



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217
117

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ.

CANCER Y EMBARAZO

TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DRA. ANA MARTHA GUZMAN HERNANDEZ

ASESOR DE TESIS:

DR. PORFIRIO SANCHEZ MARLASCA



ISSSTE

MEXICO D.F.

2002



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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).

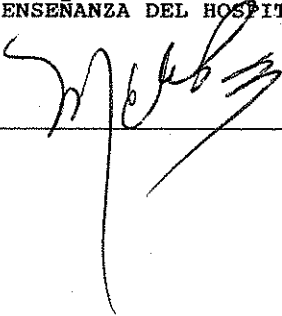
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

I. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
H.G. DR. FERNANDO QUIROZ GTZ.

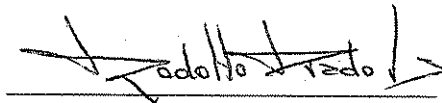
DRA. MARIA EUGENIA ESPINOZA PEREZ.
JEFE DE ENSEÑANZA DEL HOSPITAL.

✦ NOV. 15 1994. ✦

COORD. DE ENSEÑANZA E
INVESTIGACION



DR. RODOLFO PRADO VEGA.
COORDINADOR GENERAL DE TESIS
E INVESTIGACION.

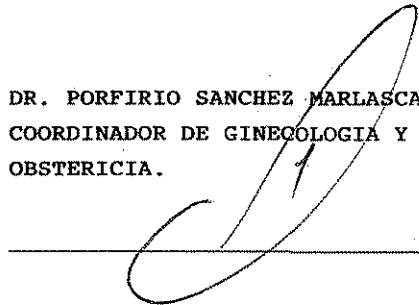


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DR. MAURICIO GUTIERREZ CASTAÑEDA.
JEFE DE ENSEÑANZA DE G/O.



DR. PORFIRIO SANCHEZ MARLASCA.
COORDINADOR DE GINECOLOGIA Y
OBSTERICIA.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MI MADRE:

Por entenderme y apoyarme
independientemente de mi
forma de ser, durante estos
tres años.

A MI PADRE:

Por su ejemplo, para cumplir
y que aunque sin decirme lo con-
fiaba en mí.

A MI HERMANO JOSE LUIS

Gracias , por tu ejemplo el cuál
he tratado de seguir.

A MI HERMANA LUPITA

Por saberme escuchar durante estos
tres años y por preocuparte por mí.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A TI ABUELO.

Gracias, aunque ya no estas con nosotros, siempre he tenido el compromiso de continuar adelante y no darme por vencida.

A DIOS.

Mil Gracias por seguir viva y cumplir uno más de mis sueños, terminar mi especialidad y tener junto a mi a mi familia

DR. SANCHEZ MARLASCA.

Por la confianza que nos trasmite, por su ejemplo y su enseñanza.

DR PONCE.

Por su ejemplo de continuar adelante independientemente de nuestros problemas interiores y su desempeño en su trabajo y enseñanza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A TI.

Que de una u otra manera me ayudaste a no darme por vencida., gra
cias por tus palabras de aliento y ser algo importante en mi vida

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE.

| | PAG. |
|-----------------------------|------|
| 1.- INTRODUCCION..... | 1 |
| 2.- MARCO TEORICO..... | 3 |
| 3.- OBJETIVOS..... | 16 |
| 4.- HIPOTESIS..... | 17 |
| 5.- MATERIAL Y METODOS..... | 18 |
| 6.- RESULTADOS..... | 19 |
| 7.- ANALISIS..... | 24 |
| 8.- CONCLUSIONES..... | 26 |
| 9.- BIBLIOGRAFIA..... | 29 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION:

Es afortunado que la aparición de cáncer en la embarazada sea un fenómeno relativamente raro, puesto que constituye una situación frustrante para el Clínico y la paciente.

Tal vez en ningún otro aspecto de la medicina la esperanza inocente de vida se encuentra en una yuxtaposición más satírica con la amenaza de muerte.

Cuando enfrenta un diagnóstico reciente de cáncer en una embarazada joven, el Obstetra tiene varias responsabilidades, incluyendo la de dar respuestas a múltiples preguntas difíciles de contestar con respecto al embarazo y el cáncer.

Como resultado del contacto clínico estrecho que los Obstetras -- tienen con sus pacientes se les hace responsables de descubrir los síntomas sutiles del cáncer y hacer el diagnóstico, así como establecer el tratamiento adecuado

Esto puede ser una tarea ardua, porque las manifestaciones más frecuentes de los tumores suelen ocultarse en la constelación de síntomas vagos y cambios fisiológicos que acompañan al embarazo normal.

Una mente abierta y atenta, con un elevado índice de sospechas a nuados a pruebas de muestreo sintomáticos, son de importancia capital para el diagnóstico correcto.

Una vez que se diagnostica el cáncer, el médico enfrentará una multitud de interrogantes genuinas con respecto a la preocupación por el efecto de la enfermedad sobre el embarazo, las opciones de tratamiento, el potencial futuro de reproducción y el pronóstico general para la paciente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los datos básicos a partir de los que el médico debe lograr respuestas a estas preguntas constan sobre todo de informes de casos y estudios retrospectivos en las publicaciones.

Es notable la ausencia de estudios clínicos prospectivos aleatorios que comparen opciones de tratamiento o el que este sea temprano o diferido.

Sin embargo, se puede lograr un consenso en cuanto al tratamiento de las pacientes en casi todas las circunstancias clínicas revisando la información publicada disponible.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2A

MARCO TEORICO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEORICO:

La tragedia que supone la presencia de un proceso maligno descubierto durante el embarazo plantea numerosas interrogantes. Es necesaria la interrupción del embarazo ? Afectarán al feto el proceso maligno o el tratamiento de dicho proceso ? Debe retrasarse el tratamiento y comenzarlo al terminar el embarazo ? Resulta difícil hallar las respuestas a estas preguntas, afortunadamente, los años de máxima incidencia para la mayor parte de las enfermedades malignas no se solapan a los años fértiles. De ese modo, igual que en otras situaciones poco frecuentes con las que se encuentran rara vez el médico, no existen decisiones terapéuticas claras de las cuales echar mano. Por otro lado, se han publicado un número importante de revisiones bien estudiadas que pueden proporcionar alguna orientación en este dilema.

La serie más grande que se ha publicado es la de Barber y Brunscwin en 1968, que incluye 700 casos de cáncer durante el embarazo. Los procesos malignos más frecuentes en esta serie eran los tumores de mama., las leucemias y los linfomas, los melanomas, el cáncer ginecológico y los tumores óseos, en este orden. Otros autores sugieren que los cánceres ginecológicos son los segundos en frecuencia después del carcinoma mamario y nos recuerda que también se encuentran cánceres de colon de tiroides en el --- embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INCIDENCIA.

Incidencia de cáncer calculada para 1989 según localización
(505 000 casos)

| <u>LOCALIZACION.</u> | <u>NUM. DE CASOS</u> | <u>(%)</u> |
|--------------------------|----------------------|------------|
| 1.- Mama | 142 000 | 28.1 |
| 2.- Colon y recto | 78 000 | 15.4 |
| 3.- Pulmón | 54 000 | 10.4 |
| 4.- Endometrio | 12 000 | 6.7 |
| 5.- Enfermedad de Hodkin | 19 200 | 3.8 |
| 6.- Pancreas | 14 000 | 2.7 |
| 7.- Cervix | 13 000 | 2.5 |
| 8.- Leucemias | 12 200 | 2.3 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INCIDENCIA DE CANCER COMO COMPLICACION EN EL EMBARAZO.

- 1.- 1 de cada 1000 gestaciones.
- 2.- 1 de cada 118 cánceres se vinculan con el embarazo.

CANCERES Y EMBARAZO MAS FRECUENTES

| <u>LOCALIZACION</u> | <u>INCIDENCIA.</u> |
|---------------------|--------------------|
| 1.- Cervico-Uterino | 1:2200. |
| 2.- Mamario | 1:3300. |
| 3.- Linfoma | 1:6000. |
| 4.- Ovario | 1:2000-50 000 |

CANCERES MAS FRECUENTES QUE ENVIAN METASTASIS A FETO-PLACENTA

- 1.- Melanoma maligno.
- 2.- Leucemia Linfoma.
- 3.- Mamario
- 4.- Pulmonar.

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

5.- Sarcoma.

INCIDENCIA DE CANCER Y EMBARAZO:

LOCALIZACION:

INCIDENCIA CALCULADA
POR CADA 1000 EMBARAZOS.

| | |
|----------------------|-------------|
| 1.- Cuello del Utero | |
| No Invasivo | 1,3 |
| Invasivo | 1,0 |
| 2.- Mama | 0,33 |
| 3.- Melanoma | 0,14 |
| 4.- Ovario | 0,10 |
| 5.- Tiroides | Desconocido |
| 6.- Leucemias | 0,01 |
| 7.- Linfoma | 0,01 |
| 8.- Colon-rectal | 0,02 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los enormes cambios fisiológicos que tiene lugar durante el embarazo sugieren muchas posibles influencias sobre el proceso maligno.

En primer lugar han supuesto que los procesos malignos que aparecen en tejidos y órganos influidos por el sistema endocrino posiblemente experimenten exacerbaciones durante el embarazo, lo que con frecuencia ha sido extrapolado erróneamente para hacer una recomendación de aborto-terapéutico, 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 vascularización y el drenaje linfático puede contribuir a la diseminación precoz del proceso maligno. Aunque todas estas hipótesis son interesantes, la validez de cada una de ellas es variable incluso dentro del mismo órgano.

PROCESOS MALIGNOS DE LA VULVA

En la literatura se encuentran menos de 50 casos de cáncer invasor de la vulva asociados al embarazo.

Los más comunes de ellos son los carcinomas epidermoides invasores seguidos de los melanomas, los sarcomas y los adenocarcinomas quísticos adenoideos.

La mayor parte de las pacientes se encontraban en un rango de 25 y 35 años de edad, la más joven reportada tenía 17 años de edad. Con una mayor frecuencia de diagnóstico de carcinoma in situ de vulva, la incidencia de enfermedad pre-invasora en el embarazo es habitual en la actualidad.

Es fundamental la realización de biopsia en las áreas más sospechosas para descartar un proceso invasor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de una neoplasia intraepitelial no contraindica el parto vaginal.

Los procesos malignos diagnosticados durante el primer y segundo trimestre se suelen tratar mediante vulvectomía radical con disección inguinal bilateral, algún tiempo después de la semana 16 de de embarazo.

Cuando el diagnóstico se hace en el tercer trimestre, muchos recomiendan una amplia extirpación local, posponiéndose la cirugía definitiva hasta el periodo del post parto. Dada la incidencia más frecuente de esta enfermedad en grupos de nivel socio-económico bajo que no suelen solicitar atención prenatal, muchos de estos casos son diagnosticados en el momento del parto o posterior a este.

En este grupo de pacientes se debe iniciar el tratamiento definitivo una semana después del parto, no parece que el estado de grávidas altere significativamente el curso del proceso maligno sino la supervivencia de estas pacientes, estadio por estadio similar de las pacientes no embarazadas.

Existen varias publicaciones acerca de pacientes tratadas por un carcinoma de vulva tratada con vulvectomía radical y linfadenectomía inguinal bilateral que posteriormente llevaron adelante embarazos normales. La decisión sobre si el parto debe ser vaginal o cesárea, en la mayor parte de los casos la vulva es blanda y no impedirá un parto vaginal, en otros casos, puede haber un alto grado de estenosis o de fibrosis que harían de la cesárea el tipo de parto más adecuado.

Barclay, en una revisión de la literatura, encontro solamente 31 casos de mujeres con cáncer vulvar asociado a embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Solo 12 fuerón realmente diagnosticados y tratados durante el embarazo, dos fuerón tratados una vez finalizado el mismo. Lutz comunicó cinco casos de cáncer vulvar asociados al embarazo los cuales tres fuerón diagnosticados y tratados durante el mismo y dos dentro de los 6 meses siguiente.

TOMORES VAGINALES:

El cáncer de vagina se ha encontrado principalemnte en mujeres de 50 años. El diagnóstico de cáncer vaginal durante el embarazo es sumamente raro, incluso con el reciente brote de adenocarcinomas de células claras de la vagina. Aunque todos han aparecido en mujeres de menos de 34 años afortunadamente es rara, la incidencia de asociación con embarazo.

Los índices de supervivencia globales a los 5 y 10 años para las mujeres embarazadas en el momento del diagnóstico, no se diferenciaban significativamente de los grupos de mujeres que nunca habían estado embarazadas. No parece que el embarazo afecte de forma adversa al desenlace del adenocarcinoma.

El carcinoma de células escamosas primario de la vagina descubier**ti**erto durante el embarazo, es extraordinariamente raro.

El carcinoma de células escamoso primario de la vagina descubier**ti**erto durante el embarazo, es extraordinariamente raro.

Cuando las lesiones sarcomatosas aparecen en la mitad superior de la vagina con o sin afección cervical, el tratamiento más adecuado ha sido una histerectomía radical, vaginectomía superior y linfadenectomía pélvica bilateral seguida de quimioterapia coadyuvante por operatoria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

10

El tratamiento del adenocarcinoma de células claras del cuello y de la vagina superior es quirúrgicamente similar, en ambos casos se hace caso omiso del embarazo si la paciente se encuentra en el primer trimestre o al principio del mismo., o al principio del segundo trimestre. Si se decidiera dejar que el embarazo siguiera adelante, la decisión del momento más adecuado para la intervención dependera de las preferencias de la paciente y del medio. La cirugía radical sólo parece estar indicada en lesiones precoces que afecten a la vagina superior o al cuello o ambos. No parece ser que el pronostico se vea afectado por el embarazo

CANCER CERVICAL.

Son numerosas las opiniones existentes en la literatura sobre la causa y el efecto del carcinoma en la paciente embarazada. Algunos han afirmado que el carcinoma de cuello Uterino impide el embarazo, mientras que otros afirman que el embarazo lo evita. Algunos autores resaltan el hecho de que el embarazo acelera el carcinoma de cuello mientras que otros creen que el embarazo lo hace realmente es relentizar su crecimiento. En opinión de algunos, una edad joven en el momento del descubrimiento del carcinoma es un buen indicador pronóstico, mientras otros piensan que es un perjuicio. Algunos han considerado que los niveles altos de estrógenos durante el embarazo predispone la aparición de cáncer de cuello, mientras que otros creen que el alto contenido de estrógenos realmente controla el carcinoma de cuello

En numerosos artículos publicados se afirma que la radioterapia es el tratamiento de elección de está lesión, mientras que en --- otros se considera que el mejor tratamiento es la intervención radical primaria. estas controversias han sido bien diseñadas, por Waldrop y Palmer, del Roswel Park Memorial Institute y por Bosch

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11

y Marcial del I. Gonzales Matinez Oncology Hospital de Puerto Rico. Por desgracia estas controversias se han mantenido durante años. Una razón de estas opiniones tan diferentes pueden ser que la lesión es bastante rara, es inusual que una comunicación de la literatura presente más de 30-40 casos.

Las comunicaciones de la literatura muestran una incidencia global que oscila entre 1 y 13 casos por cada 10,000 embarazos.

Las comunicaciones de grandes maternidades dan una incidencia promedio de un 'cáncer cervical por cada 1000 a 2500 embarazos.

Alrededor del 1% de las mujeres que tienen carcinoma del cuello están embarazadas en el momento del DX.

La hemorragia vaginal es el síntoma más habitual encontrado en el carcinoma de cuello esté o no la paciente embarazada. Por desgracia, muchas veces este síntoma sólo aparece en casos muy avanzados. La tinción de papanucolau se considera exacta en la detección de lesiones cervicales, especialmente en los estadios ocultos más raros y precoces.

La Biopsia de cervix dirigida por colposcopio es sumamente precisa en el Diagnóstico del carcinoma escamoso invasor del cuello. Sólo es necesario una biopsia en cono cuando se encuentra una lesión microinvasora en la biopsia dirigida por colposcopio y es preciso descartar una lesión verdaderamente invasora.

En la serie de Crerasman y cols, la edad de las pacientes oscilaban entre 19 y 46 años con una media de 33.

Aunque parece que la actividad coital precoz es un posible factor etiológico de importancia, el embarazo precoz y la multiparidad suelen ir emparejados. El promedio de paridad en el grupo del estudio de Creaman y Cols era de 5,4.

Las opciones de tratamiento dependían de la fase del embarazo y los deseos tanto de la paciente como del médico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12

La filosofía general del diagnóstico y tratamiento de las neoplasias intraepiteliales del cuello detectadas durante el embarazo es la del tratamiento expectante después de un cuidadoso diagnóstico. Las pacientes embarazadas con tinción de Papanicolau anómalos deben ser sometidas a biopsia dirigida por colposcopio de las áreas sospechosas, para detectar un carcinoma invasor.

Cuando se sospecha la existencia de invasión, debe realizarse una Biopsia insicisional cuidadosamente dirigida y con la profundidad suficiente como para permitir un diagnóstico preciso. Un diagnóstico de microinvación realizado mediante una biopsia dirigida por colposcopia debe ir seguido lo más pronto posible por una biopsia en cono para detectar un proceso francamente invasor.

Las pacientes con neoplasias intraepiteliales del cuello durante el período de post-parto pueden ser sometidas a una posterior re-evaluación.

La realización de una biopsia en cono en pacientes embarazadas - diagnosticadas de un cáncer microinvasor, mediante biopsia dirigida por colposcopia es una tarea formidable con un gran riesgo de hemorragia y aborto espontáneo.

afortunadamente el propio embarazo provoca la eversión de la unión escamo-columnar, limitándose así la necesidad de tomar muestras del tejido de la parte más alta del endocervix.

En opinión, la micro-invación o invasión estromal precoz del cuello se define como un cáncer invasor que no penetra en el estroma más de 3 mm por debajo de la membrana basal del epitelio superficial, no presenta invasión vascular ni linfática carece de prolongaciones tumorales confluentes y no se extienden más allá de los márgenes de la muestra quirúrgica. Cuando se cumplen estos criterios histológicos, aconsejamos a la paciente que continúe el embarazo hasta el término con seguridad. En este grupo de pacientes no se cree necesario la intervención de cesárea, debiendo determinar la vía del parto según las indicaciones obstericas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

13

En el momento de decidir el tratamiento del cáncer cervical invasor en el embarazo, el médico debe considerar tanto el estadio de la enfermedad como la duración del embarazo. Con frecuencia, en la decisión influirán las convicciones religiosas de la paciente y de su familia y el deseo de la madre de tener ese hijo. Dando que no se ha demostrado de modo convincente que el embarazo afecta de modo adverso al cáncer de cuello, se pueden producir ligeros retrasos de varias semanas en el tratamiento definitivo hasta que haya alcanzado la viabilidad.

El desenlace estadio por estadio del cáncer cervical en la mujer embarazada es aproximadamente el mismo que el de la mujer joven embarazada.

Para lesiones en estadios I y II, la histerectomía radical con linfadenectomía bilateral es aceptable durante cualquier trimestre.

La radioterapia es igualmente eficaz en el tratamiento de pacientes con cáncer cervical en estadios precoces durante el embarazo siendo el tratamiento de elección en estadios más avanzados.

En algunas pacientes en el segundo trimestre transcurrirán 60-70 días antes de que se produzca el aborto.

En caso de no producirse el aborto espontáneo una vez completado el tratamiento con rayo externo, como sucede habitualmente después de las 16 semanas de gestación, se debe realizar una histerectomía radical modificada sin linfadenectomía pélvica para extirpar la neoplasia central restante.

En las pacientes que se encuentren por lo menos en la semana 24 del embarazo, es posible retrasar el tratamiento hasta alcanzar la viabilidad fetal. Se realizará una cesárea cuando las pruebas de madurez pulmonar fetal indiquen viabilidad. Si no se practica Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica en el momento la cesárea se comienza inmediatamente la radiación completa de la pelvis, una vez curada la insición abdominal. Una vez completado el tratamiento de toda la pelvis seguirá la radiación intracavitaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14

Se puede realizar histerectomía radical tipo Wertheim, con seguridad en el momento de la cesárea, lo que permite a la paciente volver a casa con su hijo sin necesidad de tratamiento posterior. Grer comunicó impresionantes ventajas para el feto cuando la cirugía radical definitiva se retrasaba de 6-17 semanas en un pequeño grupo de pacientes con carcinoma cervical estadió 1b durante el embarazo.

Los estadiós 1b y 11a se pueden tratar con cirugía o con radioterapia. Aunque Creasman y Cols, han demostrado la eficacia de la radioterapia utilizada exclusivamente o como parte importante del tratamiento en 108 pacientes embarazadas con cáncer cervical, no existen pruebas concluyentes acerca de que uno de los enfoques -- consiga una supervivencia mejor que el otro. Con frecuencia, la elección del tratamiento parece estar determinada bien por las -- preferencias del centro o bien por la experiencia del Ginecólogo o del servicio de radioterapia. Nosotros preferimos hacer una histerectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral porque el resultado global incluye la conservación del ovario una mejor función sexual y la eliminación de retrasos innecesarios para la paciente.

Hacker y Cols. publicaron una amplia revisión sobre el carcinoma de cervix asociado al embarazo. Sus conclusiones en relación con el pronóstico son 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 cancer invasor y recidiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

15-A

OBJETIVOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS:

OBJETIVO GENERAL:

- 1.- Conocer la incidencia de Ca y Embarazo en el Hospital General Dr. Fernando Quiroz Gutierrez.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- 1.- Saber el Tx de Ca y embarazo en los diferentes tipos.
- 2.- Conocer el tratamiento dado, así, como la evolución de los 7 casos de Ca. y Embarazo.
- 3.- Comparar el tratamiento establecido y el mencionado en la literatura.
- 4.- Saber la mortalidad en los casos estudiados, con respecto a mortalidad Universal.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

16-A

HIPOTESIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPOTESIS.

- Es más agresiva la actividad del Carcinoma en la Gestación ?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL.

Y

METODOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODOS.

El estudio es de tipo retrospectivo, se llevo a cabo en el Hospital General. Dr. Fernando Quiroz Gutierrez.

Se revisaron los expedientes de pacientes embarazadas atendidas entre los años de 1984 a 1994 detectandose 7 casos de Ca y embarazo, posteriormente se obtubieron los siguientes datos:

- Edad de la paciente.
- Semanas de embarazo en el momento del diagnóstico.
- Forma de Dx y tipo de Ca.
- Forma de Interrupción del embarazo y edad gestacional.
- Del R.N , peso, sexo y Apgar.
- Tratamiento establecido durante o después del embarazo.
- Sobrevida de la paciente.

Se analizaron los casos sacando el porcentaje en cuanto a incidencia, mortalidad, tipo de Ca, con respecto a los nacimientos en ese período, siendo el total de 14527.

Con respecto a los criterios de inclusión, se tomó en cuenta mujeres embarazadas con Dx de Ca diagnosticadas antes, durante o como hallazgo en el trans-operatorio. Como criterios de eliminación pacientes que se desconociera la evolución del embarazo y del Ca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

18-A

RESULTADOS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 1:

Año 1984.

Paciente de 20 años Primigesta, con embarazo de 38.3 SDG. Curso de embarazo de forma normoevolutiva.

Se realiza Césarea por falta de progresión del trabajo de parto.

Se obtuvo producto único vivo del sexo femenino con peso de 2700 y Apgar de 7-8-8.

Con los siguientes hallazgos en el trans-operatorio:

- Líquido de ascitis de aproximadamente 100 cc.
- Presencia de tumoración dependiente de anexo derecho que fijaba a epiplón y asas de intestino delgado y grueso -- con lesiones nodulares en peritoneo parietal.

Se envía pieza a patología así como líquido de Ascitis, con el siguiente resultado:

- Líquido de Ascitis positivo a células malignas.
- Tumoración correspondiente a un adenocarcinoma indiferenciado.

Por lo anterior se da DX de Adenocarcinoma de Ovario indiferenciado Etapa Clínica 111.

Posteriormente a las tres semanas se inicia Quimioterapia con DDP CTX, ADR (dos ciclos).

A los dos meses la paciente regresa por presentar derrame pleural de lado izquierdo así como datos de SIRPA, falleciendo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 11:

Año 1984.

Paciente de 33 años de edad tercigesta, dos cesareas anteriores cursando en el momento del DX, con embarazo de 26 semanas, se realiza citologia reportando clase V.

Se toma Biopsia reportando:

- Ca in Situ de tipo escamoso.

Por lo que se decide realizar conización cervical reportandose:

- Ca de células grandes no queratinizadas con invasión de 4 mm de la membrana basal. Haciendose etapificación de etapa 1a2.

Curso de embarazo normoevolutivo, al termino de este se realiza césarea tipo Kerr Iterativa, se obtiene PUV del sexo masculino con peso de 3100 y Apgar de 9-9-9.

A los 6 meses, se realiza Histerectomía radical confirmandose el diagnostico, reportandose, 21 ganglios con hiperplasia linforeticular, bordes y limites tumorales respetados.

A los 9 años libre de enfermedad tumoral.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 111:

Año 1985.

Paciente de 28 años de edad primigesta.

Cursando con embarazo de 36 SDG en el momento del DX.

Curso de embarazo de forma normoevolutiva, se realiza citología con reporte de clase V, se decide enviar colposcopia con los siguientes:

- Mosaismo, anomalías vasculares y zona acetoblanca.

Se tomó biopsia con reporte de : Lesión escamosa intra-epitelial de alto grado.

a las 38 semanas se realiza césarea por SFA, con PUV del sexo masculino con Apgar de 8-9-9 y peso de 2950.

6 meses después se realiza Criocirugía.

Control a los 8 años libre de enfermedad tumoral.

CASO 1V:

Año 1985.

Paciente de 37 años de edad tercigesta secundipara acude a las 20 SDG con la siguiente sintomatología:

Dolor abdominal vago, distensión abdominal. así como constipación. Se realiza USG reportando lo siguiente:

- Utero aumentado de tamaño espensas de embarazo de 20 SDG, así como tumoración de 18x16 de ecos mixtos tabicado.

Se decide continuar el embarazo y a las 36 semanas previa maduración pulmonar se realiza césarea, se obtiene PUV del sexo femenino con peso de 2100 y Apgar de 6-8-8.

Se toma biopsia con reporte de : Cistoadenocarcinoma de ovario izquierdo, se opera para citoreducción, encontrándose ascitis, no dulaciones en epipón, peritoneo e intestino.

Reporte de patología con : Ca de Ovario etapa 111.

Inicia quimioterapia por 6 ciclos con lo siguiente: DDP, CTX, ADR
Se sugiere 2° look no aceptando la paciente.

Posteriormente a los 8 meses, presenta Mts a pulmones, falleciendo. Período libre de enfermedad de un año.

CASO V:

Año 1987.

Paciente de 23 años primigesta, con embarazo de 22 SDG.

Acude por referir dolor en mama derecha, con hipertermia y edema en un 80%, se toma biopsia reportando: Ca de mama inflamatorio
Etapa 111.

Por no ser derecho habiente, se envía al Instituto Nacional de --
Cancerología e inicia con quimioterapia y radioterapia, a los 3 meses muere se desconoce el esquema aplicado así como la causa de el fallecimiento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO VI:

Año 1993.

Paciente de 34 años, tercigesta secundípara con embarazo de 18 -- SDG. Curso de embarazo de forma normoevolutiva, se toma citología con reporte de clase V, por lo que se realiza Biopsia con reporte de : lesión escamosa intraepitelial de alto grado..

Toma de conización con reporte de : LEI de alto grado.

Cursando en la semana 38 con preeclamsia Grave por lo que se estabiliza y se decide la interrupción del embarazo por vía abdominal en el trans-operatorio cursa con paro respiratorio, se obtuvo PUV del sexo masculino con peso de 3300 y Apgar de 9-9-9.

Actualmente en espera de tratamiento definitivo.

CASO VII:

Año 1994,

Paciente de 21 años primigesta con embarazo de 32 SDG se realiza citología con reporte de Negativo III. anteriormente el transcurso fue normoevolutivo.

Se envió colposcopia con resultado de manchas acetoblanco por lo que se decide toma de Biopsia con resultado de : LEI de alto grado.

Cursa asintomática el resto del embarazo se realiza Césarea por DCP. Se obtiene PUV del sexo femenino con peso de 3000 kg y Apgar de 8-9-9. Tres meses después se realiza Criocirugía.

Actualmente asintomática.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

23-A

ANALISIS.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS:

La incidencia de Ca y embarazo en nuestro Hospital Fue de:

- 0.48%, correspondiendo a 4.8 por cada 10,000 pacientes embarazadas.

Tomando en cuenta los nacimientos tanto por Eutocia como Césarea durante 1984 a 1994, correspondieron un total de 14527.

El tipo de Ca más frecuente encontrado en nuestra poblaci'on fue el Ca C.U, con 4 casos y posteriormente el Ca de Ovario con 2 ca--
sas.

A continuación se presenta el porcentaje de frecuencia con respec
to a nuestra población:

| <u>TIPO</u> | <u>%</u> | <u>X CADA 10 000 H.</u> |
|------------------|----------|-------------------------|
| 1.- Ca C.U. | .027 | 2.7 x cada 10,000 |
| 2.- Ca de Ovario | .013 | 1.3 x cada 10,000 |
| 3.- Ca de Mama | .006 | 6 x cada 100,000 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Teniendo una mortalidad en esos 7 casos de :

3 = .020 correspondiendo 2 de cada 10,000.

La edad de presentación abarco de los 21 a 37 años.

5 de los casos fuéron diagnósticados antes del nacimiento y 2 fuéron hallazgos, en el trans-operatorio.

En todos los casos el tratamiento del Ca, fue posterior a la resolución del embarazo.

Este tratamiento fue de acuerdo a la mencionada por la literatura

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

25-A

CONCLUSIONES.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

26

CONCLUSIONES:

- 1.- Por lo anteriormente analizado y con respecto a nuestros 7 casos, considero, que si es más agresivo el Ca durante el embarazo no tanto por el avance relacionado con la gestación sino porque el tratamiento, no se inicia oportunamente.
- 2.- Con respecto a nuestra frecuencia estamos acordes con la literatura, teniendo el primer lugar el de Ca C.U, pero con respecto al Ca de mama este ocupa el tercer lugar en nuestro hospital y en segundo lugar el de Ovario.
- 3.- La incidencia es más baja que la mencionada en la literatura.
- 4.- Sin embargo llama la atención la mortalidad, la cual en nuestra población es más alta de la mencionada en la literatura.
- 5.- Lo anterior podría estar justificada, ya que las pacientes -- fueron de mayor edad y por lo tanto de mayor evolución con su problema, lo cual favorece que en el momento del Dx sea ya en una etapa avanzada.
- 6.- Se estan teniendo tipos de Ca los cuales se presentan en etapas reproductivas, anteriormente se mencionaban otros tipos de Ca de los cuales la etapa de presentación, era muy rara durante un embarazo.
- 7.- El tratamiento establecido en nuestra Institución es igual al mencionado en la literatura.
- 8.- Después de revisar los expedientes de las pacientes nos pudimos dar cuenta que no hay la intención de exploración física así como del interrogar acerca de la posibilidad de un Ca.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

27

9.- La toma de citología no se realiza en toda mujer embarazada ni en aquellas con predisposición para poder desarrollar algún tipo de Ca.

10.- Por todo lo anterior se considera importante el tener en mente en toda paciente considera con factores predisponentes o no la posibilidad de un Ca.

11.- Lo mencionado anteriormente repercutirá en el tipo de bienestar que se brindara con un tratamiento oportuno, tanto como al R.N y su contorno familiar.

12.- Finalmente , recordar que una citología amerita solo 3 minutos de nuestro tiempo.

FRACTA

PAG

28

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

29

- 1.- Allen H.H. Nisker J.A Editors. Cáncer in pregnancy, Mt Kisco N.Y 1986.
- 2.- Bernavon Y Wallack MK Managemennt of the pregnancy patiet with carcinoma of the breast. Gynecol Obstet 1990.
- 3.- Boros SJ Reynolds JW. Intrauterine Grow Retadation Following third trimester exposure to busulfa. AM J. Obstet Gynecol. 129; 11 1989.
- 4.- Bunker ML Peter MV Breast in pregnancy and during lactation AM J. Obstet Ginecol. 1987.
- 5.- Farney JP Pregnancy Follonwing removal and Chemotherapy of ovarian endodermal sunus tumor. Obstet Gynecol 52;360 1987
- 6.- Gerbenson D. Mestrual and reproductive Function after tream with combination chemoterapy for malignat ovarian germ cell tumor J.Clin Oncol 6;270 1988.
- 7.- Gillan J . Weinsten L. The effects of cancer chemotherapeutic agents on the developing fetus. Obstet Gynecol 38:6 1988.
- 8.- Hagentsen CD. Cancer of Breast in pregnancy and during lactation. AM J. Obstet Gynecol. 1987.
- 9.- Harvey JC Rosen APP. Ashikak the efectos of pregnancy on the prognosis of carcinoma of the breast folloowing radical mastecto-my. Gynecol. Obstet. 1983.
- 10.-Hoftman MS Cavanagh D. Walter TS Et al. Adenocarcinoma of the endometrium and endometrioid carcinoma of the ovary associated whth pregnancy. Gynecol Oncol 32:82 1989.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

30.

11.- King RM Welch JS Marttin KJ Carcinoma of the breast associa
te with pregnancy .Gynecol Obstet. 1989.

12.-Moore DH. Fowler WC. JR Currie. JL Al Squamous cell carcinoma
of vulva in pregnancy. Gynecol. Oncol 41:74 1991.

13.- Perkins RL Hernandez, Miyazawua K. Ovarian Endoderm, sinus
tumor during pregnancy . AM J. Gynecol 3:21. 1989.

14.- Van Der See De Brujin. HWA Bouba J. Et Al. Endodermal sinus
tumor of the ovary duryng pregnancy a caso report. AM. J. Obstet.
Gynecol (2) 505 1991.

15.- Van Voorhis B. Crikshank DP. Colon carcinoma complicating
pregnancy. J Repod, Med 34:923 1989.

16.- Wager GW Van Rendbulrg LC. Schaetzing a Pheochromocytoma in
pregnancy a acso report and review. SJ SURG 19-251 1989.

17.- Woods JB Ingram Fh Odom CD ET Al Colon Cancer complicating
pregnancy AM Perinatol. 9:102 1192.

18.- White TT. prognosis of breast fort pregnat women analisis of
1413 cases Gynecol Obstet. 1985.

19.- White TT Cancer of the breast in the pregnancy or nursing pa
tiet AM J Obstet Gynecol. 1985.

20.- Zirkin HG Krugliak L Katz M Endometrial adenocarcinoma coin-
cident with intrauterine pregnancy. 1985.