

CANCER DEL CUELLO UTERINO COMPLICANDO EL EMBARAZO

Reporte de 20 casos

Dr. Romano Delcore*

Dr. Herbert Hütt**

Esta seria complicación del embarazo ha sido objeto de estudio por parte de diversos autores (1-3-4-5-6-7-8-9-10), sobre todo después de la publicación de Hirst en 1950 ⁴.

Presentamos y analizamos a continuación 20 casos de cáncer del cuello uterino asociados a embarazo vistos en nuestro medio en los últimos 10 años.

MATERIAL DE ESTUDIO E INCIDENCIA

De 1950 a 1959 se han diagnosticado 957 casos de cáncer del cuello uterino en la Clínica de Tumores Dr. Marcial Fallas Díaz de esta ciudad; entre éstos, 20 casos fueron vistos en mujeres embarazadas, incluyendo uno ya reportado por nosotros ⁵.

Se excluyeron todos aquellos casos en que el diagnóstico de cáncer se hizo en el puerperio, limitándonos en el presente trabajo al análisis de los casos en que el diagnóstico se confirmó estando la enferma embarazada.

La Clínica de Tumores Marcial Fallas trabaja como una consulta externa del Hospital San Juan de Dios, en cuyas salas de Maternidad se efectuaron en los mismos 10 años, 55.929 partos.

Danforth, citado por Greenhill², reporta un caso de cáncer del cuello uterino en cada 2.476 partos. Hayden³, después de revisar la literatura, encuentra un porcentaje promedio de 0.024%. Inversamente, en 3570 casos de cáncer del cuello uterino vistos en la Clínica Mayo, Maino y Mussey² encuentran 26 casos (0.7%) ocurriendo en embarazadas.

Los Cuadros 1 y 2 muestran los datos que hemos encontrado y el Cuadro 3 compara los datos obtenidos por otros autores con nuestras cifras.

* Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios y Clínica de Tumores "Marcial Fallas Díaz".

** Servicio de Oncología y de Cirugía del Hospital San Juan de Dios y Clínica de Tumores "Marcial Fallas Díaz".

CUADRO 1.

Cáncer del Cervix y Embarazo

Número de partos	55.929
Número de cáncer y embarazo	20
Porcentaje	0.036%
Proporción	1:2796

CUADRO 2.

Embarazo y Cáncer del Cervix

Número de casos con cáncer	957
Número de embarazos con cáncer	20
Porcentaje	2.1%

CUADRO 3.

Comparación de nuestras cifras con las encontradas por otros autores

AUTOR	INSTITUCION	PARTOS	CANCER	%
Hirst ³	Philadelphia Lying-In	46.803	5	0.014
Danforth ³	Evanston Hospital	20.444	3	0.014
Johnson y Weinfurtner ³	Louisville General H.	29.394	12	0.040
Peake ⁹	Mobile Infirmary	35.996	18	0.050
Thornton y col. ¹⁰	University of Virginia	8.450	5	0.059
Ward ³	Woman's N.Y.C.	36.274	10	0.027
Eastman ³	New York Hospital	41.451	3	0.007
Hayden ³	Chicago Lying-In	81.806	12	0.014
Willson ²	Chicago Lying-In	39.719	6	0.015
Jones y Osband ⁶	University Hospital	56.976	17	0.030
DELCORE Y HUTT	Hospital San Juan de Dios y Clínica de Tumores Marcial Fallas	55.929	20	0.036
TOTAL		453.242	111	0.024

EDAD Y PARIDAD

La edad promedio encontrada fue de 34,5 años, siendo la más joven de 22 años y la mayor de 47. Semejantes edades encuentran otros autores¹⁰.

No se encontró un sólo caso en promigrávidas, en tanto que 12 pacientes (60%) tenían más de 5 partos. La de mayor paridad señalaba 15 partos.

Claramente se observa como el cáncer del cérvix se presenta, complicando el embarazo, una década más temprano que el cáncer del cérvix en general.

SINTOMATOLOGIA

Todos nuestros casos mostraron el mismo síntoma: sangrado vaginal espontáneo o post-coito.

CLASIFICACION

Se tomó, en todos los casos, biopsia del cérvix; esta pequeña intervención no ocasionó ninguna complicación.

No se encontró carcinoma in situ.

El cuadro 4 muestra el número de casos correspondiente a cada estado clínico de acuerdo con la clasificación de la Liga de Naciones. 70% fueron clasificados como lesiones tempranas estados I y II.

CUADRO 4

Clasificación de acuerdo con la Liga de Naciones

ESTADO	NUMERO	%
I	5	25
I—II	1	5
II	8	40
III	5	25
VI	1	5
Total	20	100

TRATAMIENTO

La política presente en la Clínica de Tumores Marcial Fallas es tratar el cáncer de cérvix estados I y II quirúrgicamente, realizando una panhisterectomía radical con linfadenectomía pélvica bilateral. Los estados III y IV se trata por medio de Radium y Roentgenterapia.

De los 20 casos, 7 no fueron tratados de acuerdo con nuestra política actual; de estos, 3 fueron tratados inadecuadamente desde cualquier punto de vista: casos 7, 14 y 19 del Cuadro 6.

Estamos convencidos de que frente a un caso de embarazo complicado por cáncer del cérvix, el tratamiento debe ser de ataque inmediato a la lesión neoplásica. Siendo Costa Rica un país católico, bien vale la pena mencionar que la Iglesia Católica se ha pronunciado al respecto, permitiendo la extirpación total del útero grávido o las radiaciones al órgano enfermo, considerando que el propósito del tratamiento es la extirpación de un tumor y no la provocación o producción de un aborto (Burke)².

A pesar de que en nuestra serie el diagnóstico se hizo temprano, la mayoría de los casos aparecen tratados en el tercer trimestre del embarazo debido a falta de camas en el Hospital, negligencia del paciente, etc.

Cuadros 5 y 6 muestran el tiempo de embarazo, el estado de la lesión y el tratamiento empleado en cada uno de nuestros 20 casos.

CUADRO 5

Estado, Gestación y Tratamiento
1º y 2º trimestres

CASO	GESTACION	ESTADO	TRATAMIENTO
1	14 semanas	II	Panhisterectomía y linfadenectomía pélvica.
2	12 semanas	I	Panhisterectomía y linfadenectomía pélvica.
3	16 semanas	I	Histerectomía total!!
4	22 semanas	I	Histerotomía seguida de panhisterectomía con linfadenectomía pélvica.
5	18 semanas	I	Panhisterectomía y linfadenectomía pélvica.

CUADRO 6

Estado, gestación y tratamiento

3º trimestre

CASO	GESTACION	ESTADO	TRATAMIENTO
6	28 semanas	III	Cesárea segmentaria! Roentgenterapia
7	A término	I	Cesárea e hysterectomía total!! Roentgenterapia
8	A término	III	Cesárea clásica. Roentgenterapia
9	34 semanas	II	Cesárea clásica. Roentgenterapia
10	A término	II	Parto vaginal!! Radiumterapia y Roentgenterapia
11	A término	II	Cesárea clásica. Se perdió su control y no regresó para Roentgenterapia
12	A término	II	Cesárea clásica. A las 3 semanas pan- hysterectomía y linfadenectomía pélvica
13	29 semanas	II	Cesárea clásica con panhysterectomía y linfadenectomía pélvica
14	37 semanas	IV	Cesárea. A las 2 semanas, hysterectomía subtotal!! Roentgenterapia
15	A término	II	Cesárea. Radium y Roentgenterapia
16	A término	I-II	Versión interna y gran extracción!!! A las 4 semanas, panhysterectomía y linfadenectomía
17	34 semanas	III	Cesárea clásica. Radium y Roentgenterapia
18	A término	II	Cesárea clásica y panhysterectomía con linfadenectomía pélvica
19	30 semanas	III	Cesárea clásica. Hysterectomía total!! Roentgenterapia
20	38 semanas	III	Cesárea clásica. Radium y Roentgenterapia

EVOLUCION

De los 20 casos, 9 fueron tratados entre 1950 y 1954 inclusive, lo que permite valorar en ellos la sobrevida de 5 años: 5 están vivos y sin evidencia de lesión neoplástica (estados I y II); 3 murieron antes de cumplir un año de su tratamiento (estados III y IV) y en un caso, estado III, se perdió el control. (Cuadro 7). En resumen, obtenemos una sobrevida de 5 años en el 55.5% de los casos.

De 1955 a 1959 inclusive, se trataron 11 casos; de estos, 5 murieron, el 45,5% (estados II y III); un paciente, estado II, presenta actualmente recurrencia de la enfermedad; uno, estado II, no se ha presentado a control y cuatro, estados I y II, están vivos y sin evidencia de enfermedad.

CUADRO 7

Tratamiento y control de los casos vistos de 1950 a 1954 inclusive

CASO	ESTADO	TRATAMIENTO	CONTROL
2	I	Panhisterectomía y linfadenectomía a las 12 semanas de embarazo	V y S' a los 5 años
3	I	Histerectomía total a las 16 semanas de embarazo!!	V y S a los 6 años!!
6	III	Cesárea segmentaria a las 28 semanas de embarazo. Roentgenterapia	Murió a los 2 meses
14	IV	Cesárea a las 37 semanas de embarazo. Histerectomía subtotal!! Roentgenterapia	Murió a los 2 meses
15	II	Cesárea a término. Radium y Roentgenterapia	V y S a los 8 años
16	I-II	Versión interna y gran extracción!! Panhisterectomía con linfadenectomía	V y S a los 5 años
18	II	Cesárea a término. Panhisterectomía y linfadenectomía	V y S a los 6 años
19	III	Cesárea e histerectomía total a las 30 semanas de embarazo!!	Se perdió control
20	III	Cesárea a las 38 semanas de embarazo. Radium y Roentgenterapia	Murió a los 4 meses

COMENTARIO

Sangrado vaginal, espontáneo o después del coito fue el síntoma único que presentaron todos nuestros casos. Se destaca así, claramente, la importancia que tiene el examen vaginal completo, con visualización perfecta del cérvix, en toda mujer embarazada, sin importar el tiempo de embarazo, y practicar Papanicolaou y/o biopsia del cérvix en toda embarazada que sangre por vagina y presente una lesión cervical.

Algunos de estos casos fueron tratados de manera equivocada: en uno, estado IV, se practicó una histerectomía subtotal; en otro, estado I-II, una versión interna y gran extracción podálica se llevó a cabo ;y en tres casos, 2 estado I y uno estado III, se hizo histerectomía total.

Para evitar estos errores en el manejo de las embarazadas con cáncer del cérvix es indispensable la estrecha colaboración entre el obstetra y el ginecólogo. Esto se está logrando cada vez más en nuestro medio, y esperamos que en el futuro todos los casos sean tratados de acuerdo con la política actual de la Clínica de Tumores Marcial Fallas.

RESUMEN

1. 20 casos de cáncer del cérvix uterino complicando el embarazo, vistos y tratados en los últimos 10 años son presentados y analizados.
2. De 957 casos de cáncer del cérvix vistos y seguidos en la Clínica de Tumores Marcial Fallas, 20 ocurrieron en mujeres embarazadas; esto representa una incidencia del 2,1%.
3. De 55929 partos atendidos en el Hospital San Juan de Dios, 20 casos presentaban cáncer del cérvix uterino, mostrando una incidencia de 0.03% y una proporción de 1 en cada 2796 partos.
4. 70% de los casos pertenecen a estados I y II.
5. De nueve pacientes tratadas entre 1950 y 1954 inclusive, encontramos una sobrevida de 5 años en el 55.5%.

CONCLUSIONES

1. El parto vaginal en estas pacientes es siempre contraindicado.
2. En presencia de un producto viable, creemos que la conducta en estados I y II debe ser: cesárea clásica seguida inmediatamente en el mismo acto quirúrgico de panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral. En casos estados III y IV, cesárea clásica y luego Radium y Roentgen-terapia.
3. La correcta visualización del cérvix en toda embarazada que presente metrorragia es obligatoria.
4. Se debe hacer Papanicolaou de rutina en toda embarazada.
5. Toda lesión del cérvix amerita una biopsia, aún durante el embarazo.
6. Colaboración estricta entre el obstetra y el ginecólogo es indispensable para el buen manejo de estos casos.

SUMMARY

1. In a ten-year period, 20 cases of uterine cervical carcinoma diagnosed and treated during pregnancy are presented and analyzed.
2. Out of 957 cases of uterine cervical carcinoma observed and followed at the Marcial Fallas Tumor Clinic, there were 20 cases in pregnant patients, an incidence of 2.1%.
3. Out of the 55,929 deliveries carried out during the same ten-year period, 20 patients showed cancer of the cervix, an incidence of 0.03% and a ratio of 1 in every 2,796 deliveries.
4. Seventy percent of these cases belonged to Stages I and II.
5. Of the nine treated between 1950 and 1954 inclusive, there is a five-year survival rate of 55.5%.

CONCLUSIONS

1. Vaginal delivery in these patients is always contraindicated.
2. With a viable product, we feel that the treatment in Stages I and II should be a classic cesarean section followed immediately by a radical panhysterectomy with bilateral pelvic lymphadenectomy; and roentgen-therapy and Radiumtherapy after classic cesarean section in Stages III and IV.
3. Cervical visualization in any pregnant woman who has vaginal bleeding is essential and mandatory.
4. Routine Papanicolaou smears during pregnancy should be made.
5. All suspicious cervical lesions during pregnancy should be biopsied.
6. Strict collaboration between the gynecologist and the obstetrician is of the utmost importance.

BIBLIOGRAFIA

1. BROWN, WILLIS E., JERMIGAN, GEORGE C.
Carcinoma of the cervix in pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.*, 62:1175, 1951.
2. GREENHILL, J. P.
Principles and practice of Obstetrics. *W. B. Saunders Co.* Tenth edition: 514-516, 1951.
3. HAYDEN, GLEN E.
Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 71:780, 1956.
4. HIRST, JOHN C.
Carcinoma of the uterine cervix complicating pregnancy. *J. A. M. A.*, 142:230, 1950.
5. HÜTT, HERBERT, DEL CORE, ROMANO.
Embarazo y cáncer del cérvix uterino. Un caso de cesárea y panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral. *Acta Médica Cost.* 2:201, 1959.
6. JONES, W. NICHOLSON; OSBAND, RICHARD.
Cancer of the cervix in pregnancy. *South Med. J.* 53:199, 1960.
7. KRUG, A. R.
Cervical cancer and pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.*, 67:212, 1954.
8. Limón, JOSÉ N.
Cervical cancer complicating pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 65:677, 1955.
9. PEAKE, JOHN DAY.
Carcinoma of the cervix complicated by pregnancy. *South Med. J.* 53: 34, 1960.
10. THORNTON, W. N., NOKEY, JOHN M., WILSON, LASTER, A. y BROWN, DWIGHT.
Epidermoid carcinoma of the cervix complicating pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 64:573, 1952.