



# Cáncer y embarazo

C. Bonneau, A. Maulard, L. Selleret, E. Daraï, R. Rouzier

*La detección de un cáncer durante el embarazo es poco frecuente, pero plantea una doble problemática, materna y fetal. El enfoque terapéutico debe ser multidisciplinario, y los tratamientos, lo más parecidos posible a los propuestos fuera del embarazo. La quimioterapia debe aplazarse hasta después del primer trimestre el mayor tiempo posible, igual que la radioterapia, hasta después del parto. La interrupción del embarazo debe contemplarse cuando es necesario tratar de inmediato a la gestante y el tratamiento es incompatible con el embarazo.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Hormonas; Melanoma; Linfoma; Leucemia; Cáncer de mama; Cáncer de cuello; Pronóstico neonatal; Cirugía; Radioterapia; Quimioterapia; Fertilidad

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Epidemiología</b>	1
■ <b>Circunstancias de la detección</b>	1
■ <b>Estudio</b>	2
Biología	2
Ecografía	2
Radiología convencional y moderna	2
Resonancia magnética	2
Tomografía por emisión de positrones acoplada a tomografía computarizada y medicina nuclear	2
■ <b>Tratamientos</b>	2
Cirugía	2
Quimioterapia	2
Radioterapia	2
Hormonoterapia	3
Terapias dirigidas	3
Cuidados de soporte	3
■ <b>Pronóstico</b>	3
Pronóstico materno	3
Pronóstico fetal	4
■ <b>Proyecto parental</b>	4
■ <b>Casos particulares</b>	4
Cáncer de mama	4
Displasias cervicales y cáncer de cuello	4
Melanoma	4
Cáncer de ovario	4
Hemopatías	5
Glándula tiroidea	5
Cáncer colorrectal	5
■ <b>Prevención y detección precoz</b>	5
■ <b>Conclusión</b>	5

## ■ Introducción

Se dice que un cáncer está asociado al embarazo cuando aparece durante la gestación o a lo largo del año siguiente al parto. El desafío es doble: dar el tratamiento más adecuado posible a la paciente pero sin comprometer el pronóstico fetal.

El tratamiento de la madre debe ser multidisciplinario y lo más parecido posible a las recomendaciones habituales. El tipo y la agresividad del cáncer, el esquema terapéutico elegido, la edad gestacional, así como el proyecto parental actual y futuro son elementos que habrá que tener en cuenta para la decisión final.

## ■ Epidemiología

El cáncer es la segunda causa de muerte en los adultos jóvenes <sup>[1]</sup>. La incidencia estimada del cáncer durante el embarazo es de un caso por cada 1.000 -1.500 gestaciones, con una tendencia creciente por un aumento de la edad de las embarazadas en la actualidad. Esta incidencia es similar a la de mujeres no embarazadas de la misma edad. Los cánceres más frecuentes son los de mama, cuello uterino, glándula tiroidea, melanomas y linfomas de Hodgkin <sup>[2]</sup>. Con menor frecuencia, se observan leucemias y cánceres de ovario, de pulmón o digestivo.

## ■ Circunstancias de la detección

Los síntomas reveladores de un cáncer son los mismos durante o fuera del embarazo, pero las modificaciones fisiológicas asociadas a la gestación pueden enmascarar estos síntomas o hacer que no se tengan en consideración. El cansancio, la anemia, los dolores óseos, las modificaciones del volumen y de la consistencia de la glándula mamaria, las pérdidas vaginales, las náuseas, el estreñimiento y la hemorragia anal al principio se suelen atribuir al embarazo, y en general no se realizan más pruebas. Por el contrario, determinados exámenes complementarios realizados durante

el embarazo permiten detectar de manera fortuita un cáncer, en un estadio más precoz (frotis cervicouterino, ecografía del primer trimestre y masa ovárica).

## ■ Estudio

### Biología

Las modificaciones fisiológicas de los marcadores séricos durante el embarazo dificultan su interpretación (concentración ligeramente más elevada durante el embarazo). Sin embargo, las determinaciones sucesivas permiten evaluar la respuesta al tratamiento.

### Ecografía

Los ultrasonidos no tienen efectos secundarios sobre el feto [3], por lo que siempre que sea posible se debe dar prioridad a la ecografía sobre los exámenes irradiantes, aunque a veces su realización resulte difícil por el volumen uterino alcanzado al final del embarazo.

### Radiología convencional y moderna

Las radiografías estándar y la tomografía axial computarizada (TC) son pruebas irradiantes, y sus efectos sobre el feto dependen de la edad gestacional y de la dosis recibida. El principio de radioprotección *as low as reasonably achievable* (ALARA) consiste en utilizar, una vez justificado el examen, las dosis mínimas de rayos sin por ello atenuar el valor diagnóstico de la prueba. La mayoría de los exámenes radiológicos presentan poco riesgo para el feto, porque la radiación recibida es débil, por debajo del umbral de los efectos secundarios (menos de 100 mSv o 10-20 cGy) [4]. El estudio de extensión a distancia queda reservado para las pacientes que tengan una alta probabilidad de metástasis y cuando su detección pueda modificar la terapéutica elegida.

La radiología convencional no está contraindicada cuando el feto no se encuentra en el campo de irradiación. En ese caso, se le protegerá con un delantal de plomo colocado sobre el abdomen de la madre.

La TC requiere casi siempre la inyección de producto de contraste yodado que atraviesa la placenta y, en casos excepcionales, puede alterar la función tiroidea fetal. Su uso debe tener en cuenta el balance beneficio/riesgo, y después del parto [5] será necesario realizar un control de la función tiroidea del recién nacido.

### Resonancia magnética

La resonancia magnética (RM) no es un examen irradiante. El gadolinio, producto de contraste magnético, atraviesa la placenta, alcanza la circulación fetal y, después, se acumula en el líquido amniótico. No ha sido descrito hasta la fecha ningún efecto teratogénico o mutágeno. Por lo tanto, el uso de gadolinio está permitido en la gestante, bajo estricto control y siempre que se considere necesario, pero no durante el primer trimestre del embarazo [5].

### Tomografía por emisión de positrones acoplada a tomografía computarizada y medicina nuclear

Las indicaciones de las pruebas de imagen nuclear deben limitarse durante el embarazo y aplazarse al posparto siempre que sea posible. La irradiación fetal depende del trazador utilizado, de la permeabilidad placentaria a dicho trazador, de su compartimento de biodisponibilidad, de su afinidad por los tejidos, de su semivida y del tipo de radiaciones que emite. Se deben tomar medidas de protección fetal con el fin de limitar la radiación asociada a la eliminación de los trazadores por la orina (hiperhidratación, micciones frecuentes o sonda permanente).

La <sup>18</sup>F-fluorodesoxiglucosa (F-FDG) atraviesa la placenta, por lo que su uso no está recomendado durante el embarazo [6]. Si

esta prueba es indispensable para el tratamiento de la paciente, conviene aplazarla más allá del sexto mes de la gestación. La gammagrafía ósea se puede realizar cuando existe una importante sospecha de metástasis óseas y cuando su detección modifica el tratamiento de la paciente.

## ■ Tratamientos

### Cirugía

Las intervenciones quirúrgicas son posibles durante el embarazo, bajo anestesia general o locorregional y en decúbito lateral izquierdo, de preferencia. La laparoscopia se realiza con la técnica abierta para evitar una perforación uterina, antes de las 24 semanas de amenorrea (SA). No se produce un incremento en la morbilidad materna [7].

Si se ha descrito en cambio un sobrerriesgo de aborto durante el primer trimestre, sobre todo en casos de apendicitis o de peritonitis [7]. Cuando es posible, se recomienda posponer la intervención hasta el segundo trimestre (Fig. 1) [8]. Entre las 24-34 SA, se administra una corticoterapia para conseguir la maduración fetal antes de la intervención, que deberá realizarse en un centro que disponga de una maternidad adaptada. Existen pocos datos en la literatura sobre la conveniencia de una tocólisis perioperatoria. Las complicaciones fetales, con independencia del campo quirúrgico, están ligadas a las complicaciones maternas per y postoperatorias (hipoxia, hipotensión, fiebre, infección, hipoglucemia, dolor, trombosis, etc.).

El procedimiento del ganglio centinela (GC) con tecnecio 99m (<sup>99m</sup>Tc) sin azul patente se puede realizar cuando el punto de inyección y el primer ganglio centinela están lejos del feto.

### Quimioterapia

Cuando se van a usar agentes citotóxicos durante el embarazo, se debe tener en cuenta la posibilidad de teratogenicidad, fetotoxicidad y sobrerriesgo de cáncer en el niño. Estos efectos dependen del tipo de quimioterapia, de su dosis, de la vía de administración y duración, pero también de la edad gestacional. Casi todos los quimioterapéuticos utilizados son potencialmente deletéreos durante la organogénesis. En el segundo y tercer trimestres, los efectos secundarios descritos en las publicaciones son escasos, a excepción de la hipotrofia fetal, la prematuridad y los casos de citopenia neonatal.

Los expertos recomiendan que las dosis de los agentes citotóxicos sean las mismas que las que se administran a las mujeres no embarazadas (concentración máxima y área bajo la curva más bajas durante el embarazo) y que los tratamientos comiencen después de las 14 SA (Fig. 1). Pueden usarse la doxorubicina, la epirrubicina, las sales de platino, el 5-fluorouracilo (5-FU), los taxanos y la ciclofosfamida [9]. El parto debe programarse para 2-3 semanas después del último ciclo de quimioterapia para permitir que la madre y el feto se recuperen de la aplasia y que el feto elimine los fármacos a través de la placenta [10].

La lactancia materna está contraindicada, ya que casi todas las moléculas utilizadas pasan a la leche.

### Radioterapia

La exposición fetal depende de la dosis diana, del tamaño del campo de irradiación, de la distancia feto/órgano diana, del tipo de máquina y de las medidas de protección fetal adoptadas. Entre las 4-10 SA, el umbral de teratogenicidad para el feto es de 0,1-0,2 Gy [11]. Entre las 10-25ª SA, el sistema nervioso central es sensible a las radiaciones, con un umbral de 0,1 Gy para un descenso del cociente intelectual (CI) y de 1 Gy para un retraso mental grave. Después de las 25 SA, la frecuencia de los efectos secundarios disminuye. El riesgo de leucemias y de cánceres sólidos aumenta en un 40%, equivalente a una incidencia de tres a cuatro casos por cada 1.000 niños, cuando su exposición ha sido intrauterina y superior a 0,01 Gy, con independencia de la edad gestacional.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3465267>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3465267>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)