

## Remisión de neoplasia intraepitelial de alto grado en embarazo: reporte de caso

Carmen Suro-Soto, Ricardo Lúa-Alvarado, Efren Nuñez-Galan, Ramón Solorio-Bernal y Juan Ramirez-Jaimez

### Autor para correspondencia

Carmen Leticia Suro Soto, Servicio de Ginecología y Obstétrica, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado ISSSTE, Hospital Regional Valentín Gómez Farías. Domicilio: Avenida Américas No 203, Zapopan Centro, 45150 Zapopan, Jalisco, México, Teléfono: 3335560081  
Contacto al correo electrónico: [karmen\\_suro@hotmail.com](mailto:karmen_suro@hotmail.com)

**Palabras clave:** cáncer cervico uterino, colposcopia, embarazo, neoplasia intraepitelial cervical, virus de papiloma humano.

**Keywords:** cervical uterine cancer, colposcopy, pregnancy, cervical intraepithelial neoplasia, human papiloma virus.



# Remisión de neoplasia intraepitelial de alto grado en embarazo: reporte de caso

Suro-Soto C, Lua-Alvarado R, Nuñez-Galan E, Solorio-Bernal R, Ramirez-Jaimez J.

## Resumen

La frecuencia estimada de cáncer cervico uterino durante el embarazo es un caso por cada 1.000 a 5.000 embarazos. Las intervenciones de tamizaje, procedimientos de diagnóstico y tratamiento se adecúan a la edad gestacional en que se efectuó el diagnóstico, pero en general se basan en el manejo a las mujeres no embarazadas.

En el presente reporte se expone el caso de una paciente de 38 años de edad con diagnóstico de Neoplasia intraepitelial cervical grado III (NIC III), cuando se integra diagnóstico de embarazo de 6 semanas de gestación, el cual determina un manejo expectante con seguimiento colposcópico estrecho, obteniendo regresión total de dicha lesión al término del embarazo.

**Palabras clave:** *cáncer cervico uterino, colposcopia, embarazo, neoplasia intraepitelial cervical, virus de papiloma humano.*

## Remission of high grade cervical intraepithelial neoplasia in pregnancy: case report.

### Abstract

*The estimated incidence of cervical uterine cancer in pregnancy is 1 in 1000 to 5000 pregnancies. Screening, diagnostic and treatment procedures are adapted to the gestational age in which the diagnosis is made, but are generally based on the guidelines used in not pregnant women.*

*The following report presents the case of a 38 year old patient with cervical intraepithelial neoplasia grade III and a 6 weeks of gestation pregnancy, which dictates expectant management with close colposcopic monitoring, which and the end of the pregnancy had undergone complete remission..*

**Key words:** *cervical uterine cancer, colposcopy, pregnancy, cervical intraepithelial neoplasia, human papilloma virus.*

Servicio de Ginecología y Obstétrica,  
Instituto de Seguridad y Servicios  
Sociales para los Trabajadores del Estado  
ISSSTE, Hospital Regional Valentín  
Gómez Farías.

#### Autor para correspondencia:

Carmen Leticia Suro Soto, Servicio de  
Ginecología y Obstétrica, Instituto de  
Seguridad y Servicios Sociales para los  
Trabajadores del Estado ISSSTE,  
Hospital Regional Valentín Gómez  
Farías. Domicilio: Avenida Américas No  
203, Zapopan Centro, 45150 Zapopan,  
Jalisco, México. Teléfono: 3335560081  
Correo electrónico:  
karmen\_suro@hotmail.com

## Introducción

Un tercio de todos los carcinomas cervicales se producen durante el periodo reproductivo. Este tipo de neoplasia es la segunda causa de muerte por cáncer en la mujer, sólo precedido por el cáncer de mama.<sup>1,2</sup>

Alrededor del 3% de los casos de cáncer cervical son diagnosticados durante el embarazo, y de estos la mitad corresponden a neoplasias diagnosticadas durante el periodo gestacional.<sup>2</sup> La frecuencia estimada es de un caso por cada 1.000 a 5.000 embarazos.<sup>2,3</sup> En la población sin tamizaje el riesgo máximo de desarrollar cáncer de cérvix invasor ocurre más tempranamente que el resto de los cánceres del adulto, teniendo una meseta entre los 35 y 55 años.<sup>3</sup>

El diagnóstico de patología cervical durante el embarazo, requiere de entrenamiento específico, ya que tanto las glándulas como el estroma cervical sufren cambios fisiológicos durante el embarazo que podrían alterar el resultado de los hallazgos citológicos y colposcópicos,<sup>3</sup> incluyendo inflamación y la presencia de células deciduales que a menudo son confundidas como atípicas.<sup>4</sup> Históricamente se pensaba que el embarazo tenía un efecto adverso en la evolución del cáncer cervical, sin embargo estudios más recientes demostraron que no existe diferencia en la supervivencia entre embarazadas e ingravidas con cáncer cervical, cuando se comparan por edad, etapa y año del diagnóstico y al parecer, el embarazo tampoco altera de manera importante el avance o el pronóstico de éste cáncer.<sup>5</sup>

## Presentación del caso

Paciente femenino de 38 años de edad, originaria y residente de Ixtlahuacan Jalisco, maestra, soltera, católica. Antecedentes de importancia, tía materna con cáncer cervicouterino, niega tabaquismo y toxicomanías, actualmente en protocolo diagnóstico por probable artritis reumatoide, menarca a los 14 años de edad, fecha de última menstruación (FUM) 21 agosto 2012, ritmo regular de 28 x 4-6, eumenorrea, inicio de vida sexual activa a los 31 años de edad, parejas sexuales 1, gesta 2 partos 1. Cuenta con resultados por hibridación negativo para virus de papiloma humano (VPH) de un año previo y técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para genotipos VPH de alto riesgo del 09 de Julio del 2012 negativo.

Paciente referida de su clínica familiar el 29 de agosto del 2012 al servicio de displasias del Hospital regional Valentín Gómez Farias (HRVGF), por sinusorragia, metrorragia y resultado de tinción de Papanicolaou que reportó NIC III, lesión intraepitelial de alto grado y cáncer *in situ* (Figura 1a). Se realiza colposcopia el día 03 de septiembre 2012 observando cérvix hipertrófico con zona de eversión glandular del 40%, zona de transformación tipo I, epitelio escamoso maduro, metaplásico, con aperturas glandulares, lesión fuera de zona de transformación, epitelio acetoblanco débil, de bordes elevados e irregulares, leucoplasia, prueba de shiller positiva para lesión, vasos atípicos, se concluye como cambios colposcópicos menores se toma biopsia cervical la cual reporta NIC III de Richart y endocervicitis crónica severa (Figura 1b), se programa para como cervical el cual se cancela por integración diagnóstica el día 04 octubre 2012 de

embarazo de 6.2 SDG (semanas de gestación), por lo que se decide manejo expectante respecto a LIEAG, se realiza nueva colposcopia el día 9 de octubre del 2012 (Figura 1c y d), reportándose cérvix con cambios hormonales por gestación, prueba de shiller positiva para lesión, que se ha extendido respecto a colposcopia previa, acetorreacción intensa y mosaico. El día 17 de octubre se realiza serologías para virus de hepatitis B, C y Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se reportan negativas. Se continúa en vigilancia prenatal por medicina materno fetal con cita cada 4 semanas, nueva colposcopia de control 04 de diciembre del 2012 con embarazo de 15 SDG, reportando cérvix colposcopicamente con cambios hormonales por gestación, y cambios mayores o grado 2, correspondientes a lesión intraepitelial de alto grado (LIEAG). No se observa progresión de la lesión, continúa en vigilancia obstétrica y colposcópica cursando embarazo de 33.3 SDG normo evolutivo, control colposcópico del 12 de abril del 2013 en la que se observa regresión prácticamente total de la lesión cervical, última colposcopia el día 14 de mayo del 2013 (Figura 1e y f) que se reporta con un cérvix sin datos de lesión se interrumpe el embarazo por cesárea este mismo día.

## Discusión

El cáncer cervical se sospecha cuando una prueba de detección de la enfermedad es anormal, las características de los resultados de la prueba de Papanicolaou no parecen diferir significativamente entre las mujeres embarazadas y no embarazadas.<sup>1</sup> En general, se ha informado que la tasa de citologías anormales significativas entre las pacientes

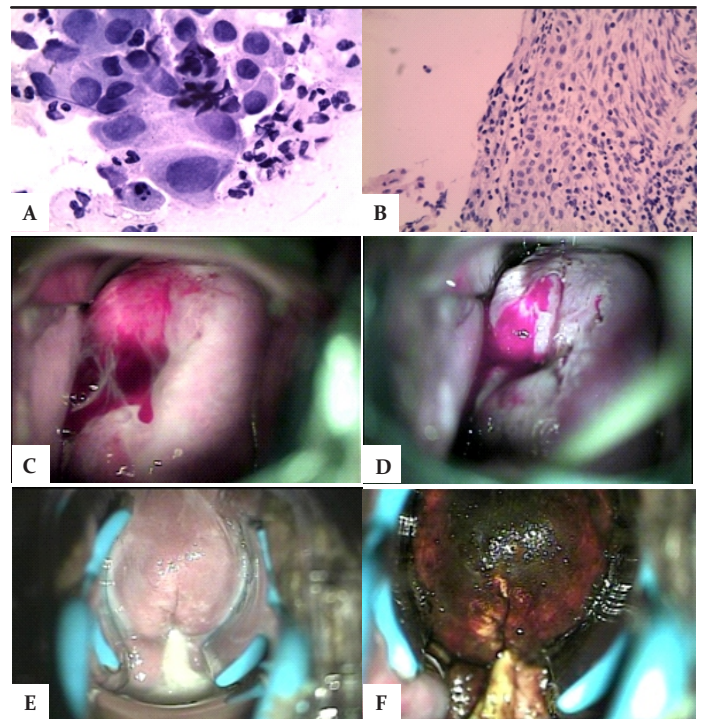


Figura 1. A. Citología con tinción por Papanicolaou de 09 Julio del 2012 que muestran células con discariosis severa; B. Biopsia endocervical donde se observa NIC III de Richart; C y D. Colposcopia del 09 Octubre del 2012 que muestra lesión de alto grado 4; E y F. Colposcopia del 14 Mayo del 2013 que muestra un cérvix sano.



obstétricas es de 5 a 8% y es similar a la de la población no embarazada. En los últimos treinta años, la terapéutica de las lesiones intraepiteliales se ha dirigido hacia el uso de métodos conservadores que pueden realizarse de forma ambulatoria favorecidos por el desarrollo que ha tenido la colposcopia, que permite un mayor conocimiento de la historia natural de las lesiones intraepiteliales y la disponibilidad de novedosas tecnologías terapéuticas eficaces por ablación o destrucción como la criocirugía que surge a principio de los setenta y el láser a finales de la misma década,<sup>6</sup> siendo la técnica más usada la energía monopolar.

El virus del papiloma humano (VPH) es considerado el factor más importante que contribuye al desarrollo de la neoplasia intraepitelial y cáncer cervical, donde también participan otros factores como inicio temprano de actividad sexual, múltiples parejas, presencia de enfermedades de transmisión sexual y tabaquismo.<sup>1</sup> El manejo de una citología cervical anormal en el embarazo debe apegarse a las guías realizadas en el consenso Bethesda 2006. Las cuales mencionan que las mujeres menores de 20 años tienen una alta prevalencia de infección por VPH y citologías con anormalidades mínimas. La tasa de resolución espontánea de estas anormalidades es del 90% y el riesgo de cáncer invasor es muy bajo. Por lo tanto, la colposcopia durante el embarazo puede ser omitida, pero la citología debe repetirse después del parto. Por otra parte, la colposcopia se recomienda para todas las mujeres en casos de citologías que reporten LIEAG y/o cáncer *in situ*. Todas las lesiones sospechosas de NIC II, III (Figura 2) o cáncer deben ser biopsiadas. Se recomienda que legrado endocervical no se lleve a cabo en el embarazo. Si la colposcopia no revela NIC 2, 3 o sospecha de cáncer, la evaluación citológica y colposcópica adicional se debe realizar después del parto, pero no antes de seis semanas después del parto.<sup>7,10</sup>

La evaluación colposcópica del cuello uterino durante el embarazo puede ser un reto, y debe ser realizada por colposcopistas experimentados en reconocer tanto los cambios cervicales relacionados con el embarazo como los relacionados al cáncer.<sup>1,2,9,11</sup> Como un ejemplo, el aumento de la vascularización del cuello uterino gestacional exagera la reacción con el ácido acético del epitelio metaplásico

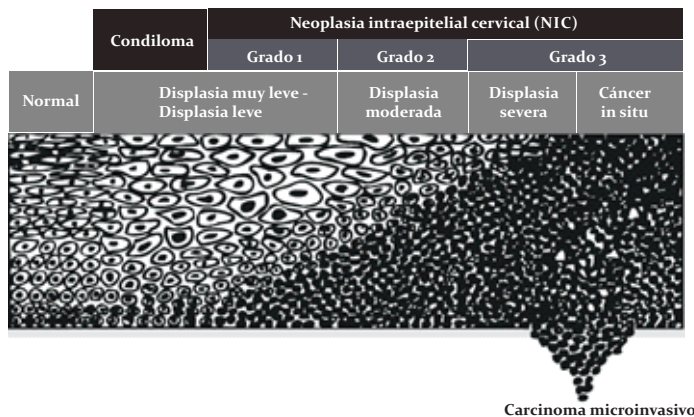


Figura 2. Representación esquemática de las lesiones precursoras del carcinoma escamoso invasor del cuello uterino (Kurman (Editor) (1987) Blaustein's Pathology of the Female Genital Tract, Springer, New York).

Tabla 1. Tabla esquemática, grado de displasia y porcentaje de regresión

Grado de displasia	% regresión	% persistencia	Progresión a NIC III	Ca invasor
NIC I	60	30	10	1
NIC II	40 – 58	38	22	5
NIC III	32-47	55		Más de 12

Tomado y modificado de: Barbara Goff, MD, Cervical intraepithelial neoplasia: Management of low-grade and high-grade lesions. UPTO DATE) actualización mayo 3, 2013

inmaduro, que puede imitar una lesión displásica. Por el contrario, las lesiones cervicales neoplásicas tempranas del embarazo pueden confundirse con la eversión normal de la unión escamoso-cilíndrica o deciduización cervical benigna.<sup>1</sup> Una revisión de la literatura estima que el valor predictivo positivo (VPP) para la colposcopia es del 78% en la detección de lesiones NIC 3, y menor en la detección de lesiones NIC 1 y 2.<sup>8</sup>

La conización diagnóstica sólo está indicada durante el embarazo si la confirmación de enfermedad invasiva modificara el tiempo y resolución del embarazo antes de las 20 SDG, de lo contrario, la conización se pospone hasta el puerperio para evitar que puedan alterar el curso del embarazo. Las posibles complicaciones de la conización durante el embarazo incluyen hemorragia (de 5 a 15%), aborto espontáneo, parto pre término e infección.<sup>1</sup>

El tratamiento de la enfermedad pre invasora de alto grado debe aplazarse para el período posparto<sup>1</sup> y ser vigiladas durante el embarazo mediante citología y colposcopia realizada en intervalos de tres a seis meses.<sup>2</sup> ya que la progresión a carcinoma invasor durante el embarazo es raro (Tabla 1); Las pacientes deben ser reevaluadas entre seis y ocho semanas después del parto, con los mismos métodos, es decir, la citología y la colposcopia con biopsia para decidir la conducta terapéutica, la regresión puede ocurrir después del parto, obviando así la necesidad de la escisión, aunque aún no está claro si la vía de resolución del embarazo (vaginal o cesárea) afecta a la tasa de regresión. Una nueva biopsia durante la gestación sólo se indica cuando hay sospecha citológica y colposcópica de la progresión de la enfermedad invasiva.<sup>1,2,4,11</sup>

No se ha llegado a un consenso de acuerdo a la vía de resolución del embarazo. No se indica la cesárea en pacientes con diagnóstico de neoplasia intraepitelial de alto grado; la vía de finalización de la gestación dependerá de las indicaciones obstétricas o maternas no relacionadas con la neoplasia intraepitelial. Los estudios retrospectivos y de casos y control han sugerido que el parto vaginal a través de un cuello uterino con cáncer microscópico generalmente no altera el pronóstico materno.<sup>1,11</sup>

### Conclusiones

La literatura evidencia que un porcentaje importante de lesiones intraepiteliales de alto grado no evolucionan hacia la mejoría y remisión, estando indicado intervención

terapéutica a diferencia de las lesiones de bajo grado, sin embargo como situación especial en embarazo el manejo expectante siempre será de elección, mostrándonos en el caso de esta paciente una regresión en 8 meses prácticamente total de la lesión clasificada histopatológicamente como un NIC III, se obtiene resolución del embarazo por interrupción quirúrgica y se cita en 6 semanas para continuar vigilancia por servicio de displasia apegados a los protocolos previamente comentados.

### Referencias bibliográficas

1. Amer Karam, Barbara Goff, et al. Cervical cancer in pregnancy. Up to date. Literature review current through: Apr 2013. | This topic last updated: feb 4, 2013. Disponible en: [http://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-in-pregnancy?topicKey=ONC%2F4805&elapsedTimeMs=0&source=search\\_result&searchTerm=cervical+cancer+in+pregnancy&selectedTitle=1%7E150&view=print&displayedView=full#](http://www.uptodate.com/contents/cervical-cancer-in-pregnancy?topicKey=ONC%2F4805&elapsedTimeMs=0&source=search_result&searchTerm=cervical+cancer+in+pregnancy&selectedTitle=1%7E150&view=print&displayedView=full#)
2. Carla Vitola GonçalvesI, Geraldo DuarteII, Juvenal Soares Dias da CostaIII, Alessandra Cristina MarcolinIV, Mônia Steigleder BianchiV, Daison DiasVI, et al. Diagnosis and treatment of cervical cancer during pregnancy. *Sao Paulo Med J.* 2009; 127(6):359-65.
3. Frederic Amant, Kristel Van Calsteren, Michael J. Halaska, Jos Beijnen, Lieven Lagae, Myriam Hanssens, et al. Gynecologic Cancers in Pregnancy: Guidelines of an International Consensus Meeting. *International Journal of Gynecological Cancer.* Volumen 19, Number S1, May 2009.
4. Mariana Tinnirello. Patología Cervical Intraepitelial en el Embarazo. Guía de Práctica Clínica. Gineco-48 Revisión: Año 2012. 1:1-8.
5. Ault KA. Human papillomavirus infections: diagnosis, treatment, and hope for a vaccine. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2003;30:809-17.
6. Miguel R. Sarduy Nápoles. Neoplasia Intraepitelial Cervical. Preámbulo del cáncer cérvicouterino. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. (CIMEQ). La Habana, Cuba. Agosto de 2008.
7. Wright TC Jr, Massad LS, et al, 2006 American Society for Colposcopy and Cervical Pathology-sponsored Consensus Conference. 2006 consensus guidelines for the management of women with abnormal cervical cancer screening tests. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;197(4):346.
8. Ilkka Kalliala. Cancer incidence, mortality, and pregnancy outcome among women treated for cervical intraepithelial neoplasia. Department of Obstetrics and Gynecology Helsinki University Central Hospital University of Helsinki, Finland 2010.
9. Russell Hogg, Sally Baron-Hay, Judy Kirk, Jayne Maidens, Peter Russell, Annie Stenlake, et al. Best Clinical Practice Gynecological Cancer Guidelines 2009. Sydney, Australia.
10. Carlos Aranda Flores, Carlos López Graniel. Cáncer Cervicouterino y Embarazo. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, A.C. 2010.
11. Brenda A. Vázquez, Fausto M. Coronel, et al. Hallazgos Colposcópicos en Embarazadas con Sintomatología Cervicovaginal. Centro Médico ABC, *Anales Medicos* Vol. 54, Núm. 3 Jul. - Sep. 2009 pp. 148–155.