EL CANCER DE LA MAMA EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA

CATEDRA DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA — FACULTAD DE MEDICINA — UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Doctores **Antonio Vélez Z.** *, **Alfonso Jubiz H.** **

La influencia desfavorable que ejercen el embarazo y la lactancia en la evolución del cáncer de la mama, ha sido un hecho bien reconocido en el mundo médico desde hace muchos años. Klotz, citado por Miller (9), fue el primero en observar en el año de 1869 el desenlace fatal de las pacientes con dicha asociación.

En el año de 1943, Haagensen y Stout [6], del Presbyterian Hospital, estudiaron una gran serie de casos, y los resultados fueron tan desalentadores que les hizo concluír que la mastectomía radical estaba contraindicada en este grupo de pacientes; apareció entonces, en su publicación, como un grupo "inoperable".

Generalmente, dada la escasa frecuencia de la entidad, el número de casos no permite sacar conclusiones definitivas. Los tratamientos son así mismo tan variados, que no llegan a ser concluyentes. En las series recogidas de la literatura mundial. White [13] informó una sobrevida a los 5 años, del 13.8%, en el carcinoma de la mama asociado al embarazo, comparada con la cifra dada por Haagensen [6] en mujeres no embarazadas, del 66.6%. Se han dado muchas explicaciones a estas diferencias tan marcadas. Se invocan como causas probables: el aumento de la vascularización glandular, durante el embarazo y el gran incremento hormonal propio de este estado, los cuales estimularían el crecimiento de la célula neoplásica. Sumada a esto la dificultad del diagnóstico precoz, debido al crecimiento uniforme de la glándula, que enmascara los pequeños nódulos, haciendo su reconocimiento en estadios tardíos, desfavorables a la terapéutica. Es aceptado uniformemente

* Profesor de tiempo completo, en el Depto. de Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina, U. de A.

** Jefe de Residentes, Depto. de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, U. de A.

Rev. Col. Obs. y Ginec.
Septiembre-Octubre 1963

que en un nódulo mamario de crecimiento acelerado durante el embarazo o la lactancia, puede anticiparse un pronóstico peor, que en uno de carácter similar, fuera del embarazo.

Nuestra atención se dirigió hacia este tema, ante la presencia de algunos casos vistos en un corto período de observación, en el Departamento de Obstetricia y Ginecología. La búsqueda infructuosa de la literatura nacional en este tópico nos entusiasmó a revisar nuestras historias, hasta donde nos fue posible y así pudimos conformar las líneas que a continuación escribimos.

MATERIAL Y METODOS

Se consideran 13 pacientes con cáncer de la mama, en embarazo o lactancia, que consultaron al Hospital Universitario de San Vicente de Paúl, en el período 1952 a 1962 inclusive. Es importante hacer notar que no fue posible codificar en la Sección de Archivo y Estadística los datos referentes a las admisiones, en los años 1952 y 1953. Se hace resaltar, además, que la totalidad de los casos estudiados se presentaron en los cinco últimos años de observación.

FRECUENCIA

Los ingresos al Servicio de Maternidad, durante los 10 años de observación, considerados en este trabajo, sumaron 64.471, y el número de cánceres de mama que complicaron el embarazo o la lactancia fue de 13. La rata de su frecuencia es de 4 por 5.000 ingresos. Esta cifra está muy cerca a la informada por Finn [8], quien encontró 10 pacientes con carcinoma de mama en un total de 62.561 embarazos, con una frecuencia de un caso por cada 6.251 embarazos. El número de partos atendidos durante el mismo período fue de 36.303, con una rata, en cuanto a frecuencia de 3.5 por 10.000 partos. Así la oportunidad para el tocólogo de observar casos está muy alejada, especialmente si dedica la mayor parte de su tiempo profesional con la clientela civil.

Estas cifras son menores que las encontradas en revisiones de pacientes con carcinoma de la mama. White [13], en una revisión de la literatura mundial. informó un 2.8% de embarazos, asociados en 45.881 pacientes de todas las edades, con Ca. de mama. Cuando se consideran las edades más hábiles para la gestación, se encuentra una de cada tres pacientes, con Ca. de mama y embarazo como complicación.

EDAD

La gran mayoría de los casos se encuentran entre los 30 y los 40 años, lo cual está de acuerdo con la mayoría de los autores. Cuadro 1.

Nuestra paciente más joven tenía 21 años de edad, y su tumor fue observado cuando tenía 8 meses de embarazo. Se trataba de un liposarcoma invasor. Se le practicó una mastecto-

CUADRO 1

DISTRIBUCION POR EDADES

Edad en años	Nº de casos	%
20 a 24	2	15.38
25 a 29	1	7.70
30 a 34	5	38.46
35 a 39	5	38.46
Totales	13	100 %

mía simple e injerto libre. Su parto fue normal, a término, con un niño en buenas condiciones. Posteriormente se encontró recidiva en la piel de la cicatriz y en la región axilar homolateral. Se consideró inoperable y se le dio de alta. Desgraciadamente no regresó a controles posteriores y no se conoce su evolución final.

Nuestra paciente de mayor edad tenía 38 años. Su embarazo estaba a término y padecía un carcinoma muy avanzado. Se comprobaron metástasis en axila, región cervical y por biopsia en la región inguinal. Se le practicó una cesárea y ooferectomía, obteniendo un niño vivo en buenas condiciones. En el acto quirúrgico se encontraron metástasis en ganglios ilíacos y preaórticos.

GRAVIDEZ

Todas nuestras pacientes eran multíparas, a excepción de una, en la cual se presentó un sarcoma. La relación con los embarazos puede observarse en el cuadro 2.

La mayoría de los casos coinciden con grandes multíparas, entre los cuatro y los nueve embarazos, anotación contraria al consenso general, en cuanto a carcinoma de mama, presente de preferencia en las mujeres solteras o en aquellas que no han lactado.

CUADRO 2

GRAVIDEZ Y CARCINOMA DE MAMA EN EMBARAZO

Número de embarazos	Número de casos
1 a 3	2
4 a 6	4
7 a 9	4
10 a 12	3
Total	13

ESTADO CLINICO

Para este estudio se tomó en consideración la clasificación de los tumores malignos de la mama, como ha sido adoptada por la Unión Interamericana contra el Cáncer [5], que llegó a ser oficial a partir del 1º de enero de 1960 y que se ha establecido en el Servicio. Esta clasificación considera tres categorías, que se denominan con letras mayúsculas: T: Tumor primitivo. N: Adenopatía regional. M: Metástasis a distancia. Dentro de cada una de estas denominaciones hay subgrupos, distinguidos por numerales y que expresan el tamaño del tumor o la profundidad de la invasión.

De acuerdo a estos criterios, nuestros casos se encuentran repartidos así:

Estadio clínico	Número de casos
T1 No	1
T2 N1	3
T3 N2	1
T3 No M	1
T3 N1 M	3
T4 N1 M	2
T4 No M	1
T4 N3 M	1
Total	13

Uno solo de nuestros casos se encontró limitado a la glándula mamaria. Diez de ellos con invasión a los ganglios regionales y ocho con metástasis a distancia. Desafortunadamente, la mayoría de los casos vienen a consulta cuando se encuentran muy avanzados y no son susceptibles de curación, con la mastectomía radical.

"Está bien establecida la observación clínica de que las metástasis a los ganglios regionales, como también a distancia, se ven mucho más frecuentemente en la mujer embarazada, con carcinoma de mama, que en la no embarazada (Cheek [4]).

MOTIVO DE LA CONSULTA

Todas nuestras pacientes, a excepción de una, encontraron causa para su consulta, en la aparición de un nódulo mamario de crecimiento progresivo. La restante se vio obligada a consultar por dolor y la impotencia funcional de su extremidad inferior izquierda. Pudo comprobarse posteriormente la presencia de metástasis avanzadas en diáfisis femoral y en el sacro. En esta paciente se había practicado una resección parcial de un tumor mamario, reconocido en el estudio patológico como sarcoma de baja malignidad y para el cual se consideró suficiente la resección local. Con el embarazo, el tumor incrementó su crecimiento rápidamente y empezó a hablar por sus metástasis. Se realizó una mastectomía radical. Dos meses después expulsó un feto muerto y macerado casi a término. Un control del tórax demostró adenopatías mediastinales y sombras pulmonares, muy sospechosas de metástasis. Inició radioterapia, la cual hubo de suspender, por intolerancia cutánea. La muerte de la paciente se presentó aproximadamente un mes después de su salida del hospital.

Como síntomas de segundo orden se presentaron además: mastitis abscesada, en dos casos. Tos y expectoración hemoptoica, en un caso, en el cual se comprobó un compromiso pulmonar por metástasis. Telorragia en una. Anorexia y pérdida de peso en dos más.

TIEMPO DE EVOLUCION

El tiempo transcurrido entre el primer síntoma observado por las pacientes y su consulta al hospital se puede resumir así:

Meses	Pacientes
2 a 3	4
4 a 6	3
7 a 10	3
11 a 14	3

Número menor de la tercera parte de nuestras pacientes tenían el diagnóstico confirmado en menos de tres meses.

Es un hecho bien reconocido que la bondad del pronóstico está en relación inversa con la tardanza en el diagnóstico y la extensión de la enfermedad. White [13], en una observación propia, de 40 casos de carcinoma de mama y tratados durante el embarazo o la lactancia, obtuvo índices de sobrevida mucho más elevados que en las series coleccionadas: 8 de 10 pacientes sin metástasis axilares (72.8%) vivieron más de 5 años, y 3 vivieron más de 10 años (26.3%). En el grupo con metástasis una de 16 (6.3%) sobrevivió 5 años y ninguna 10 años. De los informes recogidos de 30 especialistas en estos temas, para grupos sin metástasis, en 407 casos, se encontraron índices de sobrevida de 21.5% a los 5 años y de 18.2% a los 10 años. En 369 casos con metástasis axilares, a los 5 años sobrevivieron 6.7% y a los 10 años el 5.1% únicamente.

ANATOMIA PATOLOGICA

Han sido inútiles los esfuerzos para tratar de definir el lugar de origen de los carcinomas mamarios. Para algunos autores como Dawson [6], "tienen siempre su asiento primitivo en los conductos y en la mayoría de los casos en los conductos terminales intralobulillares. El compromiso de los acinos no es primitivo, sino secundario, y es prueba de la extensión del proceso canceroso". Muir [6], por su parte cree el origen de la enfermedad en el epitelio acinoso, como también en los conductos.

Considerando el aspecto macroscópico, se han denominado como nodulares a los de aspecto blando y jugoso, y de escirros a los de consistencia dura y aparentemente infiltrativos.

El estudio microscópico fue realizado en 12 de nuestros 13 casos. Diez de ellos fueron clasificados como carcinomas; los dos restantes fueron un liposarcoma y un fibrosarcoma. Para estos dos últimos la resección fue incompleta y se encontró posteriormente recidiva en la piel y en la parrilla costal.

EVOLUCION DE LOS EMBARAZOS

Al momento de su ingreso se encontraron dos pacientes con embarazo en el primer trimestre, tres en el segundo y cinco en el tercer trimestre. Tres pacientes habían tenido ya sus hijos y se encontraban en el período de la lactancia. La suerte corrida por los niños de estas últimas madres no fue posible averiguarla, como tampoco la de otros 2 niños, cuyas madres fueron alejadas del control médico posterior. Se obtuvieron cinco niños vivos y en buenas condiciones, tres de ellos por medio de la intervención cesárea, dos con partos normales y espontáneos. Una de las pacientes ingresó con un aborto en curso y se le practicó un legrado digital. Dos niños más, na-

cieron muertos y macerados, uno de ellos a término, el otro al sexto mes.

Ninguno de los niños nacidos vivos presentó anomalías aparentes, ni alteraciones atribuíbles al cáncer de sus madres.

TRATAMIENTO

Existe demasiada confusión acerca de la conducta a seguir en los casos de cáncer mamario asociado al embarazo o a la lactancia. Algunos han considerado la presencia del embarazo o la lactancia como contraindicación para la conducta quirúrgica y aconsejan retardarla hasta después del parto o la terminación del embarazo. Sin embargo, la mayoría está de acuerdo en que no debe vacilarse en elegir este tratamiento haciendo caso omiso de la presencia de estos estados. Debe tenerse especial cuidado en lo que al feto se refiere, en proporcionar una buena oxigenación y evitar la anoxia que podría provocarse con los cambios tensionales, especialmente con la hipotensión, la hemorragia y el shock. Estableciendo estas premisas, no debe tardarse un solo instante en desarrollar el tiempo quirúrgico adecuado a cada caso particular.

En nuestros casos se realizó la mastectomía simple en dos casos. La mastectomía radical con vaciamiento axilar, en ocho casos. En las tres pacientes restantes, no se realizó ningún tratamiento quirúrgico, fuera de la biopsia para el diagnóstico, por haberse ya comprobado por medios auxiliares de diagnóstico la presencia de metástasis a distancia.

La salpingooforectomía se practicó en 4 de las trece pacientes, consideradas en este estudio. En tres de ellas, aprovechando el momento de la operación cesárea.

La roentgenterapia complementaria convencional llegó a término en dos pacientes. Una más la inició y hubo necesidad de suspenderla muy pronto por intolerancia de la piel.

Los andrógenos se dieron como tratamiento paliativo de las metástasis a distancia, en tres de los casos.

Ninguna de las pacientes fue sometida a la adrenalectomía ni menos aún a la hipofisectomía.

CONTROLES POSTERIORES

Debemos reconocer que estamos en mora para ofrecer un seguimiento adecuado a los pacientes atendidos en nuestro hospital para enfermedades neoplásicas. Así el término final de nuestros esfuerzos no se logra conocer y no podemos ofrecer estadísticas de sobrevida, ni evaluar la bondad de tan variados procedimientos como se utilizan en la lucha contra tan cruel flagelo.

Es un hecho bien reconocido en nuestro medio, que aquellos pacientes que logran mejoría en forma transitoria o definitiva de su enfermedad, no regresan a los controles posteriores. Por otra parte, las que si-

guen una suerte peor y fallecen, escapan definitivamente de nuestro alcance, y la historia de sus procesos queda inconclusa.

Logramos después de múltiples esfuerzos y averiguaciones obtener el dato final de 5 de las pacientes tratadas. Todas ellas habían fallecido corto tiempo después de su retiro del hospital. El caso máximo de supervivencia (14 meses) lo alcanzó uno de los casos diagnosticados durante la lactancia y a quien se había practicado una mastectomía radical con vaciamiento axilar y posteriormente se aconsejó el uso de andrógenos ante la aparición de nódulos subdérmicos de tipo metastásico. Dentro del primer mes después del tratamiento murieron tres de las cinco pacientes en las cuales se pudo conocer su fin.

CONCLUSIONES

1. La poca frecuencia de la asociación del cáncer mamario con el embarazo y la lactancia, no permite dar series con significación estadística.

2. Es indispensable diagnosticar el cáncer de la mama muy precozmente en el embarazo, antes de que se disemine. En esto, tanto la paciente como su médico desempeñan un papel principal.

3. Todo nódulo mamario persistente o mastitis resistente al tratamiento habitual, imperiosamente debe someterse a biopsia y estudio microscópico.

4. El pronóstico para los casos avanzados que coinciden con el embarazo o la lactancia es significativamente más pobre que el de iguales características, fuera de estos estados. Generalmente son cánceres en estados evolutivos muy avanzados.

5. La mastectomía radical practicada en cualquier época del embarazo es el tratamiento de escogencia, y la presencia de éste no aumenta los riesgos en la madre.

6. Los andrógenos deben reservarse para las metástasis óseas y una vez practicada la castración quirúrgica.

7. La ooforectomía está indicada en pacientes en actividad genital, en las cuales se ha comprobado la presencia de metástasis ganglionares a distancia. Su efecto es transitorio.

BIBLIOGRAFIA

1. AUSTIN R. C., Jr.: Carcinoma of the breast associated with pregnancy or lactation. **Obst. and Gynec. (N. Y.) 15**:287-91. March 1960.

2. BROOKS B., and PROFFITT J. N.: The influence of pregnancy on cancer of the breast. **Surgery, 25**:1, 1949.

3. BUNKER M. L.: PETERS VERA: Carcinoma of the breast associated with pregnancy of lactation. **Am. J. Obst. and Gyn.**

4. CHEEK J. H.: Survey of current opinions concerning carcinoma of the breast occurring during pregnancy. **Arch. Surg. 66**:664, 1953.

5. DENOIX: Comunicación personal.

6. HAAGENSEN C. D.: **Disease of the breast**. Philadelphia, Saunders, 1956.

7. HOCHMAN A., and SCHREIBER H.: Pregnancy and cancer of the breast. **Obst. and Gynec. (N. Y.) 2**:268, 1953.

8. HOLLEB ARTHUR J., and FARROW JOSEPH H.: The relation of pregnancy on cancer of the breast in 283 patients. **Surg. Gynec. and Obst.** July, 1962.

9. MILLER HUGH K.: Breast cancer during pregnancy or lactation. **Am. J. Obst. and Gyn.** March 1, 1962.

10. RANDALL L. M.: **Am. J. Obst. and Gynec.** 1354, Dic. 1950.

11. WHITE T. T.: Carcinoma of the breast and pregnancy; analysis of 920 cases collected from the literature and 22 new cases. **Ann. Surg. 139**:9, 1954.

12. WHITE T. T.: Carcinoma of the breast in the pregnant and the nursing patient; review of 1.375 cases **Am. J. Obst. and Gyn. 69**:1.277, 1955.

13. WHITE T. T.: Prognosis of the breast cancer for pregnant and nursing women; analysis of 1.413 cases. **Surg. Gyn. and Obst., 100**:661, 1955.

14. WHITE T. T., and WHITE W. C.: Breast cancer and pregnancy; report of 49 cases followed 5 years. **Am. Surg. 144**:384, 1956.