

11217

52
Ley



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 IMSS
"Centro Médico La Raza"

"EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA GESTACION ASOCIADA AL CANCER DE TIPO GINECOLOGICO".


TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de
ESPECIALIZACION EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

presenta

DRA ERIKA LAURA OJEDA OJEDA

Asesor: DR RAUL V. MARTINEZ FERIA


OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA
 Sec. de Servs Escolares
 ★ **ABR. 5 2000** ★
 Unidad de Servs Escolares
 CARC. de (Fusconcho)



México, D. F.

0277475
Raúl

1999.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

EVOLUCION Y PRONOSTICO DE LA GESTACION

ASOCIADA AL CÁNCER DE TIPO

GINECOLOGICO

Dr. Martínez F. Raúl V.
Médico Adscrito al Servicio
de Perinatología.
Hospital de Ginecoobstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"



Dra. Ojeda O. Erika L.
Médico Residente de Ginecología y
Obstetricia.
Hospital de Ginecoobstetricia No. 3
Centro Médico "La Raza"

TESIS DE ESPECIALIZACION.
1998

A MI ESPOSO:
POR EL APOYO Y COMPRENSION
EN LOS TIEMPOS DIFICILES.

A MIS PADRES:
POR LA EDUCACIÓN Y EL AMOR
OTORGADO HASTA EL ULTIMO MOMENTO

A MIS HERMANOS Y AMIGOS:
COMO UNA PIEZA IMPORTANTE EN
EL DESARROLLO DE MI PERSONA.

Y POR ULTIMO A MIS PROFESORES:
QUE ME BRINDARON UN POCO DE
SU TIEMPO Y ENSEÑANZAS PARA
LO CUAL AHORA SOY QUIEN SOY.

“ JUSTIFICACION ”

La tragedia que supone la presencia de un proceso maligno descubierto durante el embarazo plantea numerosos interrogantes en cuanto al bienestar del binomio.

Afortunadamente, los años de máxima incidencia para la mayor parte de las enfermedades malignas no coincide con los años fértiles. De ese modo, igual que en otras situaciones, poco frecuentes, con los que se encuentran rara vez el médico, no existen decisiones terapéuticas claras de las que se puedan disponer.

Por otro lado, se han publicado un número importante de revisiones bien documentadas que pueden proporcionar alguna orientación en este dilema.

Es en ocasiones cuestionables tanto el manejo médico como la decisión de la madre en este tipo de casos, lo cual crea una gran polémica. Por esta razón, y dado que día a día se reporta una serie mayor de estos casos, justificamos el estudio con la finalidad de valorar la evolución y el pronóstico del binomio cuando se asocia a cualquier tipo de cáncer ginecológico.

El médico debe estar preparado no sólo para tratar el proceso neoplásico, sino también para ocuparse de la paciente y su familia de forma compasiva y honesta.

“ ÍNDICE ”

I. Antecedentes Científicos.....	1
II. Material y Método.....	15
III. Resultados.....	16
IV. Análisis.....	21
V. Conclusiones.....	24
VI. Referencias.....	27

I ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La paciente embarazada desarrolla los mismos tipos de cáncer que la no embarazada. El impacto emocional es muy traumático, desde el punto de vista psicológico, cuando se efectúa el diagnóstico de cáncer durante la gestación o cuando la paciente que ha sido tratada recientemente por cáncer descubre estar embarazada.

Debido a que el cáncer ginecológico complicado con el embarazo se presenta en el grupo de edad joven, el impacto familiar y social es intenso.

Cuando coexiste cáncer y embarazo, el médico o médicos involucrados deben contestar algunas preguntas difíciles como:

- ¿ El embarazo altera el pronóstico ?
- ¿ Suspender el embarazo sería terapéutico ?
- ¿ Serían permitidos embarazos subsecuentes ?
- ¿ La neoplasia afecta al feto ?
- ¿ La terapia afecta al feto, por lo que debe suspenderse ?
- ¿Cuál es el pronóstico de la madre ?

Entre los 35 a 54 años de edad, la incidencia de cáncer mamario y uterino da un salto hacia arriba y ejerce fuertes influencias en la mortalidad por cáncer en los siguientes años reproductivos. (1) Ya en la actualidad las mujeres retrasan sus primeros embarazos hasta alrededor de los 30 años de edad en donde es frecuente encontrar el cáncer mamario y uterino como complicación del embarazo.

Barber y Bruschiwrig publicaron que en cerca de 700 casos de cáncer y embarazo el orden de frecuencia de los cánceres fue el siguiente: mama, leucemias y linfomas, melanomas, cáncer ginecológico y tumores óseos. (2)

La paciente embarazada con una neoplasia maligna nos brinda la oportunidad del estudio simultáneo del crecimiento tisular controlado (gestación) y el crecimiento no controlado (neoplasia) en la misma paciente.

Las opiniones expresadas en la información sobre los efectos del embarazo en un proceso maligno, varían desde aquellas de Peller y Emger, quienes piensan que el embarazo incrementa la resistencia al cáncer, hasta las de Martzloff y Kobak, quienes piensan que el embarazo tiene un efecto estimulante.(2)

Esta falta de acuerdo hace difícil, si no es que imposible para el médico el planear el tratamiento de tales pacientes.

Por mala fortuna estas decisiones se basan con mucha frecuencia en la emoción, más que los datos científicos objetivos anotados, de los cuales hay pocos disponibles.

La juventud de estas pacientes y el embarazo concomitante sin duda juegan un papel importante en la renuencia del médico responsable a examinarlas al primer signo de problema. Esto enfatiza la importancia de investigar la descarga excesiva de estrés y ansiedad de médico y paciente.

El número total de pacientes de cáncer relacionado con embarazo al parecer va en disminución, quizá debido a que la tasa de crecimiento nacional ha logrado controlarse relativamente, con apoyo de los métodos de planificación familiar, así como por todos los programas de detección oportuna de cáncer.

Los enormes cambios fisiológicos que tienen lugar en el embarazo sugieren muchas posibles influencias sobre el proceso maligno. En primer lugar, muchos autores han supuesto que los procesos malignos que aparecen en tejidos y órganos influidos por el sistema endócrino posiblemente experimenten exacerbaciones durante el embarazo, lo que con frecuencia ha sido extrapolado erróneamente para hacer una recomendación de aborto "terapéutico". (3)

En segundo lugar, los cambios anatómicos y fisiológicos del embarazo pueden eclipsar los cambios sutiles de una neoplasia precoz. En tercer lugar, el aumento de la vascularidad y el drenaje linfático puede contribuir a la diseminación precoz del proceso maligno. (4)

Aunque cada una de estas hipótesis son interesantes, la validez de cada una de ellas es variable, incluso dentro del mismo órgano.

Por definición, se considera que existe coincidencia de cáncer con embarazo, cuando se tiene el diagnóstico y tratamiento.

Esta definición obedece a que sólo la presencia del producto en útero o la lactancia podrían interferir con las decisiones para el diagnóstico y tratamiento.

De las neoplasias malignas, la cervicouterina es la que se asocia más con embarazo. La embarazada requiere de un enfoque diagnóstico diferente debido a que de una decisión terapéutica dependen dos seres con características diferentes: por un lado está la exigencia de resolver la enfermedad maligna de la madre y por otro lado, la repercusión que sobre el feto tendrá el tratamiento.

El cáncer cervical asociado a embarazo es la neoplasia que se diagnóstica durante la gravidez o los primeros meses posparto. Para Hacker el período postparto que debe considerarse es de seis meses. (6)

La incidencia depende de la serie que se analice y de si en ésta se incluyen o no pacientes con neoplasia intraepitelial cervical (NIC) y a las diagnosticadas en el postparto.

La frecuencia de NIC es de 1:770 y de cáncer invasor de 1:2205 embarazos. En México se encontró un caso por cada 4041 embarazadas. (4,6,7,)

Con estos datos se infiere que el ginecoobstetra encuentra un caso cada 10 años y, en los centros oncológicos, por ser centros de concentración, se registran al menos un caso de novo por año.

La edad de presentación es más temprana en la embarazada: NIC 29.9 años y en cáncer invasor de 33.8 años. De hecho no existe diferencia en comparación con las no embarazadas, en cuanto a paridad que, en promedio, es de 4 para NIC y de 4.5 para cáncer invasor. (6)

Así mismo dado que el NIC se asocia a IVPH; herpes, virus, etc. Se ha incrementado la frecuencia en pacientes jóvenes

Anteriormente se pensaba que el embarazo contribuía como efecto deletéreo en el pronóstico del cáncer. Sin embargo, a la luz de los conocimientos actuales no es posible sostener dicha postura, ya que etapa por etapa, el cáncer de cérvix asociado al embarazo ha demostrado tener la misma sobrevida, excepto en aquellos cánceres hormonales. (8)

Como todas las neoplasias malignas, crece y se disemina en función de la velocidad de reproducción celular y presencia de enzima proteolíticas.

Así mismo la sintomatología suele ser la misma que en la paciente no embarazada, predominantemente: hemorragia, ya que por el estado grávido se cree en un padecimiento obtétrico y se pasa por alto el diagnóstico de patología neoplásica.

Los métodos diagnósticos suelen ser los mismos que en la paciente no grávida pero el tratamiento dependerá de la estirpe histológica, etapa clínica, edad gestacional y condiciones maternas. Además el pronóstico depende de la amplitud de la enfermedad, más que la existencia o no del embarazo. (2,4)

Hacker y Col, publicaron una amplia revisión sobre el carcinoma del cérvix asociado al embarazo. Sus conclusiones en relación con el pronóstico fueron las siguientes:

Aunque se dispone de datos limitados en relación con el carcinoma in situ está claro que estas lesiones se comportan como en mujeres no embarazadas, en cuanto a su potencial de persistencia, progresión hacia cáncer invasor y recidiva.

La tasa de supervivencia global a 5 años en aquellas mujeres con carcinoma invasor fue del 49.2 %, que se considera favorable en comparación con la tasa del 51% en las pacientes no embarazadas.(9)

El pronóstico global para todos los estadios de cáncer cervical en el embarazo, así como también para la enfermedad en estadio I, es similar al de las mujeres no embarazadas. El estadio clínico es el determinante más importante para el pronóstico.

Hacker y Col, pensaban que dada la naturaleza retrospectiva del material revisado y la ausencia de información sobre el tamaño de la lesión en cualquier estadio de la enfermedad, no era posible llegar a conclusiones definitivas acerca de la influencia sobre el pronóstico del tipo de tratamiento o de la forma de parto.(4,9)

En lo que respecta al cáncer uterino conjuntamente con el embarazo es sumamente raro. En 1972, Kalen y Col. revisaron la literatura desde 1900, encontrando cinco casos aceptables y añadiendo un sexto. Otro caso fue añadido por Sandstrom y Col. en 1979 se encontró como un hallazgo accidental en casos de aborto terapéutico.

Un total de casos ascendía a 10 en el momento de la publicación de Mitchell en 1989.(4)

Cuando el carcinoma uterino se asocia al embarazo, suele ser focal, bien diferenciado mínimamente invasor. En la comunicación de Karlen y Col 4 de 6 mujeres tenía más de 35 años.

El manejo de la paciente con sarcoma depende del tipo de lesión, localización anatómica, estadio de la enfermedad y tiempo de embarazo.

El tratamiento recomendado es histerectomía total con salpingoovariectomía bilateral y radioterapia coadyuvante cuando está indicada.

También se han comunicado casos de leiomiomas y carcinosarcoma durante el embarazo. Suele tratarse de hallazgos incidentales encontrados en las muestras quirúrgicas.

A pesar de que el cáncer de ovario es la segunda neoplasia ginecológica maligna que más se asocia con embarazo, dicha asociación constituye un hallazgo raro. En mujeres no embarazadas, cerca del 20% de los crecimientos neoplásicos de ovario son malignos, mientras que en mujeres embarazadas disminuye a 5%.(6)

La frecuencia de Tumores malignos de ovario asociado a embarazo varía de 1:18000 a 1:25000. Esta baja frecuencia, se relaciona con el hecho de que la edad al momento de embarazarse es mayor a aquélla en que se presentan tumores de ovario de células germinales (primero y segundo decenio) y menor que la edad de presentación de tumores epiteliales (quinto y sexto decenio).

El 50% de las pacientes con embarazo y cáncer de ovario viven el tercer decenio de la vida en el momento de realizarse el diagnóstico.

La tasa de malignidad de los tumores de ovario que complican el embarazo es de cerca de 2-5% en contraste con la de 18 a 20 % en pacientes no embarazadas.

Los signos y síntomas no son básicamente distintos de las no embarazadas, encontrándose hasta un 25 a 75 % de pacientes asintomáticas.(2,6)

El embarazo influye en el pronóstico del cáncer de ovario de diferentes maneras:

1. Contribuye al diagnóstico temprano de la neoplasia al obligar a la paciente a realizar consultas perinatológicas periódicas.
2. Incrementa la frecuencia de cuadros de abdomen agudo secundarios a torsión o por hemorragia, rotura del tumor o ambas. Ello está relacionado con el aumento de movilidad del pedículo vascular del ovario y a la compresión del tumor a medida que el embarazo progresa.

El cáncer de ovario influye en el embarazo de las siguientes maneras:

1. La frecuencia de metástasis, al producto de la concepción es rara; a la fecha se han documentado 53 casos (45 con metástasis a placenta y 7 con metástasis al producto), de ello, uno se relaciona a cáncer de ovario con metástasis a la placenta, sin que se haya afectado el desarrollo del producto, aún cuando la madre falleció con metástasis múltiples.

2. Solo se ha informado un caso de RCIU y muerte intrauterina secundario al tumor maligno de ovario.

3. Los tumores de origen estromal con acción hormonal pueden provocar alteraciones en los caracteres sexuales de la madre o el producto.

4. El procedimiento quirúrgico para el tratamiento del tumor de ovario influye de diferentes maneras en las siguientes variables: trimestre en el que se desarrolla la cirugía, hipoxia secundaria a la cirugía, hipotensión o ambas; tromboembolia como complicación postoperatoria y efectos teratogénicos de los agentes anestésicos sobre el producto.(6)

La sobrevida de cáncer de ovario durante el embarazo no es diferente de la sobrevida en el grupo de las no embarazadas. El tipo de tumor y su difusión anatómica determina la tasa de cura a 5 años. El embarazo no tiene efectos en el tumor. Y la interrupción del embarazo no tiene efecto benéfico en el curso futuro de la enfermedad.(2)

En algunas instancias, la embarazada consciente de la pobreza de su pronóstico, puede elegir tener al bebé para disfrutar el gozo que ello le puede traer durante el tiempo que le quede de vida. Bajo estas circunstancias, el parto por vía vaginal (si no hay tumor que obstruya el canal pélvico), seguido de cirugía pélvica después del nacimiento del niño, bien puede ser el procedimiento más adecuado. La cesárea se hace en caso de estar indicada por razones obstétricas. Tumor y útero se quitan al mismo tiempo.(10)

El cáncer de mama en la población mexicana en etapa reproductiva se presenta con una frecuencia del 27% y la asociada con embarazos es de 2 a 5 %; así, se informa presencia de un caso por cada 3000 embarazos, que le hace dentro de los primeros lugares.

El cáncer asociado al embarazo plantea una serie de problemas tanto para diagnosticarlo como para tratarlo. La detección temprana de un tumor en la mujer grávida se torna tan difícil, que llega a retrasarse dos a siete meses en relación a pacientes no embarazadas por el crecimiento y congestión de la glándula mamaria ocantados por la propia gravidez.

El tratamiento se debe plantear con base en el trimestre del embarazo y la etapa clínica en la que se encuentre la enfermedad, por lo que es indispensable individualizar cada caso. La terapia debe ser multidisciplinaria y los efectos adversos potenciales de la cirugía, tendrán relación con la edad gestacional.

Aunque el índice de supervivencia global para el cáncer de mama es superior al 50%, han comunicado que el índice global en período de gestación desciende del 15 al 20 %.(4) Las pacientes embarazadas suelen tener una mayor incidencia de ganglios positivos, y con ganglios positivos el pronóstico es malo y con toda probabilidad la neoplasia ya ha metastatizado en el momento de iniciar el tratamiento. El avanzado estadio de presentación de la enfermedad en la paciente embarazada ha sido atribuido a múltiples factores. En primer lugar, la mama ingurgitada puede obscurecer una región durante periodos mucho más largos. Además es posible que el aumento de la vascularización y del drenaje linfático en la mama gestante faciliten el proceso metastásico a los ganglios linfáticos regionales.(2,4)

En el cáncer de mama asociado a embarazo, el pronóstico de sobrevida es igual que en la mujer no gestante, ya que no existe diferencia estadísticamente significativa al comparar etapa por etapa, se ha mencionado que la sobrevida global a 5 años en la paciente con cáncer de mama y embarazo disminuye 30 a 35 por ciento.(11)

Otro factor que determina el pronóstico es el estado ganglionar, lo que es apoyado por múltiples informes de la literatura, en los que se analiza la infiltración negativa y positiva de ganglios linfáticos regionales, con sobrevida de 30 y 80 % respectivamente.(6,11)

El manejo se verá determinado por la etapa clínica y la edad gestacional. En sí la asociación del embarazo a cualquier tipo de enfermedad neoplásica maligna implica un control y seguimiento estrecho, por lo que deben tomarse algunos puntos claves:

1. Debe establecerse un diagnóstico firme
2. Deben combatirse el cáncer, sin olvidar el embarazo.
3. Debe dividirse el embarazo en cuatro períodos para determinar la terapéutica:
 - a. Los primeros tres meses (primer trimestre)
 - b. Segundo trimestre
 - c. Tercer trimestre
 - d. Cuatro meses postparto.
4. Establecer lineamientos para el manejo en el trimestre en el que se desarrolle el problema.
5. Debe diseñarse el tratamiento acorde a satisfacer las necesidades de la paciente y de la extensión de la enfermedad.

II. Material y Métodos

Se captaron un total de 11 pacientes embarazadas que se asociaron a algún tipo de cáncer ginecológico (mama, ovario, cervix y útero) durante un período de Enero de 1992 a Enero de 1997 en el hospital de Ginecoobstetricia No. 3, Centro Médico " La Raza ".

Se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo que marcaba la evolución del embarazo, desde su momento de captación, hasta la culminación del mismo y los pormenores, tanto maternos como fetales, que se vieron involucrados en éstas pacientes que además eran portadoras de algún tipo de cáncer ginecológico.

El seguimiento incluyo toda la gestación, la interrupción y el puerperio completo.

III. Resultados.

Durante el período de 5 años a partir de Enero de 1992 se lograron captar 11 pacientes con embarazo y algún tipo de cáncer ginecológico ya previamente diagnosticado o manejado, a través del servicio de Perinatología y Oncología del Hospital de Ginecoobstetricia No. 3 del Centro Médico " La Raza ".

La edad promedio correspondió a 30.6 años (rango 21-38^a.) y la gestación promedio correspondió a 2 (rango 1-7).

Sólo el 0.54% (6 de 11 pacientes) utilizaban algún tipo de método de planificación familiar que varió desde preservativo, DIU, hasta hormonales orales e inyectables.

Se captaron:

4 pacientes _____ CaCU

4 pacientes _____ Ca Mama

3 pacientes _____ Ca Ovario

En el cáncer cervicouterino sólo 2 pacientes contaban con un método de planificación familiar, la mayor parte era multigesta (más de 3 embarazos) y el último evento obstétrico en promedio ocurrió 4.2 años antes.

Las etapas clínicas detectadas, de la neoplasia fueron in situ, 1 a 2, 1 b 2 y 2b; es decir lesiones comprobadas por microscopio y clínicamente evidentes mayores de 4 cm. Y sin afección a los parámetros.

El tiempo promedio de establecido el diagnóstico Oncológico fue de 8.5 meses previos, tomando en cuenta que 2 pacientes se mantuvieron con tratamiento conservador, 1 ninguno y 1 ya tenía radioterapia previa.

El inicio del control prenatal fue a las 14 semanas en promedio y el factor agregado en un 75% fue el sangrado transvaginal. 3 de cuatro pacientes presentaron un internamiento previo, 2 por amenaza de parto pretérmino resueltos con manejo conservador y una por muerte fetal a las 18 semanas manejada con histerectomía radical.

El resto de las pacientes llevaron a término la gestación, las cuales se resolvieron por vía abdominal obteniéndose productos vivos con peso promedio de 2,800 gr. y apgar 8/9.

Todas las pacientes tuvieron una evolución hasta el puerperio mediato satisfactoria.

En el puerperio tardío, a dos se les propuso la histerectomía extrafascial y una más muestra datos de actividad tumoral en cúpula (la sometida a histerectomía radical).

En el cáncer de mama todas las pacientes contaban con un método de planificación familiar de tipo hormonal oral. El promedio de gestación correspondió a 2.5 y el último evento obstétrico ocurrió 5.5 años antes.

En su mayoría (3 de los 4 pacientes) la etapa clínica Oncológica fue IV y sólo en un caso correspondió a IIb por T2N, Mo.

El tiempo promedio de establecido este diagnóstico fue de 10.7 meses, 2 se encontraban con quimioterapia a base de FEC y 2 fuera de tratamiento oncológico ya previamente con manejo multimodal.

El inicio del control prenatal fue a las 12.5 semanas en promedio y los factores adversos agregados fueron Oligohidramnios (75%), y RCIU más senescencia placentaria en el 50%. Todas ameritaron internamientos previos por amenaza de aborto (14%) manejadas conservadoramente. Amenaza de parto pretérmino (28.5%) resueltas con manejo conservador y en un 60% estuvo presente la hipomotilidad y el oligohidramnios asociados a baja reserva fetal.

Todos los embarazos se interrumpieron en promedio a las 32 semanas por B.R.F, SFA,RCIU y Oligohidromnios, por vía abdominal.

Uno de los productos fue óbito con malformaciones del aparato digestivo. Los 3 restantes fueron productos vivos con peso promedio de 1.246 gr. y Apgar 4/6.

El 75% de las pacientes (3 de los 4) evolucionaron tórpidamente en el puerperio inmediato, 2 fallecieron por insuficiencia cardíaca congestiva y una reinicia radio y quimioterapia.

La paciente en etapa IIb evolucionó adecuadamente y se propone mastectomía radica tipo Patey.

En el cáncer de ovario, de las 3 pacientes sólo 1 contaba con método de planificación familiar (DIU) el promedio de gravidez fue de 1, y el último evento obstétrico ocurrió un año antes.

Las etapas clínicas detectadas fueron Ia, Ic y IIC y el tiempo promedio de establecido el diagnóstico Oncológico fue de 8 meses antes. El 50 % manejo excéresis y el otro 50% quimioterapia a base de VEC.

ESTA TESIS NO DEBE
IR EN ESTA VISTA
SALUD DE LA BIBLIOTECA

Las estirpes histológicas fueron teratoma y digerminoma.

El inicio del control prenatal fue a las 13 semanas y los factores agregados a la gestación fueron: dolor pélvico (50%), sangrado transvaginal (25%) y RCIU (25%).

Todas ameritaron internamientos previos por amenaza de aborto menejada con legrado instrumental; amenaza de parto prematuro con manejo conservador y dolor pélvico que amerito laparatomía exploradora.

Una paciente llevó a término el embarazo por vía abdominal con un producto vivo de 3,150 gr. y Apgar 8/9.

Otra paciente tuvo un óbito a las 26 semanas con malformaciones fetales, e interrumpido por vía vaginal. La última paciente presentó un aborto incompleto a las 10 semanas resuelto por legrado.

Todas las pacientes tuvieron una evolución adecuada hasta el puerperio mediato. Dos reiniciaron quimioterapia en el puerperio tardío.

TABLA No. 1

Relación de Embarazo y Cáncer Ginecológico

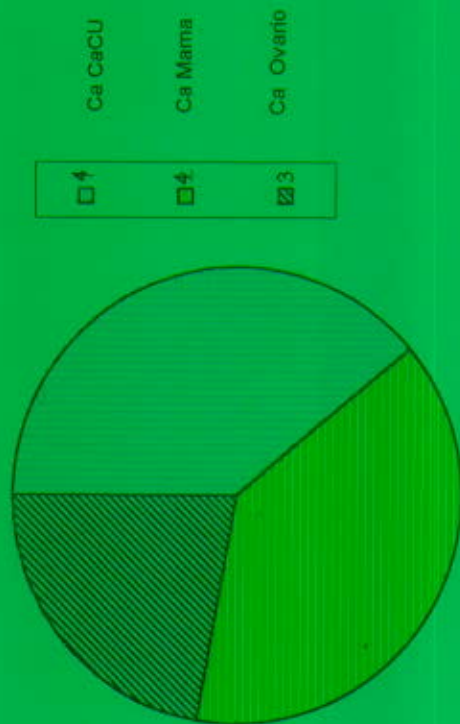


TABLA No. 2

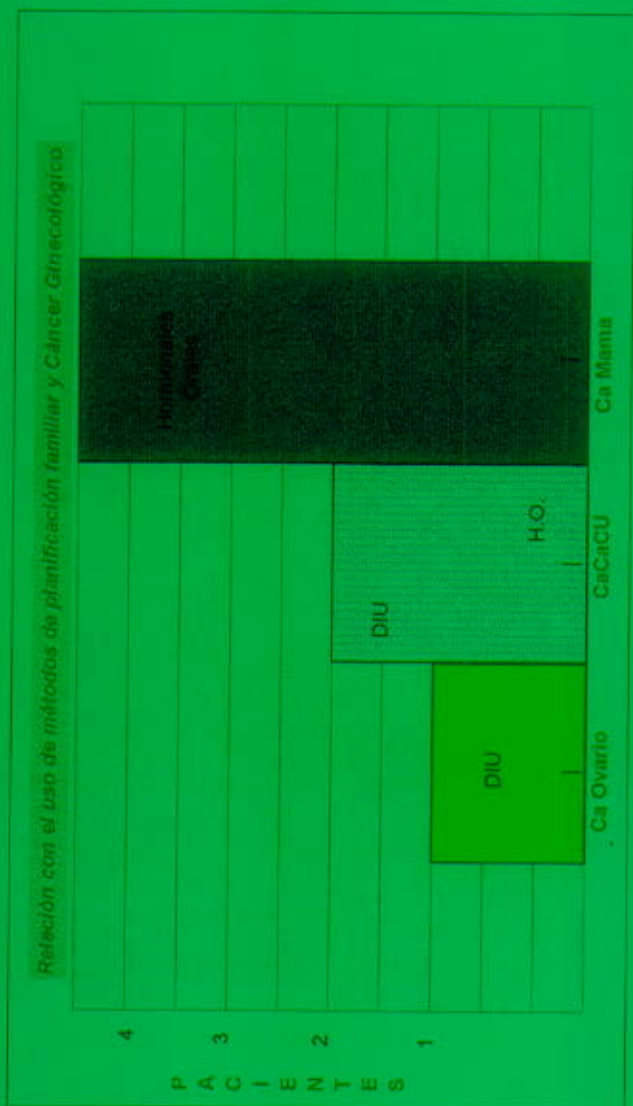


TABLA No. 3

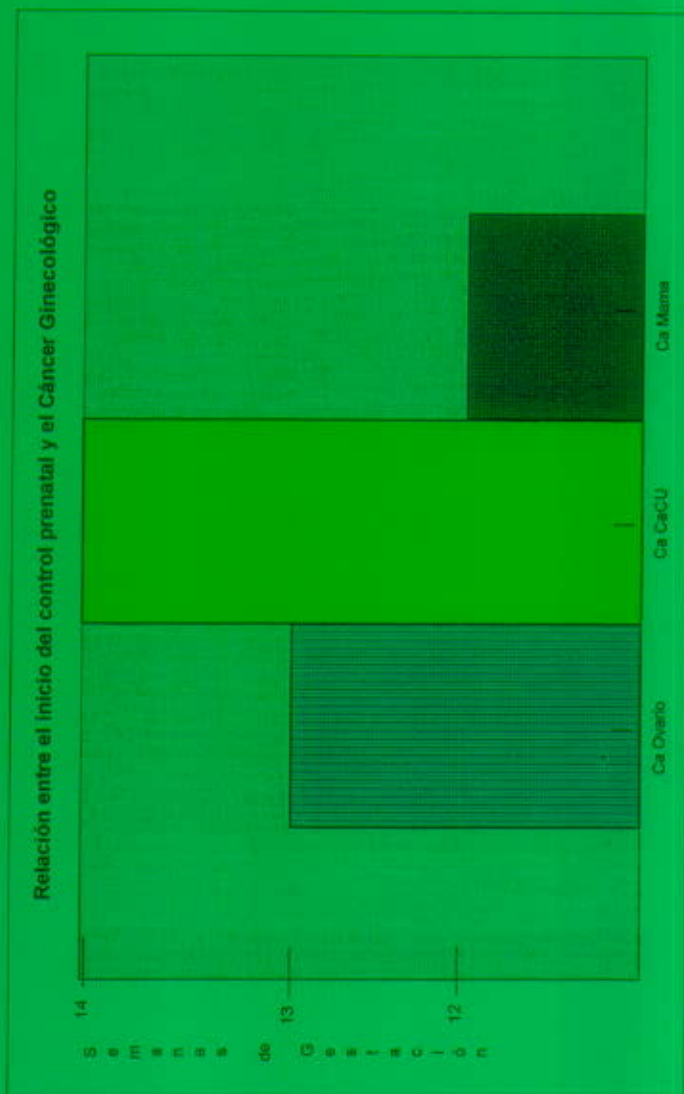
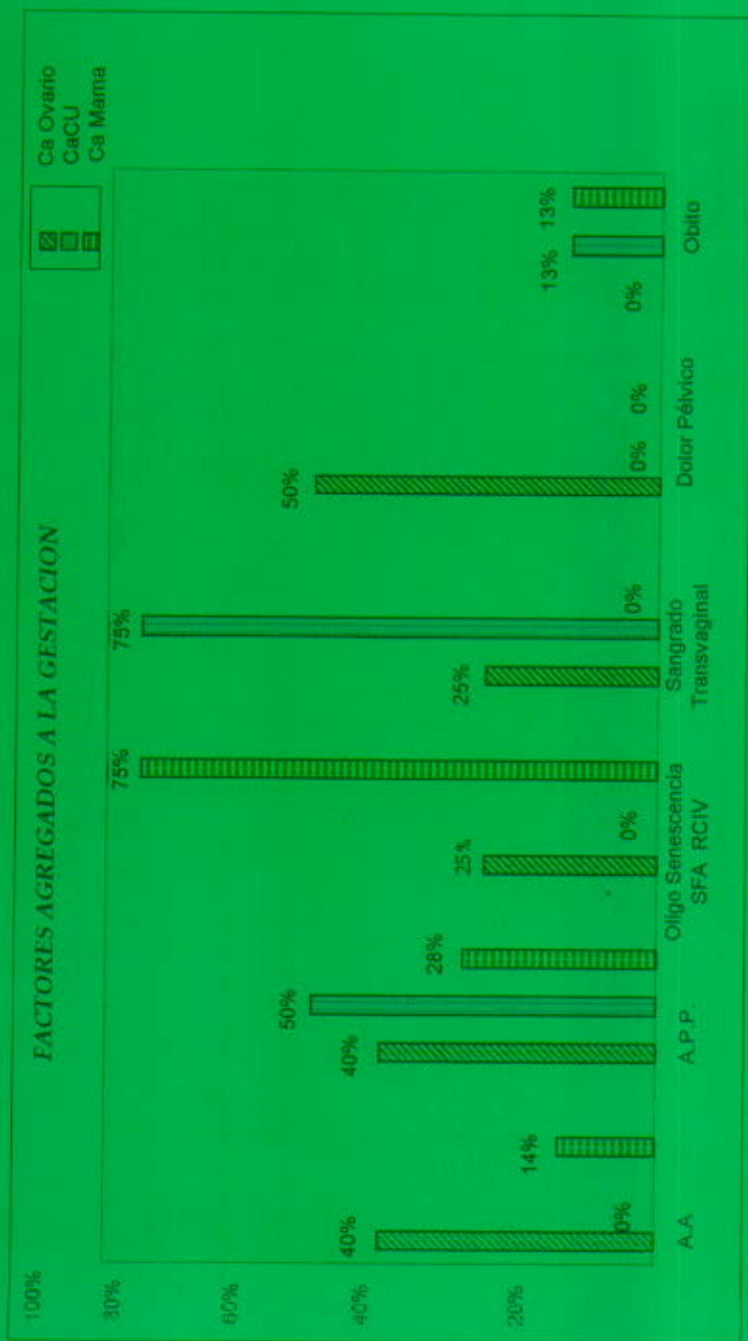
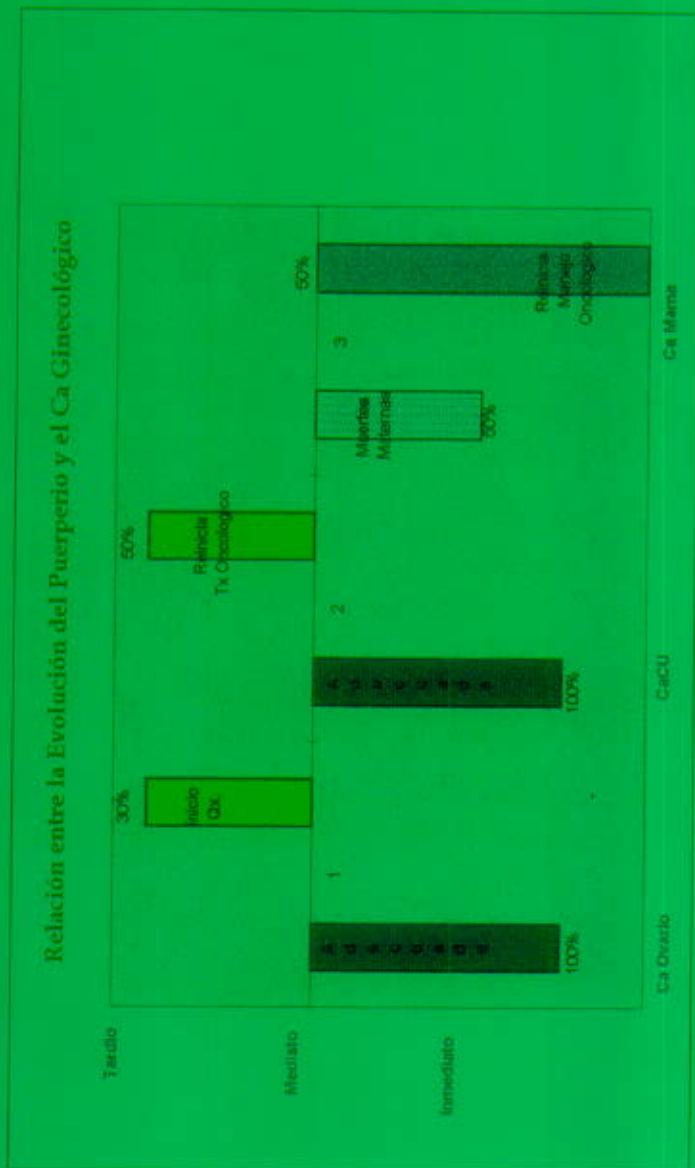


TABLA No. 4



A.A. = Amenaza de Aborto
 A.P.P. = Amenaza Parto Pretérmino
 S.F.A. = Sufrimiento Fetal Agudo.
 R.C.I.U. = Retardo en el Crecimiento Intrauterino.

TABLA No. 5



“ IV ANALISIS “

Las pacientes captadas durante 5 años, demuestran una incidencia similar a la reportada en la literatura. Si tomamos en cuenta que en este hospital solo manejamos el cáncer de tipo ginecológico, podemos darnos cuenta que el cáncer de mama sigue imponiéndose dentro de las neoplasias ginecológicas y nos damos cuenta además que el cáncer cervicouterino también marca un importante número de pacientes.

Las pacientes se encuentran en la tercera década de la vida, con antecedentes obstétricos aparentemente sin importancia y por lo regular con dos o más hijos vivos.

La mayor parte de ellas manejó algún control de fertilidad, antes o desde el momento de diagnosticarse la neoplasia, lo que es importante mencionar ya que las gestaciones que se presentaron ya con una neoplasia instalada, no fueron un descuido.

La mayor parte de las pacientes conocían su enfermedad y los riesgos que lleva el agregar a esto, un embarazo.

El tiempo de establecido el diagnóstico y manejo oncológico realmente es breve hasta el momento de captar la gestación, lo que llama la atención por el hecho de pensar que fue un embarazo deseado y conociendo todos los pormenores, ya que todas las pacientes pospusieron su manejo hasta resuelto el embarazo, a pesar de explicarsele que ni la quimioterapia ni el manejo quirúrgico (cono, excéresis), comprometería la gestación

En el cáncer de mama, las pacientes fueron captadas en una etapa clínica avanzada, lo que nos hace pensar que a la paciente le era indiferente cualquier sugerencia en cuanto a un control definitivo de fertilidad, ya que obviamente la evolución se vio entorpecida y un final fatal.

La mayor parte de las pacientes ameritaron internamientos, previos y sí fueron determinantes en cuanto a decidir la progresión o interrupción de la gestación y la vía se decidió dependiendo de las condiciones maternas y obstétricas.

La mayoría fueron productos vivos, pero se presentaron productos pretérminos y óbitos. Los embarazos pretérminos se interrumpieron básicamente por que se encontraba algún factor agregado a la gestación como fue el oligohidramnios, el RCIU, la senescencia placentaria, además de las malformaciones.

Se presentó un número reducido de malformaciones que, si revisamos la literatura, la quimioterapia no fue causa condicionante. Así mismo fueron malformaciones incompatibles con la vida y se detectaron en embarazos pequeños.

La fase más importante y sobresaliente fue el período puerperal en donde fue determinante la evolución dependiendo el tipo de cáncer Asociado y notamos que las pacientes con peor evolución fueron las que tenían Ca de mama, ya que por la misma fase terminal presentaron severas complicaciones.

El resto de las pacientes al parecer tuvo una evolución satisfactoria hasta el puerperio mediato, a partir del cual se reinstaló el manejo Oncológico o se valoró progresión de la enfermedad. En la mayor parte de ellas la etapa clínica no se modificó.

V. CONCLUSIONES

Hoy en día, el hecho de encontrar la gestación asociada a algún tipo de neoplasia ha venido a ser más frecuente; sin rebasar las estadísticas mencionadas en la literatura.

La presencia de nuevos casos quizás se deban a la mejor captación, detección y seguimiento de este tipo de pacientes en los hospitales como lo es el Centro Médico "La Raza".

Lo que si es evidente, es que en los últimos años la detección de estas pacientes ha sido más oportuna, lo que ha mejorado la atención médica, ya que las etapas, tanto del embarazo como de la enfermedad, nos permiten ofrecer mejores expectativas.

La edad que incluye a este tipo de pacientes, en general no se encuentra dentro del rango expuesto a cualquier tipo de neoplasia, pero no por ello no debe dejar de sospecharse en las mujeres jóvenes.

El reporte de la investigación engloba pacientes de la tercera década de la vida, es decir en la etapa reproductiva de la mujer.

La agresividad de este tipo de enfermedades, no va en relación a la edad de la paciente, sino a la estirpe y etapa clínica en que se detecte, y es por esto que el manejo debe inclinarse apenas se cuente con el diagnóstico histológico.

En el caso de la mujer embarazada, siempre existirá la duda e incertidumbre de iniciar o no un manejo Oncológico, el perjuicio en la madre o, feto en el caso de iniciarlo o suspenderlo, y sobre todo el pronóstico a corto plazo, aunado a las secuelas.

Esta revisión muestra el comportamiento y evolución de este tipo de pacientes y más que nada recalca la importancia de establecer y llevar a cabo un manejo oncológico, más que nada para el bienestar materno; y obviamente observamos que las complicaciones en el producto son mínimas, pero no por esto inocuas.

Desgraciadamente, el simple hecho de un cáncer implicado en el proceso de la gestación, así como su agresividad lleva consigo un comportamiento sombrío y esto mismo condiciona que la paciente y los mismos familiares rechacen el manejo en este momento o en todo caso proponerlo hasta concluido el embarazo. Esta es una razón más por la cual, el pronóstico materno se ha visto empeorado.

Otro punto importante de mencionar, es que se nota una alta frecuencia de internamientos por causa obstétrica, los cuales son determinantes para la interrupción o continuación de la gestación.

La mayoría de las causas de dichos internamientos, son secundarias a los mismos efectos de la enfermedad coexistente. El manejo que se pueda ofrecer para resolver estas complicaciones en su mayoría solo serán conservadores con la finalidad de no deteriorar las condiciones maternas.

La vía de interrupción de la gestación en su mayoría será por vía abdominal, y esto enfocado a lo antes mencionado y porque habrá factores como el sangrado transvaginal, que así lo ameriten; sin olvidar los factores obstétricos.

Y por último mencionaremos la importancia que tiene el período puerperal en estas pacientes, como una etapa crítica y decisiva en cuanto al reinicio o instalación del manejo Oncológico, además de definir las condiciones en que se encuentra la paciente posterior a la interrupción de la gestación

Nosotros como ginecoobstetras debemos conocer y manejar a la embarazada y cualquier enfermedad agregadas. Sin embargo el embarazo asociado a algún tipo de cáncer ginecológico debemos dominarlo a la perfección ya que en alguna ocasión se nos presentará, y es conveniente que ante todo brindemos confianza y apoyo tanto a la paciente como a los familiares y que vean en nosotros no sólo al médico sino a la persona que resolvera sus dudas y podrá implantar el manejo más conveniente, dependiendo de las condiciones del binomio y por el binomio, con la verdad por delante y con el firme propósito de ofrecer lo mejor para los dos.

VI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Doll DC Ringenberg s, Managerment of cáncer durind pregnancy. Arch Intern Med. 1988;148:2058-64.
2. Hugh RK. Barber MD. Manual de Oncología Médica. Interamericana, 2ª. ed, México D.F., 1989 70-88.
3. Koren g. Weiner L, Lishner M. Cáncer in pregnancy:identification of unanswered questions on maternal and risks. Obstet. Gynecol Surv, 1990;45(8):509-14.
4. DiSaia PJ. Creasman WT. Oncología Ginecológica Médica. 4ª. ed, 1994 Interamericana: 531-74.
5. Normas y Procedimientos de Obstetricia y Ginecología, Subdirección General Médica, 1990:N.O. 40-1, 40-9.
6. Fiorelli RS. Alfaro RH. Complicaciones Médicas en el embarazo. 1a ed. 1996, interamericana:363-90.
7. Regenbrecht ME, Kopcke W. Carcinoma of the cervix and pregnancy. Int J Gynecol Obstet, 1990; 31: 317-23.
8. Hannigan EV. Cervical cáncer in pregnancy. Clin Obstet Gynecol, 1990;33:837-45.
9. Bernal BS, Cosío AM. Carcinoma microinvasor del cérvix. Tratamiento. Ginecol Obstet Mex, 1986;54:290-93.
10. Ashkenazy M. Kessler I, Czernobilsky B. Ovarian tumors in pregnancy. Int Gynecol Obstet, 1998;27:79-83.
11. Bornavon T, Wallack MK. Management of the pregnant patiat with carcinoma of the breast. Surg Gynecol Obstet, 1990;171:347-52