Su diagnóstico se realiza en el mayor número de los casos, en etapas avanzadas de la enfermedad, lo cual conlleva a un pronóstico y sobrevida peor que en las mujeres no embarazadas o puerperas.

Se presenta el caso de una paciente que luego de haber parido hacía 9 meses y estar embarazada en el momento que asistió a la consulta, en la que se le diagnostica un carcinoma indiferenciado de mama, que es el primer caso de cáncer de mama en embarazo prescrito en la provincia de Cienfuegos en los últimos 30 años.

**Palabras clave:** carcinoma; embarazo; neoplasias de mama; incidencias

**ABSTRACT**

The present case is included among the so-called special forms of breast cancer. It appears during pregnancy or up to one year after childbirth. It occurs in 1 in 3,000 pregnant women. The highest incidence rates have been registered in developed or developing countries. Diagnosis is performed, in most cases, in advanced stages of the disease, which leads to a worse prognosis and survival than in non-pregnant and puerperal women. The case of a patient who had given birth 9 months ago and was pregnant at the time she attended consultation is presented. She was diagnosed with undifferentiated breast carcinoma. This is the first case of breast cancer diagnosis during pregnancy in the province of Cienfuegos in the last 30 years.

**Key words:** carcinoma; pregnancy; breast neoplasms; incidence

**Recibido:** 27 de diciembre de 2010

**Aprobado:** 8 de enero de 2011

**Correspondencia:**

Lidia Torres Aja.

Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima".

Calle 51 A y Ave. 5 de Septiembre.

Cienfuegos. CP: 55100.

**Correo electrónico:** [lidia.torres@gal.sld.cu](mailto:lidia.torres@gal.sld.cu)

## INTRODUCCIÓN

Se considera cáncer de mama y embarazo aquel que se diagnostica en el mismo o en el año siguiente al parto.

<sup>(1)</sup> Se presenta en 1 de cada 3,000 mujeres embarazadas, y se han detectado las tasas de incidencia más altas en los países altamente desarrollados o en vías de desarrollo. Aparece generalmente en la tercera década de la vida, específicamente entre los 32 y 38 años de edad. Su diagnóstico se realiza en el mayor número de los casos en etapas avanzadas de la enfermedad lo cual conlleva a un pronóstico y supervivencia peor que en las mujeres no embarazadas o puérperas. <sup>(2-3)</sup>

Historia natural (tiene su basamento en las siguientes afirmaciones): <sup>(4-3)</sup>

- Las hormonas desempeñan un papel fundamental en la etiología del cáncer de mama.
- Solo el estado hormonal no justifica la aparición de un cáncer de mama durante el embarazo, sino cuando se asocia a mujeres que tienen su primer embarazo después de los 35 años.
- Puede suponerse que es una consecuencia de que el parénquima mamario estuvo expuesto a estimulación carcinogénica durante un tiempo prolongado antes del embarazo.

### Biología e historia natural.

El análisis del tumor por métodos inmunohistoquímicos, permite afirmar que el cáncer de mama relacionado con el embarazo tiene las siguientes características. <sup>(3-5)</sup>

- |  |   |         |
|--|---|---------|
| • Receptor de estrógenos (RE)                      | + | 28-58 % |
| • Receptor de progesterona (RP)                    | + | 24 %    |
| • RE+ RP   | + | 16 %    |
| • Receptores tirosina-quinasa (HER-2)              | + | 28 %    |
| • Proteína (P53)                                   | + | 38 %    |
| • Marcador de proliferación del tumor (Ki-67) alto |   | 24%     |
| • Ki-67 intermedio                                 |   | 16 %    |
| • Ki-67 bajo                                       |   | 24 %    |

Interpretación: <sup>(3-5)</sup>

- La presencia de HER-2, P53 y RE negativos: están normalmente asociados con la agresividad del tumor.
- Un Ki-67 y una P53 positivas reflejan una alta proliferación del tumor.
- No está demostrado el valor de RE, pues pudiera estar en relación con los niveles elevados de estrógenos por el embarazo. Los efectos de BRCA1 y BRCA2 sobre la incidencia

del cáncer de mama en el embarazo no están bien esclarecidos, pero las pacientes con esta mutación pudieran tener mayor riesgo cuando se embarazan.

El diagnóstico se basa en: <sup>(6-7)</sup>

-Examen físico en la primera consulta obstétrica, luego de las 30 semanas de embarazo y finalmente a los 3, 6 y 12 meses después del parto.

-Ultrasonido y citología por punción con aguja gruesa (CAAF) teledirigido, mamografía muy raras veces. Debe ser evitada la tomografía axial computarizada (TAC) y la resonancia magnética (RMN) no debe ser realizada durante el primer trimestre de embarazo.

Tratamiento: la mastectomía radical modificada es la técnica de elección, debido a la necesidad de posponer la radioterapia hasta después del parto. <sup>(8-9)</sup>

La cirugía conservadora solo puede valorarse cuando el cáncer es diagnosticado en el tercer trimestre del embarazo.

A pesar de que se sabe que atraviesa la barrera placentaria se utiliza esquema de adriamicina (AC) antes del parto y se continúa después de este hasta completar 6 ciclos.

En el cáncer localmente avanzado se usará poliquimioterapia (PQT) después del primer trimestre y tratamiento quirúrgico después del parto

Radioterapia: esta se pospone hasta después del parto pues la dosis estándar de 5000cGY (centigay) no es tolerable por el feto en ningún trimestre de su evolución <sup>(10-9)</sup>

La interrupción del embarazo no mejora el pronóstico de la enfermedad <sup>(10-8)</sup>

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 37 años de edad, procedente de la zona rural del municipio de Santa Isabel de las Lajas, con antecedentes de haber parido hacia 9 meses y cuando acudió consulta de mastología central por presentar aumento de volumen de la mama derecha, estaba en la octava semana de un nuevo embarazo.

Al examen físico se constató tumoración dolorosa de unos 10 cms. que ocupaba ambos cuadrantes externos de la mama derecha acompañada de adenopatías axilares homolaterales. (Figuras 1 y 2).

No pudo llegarse a un diagnóstico histológico mediante la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), ni se contó con criostato para biopsia por congelación por lo cual es acordada en consulta multidisciplinaria su exéresis para estudio por parafina, se envió para su diagnóstico definitivo al departamento de anatomía patológica del Instituto Nacional de Oncología (INOR), donde es informado como un carcinoma indiferenciado. Al realizársele los exámenes para el estadiamiento clínico se detectó la presencia de metástasis hepática por lo

que fue catalogado como un carcinoma en etapa IV y se decidió imponerle tratamiento con poliquimioterapia con

esquema adriamicina-ciclofosfamida (AC), el cual se cumple en los momentos actuales. (Figuras 3 y 4).



Figura 1. Vista frontal del tumor



Figura 2. Vista lateral del tumor



Figura 3. Tumor extirpado

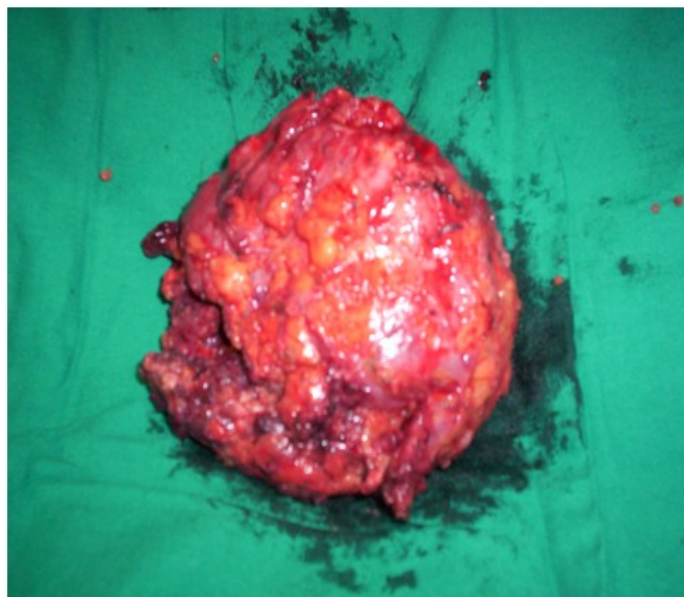


Figura 4. Tumor extirpado

Por lo poco frecuente de este caso y por ser el primero diagnosticado en el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" de Cienfuegos desde su fundación, se considera un caso de interés para los profesionales de la salud.

### DISCUSIÓN

Si bien el cáncer de mama constituye la primera localización en tumores malignos en el sexo femenino, con tasas de incidencia y mortalidad que han ido en aumento en los últimos 5 años, en los países altamente desarrollados y en vías de desarrollo, existen formas

especiales de diagnóstico muy poco frecuentes.

Entre estas formas especiales se encuentran: el sarcoma primitivo de mama, el linfoma mamario, la enfermedad de Paget, el cáncer de mama en el hombre y el cáncer de mama en el embarazo. Esta última es extremadamente rara, pues se presenta en 1 de cada 3,000 mujeres embarazadas.

El caso que se presenta es el primero, diagnosticado en los 30 años de fundado el Hospital General Universitario "Dr. Gustavo Aldereguía Lima", por lo cual lo se considera de interés científico para el personal médico dedicado al estudio y tratamiento del cáncer mamario.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Rodríguez Cuevas S, Capus García. Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obst.* 2006;74(11):585-93.
2. Martínez Camilo RV. Comportamiento del cáncer de mama de la mujer en el período climatérico. *Rev Cubana Obstet Ginecol* [Revista en Internet]. 2006 [citado 25 Feb 2010];32(3): [aprox 10p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2006000300005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2006000300005&lng=es).
3. Silva de Oliveira M, Carvalho Fernández AF, Mesquita Melo E. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Rev. Cub Enfermer* [Revista en Internet]. 2005 [citado Mar 2010];21(2): [aprox 8p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s0864-03192005000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-03192005000200011)
4. Mora Díaz I, Sánchez Rodonel E. Estado actual de las pacientes con cáncer de mama en estadio I y II. *Rev. Cub Obstet Ginecol.* 2004;30(1): [aprox 11p.] Disponible en: [bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32\\_2\\_06/gin09206.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/gin/vol32_2_06/gin09206.pdf)
5. Díaz Rojas PA, Sánchez Meca J. El área nuclear como indicador diagnóstico en el carcinoma ductal de la mama en un estudio meta-analítico. *Rev Cub Invest Biomed.* 2004;23(3):163-68. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol23\\_3\\_04/ibi04304.pdf](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol23_3_04/ibi04304.pdf)
6. Gonseth J, Morant Ginestar C, Criado Álvarez JJ, Guallar Castrillón P. Ajuste por mortalidad competitiva del riesgo de morir y enfermar por cáncer de mama. *Rev Cubana Hig Epidemiol* [Revista en Internet]. 2004 [citado 25 Feb 2010];42(1): [aprox 10p.] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032004000100002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032004000100002&lng=es).
7. Camacho R, Rubio MC. Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Portales Médicos.* [Revista en Internet]. 2006 [aprox 8p.] Disponible en: <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1324/2/Evaluaci%F3n-de-respuesta-con-el-uso-de-Taxanes-en-cancer-de-mama>
8. Fernández Sanabria PA, Sanz Pupo NJ, Cruz del Pino D, Torres R. Ganglio centinela su importancia en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. *Correo médico Holguín.* 2005; 9(1): [aprox 8p.] Disponible en: <http://www.cocmed.sld.cu/no91/n91rev1.htm>
9. Insa A, Chirivella I, Lluch A. Tratamiento neoadyuvante del cáncer de mama operable. *Med-Clin (Barc).* 2006;126(8):295-303.
10. Rodríguez Cuevas AS. Cáncer de mama. *Cir.* 2005;73(6):423-4.