

## **GESTACIÓN Y CÁNCER DE MAMA.**

Pereda A, Peñalva G, Girvent M, Alvarez V, Cano S, Ojeda F.  
Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Fundació Hospital/Asil de Granollers  
(Barcelona)

### **INTRODUCCIÓN**

El cáncer de mama durante la gestación o el año posterior al parto es muy infrecuente, alrededor de 1:300 gestaciones. Tradicionalmente se ha asociado a un diagnóstico tardío, de difícil tratamiento y mal pronóstico.

Demostrado que el embarazo no empeora el pronóstico "per se", el problema principal es el retraso diagnóstico complicado por los cambios mamarios producidos por el propio embarazo. De este modo los diagnósticos se obtienen en fases más tardías y por tanto requieren tratamientos más complejos y pueden presentar un peor pronóstico.

### **OBJETIVOS**

Observar la **prevalencia** del cáncer de mama en gestantes en nuestro centro. Analizar, si se ha producido retraso **diagnóstico** y **terapéutico** desde la aparición del primer signo de alarma.

Describir el tipo histológico de la lesión y el estadio en el momento del diagnóstico al estar ambos parámetros directamente relacionados con el **pronóstico**.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se han estudiado los casos diagnosticados de cáncer de mama en gestantes y en el año posterior al parto desde enero del 2003 y diciembre del 2004. Un total de 4 casos.

Durante este mismo periodo de tiempo se han atendido 4.255 partos en nuestro centro lo que supone el 0,094%. En dos de ellas el tumor apareció en el puerperio y en las otras dos durante la gestación.

Ninguna tenía antecedentes familiares.

Se ha llamado **retraso diagnóstico** al tiempo entre la aparición del primer síntoma de alerta en la paciente que motiva la consulta hasta la confirmación diagnóstica anatomopatológica de la lesión.

**Retraso terapéutico** al tiempo pasado entre la confirmación anatomopatológica y el día de aplicación del primer tratamiento sobre la lesión, sea este quirúrgico o quimioterápico.

Hemos considerado pacientes de buen **pronóstico** a las que presentan estadiado sin afectación ganglionar, T1, y a las que presentan un tipo

histológico de buen pronóstico independientemente del T (carcinoma tubular puro, coloide, papilar o adenoide quístico).

## RESULTADOS

El tiempo de retraso diagnóstico y terapéutico, el tipo de tratamiento inicial, la patología, el estadiado y el pronóstico se recojen en la tabla 1.

En todos los casos consultó la paciente por diferentes síntomas, ningún clínico detecto signos de alarma en los múltiples controles obstétricos realizados.

En 3 casos la anatomía patológica confirmó un carcinoma ductal infiltrante, con afectación ganglionar en una de las gestantes, en el 4º caso, el de mayor dificultad diagnóstica, se halló un carcinoma lobulillar de buen pronóstico. Por tanto, 1 de los casos se consideró de buen pronóstico, curiosamente el que presentaba mayor retraso diagnóstico y 3 de mal pronóstico.

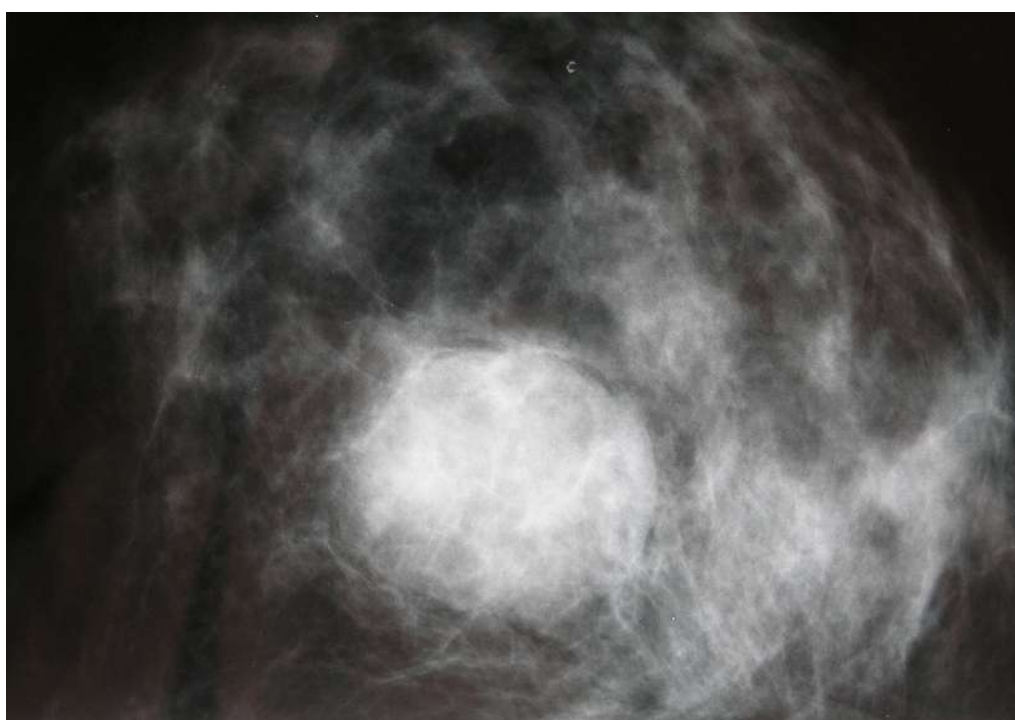
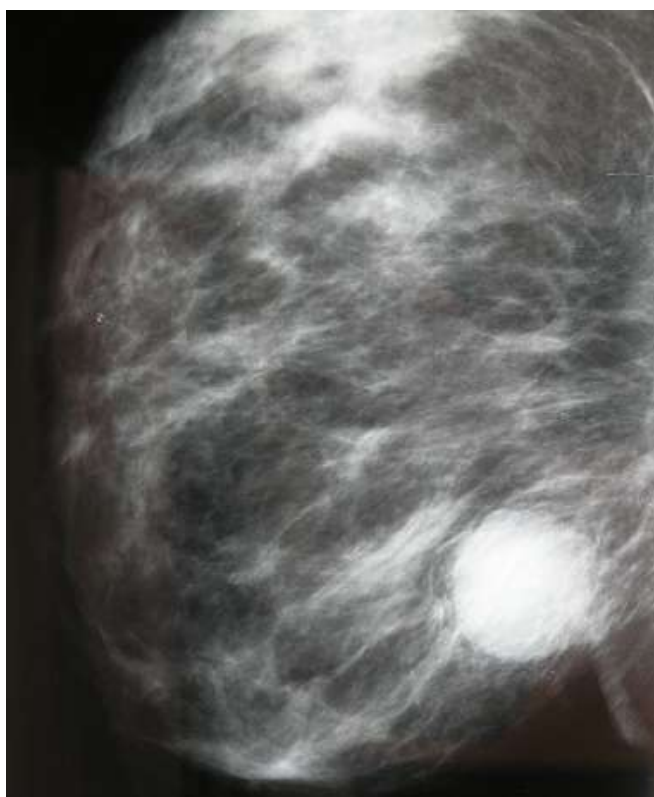
**Tabla 1.**

	Gestante- puérpera	Tiempo diag.	Tiempo tto	1º Tto	Gg +	Estadiado	Anatomía patológica	Pronóstico
Caso 1	Gestante	30 d	20 d	IQ preparto	Sí	T3 N1 M0	Ductal infiltr	Malo
Caso 2	Gestante	30 d	39 d	IQpostparto	No	T2 N0 M0	Ductal infiltr	Malo
Caso 3	puérpera	60 d (Fig1,2)	7 d	QT	No	T3 N0 M0	Ductal infiltr	Malo
Caso4	puérpera	240 d	0 d	IQ	No	T1 N0 M0	lobulillar	bueno

Diag: diagnóstico Tto: tratamiento ,infiltr: infiltrante

Gg +: afectación ganglionar, IQ: intervención quirúrgica, QT: quimioterapia,

IMAGENES



## **CONCLUSIONES**

Dada la infrecuencia de la patología es difícil extraer conclusiones, aunque el mayor retraso se da en la fase de diagnóstico, donde los signos de sospechas pueden pasar desapercibidos entre los cambios hormonales propios de la gestación y el puerperio.

Aunque se ha discutido la conveniencia de la exploración sistemática durante la gestación o el puerperio por profesionales, el bajo rendimiento diagnóstico de esta técnica pone en tela de juicio su validez al no existir estudios sobre las repercusiones y coste sanitario del importante volumen de exploraciones complementarias que podría generar la sistematización.

Parece que una conducta aceptable sería la de no minusvalorar los signos y síntomas mamarios que refiera la gestante o puerpera en esta etapa de la vida.