

Carcinoma de cérvix y embarazo

**JUAN C. RESTREPO, JUAN C. VILLA, JOHN J. ZULETA,
GILDARDO GALLEGO**

Se presenta una revisión bibliográfica de la asociación entre cáncer de cérvix y embarazo. Se analizan los siguientes puntos: diagnóstico, manejo, influencia del embarazo sobre el comportamiento del cáncer e implicaciones que éste tiene para la gestación. Se concluye que el factor pronóstico más importante es el estado del cáncer al momento de iniciar el tratamiento y que variables como el trimestre cuando se hace el diagnóstico, la edad y la paridad no tienen influencia pronóstica.

PALABRAS CLAVE

**CANCER DE CERVIX
EMBARAZO**

INTRODUCCION

Afortunadamente, la asociación entre neoplasia y embarazo es poco frecuente ya que se trata de una situación difícil que requiere no sólo tomar decisiones terapéuticas, sino también hacer consideraciones de tipo moral y ético. Muchas de las decisiones deben ser tomadas con base en las estadísticas registradas en la literatura, que en muchos casos no son concluyentes, porque generalmente se trata de

series reducidas; por ello no permiten un análisis confiable; es inusitado encontrar reportes con más de 30 ó 40 casos (1) lo que hace perpetuar una serie de falsas creencias.

No es extraño encontrar conceptos diametralmente opuestos con relación a muchos de los aspectos de esta asociación; igualmente, existen dificultades para hacer un diagnóstico adecuado, debido a los cambios fisiológicos del embarazo que alteran la interpretación de los hallazgos y a las posibles complicaciones de los procedimientos.

La serie más grande reportada sobre la asociación de neoplasia y embarazo, es la de Barber y Brunschwing (2) con 700 casos; en ella se informa que el cáncer más frecuentemente asociado al embarazo es el de mama, asociación confirmada por otros autores (3). Por el contrario, en otros estudios el más frecuente es el de cuello uterino (1,4).

En nuestro medio el cáncer de cérvix ocupa el primer lugar entre los tumores malignos del aparato genital en mujeres que tuvieron o tienen actividad sexual (5). Cada vez más se diagnostica cáncer de cérvix en estado avanzado en mujeres jóvenes a

DOCTORES JUAN CARLOS RESTREPO ALVAREZ, JUAN CARLOS VILLA LONDOÑO Y JOHN JAIRO ZULETA TOBON, Residentes; DOCTOR GILDARDO GALLEGO NOREÑA, Profesor Titular; todos del Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

pesar de las campañas para descubrirlo en sus estadios tempranos. La asociación del cáncer de cérvix con el embarazo es más frecuente que la de otros carcinomas.

FRECUENCIA

En diferentes revisiones se ha encontrado un cáncer de cérvix *in situ* en 1.3 por 1.000 mujeres embarazadas, lo que representa un caso por cada 767 embarazos; el dato para el cáncer invasor es en promedio de 0.45 por 1.000 que corresponde a un caso por cada 2.205 embarazos; la incidencia global es de un caso por cada 1.240 embarazos (6).

Según Creasman et al. (7) el 9% de las mujeres menores de 50 años que padecían carcinoma de cérvix estaban en embarazo o en los seis meses subsiguientes al parto cuando se estableció el diagnóstico; este dato puede estar sesgado por pertenecer a un centro de referencia. Cardona y colaboradores informaron que en Colombia el 1.4% de los cánceres ginecológicos corresponden al del cérvix asociado al embarazo (8,9). Cabe mencionar la cifra alta de 3.3% en Medellín, obtenida en las citologías de rutina posparto.

SINTOMATOLOGIA

Al igual que en las mujeres no embarazadas, el cáncer del cérvix en las gestantes es, en sus comienzos, una lesión silenciosa (6,7,10). En los estadios avanzados el síntoma más común es el sangrado que se presenta en 43-81.8% de los casos (6,7,11). Otros síntomas son leucorrea (13-35%), sinusorragia (4%) y dolor pélvico (2%); esta sintomatología aparece, en promedio, 4.5 meses antes del diagnóstico (6,11).

EDAD

Para el cáncer *in situ* se informa un promedio de edad de 29.9 años (2) y para el invasor 33.8 años (6). Estas edades corresponden precisamente a la vida sexual activa y a la mayor probabilidad de embarazo. La historia natural de la enfermedad ha ido mostrando una incidencia cada vez mayor en edades más precoces debido a los cambios en las costumbres tales como el inicio temprano de la actividad sexual con el consiguiente adelanto en la edad del primer parto y en muchos casos el más alto número de ellos; también

la promiscuidad y la mayor incidencia de infecciones de transmisión sexual, entre ellas el PVH. En un estudio local (12) se encontró que el pico de incidencia para las pacientes con neoplasias que van del NIC III al estadio IB está entre 30 y 39 años; para los estadios más avanzados se desplaza la edad de presentación: el estadio IIB es más común entre los 40 y los 49 años y el IIIB entre los 50 y los 59 años. Esto explica la menor presencia de los estadios más avanzados durante el embarazo.

DIAGNOSTICO

Los métodos diagnósticos del cáncer de cérvix en la mujer gestante son los mismos que en la no embarazada, teniendo en cuenta los cambios fisiológicos y las dificultades técnicas propias de la gestación. La citología ha demostrado ser efectiva como método de detección temprana (13) con un porcentaje de seguridad de hasta 95% cuando es tomada y leída correctamente (14). Sin embargo, otros autores no son tan optimistas con este concepto y han reportado que 5.5% de las pacientes embarazadas con carcinoma *in situ* tuvieron previamente una citología PAP I (15). El uso de la citología exfoliativa en el carcinoma de cuello uterino tiene su origen en los estudios realizados por Papanicolau en 1928, pero solo fue aceptado en 1943. Isaza, en 1949, normatizó como rutinaria en Medellín la toma de la citología; con anterioridad a ese año era escasa la detección temprana; a partir de él se incrementaron notoriamente en Antioquia el mejor estudio y el tratamiento precoz de estas lesiones (12). El control prenatal es un momento ideal para la toma de la citología, con el propósito de disminuir la morbimortalidad de esta entidad.

La evaluación colposcópica ofrece variaciones con relación a lo encontrado en la no embarazada, lo cual exige entrenamiento para la adecuada interpretación de los hallazgos propios del embarazo (16). La biopsia dirigida por colposcopia ofrece seguridad en el diagnóstico (0.5% de falsos negativos) y mínima morbilidad (0.6% de complicaciones) (6).

Gracias al empleo de la colposcopia, ha disminuido notablemente la práctica de la conización que tiene múltiples y graves complicaciones en la mujer gestante, entre ellas: hemorragias, amenaza de aborto, aborto, ruptura prematura de membranas, amenaza de parto prematuro y parto pretérmino

(4,17,18). La mayoría de los autores reservan la conización para aquellas pacientes en quienes, a la colposcopia, no es plenamente visible la unión escamocolumnar o se sospecha microinvasión, o porque la biopsia la sugiere.

TRATAMIENTO

El tratamiento del carcinoma *in situ* durante el embarazo depende del futuro obstétrico y puede diferirse hasta el posparto, realizando controles colposcópicos y citológicos cada 4 a 12 semanas. Si se realiza conización debe planearse un control estricto, debido a la alta probabilidad de lesión residual que puede alcanzar hasta un 43.4% y cuyo riesgo es mayor mientras más avanzada esté la edad gestacional al momento de realizarla (18). En el posparto se puede escoger cualquiera de las modalidades terapéuticas normalmente aceptadas en la paciente no embarazada. El carcinoma microinvasor debe ser confirmado por conización al momento del diagnóstico o en el posparto si ya el embarazo está muy avanzado (6). Esta modalidad presenta dificultades de manejo, para el cual es necesario evaluar la edad gestacional; puede ser vigilado estrictamente por medio de colposcopia en busca de progresión y diferir el tratamiento hasta después de la culminación del embarazo, la cual puede ser por vía vaginal o abdominal, según la indicación obstétrica.

La conducta expectante debe tomarse con cautela si el diagnóstico se establece en el primer trimestre por el largo período que transcurre entre ese momento y el tratamiento. Para los estadios invasores IB y IIA, se realiza un tratamiento urgente consistente en radioterapia o histerectomía radical tipo Wertheim, sin tener en cuenta el feto, a menos que esté cerca de la viabilidad; en este caso se realiza cesárea previa al tratamiento, idealmente sin diferir más de seis semanas el manejo (1,3,6,10,17,19,20-22). En los estadios III y IV la radioterapia se realiza con feto *in útero* y se complementa con radioterapia intracavitaria luego del aborto. Algunos sugieren que debido al mal pronóstico inherente a estos estadios, se podría esperar la viabilidad fetal, ya que el tratamiento agresivo termina con la vida del feto y no mejora significativamente el pronóstico materno. En embarazos más avanzados existen varios esquemas de los cuales el más aceptado es la cesá-

rea clásica, seguida de radioterapia a partir del séptimo día posoperatorio (1,3,6,7,10,20). Las complicaciones de la radioterapia durante el embarazo no han sido lo suficientemente estudiadas; sin embargo, hay informes de que su frecuencia aumenta, posiblemente debido a las dificultades con la dosimetría.

VIA DEL PARTO

A este respecto, en pacientes que inadvertidamente han tenido parto espontáneo en vértice, no se ha podido establecer si el pronóstico es peor. En estadios avanzados se prefiere la vía abdominal, ante todo para evitar los riesgos de hemorragia y sobreinfección por el paso del feto por un cuello con carcinoma (6). Es importante recalcar que se han ido recogiendo evidencias de que tal paso no aumenta la diseminación de células cancerosas (11).

SOBREVIDA

El factor más importante para determinar la sobrevida del cáncer de cérvix en la gestante, al igual que en la no gestante, es el estadio al momento del tratamiento (4,6,7,11,23-25); aquella varía desde el 100% de curación en el cáncer *in situ* y en el estadio IA, hasta el 16.2% en los estadios III y IV, cuando se hace seguimiento de cinco años (6). Se ha observado que en los estadios más avanzados del carcinoma de cérvix el embarazo tiene un efecto desfavorable porque plantea dificultades diagnósticas y complica, modifica y obliga a aplazar o interrumpir los tratamientos; por ejemplo hay problemas con la dosimetría de la radiación y es necesario interrumpir ésta frecuentemente a causa de sepsis originada en la pelvis.

En conclusión, el embarazo como tal, el trimestre al momento del diagnóstico, la edad gestacional y la paridad no influyen sobre el pronóstico (26,27) del cáncer de cérvix durante la gestación; Es necesario reevaluar con estudios controlados de mayor número de pacientes para definir protocolos confiables de manejo.

SUMMARY

CARCINOMA OF THE CERVIX ASSOCIATED WITH PREGNANCY

This is a review of the literature on the associa-

tion of cervical cancer and pregnancy; the following aspects are included: diagnosis, treatment and the reciprocal influence of pregnancy and cancer. It is concluded that the main prognostical variable is the stage of the cancer when treatment is started, while gestational age, chronological age and parity have no prognostical influence.

BIBLIOGRAFIA

1. DISAIA P, CREASMAN WT. Cancer in pregnancy. En: Clinical Gynecologic Oncology. Saint Louis: Mosby Year Book, 1993: 533-581.
2. BARBER RK, BRUNSCHWING A. Gynecologic cancer complicating pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1962; 85: 156-164.
3. SANCHEZ-RAMOS J. Cáncer genital y de mama durante el embarazo. En: GONZALEZ MJ. Oncología Ginecológica. Barcelona: Salvat Editores, 1991; 543-558.
4. HAYDEN GE. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1956; 71: 780-789.
5. PINILLA E, URIBE J, LONDOÑO J. Cáncer de cérvix uterino IB. *Rev Col Obstet Ginecol* 1986; 37: 292-298.
6. HACKER NF, BEREK JS, LAGASSE LD, SAVAGE EW, MOORE JC. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 735-746.
7. CREASMAN WT, RUTLEDGE FN, FLETCHER GM. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1970; 36: 495-501.
8. CARDONA F, et al. Diagnóstico y tratamiento de las neoplasias intraepiteliales y de los carcinomas cervicales invasores en el embarazo. *Rev Col Obstet Ginecol* 1983; 34: 211-220.
9. MOORE J, MARTIN J. Cancer and pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992; 19: 815-826.
10. GILOTA PM, KRUPP P, COLLINS J. Carcinoma in situ of the cervix uteri in pregnancy. *Surg Gynecol Obstet* 1976; 142: 396-398.
11. LEE R, NEGLIA W, PARK RC. Cervical carcinoma in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 584-589.
12. BOTERO U, GALLEGO G, PINILLA E, URIBE J. Cáncer de cuello uterino. *An Acad Méd Med* 1990; 3: 84-92.
13. COLLADO ML, TANCER MC. Abnormal cervical cytology in pregnancy: a 17 year experience. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 211-214.
14. STANHOPE CR. Management of the obstetric patient with malignancy. En: SCIARRA J. Gynecology and Obstetrics. Vol 2. Chapt 36. Philadelphia, JB Lippincott Company, 1992: 1-6.
15. BOUTSELIS JB. Intraepithelial carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol* 1972; 40: 657-661.
16. CAMPION MJ, SEDLACEK TV. Colposcopy in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993; 20: 153-164.
17. HANNIGAN EV. Cone biopsy during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 60: 450-455.
18. DASKAL JL, PITKIN RM. Cone biopsy of the cervix during pregnancy. *Obstet Gynecol* 1968; 32: 1-5.
19. MONK BJ, MONTZ FJ. Invasive cervical cancer complicating intrauterine pregnancy: treatment with radical hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1992; 80: 199-203.
20. THOMPSON JD, CAPUTO TA, FRANKILN EW, DALE E. The surgical management of the invasive cancer of the cervix in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1975; 125: 853-863.
21. ALLEN MM, NISKER JA, ANDERSON RJ. Primary surgical treatment in one hundred ninety-five case of stage IB carcinoma of the cervix. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 143: 581-584.
22. NISKER JA, SHUBAT M. Stage IB cervical carcinoma and pregnancy: report of 49 cases. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 145: 203-206.
23. STANDER RW, LEIN JN. Carcinoma of the cervix and pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 79: 164-167.
24. SALL SR, PINEDA A. Surgical management of the invasive carcinoma of the cervix in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1974; 118: 1-5.
25. PREM KA, MAKOWSKI EL, McKELVEY JL. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 95: 99-108.
26. KINCH RA. Factors affecting the prognosis of the cancer of the cervix in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1961; 22: 45-51.
27. HOPKINS MP, MORLEY GW. The prognosis and management of the cervical cancer associated with pregnancy *Obstet Gynecol* 1992; 80: 9-13.