



6028-8. CÁNCER Y GESTACIÓN: ¿SABEMOS QUÉ HACER?

Borja Rivero Santana¹, Teresa López Fernández¹, José Ignacio Sánchez Méndez¹, Víctor Manuel Juárez Olmos¹, Cristina Contreras Lorenzo¹, Regina Dalmau González-Gallarza¹, María Lucía Fernández Gassó, Silvia Valbuena López, Esther Pérez David, Francisco Javier Domínguez Melcón, Gabriela Guzmán Martínez, Roberto Flórez Gómez, Ana Alonso Ladreda, Esteban López de Sá y Areses y Pilar Zamora Auñón

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: Las antraciclinas (ANT) son un pilar fundamental en el manejo de pacientes con cáncer de mama (CM). Por ese motivo los equipos de cardio-oncología han estructurado estrategias de prevención y monitorización de posibles toxicidades cardiovasculares (CV) asociadas. El riesgo de cardiotoxicidad (CTox) está directamente relacionado con la dosis acumulada de ANT, la edad y la presencia de enfermedad CV (ECV) o factores de riesgo CV (FRCV). Se ha sugerido que la gestación puede ser un factor de riesgo de CTox por ANT, sin embargo las recomendaciones actuales no incluyen la necesidad de una monitorización específica. El tratamiento del CM en mujeres gestantes, constituye un reto diagnóstico y terapéutico debido a la dificultad para balancear el beneficio materno y el riesgo fetal.

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo donde se recogieron todas las pacientes embarazadas con diagnóstico de CM en un hospital terciario que recibieron antraciclinas como tratamiento neoadyuvante durante la gestación. Las pacientes se manejaron de acuerdo con los protocolos de cardio-oncología del centro.

Resultados: Entre 2013 y 2020 un total de 15 pacientes fueron diagnosticadas de CM durante la gestación y 12 (80%) recibieron tratamiento neoadyuvante con ANT. La edad media al diagnóstico fue 35 años y la mayoría de los casos se diagnosticaron en el tercer trimestre (92%). Ninguna presentaba metástasis al diagnóstico y en ningún caso se aplazó el inicio del tratamiento quimioterápico por motivo de la gestación. En la evaluación basal fueron clasificadas como de bajo riesgo CV al no presentar antecedentes de ECV o FRCV. El 50% recibió al menos un ciclo de ANT durante el embarazo. La totalidad de los recién nacidos presentaron un periodo perinatal sin complicaciones. El 58% contaba con un ecocardiograma reglado antes de comenzar el tratamiento neoadyuvante sin destacar alteraciones relevantes en el mismo. Un 42% falleció con una mediana de tiempo de 1,6 años desde el diagnóstico. En un seguimiento medio de 33 meses ninguna presentó eventos CV (arritmias, insuficiencia cardíaca, disfunción ventricular asintomática, miocarditis o cardiopatía isquémica). Todos los fallecimientos fueron atribuibles a progresión de su CM.

Características basales de las gestantes

N = 12 pacientes

Edad al diagnóstico, años (x ± DE)	35 ± 4
Cáncer de mama localmente avanzado	7 (58,3%)
Perfil inmunohistoquímico	
Triple negativo (n, %)	6 (50%)
RH positivos (n, %)	4 (33%)
HER-2/neu (n,%)	6 (50%)
Número de ciclos de ANT recibidos durante el embarazo (x ± DE)	3,5 ± 1,2

ANT: antraciclinas.

Conclusiones: El CM en la gestante es una patología infrecuente y en nuestra serie, el pronóstico global depende de la evolución de su patología oncológica y no de un mayor riesgo asociado de CTox.