

TEMA 43: ATENCIÓN Y CUIDADOS DE LA MUJER CON CÁNCER GINECOLÓGICO.

FACTORES DE RIESGO. DETECCIÓN PRECOZ. CUIDADOS GENERALES.

CÁNCER DE MAMA. INCIDENCIA Y MORBIMORTALIDAD. AUTOCUIDADOS Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

1. INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer

Frecuencia	
España	Mundial
Endometrio	Cérvix
Ovario	Ovario
Cérvix	Endometrio

MEOC

MCOE

2. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VULVA

2.2. Lesiones precancerosas

- Distrofias vulvares
- Líquen escleroso (TTO testosterona en pomada 2%, progesterona o corticoides)
- Hiperplasia de células escamosas (corticoides tópicos).
- Neoplasia vulvar intraepitelial
 - Escamoso
 - No escamoso (enf Paget y melanoma in situ)

2. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VULVA

2.2. Lesiones precancerosas

Escamoso	VIN I	Displasia leve	Mitosis 1/3 inferior del epitelio
	VIN II	Displasia moderada	Mitosis 2/3 inferior del epitelio
	VIN III	Displasia grave	Carcinoma in situ. Afecta a más de 2/3

No escamoso	Enfemedad de Paget en vulva	60-70 años. Vulvectomía simple
	Melanoma in situ de vulva	Exéresis amplia por tendencia a malignizar.

2. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VULVA

2.3. Cáncer de vulva

- Es el 4º más frecuente tras endometrio, cérvix y ovario.
- Epidermoide o carcinoma escamoso (+fr)
- 65-75 años
- tabaco, ca cérvix
- Prurito vulvar de larga evolución 
- Biopsia
- Vía linfática. Metástasis raras y tardías.
- Supervivencia a los 5 años es del 50%.
- Vulvectomía radical con o sin linfadenectomía

2. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VULVA

2.3. Cáncer de vulva

Clínica:

- Prurito (80%)
- Dolor
- Ulceración
- Masa inguinal o absceso (5%)
- El liquen escleroso vulvar se asocia a mayor riesgo de cáncer vulvar.

2. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VULVA

FIGO	Vulva	TNM
	No se puede valorar el tumor primario	TX
	No existe evidencia del tumor primario	T0
Estadio 0	Carcinoma in situ. Carcinoma intraepitelial.	Tis
Estadio I	El carcinoma se limita estrictamente a la vulva y/o el perineo, de 2cm o menos en su dimensión mayor.	T1
IA	El tumor se confina a la vulva y/o al perineo, de 2cm o menos en su dimensión mayor y con invasión del estroma de no mayor a 1,0mm medida desde la unión del epitelio estromal de la papila dérmica superficial más adyacente al punto más profundo de invasión.	T1a
1B	El tumor se confina a la vulva y/o al perineo, de 2cm o menos en su dimensión mayor y con invasión del estroma de más de 1,0 mm.	T1b
Estadío II	El carcinoma se limita a la vulva y/o al perineo y es mayor a 2cm en su dimensión mayor.	T2
Estadío III	Tumor de cualquier tamaño que invade la uretra inferior y/o vagina y/o ano. Con o sin metástasis unilaterales de los ganglios linfáticos regionales.	T1 T2 T3 y/o N1
Estadío IVA	El carcinoma invade la mucosa de la uretra superior y/o mucosa vesical y/o mucosa rectal y/o huesos pélvicos. Con o sin metástasis bilaterales de los ganglios linfáticos regionales.	Cualquier TN2
IVB	Cualquier metástasis a distancia, incluidos los ganglios linfáticos pélvicos	M1

3. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VAGINA

3.2. Tumores premalignos

- Adenosis (dietilestilbestrol) algunos progresan a VaIN III.
- Condilomas
 - ❖ 40 tipo de HPV (16,18)/ podofilo, 5-fluorouracilo, gestantes ac. Tricloracético.
 - ❖ Vacuna contra HPV (si durante la lactancia)
 - tetravalente inactivada (6,11,16,18) Gardasil.
 - Bivalente (16,18) Cervarix.
- Neoplasia intraepitelial (VaIN)
 - ❖ Lesión premaligna +fr, tercio superior de vagina (grado I, II, III)
 - Lesión focal 5-fluorouracilo
 - Lesión multicéntrica vaginectomía simple

3. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA VAGINA

3.3. Tumores malignos

3.3.1. Carcinoma epidermoide

- 55-60 años. Infección VHP.
- Coitorragia, disuria. Mejor pronóstico en menores estadios.
- Tto: quirúrgico, radioterapia o quimioterapia

FIGO	Vulva	TNM
	No se puede valorar el tumor primario	TX
	No existe evidencia del tumor primario	T0
Estadio 0	Carcinoma in situ. Carcinoma intraepitelial	Tis
Estadio I	El carcinoma se limita estrictamente a la mucosa vaginal	T1
Estadio II	El carcinoma compromete los tejidos paravaginales, pero no se ha extendido hasta la pared de la pelvis	T2
Estadio III	El tumor se ha extendido hasta la pared de la pelvis	T3
Estadio IVA	El carcinoma invade la mucosa vesical y/o la mucosa rectal y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera. La presencia de edema vulvoso o la protusión del tumor en la vejiga o el recto no son pruebas de evidencia suficiente para estadificar el tumor como Estadio IVA.	T4
IVB	Metástasis a distancia.	M1

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.2. Displasia cervical y carcinoma in situ

Displasia		
CIN I	Leve	1/3 epitelio basal
CIN II	Moderada	2/3 epitelio basal
CIN III	Grave	Importantes alteraciones nucleares

Bethesda		
AGUS	Células glandulares atípicas de significado incierto	3-6 meses repetir toma
ASCUS	Células escamosas de significado indeterminado	Depende de la edad.
L-SIL	Atipia CIN I	Repetir a los 6 meses
H-SIL	CIN II y III	Biopsia y colposcopia

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.2. Displasia cervical y carcinoma in situ

Tratamiento:

- SIL de bajo grado: destrucción amplia, si persiste conización.
 - SIL de alto grado: conización.
-
- No se recomienda realizar citología durante la gestación, sólo en mujeres sin citología previa en los 5 años anteriores.

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

4.3.2. Factores de riesgo

Comienzo precoz de relaciones sexuales, promiscuidad, tabaco, *dietilestibestrol* durante la gestación, situaciones de inmunodeficiencia, paridad >5 hijos, VIH, cofactores Herpes simple y Clamydias.

VPH



Riesgo bajo	6, 11, 41, 42, 43, 44
Riesgo indeterminado	31, 33, 35, 39, 51, 52
Riesgo alto	16, 18, 45, 56

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

4.3.2. Factores de riesgo

Lenta progresión y transformación, período de latencia prolongado.



La infección por VPH de alto riesgo es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo de un cáncer de cérvix.

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

Prevención:

- Primaria: vacunación 
- Bivalente: Cervarix VPH 16 y 18
- Tetavalente: Gardasil4 VPH 6, 11, 16 y 18.
- Nonavalente: Gardasil 9 VPH 6,11,16,18,31,33,45,52 y 58.
- Secundaria: Dx precoz-cribado.
- Terciaria: tratamiento.

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

Sist Papanicolaу	Descriptivo 1968	Richart 1978	Bethesda 1988
Clase I	Negativo para células malignas	Negativo	Dentro de los límites normales
Clase II	Células atípicas de tipo escamoso		Células escamosas atípicas (SUS)
Clase III	Displasia leve Displasia moderada	CIN I CIN II	ASCUS SIL alto grado
Clase IV	Displasia severa Carcinoma in situ	CIN III CIN III	SIL alto grado
Clase V	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo	Carcinoma invasivo

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

4.3.3. Tipos histológicos

Epidermoide (queratinizado, no queratinizado)

4.3.4. Clínica

Asintomáticos.

En etapas tardías metrorragia, leucorrea (fétido en enf avanzada)

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

4.3.5. Profilaxis y diagnóstico precoz del cáncer de cérvix

- Citología cervicovaginal o test de Papanicolau
- Colposcopia:
 - Neoformación vascular
 - Superficie Irregular
 - Cambios en la coloración
- Test de Schiller
- Biopsia
- Legrado endocervical

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

4.3. CARCINOMA INVASOR DE CUELLO UTERINO

4.3.8. Pronóstico

Factores de mal pronóstico: tamaño tumoral, profundidad de la invasión linfática y vascular, existencia de adenopatías.

Factor principal el estadío tumoral

4.3.9. Tratamiento

- ❖ Estadío IA histerectomía total simple o con doble anexectomía
- ❖ Estadío IB y IIA histerectomía radical con doble anexectomía
- ❖ Estadío IIB no se realiza cirugía, solo radioterapia
- ❖ Estadío III radioterapia externa y braquiterapia.
- ❖ Estadio IV radioterapia

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

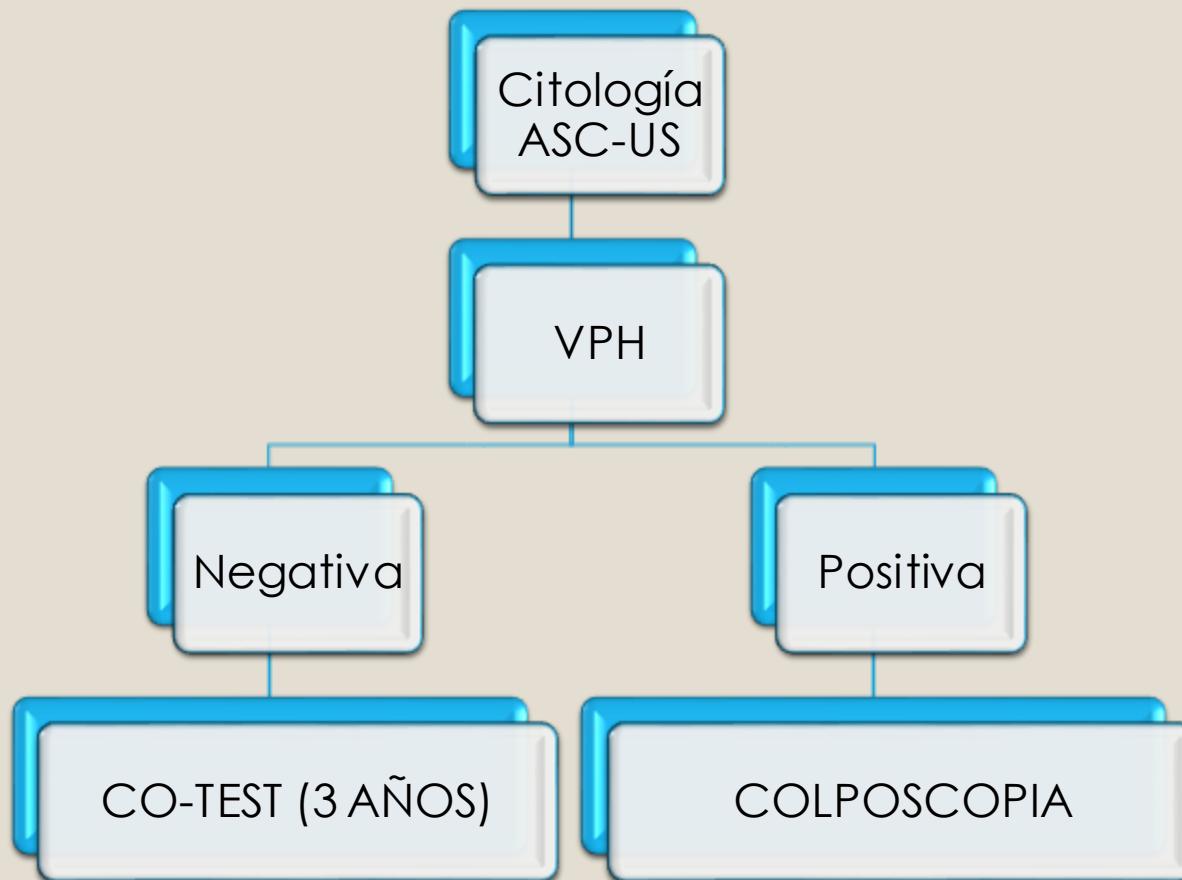
Mujeres que han comenzado actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y los 65 años.

<25 años	No cribado
25 y 30 años	Citología cervical cada 3 años
30 y 65 años	<ul style="list-style-type: none">• VPH C/5 años• CO-TEST C/5 años• Citología C/3 años
>65 años	Finalizar cribado si: <ul style="list-style-type: none">• 3 citologías previas o 2 VPH/co-test negativos• No antecedente de CIN en 20 años previos
Histerectomía (no CIN ni CCU previos)	No cribado
Antecedente de lesión >HSIL/CIN2	Cribado al menos 20 años
Inmunodeprimidas	<ul style="list-style-type: none">• Citología anual a partir de los 21 años.• Co-test a partir de los 30(anual si CD4<200 y trienal si>200).

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

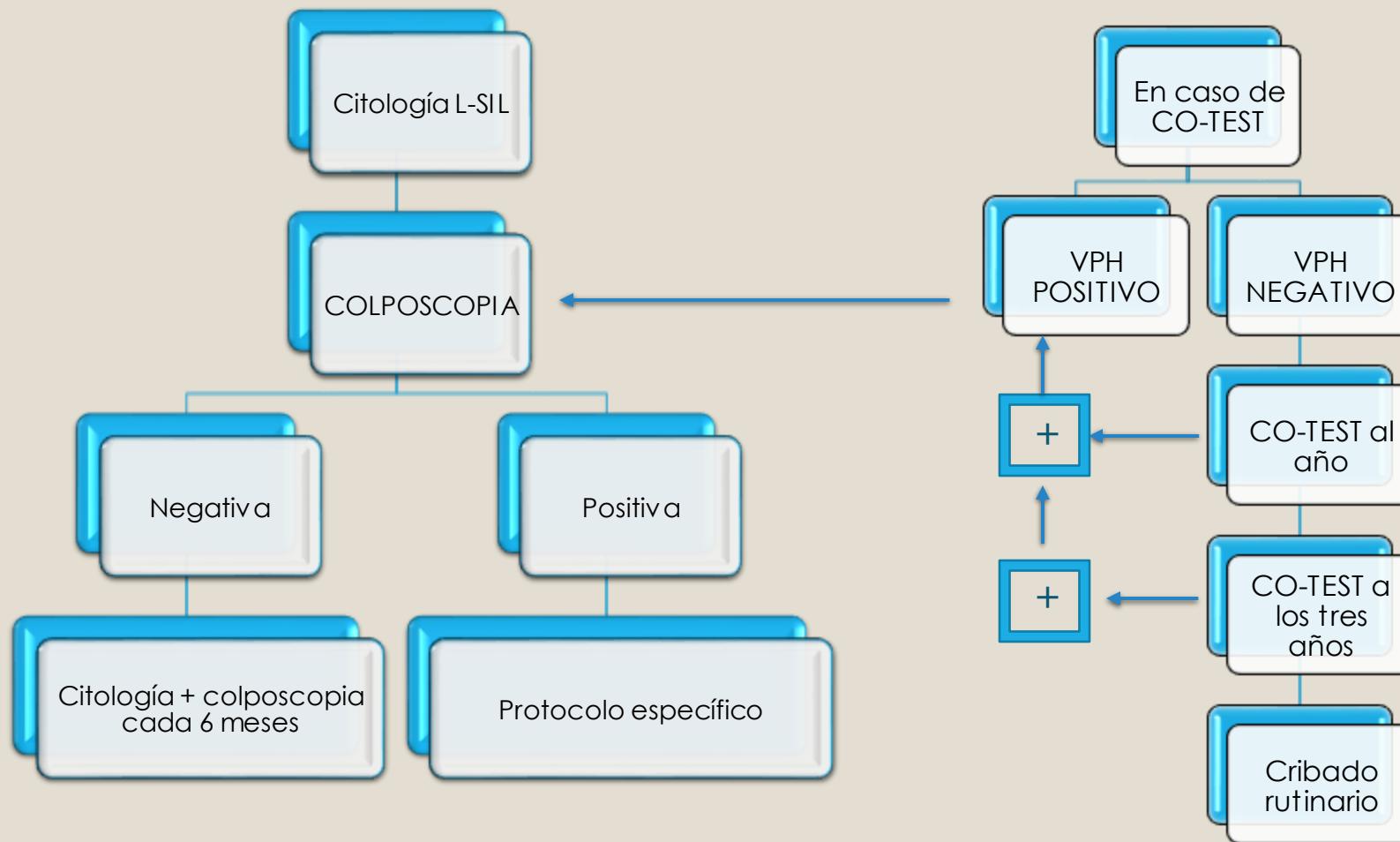
Resultado ASC-US



4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

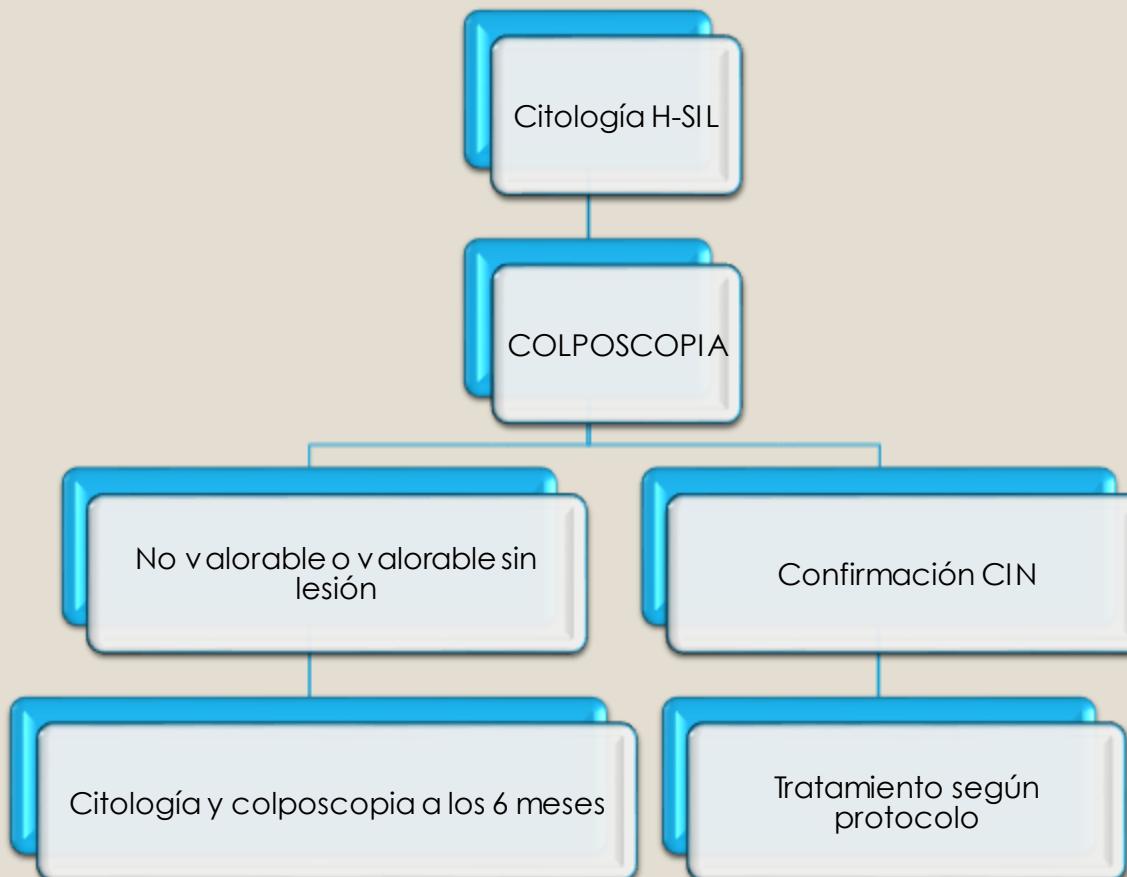
Resultado L-SIL



4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

Resultado H-SIL



4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

Resultado ACG (Atipia células glandulares)

Todas las mujeres con ACG deben estudiarse:

- Si es de origen endometrial debe hacerse biopsia endometrial.
- Si es endocervical haremos colposcopia.

4. PATOLOGÍA DEL CUELLO UTERINO

Recomendaciones de cribado:

Que hacer en población gestante:

- Si la lesión no es > HSIL/CIN2 seguimiento postparto
- Colposcopia puede diferirse hasta 6 semanas postparto
- ASCUS-LSIL control postparto:
 - Citología si <30 años.
 - Co-test si >30 años.
- HSIL seguimiento con citología y colposcopia en intervalos no inferiores a 12 semanas y se repetirá biopsia sólo en el caso de que la citología sugiera cáncer.

OPE 2016 SAS.77 ¿Cuál es la forma histológica más frecuente de tumor maligno de cuello uterino?

- A) Adenocarcinoma.
- B) Carcinoma escamoso.
- C) Carcinoma adenoescamoso.
- D) Adenocarcinoma muscinoso.

OPE 2016 SAS 78 En la neoplasia cervical. ¿Cual es el lugar más común de recidiva postoperatoria del tumor?

- A) La extensión a los parametros.
- B) La extensión al cuerpo uterino.
- C) La cicatriz vaginal.
- D) La extensión a la vejiga urinaria.

OPE APLAZADA 2015. 75 Existe una evidencia sólida para recomendar la utilización de la prueba de VPH en el cribado del cáncer de cuello de útero ¿Cuál es la respuesta incorrecta?

- A) La prueba de VPH no es apropiada para el cribado de mujeres de menos de 30 años
- B) La prueba de VPH, conjuntamente con la citología en mujeres de más de 30 años, no debe realizarse antes de los 3 años (cuando ambos son negativos)
- C) La prueba de VPH no debe realizarse nunca en un intervalo inferior a 12 meses
- D) El incremento del intervalo de cribado disminuye las ventajas de la prueba de VPH

5. PATOLOGÍA DEL CUERPO UTERINO Y ENDOMETRAL

5.2. Cáncer de endometrio

Es el tumor maligno más fr en España, 2º en mortalidad tras el de ovario. 

5.2.2. Factores de riesgo

- Edad
- Paridad: Nuliparidad 
- Obesidad y diabetes mellitus
- Ciclo menstrual
- Otros: SOP es el más asociado con la anovulación 
- Factores hormonales
 - Estrógenos El exceso es el principal factor de riesgo 
 - Tamoxifeno
 - Anticonceptivos orales
 - Tabaco ¿? Disminuye riesgo por disminuir niveles de estrógenos

5. PATOLOGÍA DEL CUERPO UTERINO Y ENDOMETRAL

5.2. Cáncer de endometrio

5.2.3. Clínica

- Escasa
- Metrorragia o "leucorrea en agua de lavar carne" 

5.2.4. Tipo histológico

- Adenocarcinoma + fr (80%). El de mejor pronóstico
- Carcinoma de células claras el de peor pronóstico

5. PATOLOGÍA DEL CUERPO UTERINO Y ENDOMETRAL

5.2. Cáncer de endometrio

5.2.5. Estadificación

Estadio I	Tumor limitado al cuerpo del útero Estadio IA. Tumor limitado al endometrio Estadio IB. Invasión a menos de la mitad del miometrio. Estadio IC. Invasión a más de la mitad del miometrio
Estadio II	Afecta al cuerpo y cuello uterino, sin extenderse fuera del útero. Estadio IIA. Invadirán las glándulas endocervicales. Estadio IIB. Invasión del estroma cervical.
Estadio III	Extensión fuera del útero, pero limitado a la pelvis. Estadio IIIA. Invade serosa y/o anexos y/o citología peritoneal positiva. Estadio IIIB. Metástasis vaginal. Estadio IIIC. Metástasis a los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos.
Estadio IV	Invasión de mucosa vesical o intestinal o metástasis a distancia. Estadio IVA. Invasión mucosa vesical y/o intestinal. Estadio IVB. Metástasis a distancia, incluyendo ganglios linfáticos intraabdominales o inguinales.

5. PATOLOGÍA DEL CUERPO UTERINO Y ENDOMETRAL

5.2. Cáncer de endometrio

5.2.7. Pronóstico.

Factores en el pronóstico:

- Edad
- Tipo histológico
- Grado histológico
- Invasión miometrial
- Citología peritoneal
- Receptores hormonales
- Tamaño tumoral

5.2.8 Tratamiento

- Estadio I y II quirúrgico.
- Estadio III y IV no son operables

OPE 2015. SAS. 44 ¿Cual es el síntoma más frecuente de carcinoma endometrial?

- a) El marcador Ca 125 elevado
- b) El dolor pélvico
- c) La disparesunia
- d) La hemorragia postmenopáusica

6. PATOLOGÍA TUMORAL DE LA TROMPA DE FALOPIO

6.1.2. Tumores de trompa

- Son los menos fr del apartao genital.
- 3-6% asintomáticos
- Triada sintomática: dolor abdominal, metrorragia y leucorrea.
- Tto: cirugía (histerectomía total y anexectomía bilateral), radioterapia y quimioterapia.
- Pronóstico: grado de extensión.

7. PATOLOGÍA TUMORAL DEL OVARIO

Factores de riesgo en cáncer ovárico

Factor protector	Factores de riesgo
Multiparidad	Incremento de edad
Contraceptivos orales	Mutaciones BRCA1 y 2
Histerectomía, oforectomía	Nulíparas, menarquia precoz
Esterilización, ligadura tubárica	Menopausia tardía
Sd ovario poliquístico	Historia familiar Síndrome de Lynch (colón, endometrio y ovario) Raza caucásica

Es el 2º cáncer más frecuente en España, pero el más letal.

7. PATOLOGÍA TUMORAL DEL OVARIO

7.2.3. Clasificación

- Disgerminoma
- Cistoadenocarcinoma seroso o papilar seudomucinoso
- Tecoma
- Tumor de Krukenberg
- Carcinoma ovárico secundario a un carcinoma de útero
- Tumores del mesénquima sexualmente indiferenciado.

7.2.4. Clínica

Hinchazón abdominal, dolor abdominal y metrorragia.

7. PATOLOGÍA TUMORAL DEL OVARIO

7.2. Diagnóstico precoz

- Tacto pélvico bimanual
- Determinación proteína CA-125. Otros marcadores tumorales: CEA,19.9 y HE4.
- Ecografía transvaginal
- Anamnesis, historia clínica y exploración física.

Mujeres con mayor riesgo: pacientes con familiar de 1º grado diagnosticada de ca de ovario, antecedentes de ca de mama, síndromes familiares que incluyan mutación BCRA-1.

Tto: Qx y quimioterapia

OPE 2015 Aplazada. 136 Respecto a la asociación de Ca de ovario y la ACH, señale la incorrecta:

- A) El efecto protector continúa al menos durante 20 años tras dejar de tomarlo
- B) El efecto protector se produce sobre todo en mujeres de baja paridad, menos de 4 partos
- C) La magnitud y la disminución del riesgo está directamente relacionada con la duración del uso de los anticonceptivos hormonales
- D) Las mujeres con enfermedades sistémicas que afectan al sistema vascular, como el lupus eritematoso y la diabetes con retinopatía o nefropatía, es la contracepción idónea

OPE 2015 SAS. 45 El uso de anticonceptivos hormonales orales combinados tiene ciertas limitaciones en los casos de:

- A) Tumores ováricos benignos
- B) Colestasis
- C) Enfermedad benigna de la mama
- D) ITS

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2. Cáncer de mama

- Es el tumor maligno más frecuente en la mujer.
- Supervivencia relativa a los 5 años es del 70%.
- Edad 40-50 años.

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.2. Factores de Riesgo

- Herencia genética
- Irradiación mamaria
- Patología de la mama
- Factores hormonales (Altos niveles de estrógenos: nuliparidad, menopausia tardía, menarquia precoz,...) 
- Historia reproductiva (si BRCA2 > riesgo en los dos años posteriores a gestación)
- Lactancia materna 
- Obesidad
- Actividad física, dieta, edad, factores ambientales, suplementos alimenticios(vitD)

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

- En Andalucía PAI Cáncer de mama 2011
- Se realiza una mamografía a todas las mujeres residentes en Andalucía entre los 50-69 años cada dos años.

Factores de riesgo de cáncer de mama	
Factores genéticos BCRA1/BCRA2 (herencia autosómica dominante)	+++
Antecedentes familiares	+++
Patología mamaria previa	+++
Menopausia tardía	++
Menarquia precoz	++
Nuliparidad	+
Primer embarazo tardío	+
No lactancia	+
Obesidad y dieta rica en grasas	+
Ant. Personales de otros cánceres	+
Tratamientos hormonales THS/ACO	+

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.6. Métodos de detección precoz. Prevención secundaria.

- Autoexploración mamaria entes los días 5-7 del ciclo.
- Mamografía: sensibilidad diagnóstica del 85-95%
- Ecografía
- Resonancia magnética: en caso de prótesis mamaria.
- PAFF
- Biopsia
- Termografía
- Estudios de extensión

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.6. Métodos de detección precoz. Prevención secundaria.

- En Andalucía PAI Cáncer de mama 2011. Límite de entrada:
- Síntomas clínicos de sospecha (nódulo palpable, secreción unilateral, uniporosa y espontánea, alteración compleja areola pezón como retracción, inversión, edema, inflamación engrosamiento o ulceración).
- Hallazgos en técnicas de imagen de lesión sospechosa de malignidad (BIRADS 3,4,5).
- Inclusión oportunista: antecedentes de ca de mama u ovario, antecedentes de radiación torácica en la infancia-adolescencia, biopsia previa con resultado de Hiperplasia ductal atípica o hiperplasia ductal típica si es postmenopausica.

Mamografía cada dos años a todas las mujeres entre 50 y 69 años.

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.6. Métodos de detección precoz. Prevención secundaria.

Se considera como estándar para el screening la mamografía de ambas mamas en las proyecciones cráneo-caudal y mediolateral oblicua.  Con un intervalo bienal. 

Según PAI en pacientes con riesgo moderado mamografía anual a partir de los 40 a, y a los 50 entraría en cribado de Ca de mama de la población general.

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.6. Métodos de detección precoz. Prevención secundaria.

Riesgo moderado de cáncer de mama:

- Un Ca de mama en familiar de 1º entre los 36 y 50 años.
- Dos familiares de 1º/2º mayor o igual a 50 años
- Un caso de ca de mama bilateral mayor de 50 años

Riesgo alto

- Cuatro o más familiares con Ca de mama/ovario(al menos uno de 1º)
- Tres familiares de 1º/2º con Ca de mama/ovario
- Un ca de mama igual o menor a 35 años
- Ca de mama y ovario en la misma paciente
- Ca de mama bilateral antes de los 50 años

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.6. Métodos de detección precoz. Prevención secundaria.

Según la SEGO, mamografía:

- 35-39 años mamografía basal
- 40-49 años: mamografía cada uno o dos años.
- 50-70 años: mamografía anual.
- En pacientes más jóvenes solo si BRCA+ o antecedentes familiares. No datos de mamografías por encima de 70 años.

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

ENFERMEDAD DE PAGET

- Neoplasia caracterizada por la presencia de células de Paget en la epidermis del complejo areola-pezón.
- Síntomas: ulceración, prurito, eccema y dolor. Unilateral. 
- Ante lesión dermatológica que no cura debe sospecharse. Realizar biopsia superficial y profunda.
- Biopsia ganglio centinela (primer ganglio receptor que transmite la enfermedad).
- Puede ir asociado a un tumor subyacente. En el 95% de los casos se debe a un cáncer invasivo. 

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.7. Tipos histológicos

- No invasivos
 - Carcinoma intraductal in situ
 - Carcinoma lobulillar
- Invasivos
 - Carcinoma invasor o ductal infiltrante

8.2.8. Factor de mal pronóstico

- Número de ganglios afectados
- Tamaño >2cm
- Edad < 35 a
- Infiltración cutánea
- Ca fijo a pectoral y/o costilla
- Invasión vascular o linfática
- Grado histológico G2 ó G3

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

BIRADS

CATEGORÍA	RECOMENDACIÓN	PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD
Categoría 0 Poco concluyente	Imágenes adicionales Exámenes anteriores	N/A
Categoría 1 Negativo	Mantener el seguimiento	0%
Categoría 2 Benigno	Mantener el seguimiento	0%
Categoría 3 Probablemente benigno	Control	≤ 2%
Categoría 4 Sospechoso de malignidad 4A: Bajo 4B: Moderado 4C: Alto	Patología	>2% entre <95% >2% a ≤10% >10% a ≤50% >50% a <95%
Categoría 5 Muy sospechoso de malignidad	Patología	≥ 95%
Categoría 6 Malignidad comprobada	Tratamiento adecuado	Diagnóstico establecido

8. PATOLOGÍA DE LA MAMA

8.2.11. tratamiento

- Enfermedad sistémica
- Cirugía conservadora
- Biopsia y cirugía
- Quimioterapia: CMF (ciclofosfamida, metrotexate, 5-fluoracilo)
- Radioterapia
- Hormonoterapia (tamoxifeno)

OPE Aplazada 2015. 76 Referente al cáncer de mama son factores de riesgo propio de la mujer y por lo tanto difícilmente modificable. ¿Cuál es la incorrecta?

- A) El riesgo aumenta con la edad la incidencia máxima entre los 55 y los 65 años
- B) El Ca de mama es 100 veces más frecuente en mujeres que en hombres
- C) Sobre peso a partir de la menopausia $IMC > 30$
- D) Lesiones de mama benignas se asocian a menor riesgo de Ca de mama

OPE 2015 Aplazada. 135 Mujer de 30 años de edad que solicita anticoncepción hormonal AF:
Madre Ca de ovario

Padre	Ca	de	Colon
Síndrome	Premenstrual		moderado
AQ: No tiene			

Respecto a la asociación de toma de ACH y Ca de mama, señale la incorrecta:

- A) Edad inicio antes de 20 años y >5 años consecutivo aumenta riesgo de aparición de Ca de mama en mujeres < 35 años
- B) La toma de ACH(anticoncepcion hormonal) se relaciona con un aumento de incidencia de Ca de mama y un aumento de la mortalidad
- C) El riesgo global de Ca de mama comparando usuarias y no usuarias no está aumentado en ninguno de los grupos
- D) Es posible aumento del riesgo en las portadoras de BRCA1 y BRCA2 esta suficientemente contrarrestado por los beneficios den la protección frente al cáncer de ovario

OPE 2015 PI SAS 40. OPE SAS 2016. 43. ¿Cuándo hablamos de enfermedad de Paget del pezón? ¿A qué nos referimos?

- A) Es una lesión neoplásica del epitelio escamoso del pezón y aréola
- B) Se asocia a patología mamaria benigna
- C) Es una mastopatia fibroquística
- D) No se considera un factor de riesgo para el Ca de mama

9. CÁNCER Y GESTACIÓN

Se produce durante la gestación o entre 6-12 meses tras el parto

Tras exposición a radiaciones es necesario retrasar el embarazo 12-14 meses después de la exposición.

9. CÁNCER Y GESTACIÓN

9.1. Cáncer cervical

Hemorragia vaginal espontánea o postcoital

- Neoplasia intraepitelial
- Cáncer cervical invasor

9. CÁNCER Y GESTACIÓN

9.1. Cáncer de mama

- Finalizar gestación a las 37 semanas, a ser posible vía vaginal.
- Radioterapia debe retrasarse
- Cirugía conservadora al final del 2º trimestre
- Terapia sistémica, contraindicado el metrotexate. Quimioterapia no durante el 1º T, suspenderla 3-4 semanas antes del parto para evitar mielosupresión neonatal
- Tamoxifeno esperar a después del parto
- LM y quimio, ciclofosfamida y doxorrubicina se excretan por la leche.

FIN

GRACIAS POR TU ATENCIÓN