

Cáncer de Cérvix y embarazo a propósito de un caso clínico

Dr. Víctor H. Orna D. *, Dr. Miguel Rueda **.

* Postgradista Cirugía Oncológica - SOLCA Quito

** Cirujano Oncólogo - SOLCA Quito

ABSTRACTO

Objetivo: Describir una patología cuya incidencia es alta en nuestro medio, que se presenta conjuntamente con el embarazo, reportar gráficamente el tipo de lesión cervical, manifestaciones clínicas su diagnóstico y tratamiento según los estadios.

Caso clínico: Se trata de una paciente joven con patología cervical (lesión endofítica sangrante) que fue diagnosticada durante su primer trimestre de embarazo, con natalidad completa, consultó por sangrados genitales, que mediante pap test, biopsia por colposcopia se identificó lesión endofítica sangrante, cuyo histopatológico reveló carcinoma escamo celular, método de imagen embarazo de 6 semanas más cervix aumentado de tamaño y que posteriormente luego de consentimiento informado fue sometido a Histerectomía Radical.

Conclusiones: Es importante conocer que en la patología cervical; el cáncer durante el embarazo constituye un gran desafío para los especialistas, la evaluación diagnóstica que incluye biopsias debe realizarse de igual forma a excepción del curetaje endocervical.

El tratamiento de elección para mujeres en etapas precoces es la Histerectomía Radical, durante la última mitad del embarazo es razonable esperar la viabilidad del producto planificando el parto por vía alta apenas sea posible..(10,12,20)

Palabra Clave: Cáncer de Cervix Embarazo.

Introducción:

El cáncer de cérvix es una enfermedad de transmisión sexual siendo la primera neoplasia maligna que influye el virus del H.P.V, los serotipos 16 y 18 son los mas importantes, otros factores como:

Correspondencias y Separatas:

Dr. Miguel Rueda
Servicio de Cirugía
Hospital Oncológico Solón Espinoza
Avda. Eloy Alfaro y Los Pinos
Quito - Ecuador

©Los derechos de autor de los artículos de la revista Oncología pertenecen a la Sociedad de Lucha contra el Cáncer

ABSTRACT

Objective: Describe a pathology with a high incidence in our means, in association with pregnancy in this case, graphically report the type of cervical malignancy, clinical manifestations, diagnose and treatment according to stage.

Clinical Case: We present a young patient with cervical pathology (endofitic bleeding lesion) diagnosed during the first trimester of pregnancy, with complete pregnancy, that consult because of genital bleeding, founding an endofitic lesion by colposcopic exam and which biopsy and pap test reported a squamous cell carcinoma, image diagnostic procedures reveal a 6 month product, that after surgical ending of pregnancy, was treated by radical hysterectomy.

Conclusions: It is important to recognize that in cervical pathology; cervical cancer during pregnancy is a great challenge for the specialist, the diagnostic evaluation that includes biopsies, must be realized in the same way, except from the endocervical canal.

The treatment of choice for women is early stages of pregnancy is radical hysterectomy, during the last half of pregnancy it is possible to wait the viability of the product planning the childbirth surgically as soon as possible.

Key words: uterine cervix cancer pregnancy.

Relaciones sexuales a edad temprana, promiscuidad sexual, multiparidad, haber tenido relaciones con hombres con riesgo de cáncer de pene, tabaquismo.(1,10)

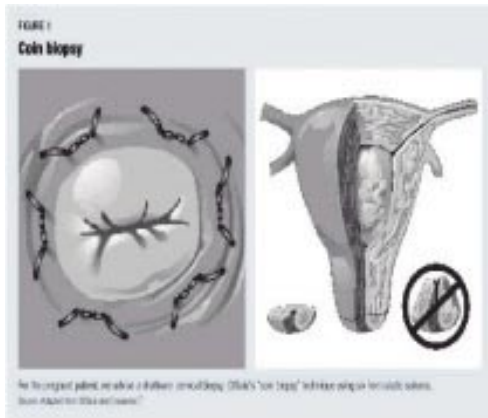
La incidencia de cáncer de cuello durante el embarazo es alrededor de 1 en 2000, el síntoma más común es el sangrado vaginal sin embargo un 20% de pacientes será asintomático y detectado durante un control rutinario, la evaluación diagnóstica incluye: Pap test, biopsia, a excepción de curetaje endocervical, la exactitud diagnóstica clínica por examen ginecológico puede



ser dificultosa en la gestación avanzada.

No hay evidencia que el embarazo empeore el pronóstico en pacientes tratadas en forma adecuada, la vía de parto parece no afectar la sobrevida, aunque la mayoría de los casos termina por histerotomía o cesárea. (2,8)

ALGORITMO DE PATOLOGÍA CERVICAL:



- Papanicolaou
- Colposcopia
- Biopsia dirigida
- Curetaje endocervical *
- Conización *

*No en el embarazo

Curetaje endocervical y biopsia en cono pro -ducen varios riesgos durante el embarazo: Sangrado :5 a 14 %.

Muerte perinatal :3 -6 % (4).

Parto pretérmino :4 - 30 % (sangrado, corio -amionitis, incompetencia cervical, parto pretérmino).

Aborto 1er trimestre 17 - 50 % de Ca invasivo sin confirmación de biopsia(11)

CA MICROINVASOR EN EL EMBARAZO.

Requiere ser diagnosticado por histología para lo cual se realiza Biopsia en base a : CONO que se realiza en caso de :

- 1.Sospecha de microinvasión en colposcopia o reporte de biopsia.
- 2.Citología francamente maligna en la cual no es posible descartar con seguridad invasión por colposcopia o histología. (11)

TRATAMIENTO: Puede ser multidisciplinario e individualizado y depende: estadio, edad gestacional.

ESTADIO IA O IN SITU: Continuar con el embarazo hasta el parto

ESTADIO < 12 S 12 - 26 sem 27 - 40 sem 26 sem

0 - IA1 Manejo expectante hasta el parto-----

IA2 **H.R.** **Alcanzar M.F.** **Alcanzar M . Fetal**
HR **HR**

IB - IIA **H R.o RT** **HR o RT** **HR o RT alc., mad. Fetal**
Alc .M. Fetal

IIB-IVA **RT + QT** **RT+QT** **Terminar embarazo +RT**

HR: HISTERECTOMÍA RADICAL

RT : RADIOTERAPIA

QT: QUIMIOTERAPIA

La vía del parto puede ser Vaginal vs. Cesárea se estipulan varias consideraciones : menor sangrado, menor infección materna, menor infección neonatal(HPV), teóricamente menor diseminación.(12,20))

CASO CLÍNICO:

Paciente mujer de 34 años de edad, casada nacida y residente en Quito, ocupación co-merciante, religión católica no refiere patología personal, entre los antecedentes patológicos familiares: Padre con diabetes mellitus no insulino dependiente. Madre Cáncer de estómago fallecida 67 años, tía materna Cáncer de estómago fallecida 50 años, Abuela materna Cáncer de estomago fallecida.

AGO: Menarquia 12 años FUM :04 Septiembre . 2004, ciclos regulares c/ 28 días por 3 a 4 días, Gestas:4, Partos:3, Abortos: 1, Cesáreas: 0, no anti -concepción, vida sexual activa a los 21 años, N°de parejas:2.

Paciente que en Junio del 2003 asiste a la institución por presencia de sangrado genital rojo rutilante escaso intermenstrual más dolor lumbar bilateral sin irradiación se realizó pap test reportó LIE de bajo grado, que fue tratada mediante óvulos y crema vaginal según refiere con mejoría remitiendo sintomatología, no asiste a control posterior en Diciembre 2003. Luego por reaparición de sangrado vaginal características anteriores desde Marzo 2004 que no le tomó importancia, se realizó un control de Pap test en Septiembre del 2004 que reportó carcinoma escamocelular invasor, niega baja de peso u otra sintomatología.

Al examen físico es una paciente lúcida conciente decúbito activo Karnovsky 100% signos vitales estables, corazón rítmico no soplos, pulmones buena entrada de aire. Abdomen: suave depresible RHA +.Genitales externos sin patología, TV: se palpa cérvix aumentado de tamaño con lesión endofítica sangrante 1 cm aproximadamente, fondo de saco anterior y posterior libres, al examen especular lesión endofítica sangrante ulce -rativa, TR esfínter tónico, parametrios libres.

DIAGNÓSTICO:

B. HEMÁTICA: Leucocitos 7900, Seg: 70, Hto:37 ,Hb:13.2



Tiempos de .Coagulación: normales, electrolitos normales, Química . Sanguínea normal.

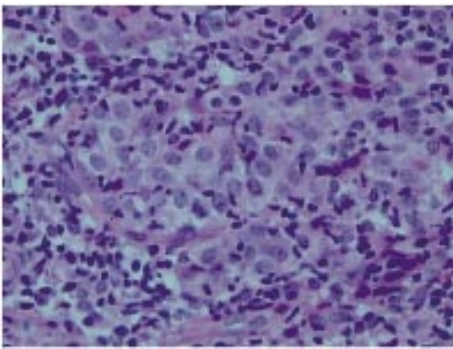
IMAGEN RX TORAX: No lesiones pleuropulmonares. Silueta cardiovascular en lí mites normales. Ángulos costo y cardiofrénico libres.

ECO ABDOMINOPÉLVICO:



Útero anteverso mide 126 x 73 x 50 mm, saco gestacional único en el interior el cual mide 21 x 21 x 13 mm, edad gestacional de 6 semanas. Cèrvix de tamaño normal dis -cretamente heterogéneo mide 57 x 54 x 33mm.

HISTOPATOLÓGICO DE BIOPSIA INCISIONAL:



Neoplasia maligna formada por nidos y trabéculas de células escamosas, con que- ratinización individual, infiltra al estroma. I.Dg: Carcinoma Escamocelular Invasor Moderadamente Diferenciado de Cèrvix Uterino (Biopsia Incisional).

EVOLUCIÓN:

Paciente que posteriormente a dichos exámenes fue sometido a Histerectomía Radical más Salpingooforectomía Derecha cuyos hallazgos fueron:útero aumentado de tamaño anexos de características macroscópicas normales, además ganglios linfáticos obturatrices e iliacos tamaño 0.6 mm, que se envió a histopatológico, posteriormente evolución intrahospitalaria sin complicaciones es dada de alta al tercer día.

PIEZA QUIRÚRGICA POST -OPERATORIA.



Útero con embrión de 6 Semanas.



Lesión endofítica en Cèrvix Uterino.

HISTOPATOLÓGICO DEFINITIVO

Carcinoma escamocelular infiltrante moderadamente diferenciado que involucra los 2/3 internos de la pared del cèrvix uterino. Permeación linfática presente, bordes quirúrgicos y parametrios libres de lesión, ganglios linfáticos negativos para metástasis: 0/22.

Estadío tumoral : pT1 B1, pN0, pMx

(B)Endometrio gestante con producto masculino de aproximadamente 11 semanas de edad gestacional, sin malformaciones congénitas.

(C) Miometrio : adenomiosis.

(D)Ovario derecho: cuatro quistes foliculares.

La paciente pasó a valoración por RT para manejo por su permeación linfática .

DISCUSIÓN: Se trata de una paciente joven con natalidad satisfecha que debido a un control de pap test se determina patología cervical que sometido a biopsia reporto carcinoma, posteriormente un ECO abdomino -pélvico en nuestra institución reporta embarazo de 6 semanas.



El objetivo principal fue investigar la neoplasia sea en fase intraepitelial o invasora mediante métodos como la colposcopia, tomando en cuenta que durante el embarazo existe alteraciones cervicales fisiológicas que nos podría confundir (vascularización, edema y aumento del volumen cervical, metaplasia escamosa), surgiendo la controversia en realizar o no biopsia.(11,18)

En el presente caso clínico la paciente se catalogó como un CA CU IB1 más Embarazo de 6 semanas que fue tratada con Histerectomía Radical poniendo en consideración el consentimiento informado de dicho procedimiento.

Siempre debemos considerar 3 aspectos, el estadio clínico, el tiempo de embarazo y la opinión de su paciente y familia, en términos generales debe privilegiar en el I trimestre el

tratamiento de la neoplasia, en cambio en el III trimestre debemos privilegiar el embarazo y el tratamiento lo daremos posteriormente, en el II trimestre esta el mayor problema cada caso debemos resolverlo individualmente. (3,5).

El pronóstico de esta enfermedad no es afectado por la gestación en términos biológicos, el comportamiento evolutivo es igual en gestantes y no gestantes (19)

El algoritmo de control que debe seguir la paciente motivo del estudio será: paptest cada 6 meses el primer año, y cada año a partir del segundo.

En la actualidad la radioterapia externa y el Cesio va acompañada de quimioterapia en dosis bajas (Cis-platino) para sensibilizar las células tumorales a la acción radiante, mejorando la supervivencia en paciente con tumores de gran volumen.(15)

Bibliografía

- 1.- Feig, B. Berger, D. Fuhrman, G. Oncología M.D. Anderson., Segunda Edición. 2000.
- 2.- Arraztoa ,J. Cáncer Diagnóstico y Tratamiento. 1998. pag: 145 -150.
- 3.- Nidus Information Services, Inc., Nueva York 2000.
- 4.- Nazzal, O. Cáncer Cérvico Uterino y Embarazo ; Revista Chile de Obstetricia y Ginecología 2002.
- 5.- Cirugía y Cirujanos ; Volumen 70 (3) , México 2002
- 6.- Hopkins MP., Morley GW., Pronóstico y Manejo del Cáncer Cervical asociado con el Embarazo, Julio 1992.
- 7.- Duggan D., Muderspach L., Roman L., Curtin J., Cáncer Cervical en el Embarazo, Reporte de Terapia, 1993
- 8.- DeVita V. Jr., Hellman S., Rosenberg S., Cáncer Principios y Práctica de Oncología, Quinta Edición, 2000.pag: 1434- 1450.
- 9.- Cáncer Incidence in five Continents,Agency ,Volúmen VIII, 2002
- 10.- DiSaia, Oncología Ginecológica 1999
- 11.- Weismiller D. Colposcopía Apgar, 2002
- 12.- Rev. Chil. Obstet. Ginecol. V. 67 n. L. Santiago 2002,pag: 145-155.
- 13.- Contemporary Ob-Gyn, 2000
- 14.- Zaino R.J., Ward S. Delgado G., et al Histopathologic Of the behavior of surgically treated stage 1B squamous cell carcinoma of the cervix, 1992.
- 15.- Rose PG., Bundy BN., Chemoradiation For Locally Advanced Cervical Cancer; Journal of Clinical Oncology, 2002.
- 16.- Creasman WT., New Gynecologic Cancer Staging, Gynecologic Oncology 1995.
- 17.- Rubin S., Haskins W., Cervical Cancer and Preinvasive Neoplásica lippincott Raven 1996.
- 18.- Lascano PE., Nájera AP., Alonso RP., Buiatti E., Hernández A., Programa de detección Oportuna de Cáncer Cervical, México, 1996.
- 19.- Hannigan E., Cervical Cancer in Pregnancy, Clin Obster Gynecol 1990.
- 20.- Sood AK., Sorosky JL., Krogman S., et al: Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy, Gynecology Oncology 1996,



El papanicolau es el mejor examen para la detección oportuna de las lesiones incipientes del cuello uterino. Su realización es indispensable y debe practicárselo al inicio de la vida sexual