

**III JORNADAS DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA** para atención
primaria a través de casos clínicos



Hospital Universitario Infanta Elena

Comunidad de Madrid



CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO

María Jesús Pérez Molina
Servicio de Ginecología y Obstetricia.

- Alta incidencia.
- 10-20% edad reproductiva.
- Primera gestación a edades más tardías.
- Cáncer de mama diagnosticado durante la gestación y un año después del parto.
- Frecuencia: 3 por cada 10.000 embarazos (0,03%).
- 0,2-3,8% de los cánceres de mama.

Caso clínico:

Paciente de 36 años. Pareja estable sin método anticonceptivo durante más dos años . Normorreica .

Antecedentes médicos: Esterilidad primaria idiopática.

Antecedentes quirúrgicos: no

Antecedentes familiares: Dos tías paternas ca mama premenopausia .

Acude a clínica privada para técnica de reproducción asistida. Primer ciclo de FIV fallido con congelación de embriones. Gestación espontánea posterior.

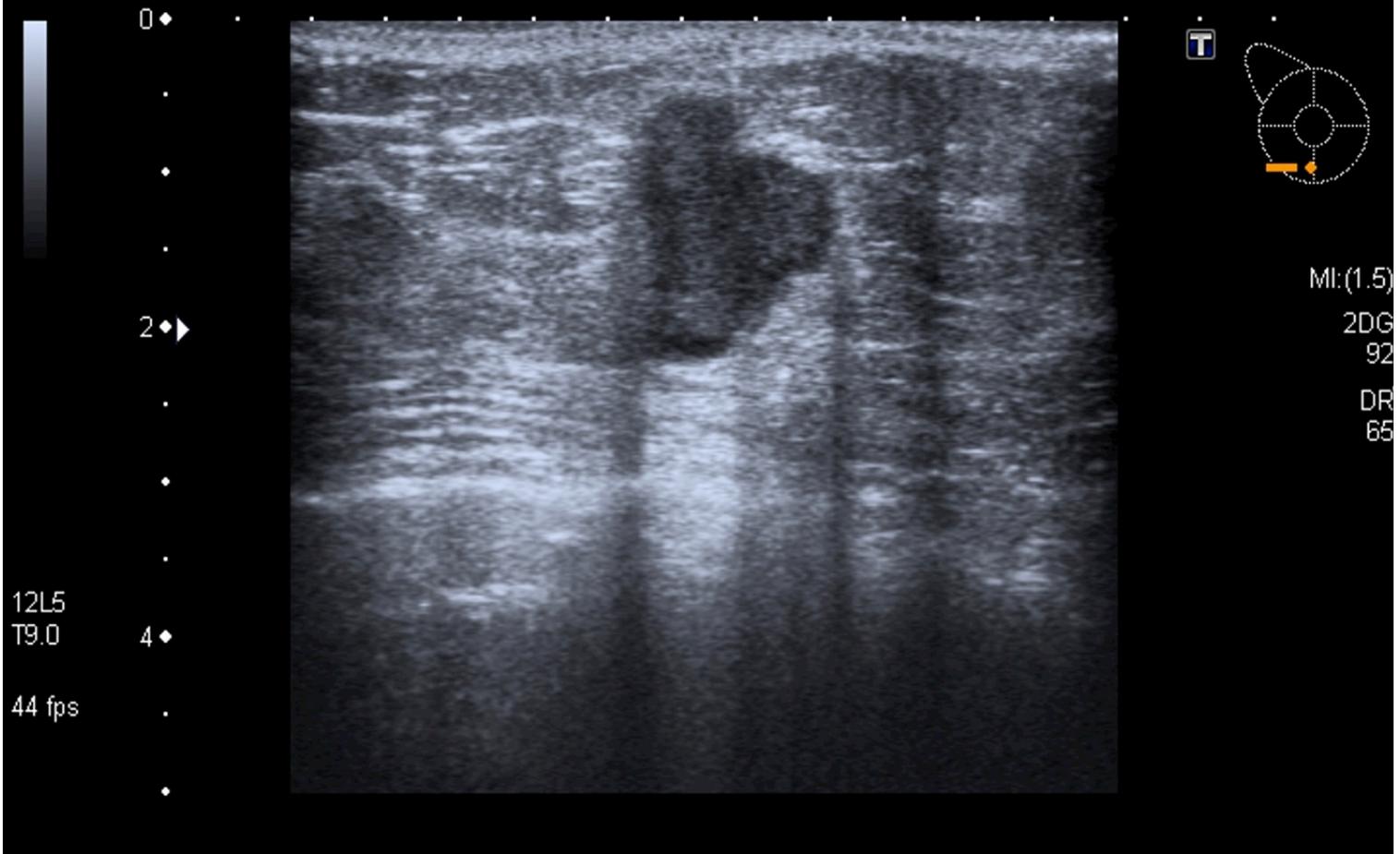
A las 6+5 semanas de gestación , la paciente se palpa nódulo de aparición súbita en mama derecha por lo que acude a médico de atención primaria que deriva a la mujer a nuestro centro para estudio ecográfico mamario.

TOSHIBA

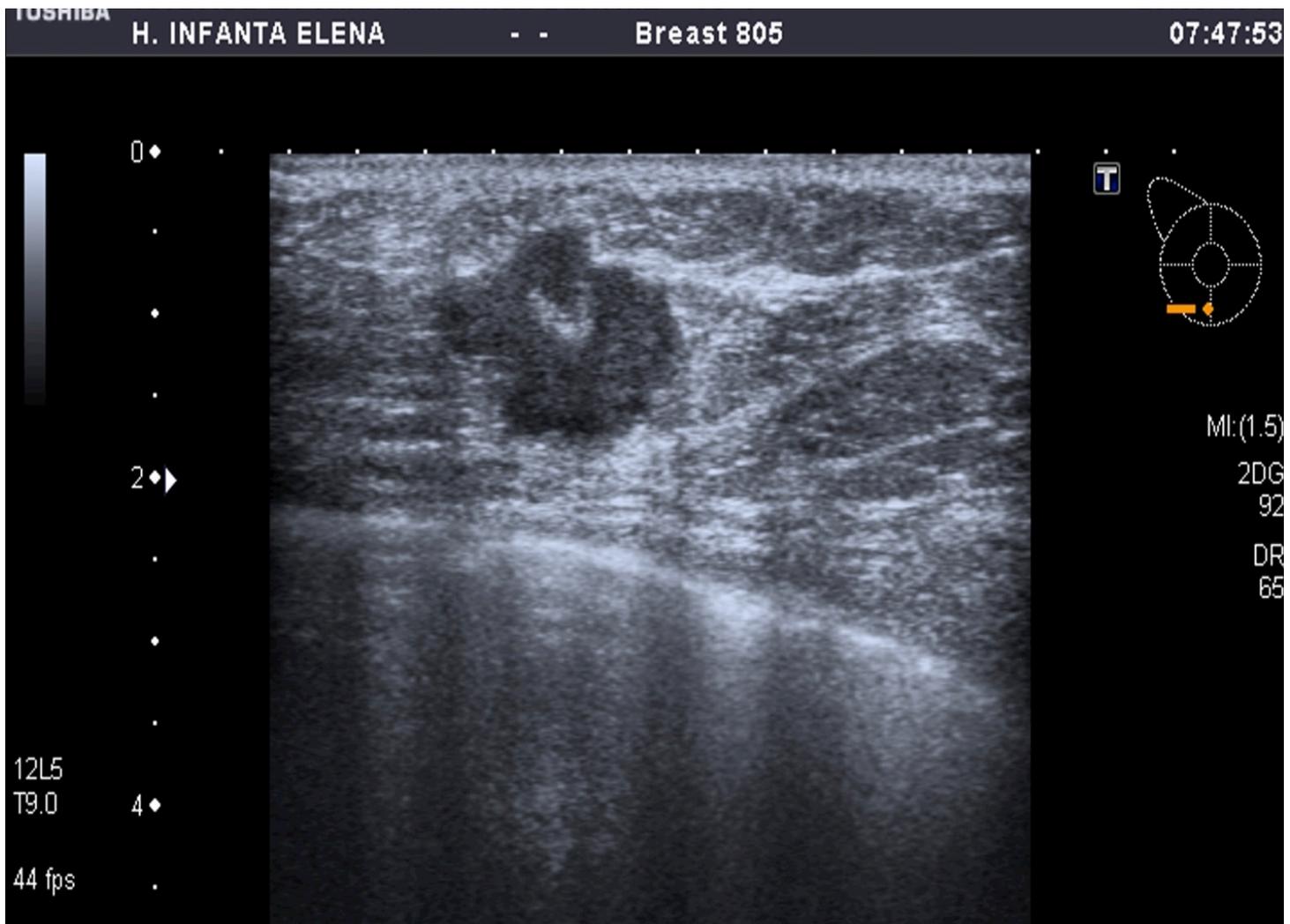
H. INFANTA ELENA

Breast 805

07:38:54



- **Ecografía mamaria:** Formación hipoecogénica de morfología irregular, de unos 18 x 14 x 14 mm en cuadrante inferoexterno de mama derecha. Resto de ambas mamas sin alteraciones. Ambas axilas sin adenopatías de aspecto patológico. Bi rads 4C.
- Se realiza biopsia con aguja gruesa de nódulo en unión de cuadrantes inferiores de mama derecha.
- Se coloca marcador compatible con Mx, ecografía y RMN.
- Se solicita cita en consulta de patología mamaria como C-15.



Primera consulta de patología mamaria:

Gestante de 8+4 semanas .

- INFORME AP BAG:

- Carcinoma ductal infiltrante .
- Grado provisional de Nottingham 3.
- Receptores de estrogénos : 0%
- Receptores de progesterona: 0%
- Her 2 – Neu (SISH): amplificado.
- Ki 67: 60%



- **EXPL:** Mamas de tamaño medio-voluminosas. Piel y complejo areola pezón normal. A la palpación , nódulo pétreo, adherido, no móvil, de unos 2cm en tercio profundo de CIE de mama derecha. No adenopatías axilares palpables.

Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

Para completar el estudio de cáncer de mama de un nódulo palpable en la exploración clínica ¿cuál de las siguientes pautas, habituales en la metodología diagnóstica del cáncer de mama, no sería recomendable en una paciente en primer trimestre de gestación? :

- A) Ecografía mamaria
- B) Biopsia con aguja gruesa
- C) Mamografía
- D) Resonancia Magnética mamaria

Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

Para completar el estudio de cáncer de mama de un nódulo palpable en la exploración clínica ¿cuál de las siguientes pautas, habituales en la metodología diagnóstica del cáncer de mama, no sería recomendable en una paciente en primer trimestre de gestación? :

- A) Ecografía mamaria: se puede realizar en cualquier trimestre
- B) Biopsia con aguja gruesa
- C) Mamografía
- D) Resonancia Magnética

Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

Para completar el estudio de cáncer de mama de un nódulo palpable en la exploración clínica ¿cuál de las siguientes pautas, habituales en la metodología diagnóstica del cáncer de mama, no sería recomendable en una paciente en primer trimestre de gestación? :

- A) Ecografía mamaria: se puede realizar en cualquier trimestre
- B) Biopsia con aguja gruesa: idem
- C) Mamografía
- D) Resonancia Magnética

Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

Para completar el estudio de cáncer de mama de un nódulo palpable en la exploración clínica ¿cuál de las siguientes pautas, habituales en la metodología diagnóstica del cáncer de mama, no sería recomendable en una paciente en primer trimestre de gestación? :

- A) Ecografía mamaria: se puede realizar en cualquier trimestre
- B) Biopsia con aguja gruesa: idem
- C) Mamografía: recomendable digital y con protección abdominal.
- D) Resonancia Magnética

Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

Para completar el estudio de cáncer de mama de un nódulo palpable en la exploración clínica ¿cuál de las siguientes pautas, habituales en la metodología diagnóstica del cáncer de mama, no sería recomendable en una paciente en primer trimestre de gestación? :

- A) Ecografía mamaria: se puede realizar en cualquier trimestre
- B) Biopsia con aguja gruesa: idem
- C) Mamografía, recomendable digital y con protección abdominal
- D) **Resonancia Magnética: no es recomendable, porque el Gadolinio se encuentra en el grupo C de medicamentos de la FDA.**

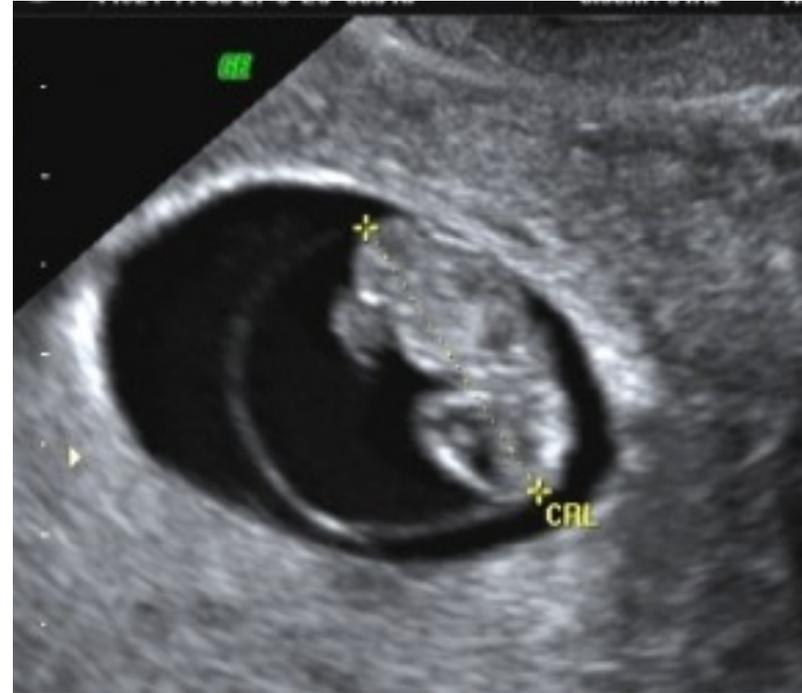
Diagnóstico de cáncer de mama en la paciente gestante:

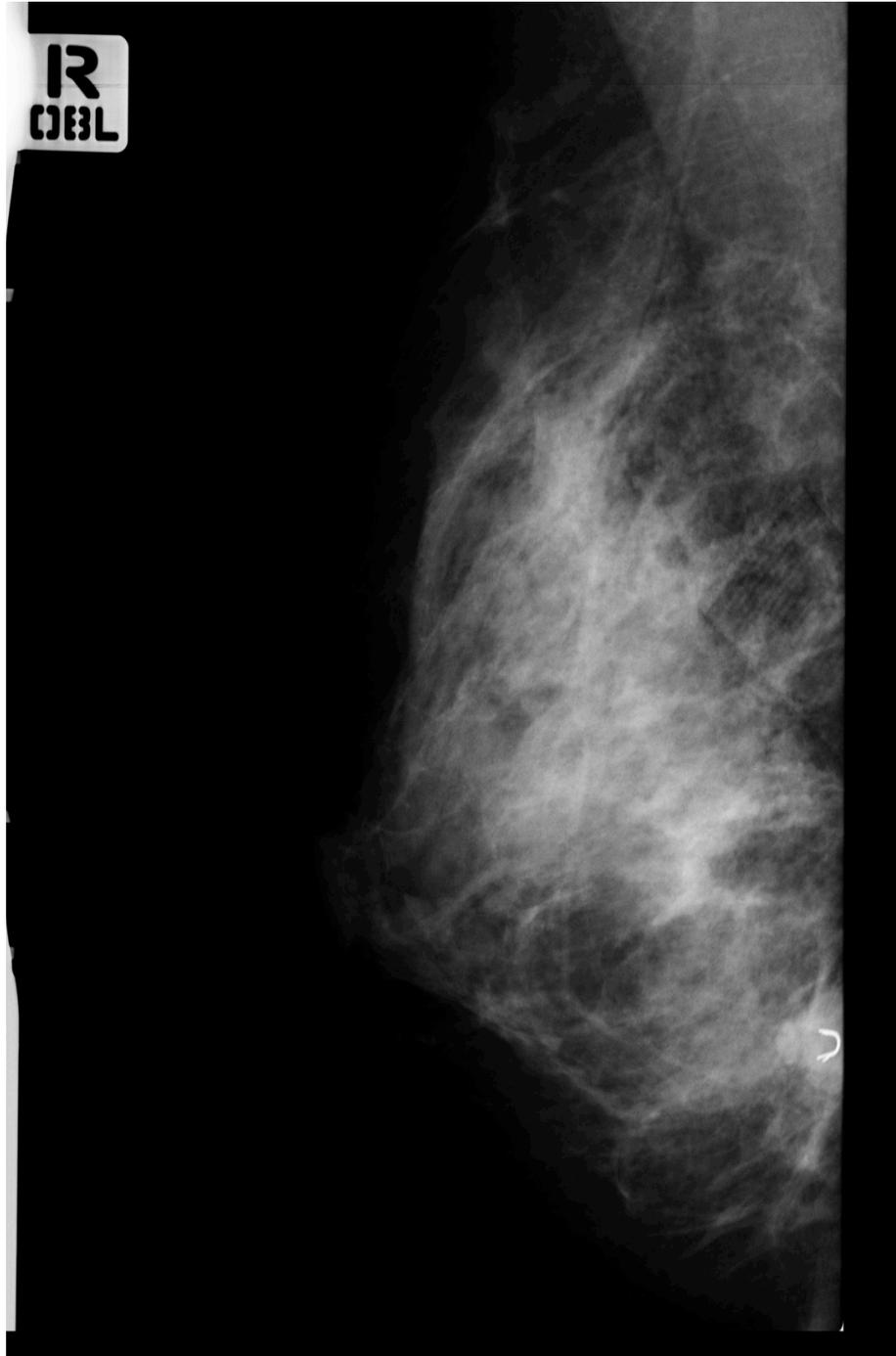
✧ ECO TV: Vesícula gestacional íntegra con evidencia de embrión con CRL = 14.2mm y latido cardiaco positivo. Corion universal. Ovarios normales.

✧ No existe evidencia para afirmar que la interrupción del embarazo cambie el pronóstico del ca mama.

✧ En estadios tempranos ambos grupos con ca de mama tienen porcentajes de supervivencia de un 80%.

✧ Como el ca de mama en gestantes se diagnostica con mayor frecuencia en estadios avanzados, globalmente su pronóstico impresiona como muy adverso.





- MX: Aumento de densidad nodular con alguna lobulación y con marcador postbiopsia en su interior, parcialmente visible y con parénquima fibroglandular superpuesto, de unos 2cm, en tercio profundo del CIE de MD. MI sin signos de malignidad. Bi rads 6.

- Con todos la información médica expuesta, se presenta el caso clínico en Comité de Tumores Multidisciplinar para decidir de forma conjunta la actitud terapéutica más recomendable .



Tratamiento de cáncer de mama en la paciente gestante:

Con la información clínica aportada, la paciente se propuso en Comité multidisciplinar de Tumores para tratamiento quirúrgico y posterior tratamiento adyuvante:

- A) Cirugía conservadora con linfadenectomía.
- B) Cirugía conservadora y biopsia selectiva del ganglio centinela.
- C) Mastectomía radical modificada.
- D) Mastectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela.

Tratamiento de cáncer de mama en la paciente gestante:

Con la información clínica aportada, la paciente se propuso en Comité multidisciplinar de Tumores para tratamiento quirúrgico y posterior tratamiento adyuvante:

- A) Cirugía conservadora con linfadenectomía.
- B) Cirugía conservadora y biopsia selectiva del ganglio centinela.**
- C) Mastectomía radical.
- D) Mastectomía y biopsia selectiva del ganglio centinela.

1. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en paciente gestante:

EMBARAZO	ESTADIOS I Y II	ESTADIOS III Y IV
PRIMER TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none">- MASTECTOMIA .- CIRUGIA CONSERVADORA Y RETRASAR RT- RETRASAR QT- VALORAR I.L.E	<ul style="list-style-type: none">- RETRASAR INICIO QT- VALORAR I.L.E
SEGUNDO TRIMESTRE	<ul style="list-style-type: none">- MASTECTOMIA O TRATAMIENTO CONSERVADOR Y RETRASAR RT- QUIMIOTERAPIA	<ul style="list-style-type: none">- QUIMIOTERAPIA- CIRUGIA EN E III
TERCER TRIMESTRE	CUALQUIER CIRUGIA ES VALIDA	<ul style="list-style-type: none">- QUIMIOTERAPIA- CIRUGIA EN E. III

1. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama en paciente gestante:

Rev Senol Patol Mamar. 2014;27(1):43-53



Revista de Senología
y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



ARTÍCULO ESPECIAL

Consenso sobre la biopsia selectiva del ganglio centinela en el cáncer de mama. Revisión 2013 de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria[☆]

Laia Bernet^{a,*}, Antonio Piñero^b, Sergi Vidal-Sicart^c, Vicente Peg^d, Julia Giménez^e, Manuel Algara^f, Basilio Dueñas^g, Francesc Tresserra^h, Rafael Canoⁱ, José Manuel Cordero^j, Beatriz Navarro^k, Josep Torró^l, Ricardo Pardo^m, David Martínez Ramosⁿ, Arantxa Moreno Elola^o, Virginia Vallejos^p, Carlos Vázquez^q, Marina Alvarez Benito^r, Jose Luis Raya Povedano^r, Carmen Carreira Gómez^s, Josefa Galobardes Monge^t, Edelmiro Iglesias^u, Carlos Fuster^v, Ana Lluch^w y Angel Martinez Agulló^x



C. No constituyen criterios de contraindicación:

1. Biopsia escisional previa, siempre que no aparezcan criterios de exclusión¹³.
2. Cirugía mamaria plástica de aumento o reducción previa¹⁵.
3. Tumores multifocales y multicéntricos¹⁶⁻¹⁸ (evidencia 1).
4. Cirugía conservadora con BSGC previa por carcinoma: no hay evidencia para contraindicar una nueva BSGC, aunque es necesaria la valoración individual de cada caso en función de la dosis de irradiación recibida en la axila¹⁹⁻²² (evidencia 1+).
5. Mujeres gestantes o púerperas lactantes, previa retirada de la lactancia 24h. Se recomienda utilizar la mínima dosis posible de trazador y el mismo día de la cirugía. En estos casos, está contraindicado el uso de cualquier colorante vital²²⁻²⁴.

2. Tratamiento sistémico de cáncer de mama en la paciente gestante:

- ❖ Está contraindicado el tratamiento de quimioterapia en el primer trimestre. Categoría 4 OMS.
- ❖ **Es seguro el tratamiento de quimioterapia con esquemas que incluyen antraciclinas, ciclofosfamida y 5-fluorouracilo en segundo y tercer trimestre . Categoría 1 OMS.** Hay menos experiencia en el tratamiento de quimioterapia con taxanos, navelbine y sales de platino.
- ❖ El tratamiento hormonal está contraindicado durante toda la gestación . Categoría 4 OMS.
- ❖ El empleo de Ab monoclonales como el Trastuzumab (Herceptin) está contraindicado durante toda la gestación . Categoría 4 OMS.

3. Tratamiento radioterápico de cáncer de mama en la paciente gestante

- ❖ La radioterapia esta contraindicada en toda la gestación. Categoría 4 OMS
- ❖ EXCEPCIONALMENTE e incrementando las precauciones y la protección fetal, se puede valorar la RT mediante acelerador de electrones, en el segundo u tercer trimestre para el tratamiento específico de metástasis. Categoría 3 OMS.

Siguientes consultas de patología mamaria:

- ❑ Paciente decidida a continuar gestación con información clínica recibida. Se propuso tratamiento quirúrgico mediante tumorectomía con márgenes de resección amplios y BSGC , realizándose sin complicaciones en semana 12 de gestación.

- ❑ INFORME AP :
 - CDI grado 3. Tamaño del componente infiltrante de 19mm. Ausencia de CDIS. No invasión vascular. Distancia al margen quirúrgico significativo más próximo de 12mm.
 - BSGC: Dos ganglios principales y tercero accesorio. Los tres negativos.
 - pT1c pN0 M0

- ❑ COMITÉ DE TUMORES POSTQX: adyuvancia postqx durante gestación según esquema AC x 4 y taxol x 12 ciclos. Postparto, RT y Trastuzumab durante un año.

- ❑ Se remitió a la paciente a Servicio de Genética en FJD para consejo.

REALIDAD CLÍNICA

- ❑ Se inició adyuvancia en semana 17. Control gestacional en consulta de Medicina Fetal. Se completaron 4 ciclos con AC y 6 ciclos con taxol, realizándose control de flujos vasculares fetales después de cada ciclo de QT, el mismo día de aplicación del ciclo.
- ❑ En ecografía control en sem 36 se objetiva CIR con signos de vasodilatación en ACM por lo que se decide programar inducción del parto. Se suspende 7º ciclo con taxol para evitar QT 2-3 sem previas al parto (mielotoxicidad).
- ❑ La paciente presenta RPM espontanea gestante de sem 36 + 3 semanas , mismo día que tenía programada inducción del parto. Tras periodo de dilatación normal bajo analgesia epidural se asiste a PE de RN mujer , peso 2315gr, apgar 9/10, pH 7.30, REA O. Periné integro. Lactancia artificial. Puerperio dentro de parámetros normales.



REALIDAD CLÍNICA

- ❑ Informe estudio genético : portadora de mutación familiar para BRCA 1 con un riesgo de padecer ca de mama hasta los 70 años del 65% y de ovario del 39%.
- ❑ La paciente completó esquema quimioterapia propuesto postparto e inició tratamiento con Trastuzumab.
- ❑ Tras procesar información, la paciente optó por mastectomía bilateral con reconstrucción inmediata. No RT .
- ❑ Actualmente pendiente de concretar momento para anexectomía bilateral laparoscópica.
- ❑ Paciente libre de enfermedad tras cumplir un año del diagnóstico.

¡¡MUCHAS GRACIAS!!



Para cualquier duda:
Tfno: 91 894 8410 Extensión 2472, 2473, 2229
Email: ginecología.hie@idcsalud.es