
Cáncer asociado con embarazo

Dres. Oscar R. Flores Funes*, Manuel de Jesus Maldonado**, Jose Luis Arita***

RESUMEN

Hemos hecho la revision de once años de los casos diagnosticados como cancer asociados con embarazo, desdeenerode 1980 a diciembre de 1990. Estaspacientes estuvieron ingresadas en la Sala de Embarazos l'atologicos del Departamento de Gineco-obstetricia del Hospital - Escuela de Honduras C.A.

En Total fueron 35 casos: 28 correspondientes a cancer cervico uterino, 4 a cancer de mama, dos linfomas y un cancer de estomago.

Las pacientes con cancer de mama murieron todas antes del primer año; en las otras, no se conoce su evolucion debidooa queen la Sala de Embarazos Patologicos no se hace seguimiento de estas pacientes y tampoco son remitidas a control de Oncologia. El proposito de este estudio fue analizar las distintas opciones terapeuticas y llamarla atención del tema para buscar soluciones que mejoren el control y la sobrevida en este tipo de pacientes.

Palabras claves: Embarazo, Cancer, Sobrevida, Aborto Terapeutico, Feto.

Onailogo Quirurgico y Profesor Tiitular III de pre y Post grado, Facultad de Cicncias Medicas. Oncologo Quirurgico del IHSS. Gineco-Obstetra. Egresado del programa dc postgrado del Hospital-Escuela. Riill doGincco-Obstctricia y jefe de Residentes del H-E.

INTRODUCCION

El cancer es uno de los padecimientos mas graves que pueden complicar el embarazo, por que hace peligrar la vida y el bienestar de la madre y, ademas, los tratamientos pucden ser pcligrosos para t;l feto.

Por fortuna, la incidencia de neoplasias nialignas en mujeres de 25 a 35 aaios es alrededor de 0.06% y en mujeres embarazadas practicamente es igual, de 0.07% (1). El embarazo no altera el curso biologico del cancer cuando este lo acompaña. Leucemias agudas infomas de Hodgkin y diversos tumores solidos tienen sobre vidas similares tanto en embarazadas como en mujeres no embarazadas; incluso, en las neoplasias que tienen cierta influencia hormonal, como el carcinoma de mama, la evolucion natural no van con el embarazo.

Segundo la literatura, en otros paises, los canceres que mas frecuentemente afectan a la mujer en edad reproductiva son: mama, cervix, linfomas y melanomas (2, 3,4), y, en nuestro pais, es el cancer cervicoulcrino, como lo comprobamos en este estudio. En Honduras el problema es mas complejo que en otros paises debido a que hay una ley que impide la intcrrupcion de los embarazos, aunque haya una indicacion terapeutica, (uso de Quimioterapia o Radiacion).

Es evidente que el primer paso para buscar alternativas adecuadas en el tratamiento de estas pacientes, es lograr que se apruebe una ley que permite a la interrupcion del embarazo cuando sea

Necesario, si no continuaremos como hasta ahora, limitandonos a diagnosticar el cancer y vicndo como la enfermedad progresa hasta llevar a la muerte a estas madres.

MATERIAL Y METODOS

Analizamos los casos ingresado sala sala de embarazos pa tologicos del Bloque Materno-Infantil del Hospital-Escuela de Tegucigalpa, en quienes se hizo el diagnostico de cancer y embarazo; esta revision incluye los años de 1980 a 1990, en total once años. Encontramos 35 casos, con 28 correspondientes a cancer cervico-uterino, 4 de mama, 2 linfomas y uno de estomago. La distribucion Dos decadas se presenta en la tabla numero uno

RESULTADOS

TABLA No. 1
DISTRIBUCION POR DECADAS

Edad	N. de casos	Porcentajes
11-20	2	5.7
21-30	6	17.1
31-40	23	65.8
41-50	4	11.4
Totales	35	100.0

En los canceres de cervix, 25 pacientes tuvieron su primera experiencia sexual entre 13 y 18 años, 26 de ellas con paridades de 4 o mas; ambos factores se sabe que son predisponentes para el cancer cervico uterino, que es et mas frecuente en nucstro medio y el que tambien mas se asocia con embarazo.

En relacion a la edad de gestacion al momento del diagnostico del cancer su distribucion se observa en la tabla Numero dos.

TABLA N. 2
EDAD DE GESTACION AL MOMENTO DEL DIAGNOSTICO

Edad gestacional	N. de casos	Porcentaje
primer trimestre	4	11.4
segundo trimestre	14	40.0
tercer trimestre	17	48.6
TOTAL	35	100.0

En la tabla No. 3 ilustramos los estadios clinicos y observamos que la gran mayoria son estadios avanzados.

Los canceres no invasores de cervix fueron ocho; pero cinco fueron in situ y tres microinvasores.

TABLA No. 3

ESTADIOS CLINICOS DE CANCER Y EMBARAZO

TIPOS DE CANCER	ESTADIOS									
	0		I		II		III		IV	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
cervico uterino	5	14.2	7	20	13	37.1	3	8.1	0	0
mama									4	11.4
linfomas							1	2.8	1	2.8
estómago							1	2.8		

Los canceres de mama fueron todos estadios clinicos IV, es decir: avanzados.

Los linfomas fueron tambien casos avanzados, con un Burkitt en estadio clinico III y un Hodgkinen estadio IV. De los casos de cancer cervico-uterino, 27 fueron epidermoides y uno mixto. En mama uno fue anaplastico y los otros tres ductales infiltrantes.

TABLA No. 4

TIPO DE TRATAMIENTO EN CANCER Y EMBARAZO

tratamiento	cérvix-uterino	mama	linfoma	estómago
cirugía	5			
radiación	13	3		
quimioterapia	1			1
ninguno	9	1	2	

A doce de las pacientes no se dio ningun tipo de tratamiento. Cinco de ellas, con cancer cervico - uterino, fueron tratados estando embarazadas. A diez pacientes, con cancer cervico-uterino, se realizo cesarea con 7 productos a término, dos preterminos y un obito.

De los cuatro canceres de mama, una se dejo llegar a parto espontaneo, despues de 6 semanas de internamiento se dio de alta, no recibio tratamiento y fallecio meses despues-Otra recibio tratamiento paliativo por un sindrome de vena cava, pero no completo las dosis porque solicito el alta. En los dos restantes canceres de mama no importo su estado de embarazo (1o., 2o. trimestre), y aunque estaban en estadio clinico IV fueron enviadas a Radioterapia. En ninguna de ellas se hizo seguimiento.

En la Tabla numero cinco presentamos el curso de los embarazos.

TABLA N. 5

F1NAL1ZAC1ON DEL EMBARAZO

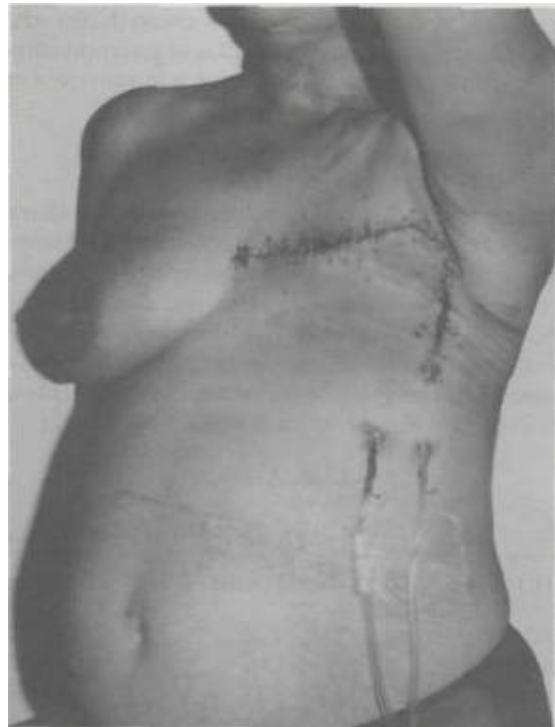
OBITO	1	2.8%
ABORTO	3	8.1%
PREMATURO	4	11.4%
ATERMINO	18	51.4%
DESCONOCIDO	9	25.7%
TOTALES	35	100.0%

En relacion a las madres, se sabe que las de cancer de mama murieron todas con actividad tumoral. La paciente de la fotografia numero 1 es del IHSS, tuvo un doble cancer primario de tiroides y mama en estadio clinico 1,6 años despues fue tratada con masleclomia Patey por su embarazo para conservar el producto. Fotografia N°2, seis años despues. De las otras pacientes se desconoce la evolucion porque no se eslabecieron controles.

DISCUSION

El embarazo no altera la biologia de los canceres; sin embargo, si una paciente no embarazada tiene un tumor maligno, es conveniente que en los cinco años consecutivos al diagnostco se eviten los embarazos con metodos anticonceptivos mecanicos (3).

El cancer in situ de cervix se presenta en 1 de cada 770 mujeres embarazadas; el de cervix invasor, 1 en cada 2205; mama, 1 en 3000; linfomas, 1 on 6000; vulva, 1 en 8000; ovario, 1 en 9000 y el dc cuerpo uterino es todavia mas raro (1,5-16).



La tasa de abortos espontáneos no es mayor en las mujeres embarazadas que tienen un cáncer con comitante y lo mismo ocurre con la incidencia de prematuridad C17). La propagación del cáncer a la placenta y el feto no ocurre aunque el tumor se haya generalizado a varios sitios de la madre. Se cree que la placenta actúa como una barrera eficaz impidiendo la propagación de las células tumorales (3).

El feto presenta una gran sensibilidad a las drogas y a la radiación, en particular en la etapa de neuroblasto. La muerte intrauterina puede manifestarse con resorción fetal, abortos mortinatos, y malformaciones. Otros riesgos para el neonato son retraso del crecimiento y desarrollo en útero. Los que sobreviven a los efectos letales de las drogas pueden tener diversas malformaciones estructurales capaces o no de incidir sobre la viabilidad a largo plazo (17).

Los datos de Dekatan, en lo concerniente a los efectos de la exposición a la radioterapia, indican que con dosis mayores de 250 rads, se presentan una gran incidencia de anomalías se ven en el periodo de 3 a 16 semanas de gestación. Estas anomalías incluyen retraso mental, microcefalia y retraso en el crecimiento (4). Aproximadamente el 0% de los fetos expuestos a drogas citotóxicas durante el primer trimestre del embarazo presentan anomalías, con anomalías gonadales que pueden ser sospechadas hasta la pubertad, o en la vida adulta (17).

La quimioterapia ha sido asociada con anomalías congénitas, incluyendo el desarrollo visceral esterilidad. Además, hay otros problemas que alteran el estado nutricional de la madre, por efecto del metabolismo desordenado de la malignidad o los efectos eméticos de las drogas como ulceraciones de mucosas, candidiasis, citopenias que predisponen a infección y hemorragia, etc. (4).

En relación a los principales cánceres asociados con embarazo, en nuestro medio el que predomina es el de cérvix. Es importante distinguir entre una lesión premaligna, cáncer in situ y cáncer invasor porque obviamente el tratamiento es diferente.

Aunque la conización es un método que se utiliza fácilmente en la paciente no embarazada, en la embarazada muchas veces produce una copiosa

Hemorragia y en la quinta parte de las pacientes puede producir complicaciones perinatales, con una incidencia de pérdidas fetales de 5 a 10%.

Las punciones -biopsias, bajo el control fluoroscópico, dan la misma información diagnóstica con un mínimo de morbilidad para la madre y el feto (3).

Si el cáncer está en estadio 1A (microinvasor) su tratamiento es como el del cáncer in situ. Si sobrepasa los tres milímetros de invasión se trata como un cáncer en estadio IB (invasor) con Histerectomía Radical y Linfadenectomía Pelvica o radioterapia, dependiendo de la edad de gestación y de otros criterios que deben seguirse para realizar cirugía de tipo radical o radiación. (2, 18,19). Aunque la literatura mundial establece que el cáncer in situ es tres veces más frecuente que el cáncer invasivo durante el embarazo (3), en nuestro país es el cáncer invasivo el que más se asocia con este. El cáncer invasor IB, que no es tributario de la cirugía o los estudios más avanzados se van a tratar con radioterapia externa, con la cual en la mayoría se provoca interrupciones del embarazo si se encuentran antes de las 24 semanas, o se hace histerotomía si no ocurre esto, completando el tratamiento con radium intracavitario. Si se encuentran después de las 24 semanas, se deja que alcance la viabilidad, se hace cesárea y luego radioterapia (2, 10, 18, 19,24). Algunos autores indican en ciertos casos la combinación de Radioterapia e Histerectomías ampliadas (2). La relación entre carcinoma de mama y embarazo ocurre en aproximadamente 3% de todos los casos de carcinoma mamario (20). La incidencia es alrededor de 2 a 3 por 1000 embarazos (21,22) y apenas de 3 en 10000 embarazos, según otros autores (9,22).

Peters (4) han puntualizado que el tiempo de tratamiento en la paciente embarazada es importante, ya que es evidente que la sobrevida de pacientes tratadas por cáncer de mama en el primer trimestre del embarazo, fue mayor que aquellas pacientes en quienes el tratamiento no se inició hasta la última mitad del embarazo.

Al revisar la literatura, varios informes establecieron que la mayoría de los casos están en estados avanzados al momento del diagnóstico (9, 21,23) y las razones para ello no son claras, pero algunos consideran factores como: edad, cambios hormonales, aumento del tamaño de las mamas (lo que dificultan sus exámenes), al aumento de la vascularidad mamaria (lo que favorece la seminación tumoral temprana y la falta de experiencia de los que examinan las mamas).

Aunque la mamografía puede ser realizada con protección del feto, usualmente no se usa porque el incremento de la densidad del tejido mamario durante el embarazo hace inconclusos sus resultados (8, 24,25). Una mamografía negativa no es razón para diferir la biopsia si se encuentra presente una masa sospechosa. El diagnóstico puede hacerse a través de biopsia por aspiración o con anestesia local (8). Además el tejido debe ser analizado por receptores estrogénicos y progestágenos (26). Sabemos que cuando estos receptores son positivos la respuesta a la manipulación hormonal es mejor, lo mismo que a los agentes quimioterápicos (4).

El esquema general de tratamiento es el mismo que para la paciente no embarazada (8, 23,26). No se debe recomendar la terminación del embarazo en aquellas pacientes con cánceres quirúrgicos curables; sin embargo, esto debería ser considerado seriamente en aquellos casos de estadios III y IV, en los que la Quimioterapia y Radioterapia representen tan considerables riesgos al feto, particularmente en el primer trimestre (23).

El pronóstico del cáncer de mama en estadio I es excelente, con sobrevidas de 85 a 90%. Puede darse anestesia general con bajo riesgo para el feto después de las 14 semanas. Si el nacimiento es esperado dentro de pocas semanas, el tratamiento puede ser postpuesto hasta dos semanas después del parto. Si se realiza mastectomía, la madre puede lactar unilateralmente a su hijo (25).

La Quimioterapia coadyuvante está indicada cuando hay ganglios positivos. La Ooforectomía da buenos resultados, especialmente si la mujer es mayor de 35 años y el tumor es receptor hormonal positivo (8,9). El más común de los linfomas es el de Hodgkin (2,14) dado que su pico de incidencia es entre los 20 y 40 años. Puede efectuarse la clasificación del estadio después de las 14 semanas de gestación por laparotomía; durante el tercer trimestre esto se ve dificultado por el tamaño uterino, de ahí que sean importantes realizar: hemogramas, fosfatasa alcalina, rayos X de tórax, biopsia de médula ósea y linfografías (2,14).

CONCLUSIONES

- 1- En Honduras no es tan frecuente la asociación de cáncer y embarazo.

- 2- Cuando cáncer y embarazo ocurren al mismo tiempo en nuestro país, constituyen un dilema médico, porque la interrupción del embarazo es ilegal.
- 3- El cáncer que más frecuentemente se asocia con embarazo, en nuestro medio, es el Cerviño uterino,
- 4- No hay un mecanismo de control adecuado en la Sala de Embarazos Patológicos y esto impide establecer un seguimiento a las pacientes con cáncer y embarazo.
- 5- Estas pacientes deberían ser vistas y controladas por Gineco-Obstetras y Oncólogos, no solo por los primeros, como ocurre en el Departamento de Gineco-Obstetricia del Hospital-Escuela.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Roberts James A, M.D: Management of gynecologic tumors during pregnancy. Clinics in perinatology; 1983 :10/ 2 : 369.
- 2- Disaia Philip J.: When extrapelvic malignant disease strikes pregnant women. Contemporary Ob. Gyn.; 1983:109.
- 3- Burrow Gerard N., Ferris Thomas F: Complicaciones médicas durante el embarazo. Editorial Medica Panamericana, S. A., Buenos Aires, Argentina; 1984:541.
- 4- Sutcliffe Simon B.: Treatment of neoplastic disease during pregnancy: maternal and fetal effects Clinical and Investigative Medicine; 1985:8/4:333.
- 5- Donnenfeld Alan E., Roberts Nancy S., Losurc Thomas A., Mullen Arthur W.: Perforated adenocarcinoma of the appendix during pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol; 1986:154/3:637.
- 6- Durkin John W. Carcinoid tumor and pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol; 1983: 145/6:757.
- 7- Zakut H., Marmur G. : Colon carcinoma in pregnancy. Clin. Exp. Obst. Gyn.; 1984 : XI: 1/27.

- 8- Onion Patricia: Breast cancer prognosis with pregnancy. Am. J. Nursing. 1984:1126.
- 9- Hubay Charles A., Barry Frank M., Marr Clifford: Pregnancy and breast cancer. Surgical Clinics of North America; 1978:58/4:819-
- 10- Hacker Neville F: Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. Obst. Gynecol; 1982: 59/6:735.
- 11- Bailar Charles A.: Ovarian Tumors associated with pregnancy termination patients. Am. J. Obst. Gynecol; 1984:149/4: 385.
- 12- Rabinowitz R-, Granal M.: Dysgerminoma of the ovary: incidental finding during cesarean section. Europ J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol.; 1985:19:105.
- 13- Plows Charles W.: Acute Myelomonocytic leukemia in pregnancy. Report of a case. Am J. Obst. Gynecol.; 1982:114/3:41.
- 14- Jacobs Charlotte, MD.: Management of the pregnant patient with Hodgkin disease. Annals of Internal Medicine; 1981:95/ 3:672.
- 15- Williams Stephanie F.: Cancer y embarazo. Clinicas de Perinatología; 1985:3:636.
- 16- Hill Joseph A., Kassan Shiraz H., Tallado O. Eduardo.: Colonic cancer in pregnancy. South. Med. J.; 1984: 77/3:375.
- 17- Latorre Travis E.: Primer of Medical Radiobiology. Year Book Medical Publishers Inc., Chicago; 325:1975.
- 18- De Vita Vincent T. Jr., Hellman Samuel, Rosenberg Steven A.: Cancer. Principles & Practice of Oncology. Segunda edición. J. B. Lippincott company Philadelphia, London, Mexico city, New York, St. Louis; 32:1013; 1985.
- 19- Nisker Jeffrey A., Shubat Michael.: Stage IB cervical carcinoma and pregnancy. Report of 49 cases. Am. J. Obstet Gynecol.; 1985:145 /2: 204.
- 20- Ribeiro G-, Jones D. A. and Jones M.: Carcinoma of the breast associated with pregnancy. Br. J. Surg.; 1986: 73: 607.
- 21- Cheek Harold J.: Cancer of the breast in pregnancy lactation. Am. J. of Surg.; 1973:126: 729.
- 22- Holleb Arthur I., Farrow Joseph H.: The relation of carcinoma of the breast and pregnancy in 283 patients. Surg. Gynecol Obstet.; 1962:65.
- 23- Max Martin H., Klammer Thomas W.: Pregnancy and cancer. South Med J.; 1983: 76/9:1988.
- 24- Krebs Linda U.: Pregnancy and cancer. Seminar Oncol. Nurs.; 1985:1:1.
- 25- Flores Funez Oscar R., Espinal Janeth S.: Carcinoma de mama y embarazo. Revista del Instituto Nacional de Cancerología de México.; 1988: 34: 680.
- 26- King R. Michael, Welch John S., Marvin J. Kirk, Coulan Carolyn B.: Carcinoma of the breast associated with pregnancy. Sur. Gynecol Obstet.; 1985:160:228.