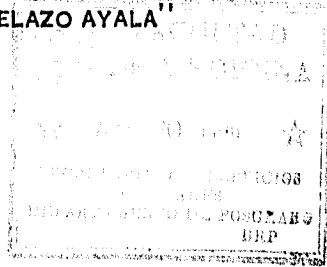




11217  
**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA  
"DR. LUIS CASTELAZO AYALA"



**CANCER DE MAMA ASOCIADO  
A EMBARAZO**

**TESIS PROFESIONAL**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO EN

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**P R E S E N T A:**

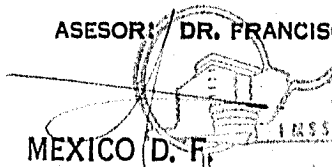
**DRA. ERENDIRA KUNHARDT URQUIZA**



**IMSS**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR: **DR. FRANCISCO JAVIER GOMEZ GARCIA**



**ENERO DE 1996**

**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## INTRODUCCIÓN

Existen varias enfermedades que pueden coexistir o aparecer durante el embarazo. Pero cuando un ginecoobstetra se enfrenta con una lesión o tumoración en la glándula mamaria, que le haga sospechar de una neoplasia, por no poderla atribuir a alguna otra patología, se verá rodeado de una muy difícil situación, deberá tener los conocimientos suficientes para saber que aunque el posible diagnóstico será difícil, más lo será si se confirma una neoplasia, y más elegir el adecuado manejo multidisciplinario al que someterá a su paciente.

Durante el embarazo el diagnóstico ocurren entre 1:10.000 a 1 entre 1,300 embarazos, siendo una de las neoplasias más frecuentes durante este período, junto con el cáncer cervicouterino y linfomas. (8)

Petrec en 1993 reportó la incidencia de esta neoplasia en mujeres menores de 40 años a un 15%. Es una enfermedad poco frecuente, pero no rara.

Esto dificulta el diagnóstico, ya que muchos médicos no buscan intencionadamente la neoplasia en la consulta prenatal.

Durante el embarazo el diagnóstico se retrasa debido al crecimiento de la glándula mamaria, aumento de su consistencia, hipervascularidad y los cambios fisiológicos normales durante la gestación.

Por otro lado, si una mujer tuviera la duda de una probable tumoración, estos cambios fisiológicos crearían la ilusión de una resolución no existente, atrasando así el diagnóstico.

Los métodos auxiliares diagnósticos reducen su sensibilidad y especificidad durante el embarazo.

### *LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS*

*MASTOGRAFÍA* : No se utiliza de rutina, es de poco valor diagnóstico debido a que la hiperemia y el incremento en el contenido líquido en la glándula, contribuyen al aumento de la densidad, traduciendo una imagen radiopaca. (8)

Por otro lado este método brinda seguridad en cuanto a que solo se expondrá el binomio a una mínima radiación, menor de 0.2 Rads, y si se tienen las adecuadas medidas de seguridad como mandil de plomo, no habrá exposición al producto. (12)

*ULTRASONIDO*.- Es un método de gran seguridad para el binomio, sin embargo, solo nos servirá para distinguir entre una tumoración quística de una sólida. (8)

*CITOLOGÍA POR PUNCIÓN CON AGUJA FINA* : No existe la misma seguridad diagnóstica durante el embarazo y fuera de este.

Esta técnica tiene el riesgo de no incidir sobre la tumoración. Por otra parte la hiperproliferidad celular, puede confundir al patólogo, dando reportes falsos positivos de malignidad. (8)

Podemos tener reportes con atipia celular, normales en el embarazo, cuando esto sucede tenemos que confirmar el diagnóstico exacto por medio de una biopsia excisional. (6)

Este método es de gran utilidad para el diagnóstico citológico de masas asociadas con el embarazo, como fibroadenomas y sus cambios durante la gestación, galactocele adenoma de la lactancia, etc. (6)

**BIOPSIA CON TRU-CUT** : Es efectiva en un nódulo sospechoso con una positividad de un 85%, dependiendo de la habilidad del médico. (12)

**BIOPSIA EXCISIONAL** : Se realiza bajo anestesia general o local no existen evidencias de teratogenicidad al producto. (3)

No existen efectos deletéreos para el binomio, la técnica durante el embarazo se dificulta debido a la hipervascularidad y el edema presente en la glándula.

Byrd encontró en 105 biopsias benignas, lesiones peculiares de la gestación en un 29% tales como hiperplasia lobular, galactocele y mastitis.

**CITOLOGÍA DE LÍQUIDO DE DESCARGA POR EL PEZON** : Durante el embarazo pueden existir descargas sanguinolentas y ser fisiológicas. Su utilidad es muy limitada.

**ESTUDIOS INMUNOHISTOQUÍMICOS** : Son de limitada utilidad en nuestro medio, estos identifican antígenos relacionados con la presencia de células del parénquima normal de la mama, con ayuda de anticuerpos como Mab, el cual se fijará a la Keratina de tejido sano, encontrando disminución del anticuerpo en el tejido neoplásico. (9)

**HISTOPATOLOGIA** : No se ha observado que durante el embarazo existan diferentes tipos histológicos a los presentes en la población no embarazada.

Siendo el más frecuente el carcinoma ductal anfiltrante, seguido por el lobulillar médular y variedades menos frecuentes como el inflamatorio. (12)

Gulay en 28 años de seguimiento, reporta que no existe la diferencia significativa entre la aparición de carcinoma bilateral y unilateral con respecto al embarazo. Lo cual concuerda con la literatura mundial hasta 1990. (1)

No se ha demostrado que se modifique el grado de diferenciación celular o nuclear de esta neoplasia cuando se presenta durante el embarazo. (12)

*LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO FUERON* : Realizar el seguimiento de las pacientes con cáncer de mama y embarazo, que fueron diagnosticadas de 1986 a 1992. Con la finalidad de conocer su evolución.

Conocer las características generales por tipo histológico, etapa clínica, evolución y pronóstico en los casos que cursaron con embarazo y cáncer de mama.

Conocer la forma y tiempo de diagnóstico, manejo y tratamiento de los casos que cursaron con embarazo y cáncer de mama.

Conocer la evolución de los productos posterior a la aplicación de tratamiento antineoplásico de los casos que cursaron con embarazo y cáncer de mama.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se consideraron a las mujeres que presentaron el diagnóstico de cáncer de mama durante el período de 1986 a 1992 embarazadas, y derechohabientes del IMSS.

**SE INCLUYERON :** Todos los expedientes en los que se obtuvo la información de las pacientes y se corroboró el embarazo, y el diagnóstico de cáncer de mama, obtenidos durante el periodo de estudio (del 1o. de Enero de 1986 a 1992).

**SE EXCLUYERON :** Aquellos expedientes en los que la información sobre las variables de estudio no se pudieron obtener.

Se realizó una búsqueda de los expedientes de aquellas pacientes que se detectaron entre 1986-1992, a continuación se resume el caso y su evolución.

En 1995 se encontró otro caso de cáncer de mama diagnosticada en tratamiento antineoplásico más embarazo. Este se expone como caso aparte, no incluyéndose dentro del análisis del trabajo.



## **CASO 1. R.S.M.**

**CÉDULA 1083540344**

### **EDAD AL DIAGNÓSTICO 37 AÑOS.**

**Resumen :** En 1985 por medio de autodetección se encuentra una tumoración en mama izquierda, asintomática, la cual fue tratada con medicamentos no especificados. Es enviada a tercer nivel donde se le práctica mastectomía radical modificada. Tiene antecedentes de uso de anticonceptivos orales por cinco años. En 1989 se le encuentra recurrencia local en tejidos blandos, y recibe cirugía de rescate y 8 ciclos de quimioterapia (C.M.F.) durante 8 meses, posteriormente tamoxifen durante 3 meses.

En Julio de 1991 presenta nuevamente una recidiva local en el mismo sitio, se le toma una biopsia que reporta Adenocarcinoma lobulillar infiltrante de patrón clásico y áreas de patrón alveolar grado nuclear, dos con lesión en límites quirúrgicos, más embarazo de 18 semanas. En esa ocasión recibió radioterapia durante el primer trimestre. Presentó en dos ocasiones amenaza de parto pretérmino más infección de vías urinarias. En Diciembre se realiza cesárea corporal por embarazo de 38 semanas y placenta previa. Se obtuvo producto del sexo masculino, con peso de 2500 grs., apgar de 7/8.

El producto presentó cianosis, ictericia y apnea neonatal, a los 16 días presentó un cuadro de bronquitis.

### **SEGUIMIENTO :**

Edad actual de 41 años, continua con consultas en el Hospital de Oncología de Centro Médico Nacional. En 1994 tuvo datos de una lesión no definible en la parte central de la cicatriz previa, se tomo una biopsia la cual reportó sin datos de cáncer. Continuo su tratamiento con tamoxifen hasta la fecha. El niño no ha presentado ninguna alteración en su desarrollo.

**CASO 2. C.L.S.**

**EDAD DEL DIAGNÓSTICO 34 AÑOS**

**CEDULA. 1083570758**

**Resumen :** En Julino de 1990, se presenta con un cuadro caracterizado por la presencia de una tumoración en mama derecha dolorosa a la palpación en cuadrante supero externo. Recibió tratamiento con antiinflamatorios sin presentar mejoría, cursaba en ese momento con un embarazo de 20 semanas.

En Septiembre de 1990, se realizó cesárea por S.F.A., a la edad gestacional de 42 semanas, obteniéndose producto del sexo femenino de 3,650 grs., Apgar 7/8.

En Diciembre del mismo año es drenado un galactocoele infectado, se toma biopsia, sarcoma indifeenciado con extensas áreas de necrosis. Se interviene quirúrgicamente en Enero de 1991, que involucra el 100% de la mama, lesión fugante en interlineas de externos, múltiples ganglios axilares. Patología reportó carcinoma metaplásico, con metaplasia sarcomatoide infiltrante. Se le dió quimioterapia.

**SEGUIMIENTO :**

Se encontró a la niña con adecuado desarrollo físico y escolar, la madre falleció en 1992, con el Dx. de Metaplasia sarcomatoide con metástasis a ganglios de pulmón y pleura.

**CASO 3 P.V.M.**

**CÉDULA. 4187630423**

**EDAD AL DIAGNÓSTICO 26 AÑOS.**

**Resumen :** Paciente que presentó antecedentes heredofamiliares de importancia, Madre y tía paterna con cáncer de mama derecha unilateral, y antecedentes personales de mastopatía fibroquística. Se detecta un tumor por medio de autodetección en la mama derecha central sin presentar ninguna sintomatología en Agosto de 1989, cursaba con el cuarto mes de gestación.

En Febrero de 1990, se realiza cesárea por presentación pélvica, en la que se obtiene producto del sexo masculino con peso 3,100 grs. y Apgar de 7/8.

En el puerperio inicia con vesículas en el pezón derecho, por lo que acude a facultativo que envía tópicos y tiralceche, con lo que desaparece la lesión. Se continuó con la lactancia. Posteriormente presentó mastalgia derecha severa con irradiación a cara posterior de hemitórax ipsilateral e hipertemia generalizada de la masa, se toman laminillas que reportan adenocarcinoma ductal infiltrante sin patrón específico. Se trata con quimioterapia a base de V.E.C.

**SEGUIMIENTO :**

En Septiembre de 1990, se le envió a estudio de genética por antecedentes heredofamiliares de Cáncer de mama y para programación quirúrgica, sin embargo no asistió y no se logró contactar nuevamente.

En relación al niño se encontró al año diez meses de nacido que presentó un desarrollo adecuado.

**CASO 4. P.A.M.J.**

**CÉDULA 1169522602**

**EDAD AL DIAGNÓSTICO 37 AÑOS.**

**Resumen :** Presentan antecedentes heredofamiliares de importancia de madre y hermana con carcinoma mamario.

En 1982 se detectó un nódulo en mama izquierda, con el diagnóstico de carcinoma mamario, el estudio transoperatorio se efectuó cuadrantectomía y disección radical de axila izquierda, fué sometida a radioterapia en Oncología de C.M.N. En 1984 se detectó un nódulo en la mama derecha y se estableció el diagnóstico de un segundo primario metacrónico, contalateral, se efectuó cuadrantectomía con disección radical de axila y posteriormente recibió radioterapia en la mama derecha.

En 1988 por autodetección presenta recurrencia de cicatriz quirúrgica izquierda y crecimiento del tumor, se realiza mastectomía simple, con reporte de patología solo de "malignidad", cursa de ése momento con embarazo de 14 semanas, con evolución satisfactoria hasta su interrupción en noviembre del mismo año. Se obtuvo producto por cesárea, de término, del sexo femenino con peso de 2,700 grs., Apgar 8/9 no presentó problemas al nacimiento.

En 1990 mediante serie ósea se encuentra metástasis, en pulmón izquierdo, en mama derecha se aprecia nódulo en área de cicatriz previa.

En Abril de ése año, se realiza disección amplia del nódulo, el transoperatorio reportó carcinoma ductal infiltrante.

## SEGUIMIENTO :

En Noviembre de 1995, se encontró a la paciente internada en Centro Médico Nacional Siglo XXI, por metastasis hepática y pulmonares.

En cuanto a la niña presentó un desarrollo psicomotor alterado caracterizado por : a los 5 meses sostuvo la cabeza, caminó a los 20 meses, control del esfínter vesical a los 18 meses, se mantuvo sentado al año, primeras palabras a los 18 meses, y control esfínter anal a los dos años.

Actualmente refieren familiares que su desarrollo ha sido normal además de su aprovechamiento escolar.

### **CASO 5. G.R.R.M.**

**CÉDULA 0164476981**

**EDAD AL DIAGNÓSTICO 42 AÑOS.**

**Resumen :** Inició su padecimiento dos años previos a 1990, con síntomas compatibles con mastopatía fibroquistica, así como nodulaciones de .05 a 1 cm., en mama izquierda hasta formar una sola. Se tomo varias Xeromamografías, que reportaron negativas a malignidad. Tiene el antecedente de haberse aplicado hormonales de depósito por 4 años, presentó toxemia gravídica en dos embarazos previos.

Presenta exacerbación de la sintomatología, y se detecta una tumoración en mama izquierda, dolor en pezón sin descarga, axila con presencia de ganglio de 1 cm. Se realiza cuadrantectomía con disección radical de axila izquierda y diagnóstico transoperatorio de cáncer ductal infiltrante. Valorada por Perinatología, presenta embarazo de 14 semanas, normoevolutivo.

A partir de la semana 18 de gestación se decidió aplicar quimioterapia con 5-fluoracilo, adriamicina y ciclofosfánida, en 6 ciclos. Se realizó cesárea más ooforectomía en noviembre de 1990, obteniéndose producto de 33 semanas de gestación, mujer, con peso 2,050 grs., Apgar 7/8, que presentó hiperbilirrubinemia multifactorial, manejada en una Unidad de Cuidados Intensivos neonatales por prematuridad.

### **SEGUIMIENTO :**

Continúa con seguimiento en Oncología en C.M.N., con citas cada 6 meses, sin actividad tumoral. La niña de 5 años, no presenta ninguna patología, su desempeño escolar ha sido bueno.

### **CASO NUEVO :**

**Resumen :** Se trata de una mujer de 25 años de edad, que utilizó durante 5 años hormonales orales, G:III, P:O, A:II C:O. Los abortos fueron espontáneos, usó DIU durante 4 meses.

Inició en junio de 1994 con la detección de un tumor en la mama izquierda, de crecimiento progresivo, asintomático, estudiada en medio privado y enviada para su estudio con el DX. de probable cáncer de mama izquierda.

En julio de 1994, se encuentra un tumor en mama izquierda, localizado en interlíneas de cuadrantes superiores de 8x8 cms. bordes irregulares duro, móvil, axila ipsilateral con ganglio palpable de 2x2 cms., de aspecto metastásico. Se realizó biopsia incisional, que reparta "Carcinoma ductal infiltrante sin patrón específico con formación tubular 2, grado nuclear 2, índice mitótico 1, Scarff-Bloom-Richardson de 5, sin permeación vascular ni linfática".

Se etapifica como T3, N1,MO (EC IIIA). Se inicia con quimioterapia neoadyuvante, radioterapia, y quimioterapia de consolidación.

El primer ciclo de QT (FEC) el 10 de agosto, el 1o. de septiembre de 1994, el segundo ciclo (FEC), presenta cuadro convulsivo posterior. Se solicita gammagrama cerebral el 6 de octubre que muestra evidencia de metástasis cerebrales, se envía a Radioterapia (RT), a encéfalo, recibió 2,000 rads en 5 sesiones.

Continúo con QT (tercer ciclo FEC) en octubre, y el cuarto ciclo en noviembre 3. Se suspende QT y se inicia RT a mama del 10 de noviembre al 16 de diciembre, ciclo mamario completo a dosis de 5,000 rads en 25 sesiones campos tangenciales y en camposlinfoportadores.

El quinto ciclo en diciembre, el sexto ciclo el 9 de febrero de 1995 (CMF), y el octavo ciclo el 7 de abril (CMF).

La paciente se estaba controlando con DIU hasta el 11 de noviembre de 1994, por presentar hiperpolimenorrea de 40 días de evolución, y se retira sin que se conozca por parte de los médicos de RT y QT. Presenta embarazo, lo que motivo a realizar un cálculo para determinar la cantidad de radiación recibida a 2000 rads por día, lo que dió 4.8 rads en ese periodo, que se calculó en conjunto con el servicio de RT del CMN Siglo XXI.

Se revisó el caso en el comité de riesgo materno-fetal el cual decidió que se continuara con el embarazo, con vigilancia del servicio de tumores mamarios y perinatología.

El 7 de abril de 1995, que recibió la última QT (CMF), es revisada por el Servicio de Perinatología, que diagnóstica por ultrasonido Oligohidramnios severo con 19 semanas de gestación, por lo que es hospitalizada. Tuvo un óbito por oligohidramnios. La paciente falleció por metástasis cerebrales.

## RESULTADOS :

### *En relación al seguimiento de los 8 casos iniciales, reportados :*

- No se encontraron 2 expedientes ni en nuestro hospital ni en centro médico siglo XXI., por lo que se pierden los casos.
- Un caso falleció en 1991 a consecuencia del cáncer de mama.

### *Los cinco casos restantes se encontró :*

- Dos pacientes en control por el servicio de oncomama hospital Luis Castelazo Ayala, así como por el servicio de Oncología de Centro Médico Nacional Siglo XXI.
- Un fallecimiento en 1993 secundario al cáncer de mama.
- Un internamiento en Noviembre de 1995, por lo avanzado de la neoplasia. Encontrando paciente con insuficiencia hepática secundaria a metastasis así como metastasis cerebral.
- Otra paciente en la que no se realizó ningún tratamiento encontrando el expediente tanto del hospital Luis Castelazo Ayala, como el de Centro Médico Nacional Siglo XXI. Sin consultas subsecuentes desde 1990, en que al parecer se dejó que la enfermedad tuviera su evolución natural sin someterse a la terapéutica y profilaxis programada a su familia, por lo que también se pierde seguimiento.
- De las 8 pacientes estudiadas el promedio de edad fue de 36.3, con un rango de 26 a 42 años.
- En tres casos se detecto cáncer de mama durante el embarazo, un caso en el primer trimestre y dos casos en el segundo trimestre.
- Con cáncer de mama previo al embarazo se detectaron dos casos, se observó recurrencia en un caso.



- 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, tumor sólido, y mastalgia.
- El diagnóstico se realizó principalmente por biopsia excisional. (100%)
- El tamaño del tumor fué de más de 5 cm. en 4 casos.
- El tipo histológico predominante fué la III-B en 3 casos.
- Todos los embarazos se resolvieron por Cesárea por indicaciones obstetricas.
- En un caso se hizo dx. de retardo del crecimiento intrauterino.
- Productos actualmente se encuentran clínicamente sanos, su desarrollo es normal. 1 caso se perdió en 1990.

**CUADRO 1. SITUACIÓN DE LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA  
EMBARAZO Y LA DEL PRODUCTO.**

SITUACION CANCER-EMBARAZO	SITUACIÓN DE LA MADRE ACTUALMENTE	SITUACION DEL NINO
Diag. del cáncer tratamiento de RT+ emb	Control Oncología	Adecuado desarrollo
Detecto tumor, sin tratamiento durante el embarazo	Falleció la madre	Adecuado desarrollo
Detecto tumor sin diagnóstico ni tratamiento	No se sometió a cirugía y se perdió seg.	Adecuado desarrollo hasta 1990.
Diagnóstico previo y tratamiento recurrencia concomitante con embarazo	Actualmente internada por metástasis	Lentro desarrollo psicomotor
Detecto tumor, diagnóstico tratamiento con Qt	En control en CMN sin zonas lindoproliferativas ni evidencia tumoral.	Prematuro, estuvo en Cuidados Intensivos. Actualmente buen desarrollo

**CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO  
RECURRENCIA DE CÁNCER PREVIO.**

<b>SEMANAS DE GESTACIÓN</b>	<b>NÚMERO</b>
18	1
14	1
<b>TOTAL</b>	<b>2</b>

**CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO  
DIAGNÓSTICO**

<b>CUADRO CLÍNICO</b>	<b>NÚMERO</b>
AUTO EXÁMEN	5
TUMOR SÓLIDO	5
ADENOPATÍA AXILAR	1
MASTALGIA	6
CUTÁNIDES	1
EDEMA DE PIEL	
HIPESTERMIA LOCAL	1
PIEL NARANJA	
HEPATEMEGALIA	

## CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO

### *EDAD GESTACIONAL*

SEMANAS	NÚMERO
14	1
18	3
20	1

## CARCINOMA DE MAMA Y EMBARAZO

*En cuanto a tiempo del diagnóstico.- Subsecuente ó coincidente*

TIEMPO	NÚMERO	CLASIFICACIÓN
18 SEMANAS	1	COINCIDENTE
20 SEMANAS	1	COINCIDENTE
14 SEMANAS	1	COINCIDENTE
6 AÑOS	2	SUBSECUENTE

## CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO

TIPO DE CÁNCER	NÚMERO
Adenocarcinoma ductal infiltrante	4
Sarcoma Indiferenciado	1

## CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO

### *LOCALIZACIÓN*

Mama Derecha	2
Mama Izquierda	3

## CARCINOMA MAMARIO Y EMBARAZO

### *DIAGNOSTICO*

Procedimiento Dx	Número
Biopsia Excisional	5

## DISCUSIÓN :

La frecuencia de carcinoma mamario y embarazo se reporta en la literatura de 1 a 5%. En nuestro hospital la frecuencia es de 1.3%.

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

Cuando se detectaron los casos 4 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.

El tiempo de detección y el tratamiento fué 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.

El tipo histológico predominante fué adeno-carcinoma ductal infiltrante, acorde a reportes de otros autores.

No existe diferencia significativa entre aparición en mama derecha ó izquierda. La etapa clínica preponderante fué III-B.

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

La vía de resolución del embarazo en todos fue por cesárea, la indicación fué obstétrica en todos los casos.

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

En cuanto al seguimiento de los productos encontramos niños hasta de cinco años en buen estado de salud.

## **CONCLUSIONES :**

En el presente trabajo que el embarazo no ensombrese el pronóstico del cáncer de mama.

No está 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 o 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 retrasado del crecimiento intrauterino.

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

## CANCER DE MAMA ASOCIADO AL EMBARAZO

Eréndira Kunhardt Urquiza

Fancisco Javier Gómez García.

**Antecedentes:** Cuando un ginecobstetra se enfrenta con una lesión ó tumoración en la glándula mamaria que le haga sospechar en una neoplasia, se verá en una muy difícil situación, deberá tener los conocimientos para saber que el posible diagnóstico será difícil pero más lo será si se confirma una neoplasia, y más elegir el adecuado manejo multidisciplinario que someterá a su paciente.

Durante el embarazo el diagnóstico ocurre entre 1:10.000 a 1,300 embarazos.

**Objetivo:** Realizar el seguimiento de las pacientes con cáncer de mama y embarazo que fueron diagnosticadas de 1986 a 1992, con la finalidad de conocer su evolución, conocer el tipo histológico, etapa clínica, evolución de los casos. Conocer la evolución de sus productos.

**Materia y Método:** Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y embarazo en el periodo comprendido de 1986 a 1992.

**Resultados:** De las 5 pacientes estudiadas el promedio de edad fué de 36.3, con un rango de 26 a 42 años.

En tres casos se detectó cáncer de mama durante el embarazo, un caso en el primer trimestre y dos casos en el segundo trimestre.

Con cáncer de mama previo al embarazo se detectaron dos casos, se observó recurrencia en un caso.

El Diagnóstico por autodetección (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, tumor sólido, y mastalgia.

El diagnóstico definitivo se realizó principalmente por biopsia excisional. (100%)

El tamaño del tumor fué de más de 5 cm. en 4 casos.

El tipo histológico predominante fué la III-B en 3 casos.

Todos los embarazos se resolvieron por Cesárea por indicacions obstetricas.

En un caso se hizo dx. de retardo del crecimiento intrauterino.

Productos actualmente se encuentran clínicamente sanos, su desarrollo es normal.



## BIBLIOGRAFÍA

1. BARNAVON, W. Management of the pregnant patient with carcinoma of the breast. *Obstet Surg -Gynecol* 171:347-52,1990.
2. Bernsteun T. Holford. Risk predicting the incidence of second primary breast cancer among women diagnosed with a primary breast cancer. *Am J Epidemiol*, 136:925-36,1992.
3. Fvale, Heuch, Nilssen. Reproductive factors and cancer of the breast and genital organs-are the different cancer sites similiary affected? *Cancer Detect Prev.*, 15:369-77,1991.
4. Harris, D. Eidne R., Millar. Gonodotropin releasing hormone gene expression in MDA-MB-231 an ZR-75 breast carcinoma celll lines. *Cancer Res*, 51:2577-81,1991.
5. Hutchinson W. Gutmann. Estrogen replacement therapy (ERT) in high-risk cancer patients. *Yale J Biolo Med*, 64:607-26,1991.
6. Joanne. Breast cancer during pregnancy. *Cancer Supp*, 74: 520-26,1994.
7. Micna, Nishino, Neef, Mcguire, Schneider, Progesterone antagonists, tumor-inhibiting potential and mechanism of action. *J Steroid Biochem Mol Biol.*, 41:339-48,1992.
8. Novatrnny, Maugardem, Shermer, Frabble. Fine needle aspirations of benign and malignant breast masses associated with pregnancy. *Act Cytol*, 35:676-86,1991.
9. Olsen G. Breast disorders in nursing mother. *Am Fam Physician*, 41:543-53,1990.
10. Rudiand L. Winstanley G. Atfinson Z. Immunocytochemical identification of cell types in being and malignat breast diseases: variations in cell markers company the malignant state. *J Hist Cytochem*,41:1509-16,1993.
11. Skilton E., Gore M., Gusterson W. Characterization of monoclonal antibodies reactive with resting, lactating and neoplastic human breast. 11:20-8,1990.
12. Titcomb. Breast cancer and pregnancy. *Hawaii Med J*. 49:18-24,1990.
13. Yamold. Early stage breast cancer: treatment options and results. *Br Med Bull*, 47:372-87,1991.