

CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO. DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS

Natalia Santiso,* Ornella Sturla,* Anabela Ursino,*
María Luján Crosbie,* Mirta Calissano*

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar entre los cánceres asociados al embarazo, hallándose actualmente en ascenso. La dificultad diagnóstica es un punto crítico, con repercusión pronóstica.

Objetivo

Analizar las dificultades en el diagnóstico del Cáncer de mama asociado al embarazo y reportar nuestra experiencia en el Sanatorio Corporación Médica del General San Martín.

Material y método

Estudio retrospectivo observacional. Se evaluaron 152 historias clínicas con diagnóstico de cáncer de mama entre 2007 y 2013 y se analizaron las 9 pacientes con diagnóstico asociado al embarazo.

Resultados

Se halló una incidencia cercana al 6%, con un promedio de 35 años, siendo el tumor indoloro el principal motivo de consulta. La mayoría de las pacientes presentaron mamas radiológicamente densas, sin hallazgos ecográficos de malignidad.

*Sección Patología Mamaria, Sanatorio Médico Corporación General San Martín.
Correo electrónico de contacto: natalia_santiso@hotmail.com

Conclusiones

Los cambios fisiológicos asociados al embarazo y lactancia hacen que el diagnóstico clínico e imagenológico sea complejo y, consecuentemente, demorado. Recomendamos el examen mamario rutinario prenatal, y, ante cualquier sospecha, la derivación oportuna al mastólogo.

Palabras clave

CÁNCER DE MAMA. EMBARAZO Y LACTANCIA. DIFICULTAD DIAGNÓSTICA.

SUMMARY

Introduction

Breast cancer is the second one among cancers associated to pregnancy and is currently rising. The difficult diagnosis is a critical point with prognostic impact.

Objective

To analyze the diagnosis difficulties of breast cancer associated to pregnancy and to report our experience in Sanatorio Medico Corporacion General San Martin.

Materials and method

Retrospective observational study. 152 medical records with breast cancer diagnosis were reviewed between the years 2007 and 2013, analyzing 9 of those with diagnosis associated to pregnancy.

Results

An incidence close to 6% was found with an average age of diagnosis of 35 years old, being painless tumor the main cause for consultation. Most patients presented radiologically dense breast mammography without ultrasonographic malignant findings.

Conclusions

The physiological changes associated to pregnancy and lactation make clinical and imaging diagnosis more complex and consequently de-

lay it. We recommend routine breast exam in prenatal visits and timely referral to breast physician in case of any suspicion.

Key words

BREAST CANCER. PREGNANCY AND LACTATION. DIAGNOSTIC DIFFICULTY.

INTRODUCCIÓN

Existen pocas situaciones en la práctica clínica que conlleven tantas connotaciones psicológicas y bioéticas asociadas como el diagnóstico del cáncer en el contexto del embarazo.⁽¹⁾

Se define como Cáncer de mama asociado al embarazo a aquel diagnosticado durante el período gestacional, la lactancia o hasta un año inclusive después del parto.⁽²⁾

El cáncer de mama ocupa el segundo lugar entre los cánceres desarrollados durante el embarazo, luego del cáncer de cuello uterino, con una incidencia de 1 cada 3.000 a 10.000 embarazos.⁽³⁾

En general, la incidencia reportada es de entre 0,2 y 3,8 % de todos los cánceres de mama; y en mujeres menores de 40 años, aproximadamente entre el 7 y 14% de los diagnósticos de cáncer de mama están asociados con el embarazo.⁽⁴⁾

Actualmente, la incidencia de Cáncer de mama asociado al embarazo se encuentra en aumento, probablemente debido a que las mujeres de los países desarrollados postergan la maternidad, incrementando, de esta forma, la edad a la primera gestación y, a su vez, el riesgo de padecer cáncer de mama.⁽⁵⁾

El enfoque diagnóstico en la mujer embarazada con tumor de mama no debe ser diferente del empleado en la mujer no embarazada.⁽⁶⁾ Sin embargo, el diagnóstico –tanto clínico como radiológico– de Cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia es difícil, debido a los cambios inducidos por las hormonas sobre el tejido mamario.

OBJETIVO

Analizar las dificultades diagnósticas, clínicas e imagenológicas del Cáncer de mama asociado al embarazo y presentar nuestra experiencia en un sanatorio privado de la Provincia de Buenos Aires.

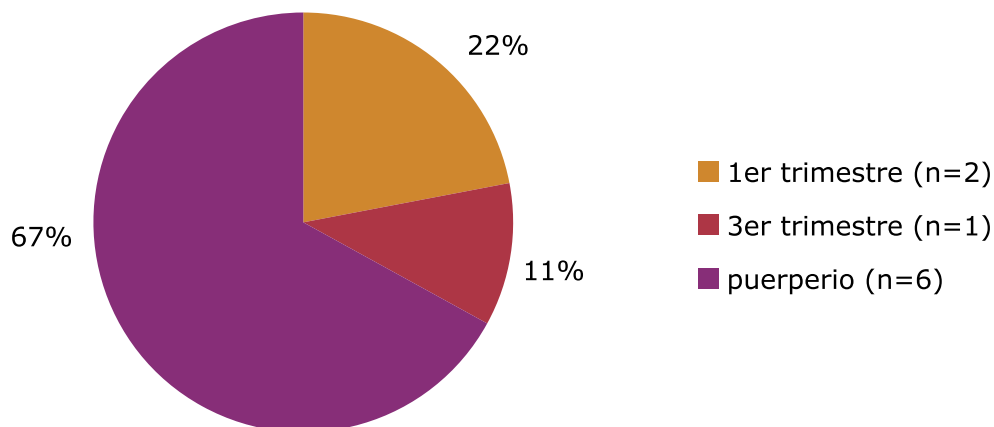
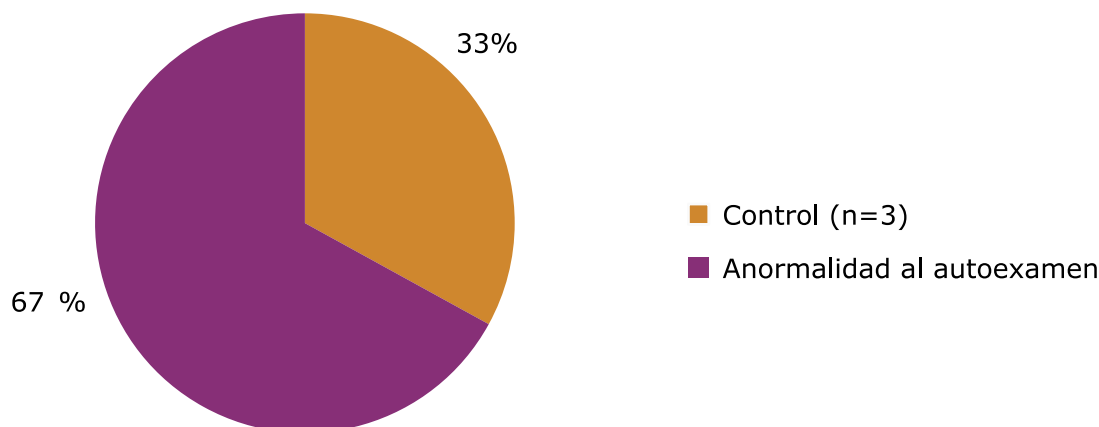
MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo donde se analizaron 152 historias clínicas de pacientes tratadas por cáncer de mama en el Sanatorio Corporación Médica de General San Martín entre enero 2007 y diciembre 2013, seleccionándose 9 pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama asociado al embarazo.

Se consideraron las siguientes variables: la edad, la incidencia del Cáncer de mama asociado al embarazo, el trimestre del embarazo en curso o puerperio al momento del diagnóstico, el tiempo de demora en realizar la consulta, los antecedentes familiares y personales de riesgo, el motivo de consulta, el estadio clínico-patológico, los estudios por imágenes realizados y los tipos histológicos.

El estudio se llevó a cabo a partir de fichas de patología mamaria del Sanatorio Corporación Médica del General San Martín.

Posteriormente, se confeccionó una base de datos en Excel para el análisis estadístico de las variables previamente enumeradas.

Gráfico 1. Distribución de pacientes diagnosticadas durante el embarazo o la lactancia**Gráfico 2.** Motivo de consulta

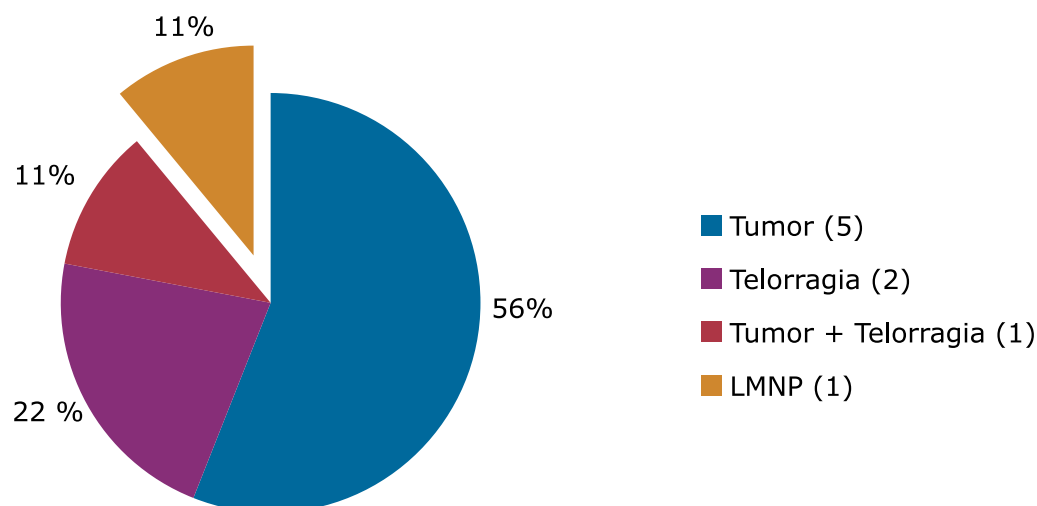
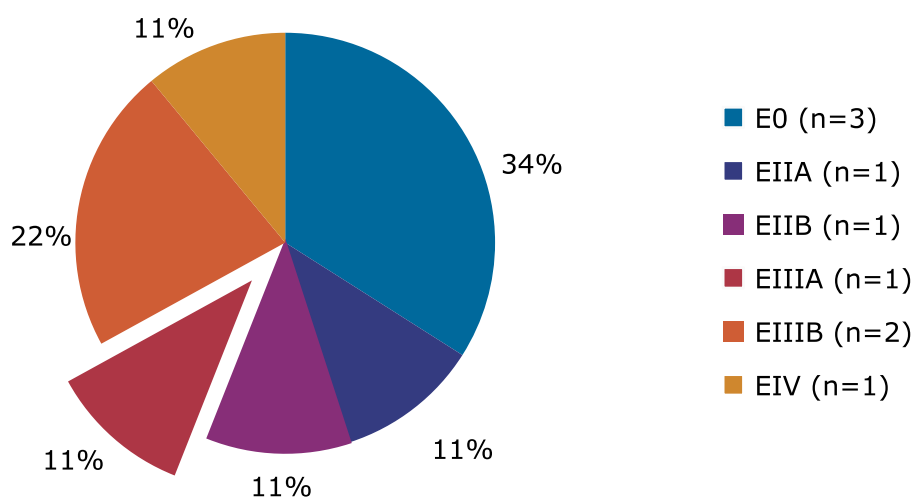
RESULTADOS

La incidencia de Cáncer de mama asociado al embarazo en nuestra población de estudio fue de 5,92%. La edad media al diagnóstico fue de 35,3 años (rango de 23-43 años). De las 9 pacientes, 2 fueron diagnosticadas en el primer trimestre, 1 en el tercer trimestre y las 6 restantes en el puerperio (Gráfico 1).

El tiempo de demora en la consulta fue de 10 semanas (rango entre 0-8 meses).

De las 9 pacientes de nuestra población, 2 presentaron antecedentes de cáncer de mama de primer grado y 1 de las pacientes de cáncer de mama de segundo grado.

En cuanto al motivo de consulta, 3 de las pacientes de nuestra población concurren a la consulta por control y las 6 restantes consultaron por detectarse al autoexamen mamario alguna anomalía, como tumor palpable (n=4) y telorragia (n=2) (Gráfico 2).

Gráfico 3. Examen físico**Gráfico 4.** Distribución de pacientes según estadio clínico

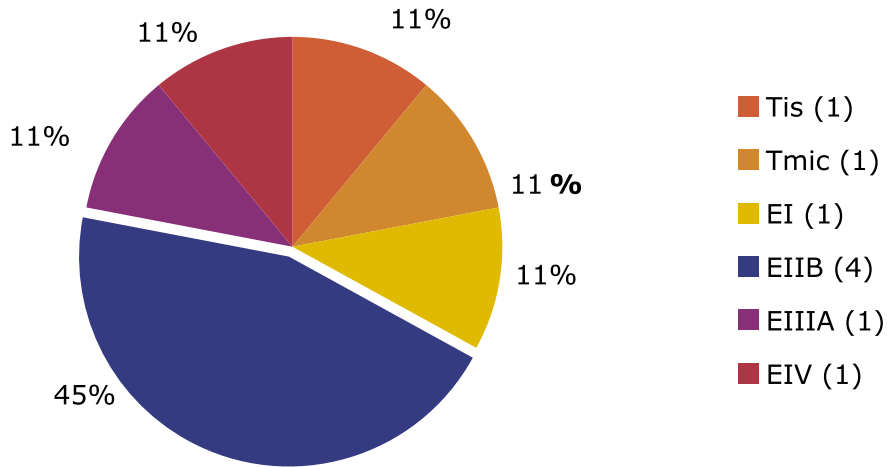
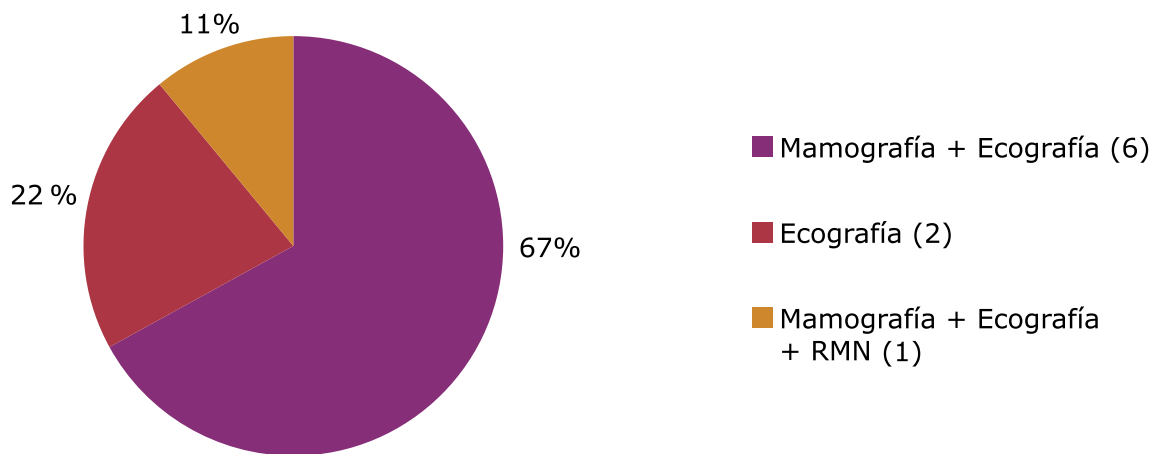
Al examen mamario, 5 pacientes presentaron tumor, 2 pacientes telorragia, 1 paciente tumor asociado a telorragia, y 1 paciente lesión mamaria no palpable (LMNP) (Gráfico 3).

El tamaño tumoral medio fue de 5,75 cm (rango entre 2,5-8 cm), considerando solo a las 6 pacientes que presentaban tumor mamario palpable al mo-

mento de la consulta.

El compromiso clínico axilar se evidenció en 5 de las 9 pacientes (55,5 %).

A partir de estos datos, pudimos agrupar a las pacientes en los siguientes estadios clínicos: E 0 n=3, E IIA n=1, E IIB n=1, E IIIA n=1, E IIIB n=2 y E IV n=1 (Gráfico 4).

Gráfico 5. Distribución de pacientes según pTNM**Gráfico 6.** Estudios complementarios solicitados

De las 3 pacientes que no presentaban tumor clínicamente palpable (Estadio 0), 1 fue recategorizada como Estadio IIB según pTNM (Gráfico 5).

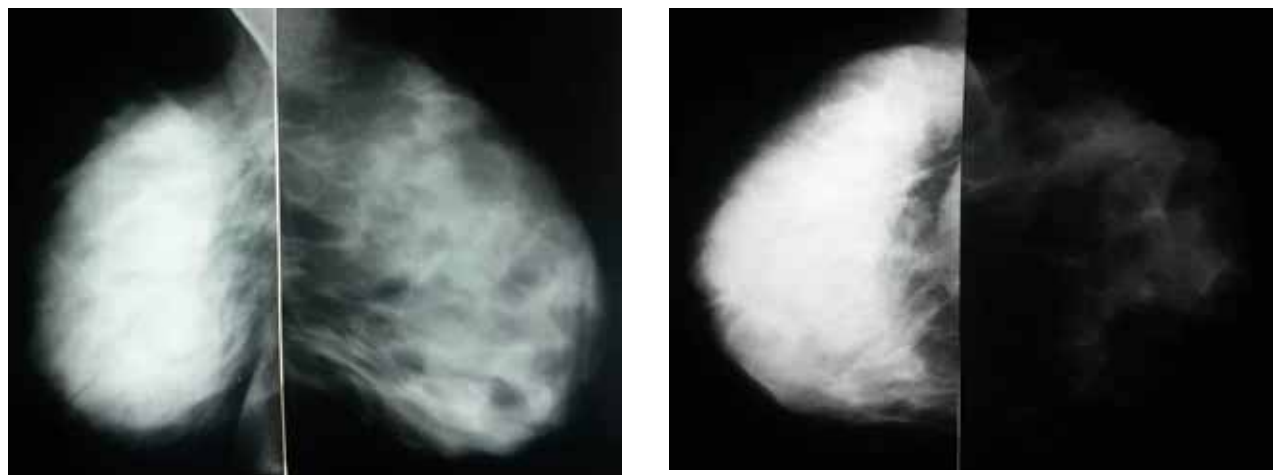
Los estudios por imágenes que se les realizaron a las 9 pacientes de nuestro grupo de estudio son los

que se muestran en el Gráfico 6.

El motivo de realizar a una sola paciente resonancia mamaria fue evaluar multicentricidad y extensión tumoral para abordaje quirúrgico adecuado.

Tabla I. Hallazgos mamográficos y ecográficos

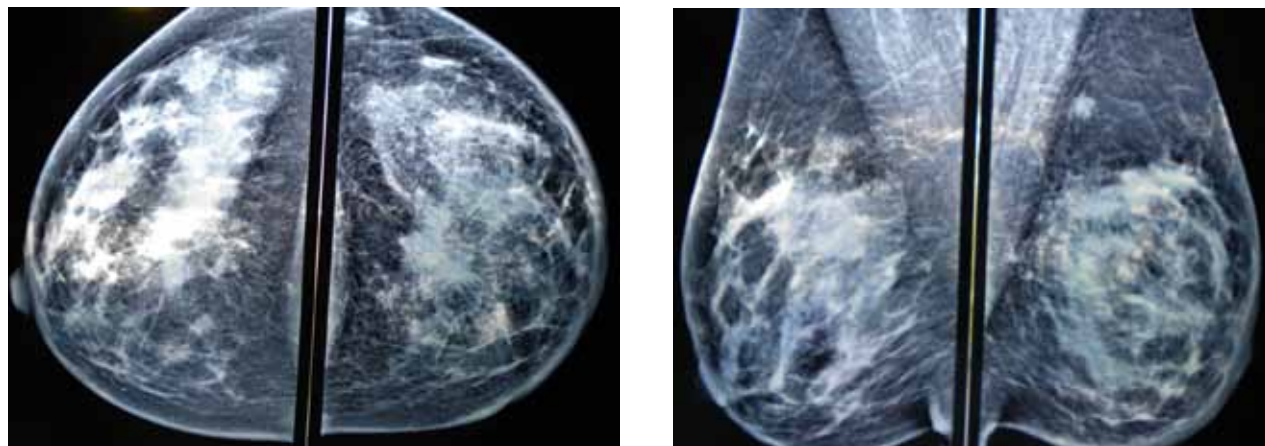
Hallazgos Mamográficos	n= número de pacientes
Parénquima fibroglandular heterogéneamente denso	4
Microcalcificaciones ligeramente heterogéneas e irregulares	2
Densificación asimétrica de bordes espiculados con microcalcificaciones irregulares agrupadas sospechosas	1
Hallazgos Ecográficos	
Mama normal	1
Nódulos hipoeoicos de bordes netos	1
Parénquima fibroglandular con hipoecogenicidad difusa heterogénea:	
• Con conductos dilatados	2
• Sin conductos dilatados	4
Imagen sólida heterogénea de contornos irregulares, que no llega a constituir un nódulo, con áreas líquidas en su interior	1

Figura 1A - 1B. Mamografía BIRADS 0

Las pacientes con Cáncer de mama asociado al embarazo presentaron los hallazgos mamográficos y ecográficos que se reseñan en la Tabla I.

En lo que se refiere a los hallazgos mamográ-

ficos, se observó que 4 de las 7 pacientes presentaron un parénquima mamario heterogéneamente denso, siendo categorizado como BIRADS0 (Figura 1A - 1B).

Figura 2A - 2B. Mamografía BIRADS V**Figura 3A - 3B.** Ecografía BIRADS V

Del resto de las pacientes en estudio, 2 de ellas presentaron microcalcificaciones BIRADS IV y 1 densificación asimétrica de bordes espiculados con microcalcificaciones irregulares agrupadas BIRADS V (Figura 2A - 2B).

Cuando realizamos la correlación ecográfica, esta última paciente con densificación asimétrica categorizada BIRADS V en la mamografía presentó una imagen ecográfica sólida, heterogénea, de con-

tornos irregulares, con áreas líquidas en su interior (Figura 3A - 3B).

Las 8 pacientes restantes no presentaron imágenes ecográficas de sospecha de proceso neoplásico.

En nuestra serie, los tipos histológicos hallados fueron 6 carcinomas ductales infiltrantes, 1 carcinoma lobulillar infiltrante, 1 carcinoma ductal *in situ* y 1 carcinoma ductal microinvasor.

Tabla II. Correlación clínica, imagenológica y patológica

Caso	E o P	Motivo Consulta	Examen Mamario	Tamaño tumoral (cm)	Mx-Br	Eco-Br	Anatomía Patológica
I	E	Control	LMNP	0	IV	0	Ductal infiltrante
II	E	Control	Telorragia	0	-	I	CDIS
III	E	Telorragia	Tumor + Telorragia	5	-	0	Ductal infiltrante + CDIS extenso
IV	P	Control	Tumor	2,5	0	0	Ductal infiltrante
V	P	Tumor	Tumor	8	0	III	Lobulillar infiltrante
VI	P	Telorragia	Telorragia + LMNP	0	IV	0	CDIS + foco microinvasor
VII	P	Tumor	Tumor	7	V	V	Ductal infiltrante
VIII	P	Tumor	Tumor	8	0	0	Ductal infiltrante
IX	P	Tumor	Tumor	4	0	0	Ductal infiltrante

E o P: embarazo o puerperio; LMNP: lesión mamaria no palpable; Mx-Br: Birads mamográfico; Eco-Br: Birads Ecográfico.

Sobre la base de los datos de nuestras pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama asociado al embarazo, establecimos la correlación clínica, imagenológica y patológica que puede observarse en la Tabla II.

DISCUSIÓN

La incidencia reportada de Cáncer de mama asociado al embarazo es de entre el 0,2 y el 3,8 % del total de los cánceres de mama.⁽⁴⁾ En nuestra población, la incidencia fue de 5,92% del total de las pacientes operadas por cáncer de mama, es decir, superior a la informada en la bibliografía.

Esta entidad se diagnostica con más frecuencia que en el pasado y se espera que sea aún más

común, ya que las mujeres retrasan la maternidad hacia los 30 y 40 años, momento en el que la tasa de cáncer de mama tiende a incrementarse.⁽⁷⁾

Al realizar la revisión de diferentes series, las pacientes presentaban como edad promedio entre 30 y 36 años; en nuestro grupo de pacientes la edad media fue de 35,3 años.^(2,8,9)

Las causas en la demora del diagnóstico de esta patología durante el embarazo pueden deberse a la dificultad de la paciente en reconocer la presencia de una masa mamaria y a la tendencia del médico a excluir la posibilidad de una enfermedad maligna.⁽²⁾

Varios estudios han demostrado que existe un intervalo de 2 a 15 meses entre el reconocimiento inicial de una masa mamaria y la confirmación histológica del cáncer;⁽²⁾ en nuestra población la demora en la consulta fue de 10 semanas. Debido a

este retraso, los cánceres se detectan generalmente en un estadio más avanzado que en la población no embarazada de igual grupo etario.

En relación con los antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado, encontramos una asociación del 22,2%, similar a la serie presentada por Yoshida y col. del Hospital Fernández,⁽⁵⁾ mientras que las publicaciones de Gentilini⁽⁸⁾ y Liberman⁽⁹⁾ presentaron una asociación de 15,8% y 10%, respectivamente.

En la población embarazada o lactante, la presentación más frecuente es un nódulo indoloro, detectado por la propia paciente, coincidiendo esto con el motivo de consulta más habitual detectado en nuestras pacientes.^(4,10,11) La segunda forma clínica en frecuencia es la aparición de telorragia, coincidiendo con las diferentes series revisadas.^(8,10)

Cerca del 70% de los tumores pueden ser considerados localmente avanzados, teniendo en cuenta su tamaño tumoral al momento del diagnóstico,⁽⁶⁾ dato similar al de nuestra casuística.

Debido a la edad en la que se presentan estos tumores, en pacientes fuera de los programas de detección precoz, y a la poca utilidad de la mamografía en este rango de edad, es excepcional la detección de formas clínicas no palpables.⁽¹¹⁾ En nuestra población hubo un solo caso que concurre por control.

La afectación metastásica de los ganglios axilares suele ir asociada al tamaño tumoral mamario como factor fundamental, aunque probablemente no único. Middleton ofrece una tasa de afectación axilar del 54% al momento del diagnóstico, similar a lo observado en nuestra serie, mientras que en el estudio del Anderson Cancer Center, el 79% de las pacientes presentaron axila positiva, clínica y patológica.⁽⁶⁾

Se recomienda el examen mamario rutinario en la consulta prenatal y en la primera visita obstétrica; esto es de gran importancia, ya que luego el examen físico se dificulta por los cambios fisiológicos de la mama durante el desarrollo del embarazo.⁽⁶⁾

La mamografía y la ecografía mamaria de *scree-*

ning rutinario no están indicadas en pacientes embarazadas asintomáticas.⁽⁴⁾

Se ha cuestionado la utilidad de la mamografía en pacientes menores de 40 años –grupo de edad más común de pacientes embarazadas o lactantes– debido al parénquima mamario denso.⁽⁴⁾ Los cambios fisiológicos asociados a la densidad mamaria aumentada en estas pacientes reducen aún más la sensibilidad de la mamografía.⁽²⁾ Distintas publicaciones describen las imágenes mamográficas de la paciente embarazada o lactante mostrando una glándula mamaria densa, heterogénea y nodular, con un marcado incremento del patrón glandular y disminución del tejido graso,^(3,4,11) coincidiendo estos hallazgos con lo observado en nuestra población, donde 4 de las 7 pacientes que realizaron mamografía fueron categorizadas BIRADS 0.

Liberman y col. reportaron una sensibilidad mamográfica del 78 % en el cáncer de mama asociado al embarazo clínicamente evidente.⁽⁹⁾ Otros autores, como Ishida y Samuels, revelaron una sensibilidad mamográfica del 68% y 62% respectivamente, en dichas pacientes.⁽¹²⁾ En nuestra población, 3 de las 7 pacientes con cáncer de mama presentaron hallazgos mamográficos sospechosos de malignidad, una proporción menor que lo reportado por las distintas publicaciones.

La mayoría de los tumores suelen aparecer con cambios sutiles de distorsión parenquimatosa o de asimetría de densidad radiológica, resaltando la utilidad del estudio ecográfico.⁽³⁾

La ecografía mamaria es un método de diagnóstico útil para la evaluación no invasiva de la mama durante el embarazo y la lactancia, sin exposición a la radiación, permitiendo un examen específico del área mamaria de interés, con una alta sensibilidad cercana al 100%.^(2,3,11)

Durante el embarazo y la lactancia, la ecografía mamaria se caracteriza por presentar hipoecogenicidad difusa no homogénea debido a la hiperplasia lobular y a la dilatación ductal,⁽⁸⁾ este fue el

hallazgo predominante en nuestras pacientes categorizadas BIRADS 0 según el Colegio Americano de Radiología.

La degeneración necrótica o quística dentro de los carcinomas puede producir componentes anecoicos con refuerzo posterior,⁽¹¹⁾ observándose esta imagen ecográfica característica en una paciente de nuestro grupo de estudio categorizada BIRADS V. Se podría sugerir que dichos resultados reflejan la naturaleza agresiva de estos tumores, por la estimulación hormonal asociada con el embarazo que lleva al crecimiento vascular con necrosis, evidenciando en la ecografía una imagen de aspecto quístico con realce acústico posterior.⁽¹¹⁾

Si bien en nuestro grupo de estudio solamente se le solicitó la RMN mamaria a una paciente puérpera, para evaluar extensión y multicentricidad de la enfermedad, este método de imágenes es útil durante el embarazo y la lactancia, ya que no utiliza radiaciones ionizantes.⁽¹³⁾

El espectro histopatológico de los tumores mamarios encontrados durante el embarazo es similar al de las pacientes no embarazadas.⁽²⁾

Según las distintas revisiones bibliográficas y acorde con los resultados de nuestras pacientes, la variedad histológica más frecuente hallada fue el carcinoma ductal invasor.⁽⁶⁾

CONCLUSIONES

Los cambios fisiológicos asociados con el embarazo y la lactancia, junto con la ausencia de programas de *screening* a edades tempranas y durante el embarazo, hacen que la detección y la evaluación de tumores mamarios sean complejas.

En nuestra población, la incidencia de Cáncer de mama asociado al embarazo fue del 5,92%, mayor que la referida por diferentes publicaciones. Esto lo atribuimos al trabajo transdisciplinario en nuestro centro, que implementa el examen mamario rutinario de todas las pacientes embarazadas en el primer trimestre del embarazo derivadas por el

obstetra, observándose un aumento de los casos diagnosticados en los últimos tres años.

No es sencillo establecer un protocolo único para el manejo de estas pacientes, pero es imprescindible trabajar con un equipo multidisciplinario.

En nuestra población, constatamos una discordancia entre la clínica y las imágenes en 6 de 9 pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama asociado al embarazo: presentaban al examen mamario tumor palpable o telorragia, y ni en la ecografía ni en la mamografía se observaban imágenes de sospecha.

Por lo tanto, se recomienda el examen mamario rutinario en la consulta prenatal y en la primera visita obstétrica y, ante cualquier anomalía en el mismo, la derivación al mastólogo.

La realización de la mamografía no está contraindicada durante el embarazo cuando existe verdadera indicación, y es fundamental el estudio ecográfico frente a alguna anomalía en el examen mamario. El conocimiento de los patrones ecográficos característicos del embarazo y la lactancia, en conjunto con la clínica, nos ayudan al abordaje de un correcto diagnóstico.

El Cáncer de mama durante el embarazo y la lactancia presenta un perfil biológico más desfavorable, que se debe, más que a la propia gestación, a factores de variada naturaleza, como edad de la mujer, retraso en el diagnóstico, tamaño tumoral, compromiso ganglionar axilar, que, asociados a los cambios fisiológicos del embarazo y la lactancia, pueden enmascarar esta patología contribuyendo, en consecuencia, a un peor pronóstico.

REFERENCIAS

1. Sierra García A, Piñero Madrona A, Illana Moreno J. Cirugía de la Mama. Guías clínicas de la asociación española de cirujanos. Ed Aran, 2006, p. 286.

2. Bland K, Copeland E. La Mama: manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas. 3rd ed. Buenos Aires. Panamericana, 2007, p. 1558.
3. Sarquis F. Evaluación ecográfica de pacientes embarazadas y en período de lactancia: mi experiencia y revisión de la literatura. *Rev Arg de Mastol* 2009; 28(101): 335-346.
4. Hogge JP, Shaw de Paredes E, Magnant CM, Lage J. Imaging and management of breast masses during pregnancy and lactation. *Breast J* 1999; 5: 272-283.
5. Yoshida M, Buffa R, Conde I, Allemand D, Núñez de Pierro A. Características Clínico-Patológicas del Cáncer de mama y Embarazo. Estudio Retrospectivo de caso control. Experiencia del servicio de Patología Mamaria del Hospital J.A. Fernández, CABA. *Rev Arg de Mastol* 2013; 32(116): 287-302.
6. Bensadon M. Cáncer de mama asociado al embarazo. *Rev Arg de Mastol* 2009; 28(99): 152-162.
7. Son EJ, Oh KK, Kim EK. Pregnancy-associated breast disease: radiologic features and diagnostic dilemmas. *Yonsei Med J* 2006; 47: 34-42.
8. Gentilini O, Masullo M, Rotmensz N *et al.* Breast Cancer diagnosed during pregnancy and lactation: Biological features and treatment options. *EJSO* 2005; 31: 232-236.
9. Liberman L, Giess CS, Dershaw DD, Deutch BM, Petrek JA. Imaging of pregnancy-associated breast cancer. *Radiology* 1994; 191: 245-248.
10. Ahn BY, Kim HH, Moon WK *et al.* Pregnancy and lactation associated Breast cancer: mammographic and sonographic findings. *J Ultrasound Md* 2003; 22: 491-497.
11. García Manero M, López García G, Pina Insausti L, Lizarraga S. Cáncer de mama durante el embarazo. *Rev Med Univ Navarra* 2008; 52 (1): 18-24.
12. Woo JC, Yu T, Humd TC. Breast cancer in pregnancy: a literature review. *Arch Surg* 2003; 138: 91-98.
13. Berry DL, Theriault RI. Management of breast cancer during pregnancy using a standardized protocol. *J Clin Oncol* 1999; 17: 855.

DEBATE

Dr. Jorge Martín: Lo que quería recalcar es lo que se remarcó al final del trabajo. Yo hice cinco mil partos en mi vida, aunque ahora hace mucho que no hago; y veo que muchos obstetras no le realizan el examen mamario a la paciente, especialmente en el primer trimestre, cuando la mama no tiene los cambios fisiológicos que dificultan después el examen. Y ese control puede hacer que muchos cánceres de mama se diagnostiquen antes del puerperio, como se hizo con 6 de los 9 detectados en el estudio.

Dra. Santiso: Se diagnosticaron 3 en el embarazo y 6 en el puerperio.

Dr. Jorge Martín: A lo mejor, todas las que se diagnosticaron en el puerperio no tenían examen durante el embarazo. No se necesita revisar todas las veces, porque a una paciente común el examen mamario se le hace una vez por año; entonces, no es necesario revisarla cada mes o cada quince días. Pero en el primer trimestre es fundamental. Esa es la clave para encontrar cáncer de mama en el embarazo en estadios más precoces, similares a los de la población general, a pesar de los cambios fisiológicos o lo que sea que pudiera hacer un poco distinta a la biología. Por lo tanto, el examen en el primer trimestre es fundamental, y los obstetras no lo hacen a todas sus pacientes.

Dr. Novelli: Discúlpeme, pero, como nunca hice obstetricia, ¿a qué llaman puerperio?

Dra. Santiso: En realidad, puerperio por embarazo son los 45 días después del parto, pero, en cáncer de mama y embarazo, abarca hasta el primer año después del parto.

Dr. Novelli: Entonces, estamos confundidos en terminología, porque lo que decía Jorge Martín recién y que usted corroboró, doctora, es que los 6 carcinomas se diagnosticaron durante el puerperio.

Dra. Santiso: Durante el primer año después del parto.

Dr. Novelli: Entonces, no es el puerperio. Porque me llamó la atención que un carcinoma lo diagnosticaron por microcalcificaciones.

Dra. Santiso: No, la paciente que se diagnosticó por microcalcificaciones era una embarazada que, en realidad, tiene 43 años. La paciente buscó embarazos durante muchos años con tratamientos de fertilidad, y, en un control en el que llevó unas mamografías con microcalcificaciones, estaba embarazada de 9 semanas.

Dr. Novelli: Entonces, eso es antes del embarazo.

Dra. Santiso: No, las microcalcificaciones fueron diagnosticadas en el primer trimestre.

Dr. Novelli: ¿Y le pidieron una mamografía?

Dra. Santiso: En realidad trajo el test de embarazo posterior a esa mamografía.

Dr. Elizalde: Está confuso, Dra. Calissano, por favor.

Dra. Calissano: La primera paciente fue puérpera, porque la resonancia fue de la paciente P y P vino en el puerperio con 15 días, y el diagnóstico presuntivo fue una mastitis puerperal. La segunda fue NL, una chica de 33 años que también vino a la consulta pensando que en la lactancia se le había retraído la mama. Así que también fue puérpera. Fue considerada una mastitis puerperal. La paciente que vino a la consulta por control, RQ, de 40 años, había estado sometida a tratamientos por esterilidad; su ginecólogo le había pedido una mamografía de rutina y te-

nía microcalcificaciones. Cuando vino a la consulta y se iba a planear la biopsia radioquirúrgica, tenía un atraso. Se hizo el análisis de embarazo y estaba de 8 semanas. Se sometió a un comité de tumores. La paciente no quería tomar ninguna conducta. Se hizo una radioquirúrgica y se diagnosticó carcinoma *in situ*, solo con la cuadrantectomía. Cursó hasta la semana más o menos veintipico, y se esperó para tomar la conducta al final del embarazo. La paciente priorizó el embarazo sobre la conducta quirúrgica. Así que todas fueron cáncer de mama y embarazo y puerperio. La doctora definió hasta un año, pero todas fueron diagnosticadas en el puerperio, y coincidió con el Dr. Martín en cuanto a lo que decía de los obstetras en general. Nosotros trabajamos en un centro donde obstetricia es obstetricia, y patología mamaria está instalada hace seis años; están acostumbrándose a derivarnos a todas las pacientes al control. Como buen trabajo de gota a gota, el primer trimestre es el mejor; por eso seguimos publicando más o menos cada diez años este tipo de trabajo.

Dr. Jorge Martín: La definición de cáncer de mama y embarazo es: cáncer diagnosticado durante el embarazo o hasta un año después del parto haya o no lactancia.

Dr. Elizalde: ¿Puedo hacer alguna observación? Dos cosas. La primera, te pido que no digas nombre y apellido de las pacientes porque nos compromete. Hay una ley del derecho del paciente que establece que no podemos dar ningún nombre y apellido, ni siquiera mostrar sus rostros. Es más, debíamos tener autorización hasta para mostrar el caso. La segunda cosa que quiero decirte es: si tenés las microcalcificaciones antes del embarazo, el cáncer lo tenés antes del embarazo. Que vos hagas el diagnóstico durante el embarazo no quiere decir que el cáncer no lo tengas antes. Las microcalcificaciones fueron diagnosticadas en una mamografía previa. Eso no es cáncer y embarazo. Es un cáncer que se

embarazó. Ahora, si vos me decís que es una mujer embarazada que durante el primer año desarrolla un cáncer, eso es cáncer y embarazo. Pero alguien que lo tiene de antes, no. Eso es mujer con cáncer que se embaraza; esa es la realidad. Y, en cuanto a la última diapositiva, me permito hacerte una corrección: no son conclusiones. Vos ponés “Cáncer de mama asociado al embarazo. Dificultades diagnósticas”, y hacés un *racconto* de las situaciones, edad, etc. Pero eso no es una conclusión del trabajo. El trabajo debe concluir cuál es la dificultad que tuvieron. La conclusión está vinculada a la hipótesis. Y en este caso no lo está; es un *racconto*. Y por último, el 5,2 que tienen alto, yo consideraría que, la verdad, con esa *n* no pueden decir nada. No pueden decir que es multidisciplinaria la causa por tener un 5,2 por arriba de la media de todo el mundo. Si me dijeras que tenés 200 casos, te digo “sí, están arriba de la media, está sucediendo un fenómeno diferente”.

Dr. Lebrón: ¿Menciona en las conclusiones que se puede hacer la mamografía mientras la paciente está embarazada?

Dra. Santiso: Con protección abdominal, si requiere una verdadera indicación, se puede hacer la mamografía.

Dr. Lebrón: Sí, pero lo que te va a costar es que la paciente haga la mamografía. Porque, generalmente, si vos indicás una mamografía a una embarazada –nosotros no la indicamos–, es difícilísimo que la paciente se la haga, porque conoce los riesgos de la radiación mientras está embarazada. Eso por un lado. Después, me interesaría saber, con respecto al Estadio IV: ¿cómo llegó esa paciente, embarazada o en puerperio?

Dra. Santiso: Es una paciente puerpera que consultó porque tenía un tumor en la mama de aproximadamente 3 cm. Se le hizo una punción Core biopsy y estudios de rastreo que dieron un Estadio IV por centellograma positivo de metástasis óseas.

Actualmente, la paciente está viva. Eso fue hace dos años, aproximadamente.

Dr. Lebrón: ¿Recordás cuántos meses después del parto apareció la metástasis ósea?

Dra. Santiso: Sí, al mes del parto.

Dr. Lebrón: Entonces, ya tenía la metástasis ósea. A ustedes se la mandan de obstetricia pero...

Dra. Santiso: Por eso insistimos en recalcar la importancia del examen mamario a todas las pacientes, sobre todo en la consulta prenatal y, si no, en la primera visita obstétrica, para poder diagnosticar tumores en estadios no avanzados, como la mayor parte de las embarazadas presentes.

Dr. Lebrón: ¿Y anda bien esta paciente?

Dra. Santiso: Sí, está bien.

Dr. Elizalde: Una última observación. Acá los muchachos jóvenes no preguntan. [Se dirige al auditorio:] ¿Es que les llega a ustedes la información de los trabajos que van a ser leídos en las sesiones?

Público: No, no, no.

Dr. Elizalde: ¿No les llegan los títulos? Porque me llama mucho la atención. Chicos, este es el foro para aprender: si acá no nos equivocamos, si acá no decimos una barbaridad, ¿dónde lo vamos a hacer? Cuando nos preparamos para venir acá, no venimos para aprender por ósmosis; venimos a aprender para discutir, disentir. No quiero hablar de mi época, pero sabíamos lo que se iba a leer y nos preparábamos leyendo el trabajo para participar. Les pido que participen. Si no llegan los trabajos, que lleguen, porque quiero que la gente joven pregunte; porque si ellos no tienen dudas, quiere decir que está mal. No puede ser que alguien que se esté iniciando en la carrera no tenga dudas. No puede ser que no tengan opinión en algunos de los temas. Si esto es así, estamos educándolos mal. Queremos que pregunten, participen, no se sientan inhibidos por nuestras edades. Todos tienen que recibir el programa de lo que se va a leer. Y la verdad es que es

una obligación, hasta moral si se quiere, leer sobre el trabajo..."Cáncer y Embarazo", agarrar el libro y a ver, cáncer y embarazo, repaso a ver si lo que me van a contar es cierto o no, si me están mintiendo o no.

Dr. Cassab: Hay treinta y cinco participantes en este momento y me pregunta una chica, Gabriela Cimato, ¿de qué tipos moleculares fueron los carcinomas que encontraron?

Dra. Santiso: Si bien esa no fue una variable en el estudio que hicimos, de las nueve pacientes, cuatro fueron HER+, una triple negativa y el resto Luminal. Las pacientes HER+ fueron dos pacientes Estadio III que actualmente fallecieron, una era Estadio IV y la cuarta es la paciente que tiene actualmente 23 años y está con una metástasis ósea.

Dr. Cassab: Gracias.

Dra. Calissano: Nosotros presentamos estos cánceres cada 20 años, y seguimos viendo que hay cánceres de mama y embarazo y que no modificamos la incidencia. Por eso es provocativo presentarlo. La paciente que vino con un Estadio IV tenía mamografía previa al embarazo, una ecografía durante el embarazo y consultó por una mastitis puerperal. Fue considerada un BIRADS 0. Era joven, una joven de 35 años, y cuando vino con esa imagen de mastitis y le hicimos la punción nos encontramos el carcinoma, lo que fue todo un revuelo. Mientras la

estábamos preparando para la cirugía con dolores que atribuía a la lactancia, le pedimos el centellograma óseo. Fue un HER fuertemente positivo. Es muy chiquita la muestra para mostrarlo. La otra paciente que tiene mucho valor es la de 23 años, a la que nadie le pidió más que ecografías, y el derrame sanguíneo fue atribuido a la lactancia o a la mama traumatizada por la lactancia. Esta chica es otro HER+ que tiene metástasis óseas en la actualidad, a dos años. Ella sí estaba embarazada y tenía una ecografía negativa. Queda a discutir lo de cáncer de mama y embarazo.

Dr. Elizalde: La Dra. Calissano dijo "no vamos a modificar la incidencia". Lo único que podemos modificar es la prevalencia, pero no la incidencia; es imposible, porque tenemos que trabajar sobre la etiología.

Dra. Calissano: Prevención primordial.

Dr. Elizalde: Pero es la etiología. La incidencia no se modifica.

Dra. Calissano: Prevención primordial. Por eso tenemos que seguir discutiendo esto y seguir tratando que revisen los obstetras y que deriven al mastólogo. Esto es una discusión viejísima, que deriven a las pacientes y que las controlen en el primer trimestre. El doctor lo dijo: aprendamos a conocer la mama sana.