



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/279.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN ORAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Después del cáncer de mama asociado al embarazo: embarazos posteriores y lactancia materna**

Autores Irene Domínguez García, Francisco Javier Pérez Rivera, María Dolores Pérez Sánchez

Centro/institución Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de León.

Ciudad/país León, España

Dirección e-mail itrapiello@gmail.com

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El cáncer de mama asociado al embarazo (CMAE) se define como aquel diagnosticado durante el periodo de gestación o el primer año posterior a la resolución del embarazo¹⁻⁸; aunque hay autores que lo amplían hasta un segundo año postparto⁹, un quinto^{10,11}, o toda la duración de la lactancia materna (LM) sea cual sea¹².

El cáncer de mama (CM) es una patología poco diagnosticada durante el embarazo, aunque durante los últimos años su incidencia se está viendo aumentada debido fundamentalmente al retraso de la primera gestación hasta más de 30 años (coincidiendo con la edad pico del tumor mamario)^{9,13}.

Es considerada por la mayoría como la primera neoplasia asociada al embarazo, afectando a una de cada 3.000 mujeres embarazadas^{10,12,14-16}.

Una de sus características es el peor pronóstico que se le asocia, no por el cáncer en sí mismo sino por el retraso en el diagnóstico debido a los cambios fisiológicos que ocurren en las mamas de la mujer durante la gestación^{8,13}.

El tratamiento de esta patología debe de ser lo más semejante posible al de una mujer no embarazada en el mismo estadio, aunque dependiendo de la edad gestacional se preferirá uno u otro (mastectomía, cirugía conservadora + radioterapia, radioterapia, quimioterapia, terapia endocrina)¹⁴.

Cuando a una mujer embarazada o lactante se le diagnostica CMAE se le plantean muchas dudas. No saben si deben interrumpir el embarazo, si las células neoplásicas podrán afectar al feto, si deben iniciar/continuar la LM, si podrán tener más hijos, etcétera.

Con esta revisión se pretende abordar los puntos más relevantes de estos aspectos y la educación sanitaria que necesitan estas mujeres para poder evitar la incertidumbre que rodea esta situación.

Objetivos

Recopilar la evidencia científica existente sobre el CMAE.

- Abordar las dudas más importantes que muestran las pacientes con esta patología.
- Estudiar los resultados de las recomendaciones sobre la lactancia materna tras el CMAE.
- Describir los datos encontrados sobre los embarazos posteriores al CM y su implicación en el pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica utilizamos las siguientes bases de datos: PubMed-NCBI, Lilacs, WebOfKnowledge (WOK), Cuiden y Scielo.

Se seleccionaron 17 de los 140 artículos encontrados según los criterios de inclusión: artículos que abordaran la LM y embarazos posteriores al diagnóstico/tratamiento del CM, publicados en inglés o castellano, en los últimos 15 años, priorizando las revisiones bibliográficas.

Para completar la revisión, se hizo una búsqueda en el JCR de artículos de años anteriores pero de alto impacto; artículos y revisiones sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico del CMAE; Google Académico; las páginas web de la Asociación Española Contra el Cáncer y el Portal de salud e la Junta de Castilla y León; así como libros y monografías encontrados en la biblioteca de la Universidad de León.

Resultados

Lactancia materna después del CM/CMAE

Las mujeres que han superado un CM/CMAE refieren las siguientes preocupaciones¹⁷⁻²¹:

- Inseguridad sobre si podrán dar LM
- Existencia de problemas por utilizar sólo un pecho
- Posibilidad de no tener suficiente leche
- Recurrencias debidas a la LM.

Según los estudios analizados, la mayor parte de la literatura concluye que la LM en estas situaciones es factible y segura, pero se hace patente la importancia de un adecuado apoyo y educación para su éxito^{17,20,22}.

Además, diversos autores enuncian beneficios específicos de la LM en el CM/CMAE, como son la disminución de recidivas y el mejor pronóstico asociado a las pacientes que consiguen dar de mamar a sus hijos^{18,23}.

Embarazo después del CM/CMAE

Son muchos los motivos los que llevan a posponer la primera gestación hasta los 30 o más años. Por este retraso, muchas de las mujeres diagnosticadas con CM/CMAE no han completado la familia²⁴⁻²⁶. Muchas de ellas se preguntan si será seguro tener hijos después del tratamiento y, de serlo, si podrán; tienen miedo a dejar al niño sin madre, a

la recurrencia del cáncer, a los problemas de fertilidad o a la afectación psicológica del cambio en la imagen corporal²⁴.

El primer factor a analizar es la fertilidad, que estará afectada de manera temporal en las mujeres menores de 40 años receptoras de quimioterapia²⁷, existiendo medidas de preservación de la fertilidad como son los análogos de la GnRH o la crioconservación tanto de embriones como de oocitos²⁸⁻³⁰.

Otro aspecto que se tendrá en cuenta es el intervalo de tiempo que debe pasar entre el fin del tratamiento y el nuevo embarazo que, según la mayor parte de los autores, no será menor a 2 años, ya que es en este periodo en el que el riesgo de recidivas es más alto^{10,25,29-31}.

Según la bibliografía analizada, se puede hablar de un mejor pronóstico en las mujeres que tienen más embarazos tras el CM/CMAE^{5,25,26,30,31}. Existen diversas teorías para explicar dicha mejoría:

- “Efecto de la madre sana”:,según la cual solo las mujeres que se sienten lo suficientemente bien y sin recurrencias intentan quedarse embarazadas^{25,30-31};
- “Teoría del antígeno fetal”, que sostiene que las células fetales y las del CM tienen los mismos antígenos. De esta forma , la respuesta inmunitaria de la madre frente a las células fetales también actuaría contra las células cancerígenas latentes^{25,31};
- “Embarazo como tratamiento endocrino”, que dice que la combinación de altos niveles de estrógenos, progesterona y gonadotropina coriónica son capaces de inducir apoptosis en el CM de base hormonal³⁰.

Conclusiones

Generalmente, a las mujeres diagnosticadas con CMAE les surgen dudas sobre el efecto del embarazo sobre su enfermedad, la afectación del feto por los métodos diagnósticos y terapéuticos, así como la posibilidad y seguridad de la LM o si podrán tener más embarazos en un futuro.

Dada la factibilidad de la LM tras esta enfermedad y los beneficios que se le asocian, debemos apoyar y aconsejar adecuadamente a las pacientes que deseen y puedan dar de mamar a sus hijos, comentando los posibles problemas que pueden encontrar en el proceso para poder abordarlos sin situaciones de estrés.

En los casos en que, debido a las pruebas o tratamientos, deba suspenderse la LM y no sean capaces de retomarla al finalizar, la mujer necesitará también un gran soporte, por la suma del duelo por la enfermedad y el duelo por no poder amamantar a su hijo.

En cuanto a los embarazos subsiguientes al CM/CMAE tratado, los resultados obtenidos en esta revisión conducen a animar a las mujeres que quieran aumentar/completar la familia.

Esperando un promedio de 2 años tras la finalización del tratamiento para evitar la aparición de recidivas (más frecuentes en este periodo), el embarazo mejora el pronóstico de estas mujeres, aunque no se ha concretado el motivo. En los casos de estadios avanzados o afectación metastásica, no estaría recomendada una gestación por la necesidad de terapias más agresivas y el peor pronóstico asociado a estas situaciones.

En conclusión, las mujeres que han superado el CM/CMAE y deseen amamantar a sus hijos deben ser apoyadas y animadas para favorecer el éxito de la LM. Del mismo modo, aquellas pacientes que deseen aumentar su familia podrán ser aconsejadas, reduciendo sus miedos e inseguridades ya que la literatura sostiene el mejor pronóstico de las mujeres que tienen uno o más hijos tras el tratamiento del CM/CMAE.

Bibliografía

1. Amant F, Loibl S, Neven P, Van Calsteren K. Breast cancer in pregnancy. Multidisciplinary Breast Cancer Center, Leuven Cancer Institute, Katholieke Universiteit Leuven, Belgium. *Lancet*. 2012 Feb 11;379(9815):570-9.
2. Guidroz JA, Scott-Conner CE, Weigel RJ. Department of Surgery, University of Iowa, Iowa City, Iowa 52242, USA. Management of pregnant women with breast cancer. *Surg Oncol*. 2011 Mar 15; 103(4):337-40. doi: 10.1002/jso.21673.
3. Azim HA Jr, Del Mastro L, Scarfone G, Peccatori FA. Department of Medical Oncology, Jules Bordet Institute, Brussels, Belgium. Treatment of breast cancer during pregnancy: regimen selection, pregnancy monitoring and more.... *Breast*. 2011 Feb; 20(1):1-6. Epub. 2010 Dec 15.
4. Rovera F, Frattini F, Coglitore A, Marelli M, Rausei S, Dionigi G, et al. Department of Surgical Sciences, University of Insubria, Varese, Italy. Breast cancer in pregnancy. *Breast J*. 2010 Sep-Oct; 16 Suppl 1:S22-5. doi: 10.1111/j.1524-4741.2010.00998.x.
5. Sánchez Martínez MC, Ruiz Simón A. Gynecology Service, Breast Pathology Unit, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Carretera de Colmenar Viejo KM 9,100, 28034 Madrid, Spain. Breast cancer during pregnancy. *Breast Cancer Res Treat*. 2010 Sep; 123 Suppl 1:55-8. Epub 2010 Aug 17.
6. Gallegos-Hernández JF. Abordaje diagnóstico-terapéutico del cáncer de mama asociado con embarazo: actualización 2010/ Diagnostic-therapeutic approach to breast cancer associated with pregnancy: update 2010. *Cir Cir*. mayo-jun. 2010; 78(3): 273-282.
7. Cabero Roura L, Saldivar Rodríguez D, Cabrillo E. *Obstetricia y Medicina Materno-Fetal*. 1ª ed. Buenos Aires, Madrid: Editorial Panamericana; 2007. Páginas 907-912.
8. Dow KH. Pregnancy and Breast Cancer. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*. 2000; 29(6):634-640.
9. Hou N, Ogundiran T, Ojengbede O, Morhason-Bello I, Zheng Y, Fackenthal J, et al. Risk factors for pregnancy-associated breast cancer: a report from the Nigerian Breast Cancer Study. *Ann Epidemiol* 2013 9;23(9):551-557.
10. Kuerer HM, Cunningham JD, Brower ST, Tartter PI. Breast carcinoma associated with pregnancy and lactation. *Surg Oncol*. 1997; 8;6(2):93-98.
11. Rugo H. Management of breast cancer diagnosed during pregnancy. *Curr Treat Options Oncol*. 2003;4(2):165e73.
12. Keleher AJ, Theriault RL, Gwyn KM, Hunt KK, Stelling CB, Singletary SE, et al. Multidisciplinary management of breast cancer concurrent with pregnancy. *J Am Coll Surg*. 2002; 1;194(1):54-64.

13. Vinatier E, Merlot B, Poncelet E, Collinet P, Vinatier D. Breast cancer during pregnancy. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2009; 11;147(1):9-14.
14. Amant F, Deckers S, Van Calsteren K, Loibl S, Halaska M, Brepoels L, et al. Breast cancer in pregnancy: Recommendations of an international consensus meeting. *Eur J Cancer*. 2010; 12;46(18):3158-3168.
15. Genin A, Lesieur B, Gligorov J, Antoine M, Selleret L, Rouzier R. Pregnancy-associated breast cancers: Do they differ from other breast cancers in young women? *The Breast*. 2012; 8;21(4):550-555.
16. Middleton LP, Amin M, Gwyn K, Theriault R, Sahin A. Breast carcinoma in pregnant women: assessment of clinicopathologic and immunohistochemical features. *Cancer*. 2003; 98:1055–1060.
17. Gorman JR, Usita PM, Madlensky L, Pierce JP. A qualitative investigation of breast cancer survivors' experiences with breastfeeding. *J Cancer Surviv*. 2009; 3:181-191.
18. Wang DY, Hampson S, Kwa HG, Moore JW, Bulbrook RD, Fentiman IS, et al. Serum prolactin levels in women with breast cancer and their relationship to survival. *Eur J Cancer Clin Oncol*. 1986; 22:487e92.
19. Camune B, Gabzdyl E. Breast-feeding after breast cancer in childbearing women. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 2007; 21(3):225–233.
20. Connell S, Patterson C, Newman B. A qualitative analysis of reproductive issues raised by young Australian women with breast cancer. *Health Care for Women International*. 2006; 27(1):94–110.
21. Moran MS, Colasanto JM, Haffty BG, Wilson LD, Lund MW, Higgins SA. Effects of breast-conserving therapy on lactation after pregnancy. *Cancer J*. 2005; 11(5):399–403.
22. Ogg SW, Hudson MM, Randolph ME, Klosky JL. Protective effects of breastfeeding for mothers surviving childhood cancer. *J Cancer Surviv*. 2011; 5:175-181.
23. Nevalainen MT, Xie J, Torhorst J, Bubendorf L, Haas P, Kononen J, et al. Signal transducer and activator of transcription-5 activation and breast cancer prognosis. *J Clin Oncol*. 2004; 22:2053e60.
24. Rippy EE, Karat IF, Kissin MW. Pregnancy after breast cancer: The importance of active counselling and planning. *The Breast*. 2009; 12;18(6):345-350.
25. Azim Jr. HA, Santoro L, Pavlidis N, Gelber S, Kroman N, Azim H, et al. Safety of pregnancy following breast cancer diagnosis: A meta-analysis of 14 studies. *Eur J Cancer*. 2011; 47(1):74-83.
26. Bell RJ, Fradkin P, Parathithasan N, Robinson PJ, Schwarz M, Davis SR. Pregnancy-associated breast cancer and pregnancy following treatment for breast

cancer, in a cohort of women from Victoria, Australia, with a first diagnosis of invasive breast cancer. *The Breast*. 2013; 22(5):980-985.

27. Chabbert-Buffet N, Uzan C, Gligorov J, Delaloge S, Rouzier R, Uzan S. Pregnancy after breast cancer: A need for global patient care, starting before adjuvant therapy. *Surg Oncol*. 2010; 19(1):e47-e55.

28. De Bree E, Makrigiannakis A, Askoxylakis J, Melissas J, Tsiftsis DD. Pregnancy after breast cancer. A comprehensive review. *J Surg Oncol*. 2010; 101(6):534-542.

29. Gelber S, Coates AS, Goldhirsh A, Castiglione-Gertsch M, Marini G, Lindtner J, et al. Effect of pregnancy on overall survival after the diagnosis of early-stage breast cancer. *J Clin Oncol*. 2001; 19:1671-1675.