

**INCIDENCIA Y MANEJO DEL CANCER DE CERVIX Y EMBARAZO
HOSPITAL MATERNO INFANTIL GERMAN URQUIDI 2004 - 2008****Incidence and management of cancer of cervix in the hospital German Urquidi 2004 - 2008**

*Martha Cortez Castellón

Recibido: 13-04-09; Aceptado: 10-12-09

RESUMEN

El carcinoma de cuello uterino es el proceso maligno ginecológico más frecuente asociado con el embarazo. Sin embargo existe poca información objetiva relacionada con el efecto del cáncer del cuello uterino sobre el embarazo o el impacto del embarazo sobre la historia natural del cáncer de cuello uterino. ⁽¹⁾

Nuestro objetivo general es identificar factores de riesgo que causan morbilidad materno-fetal en pacientes embarazadas que cursan con cáncer de cervix.

El estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil Germán Urquidi durante las gestiones 2004 al 2008 donde observamos que del total de pacientes hospitalizadas en este servicio, el 95 % corresponde a casos obstétricos, siendo la prevalencia del cáncer de cervix y embarazo de 0,04%.

Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron el sangrado genital, la amenaza de parto pretérmino y la amenaza de aborto.

En cuanto a la resolución del embarazo en el carcinoma in situ, esta fue cesarea + histerectomía (66%); en el cancer invasor (1er trimestre) interrupción del embarazo con histerectomía en bloque, en el (3er trimestre) cesarea (75%) y cesarea + histerectomía (16%). Durante el puerperio la complicación más frecuente fue la anemia.

La conducta a tomarse en estas pacientes es fundamentalmente dependiente de la edad gestacional y las características de la lesión tumoral.

PALABRAS CLAVES: Embarazo, cáncer de cervix, histerectomía.

ABSTRACT

The cervix cancer is the more frequent gynecological wicked process associated with the pregnancy. However little objective information related with the effect of the cancer of the uterine neck exists on the pregnancy or the impact of the pregnancy on the natural history of the cervix cancer. ⁽¹⁾

Our objective is to identify factors of risk that cause "morbimortality materno-fetal" in patients that study with cervix cancer and pregnancy.

The study was carried out in the Hospital Maternal Infantile Germán Urquidi during the administrations 2004 at the 2008 where we observe that of the total of patients hospitalized in this service 95% it corresponds to obstetric cases, being the prevalent of the cervix cancer and pregnancy of 0,04%

The most frequent complications during the pregnancy were the one bled genital, the threat of childbirth premature and the abortion threat.

As for the resolution of the pregnancy in the carcinoma in situ was Caesarean + hysterectomy (66%); in the cancer invader (1er trimester) interruption of the pregnancy with total hysterectomy, in the (3er trimester) Caesarean operation (75%) and Caesarean operation + hysterectomy (16%).

During the puerperium the most frequent complication was the anemia.

The behavior to take in these patients is fundamentally dependent of the age gestational and the characteristics of the lesion tumoral.

KEY WORDS: Pregnancy, cervix cancer, hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El carcinoma del cuello uterino diagnosticado durante el embarazo constituye un desafío difícil para la paciente y su médico. Tradicionalmente, este cáncer ha sido considerado una enfermedad potencialmente fatal que justifica un tratamiento rápido. Se consideraba que una demora en el diagnóstico o en el tratamiento comprometía la supervivencia materna. ⁽¹⁾

Muchas de las modalidades diagnósticas y terapéuticas empleadas para el cáncer de cuello uterino pueden tener un impacto adverso en el feto en desarrollo. Puede ser necesario concluir el embarazo para acelerar el tratamiento o para evitar que la terapéutica oncológica pueda producir una lesión fetal o incluso el aborto. ⁽⁶⁾

Actualmente en nuestro medio el cáncer de cuello uterino diagnosticado durante el embarazo ha aumentado considerablemente en frecuencia, de ahí nace la inquietud de realizar la presente investigación.⁽⁹⁾

Aproximadamente en cinco de cada 10.000 embarazos se descubre un carcinoma invasivo del cuello uterino. El índice de detecciones ha aumentado desde la introducción de los extendidos citológicos de rutina, pero a pesar de todo el carcinoma in situ ocurre con una frecuencia tres veces mayor que el cáncer invasivo durante el embarazo ⁽¹⁾

Aunque los conocidos factores etiológicos del cáncer cervical hacen que las pacientes obstétricas sean un grupo de alto riesgo, solo se hacen extendidos de Papanicolaou como rutina en menos del 60% de las mujeres embarazadas asintomáticas. Una vez que se sospecha carcinoma invasivo, muchas veces se posterga el diagnóstico por miedo a causar sangrado por el raspado y biopsia del cuello uterino ⁽⁶⁾

La mayoría de las mujeres buscan atención cuando reconocen o sospechan que están embarazadas. La visita prenatal inicial brinda una oportunidad ideal para el *screening* del cáncer del cuello uterino. La citología cervical es segura y confiable en el embarazo, la colposcopia ha evolucionado hasta convertirse en un método ideal para la evaluación de la citología cervical anómala en la paciente embarazada.

La conización cervical pocas veces está indicada durante el embarazo. En la mayoría de las pacientes el diagnóstico y el tratamiento adecuados provienen de la combinación de la evaluación citológica y biopsias dirigidas por colpos-

copia. Las que se someten a una conización durante el embarazo pueden enfrentarse a un riesgo aumentado de hemorragia posoperatoria, aborto, inicio prematuro del trabajo de parto, incompetencia cervical y distocia cervical ⁽²⁾

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA CERVICAL DURANTE EL EMBARAZO

Al considerar el tratamiento del carcinoma del cuello uterino durante el embarazo hay que tener en cuenta varios factores:

Influencia del embarazo sobre el carcinoma

Influencia del carcinoma sobre el embarazo

Etapas del embarazo en el momento en que se detecta el carcinoma.

Aunque antes se creía que el embarazo agrava al carcinoma del cuello uterino, las estadísticas actuales para cada etapa de la enfermedad revelan que los índices de curaciones en mujeres embarazadas son apenas más bajos que en mujeres no embarazadas. ⁽¹⁾

1.1 CARCINOMA IN SITU

El tratamiento del carcinoma in situ no requiere ninguna modificación específica del curso del embarazo ni de la resolución del embarazo. Una vez identificada la lesión mediante colposcopia y una biopsia dirigida, se debe permitir el parto por vía vaginal. El tratamiento de la lesión in situ se puede postergar sin peligro hasta los 3 a 6 meses del posparto.

1.2 CARCINOMA MICROINVASIVO

En el carcinoma microinvasivo durante el embarazo, el tratamiento se puede postergar si se hace un atento monitoreo colposcópico del cuello hasta que se produzca el parto vaginal o abdominal de un feto a término, según las indicaciones obstétricas. El tratamiento preferible, que es la histerectomía simple con conservación de los ovarios se puede postergar hasta las 8 a 10 semanas del posparto ⁽³⁾

1.3 CARCINOMA INVASIVO

Primer Trimestre

En general, la elección del tratamiento es la misma que en la no embarazada ⁽¹⁾

Solo se recomienda la histerectomía radical de *Wertheim*

con disección de los ganglios pelvianos en el estadio Ib y quizás el estadio IIa incipientes. Los estadios más avanzados requieren irradiación completa de la pelvis. Cuando se hace radioterapia, la irradiación externa con megavoltaje se hace primero para poder abortar la gestación y permitir que el tamaño del útero remita.

Segundo trimestre. Cuando se detecta un cáncer cervical invasivo al comienzo del segundo trimestre, no se debe tardar en hacer el tratamiento definitivo. Primero se hace irradiación externa para provocar el aborto espontáneo y luego se hace irradiación intracavitaria una vez que el útero y el cuello uterino han involucionado y el riesgo de infección es menor⁽¹⁾

En las candidatas para el tratamiento quirúrgico se debe emprender la cirugía radical primaria apenas se establece el diagnóstico. Aunque la morbilidad operatoria y posoperatoria es un tanto mayor que en los casos sometidos a irradiación primero la cirugía primaria permite que la paciente joven conserve su función ovárica y le evita las secuelas indeseables de la irradiación pelviana.

Tercer trimestre. Cuando el carcinoma invasivo se detecta en el tercer trimestre o poco antes, en particular entre las 26 y 28 semanas de la gestación, se puede postergar el tratamiento hasta las 34 a 36 semanas para que el feto tenga buenas probabilidades de sobrevivir.⁽⁹⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó en el Hospital Materno Infantil German Urquidi (Cochabamba) durante las gestiones 2004 - 2008.

La población constituye el total de pacientes embarazadas que ingresan en el H. M.I.G.U.

Muestra: pacientes con cáncer de cérvix y embarazo.

Tipo de investigación: observacional, longitudinal, retrospectivo, descriptivo simple.

Variables: método de diagnóstico, tratamiento en el carcinoma *in situ* y cáncer invasor, complicaciones, seguimiento.

Se realizó la revisión de expedientes clínicos y registros estadísticos.

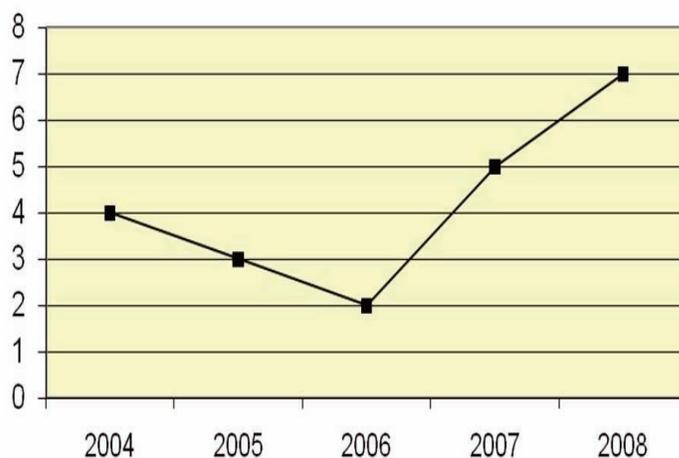
RESULTADOS

Del total de pacientes hospitalizadas en nuestro servicio el

95 % corresponde a casos obstétricos, siendo la prevalencia local de cáncer de cervix y embarazo el 0,04 % es decir cuatro de cada 10.000 embarazadas presentan cáncer de cervix. Comparativamente en un estudio realizado en Santiago de Chile la incidencia es de 0,01% y en México (Guerrero) es de 0,02%.

Se observa un incremento de pacientes con cáncer de cervix y embarazo en relación a gestiones anteriores.

Grafica 1
NUMERO DE CASOS POR AÑO



La edad promedio de presentación es de 34 años, el 50% tiene un grado de instrucción primaria y en un porcentaje similar el estado civil es unión estable.

Se demostró un mayor factor de riesgo en pacientes con 3 o más parejas sexuales, inicio de vida sexual activa precoz. Las complicaciones más frecuentes durante el embarazo fueron el sangrado genital en el 62%, la amenaza de parto pretérmino en el 23% y en menor porcentaje la amenaza de aborto.

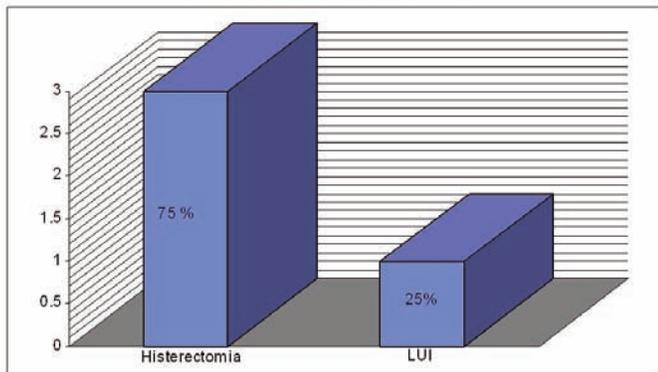
El tipo histopatológico más frecuente fue el epidermoide en un 100%, con predominio del estirpe celular moderadamente diferenciado.

El manejo realizado en nuestro servicio en cuanto a la resolución del embarazo en el carcinoma *in situ* fue: cesarea mas histerectomía en el 66% y cesárea en el 33%.

En el carcinoma invasor:

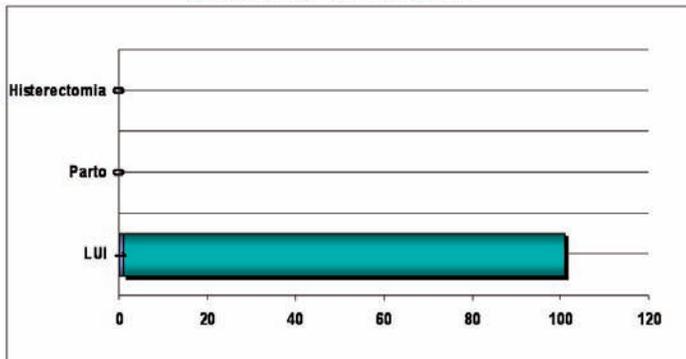
El 23 % de los casos corresponde al 1er trimestre del embarazo, siendo el manejo la interrupción del embarazo con histerectomía en bloque.

Grafica 2
**MANEJO DE CA INVASOR
PRIMER TRIMESTRE**



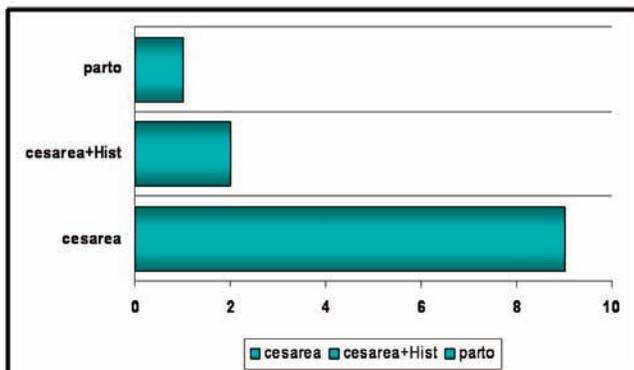
El 6% de los casos corresponde al 2do trimestre del embarazo siendo la conducta legrado uterino instrumental y posterior estadificación (IIIb) (Paciente con aborto incompleto).

Grafica 3
**MANEJO CARCINOMA INVASOR
SEGUNDO TRIMESTRE**



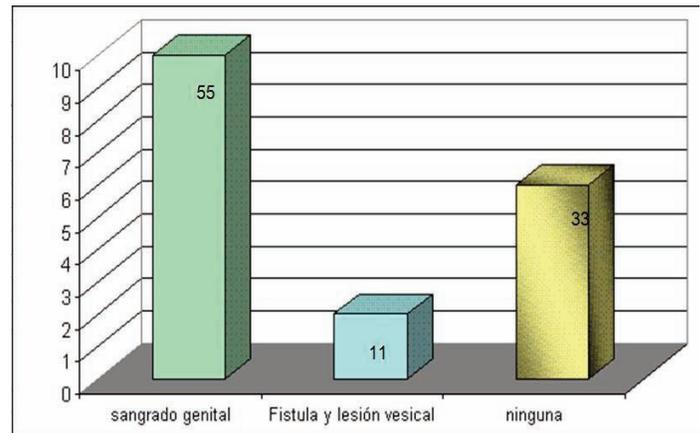
El 70% de los casos corresponden al 3er trimestre del embarazo siendo la conducta cesárea en el 75% ; cesárea más histerectomía en el 16% y parto por vía vaginal en el 9%.

Grafica 4
**MANEJO CARCINOMA INVASOR
TERCER TRIMESTRE**



Durante el puerperio las complicaciones más frecuentes fueron la anemia en el 55% a consecuencia del sangrado genital y fístula con lesión vesical en el 11% inherente al procedimiento quirúrgico.

Grafica 5
COMPLICACIONES DEL PUERPERIO



En cuanto al seguimiento de las pacientes:

El 25% de los casos se encuentran actualmente con controles anuales en nuestro servicio, el 40% luego de su estadificación en el puerperio fueron referidas al centro oncológico y en el 35% de los casos no se pudo realizar un seguimiento adecuado porque no retornaron al servicio para su estadificación.

DISCUSIÓN

En nuestra investigación se observó un incremento de pacientes con cáncer de cervix y embarazo en relación a gestiones anteriores probablemente debido a que desde el año 2001 se normatiza en nuestro servicio la toma de examen citológico de Papanicolaou a toda paciente embarazada que acude al control prenatal.

Las pacientes con cáncer de cervix y embarazo tienen los mismos factores de riesgo que la población en general.

En la mayoría de las pacientes se detectó la lesión cervical durante la segunda mitad del embarazo siendo resueltos por vía abdominal.

La conducta a tomarse en este tipo de pacientes es fundamentalmente dependiente de la edad gestacional y de las características de la lesión tumoral, en las pacientes con carcinoma in situ la conducta no fue la adecuada, ya que la literatura recomienda una conducta no intervencionista, permitir el parto vaginal (cesárea si hay indicación obsté-

trica) y el tratamiento de la lesión in situ se puede postergar sin peligro hasta los 3 a 6 meses post parto.

La conducta en el carcinoma invasor diagnosticada en el primer trimestre del embarazo fue adecuada, histerectomía en bloque; en el tercer trimestre la resolución del embarazo fue por vía abdominal, la literatura recomienda esperar el término de la gestación, haciendo cesárea corporal y luego aplicar el protocolo

La estadificación durante el embarazo no es confiable por tanto debe realizarse posterior a la resolución del embarazo para la conducta definitiva.

No se ha realizado un buen seguimiento de las pacientes en el puerperio.

CONCLUSIONES

El examen de Papanicolaou debe ser realizado en el primer contacto con la paciente durante el control prenatal y mejor en etapa preconcepcional para detectar la lesión en etapas iniciales y continuar con colposcopia y biopsia si el caso amerita.

Las decisiones en relación al manejo deben ser tomadas en común acuerdo entre el Médico, la paciente, la pareja y/o los responsables, luego de debatir las particulares situaciones, contemplando los pro y los contra de tales protocolos.

Recomendamos la normatización de un plan de seguimiento posterior a la resolución del embarazo para realizar una estadificación adecuada sin influencias gestacionales. Brindar a las pacientes orientación e información adecuada sobre esta patología para la resolución de la lesión y el embarazo concomitante.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gleicher, Buttino.Evans.Sibai. *Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo*, 3ra edición. ed. Panamericana, Buenos Aires, 2007
2. Novak, Blaston. *Ginecología*, 12da edición. Ed. Interamericana, México, D.F. 2006
3. Roy Pitkin. *Clínicas Obstétricas y Ginecológicas*, 4ta edición, ed. Interamericana, México, D.F. 2005
4. Schwarcz, Leopoldo. *Obstetricia*, 5ta edición, ed. El Ateneo, Buenos Aires 2005
5. Te Linde, Gant. *Ginecología Quirúrgica*, 8va edición, ed. Panamericana, Buenos Aires 2005

6. Williams, Cunningham. *Obstetricia*, 22da edición, ed. Panamericana, Madrid España 2007

7. Piver, Steven. *Oncología Ginecológica*, 2da edición, ed. Marban, España 2004

8. Donnegan, William. *Cancer and Pregnancy CA a cancer Journal*, 2da edición, ed. I Ateneo. American Cancer Society July/August 2004 Vol 33 No 4

9. Urey R. *Oncología ginecológica*. IOOB, Bolivia. 2º edición. 2000;56-64