



Hace 55 años

Cánceres y embarazo. Síntesis y observaciones

Dr. Conrado ZUCKERMANN

Director del Instituto Nacional de Cancerología, México.

Coexistencia

Como promedio consideramos que se observa:

Un *cáncer* en cada mil embarazadas.

Un *embarazo* en cada trescientas cincuenta cancerosas.

Las cifras que anotan los autores, de coexistencia de estado gravídico y cáncer, son muy variables y posiblemente las cantidades que arriba hemos anotado son algo elevadas, pero debe tomarse en cuenta que algún número de casos queda fuera del control médico y de la publicidad en revistas científicas.

La incidencia de embarazos en cancerosas es más alta que la incidencia de cáncer en embarazadas; ello se explica porque la gravidez es mucho más frecuente que el cáncer y además la mujer tiene frecuentemente sucesivos embarazos.

Es de tomarse en cuenta que aunque la frecuencia no es grande, representa la *asociación cáncer-embarazo* para el clínico y especialmente para el ginecólogo, un problema muy serio desde todos puntos de vista. Es algo trascendental en donde se pone a prueba su criterio y en donde su resolución debe ser apropiada e inmediata.

Aunque sea coincidencia rara, es necesario tener un *proyecto de conducta*, un plan de acción.

Influencia del embarazo sobre el cáncer

En muchos trabajos se afirma que en gran número de observaciones, el cáncer presenta *aceleración* en caso de embarazo. Se acepta que la aceleración está ligada a in-

fluencias hormonales—ováricas y otras— y a las metabólicas que son propias en el embarazo.

Es de señalarse, sin embargo, que igualmente muchos autores sostienen que en gran número de casos la influencia del embarazo en blastomas ha sido nula.

A pesar de estos criterios contrarios, creemos conveniente señalar la necesidad de tener en cuenta la posible aceleración de la neoplasia en la cancerosa embarazada y esto último acontece sobre todo en los blastomas mamarios y con alguna mayor probabilidad en la etapa del puerperio.

La *multiparidad* ha sido señalada como causa favorecedora de la aparición de cánceres genitales, especialmente del cuello de la matriz. Es de marcarse que en la nulípara el blastoma del cuello uterino es excepcional y que en la gran múltipara los casos de cáncer de esa localización no son demasiado frecuentes; en nuestra estadística la mayoría de los blastomas del cuello uterino corresponden a múltiparas con embarazos cuyo número varía de tres a ocho. Es de recordarse, por otra parte, que en relación con los embarazos repetidos y a la localización cancerosa en el cuello uterino, se señala que son los traumatismos (obstétricos, ginecológicos, etc.) y en general las irritaciones físicas, químicas o biológicas en el cuello uterino, más que el embarazo mismo, lo que favorecería el desarrollo del cáncer.

Existe un grupo de neoformaciones cuya aparición está subordinada precisamente a la existencia de estado gravídico, son ellas las *neoplasias trofoblásticas, coriales*, marcándose por su importancia y alguna frecuencia los corioblastomas (corioepiteliomas malignos, coriocarcinomas); los cánceres coriales están ligados a la previa existencia de estado gravídico que puede haber terminado por parto o por aborto; en un tercio de los casos el embarazo fue molar.

Los excepcionales casos de corioblastomas ováricos y testiculares no invalidan esta manera de pensar y sólo señalan extraordinaria excepción.

Reproducido de Ginecología y Obstetricia de México, 1953; VIII:391-6.

La versión completa de este artículo también está disponible en:
www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Influencia del cáncer sobre el embarazo

Los cánceres de los órganos genitales, tanto en el hombre como en la mujer, pueden dificultar la fecundación y entre ellos se señalan los de pene en el hombre, cuando por su tamaño impiden el acto genésico y los de las vías genitales de la mujer, sobre todo los del cuello uterino.

Es indudable que la dificultad mecánica está supeditada a la localización y al desarrollo de la neoformación (tamaño, forma, disposición).

En el caso especial de los cánceres ováricos bilaterales y aún de los unilaterales, el problema radicaría frecuentemente, en alteración de las condiciones endométricas por modificación hormonal ovárica, haciendo impropio el endometrio a la nidación del óvulo fecundado.

Como algo excepcional se señala la posibilidad de que la neoplasia de la granulosa o de la toca, pueda favorecer la aparición de estado gravídico, es decir, hacer posible un embarazo en una persona que por su edad prepuberal o posmenopáusica, no está habitualmente apropiada para lograr gravidez. El desarrollo anatómico y el estado funcional propicio, en relación con actividad funcional de la neoformación ovárica, explicarían la posibilidad de estado gravídico en dichas circunstancias.

Los cánceres, en general, se señala que son capaces por acción tóxica, por desnutrición, de conducir a la interrupción del embarazo (abortos y partos prematuros); en el caso especial de los cánceres del endometrio y del cuello, por acción de vecindad, cuando su desarrollo sea grande, pueden causar el mencionado accidente.

En caso de llegar a término la gravidez, la neoplasia, sobre todo la cervicouterina, puede hacer difícil y peligrosa la salida del producto.

Embarazo y cáncer del cuello uterino

En 26 años hemos observado diez casos de esta asociación y en cada uno de ellos para su resolución, hemos tomado en cuenta los factores científico, técnico y ético.

La proporción ha sido un embarazo por cada 550 enfermas de cáncer del cuello uterino (10 estados gravídicos en 5,500 cancerosas del cuello uterino), y en lo que se refiere al porcentaje de embarazadas y blastoma del cuello uterino nos parece muy interesante señalar la estadística de MONCKEBERG que anota 20 casos en 36,460 embarazadas (proporción del cáncer del cuello uterino para 1,800 embarazadas).

El aspecto clínico es el correspondiente al de las diversas variedades del cáncer cérvico-uterino, marcándose

como datos peculiares la existencia de reblandecimiento, propio del estado gravídico, que puede dificultar el apreciar en forma completa la invasión paramétrica y la fijeza o la movilidad de útero.

No hemos visto fuera de lo anterior, que desde el punto de vista de los hechos fundamentales para el diagnóstico, el embarazo le imprima características especiales al cáncer del cuello uterino.

En este cáncer, como en muchos otros, la biopsia es fundamental para el diagnóstico y toda conducta terapéutica debe basarse, en gran parte, en el conocimiento que proporciona dicho procedimiento diagnóstico.

En lo que se refiere al parto de las cancerosas del cuello uterino, creemos que lo indicado en la mayoría de los casos es hacer cesárea, es decir, no permitir el parto por la vía natural. Sin embargo, en cánceres limitados, en blastomas que no ocupen todo el círculo cervical, en formas no muy sangrantes, pudiera permitirse que se efectúe y así lo han hecho varios clínicos.

Debe recordarse que el traumatismo del parto puede facilitar la aparición de hemorragia y de infección; además, algunos sostienen que las aberturas tisulares en el cuello uterino, propias del trabajo obstétrico, pueden conducir a la diseminación cancerosa.

La conducta *terapéutica* que hemos seguido es la que a continuación anotamos: linfadenohisterectomía para los cánceres del cuello uterino *extirpables*, durante el primero y segundo trimestres del embarazo o terapia por radio o Rayos X de contacto, por vía vaginal; aplicación de rayos X de contacto o radio por vía vaginal en los cánceres del cuello uterino, *inextirpables* en el primero y segundo trimestres; linfadenohisterectomía después de hacer cesárea en los cánceres del cuello uterino operables, después del séptimo mes del estado gravídico y cesárea, histerectomía subtotal y tratamiento por las radiaciones en los cánceres inextirpables en embarazadas, después del séptimo mes.

Podríamos también anotar nuestra conducta así:

- 1) Cáncer extirpable y producto no viable, linfadenohisterectomía y a veces Rayos X y radio.
- 2) Cáncer extirpable y producto viable, cesárea y linfadenohisterectomía y a veces Rayos X.
- 3) Cáncer inextirpable y producto no viable, radioterapia completa (Rayos X, radio); a veces histerectomía subtotal.

4) Cáncer inextirpable y producto viable, cesárea, histerectomía subtotal y radioterapia.

En *síntesis*, la conducta que aconsejamos es: antes de los seis meses de embarazo (producto no viable) en cánceres en primero y segundo periodo evolutivo (aun a veces en tercera etapa), efectuar la indicación terapéutica, quirúrgica y radioterápica completa, sin tratar de salvar al producto que debe considerarse perdido y después de seis meses (producto próximamente ya viable), salvar al hijo y tratar a la cancerosa quirúrgica y radioterapéuticamente, según lo apropiado del caso.

En caso de cáncer cérvico-uterino con embarazo, el clínico debe estudiar detalladamente todas las circunstancias médicas antes de indicar el tratamiento quirúrgico y radioterápico y procurar salvar las dos vidas y sólo dar preferencia a la madre cuando ésta tenga probabilidades de curación o el producto la casi seguridad de no llegar a la viabilidad.

El problema ético es muy interesante y constituye en ocasiones escollo difícil de vencer.

Afirmamos que lo propio es: operar o irradiar, cuando la indicación por el cáncer sea demostrada y procurar salvar a ambas vidas, sólo tolerando el sacrificio del producto cuando la salvación de él sea imposible y encaminadora –por querer respetarlo y dejar de tratar el cáncer– de la muerte de la madre.

El médico deberá procurar salvar las dos vidas puestas a su cuidado y sólo tomar en cuenta una de ellas cuando los hechos técnicos, científicos y éticos lo fundamenten en forma evidente.

Embarazo y cáncer mamario

Hemos observado cuatro casos de cáncer mamario asociados con embarazo: el número ha sido relativamente bajo, pues en el lapso de tiempo correspondiente, que es de 26 años, el número de cánceres mamarios estudiados ha sido de 2,806, lo que da una proporción de 1 x 700.

En lo que se refiere al aspecto clínico nos ha parecido observar crecimiento de la neoplasia y aun de sus metástasis en relación con el embarazo y en un solo caso el embarazo pareció tener relación con la transformación cancerosa de fibroadenoma.

A este respecto debemos señalar que el clínico y el tocólogo deben ser muy cautos al considerar que el aumento de tamaño de la neoplasia y la hipertrofia y proliferación

celular indican realmente cancerización, pues es bien sabido que bajo la influencia hormonal –ovárica y otras, presentes sobre todo en la embarazada– las células mamarias tanto de los ascinis como de los canales, aumentan de tamaño y de número y que la congestión y aun el edema, pueden hacer aparecer más grande a una neoformación aunque ésta persista como benigna.

La conducta terapéutica que hemos seguido ha sido la misma que empleamos en los cánceres mamarios en general y que consiste en la amplia extirpación axilomamaria, con bisturí eléctrico, en aquellos blastomas en que la etapa axilar no ha sido pasada; cuando la neoplasia ha pasado de estos límites entonces el tratamiento es el radioterápico, pero en el caso especial de existir embarazo concomitante indicamos que no se efectúe radioterapia sobre los ovarios, tanto para evitar posible aborto como igualmente por la acción nociva de las radiaciones sobre el producto del embarazo.

Como síntesis señalamos que: la gravidez no es factor determinante de cáncer mamario; la gravidez parece ser estimulante del crecimiento y de la propagación del cáncer mamario; es posible que la gravidez tenga alguna acción sobre las neoplasias no cancerosas de seno, haciendo que tomen aspecto maligno y menos probable es que realmente colaboren en cancerización; es de recomendarse que la cancerosa mamaria no se embarace y la misma recomendación es pertinente, pero menos estricta tal vez, en la que fue cancerosa mamaria y tiene datos de ausencia completa del proceso; y que la interrupción del embarazo no está indicada por existir cáncer mamario y la cancerosa mamaria debe ser tratada como toda cancerosa mamaria, menos en lo referente a radioterapia ovárica y androgenoterapia.

ESTADÍSTICA

Otras asociaciones de cáncer-embarazo

10 cánceres del cuello uterino y embarazo
 4 cánceres mamarios y embarazo, 3 cánceres cutáneos y embarazo
 1 cáncer óseo y embarazo
 1 cáncer rectal y embarazo
 1 leucemia y embarazo
 1 enfermedad de Hodgkin y embarazo y además
 4 cánceres coriales

La estadística arriba anotada se refiere a lo que hemos observado en nuestro trabajo profesional durante 26 años.

Es de señalarse que los cuatro casos de cáncer corial han muerto.

Algunos autores señalan la posibilidad de que el hijo de cancerosa-embarazada, en caso de tratarse de Hodgkin o leucemia, nazca con dichos padecimientos y anotan que en la enfermedad de Hodgkin, ésta se trasmite de la madre al feto, a través de la placenta en el 9% de las observaciones.

Conducta general

1) ¿Casamiento entre personas con antecedentes cancerosos?

Asunto no definitivamente resuelto, pero actualmente toda prohibición carecería de base científica.

2) ¿Impedir casamiento de cancerosos y de operados de cáncer?

En la mayoría de los casos el impedimento sería imposible en los operados al parecer curados. En los cancerosos activos (en tratamiento, incurables) creemos apropiado aconsejar que no se efectúe el matrimonio, sobre todo en localizaciones neoplásicas genitales.

3) ¿Impedir gravidez en cancerosas?

En cancerosas mamarias o en personas tratadas de este blastoma aparentemente curadas, desaconsejamos el embarazo.

4) ¿Interrupción de la preñez?

La interrupción de la preñez en caso de cáncer, en sus diversas localizaciones, no la aconsejamos.

5) Lo propio es tratar a la embarazada cancerosa como cancerosa.

CONCLUSIONES

La asociación *cáncer-embarazo* y las interrelaciones de ambos estados, son temas de gran importancia para el cancerólogo y para el ginecólogo-tocólogo y al resolver los diversos problemas clínicos que se manifiestan, la conducta debe ser prudente, bien meditada y fundada en la juiciosa apreciación de todos los hechos de cada caso en lo particular.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amaya LH. Cáncer del cuello uterino y embarazo. Med Cir (Bogotá) 1948;12(11):361-9.
2. Bazán J, Uranga IFA, Fernández JA. Leucemia aguda y embarazo. Obstet Ginecol Latin Am (Buenos Aires) 1948;6(5):145-64.
3. Books B, Proffitt JN. The influence of pregnancy on cancer of the breast. Surgery 1949;25(1):1-II.
4. Díaz IA, Castelazo AI, García NJ, Espirella MD, Noriega LJ. Cánceres y embarazo. Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Ponencias Oficiales 1949;pp:521-610.
5. Eherenfest H. Pregnancy and disease. Am J Obstet Ginecol 1940;40(4):596-602.
6. Guzmán EE. Cáncer del cuello de la matriz y embarazo. Rev Obstet Ginecol 1948;2(7):15-20.
7. Hamilton HG, Higgins RS. Ovarian tumors in pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1949;89(6):525-31.
8. Hofstein J. La leucemie comme indication d'interruption de la grossesse. Gynecol Obstet (París) 1932;25(1):45-59.
9. Kasdon SC. Pregnancy and Hodgkin's disease. Am J Obstet Gynecol 1949;57(2):282-93.
10. Morales A, Rodríguez FV, Rezende J. Cáncer del aparato genital y gravidez. Primer Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Ponencias Oficiales 1949;pp:445-518.
11. Nestarez OB, Assali NS. Alguns Aspectos do cancer do endometrio. Obstet Ginecol Latin Am (Buenos Aires) 1946;4(3):161-89.
12. Palen GM. Retroperitoneal lymphosarcoma complicating pregnancy. J Int Coll Surg 1950;13(4):376-82.
13. Peller S. Cancer and its relations to pregnancy and delivery, to marital and social status. Surg Ginecol Obstet 1940;71(2):181-6.
14. Rezende J. Considerações sobre um caso de câncer do colo uterino asociado a prenhez. Aspectos atuais do diagnostico e do tratamento. An Brasil Ginecol 1949;28(1):1-22.
15. Sadugor MG, Palmer JP, Renhard MC. Carcinoma of the cervix concomitant with pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1949;57(5):933-8.
16. Smith FR. The effect of pregnancy on malignant tumors. Am J Obstet Gynecol 1937;34(4):616-33.
17. Soares BJA. Cáncer del cuello uterino y embarazo. Obstet Ginecol Latin Am (Buenos Aires) 1944;2(12):955-70.
18. Stabile A. Parto espontáneo y epiteloma del cuello del útero. Arch Ur Med Cir Esp 1947;30(6):572-80.
19. Zuckermann C. Cáncer del cuello uterino y embarazo. Rev Mex Cir Ginecol Can 1946;14(10):291-309.
20. Zuckermann C. Cáncer uterino y embarazo. El problema ético. Rev Mex Cir Ginecol Can 1946;14(10):311-4.
21. Zuckermann C. Blastoma uterino y gravidez. Comentarios de cancerólogos y ginecólogos. Rev Mex Cir Ginecol Can 1946;14(10):315-8.
22. Zuckermann C. Cánceres y embarazo. Rev Mex Cir Ginecol Can 1948;14(8):243-50.
23. Zuckermann C. Cánceres y embarazo. Rev Mex Cir Ginecol Can 1950;18(4):99-111.