

11217
78
ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA No. 4
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"
I. M. S. S.

ESTADO ACTUAL DE LOS PRODUCTOS DE
MADRES CON CANCER DE MAMA ASOCIADO
AL EMBARAZO (DE ACUERDO CON EL GRADO
DE LESION Y EDAD GESTACIONAL)

T E S I S

QUE PRESENTA:
DR. JOSE ANTONIO MIRANDA RODRIGUEZ
PARA OBTENER EL TITULO DE
LA ESPECIALIDAD EN:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

A S E S O R E S :

DR. RICARDO ROMERO JAIME
DR. OSCAR ACOSTA HERNANDEZ
DR. FEDERICO HERNANDEZ ESCORZA



México, D. F.

1992

TESIS CON
VALIA DE ORIGEN



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 está 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.

I N D I C E	Pag.
Introducción	1
Antecedentes Bibliográficos	2
Material y Métodos	6
Resultados	7
Análisis de Resultados	13
Discusión	14
Conclusiones	16
Casos Clínicos	17
Bibliografía	33

INTRODUCCION

El cancer de mama continúa siendo una patología cuyo diagnóstico para la paciente es aterrador.

La asociación de cancer de mama y embarazo descrita desde 1880 - por Samuel Gross implica el cuestionarse si ésta asociación ensombrece el pronóstico, o si existe relación con alteraciones en el producto.

En la actualidad continúa siendo controversial el tratamiento aplicado en los casos de cancer de mama y embarazo.

Sabemos que las pacientes durante su tratamiento son sometidas a exposiciones de radiaciones o quimioterapia.

El propósito de esta revisión de casos y el seguimiento de los productos, es tratar de esclarecer si existe un pronóstico desalentador, o si los productos pueden presentar alguna alteración, que puede ser desde la muerte del mismo, como grados de teratognesis y/o carcinogenesis.

ANTECEDENTES BIBLIOGRAFICOS DEL TEMA

De las enfermedades que complican el embarazo pocas son más ominosas que el cancer.

Por fortuna las neoplasias no son comunes en mujeres que estan en edad reproductiva, pero cuando se presenta ésta, el equipo de salud se encuentra ante un problema difícil de resolver.(2)

Las neoplasias son más comunes en personas de muy corta edad o en las ancianas, lo cual tiende a excluir a las que estan entre los 20 y 40 años que es la etapa en la que con más frecuencia se presenta el embarazo.

A pesar de algunas publicaciones sobre los efectos inmunosupresores de la gonadotropina corionica humana y los estrogenos no se registra una incidencia mayor de neoplasias malignas en mujeres embarazadas.

La aceptación materna del feto que posee antígenos del padre depende de una tolerancia inmunológica para el feto, por que no se demostró ninguna otra deficiencia inmunitaria frente a otros antígenos extraños como los que poseen las células tumorales.(4)

En las estadísticas revisadas Gideon menciona que el cancer es la segunda causa más comun de muerte en la edad reproductiva, complicando uno de cada mil embarazos y de estos el cancer de mama se presenta en uno de cada tres mil embarazos lo que representa el 3 % de todos los canceres de mama.

Es importante puntualizar que el embarazo no altera la evolución de ningún tumor concomitante. (10)

Efectos del tumor sobre el embarazo y el feto :

En mujeres embarazadas que tienen un tumor al mismo tiempo de la gestación, la tasa de aborto espontaneo se mantiene aproximadamente en el 10 % que es igual que en las pacientes que no presentan tumores, la incidencia de prematuridad también es similar. (15)

La propagación del cancer a la placenta no se confirma en la realidad porque se ha comprobado que los productos de la concepción --

(placenta y feto) raras veces alojan metastasis tumorales aunque el tumor se haya generalizado por todo el cuerpo de la madre.

Garf en su trabajo de metastasis de cancer a los productos de la concepción encuentra que de un total de siete casos de cancer de mama asociado al embarazo se encuentran metastasis a placenta en los siete, pero en ningun caso al feto.

Por lo anterior se piensa que la velocidad placentaria puede ser una barrera eficaz que impide la propagación de celulas tumorales de la circulación materna a la fetal y también en dirección contraria. (2)

El cancer de mama asociado al embarazo :

El cancer de mama es una enfermedad que suele aparecer en mujeres que se aproximan a la menopausia y también a las mujeres sexagenarias, sólo el 19% de los casos ocurren en mujeres de menos de 30 años, y no más del 8 % eran menores de 40 años, por lo anterior podemos concluir que esta neoplasia es poco frecuente pero no rara. (4)

Sabemos que las mujeres que han tenido hijos y en particular las que amamantaron tienen una incidencia más baja de cancer de mama que las que no lo hicieron, es por eso que lo anteriormente descrito parece ser un factor que protege frente a la instalación ulterior del tumor. (5)

Diagnóstico de cancer de mama en el embarazo :

El diagnóstico de una tumoración en mama que se presume maligna en el embarazo es más difícil de lo usual debido a la hipervascularidad mayor tamaño y la ingurgitación del tejido glandular.

En la mama agrandada de la mujer embarazada es difícil que el Médico o la paciente palpe las lesiones pequeñas que pueden ser -- indoloras hasta que adquieren un tamaño considerable.

La fijación e induración de la piel con ulceración ulterior son alteraciones tardías. (20)

El tumor puede simular mastitis benigna que es comun durante el embarazo si se asocia con obstrucción de los linfáticos por celu

las tumorales, pero los exámenes seriados cuidadosos de las mamas presentando especial atención en el cuadrante supero externo donde se forma el 50 % de las lesiones pueden ser de gran valor para la detección temprana de un nódulo.

Para el diagnóstico, se emplea la mamografía la cual se hace sin peligro con bajas dosis de irradiación y blindaje abdominal y no se han presentado problemas para la madre ni para el producto, pero durante el embarazo y la lactación las mamas se tornan radio-- densas a causa del tejido glandular denso que algunas veces no son valorables y por lo tanto se limita su sensibilidad. (2)

La mamografía es un buen procedimiento no invasivo confirmatorio que se hace antes de la biopsia definitiva en los casos clínicamente sospechosos.

La termografía que es un registro de las emisiones infrarrojas del cuerpo sobre un papel fotográfico especial, es otro procedimiento de diagnóstico que posee la misma sensibilidad que la mamografía, en la cual se puede sospechar que los tumores más calientes que sus respectivos vasos, y más caliente que el tejido normal y que cuanto más caliente es el tumor se asocia a más malignidad. Aunque sabemos que en caso de palpación de tumoración y mamografía o termografía sospechosa se debe hacer una biopsia escisional. (3)

Evolución durante el tratamiento.

La mujer embarazada que presenta en su primer o segundo trimestre un tumor mamario maligno comprobado requiere el mismo tratamiento que si no estuviera embarazada. (10)

Aunque se ha mencionado que el cáncer de mama responde a manipulaciones hormonales, no existen pruebas terminantes de que se agrave por los cambios hormonales que acompañan al embarazo

El cortisol que esta aumentado al comienzo del embarazo deprime los niveles de linfocitos timo-dependientes, pero después de veinte semanas las cifras de estos linfocitos se normaliza. (12)

La prolactina que se produce al final de la gestación y durante la lactación no se ha demostrado que promueva la carcinogenesis -

entre los estrógenos que se produce, en particular durante el embarazo figura el estriol que no sólo es un estrógeno débil, sino que también puede antagonizar a la estona y al estradiol, ejerciendo un efecto protector frente a la carcinogénesis. (13)

Tratamiento.

Actualmente no está indicado el aborto terapéutico en los casos de cáncer de mama y embarazo, algunos autores refieren su empleo sólo en los casos del tratamiento de metastasis sin pérdida de tiempo.

No se comprueba que la eliminación de las hormonas placentarias y la reducción de las hormonas hipofisarias con el aborto terapéutico mejore la evolución de la enfermedad.

La medición de los receptores citoplasmáticos de estrógenos ayuda mucho a prever que pacientes habrán de responder (66 %) y más aún cuales no habrán de responder (90 %).

El tratamiento de elección del carcinoma primario de mama continúa siendo alguna forma de resección. (9)

En la actualidad se ha considerado el tratamiento que antes de consideraba para el cáncer mamario.

La mastectomía radical ha dejado de ser el procedimiento de elección en la mayoría de las instituciones pues fué substituida por la mastectomía radical modificada. En la que se respeta el pectoral mayor, se muestran los ganglios linfáticos regionales para establecer el pronóstico y después se irradian el tórax y la axila y las regiones supraclaviculares. Otras modificaciones en el estudio es la tumorectomía junto con un poco de tejido mamario normal circundante, sin eliminar toda la mama y posteriormente radiarla.

La tasa de supervivencia a los cinco y diez años, en las pacientes tratadas con mastectomía radical no son mejores que en las tratadas con mastectomía simple o tumorectomía más radiación, en los tumores menores de 3 cm. (14)

MATERIAL Y METODOS

Se efectuó un estudio retrospectivo, con un total de doce pacientes con diagnóstico de Cáncer de mama y embarazo que coexiste con la gestación entre Enero de 1986 a Enero de 1991, captadas en el servicio de Onco-Mama del Hospital Luis Castelar Ayala del I.M.S.S. De las cuales se excluyeron 4 por abandonar el tratamiento en dos casos, o por realizarse L.U.I. en otra Institución 2 casos.

La hipótesis por esclarecer es sí: ¿EL CÁNCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO NO CAUSA ALTERACIONES AL PRODUCTO?

¿EN EL CÁNCER DE MAMA LA RADIOTERAPIA Y LA QUIMIOTERAPIA POSTERIOR A LA ORGANOGÉNESIS Y A DOSIS TERAPÉUTICA NO ES TERATOGÉNICA?

LOS PARÁMETROS TABULADOS PARA LAS PACIENTES FUERON LOS SIGUIENTES:

- Edad.
- Factores de riesgo para Cáncer de mama.
- Tiempo de evolución entre el diagnóstico y tratamiento.
- Edad gestacional o duración de la lactancia al momento del diagnóstico y tratamiento.
- Tratamiento Quirúrgico.
- Quimioterapia recibida durante la gestación.
- Radioterapia administrada en el período gestacional.
- Método de resolución del embarazo y edad gestacional al momento de la interrupción.
- Etapa clínica.
- Tipo Histológico.
- Evolución de las pacientes.
- Estado actual de los productos.

Resultados :

Se estudiaron los casos de cancer de mama asociado al embarazo, que se presentaron en los últimos 6 años.

El total de casos fueron 12, de los cuales se excluyeron 4.

Los 2 primeros por abandonar el tratamiento y desconocer el resultado del embarazo.

Los 2 segundos porque aun cuando se valoró el caso por el comité de interrupción del embarazo y desidiendo continuar con el embarazo y su tratamiento la paciente desidio realizarse legrado uterino instrumental en medio particular.

Los resultados se muestran en los siguientes cuadros:

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO

EDAD

EDAD	NUMERO	PORCENTAJE
26 - 30	1	12.5
31 - 35	1	12.5
36 - 40	4	50.0
41 - 42	2	25.0

RANGO DE EDAD : 26 - 42 años.

PROMEDIO : 36.3 años.

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO

TIEMPO DE DETECCION

	NUMERO	PORCENTAJE
PREVIO AL EMBARAZO :	5	62.5
DURANTE EL EMBARAZO :	3	37.5
TOTAL :	8	100

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
EDAD GESTACIONAL

	SEMANAS	NUMERO	PORCENTAJE
1er. TRIMESTRE	13	1	12.5
2do. TRIMESTRE	16	1	
	20	1	25.0
TOTAL :		3	37.5

PROMEDIO DE SEM. DE GESTACION: 16.3

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
REPORTE DE CANCER PREVIO

TIEMPO PREVIO	NUMERO	PORCENTAJE
1 año.	1	12.5
2 año.	4	50.0
TOTAL :	5	62.5

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
RECURRENCIA DE CANCER PREVIO

SEM. DE GESTACION	NUMERO	PORCENTAJE
14	1	12.5
18	2	25.0
TOTAL :	3	37.5

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
TIPO ENTRE DETECCION Y TRATAMIENTO

TIEMPO	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 3 meses.	2	25.0
4 - 6 "	4	50.0
7 - 12 "	1	12.5
13 - 18 "	1	12.5
TOTAL :	8	100

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO

CUADRO CLINICO	NUMERO	PORCENTAJE
AUTO EXAMEN	8	100
TUMOR SOLIDO	7	87.5
ADEONOPATIA AXILAR	4	50
MASTALGIA	3	37.5
CUTANIDES	1	12.5
EDEMA DE PIEL	1	12.5
HIPERTEMIA LOCAL	1	12.5
PIEL NARANJA	1	12.5
HEPATOMEGALIA	1	12.5

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
TIPO DE CANCER

TIPO DE CANCER	NUMERO	PORCENTAJE
ADENO CARCINOMA DUCTAL		
INFILTRANTE	6	75.0
FUSOCELULAR POCO DIF.	1	12.5
SARCOMA INDIFERENCIADO	1	12.5
TOTAL :	8	100.0

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
LOCALIZACION

LOCALIZACION	NUMERO	PORCENTAJE
MAMA DERECHA	4	50.0
MAMA IZQUIERDA	4	50.0
TOTAL	8	100.0

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO

TAMANO	NUMERO	PORCENTAJE
1 - 2 cm.	2	25.0
2 - 5 cm.	0	
+ 5 cm.	4	50.0
NO. CONSIGNADO	2	25.0

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
DIAGNOSTICO

PROCEDIMIENTO DX.	NUMERO	PORCENTAJE
BIOPSIA EXCISIONAL	7	87.5
TUMORECTOMIA	1	12.5

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
ETAPA CLINICA

ETAPA	SUB-GRUPO	NUMERO	PORCENTAJE
I	T1,NO,MO	-	-
II A	T2,NO,MO	1	12.5
II B	T2,NO,MO	-	-
	T3,NO,M1	1	12.5
III A	T3,N1,MO	1	12.5
III B	T3,N1,MO	4	50.0
	T4,N2,MO	-	-
IV	T3,N2,M1	1	12.5
TOTAL:		8	100.0

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
TRATAMIENTO QX. Y EDAD GESTACIONAL

TRATAMIENTO QX.	1er. TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	LACTACION
BIOPSIA INCISIONAL	-	3	-	-
CUADRANTECTOMIA + DRA.	1	1	-	1
MASTECTOMIA RADICAL MODIFICADA	1	2	-	-
TOTAL :	1	6		1

CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO
TRATAMIENTO

	1er. TRIMESTRE	2do. TRIMESTRE	3er. TRIMESTRE	LACTACION
RADIOTERAPIA	1			
QUIMIOTERAPIA (FAC)		1		1

CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO
VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO

PARTO	NUMERO	PORCENTAJE
CESAREA	8	100.0

CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO
INDICACION DE LA CESAREA

	NUMERO	PORCENTAJE
RETARDO EN EL CRECIMIENTO	3	37.5
PRETERMINO	1	12.5
S.F.A.	1	12.5
PLACENTA PREVIA	1	12.5
PELVICO	1	12.5
SITUACION TRANSVERSA	1	12.5
TOTAL :	8	100.0

CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO
ESTADO ACTUAL DE LOS PRODUCTOS

ESTADO ACTUAL DE LOS PRODUCTOS	NUMERO
SANOS	8
ENFERMOS	0

** Nota; ningún producto presento o presenta malformaciones

ANALISIS DE RESULTADOS :

De las 8 pacientes estudiadas el promedio de edad fué de 36.3, con un rango de 26 a 42 años.

En tres casos (37.5 %) se detecto cancer de mama durante el embarazo, un caso en el primer trimestre (12.5 %) y dos casos (25 %) en el segundo trimestre.

Con cancer de mama previo al embarazo se detectaron cinco casos -- (62.5 %) y se observo recurrencia en dos casos (25 %).

El tiempo de autodetección (que fué en el 100% de los casos) y el tratamiento fué en promedio de 6.2 meses.

Los datos clínicos que manifestaron las pacientes con más frecuencia fueron, ritmos sólido, adenopatía axilar y mastalgia.

El diagnóstico se realizó principalmente por biopsia excisional - (87.5 %).

El tamaño del tumor fué de más de 5 cm. en 4 casos (50%).

El tipo histológico predominante en seis casos (75%) es el adenocarcinoma ductal infiltrante.

La etapa clínica predominante fué la III-B en 4 casos (50%).

Un caso recibió Radioterapia en el primer trimestre y un caso recibió Quimioterapia (FAC) en el segundo trimestre de la gestación.

Todos los embarazos se resolvieron por Cesarea por indicaciones -- obstetricas.

En tres casos se hizo dx. de retardo del crecimiento intrauterino (37.5%).

Los 8 productos actualmente se encuentran clínicamente sanos, su desarrollo es normal.

*** Una paciente falleció en diciembre de 1991 de ca de mama.

DISCUSION :

La frecuencia de carcinoma mamario y embarazo se reporta en la literatura de 1 al 5%.

En nuestro hospital la frecuencia es de 1.3% (19).

La edad media en este estudio, fue de 36.3 años, similar a los reportes de la literatura mundial.

Seis pacientes presentan edades inferiores a los 40 años, con lo que contrasta con otros estudios, cuyos resultados difieren notablemente. Por lo que podemos observar que el carcinoma de mama -- tiende a presentarse a edades más tempranas.

Se encontró en cinco casos existía Ca de mama previo y en tres casos coincidió con el embarazo, la detección se realizó en un caso en el primer trimestre y en dos casos en el segundo trimestre.

El tiempo de detección y el tratamiento fue en promedio de 4 meses. Este aspecto es fundamental, pues se sabe que entre menor es el -- tiempo de la detección y el tratamiento mejor es el pronóstico.

El diagnóstico se realizó en todos los casos por autodetección y el diagnóstico confirmatorio por biopsia excisional. En siete casos.

El tipo histológico predominante fue adenocarcinoma ductal infiltrante en seis casos, acorde a reportes de otros autores.

No existe diferencia entre aparición en mama der. o izq.

La etapa clínica predominante fue III-B en 4 de 8 casos.

El tratamiento fue Bipsia Inseccional más cuadrantectomía más disección radical de axila, como lo reporta Varonesi este tratamiento conservador es tan eficaz como la cirugía mutilante.

Se administró radioterapia en el 1er trimestre en un caso.

La vía de resolución del embarazo en todos fue por cesarea, la indicación fue obstetrica en todos los casos.

Los resultados de los recién nacidos en tres casos se encontró -- retardo del crecimiento intrauterino, sin presentar ningún otro tipo de alteración.

En cuanto al seguimiento de los productos encontramos niños hasta

de tres años en buen estado de salud.

Con lo que respecta a la sobrevivencia de los pacientes, encontramos fallecimiento de una de las pacientes que se había detectado etapa IV al momento del embarazo.

CONCLUSIONES :

En el presente trabajo observamos que el embarazo no ensombrece el pronóstico del cancer de mama.

No esta indicado el aborto terapéutico en estas pacientes.

El tratamiento quirúrgico actualmente no se contraindica en el embarazo y se prefiere la cirugía conservadora que la mastectomía radical, como lo demuestran los estudios de Varonesi tienen los mismos resultados.

Si se requiere Quimioterapia se recomienda después de la semana 16 de embarazo a dosis terapéuticas.

La radioterapia se recomienda a partir de la semana 20 de gestación en que las posibilidades de malformaciones son mínimas, no así el retardo del crecimiento intrauterino.

Todos los productos se encuentran en el momento actual clinicamente sanos.

CASO CLINICO No. 1

Nombre: D.F.M.
Cédula: 07 65 03 39 45
Sexo: Femenino
Edad: 37 Años.

AHF: Madre con antecedente de Diabetes Mellitus.
APNP Y APP: Sin importancia para su padecimiento actual.
AGU: Menarca a los 13 años, ritmo de 26x3, Eumenorreica, I.V.S.A. 20 Años, un sólo compañero sexual, GS P3 Al F.U.R. 4-octubre-90.

Evolución: Inicia su padecimiento en diciembre de 1989, con -- autodetección de tumor de mama derecha de aproximadamente 5.5x4x3 cm. no dolorosa a la palpación, se intervino quirúrgicamente en enero 1990, realizando sele biopsia excisional con reporte histopatológico de adenocarcinoma ducta infiltrante con permeación linfática. Más embarazo de 13 semanas. En mayo 1990 curra con embarazo de 17 semanas y se realiza cuadrantectomía más disección radical de -- axila y se observa la presencia de un ganglio de 2x 1x1 cm. clinicamente con mets. Se realiza cesarea el día 31-05-90 previos estudios de liquido amniótico para valorar maduración pulmonar, y se obtiene Producto unico vivo del sexo masculino, con peso de 2625 grs. Apgar de 8/9. Placenta y liquido amniótico normal. Posteriormente se da tratamiento a base de RT Más QT (F.E.C.) en febrero 1991. Hormonoterapia con tamoxifen 20 mg/día por tres años. El reporte final de patologia es de Adenocarcinoma ductal infiltrante, moderadamente diferenciado, sin patron especifico, mets a ganglio linfatico axilar con adenocarcinoma poco diferenciado.

Comentario: El diagnóstico se realiza por autodetección durante el primer trimestre del embarazo, se lleva a cabo al cirugía a las 17 semanas, posteriormente se realiza cesarea al momento de detectar madurez pulmonar, para posteriormente dar tratamiento con quimio y radioterapia.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO No. 1

Nombre de la madre: D.F.M.
 Núm. de afiliación: 07 65 03 39 45
 Etapa de cáncer de mama durante la gestación: III
 Recibió radioterapia Sí Edad de la gestación Posterior
 Recibió quimioterapia Sí Edad de la gestación Posterior
 Fármaco F.E.C. Dosis. --

Nombre del producto. S.D.J.N
 Fecha de nacimiento. 31-mayo-90
 Edad. 02 años
 Sexo. Masculino
 Embarazo núm. cuarto
 Vía de resolución de embarazo Cesárea
 Edad gestacional. 32 semanas
 Atendido en H.C.O. no 4 apnea neonatal no
 Cianosis no Convulsiones no
 Ictericia no Peso 2825 grs.
 Tala ?

Alimentación al seno materno por tres meses Ablactación 3 meses

Desarrollo Psico-motor
 Sigue objetos con la vista al mes Sonríe al mes
 Sostuvo erguida la cabeza a los 5 meses Se mantuvo sentado 6-7 meses
 Camino 14 meses Primeras palabras 18 meses
 Control de esfínter vesical. aún no Esfínter anal aún no
 Escolaridad actual Años reprobados

Antecedentes patológicos: Infecciones Negados
 Traumáticos: Negados Quirúrgicos Negados
 Alergicos Negados

Inspección General:
 Peso; 15 kgrs Talla 50 cm.
 Piel y fanelas Normales
 Cabeza Normal
 Ojos Normal
 Nariz, boca faringe Normal
 Cuello Normal
 Torax Normal
 Abdomen Normal
 Extremidades Normal
 Genitales, ano y recto Normal
 Vascular periférico Normal
 Neurológico Normal
 Columna Vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Media hermana por parte paterna con labio leporino.

Observaciones: Niño clínicamente sano, no datos a la exploración física de malformaciones.

CASO CLINICO No. 2

Nombre: R.S.M.
Cédula: 10 83 54 03 44
Sexo: Femenino
Edad: 37 años

AHF, APNP Y APP: Negados
AGO: Menarca a los 14 años, ritmo de 7x30, Eumenorreica, G4, P3, Planificación familiar con hormonales por cinco años

Evolución: Inicia su padecimiento en 1985 con autodetección de tumos de mama izq. asintomático, inicialmente tratada con medicamentos no especificados en su UMF. - Refiere biopsia con reporte de malignidad, se envía a C.M.N. y posteriormente a su H.G.Z. en donde se realiza tratamiento quirúrgico mastectomía radical -- modificada. En 1987 se detecta recurrencia local en tejidos blandos, tratándose con cirugía de recate y 8 ciclos de Quimioterapia (C.M.F.) de junio 1989 a enero de 1990 y posteriormente con Hormonoterapia a base de tamoxifen hasta abril 1991. En julio 1991 nueva residiva local en el mismo sitio del anterior aproximadamente se le practica nueva excisión de residiva y el reporte histopatológico fue de Adenocarcinoma lobulillar infiltrante de patron clásico y áreas de patron alveolar grado núcleo 2 con lesión en límites quirúrgicos. Más embarazo de 18 semanas. Recibió radioterapia (Probablemente 4,000 Rads) en el primer trimestre, el caso se presentó en sesión del servicio y se concluye no interrumpir el embarazo, valorar por el servicio de radioterapia tratamiento paliativo en el área de la residiva. Se hospitaliza en dos ocasiones con dx. de amenaza de parto pretermino más infección de vías urinarias. El día 26-12-91 se realiza cesarea corporal por presentar embarazo de 38 semanas más placenta previa central total sangrante. Se obtiene producto único vivo Masculino, peso de 2,500 grs., apgar de 7/8. secundinas normales.

Comentario: En este caso, se dio tratamiento con radioterapia durante el primer trimestre del embarazo. La resolución fue por cesarea corporal por indicación obstétrica y se obtuvo un producto normal.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 2

Nombre de la madre: R.S.M.
 Núm. de afiliación: 10 83 54 03 44
 Etapa de cancer durante la gestación: ???
 Recibió radioterapia si Edad de la gestación primer trimestre
 Recibió Quimioterapia si Edad de la gestación antes del embarazo
 Farmaco C.M.F. Dosis ???

Nombre del Producto R.R.V.
 Fecha de nacimiento 26-diciembre-91
 Edad 2 meses
 Sexo masculino
 Embarazo núm. cuarto
 Via de resolución de embarazo césarea
 Edad gestacional 38 semanas
 Atendido en H.G.O. No. 4 Apnea neonatal si
 Cianosis si Convulsiones no
 Ictericia si Peso 2.500 grs.
 Talla 40 cm.

Alimentación al seno materno no Ablactación ----

Desarrollo Psico-motor.
 Siguió objetos con la vista 2 meses Sonrisa 2 meses
 Sostuvo erguida la cabeza ----- Se mantuvo sentado -----
 Caminó ----- Primeras palabras -----
 Control de esfínter vesical ----- Esfínter anal -----
 Escolaridad actual ----- Años reprobado -----

Antecedentes patológicos: Infecciones BRONQUITIS A LOS 16 días de nacido
 Traumáticos ----- Quirúrgicos -----
 Alérgicos -----

Inspección General:

Peso 4.000 grsm Talla 66 cm.
 Piel y fanelas normal
 Cabeza normal
 Ojos normal
 Oídos normal
 Nariz, boca y faringe normal
 Cuello normal
 Tórax normal
 Abdomen normal
 Extremidades normal
 Genitales, ano y recto normal
 Vascular periférico normal
 Neurológico normal hasta la edad actual
 Columna vertebral normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Megadas

Observaciones: Recibió radioterapia durante el primer trimestre de la gestación aproximadamente 4,000 Rads.

CASO CLINICO No. 3

Nombre : S.C.I.
Cédula: 10 83 57 07 58
Edad : 34 años
Sexo : Femenino

AHF : Padre finado con antecedentes de Diabetes mellitus e Hipertensión arterial.
Prima materna falleció de Ca. de mama.

APNP Y APP : Sin importancia.

AGO: Menarca a los 12 años, Ritmo de 28x4, Embarazada, I. V.S.A. a los 27 años, G1, C1, FC en septiembre de 1990

EVOLUCION DE SU PADECIMIENTO:

Refiere inicio de su padecimiento hace siete meses (Jun 90) en que se detecta tumoración de mama der. dolorosa a la palpación en cuadrante supero externo.

Recibió tratamiento con antiinflamatorios sin mejoría. "La paciente cursaba con embarazo de 20 semanas".

Posteriormente en Noviembre 1990 es drenado un galactocele secundariamente infectado, se toma biopsia en Diciembre de 1990 donde se encuentra un tumor con áreas sólidas y quísticas de 20x20 cm. que ocupa el 35% de la mama derecha. El reporte de la biopsia fue de sarcoma indiferenciado con extensas áreas de necrosis.

En Enero de 1991 se interviene quirúrgicamente encontrando un tumor que involucra el 100% de la mama derecha, sin lesión aparente de la pared torácica, lesión fugante en interlineas de externos, múltiples ganglios axilares de características neoplásicas. Se realizó mastectomía total más resección del pectoral mayor Más disección radical de axila derecha y rotación de colgajo de abdomen.

El reporte definitivo de patología fue de carcinoma metaplásico de mama con metaplasia sarcomatoide que infiltra un ganglio linfático axilar de .16 con límite quirúrgico sin tumor. Posteriormente se envía a quimioterapia.

COMENTARIO: La tumoración de mama se detectó durante el 2do. trimestre del embarazo. El embarazo fue normoevolutivo, se resolvió por cesarea indicación obstétrica. Posterior al embarazo se realizó la cirugía.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 3

Nombre de la madre: S.C.L.
 Núm. de afiliación: 10 83 57 07 58
 Etapa de cancer durante la gestación: I I I b
 Recibió radioterapia no Edad de la gestación _____
 Recibió Quimioterapia si Edad de la gestación Pos. al embarazo
 Farmaco ??? Dosis ???

Nombre del Producto P.A.F.C.
 Fecha de nacimiento 29-09-90
 Edad 1 4/12
 Sexo Femenino
 Embarazo núm. 1
 Via de resolución de embarazo Cesarea por S.F.A.
 Edad gestacional 42 semanas
 Atendido en Hospital de venados Apnea neonatal No
 Cianosis No. Convulsiones No
 Ictericia No. Peso 3,650 grs
 Talla 53 cm

Alimentación al seno materno No. Ablactación 4/12

Desarrollo Psico-motor.
 Sigue objetos con la vista 3/12 Sonríe 3/12
 Sostuvo erguida la cabeza 2/12 Se mantuvo sentado 4/12
 Caminó 14 meses Primeras palabras 8 meses
 Control de esfinter vesical 12 meses Esfinter anal -----
 Escolaridad actual ----- Años reprobado -----

Antecedentes patológicos: Infecciones Negados
 Traumáticos Negados Quirúrgicos Negados
 Alérgicos Negados

Inspección General:

Peso 10,800 kgrs Talla 75 cm.
 Piel y fanelas normal
 Cabeza normal
 Ojos normal
 Oídos normal
 Nariz, boca y faringe normal
 Cuello normal
 Tórax normal
 Abdomen normal
 Extremidades normal
 Genitales, ano y recto normal
 Vascular periférico normal
 Neurológico normal
 Columna vertebral normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Negados

Observaciones: Paulina Arell - Niña sana

CASO CLINICO No. 4

Nombre : P.V.M.
Cédula: 41 87 63 04 23
Sexo: FEMENINO
Edad: 26 años

AHF: Madre con cancer de mama der. unilateral, premenopausica. Tia paterna con cancer de mama unilateral, premenopausica. Padre con hipertensión arterial sistémica. y D.M.
APP: Mastopatía fibro quística desde los 15 años.
AGO: Menarca a los 14 años, ritmo 30x4, dismenorrea, IVSA a 23 años, G2 P1 C1 AO, edad del primer parto a los 24 años F.C. el 4 de febrero de 1990 por presentación pélvica.

EVOLUCION: Inicia su padecimiento en agosto de 1989 (cursando el 4to mes de gestación) con autodetección de tumor en mama derecha central de aproximadamente 8 cm. de diámetro sin ninguna sintomatología, evoluciona así hasta febrero de 1990 en el que se realiza cesarea y posteriormente se detecta vesículas en el pezón der. acudiendo con facultativo dando tratamiento con tópicos y tiraléche, desapareciendo la lesión y continuando con la lactación y evolucionando así, posteriormente presenta mastalgia derecha severa con irradiación a escara posterior de himitoraz ipsilateral e hipertermia generalizada de dicha masa, por lo que se toma biopsia con revisión de laminillas con reporte de adenocarcinoma ductal infiltrante sin patron específico, posteriormente se administra un ciclo de quimioterapia a base de V.E.C. Manteniéndose hasta el momento asintomática.

COMENTARIO: Se detecta tumoración a las 16 semanas de la gestación. Y la sintomatología florida se presenta en el puerperio.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 4

Nombre de la madre: P.V.M.
Núm. de afiliación: 41 87 63 04 23
Etapas de cancer durante la gestación: III T. II. MO
Recibió radioterapia no Edad de la gestación _____
Recibió Quimioterapia si Edad de la gestación posterior
Farmaco V.E.C. Dosis Un ciclo

Nombre del Producto M.P.
Fecha de nacimiento 01-abril-90
Edad Un año diez meses
Sexo M.
Embarazo núm. Segundo
Via de resolución de embarazo Cesarea por pelvico
Etapas gestacionales Término
Atendido en H.G.O. No. 4 Apnea neonatal _____
Cianosis _____ Convulsiones _____
Ictericia _____ Peso 3.100 kgrs
Talla 48 cm. APGAR 7/8

Alimentación al seno materno No. Ablactación 4/12

Desarrollo Psico-motor.
Siguió objetos con la vista 2/12 Sonrió 2/12
Sostuvo erguida la cabeza 4/12 Se mantuvo sentado 6/12
Caminó _____ Primeras palabras _____
Control de esfínter vesical _____ Esfínter anal _____
Escolaridad actual _____ Años reprobado _____

Antecedentes patológicos: Infecciones _____
Traumáticos _____ Quirúrgicos _____
Alérgicos _____

Inspección General:

Peso 7.00 kgrs Talla 66 cm.
Piel y fanelas Normal
Cabeza Normal
Ojos Normal
Oídos Normal
Nariz, boca y faringe Normal
Cuello Normal
Tórax Normal
Abdomen Normal
Extremidades Normal
Genitales, ano y recto Normal
Vascular periférico Normal
Neurológico Normal
Columna vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: negados

Observaciones: niño sano

CASO CLINICO No. 5

Nombre: P.A.M.J.
Cédula: 11 69 52 26 02
Sexo: Femenino
Edad: 37 años.

AHF: Madre y una hermana con carcinoma mamario.
Un hermano falleció de carcinoma mamario y otro por leucemia.

Dos tías maternas con carcinoma cervico-uterino.

APNP: Sin importancia:

APP: Alérgica a la penicilina. En 1980 laparotomía exploradora por perforación uterina secundaria a L.U.I. - por aborto.

Abril 1988 apendicectomía y cursaba con embarazo de tres sem.

AGO: Menarca a los 14 años, ciclos de 28x3, eumenorreica, IVSA a los 21 años, GI II P1 A1 C1, F.U.C. En nov. 88.

EVOLUCION: Inició en 1982 por autodetección de nódulo de mama - izq, con Dx de carcinoma mamario y en el estudio -- transoperatorio se efectuó cuadrantectomía y disección radical de axila izq. En junio 1982 en C.M.N. fue sometida a radioterapia. En 1984 se detectó un nódulo en la mama der. con dx. de segundo primario, se le efectuó cuadrantectomía con disección radical de axila y posteriormente radioterapia. La estirpe histológica se desconoce. En Enero 1988 autodetección de recurrencia de cicatriz quirúrgica izq. Por crecimiento del tumor se realiza mastectomía simple y - el reporte patológico es de malignidad, simultáneamente cursa con "Embarazo de 14 semanas" y cuya evolución es satisfactoria hasta su interrupción en nov. del mismo año. En 1990 la serie osea metastásica -- mostró nódulos, el mayor de 13 mm en pulmón izq. En mama derecha se aprecia nódulo en área de cicatriz - previa. En abril 1990 se realiza disección amplia del nódulo y el estudio transoperatorio reporta carcinoma ductal infiltrante.

COMENTARIO: En esta paciente la recurrencia del cancer y la intervención quirúrgica es concomitante con embarazo - de 14 semanas, se obtuvo un producto por vía cesarea en buenas condiciones.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 5

Nombre de la madre: P.A.M.J.
 Núm. de afiliación: 11 69 52 26 02
 Etapa de cancer durante la gestación: III
 Recibió radioterapia si Edad de la gestación Previamente
 Recibió Quimioterapia si Edad de la gestación Previamente
 Farmaco ?? Dosis ??

Nombre del Producto A.R.C.Y.
 Fecha de nacimiento 11-Noviembre-88
 Edad Tres años dos meses
 Sexo Femenino
 Embarazo núm. Tercero
 Vía de resolución de embarazo Césarea
 Edad gestacional Término
 Atendido en H.G.O. No. 4 Apnea neonatal no
 Cianosis no Convulsiones no
 Ictericia no Peso 2,700 kgrs
 Talla 47 cm.

Alimentación al seno materno no Ablactación 4 meses

Desarrollo Psico-motor.
 Sigue objetos con la vista 2 meses Sonrió 3 meses
 Sostuvo erguida la cabeza 5 meses Se mantuvo sentado año
 Caminó 18-20 meses Primeras palabras 18 meses
 Control de esfínter vesical 18 meses Esfínter anal dos años
 Escolaridad actual --- Años reprobado ---

Antecedentes patológicos: Infecciones Negados
 Traumáticos Negados Quirúrgicos Negados
 Alérgicos Negados

Inspección General:

Peso 15.00 kgrs. Talla 80 cm
 Piel y uñas Normal
 Cabeza Normal
 Ojos Normal
 Oídos Normal
 Nariz, boca y faringe Normal
 Cuello Normal
 Tórax Normal
 Abdomen Normal
 Extremidades Normal
 Genitales, ano y recto Normal
 Vascular periférico Normal
 Neurológico Normal
 Columna vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Negados.

Observaciones: Previo a la cesarea se realizaron estudio de liquido amniótico reportándose D.O. de .35

CASO CLINICO No. 6

Nombre: M.E.V.G.
Cédula: 39 89 54 01 93
Sexo: Femenino
Edad: 37 años

AHF: Abuela materna finada por Ca Cu.
APNP: Sin importancia
APP: Alergica a la penicilina, traumatismo en columna, migraña ocasional.
AGO: Menarca a los 13 años, ritmo de 50x8, eumenorreica, IVSA a los 25 años G3, P2, C1.

Evolución: Refiere iniciar su padecimiento hace dos años con autodetección de tumor en cuadrante supero externo de - mama der. inicialmente pequeño de 1 a 2 cm. posteriormente con incremento progresivo durante su último embarazo, poco dolorosa, se realiza biopsia en medio - particular con reporte histopatológico negativo a malignidad, desde marzo de 1990 presenta incremento del tamaño tumoral en forma importante. A la E.F. presencia de asimetría mamaria a expensas de mama der. la cual presenta un tumor petreo poco doloroso móvil de 6x8cm. localizado en cuadrantes externos y hasta región retroaxilar, presencia de pezón umbilicado se palpa - adenopatía axilar ipsilateral dura de aprox. 2x1 móviles de característica metastásica, Y en abdomen Hepatomegalia de 10x8x8 cm.
Por lo anterior se clasifica como Etapa IV T3 N2 M1 - El día 14-02-91 se realiza cesarea Kerr con dx. de embarazo de 39 semanas en situación transversa.

Comentario: En el presente caso, refieren un aumento importante de la tumoración, aunque se realizó el dx. de etapa IV, se obtuvo un producto en buenas condiciones.

NOTA: Falleción en diciembre de 1991 a consecuencia de Ca - de mama.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 6

Nombre de la madre: M.E.V.G.
 Nóm. de afiliación: 39 89 51 01 93
 Etapa de cancer durante la gestación: IV
 Recibió radioterapia No Edad de la gestación _____
 Recibió Quimioterapia No Edad de la gestación _____
 Farmaco _____ Dosis _____

Nombre del Producto M.N.V.
 Fecha de nacimiento 14-02-91
 Edad un año.
 Sexo masculino
 Embarazo nóm. tres
 Vía de resolución de embarazo Cesarea
 Edad gestacional 39 semanas
 Atendido en H.G.O. No. 4 Apnea neonatal 3f
 Cianosis SI Convulsiones No
 Ictericia No Peso 2,900 kgrs
 Talla 49 cm.

Alimentación al seno materno No. Ablactación 4 meses

Desarrollo Psico-motor.
 Siguió objetos con la vista 2 meses Sonrió 1 meses
 Sostuvo erguida la cabeza 12 meses Se mantuvo sentado ---
 Caminó _____ Primeras palabras _____
 Control de esfínter vesical _____ Esfínter anal _____
 Escolaridad actual _____ Años reprobado _____

Antecedentes patológicos: Infecciones Negados
 Traumáticos Negados Quirúrgicos Negados
 Alérgicos Negados

Inspección General:

Peso 6,000 grs Talla 70 cm.
 Piel y fanelas Normal
 Cabeza Normal
 Ojos Normal
 Oídos Normal
 Nariz, boca y faringe Normal
 Cuello Normal
 Tórax Normal
 Abdomen Normal
 Extremidades Normal
 Genitales, ano y recto Normal
 Vascular periférico Normal
 Neurológico Normal para su edad
 Columna vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Negados

Observaciones: Como hallazgo durante la cirugía se encontró que el Producto
presentó doble circular de cordón a cuello
La madre falleció en Diciembre de 1991.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 29 -

CASO CLINICO No. 7

Nombre: V.G.M.
Cédula: 78 74 50 80 02
Sexo: Femenino
Edad: 41 años

AHF: Madre falleció de Ca Cu.
Tía muerta por Ca. de estomago
Prima portadora de Ca vesical.

APNP: Sin importancia

APP: Sin importancia

AGO: Menarca a los 13 años, ritmo 30x3 Eumenorreica, IVSA a los 24 años, G3 P1 A1 Cl. Control de la fertilidad con hormanles horales.

EVOLUCION: En diciembre en 1990 se detecta tumor en mama izq. - de crecimiento lento, niega mastalgia o descarga por del pezón, en mayo de 1991 se realiza tumorectomia - en mama izq. con reporte de neoplasia maligna sin es pecificar su extirpe. Presenta nuevamente crecimiento tumoral en mama izq. en septiembre por lo que se realiza biopsia insicional. A la E.F. En mama izq. -- presenta un tumor que ocupa el 90% de la glándula -- con cambios edematosos en la piel, 2 cicatrices qx. una en ambos cuadrantes sup con buena cicatrización. La mama der. con aumento de la nodularidad axilar izq. con conglomerado ganglionar der. 3x3 cm. Utero ocupado. PUVI sl. P.C FCF DE 126x' El día 17-10-91 - se dx. embarazo de 37 semanas, se realiza amniocente sis y se obtiene Liquido amniotico meconial por lo que se programa para cesarea.
**El reporte de patologia es de carcinoma metaplasico fusocelular poco diferenciado, indice mitotico alto (III) Grado nuclear III, biopsia insicional maligno.

Comentario: Paciente de edad abanzada, con Ca de mama Etapa IV. que ademas por la edad, es un embarazo de alto riesgo. Durante su evolución, se diagnóstico Preeclampsia - se vera y S.F.A. por lo que se interrumpio el embarazo a la brevedad posible.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO NO. 7

Nombre de la madre: V.G.M.
 Núm. de afiliación: 78 74 50 80 02
 Etapa de cancer durante la gestación: III
 Recibió radioterapia SI Edad de la gestación Posterior
 Recibió Quimioterapia SI Edad de la gestación Posterior
 Farmaco ?? Dosis ??

Nombre del Producto M.G.M.
 Fecha de nacimiento 17-10-91
 Edad 4 meses
 Sexo Masculino
 Embarazo núm. Segundo
 Vía de resolución de embarazo Césarea
 Edad gestacional 37 semanas (clínicamente de 32)
 Atendido en H.G.O. No. 4 Apnea neonatal SI
 Cianosis SI Convulsiones no
 Ictericia No. Peso 2,450 grs
 Talla ???

Alimentación al seno materno No. Ablactación 4 meses

Desarrollo Psico-motor.
 Sigue objetos con la vista 3 meses Sonrió 2 meses
 Sostuvo erguida la cabeza Se mantuvo sentado
 Caminó Primeras palabras
 Control de esfínter vesical Esfínter anal
 Escolaridad actual Años reprobado

Antecedentes patológicos: Infecciones Negados
 Traumáticos Negados Quirúrgicos Negados
 Alérgicos Negados

Inspección General:

Peso 4,200 grs Talla 55 cm.
 Piel y fanelas Normal
 Cabeza Normal
 Ojos Normal
 Oídos Normal
 Nariz, boca y faringe Normal
 Cuello Normal
 Tórax Normal
 Abdomen Normal
 Extremidades Normal
 Genitales, ano y recto Normal
 Vascular periférico Normal
 Neurológico Normal
 Columna vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Negados

Observaciones: Césarea por indicación obstétrica, pues al realizar amniocentesis se obtuvo líquido meconial.

CASO CLINICO No. 8

Nombre: G.R.R.M.
Cédula: 01 64 47 69 81
Sexo: Femenino
Edad: 42 años

AHF: Madre falleció a los 65 años de Ca. hepático.
APNP: Tabaquismo (+) desde los 40 años, fumando en promedio 10 cigarrillos al día.
Alcoholismo ocasional.

APP: Negados
AGO: Menarca a los 13 años, ritmo de 28x5, dismenorrea, I.V.S.A. a los 18 años, G8 P3 A4, F.P.P a los 18 años, P.F. con hormonales de depósito por 4 años. F.U.M. -- 06-03-90, P.I.E.(+) el día 18-06-90.

P.A.: Inicia su padecimiento hace dos años, al presentar -- sintomatología compatible con mastopatía fibroquistica, así como la presencia de pequeñas nodulaciones de .05 a 1 cm. en mama izq. que coalescieron hasta formar una sola, por lo que se toman varis Xeromamografías, las cuales refieren ser negativas para malignidad. Hace un mes presenta exaservación de la malintoma tolología.

E.F.: Mamas asimétricas a expensas de aumento discreto de - mama izq. pendulas, tumos de 6x5 cm. central, dolor - en pecon, no descarga a través del mismo, axila con -- ganglio de 1 cm. de características inflamatorias. Mama der. y axila ipsilateral sin alteración aparente.

Evolución: Por todo lo anterior se clasifica como Etapa II-B por T3N0M0. Se realiza cuadrantectomía con disección radical de axila izq. con dz. transoperatorio de Ca. ductal infiltrante. Es valorada por perinatología, con Dz. embarazo de 14 semanas normoevolutivo. Se presenta el caso en el comité para interrupción del embarazo, desidiendo que debe continuar el embarazo - su evolución normal independientemente del tratamiento que sera con Quimioterapia y radioterapia apartir de la semana veinte de gestación. Inicia Quimioterapia a partir de la semana 18 de gestación con 5-Fluoracilo, adriamicina y ciclofosfamida, 6 ciclos. Se realiza Cesarea más oforectomía en Novi bre de 1990, Obteniendo producto sano. El dx. definitivo de patologia Reporta Carcinoma ductal infiltrante (2.5cm) sin patron especifico, moderadamente diferenciado que infiltra vasos. Tumor en límite quirurgico profundo, piel sin tumor en la dermis profunda, musculo sin tumor. (nose resive axila).

Comentario: Es importante destacar la edad materna, que por esta-dística puede presentar alteraciones en el producto. La sintomatología se exaserva durante el primer trimestre la gestación y anteriormente todos los estudios fueron negativos para malignidad. Se realiza la cua-drantectomía + D.R.A.I. a las 12 semanas de gestación aproximadamente.

HOJA DE RECOLECCION DE DATOS. CASO No. 8

Nombre de la madre: G.R.R.M.
 Núm. de afiliación: 01 64 47 69 81
 Etapa de cancer durante la gestación: ETAPA II-B (T3M0M0)
 Recibió radioterapia No. Edad de la gestación _____
 Recibió Quimioterapia Si Edad de la gestación 18 semanas
 Farmaco: 5-F.U-Adriamicina-Ciclofosfamid 219 sets ciclos.
 ida.

Nombre del Producto L.A.P.G
 Fecha de nacimiento 29-11-90
 Edad 1 2/12
 Sexo Femenino
 Embarazo núm. 8
 Vía de resolución de embarazo Cesarea
 Edad gestacional 33 semanas
 Atendido en I.N.P.N. Apnea neonatal No.
 Cianosis No Convulsiones No.
 Ictericia si Peso 2.050 kgrs
 Talla 44 cm.

Alimentación al seno materno No. Ablactación 3/12

Desarrollo Psico-motor.
 Siguió objetos con la vista 2/12 Sonrió 2/12
 Sintuvo erguida la cabeza 4/12 Se mantuvo sentado 5/12
 Camino 1 3/12 Primeras palabras 1 año
 Control de esfínter vesical ---- Esfínter anal ----
 Escolaridad actual ---- Años reprobado ----

Antecedentes patologicos: Infecciones No.
 Traumaticos No. Quirurgicos No.
 Alergicos No.

Inspección General:

Peso 13.00 Kgrs. Talla 83 cm.
 Piel y fanelas Normal
 Cabeza Normal
 Ojos Normal
 Oídos Normal
 Nariz, boca y faringe Normal
 Cuello Normal
 Torax Normal
 Abdomen Normal
 Extremidades Normal
 Genitales, ano y recto Normal
 Vascular periferico Normal
 Neurológico Normal
 Columna vertebral Normal

Antecedentes de malformaciones familiares: Negados
 Observaciones: Producto que amérito, manejo por U.C.I.N., por la prematuréz
Posteriormente presenta hiperbilirrubinemia multifactorial.
Coombs directo negativo.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARIEL M., KEMPNER.
The prognosis of patients who become pregnant after mastectomy for breast cancer. *Int. Surg.* 1989; 74 (3): 185-97.
- 2) BARRON W.
The pregnant surgical patient: Medical evaluation and management. *Annals of Internal Medicine.* 1984; 101 (5): 683-690.
- 3) BRILL A.
Radiation and congenital malformations. *Am. J. Obst. and Gynecol.* 1964; 90 (7): 1149-1168.
- 4) BODA Z., PFLIEGLER G.
Congenital factor XIII deficiency with multiple benign breast tumours and successful pregnancy with substitutive therapy. *Haemostasis.* 1989; 19 (6): 348-52.
- 5) BUTSON J.
Cancer and pregnancy. *Am. J. Obst. and Gynecology.* 1964; 81 (4): 718-728.
- 6) DILDY A. G.
Maternal malignancy metastatic to the products of conception. *Obstetrical and gynecological Survey.* 1989; 44(7): 535-540.
- 7) DOLL Donald.
Management of cancer during pregnancy. *Aech. Intern. Med.* 1988; 148: 2058-2064.
- 8) GALLEMBERG M. Loprinzi.
Breast cancer and pregnancy. *Semin. Oncol.* 1989; 16 (5): 369-76.
- 9) GILLILLAND John. WEINSTEIN L.
The effects of cancer chemotherapeutic agents on the developing Fetus. *Obstetrical and Gynecological Survey.* 1983; 38 (1): 6-12.
- 10) HARVEY R.
Prenatal X-ray exposure and childhood cancer in twins. *The New England Journal of Medicine.* 1985; 312 (9): 541-545.
- 11) H. Joseph.
Diagnosis and management of cancer during pregnancy. *Seminars in perinatology.* 1990; 14 (1): 87-97.

- 12) KOREN., GIDEON.
Cancer in pregnancy; Identification of unan swered questions
on maternal and fetal risks.
Obstetrical and Gynecological Survey. 1990; 45 (8): 509-514.
- 13) LELL R., BEISLER G.
Effect of pregnancy on metastasizing breast cancer.
Z Geburtshilfe Perinatol. 1986; 190 (5): 229-31.
- 14) MIGNOT L., MORVAN F. BERDAH J.
Pregnancy after treated breast cancer.
Presse Med. 1986; 15 (39): 1961-4.
- 15) MURRAY Charles L.
Multimodal cancer therapy for breast.
Cancer in the first-trimester of pregnancy.
J.A.M.A. 1984; 9 (18); 2607-2664.
- 16) QUERLEU D., LAURENT J.C., VERHAEGHE M.
Pregnancy following surgery for cancer of the breast.
J. Gynecol Obstet Biol. Reprod. 1986; 15 (5): 633-639.
- 17) RIBEIRO G., JONES D.A., JONES M.
Carcinoma of the breast associated with pregnancy.
Br. J. Surg. 1986; 73 (8): 607-609.
- 18) RODGER A., CORBETT P.J., CHETTY U.
Lactation after breast conserving therapy, including radiation
therapy for early breast cancer.
Radiother Oncol 1989; 15 (3): 243-244.
- 19) ROMERO JAINE R. y Cols.
Carcinoma mamario embarazo
Revista Mexicana de
1990 Vol-1 Núm. 3-7-16
- 20) SUTTON R., BUJAR A.
Pregnancy and off spring after adjuvant chemotherapy in breast
cancer patients. Cancer. 1990; 15 (4): 847-850.
- 21) WILLWENSE P.H., VAN DER Sidje.
Combination chemotherapy and radiation for stage IV breast can
cer during pregnancy.
Gynecol Oncol 1990; 36 (2): 281-284.