

Cirugía Radical en Cáncer de Cérvix y Embarazo Resultados en Costa Rica

Por

Dr. Gonzalo Vargas Chacón * Dr. Oscar Robert Aguilar **

INTRODUCCION:

Por ser, el carcinoma de cérvix asociado a embarazo un tema que siempre ha planteado dificultades de tratamiento, hemos creído interesante hacer una revisión de esta entidad tratada con cirugía radical, panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral, con el fin de evaluar los resultados hasta ahora obtenidos.

MATERIAL EMPLEADO:

Se revisaron todas las historias clínicas clasificadas como carcinoma de cérvix del Hospital del Seguro Social, Instituto Materno Infantil Carit y Clínica de Tumores "Marcial Pallas Díaz", estos últimos, vienen correspondiendo a los del Hospital San Juan de Dios; en total se encontraron 1400 casos, y únicamente encontramos 36 casos de cáncer de cérvix y embarazo. De éstos, 16 casos habían sido tratados por diferentes procedimientos y 20 por cirugía radical.

FRECUENCIA:

La frecuencia de carcinoma de cérvix y embarazo, es bastante baja, los porcentajes varían con los diferentes autores, en nuestro medio los Drs. H. Hütt y R. Delcore 10, encontraron un porcentaje de 0.036% o sea 1 caso en 1796 partos; pero repetimos las publicaciones varían enormemente de 1 caso en 1.000 a 1 en 20.000 partos 1-3-4-5-6-8-9-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23,

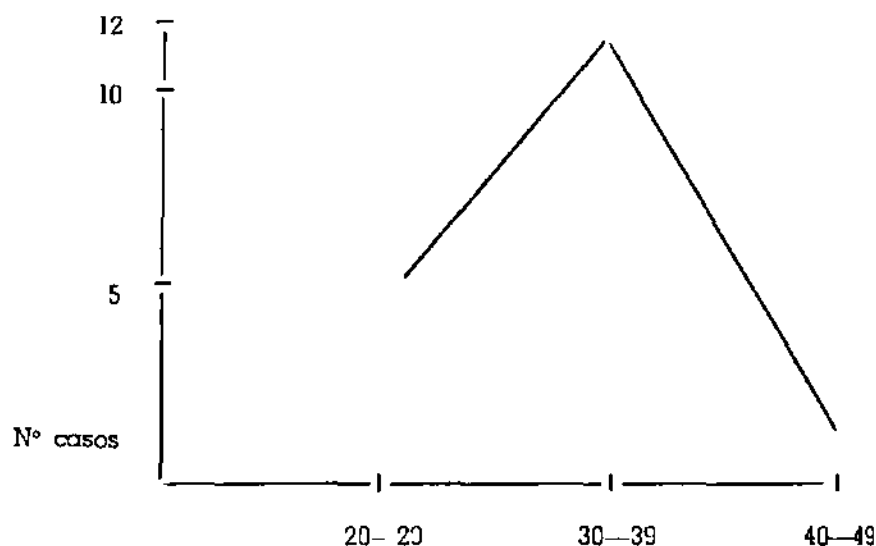
Ahora la proporción de estos casos en relación con el número global de Ca. de cérvix nos da un porcentaje de 2,57%

* Asistente Servicio Oncología C. C. S. S.

** Asistente Servicio de Ginecología C. C. S. S.

EDAD:

En lo que si están de acuerdo los autores es en que esta entidad se presenta en mujeres más jóvenes que en las de cáncer de cérvix en general 1-13-18-121-23., en nuestros casos la edad promedio fue de 34.5 años, siendo la mayor de 43 años y la menor de 22 años (cuadro N° 1).



20 a 29 años = 6 casos

30 a 39 años = 12 casos

40 a 49 años = 2 casos

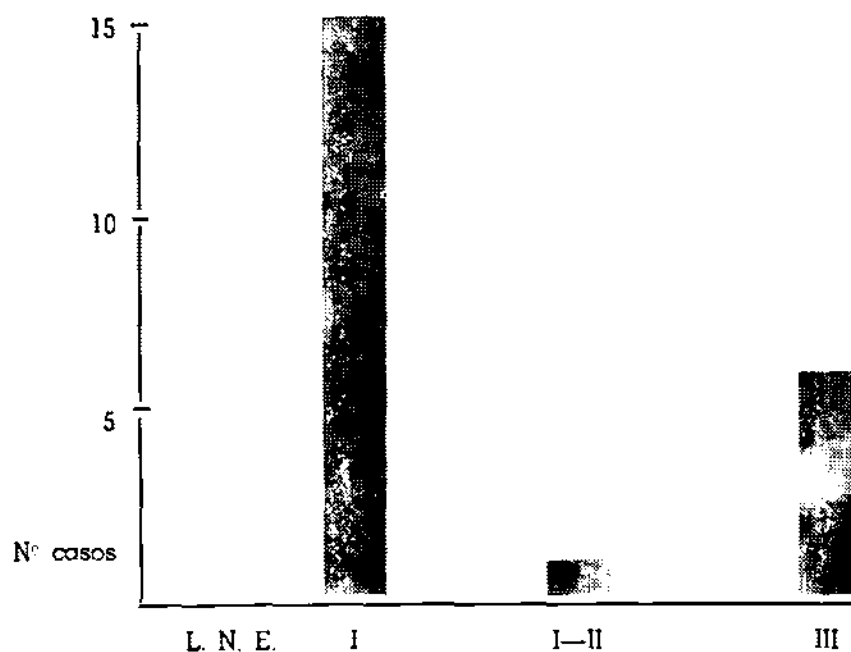
PARIDAD:

En nuestros casos igual que en los de Stander 21 no encontramos ninguna nulípara, en sus casos ese autor encontró un promedio de 4.4 partos, en nuestros casos el promedio fue de 6.5, con un máximo de 15 partos y con un mínimo de 1 parto.

CLASIFICACION:

Todos los casos se clasificaron clínicamente siguiendo la clasificación de la Liga de las Naciones.

(Cuadro N° 2)



L. N. E. I = 16 casos (80%)

L. N. E. I — II = 1 caso

L. N. E. II = 3 caso (15%)

Kirch 13 en recopilación de 75 casos encuentra que en un 37.4% correspondían a Estado I, Hirst 9 en 18 casos encontró en un 50% L. N. E. I. si tomamos en cuenta en forma global nuestros 36 casos sin importar el tratamiento aplicados tenemos una cifra exactamente a la de Hirst.

GESTACION:

Estado	Primero	Segundo	Tercero	Post-parto
I	2	4	6	4
II	—	1	1	1
I—II	—	—	—	1

(Cuadro N° 3)

En el primer trimestre la gesta varió de 6 semanas a 10 semanas, en el segundo trimestre de 16 semanas a 18 y en el tercero de 32 semanas a embarazo a término.

DIAGNOSTICO:

Quince casos estaban diagnosticados con biopsia previa. De estos hay un caso diagnosticado como carcinoma in-situ. En vista de esta biopsia, se dejó que la madre tuviera el parto por vía vaginal. A los 40 días post-parto se le tomó control de biopsia dando por resultado carcinoma invasor. Los otros cinco casos fueron diagnosticados o sospechados en el momento del parto.

En los 20 casos el estudio anatómico patológico fue de carcinoma epidermoide.

TRATAMIENTO:

En los casos del primero y segundo trimestre, se siguió el criterio generalmente aceptado en que el feto debe ser sacrificado en interés de la madre 1-4. Esta forma de tratamiento se considera moralmente lícita ya que el efecto beneficioso se deriva no de la interrupción del embarazo, sino del procedimiento en sí. En estos casos se practicó la panhisterectomía radical; en total 7 casos.

En el tercer trimestre, en 7 casos, se siguió la política de esperar la viabilidad del producto con el fin de practicar cesárea y la panhisterectomía radical en la misma sesión quirúrgica 2. En nuestro medio los primeros en practicar esta forma de tratamiento fueron los Drs. H. Hütt y Delcore II, en mayo de 1959.

El resto de los casos fueron tratados de la siguiente manera: cuatro de los casos por sospechas claras de carcinoma de cuello, se les practicó cesárea y posteriormente, con un intervalo de tiempo que varió de 4 días a 2 meses, panhisterectomía con linfadenectomía:

Entre estos últimos, hay un caso al que previó tratamiento con cirugía radical, se le aplicó tratamiento Roentgenterápico.

Dos casos fueron tratados con cirugía radical después de haber tenido el parto por vía vaginal. (Cuadro N° 4).

Nº casos	tipo tratamiento
7	Panhisterectomía con Linfadenectomía bilateral
6	Cesárea clásica con Panhisterectomía en un tiempo.
1	Cesárea segmentaria con Panhisterectomía en un tiempo.
2	Cesárea segmentaria con Panhisterectomía 1 mes después.
1	Cesárea clásica con Panhisterectomía 4 días después
1	Cesárea segmentaria Roentgenterapia - Panh. 2 meses después.
1	Parto vaginal con Panhisterectomía 1 mes después.
1	Parto vaginal con Panhisterectomía 1 mes y medio después.

EVOLUCION:

De acuerdo con los conocimientos actuales, está plenamente comprobado que el carcinoma del cuello durante el embarazo es similar al que tienen la misma lesión en la mujer no grávida, pues es bien sabido que el embarazo no acelera el curso del carcinoma.

Varios autores entre ellos Cherry 5 y Kirch 13, refieren que el pronóstico para los carcinomas detectados en períodos avanzados del embarazo o en el período post-parto, es más pobre que para tumores encontrados en los primeros estados del embarazo y en mujeres no grávidas; ésta razón sin embargo es basada en muy pocos casos de pacientes; la razón para el mal pronóstico es atribuido a los cambios post-parto en el útero los cuales están supuestos a bajar la resistencia a la diseminación cancerosa. 5-7.

PRIMER TRIMESTRE:

Nº casos	Estado	Ganglios	Gestación	Vivas + de 5 años	Vivas - de 5 años	Muestras sin control
1	1	no	6 semanas	—	1	—
1	1	no	10 semanas	—	—	1

(Cuadro Nº 5)

En el primer trimestre únicamente tenemos dos casos L. N. E. I, una lleva dos años de operada encontrándose actualmente sin evidencia de recidiva, éste caso ha sido el de gesta menor de 6 semanas.

El otro caso después de 1 año de operada y encontrándose bien no volvió a control desde hace más de 1 año.

SEGUNDO TRIMESTRE:

En este grupo tenemos 5 casos, cuatro de los cuales corresponden a L. N. E. I y uno sólo a L. N. E. II; tres casos tenían 16 semanas de gestación y los dos restantes 18 semanas. En este grupo tres tres pacientes actualmente vivas, una de ellas con 9 años de operada, en perfectas condiciones. Otra paciente después de tres años de intervenida no volvió a control, ignorándose la evolución actual.

La única fallecida de este grupo, la clasificación como L. N. E. II murió a los 2 y medio años con metástasis múltiples. Esta paciente y la que se ignora su evolución presentaban metástasis ganglionares.

(Cuadro N° 6)

Estado	Ganglios	Gestación	Vivas + de 5 años	Vivas — de 5 años	Muertas	sin control
I	no	16 semanas	1	1	1	1
I	no	16 semanas				
II	si	18 semanas				
I	si	16 semanas				
I	no	18 semanas		1		

Tomando en cuenta el primero y segundo trimestre en conjunto tenemos los siguientes porcentajes:

sobrevivida = 57%

fallecidas — 14%

TERCER TRIMESTRE:

Dentro de este grupo tenemos 7 casos, en todos los casos había viabilidad del producto. si en el momento del diagnóstico no la tenía se esperó a tenerla. Como dijimos anteriormente en nuestro medio este tipo de tratamiento, cesárea y panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral, se puso en práctica recientemente.

Dentro de este grupo seis casos fueron clasificados como L. N. E. I, y el restante como L. N. E. II, variando la gestación de

32 semanas de embarazo a término. El único caso que presentaba metástasis, era el L. N. E. II, 5 meses después de la operación la paciente murió con metástasis múltiples. Del resto, 5 casos actualmente se encuentran sin evidencia de enfermedad, y un caso del cual se perdió su control desde hace 1 años, ésta paciente tenía 1 año 6 meses de operada y se encontraba sin enfermedad. (Cuadro N° 7).

Estado	Ganglios	Gestación	Vivas + de 5 años	Vivas — de 5 años	Muertas	sin control
I	no	32 semanas		I		
II	si	34 semanas			1	
I	no	34 semanas		I		
I	no	36 semanas		I		
I	no	39 semanas				1
I	no	a término		I		
I	no	a término		I		

Porcentajes de este trimestre:

sobrevivida = 71.4%

fallecidas = 14.2%

POST - PARTO:

Dentro de este grupo de 6 casos, tenemos que subdividirlo en tres grupos de acuerdo con los medios terapéuticos usados. De esta manera tenemos: N° 3 casos se les practicó Cesárea y panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral no simultánea; dos casos en los que el parto fue por vía natural y con panhisterectomía posterior y 1 caso al que se aplicó cesárea seguido de roentgenterapia y posteriormente panhisterectomía.

- a) Cesárea y Panhisterectomía con linfadenectomía no simultánea.

Los tres casos de este grupo fueron clasificados como L. N. E. I; un caso era de 36 semanas y los dos restantes a Término, un caso presentaba metástasis ganglionares pélvicas muriendo casi uno y medio mes después de operada por complicaciones inherentes a la intervención quirúrgica. (Cuadro N° 8).

Estado	Ganglios	Gestación	Vivas + de 5 años	Vivas - de 5 años	Muertas	Sin Control
I	no	36 semanas	—	1	—	—
I	no	a término	1	—	—	—
I	si	a término	—	—	1	—

(Cuadro N° 8)

b) Parto vaginal y Panhisterectoma con linfadenectomía posterior.

Las dos pacientes de este grupo fueron operadas aproximadamente 1 y medio meses después del parto vaginal. Una de estas pacientes ya tenía biopsia del cérvix antes del parto reportada como Ca. in situ por lo que se permitió que el parto fuera por vía natural, pero un control que se le practicó después demostró Ca. epidermoide invasivo procediéndose a practicársele la cirugía radical, desgraciadamente la paciente murió pocos días después por complicaciones post-operatorias. La otra paciente lleva 9 años de operada sin recidiva actual. (Cuadro N° 9)

Estado	Ganglios	Gestación	Vivas + de 5 años	Vivas - de 5 años	Muertas	Sin Control
I - II	no	a término	1	—	—	—
I	—	a término	—	—	1	—

(Cuadro N° 9)

c) Cesárea-Roentgenterapia y Panhisterectomía con linfad. posterior.

El único caso de este grupo corresponde a un L. N. E. II tratado primero con cesárea. en vista de que una biopsia que se le tomó en esa ocasión demostró Ca. epidermoide se le aplicó tratamiento con roentgenterapia a 4 campos pélvicos con una dosis acumulativa en cada campo de 2.000r; 1 mes después de la práctica panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral; posteriormente estuvo por espacio de 5 años controlándose periódicamente sin dar evidencia de recidiva, pero desgraciadamente hace 6 años se ignora su evolución.

(Cuadro N° 10)

Estado	Ganglios	Gestación a término	+ de 5 años	— de 5 años	Muerta	Sin control
II	no	a término	—	—	—	1

En total los porcentajes del post-parto:

sobrevida = 50 %

fallecidas = 33.3%

En resumen tenemos una supervivencia global de 60%, una mortalidad de 20%, y en otro 20% se ignora evolución.

MORTALIDAD POST-OPERATORIA:

Dos pacientes murieron post-operatoriamente pocos días después de la intervención: una por sangrado vaginal incontrolable y otra por infección pélvica severa. Total mortalidad 20%.

MORTALIDAD FETAL:

De los trece partos, 11 con cesárea y dos por vía vaginal, tres niños nacieron muertos y 9 vivos; lo que nos da una mortalidad de 23%. Es de notar, como bien es sabido, que el cáncer del cérvix no influye sobre el feto, no dando lugar a malformaciones ni metástasis oculares.

MORTALIDAD DE ACUERDO CON LA CLASIFICACION CLINICA:

De los clasificados como L. N. E. I, tenemos 11 pacientes vivos, 2 muertos y tres sin control lo que nos da el siguiente porcentaje:

sobrevida = 68.7%

mortalidad = 12.5%

sin control = 18.7%

De los clasificados como L. N. E. II, tenemos dos muertos y uno sin control actual. Con el siguiente porcentaje:

mortalidad = 66.6%

sin control = 33.3%

Del único caso clasificado como L. N. E. I II sabemos que se encuentra sin recidiva actual lo que nos da una supervivencia de 100%.

MORTALIDAD DE PACIENTES TRATADOS POR OTROS MEDIOS:

Encontramos 16 casos de cáncer de cérvix y embarazos tratados por medios no quirúrgicos radicales.

Un caso clasificado como L. N. E. IV., se le practicó cesárea, luego roentgenterapia seguida de histerectomía total, la paciente falleció pocos meses después.

Siete casos clasificados como L. N. E. III., tratados con o sin cesárea seguidos con tratamiento adicional a base de roentgenterapia a veces aplicación de radium, de estos han fallecido seis; el único caso vivo es bastante interesante, en el año de 1954 se le practicó cesárea y a continuación histerectomía subtotal, ya en esa época tenía diagnóstico de Ca. cérvix; seis meses más tarde la paciente se presentó a control a un centro especializado clasificándose su caso como Ca. de muñón cervical, L. N. E. III, aplicándose tratamiento con roentgenterapia profunda más tres aplicaciones de radium-elemento vaginal y aplicado al muñón vaginal; se siguió controlando periódicamente, en el año de 1956 de nuevo se pierde de vista y no es sino hasta agosto de 1963 en que fue hallada internada, en el Hospital San Juan de Dios, por insuficiencia cardíaca; en el examen vaginal y sistémico no se encontró evidencia de enfermedad tumoral.

Cinco casos clasificados como L. N. E. I, en estos el parto se produjo por vía vaginal o cesárea, con tratamiento post-parto a base de roentgenterapia y radium elemento; de este grupo tenemos una paciente viva, una fallecida y tres casos se ignora la evolución.

Dos casos clasificados como L. N. E. I., tratados con cesárea, histerectomía total y roentgenterapia adicional, se ignora la evolución de los dos actualmente; uno de ellos tenía 8 años de tratada sin tumor residual.

Un caso clasificado como Ca. in situ; se le aplicó histerectomía total, tenía embarazo de 5 meses, después de 1 año de operada se perdió su control. (Cuadro N° 11).

N° de casos	Estado	Vivos + de 5 años	Muertos	Sin Control
1				1
2	I	1		1
5	II	1	1	3
7	III	1	6	—
1	IV	—	1	6
T = 16		3	0	5

En resumen el porcentaje de estos casos es el siguiente:

Mortalidad = 50% Sobrevida = 18.7% (todos con más de 5 años.

COMENTARIO:

Es de tomar muy en cuenta la gran disparidad de criterios que se siguió para el manejo de los 16 casos no tratados con cirugía radical, pues si bien es cierto que la mitad de estos casos por lo avanzado del cáncer no ameritaba otro tratamiento que roentgenterapia y radium, vemos como en la gran mayoría de los casos no se adecuó una política determinada, practicándose versiones, extracciones podálicas, histerectomías subtotales o totales en fin que la mortalidad de estos casos es fiel reflejo del desorden quirúrgico.

En el reverso de la medalla tenemos los 20 casos tratados ya adecuadamente, ya con criterio definido. También es de mencionar que los casos avanzados con embarazo ya en nuestro medio son rarísimos debido indudablemente al trabajo intenso de detección que se lleva a cabo tanto en la Maternidad Carit como en la Clínica de Tumores.

Lo único lamentable es que una cuarta parte de los casos están actualmente sin control, a pesar de los esfuerzos, de los Departamentos de Servicio Social de la Maternidad Carit y de la Clínica de Tumores, para localizar esos casos fue infructuosa, ignorándose la suerte de esos pacientes, varios de los cuales estaban sin evidencia de enfermedad hasta hace un poco más de 1 año.

CONCLUSIONES:

- 1) Se nota la baja frecuencia de embarazo asociado a Ca. de cérvix.
 - 2) Esta asociación, embarazo y Ca. cérvix, se presenta en mujeres más jóvenes que en las de cáncer del cérvix en general
 - 3) La conducta seguida en el primero y segundo trimestre fue de Panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral sin esperar a la viabilidad del producto; en el tercer trimestre esperar a la viabilidad.
 - 4) En total se trataron 16 casos L. N. E. I (80%), 3 L. N. E. II (15%) y un caso clasificado como L. N. E. I. II.
 - 5) Siete casos fueron intervenidos en el primero y segundo trimestre, con una sobrevida de 57% y una mortalidad de 14%; otros siete en el tercer trimestre con una sobrevida
-

de 71.4% y una mortalidad de 14.2%. En los tratados post-parto 50% y mortalidad de 33.3%.

En forma global sobrevida de 60% y 20% mortalidad.

- 6) Los casos tratados en el tercer trimestre y post-parto representan el 65% de los casos.
- 7) Quince casos tenían diagnóstico previo anátomo patológico.
- 8) La mortalidad operatoria fue de 20%, los dos casos murieron a consecuencia de complicaciones propias del tipo de operación practicada.
- 9) De los casos clasificados como L. N. E. I tenemos una sobrevida de 68.7% y una mortalidad de 12.5%. de los clasificados como L. N. E. II hay una sobrevida de 0, una mortalidad de 66.6%
- 10) Se encontraron metástasis ganglionares pélvicas en 4 casos, dos L. N. E. I y dos L. N. E. II; los de estado I, en caso murió por complicaciones post-operatorias y del otro se ignora la evolución; los dos casos estado II murieron pocos meses después por metástasis múltiples.
- 11) Los casos tratados por otros procedimientos terapéuticos no radicales quirúrgicos demuestra una mortalidad de 50% con sólo 18.7% de sobrevida.

BIBLIOGRAFIA

- 1—ACKERMAN, L. V., and DEL REGATO, J.: Cancer, Diagnosis, treatment and prognosis, Saint Louis. The C. V. Mosby Company. Third Ed. 1034:1040, 1962.
- 2—BRUNSCHWIG, A., and HUGH, C.: Cesarean section Immediately followed Radical Hysterectomy and Pelvic Node Excision. Am. J. Obst. and Gynec. 76:199-203, 1958.
- 3—BROWN, WILLIS E., JERMIGAN, GEORGE C.: Carcinoma of the cervix in pregnancy. Am. J. of Obst. Gynec. 62:1173, 1951.
- 4—CONILL, V.: Tratado de Ginecología, España, Ed. Labor. Tercera edición. 1956.
- 5—CHERRY, C. P. and GLUCKMANN, A.: Surg. Gynec. & Obst. 113:763-776, 1961.
- 6—DANFORTH W. C.: Carcinoma of the cervix During Pregnancy Am. J. Obst. and Gynec. 34:365-379, 1937.
- 1—GUSTAFSSON, D. and KOTTMEIER, H. L.: Carcinoma of cervix associated with pregnancy. Surg. Gynec. & Obst. 115:552-553, 1962.
- 8—HAYDEN, GLEN E.: Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. Am. J. of Obst. & Gynec. 71:780, 1956.
- 9—HIRST, JOHN C.: Carcinoma of the uterus, cervix complicating pregnancy J.A.M.A. 142:230, 1950.
- 10—HUTT, HERBERT, DELCORE, ROMANO: Embarazo y cáncer del cérvix uterino. Un caso de cesárea y panhisterectomía con linfadenectomía pélvica bilateral. Acta Médica Cost. 2:201, 1959.
- 11—HUTT, HERBERT, DELCORE, ROMANO: Cáncer del cuello uterino complicando el embarazo. Acta médica Cost. 4:35-43, 1961.

- 12—JONES, W. NICHOLSON and OSBAND, R.: Cancer of the cervix in pregnancy. *South Med. J.* 53:199, 1960.
- 13—KINCH, R. A.: Factors Affecting the Prognosis of Cancer of the cervix in Pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 82:45-51, 1961.
- 14—KRUG, A. R.: Cervical cancer in pregnancy. *Am. J. of Obst & Gynec.* 67:212, 1954.
- 15—KUNKLER, P. E., RAINS, A. J.: Tratamiento del cáncer en la práctica clínica, España. Salvat Ed. Primera edición. 1962.
- 16—LIMON, JOSE N.: Cervical cancer complicating pregnancy. *Am. J. of Obst. & Gynec.* 65:677, 1953.
- 17—MAINO, C. R., and MUSSEY, R. D.: Carcinoma of the cervix coincident with pregnancy. *Am. J. Obst & Gynec.* 47:229-244, 1944.
- 18—NEWTON, M.: Adelantos recientes en el tratamiento quirúrgico de los cánceres uterinos primario y recurrente. *S. Clin. North America.* 531-542. Abril 1962.
- 19—NESBITT, R. and HELHUMANN, L.: The histopathology and cytology of the cervix in pregnancy. *Surg. Gynec. & Obst.* 94:10-20, 1952.
- 20—PEAKE, J. D.: Carcinoma of the cervix complicated by pregnancy. *South Med. J.* 53:34, 1960.
- 21—STANDER, R.: Cancer of the cervix and pregnancy. *Am. J. of Obst. & gynec.* 79:164-167, 1960.
- 22—SADUGOR, M. G., PALMER, J. P. and REIHARD, M. C.: Carcinoma of the cervix concomitant with pregnancy. *Am. J. Obst and Gynec.* 57:933-938, 1949.
- 23—THORNTON, W. N., NOKEV, J. M., WILSON, L. A. and BROWN, D.: Epidermoid carcinoma of the cervix complicating pregnancy. *Am. J. of Obst & Gynec.* 64:573, 1952.