

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES.

"CANCER CERVICOUTERINO Y
EMBARAZO"

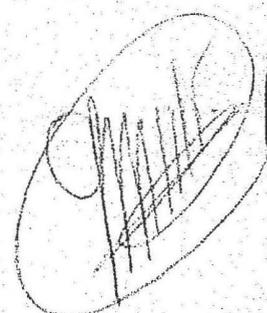
TESIS QUE SUSTENTA EL
DR. RODOLFO REYES PEREZ,
PARA OBTENER EL GRADO DE ESPE-
CIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA.

ASESOR: DR. LAUREANO MARTINEZ
SALMON.

HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE SALUBRIDAD Y ASISTENCIA.

MEXICO, D. F.

DICIEMBRE 1975.

W.B.




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.

MI PROFUNDO AGRADECIMIENTO AL HONORABLE JURADO POR LA OPORTUNIDAD QUE ME BRINDA PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN GINECOOBSTETRICIA, PONIENDO A SU RECTO JUICIO MI TRABAJO RECEPCIONAL Y EL EXAMEN QUE SUSTENTARE ANTE USTEDES.

MAESTROS:

DR. JORGE CANALES FLORES

DR. LAUREANO MARTINEZ SALMON

DR. IVES LERDY MORISSEAU

DR. HUMBERTO MORENO B

DR. JOEL RIZO S

DOY A USTEDES LAS GRACIAS POR ESTA
GRAN OPORTUNIDAD

GRACIAS A DIOS POR HABERME SOSTENIDO SIEMPRE, ESPERO
SEA GUIADO SIEMPRE POR EL.

"crea en mí, oh Dios, un
corazón limpio; y renueva
un espíritu recto dentro
de mí".

(Salmo LIX)

"aunque ande en valle de
sombra de muerte, no te
meré mal alguno; porque
Tú estarás conmigo; tu
vara y tu cayado me in
fundirán aliento".

(Salmo XXIII:IV)

A MIS QUERIDOS PADRES:

JOSE ALBERTO Y ANGELINA

A quienes debo mucho en la vida.

A MIS QUERIDOS HERMANOS:

HECTOR

ALBERTO

EVANGELINA

HERMELINDA

A MI QUERIDA ESPOSA:

ADA.

Por su gran ayuda y para que

Dios nos siga uniendo más.

A MIS QUERIDAS HIJAS:

ORPHA SYLVIA

BRENDA LAURA

ANNA LUISA

Para que Dios las guíe en Su camino.

A MIS ESTIMADOS AMIGOS Y COMPAÑEROS:

DR. ARMANDO CEBALLOS FERNANDEZ

DR. JOSE ALBERTO BAEZA PALACIOS

DR. JUAN EMILIO LOPEZ CHONG

Porque el progreso sea siempre nuestro lema.

A MIS AMIGOS Y COLEGAS:

DR. JORGE CANALES FLORES

DR. ARTURO ZARATE SANTAMARIA

DR. IGNACIO MARTINI ORTIZ

A TODOS MIS MAESTROS, COMPAÑEROS RESIDENTES Y A MI
QUERIDO HOSPITAL DE LA MUJER;

esperando trabajar con
ahínco y proyectarlo con nuestro
empeño y dedicación científica a
las alturas deseadas.

C O N T E N I D O

1 INTRODUCCION

2 MATERIAL Y METODOS

3 RESULTADOS

4 COMENTARIO

5 CONCLUSIONES

6 BIBLIOGRAFIA

I N T R O D U C C I O N

El problema del Cáncer Cérvico-uterino durante la gestación no es diferente básicamente del Cáncer cervical en cualquier otra situación clínica, constituyendo las facetas principales la Prevención, el Diagnóstico precoz y al Tratamiento óptimo durante los diferentes estadios del proceso neoplásico. La gestación introduce otra faceta, a través del planteamiento de dos problemas: Influye el embarazo en la marcha del proceso neoplásico?, cual es el mejor método de tratamiento en cada trimestre del embarazo? A causa de los cambios de los epitelios escamoso y columnar inducidos por la gestación, Nesbitt y Hellman sugieren que se precisa la máxima cautela antes de diagnosticar este tipo de proceso a lo largo del embarazo. Epperson y Cols. informan que cinco lesiones calificadas como carcinoma "in situ" coinciden que, desaparecieron espontáneamente al término de éste. Dichos autores llegan a la conclusión de que en la gestación tienen lugar cambios celulares específicos, sin que sea necesario tratamiento alguno para que regresen tras el parto. Greens y Cols. en cambio presentan datos opuestos a tal hipótesis, al encontrar Carcinoma "in situ" en 14 pacientes embarazadas, en 12 pacientes habían focos residuales "in situ" durante el embarazo, averiguando que cuatro de las 20 biopsias previas a la gestación revelaban ya el Carcinoma "in situ"; en siete pacientes, la lesión estaba presente en las biopsias después del parto. Según éstos autores la edad promedio es de 33 años y el promedio de paridad, de cinco. El diagnóstico

se facilitó por inspección directa con el espéculo, biopsia y la citología vaginal; la mayoría de los procesos neoplásicos eran de células escamosas y moderadamente bien diferenciadas en éstas series de los autores antes mencionados.

Greene y Marsch han concluido que hay ciertos cambios, como metaplasia-hiperplasia glandular e hiperactividad de la célula basal, que a menudo se producen durante la gestación, pero que los cambios neoplásicos o displásicos específicos no dependen -- del estado del embarazo. Kistner coincide con dicha opinión y sugiere que una paciente embarazada debe ser estudiada tan meticulosamente como otra paciente que no lo esté.

Ahora bien, los medios diagnósticos para la detección del Cáncer "in situ" y Embarazo deben estar encaminados a la detección de lesiones sospechosas del cérvix en etapas más tempranas ya que mujeres con displasia benigna dejan de presentarla después del embarazo; los procedimientos diagnósticos son:

- 1.- COLPOCITOLOGIA; puede dar más del 75% de datos positivos y éstos complementar se con otros procedimientos.
- 2.- FLUORESCENCIA CELULAR; sus efectos son semejantes a la colpocitología.
- 3.- COLPOSCOPIA; que en manos diestras fácilmente detecta alteraciones patológicas del epitelio cervical. Debe siempre usarse después del estudio colpocitológico.
- 4.- COLPOMICROSCOPIA; es un procedimiento que complementa al anterior.
- 5.- Después de éstos métodos no cruentos se impone la comprobación histológica con la BIOPSIA, CONIZACION CERVICAL, o la HISTERECTOMIA TOTAL SIMPLE.

La Biopsia horaria por regla general no debe hacerse en pacientes con colpocitología sospechosa con ausencia de lesión, pero puede ser orientada por la prueba de Schiller. Los inconvenientes de la biopsia es que es insuficiente para detectar neoplasias en un 50% de los casos estudiados.

La Conización, tiene las ventajas de poder localizar lesiones casi siempre multicéntricas y algunas de ellas infiltrantes. Las indicaciones para éste método diagnóstico son: frotis persistentemente positivos, biopsia con displasia severa o grave o Cáncer "in situ".

Complicaciones frecuentes de los métodos diagnósticos cruentos: hemorragia inmediata, infección, aborto o desencadenamiento de parto prematuro, incompetencia ístmico-cervical o estenosis del orificio interno. Por lo tanto la conización no es aconsejable en el primer trimestre por la alta frecuencia de abortos, la hemorragia y la ruptura prematura de las membranas ovulares, aunque sin embargo si es necesario practicar dicho procedimiento -- diagnóstico se DEBE practicar éste con los cuidados más extremos y en manos de personas con mucha experiencia en éste tipo de cirugía menor a nivel cervical.

Después de la 24ava semana de gestación, la conización puede practicarse en cualquier momento hasta que el cuello comienza a madurar, para evitar hemorragias cervicales se puede practicar la Operación de Espinoza Flores (cerclaje cervical) con cinta de mersilene y retirarse ésta al terminar la gestación ó en el desencadenamiento del trabajo de parto (ésta modificación a la conización es un aporte de la experiencia personal de Canales Flores y Colaboradores).

El diagnóstico diferencial en los primeros meses de la gestación se hará con el ectropión, cuyo aspecto se modifica en las gestantes adquiriendo características muy semejantes a las de una neoplasia que se inicia, de ahí que la biopsia es de rigor. También debe hacerse diagnóstico diferencial con una amenaza de aborto, que es fácil cuando la neoplasia es exocervical y se observa con el espéculo, más difícil si se trata de un carcinoma endocervical; en la segunda mitad del embarazo se planteará el diagnóstico diferencial con la Placenta previa o el Desprendimiento parcial de la placenta normalmente insertada. No se está aún debidamente de acuerdo de si la gestación acelera o no el desarrollo del Carcinoma, pero en cambio no hay duda de que el puerperio actúa muy desfavorablemente sobre su evolución.

El tratamiento del Carcinoma "in situ" durante el embarazo es siempre conservador. No hay necesidad de cirugía precipitada o urgente cuando se ha desechado la posibilidad de un Carcinoma invasivo por los métodos adecuados. La escuela americana recomienda dejar seguir el curso del embarazo a término bajo supervisión estrecha, permitir el parto por vía vaginal y hacer una revalorización de la lesión en el período de post-partum, pudiéndose efectuar conización cervical o la cauterización terapéutica según el diagnóstico que se establezca en ese momento; si la paciente es de edad avanzada, con varios hijos y, especialmente si se ha encontrado la lesión alta en el conducto endocervical, está indicada la histerectomía con un buen manguito vaginal. En manos experimentadas y con el diagnóstico correcto, el promedio de curación del Carcinoma "in situ" del cuello uterino debe ser

.....del 100%, menos que eso está indicando que el tratamiento es
tuvo mal llevado o que el diagnóstico fué erróneo. Después del --
tratamiento quirúrgico, todas las pacientes deben ser controladas
indefinidamente con estudios citológicos repetidos.

El tratamiento del Carcinoma microinvasor o invasor del cu
llo uterino son hasta la fecha la radioterapia y la cirugía los --
que dan mejores resultados y una sobrevivida mayor para las pacien-
tes, la hormona y quimioterapia no han demostrado tener ningún --
efecto en ésta forma de Cáncer y su valor paliativo es muy inciar
to y limitado.

A pesar del resurgimiento quirúrgico en el tratamiento del -
Cáncer cérvico-uterino invasor, los resultados de la cirugía actual
no son superiores a los de la radioterapia; ésta se considera en
la actualidad como el agente terapéutico de elección en todos los
estadios del Cáncer cérvico-uterino con excepción del estadio cero
y algunos carcinomas en etapa I microinvasores.

La mayor parte de los centros oncológicos mundiales y naciona
les consideran en la actualidad que el tratamiento del Cáncer cér
vico-uterino invasor debe ser fundamentalmente radioterapéutico,
con indicaciones quirúrgicas precisas y limitadas. La decisión te
rapéutica en cada caso particular deberá hacerse por un grupo for
mado por cirujano ginecólogo y el radioterapeuta con amplia expe
riencia oncológica, así como el obstetra.

El presente trabajo se hace para valorar los medios diagnós-
ticos, plan de tratamiento y la evolución clínica post-tratamien-
to de las pacientes en las que se han puesto en práctica los con
cimientos acerca del problema de Embarazo y Cáncer cérvico-uteri-
no en etapas tempranas manejadas en el Depto. de Oncología de nues
tro Hospital.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se estudiaron diez y seis pacientes que ingresaron a la Consulta Externa del Dept o. de Oncología del Hospital de la Mujer, de la Secretaría de Salubridad y Asistencia en un lapso de tiempo - comprendido de enero de 1966 a diciembre de 1975, procedentes de la Consulta Externa de Ginecoobstetricia con diagnóstico de embarazo temprano y probable neoplasia cervical o sospecha de la misma.

Se analizaron los siguientes parámetros;

- a) Edad de la paciente.
- b) Antecedentes ginecoobstétricos.
- c) Gestaciones.
- d) Paridad.
- e) Antecedentes de abortos y cesáreas.
- f) Amenorrea por embarazo.
- g) Diagnóstico clínico.
- h) Estudios colpositológicos.
- i) Biopsia cervical.
- j) Resolución del embarazo.
- k) Evolución postpartum.
- l) Tratamiento postpartum.

R E S U L T A D O S

En el lapso de tiempo del presente estudio fueron tratadas por el Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital de la Mujer de la Secretaría de Salubridad y Asistencia 135,304 pacientes de las cuales trece fueron remitidas al Depto. de Oncología para su evaluación, estudio y plan de tratamiento; las otras tres pacientes se presentaron al Servicio de Urgencias con cuadro clínico de embarazo a término y sospecha de Carcinoma invasor del cuello uterino. En los siguientes cuadros se puede observar las características de las pacientes estudiadas según los parámetros establecidos previamente.

C U A D R O No. I

Relación de edades de las pacientes en que se presentó el cuadro neoplásico asociado al embarazo:

Períodos: (años)	Pacientes: (número)
a) 16 - 20	1
b) 21 - 25	0
c) 26 - 30	1
d) 31 - 35	6
e) 36 - 40	4
f) 41 - 45	4

Como se puede ver en el cuadro No. I la mayor incidencia estuvo comprendida entre los años 31 - 35 con seis casos. La menor incidencia fué de una paciente entre los 16 - 20 - 26 - 30 años de edad. La paciente más joven fué de 20 años, la de más edad fué de 45 - años de edad.

C U A D R O No. II

Relación de los antecedentes Ginecoobstétricos; menarquia y - vida sexual activa.

Pacientes:	Menarquias: (años)	Vida Sexual Activa (años)
1	15	18
2	12	15
3	12	14
4	12	16
5	13	20
6	14	16
7	13	16
8	13	14
9	11	14
10	15	15
11	14	22
12	11	18
13	14	17
14	12	17
15	13	19
16	13	17

Como se puede observar en el cuadro anterior en lo referente a la menarquia, ésta se presentó entre los 12 y 15 años de edad lo que en nuestro medio se puede considerar dentro de límites normales; por lo que toca al inicio de las relaciones sexuales, éstas se llevaron a cabo en edades que van de los 14 a los 20 años, en la mayoría de las pacientes; solo una paciente las inició a los 22 años de edad, - esto nos puede orientar y hacer pensar en el factor carcinogénico que tiene el dato del inicio de la vida sexual en etapas tempranas - en la vida de toda mujer.

C U A D R O No. III

Relación de Gestaciones y Paridad.

Gestaciones:	Pacientes:
a) De I - V	3
b) De VI - X	10
c) De XI - XV	2
d) De XVI - XX	1
Paridad:	Pacientes:
a) De I - V	6
b) De VI - X	9
c) De XI - XV	1

Como podemos observar en el cuadro anterior la mayor incidencia - de pacientes ocurrió entre seis y diez embarazos y partos con diez y nueve respectivamente, pudiendo concluir que en mayor número de gestaciones y partos hay una tendencia mayor de presentarse la - neoplasia cervical como un agente o factor desencadenante.

C U A D R O No. IV

Relación de abortos y cesáreas.

Abortos:	Pacientes:
a) Ninguno	5
b) De I - V	11

Cesáreas: Dos pacientes presentaron antecedentes de una cesárea anterior.

C U A D R O No. V

Relación de la Amenorrea en semanas y Diagnóstico de cáncer -
cervico-uterino;

Amenorrea: (semanas)	Pacientes:
a) De 5 - 10	2
b) De 11 - 20	5
c) De 21 - 25	3
d) De 26 - 30	2
e) De 31 - 35	1
f) De 36 - 40	3

La paciente con embarazo más incipiente fué la que tenía 7 se-
manas de amenorrea; la que presentó embarazo más avanzado fué con
40 semanas. La mayor incidencia de diagnóstico de Cáncer cervico-
uterino y Embarazo estuvo en pacientes entre la 11ava y 20ava se-
manas con un total de cinco pacientes. La menor incidencia fué en-
tre las 31 y 35 semanas de amenorrea con un caso.

C U A D R O No. VI

Relación de antecedentes maternos de importancia:

- a) Tres pacientes con antecedentes neoplásicos familiares.
(Madres con Cáncer cérvico-uterino).
- b) Una paciente con antecedente de cesárea anterior corporal por Cáncer cérvico-uterino "in situ" (practicada en nuestro Hospital). No acudió a control en la Consulta Externa del Depto. de Oncología, y cuando se presentó nuevamente presentaba un embarazo de 27 semanas, fué controlada obstétricamente y operada con cesárea corporal.
- c) Dos pacientes presentaron antecedentes de sangrados vaginales trans y postcoitales.

Como podemos observar en el cuadro anterior tanto los antecedentes como el cuadro clínico fué muy pobre en síntomas y signos por lo tanto no se puede concluir que necesariamente se deben presentar éstos para así sospechar en un cuadro neoplásico.

C U A D R O No. VII

Relación de pacientes con fecha de Amenorrea y Colpocitologías practicadas y su resultado:

Pacientes:	Amenorrea: (semanas)	Colpocitología: (resultados)
1	38.5	positivo V
2	37	no se practicó
3	26	positivo V
4	13	positivo V
5	40	no se practicó
6	32	sospechoso
7	22	no se practicó
8	18	positivo IV
9	17	positivo IV
10	23	positivo V
11	22	sospechoso
12	7	positivo IV
13	12	sospechoso
14	8	positivo V
15	27	positivo IV
16	15	negativo II

Observamos que en el cuadro anterior nos muestra que solo en tres pacientes no se practicó éste método diagnóstico no cuento dadas las condiciones obstétricas, en otras tres pacientes el resultado fué sospechoso no pudiendo precisar la positividad al proceso neoplásico, sin embargo se corroboró dicho diagnóstico mediante la biopsia cervical como se puede ver en el cuadro siguiente.

C U A D R O No. VIII

Relación de pacientes con lafacha de amenorrea y Biopsia cer-
vical con los hallazgos histopatológicos:

Pacientes:	Amenorrea: (semanas)	Biopsia, reporte histopatológico:
1	38.5	Ca intraepitelial del endocérvix
2	37	Ca epidermoide medianamente dife- renciado
3	26	Ca epidermoide bien diferenciado, ulcerado y lesión inflamatoria
4	13	Ca epidermoide bien diferenciado
5	40	Ca epidermoide medianamente dife- renciado, ulcerado e infectado
6	32	Ca epidermoide poco diferenciado
7	22	Ca epidermoide medianamente dife- renciado, ulcerado e infectado
8	18	Ca epidermoide medianamente dife- renciado, ulcerado e infectado
9	17	Ca epidermoide poco diferenciado, amplias zonas de necrosis
10	23	Ca epidermoide invasor medianamen- te diferenciado
11	22	Ca epidermoide medianamente dife- renciado
12	7	Ca epidermoide invasor medianamen- te diferenciado, ulcerado y con lesión inflamatoria crónica
13	12	Ca epidermoide invasor medianamen- te diferenciado
14	8	Ca epidermoide invasor medianamen- te diferenciado
15	27	No se practicó biopsia
16	15	Ca intraepitelial

En el cuadro anterior observamos que dos pacientes presentaron reportes histopatológicos de cáncer intraepitelial, cuatro pacientes con cáncer epidermoide invasor medianamente diferenciado, nueve pacientes con reporte de carcinoma epidermoide bien, poco o medianamente diferenciado algunos con lesión inflamatoria o ulcerada y en una sola paciente no se practicó dicho procedimiento diagnóstico que es la que corresponde a la paciente que tenía antecedente de cesárea corporal previa por presentar cáncer cérvico-uterino y no se presentó a control postoperatorio en el Depto. de Oncología presentándose posteriormente con amenorrea de 27 semanas, se le practicó colpocitologías repetidas con resultado de "positivo IV" es por esto que tal vez no se hizo éste método diagnóstico cruento en ésta paciente.

De lo anterior se puede concluir que podemos clasificar los casos estudiados en el presente trabajo según la clasificación recomendada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (Viena, 1961) en la manera siguiente:

- a) Once pacientes con Carcinoma "in situ" o Preinvasor, Estadío 0.
- b) Cuatro pacientes con Carcinoma invasor o Estadío I (a ó b).
- c) Una paciente (la que no se le practicó biopsia) con diagnóstico de Cáncer cérvico-uterino sin especificar Estadío.

Lo anteriormente citado es de suma importancia porque dependiendo del estado de la neoplasia cervical aunado al embarazo será la conducta ginecoobstétrica y oncológica de dicha paciente, pues no es lo mismo estar ante un Cáncer "in situ" o Estadío cero que estar ante un cuadro clínico de Cáncer invasor cervical y embarazo, la conducta difiere ostensiblemente una de otra, pues en el estadío cero es permisible la atención del parto por vía vaginal ya que se ha comprobado que no hay diseminaciones tanto hemáticas o linfáticas a nin

.....gún territorio cercano o lejano del organismo, en cambio si se trata de un cáncer invasor asociado a embarazo la conducta obstétrica es diferente, se debe resolver dicho parto mediante operación cesárea corporal y en el postoperatorio mediato efectuar conización cervical o programar histerectomía total con un buen manguito vaginal y así evitar la metastasización hemática o linfática.

C U A D R O No. IX

Resolución del embarazo:

Pacientes:	Amenorreas:	Resolución:
1	38.5	Cesárea fúndica
2	37	Cesárea Beck
3	26	Parto vaginal (snatorio particular)
4	13	Cesárea Beck
5	40	Parto vaginal en nuestro Hospital (período expulsivo)
6	32	Cesárea corporal
7	22	Cesárea corporal
8	18	Parto prematuro fortuito
9	17	Cesárea corporal
10	23	Cesárea clásica (Pomeroy)
11	22	Cesárea clásica (Pomeroy)
12	7	Aborto incompleto, legrado
13	12	Aborto incompleto, legrado
14	8	Aborto incompleto, legrado
15	27	Cesárea corporal
16	15	Parto prematuro

Si comparamos el cuadro IX con el comentario a los reportes histopatológicos del cuadro VIII veremos que hay discrepancia en el manejo tanto obstétrico como oncológico de las pacientes estudiadas, -pues tanto las pacientes 1, 2, 4, 6, 7, y 9 se les hubiese permitido el parto por vía vaginal ya que están dentro de la clasificación de Cáncer cérvico-uterino estadio cero y no fué así ignorando la causa de la intervención quirúrgica practicada.

C U A D R O No. X

Relación del Tratamiento post-partum:

Paciente:	Resolución del embarazo:	Tratamiento post-partum:
1	cesárea fúndica	histerectomía
2	cesárea Beck	radiumterapia
3	parto vaginal	defunción por shock séptico
4	cesárea Beck	histerectomía con SOB
5	parto vaginal	no acudió a control en C E
6	cesárea corporal	radiumterapia
7	cesárea corporal	nefrostomía por Ca invasivo
8	parto prematuro	radiumterapia
9	cesárea corporal	radiumterapia
10	cesárea clásica	radiumterapia, defunción
11	cesárea clásica	histerectomía y radiumterapia
12	aborto y legrado	radiumterapia
13	aborto y legrado	radiumterapia
14	aborto y legrado	radiumterapia antes del aborto
15	cesárea corporal	no acudió a radiumterapia
16	parto prematuro	no acudió a radiumterapia

Como podemos observar en el cuadro anterior, se practicaron tres histerectomías en las pacientes 1, 4, y 11 indicadas por la gran multiparidad y la edad de la paciente; sin embargo se ignora el porqué de la conducta seguida en la paciente 14 a la que se le administró radioterapia estando la paciente con embarazo de ocho semanas de amenorrea un mes antes de abortar y posteriormente al legrado uterino se le aplicó una segunda sesión de radioterapia.

La paciente 7 se le practicó cesárea corporal y posteriormente a los cuatro meses se le hizo nefrostomía derecha por presentar invasión metastásica a dicho riñón.

La paciente 10 falleció después de la segunda sesión de radioterapia por presentar embolismo pulmonar.

Solo hubo tres pacientes que a pesar de su resolución del parto y su cita para valoración de tratamiento con radioterapia no se presentaron en Consulta Externa para dicha valoración ignorándose el estado actual de éstas pacientes.

Del presente trabajo se deduce que la entidad clínica del Cáncer cérvico-uterino asociado al embarazo es poco frecuente, estando de acuerdo nuestra incidencia con los reportes de la literatura nacional y mundial, así como también en lo referente a la detección temprana por medios no cruentos (colpocitología) y cruentos (biopsia cervical) quedando solo por resolver la pregunta del porqué no se practicaron conizaciones cervicales en ningún caso, que como ya lo citamos en la hoja No. 3, está plenamente indicado éste método cruento diagnóstico aún los riesgos de hemorragia, infección o desencadenamiento del trabajo de aborto o de parto que pudieran presentarse. Sólo queda por valorar la sobrevida de las pacientes de éste estudio, pues nueve de las 16 pacientes asisten esporádicamente a control colpocitológico, y cuatro de las demás no se han presentado a consulta externa.

C O M E N T A R I O

El problema del manejo desde el punto de vista clínico y terapéutico de una paciente embarazada con Carcinoma cérvico-uterino se debe resolver hoy en día como son resueltos todos los grandes problemas de la medicina actual, por una decisión en equipo; que en el caso presente que nos ocupa se hace obligada la intervención de un ginecoobstetra, de un cirujano oncólogo y de un radioterapeuta, que confronten sus opiniones y decisiones terapéuticas basadas en su experiencia personal, las pruebas de laboratorio y gabinete y así buscar el mayor beneficio para la paciente, y de ser posible, la obtención del producto de la concepción en óptimas condiciones.

C O N C L U S I O N E S

- 1.- Pacientes jóvenes, que tienen sus primeras experiencias sexuales a edad temprana y su primer parto antes de los 20 años de edad, y si son multipara con mayor razón, pueden presentar cuadro clínico de Embarazo asociado a Cáncer cérvico-uterino.
- 2.- Durante el embarazo existe la mejor oportunidad para la detección del Cáncer cérvico-uterino en sus etapas iniciales, que es la etapa realmente curable en un 80 - 100%.
- 3.- La paciente embarazada que empieza a notar sangrados vaginales - acude a la consulta médica con mayor prontitud que la no embarazada y es aquí como se puede detectar con mayor facilidad el proceso neoplásico incipiente.
- 4.- Una exploración ginecológica adecuada e inuoca con la correcta - visualización cervical; toma de muestras para colpocitología, la biopsia cervical o la conización cervical nos permiten confirmar la presencia de neoplasia maligna del cuello uterino.

- 5.- El tratamiento del Carcinoma cérvico-uterino asociado al embarazo, se tiene que tomar muy en cuenta el estadio clínico evolutivo del proceso neoplásico y el tiempo de la amenorrea. Es sumamente importante la anuencia de la paciente con respecto al futuro del producto de la concepción.
- 6.- Debe haber una prevalencia del criterio del tratamiento del proceso neoplásico, muy independiente de las condiciones de la gestación asociada.
- 7.- En la segunda mitad del embarazo asociado con Cáncer cérvico-uterino se debe esperar la viabilidad del producto para normar la conducta a seguir dependiendo del estadio neoplásico y posteriormente nueva valoración mediante colpocitología y biopsia o conización cervical 6 - 8 semanas del parto y así determinar si se hace cirugía radical (histerectomía) o radiumterapia.

B I B L I O G R A F I A

- 1.- González G.J.: "Manejo de la enferma con Carcinoma "in situ" y - Embarazo". Ginec. Obst. Mex. 29:341;1971.
- 2.- Beutsellis J, Ullery J: "Intraepithelial carcinoma of the cervix in pregnancy". Am. J. Obstet. Gynaec. 90:593;1964.
- 3.- Leslie A, Kaufman R: "Diagnóstico y tratamiento de la displasia y el carcinoma "in situ" durante la gestación". Clin. Obstet. Gin. págs. 870, dic. 1967.
- 4.- Romo A, Ferral M: "Carcinoma "in situ" del cérvix en la edad de la procreación". Ginec. Obstet. Mex. 24:677;1968.
- 5.- Moore G, Wells R, Morton D: "Management of superficial cancer in pregnancy". Gynaec. Obstet. 27:307;1966.
- 6.- Schiffer M, Allen A, Greene H, Mackles A: "Abnormal cytology of the cervix in pregnancy". Am. J. Obstet. Gynaec. 102:597;1968.
- 7.- Gamez E, Schwinn Ch, Bulluck W, Varga A, Dunn J, Friedman H, - Weir J: "Cancer detection during pregnancy". Am. J. Obstet. -- Gynaec. 101:298;1968.
- 8.- Daskal J, Pitkin R: "Cone biopsy of the cervix during pregnancy". Obstet. Gynaec. 32:1;1968.
- 9.- Lunden F, Erikson C: "Prevalence of Intraepithelial Carcinoma of the Cervix in the early year of marriage". J. Nat. Cancer Inst. 35:581;1965.
- 10.- Green G: "Pregnancy following cervical carcinoma in situ". J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 73:697;1966.
- 11.- Mikuta J. y Cols. "Carcinoma in situ of the cervix associated with pregnancy". J.A.M.A. 204:105;1968.
- 12.- Schulman H, Ferguson J: "Comparison of the behavior of intraepithelial carcinoma of the cervix in the pregnant and the nonpregnant

-patient". Am.J.Obstet.Gynaec. 84:1497;1967.
- 13.- Hinde F; "Cervical biopsy in pregnancy". J.Obstet.Gynaec, Brit. Cwlth. 71:707;1964.
 - 14.- Mussey D, Decker D; "Management of patients with abnormal cervical cytologic findings during pregnancy". J.Obstet.Gynaec. 26:-566;1965.
 - 15.- Mussey E, Decker D; "Intraepithelial carcinoma of the cervix in association with pregnancy". Am. J. Obstet.Gynaec. 97:30;1967.
 - 16.- Foste R, Kauffman H, Skegland L, Tpek H; "Management of abnormal cytologic late in pregnancy". Am.J.Obstet.Gynaec.95:963;1966.
 - 17.- Wilbanks G, Richardt R; "Postpartum cervix and it's relation to cervical neoplasia". Cancer 19:273;1966.
 - 18.- Jones E, Varga A, Leff J, Schwinn Ch, Slate N, Wargin J, Bulluck W; "Efficiency of multiple biopsy for cancer detection during pregnancy". Obstet. Gynaec. 26:70;1965.
 - 19.- W. Pschyrembel; "Cáncer cervical y embarazo". Págs. 167. Ginecología Práctica. Ed. 1972.
 - 20.- Alfaro de la Vega, G; "Cancer cervicouterino y embarazo". Rev. Médica del Hosp. General, págs. 353-362, Nov-dic. 1953.
 - 21.- Zuckerman, C; "Cáncer uterino y embarazo. El problema ético". - Rev. Mex. de cirugía, Ginec. y cáncer. Oct. 1946.
 - 22.- Alvarez Amézquita, L. Zuckermann, C; "Tumores ginecopélvicos y embarazo". Manual de Cancerología básica, Campaña Nacional contra el Cáncer. Págs. 254-75. México, 1963.
 - 23.- Carranza García, L.V., Tenorio González, F;"Criterio de diagnóstico y tratamiento del Carcinoma cervicouterino intraepitelial". V Jornada Médica Bienal, cursos. Págs. 319-328. Mayo 1972.

- 24.- Gallegos Vargas, G. Guillón Abasolo, O: "Programa de diagnóstico oportuno del cáncer cervicouterino en el I.M.S.S." La prensa Médica Mexicana, año XXXV, mar-abr. 1970, Nos. 3 y 4.
- 25.- Bada Lugo, A: "Revisión bibliográfica de Carcinoma cérvicouterino". Trabajo recepcional, Esc. Sup. de Medicina, I.P.N. 1973.
- 26.- Carrillo Azcárate, L. y Correa Cedillo, J: "Cáncer genital y Embarazo". Cirugía y Cirujanos, enero 1954.
- 27.- Noriega Limón, J: "Carcinoma cervicouterino y Embarazo". Reporte sobre 13 casos. Ginec. y Obst. Mex. enero-feb. 1952.
- 28.- Epperson, J.W.W. y Cols: "The morphologic changes in the cervix during pregnancy, including intraepithelial carcinoma". Am. J. - Obstet. Gynaec. 61:50;1951.
- 29.- Greene, R.R. y Cols: "Preinvasive carcinoma of the cervix during pregnancy", Surg. Gynaec. Obstet. 96:71;1953.
- 30.- Kistner, R.W., Gorbach, A.C. and Smith, G.V: "Cervical cancer in pregnancy". Obstet. Gynaec. 9:554;1957.
- 31.- Kistner, R.W: "Detección de las neoplasias cervicales precoces". Tratado de Ginecología, págs. 151-184, Ed. Toray, 1973.
- 32.- Graham, J.C. y Ramírez Soto, E: "Detección del cáncer cervicouterino durante el embarazo". Ginec. y Obst. Mex. 15:374;1958.
- 33.- Kässer, O: "Curso y conducción del parto, incluido el período de alumbramiento". Ginecología y Obstetricia, Fundamentos, Patología Profilaxis, Diagnóstico, Terapéutica. Ed. Salvat, págs. 639-670. 2do. tomo. 1972.
- 34.- Herrera Lasso, F., Ramírez Soto, E. y Karchmer K.S: "Carcinoma - cervicouterino y embarazo, análisis de 15 casos". Rev. Semana Médica de México.
- 35.- Castelazo Ayala, L., Díaz Infante, A., García Noriega, J., Esprilla Miranda, D. y Noriega Limón, J: "Cánceres y embarazo". Ponencia

-cia presentada por el I.M.S.S. al Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Mayo, 1949.
- 36.- Lasersohn, J.T: "Carcinoma of uterine cervix". Cancer 17:345; 1964.
- 37.- Avances Recientes en Ginecología y Obstetricia. Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia, págs. 103-127. 1967.
- 38.- García Huidobrio: "Pregnancies after conization of the cervix uteri". Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 35:175-7;1971.
- 39.- Kling: "Cervical carcinoma in women under twenty one years of age". J. Obstet. Gynaec. 42:205-7, Aug. 1973:
- 40.- Tortora, M., Nappi, R., Tagliani, L: "Prevención del Cáncer del útero y de la Mama". Rev. de Carlo Erba, Milán Italia, 1971.