

Cáncer de mama en el embarazo. Reporte de caso

Breast cancer in pregnancy. Case report

Volumen 43 | N° 1 | Abril 2025

Fecha de recepción: 28/01/2025

Fecha de aprobación: 19/03/2025

Fecha de publicación: 01/14/2025

<https://doi.org/10.18537/RFCM.43.01.09>

Jaramillo Churo, María Eugenia¹; Pazmiño Palacios, Juan Bernardo²; Regalado Méndez, Alexandra Elizabeth³

RESUMEN

Introducción: el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente diagnosticada durante el embarazo. Se debe adecuar las opciones para el diagnóstico y tratamiento integral, garantizando el bienestar materno y fetal.

Caso clínico: mujer de 34 años con antecedente de carcinoma ductal de mama derecha (2018) *HER2* positivo (receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano), tratada con quimioterapia, cirugía y radioterapia, localmente sin recurrencia. En 2023 presentó nódulos en pared de tórax contralateral y abdomen, las biopsias confirman carcinoma ductal, luminal B (segundo primario). Inició tratamiento con quimioterapia en el segundo trimestre de embarazo. A las 30 semanas se realizó cesárea con adecuado bienestar materno y fetal, posteriormente se detectaron metástasis cerebrales que fueron tratadas con radioterapia, al momento se encuentra asintomática.

Conclusiones: el manejo multidisciplinario permitió equilibrar el tratamiento oncológico y la viabilidad del embarazo, logrando un adecuado desenlace materno y neonatal. La quimioterapia administrada durante la gestación fue bien tolerada. A un año de seguimiento, la madre se encuentra en buen estado general y la niña con desarrollo psicomotor adecuado.

Palabras clave: neoplasias de la mama, embarazo, quimioterapia.

Caso
clínico

Clinical
case

Correspondencia:
mariaeugenia.jaramillo@yahoo.es

Dirección:
Challuabamba

Código postal:
010109

Celular:
099 509 7825

Cuenca-Ecuador

Membrete bibliográfico

Jaramillo M, Pazmiño J, Regalado A. Cáncer de mama y embarazo. Reporte de caso. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca, 2025;43(1): 75-80. doi: 10.18537/RFCM.43.01.09

ABSTRACT

Introduction: breast cancer is the most common neoplasia diagnosed during pregnancy. Diagnosis and treatment options must be tailored to ensure maternal and fetal well-being.

Clinical case: a 34-year-old woman with a history of HER2-positive (human epidermal growth factor receptor 2) ductal carcinoma of the right breast (2018) treated with chemotherapy, surgery, and radiotherapy, with no local recurrence. In 2023, the patient presented nodules in the contralateral chest wall and abdomen. Biopsies confirmed luminal B ductal carcinoma (second primary). The chemotherapy began in the second trimester of pregnancy. At 30 weeks, a cesarean section was performed, with satisfactory maternal and fetal well-being. Brain metastases were subsequently treated with radiotherapy. At the moment the patient is asymptomatic.

Conclusion: multidisciplinary management allowed a balanced treatment between the oncologic treatment and pregnancy viability, achieving satisfactory maternal and neonatal outcomes. Chemotherapy administered during pregnancy was well tolerated. At one year of follow-up, the mother is in good general condition, and the child's psychomotor development is adequate.

Keywords: breast neoplasms, pregnancy, drug therapy.

INTRODUCCIÓN

Durante el año 2023, el cáncer de mama fue el tipo de cáncer más común en 157 de 185 países. Se diagnosticaron 2.3 millones de casos y se registraron 670 000 defunciones. Se considera la neoplasia maligna más frecuente en el embarazo, reportando entre 15 - 35 casos por cada 100 000 embarazos¹⁻⁶.

Se debe optar por las mejores estrategias de diagnóstico (ecografía, tomografía simple) de acuerdo a la edad gestacional, enfocado en minimizar los riesgos y maximizar los beneficios tanto para la madre como para el feto, asegurando un equilibrio entre la seguridad materna y el desarrollo fetal. El 25% de las gestantes son diagnosticadas con enfermedad metastásica, contrastando con el 11.6% de no gestantes, el tipo histológico más frecuente el carcinoma ductal invasivo, triple negativo¹⁻⁵.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años, originaria y residente en Cuenca, casada, de condiciones socioeconómicas medias, instrucción superior, de profesión contadora, entre los antecedentes gineco-obstétricos se destaca primera gestación, antecedentes personales carcinoma ductal infiltrante de mama derecha (2018) Estadio IIb, subtipo *HER2* positivo, tratada con doxorubicina + ciclofosfamida + paclitaxel + trastuzumab + mastectomía radical modificada + radioterapia (66Gy) quedando en vigilancia del primero al tercer año cada 3 meses, del cuarto al quinto año cada 6 meses.

En control de agosto 2023 se detectaron varios nódulos localizados en pared de tórax y abdomen, además refirió amenorrea. Exploración física signos vitales estables, lesiones nodulares en mama, región supraclavicular izquierda e hipocondrio derecho, de 1 a 2 cm, móviles, no dolorosos, mama derecha cicatriz de mastectomía, región axilar bilateral sin datos de actividad tumoral, resto de exploración física normal.

Ecografía mamaria y de partes blandas, confirmaron lesiones; hormona gonadotropina coriónica humana fracción B "positivo". Biopsias; carcinoma ductal infiltrante, receptores de estrógeno: 30%, progesterona: negativo, Ki-67: 90% *HER2*: negativo (luminal B). Se consideró como un segundo cáncer de mama, estadio IV.

En la valoración por ginecología-obstetricia, se reporta embarazo de 21.6 semanas por fecha de última menstruación, ecografía obstétrica: peso fetal estimado (PFE) 241g, líquido amniótico normal.

Por las condiciones clínicas del paciente, es evaluada por comité de ética y equipo multidisciplinario, decidiéndose iniciar quimioterapia paliativa. Previo a su inicio, desarrolló abdomen agudo inflamatorio tratado mediante video-laparoscopia con resultado de apendicitis aguda necrótica, obstétricamente estable: PFE 653g, líquido amniótico normal.

Semanas 25.3 de embarazo, se inició quimioterapia (paclitaxel), sin presentar toxicidad aguda. Refirió tos y disnea persistente, se realizó tomografía de tórax simple, evidenciando linfangitis carcinomatosa más derrame pericárdico, por lo que cirugía cardiorácnica realizó pericardiocentesis con resultado de células atípicas.

Semanas 30 de embarazo se realizó cesárea previa maduración con corticoide, por distocia de presentación, frecuencia cardíaca fetal 150 latidos por minuto. Se obtuvo recién nacido vivo, femenino, APGAR adecuado, Peso 1 560g, talla 39 cm, referido a servicio de neonatología.

Una vez recuperada la paciente de procedimiento quirúrgico, se reinició quimioterapia paliativa (paclitaxel + carboplatino), desarrollando neutropenia grado IV, se administró estimulantes de colonia (filgrastim), por cuadro grave de toxicidad se cambió tratamiento a base de capecitabina.

Paciente por antecedentes de cáncer de mama bilateral se decidió realizar secuenciación más análisis de CNUVs (variante en número de copias) mediante NGS en genes relacionados con cáncer hereditario, mismos que reportaron negatividad.

En enero 2025 se realizó tomografía simple y contrastada de cerebro evidenciando lesión en región occipital izquierda de 4cm, sin sintomatología neurológica, recibiendo radioterapia holocraneana (30Gy), a un año se encuentra en buenas condiciones generales, sin sintomatología, niña con adecuado desarrollo psicomotor.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es la patología oncológica más diagnosticada durante el embarazo, en los

últimos años la incidencia ha aumentado debido a que las mujeres tienen embarazos más tardíos, presentándose en mujeres mayores de 35 años, representa el 0.2 – 3.8% del total de casos, el presente caso incluyó una paciente de 34 años de edad^{1,2,7,8}.

La paciente del caso presentado se encontraba en vigilancia por sus antecedentes de cáncer de mama derecha en el año 2018, a los 5 años presentó lesiones en mama contralateral con reporte histopatológico de carcinoma ductal infiltrante, concordando con estudios internacionales^{3,4,9}.

En cuanto al subtipo molecular, el carcinoma triple negativo es el más frecuente en las gestantes, representando el 38.3% de los casos, en comparación con el 22% en las no gestantes. En el caso presentado, los resultados de la inmunohistoquímica indicaron: receptores de estrógeno positivos en un 30%, progesterona negativa, Ki-67 en un 90% y HER2 negativo (luminal B), lo que difiere de lo reportado en la literatura internacional^{5,10}.

En relación con el tratamiento existe una discrepancia sobre cuál es el mejor momento para iniciar el tratamiento sistémico al evaluar los riesgos y beneficios materno y fetal, lo ideal es no subtratar a las pacientes embarazadas con este cáncer. Durante el primer trimestre de embarazo se contraindica el uso de agentes antineoplásicos, por el riesgo alto de teratogenicidad, anomalías congénitas, anomalías cromosómicas, prematuridad y/o aborto, en este trimestre se puede emplear tratamientos quirúrgicos para estadios I a II como la cirugía conservadora y/o mastectomía radical^{2,11,12}.

Para el segundo y tercer trimestre de embarazo se considera seguro el empleo de agentes antineoplásicos teniendo presente que no están exentos de complicaciones materno y fetal representando un 3%. Además, está contraindicado en todos los trimestres de embarazo el uso de hormonoterapia, inhibidores de *checkpoint* y medicamentos anti *HER2*. El empleo de hormonoterapia aumenta el riesgo de malformaciones congénitas, aborto espontáneo y prematuridad^{2,4,7,13}.

Los agentes antineoplásicos considerados seguros y aceptados son las antraciclinas + taxanos iniciándose a partir del segundo trimestre de embarazo. En el presente caso luego de ser evaluado, se inició tratamiento en el segundo trimestre

de embarazo desarrollando neutropenia grado IV administrando estimulantes de colonia (filgrastim), los mismos que no incrementa el riesgo de teratogenicidad, abortos o partos prematuros, obteniendo un beneficio en la disminución de infecciones postparto por gérmenes oportunistas^{4,12,14-18}.

El tratamiento en cáncer de mama metastásico depende del subtipo molecular y volumen de la enfermedad. Hay reportes de pacientes con cáncer de mama metastásico *HER2* positivo tratadas con docetaxel + trastuzumab en el segundo trimestre de embarazo. Desarrollaron anidrámnio a las 30 semanas de gestación, y en la semana 33 de embarazo se recuperó el líquido amniótico^{4,18,19}.

Los agentes antineoplásicos deben administrarse hasta 3 a 4 semanas previas al parto, idealmente hasta la semana 35, por el riesgo de mielo supresión transitoria neonatal. No se recomienda que las pacientes con tratamientos sistémico den de lactar^{13,20}.

CONCLUSIONES

En el caso se resalta la importancia del abordaje integral en pacientes oncológicas embarazadas, involucrando especialistas de oncología, genética, gineco-obstetricia, cirugía y neonatología para optimizar el tratamiento materno y fetal.

Con una visión interdisciplinaria se consiguió un equilibrio entre el tratamiento paliativo del cáncer de mama en estadio IV y la preservación del embarazo, permitiendo la administración de quimioterapia con seguimiento obstétrico riguroso.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente caso fue realizado bajo la aprobación y autorización de la paciente, mediante la realización de un consentimiento informado, además se guardó adecuada confidencialidad de los datos personales.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Jaramillo Churo María Eugenia. Doctora en Medicina y Cirugía. Médica Especialista en Oncología Clínica. CIPAM Centro Oncológico. Oncología. Oncología Clínica. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: mariaeugenia.jaramillo@yahoo.es ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0366-5940>

Pazmiño Palacios Juan Bernardo. Médico. Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía Oncológica. CIPAM Centro Oncológico. Cirugía. Cirugía Oncológica. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: juanecopaz@gmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-4743-7627>

Regalado Méndez Alexandra Elizabeth. Médica. Médico Especialista en Oncología Clínica. Hospital de Especialidades José Carrasco Arteaga-IESS. Oncología. Oncología Clínica. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: alexa21.rm@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9461-8829>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores participaron en la recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura del artículo, correcciones editoriales y aprobación de la versión final para la publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Autofinanciado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Maggen C, Wolters V, Cardonick E, Fumagalli M, Halaska M, Lok C, et al. Pregnancy and Cancer: the INCIP Project. *Curr Oncol Rep*. 2020;22(2):17. doi: 10.1007/s11912-020-0862-7
2. Lee G, Rosenberg S, Mayer E, Borges V, Meyer M, Schapira L, et al. Contemporary management of breast cancer during pregnancy and subsequent lactation in a multicenter cohort of young women with breast cancer. *Breast J*. 2019;25(6):1104-1110. doi: 10.1111/tbj.13431
3. Arteaga-Gómez A, Vázquez-Castellanos G, Sepúlveda-Rivera C, Rocha-Zavaleta L, Reyes-Muñoz E. Resultados perinatales en la mujer joven con cáncer de mama y embarazo. *Gaceta médica de México*. 2021;157(4):431-436. doi: 10.24875/GMM.20000871

4. Salas-González E, Mejía-Bautista J, Leyva-Perea J, Rosas-Enríquez V, Salas-Limón R, Macías-Ochoa C, et al. Cáncer de mama asociado a embarazo. *Gaceta mexicana de oncología*. 2020;19(2):63–69. doi: 10.24875/j.gamo.19000249
5. Suelmann B, van Dooijeweert C, van der Wall E, Linn S, van Diest P. Pregnancy-associated breast cancer: nationwide Dutch study confirms a discriminatory aggressive histopathologic profile. *Breast Cancer Res Treat*. 2021;186(3):699-704. doi: 10.1007/s10549-021-06130-w
6. Cañar-Lascano G, Ramos-Salazar L, Robelo-Uve M. ¿Como enfrentar el cáncer de mama? *Pol. Con*. 2021;6(12):122-141. doi: 10.23857/pc.v6i12.3360
7. Saade-Aure M. Cáncer de mama y embarazo. *Gaceta Médica De Caracas*. 2021;129(1):84–87. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/21273
8. Astorga-Ramírez A, Sánchez-Portuguez J, Solís-Barquero S. Revisión de los factores de riesgo y factores protectores para el cáncer de mama. *Acta méd. costarric*. 2022;64(4):6-16. doi: 10.51481/amc.v64i4.1177
9. Escudero A, Pérez P. Cáncer de mama. *Medicine (Programa de Formación Médica Continuada Acreditado)*. 2025;14(24):1412-1422. doi: 10.1016/j.med.2025.01.002
10. García A, Baldeon F, Fierro A, Santillan C. Cáncer de mama. *RECIAMUC*, 2022;6(3):521-534. doi: 10.26820/reciamuc/6.(3).julio.2022.521-534
11. Salas G, Barbabosa V, Rojas P. Cáncer de mama metastásico y embarazo: reporte de caso. *Ginecol Obstet Mex*. 2023;91(9):679-686. doi: 10.24245/gom.v91i9.8407
12. Torrecillas-Torres L, Arce-Salinas C, Bargalló-Rocha J, Bautista-Piña V, Cervantes-Sánchez G, Chávez-MacGregor M, et al. Mexican breast cancer consensus. Management of breast cancer in special populations. *Mexican Journal of Oncology*. 2024;23(4):107-117. doi: 10.24875/j.gamo.M24000268
13. Portillo C, Aguilar T, Salcido R. Breast cancer and pregnancy by artificial insemination in mother with maternal age at risk. *Rev Mex Mastol*. 2020;10(1):18-24. doi:10.35366/95763.
14. Sella T, Exman P, Ren S, Freret T, Economy K, Chen W, et al. Outcomes after treatment of breast cancer during pregnancy including taxanes and/or granulocyte colony-stimulating factor use: findings from a multi-institutional retrospective analysis. *Breast Cancer Res Treat*. 2022;194(3):597–606. doi: 10.1007/s10549-022-06621-4
15. Gallardo J, Palomo M, Redondo A, Pantoja M. Últimas evidencias sobre cáncer de mama y fertilidad. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana*. 2022;39(1):3-12. Disponible en: <https://www.revistafertilidad.com/index.php/rif/article/view/63/43>
16. García A, Candás G, Bemí A, Vuoto H, Korbenfeld E, Isetta J, et al. Conocimientos y prácticas actuales sobre cáncer de mama, preservación de la fertilidad y embarazo. Encuesta a los miembros de la Sociedad Argentina de Mastología. *Rev argent mastología*. 2021;40(146):22-42. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2021_n40_v146/REVISTA_MASTOLOGIA_146%205%20sesion%20cientifica%20Garcia.pdf
17. de la Puente R, Díez R, Sahagún A, Fernández M, Díez M, Sierra M, et al. Quimioterapia antineoplásica frente al cáncer de mama en mujeres embarazadas: Prevención de Extravasaciones. *Revista ROL de enfermería*. 2023; 46(5):10-18. doi: 10.55298/ROL2023.4677
18. Cheng S, López P, Cinquini S. Estudio descriptivo de una serie de casos de pacientes que cursaron un embarazo y cáncer. *Frnteros en Medicina* 2024;19(1):22-26. doi: 10.31954/RFEM/202401/0022-0026
19. Berwart J, Peccatori F, Ábalos E, Navarini R, Strasser I, Paredes G, et al. Cáncer de mama y embarazo. Estudio retrospectivo y descriptivo en la ciudad de Rosario. *Rev argent mastología*. 2021;40(146):65-86. Disponible en: https://www.revistasamas.org.ar/revistas/2021_n40_v146/REVISTA_MASTOLOGIA_146%207%20sesion%20cientifica%20Berwart.pdf

20. Hepner A, Negrini D, Azeka E, Exman P, Testa L, Trinconi A, et al. Cancer During Pregnancy: The Oncologist Overview. *World J Oncol*. 2019;10(1):28-34. doi: 10.14740/wjon1177.