

## GINECO-OBSTETRICIA

# ABORDAJE DEL CÁNCER DE CÉRVIX EN LA MUJER EMBARAZADA, CON ÉNFASIS EN ATENCIÓN PRIMARIA

Natalia Mora Vargas\*  
 Carlos Andrés Álvarez Sánchez\*\*  
 Rafael González Cortés\*\*\*

## SUMMARY

Cancer is one of the most common causes of death today. Especially cervical cancer; It is the second leading cause of cancer death among females. While it is not associated with pregnancy; it is the malignancy that occurs most frequently during pregnancy. Its handling and boarding has undergone many changes, due to the large diversity depending on the stage of the disease, gestational age at diagnosis, and the patient's wishes about conservation or fertility. It should be noted that it is important to stimulate their early detection and treatment; since these are the

main determinants of good prognosis. Pap test remains the most acceptable screening procedure. So the purpose of this literature review is to clarify all the doubts that revolve around the topic.

## INTRODUCCIÓN

Tumores malignos ginecológicos son frecuentes en las mujeres en edad reproductiva y se estima que complican aproximadamente 1 de cada 1000 embarazos.<sup>(3)</sup> El cáncer cervical es la neoplasia diagnosticada con mayor frecuencia durante el

embarazo, dado que es el único cáncer cribado rutinariamente durante la gestación. Si bien el embarazo, per se no aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino, da la oportunidad de evaluar si una paciente ha tenido un Papanicolaou según la recomendaciones de intervalos de cribado.<sup>(10)</sup> Las intervenciones sobre el tamizaje, procedimientos de diagnóstico y tratamiento se adecúan a la edad gestacional en que se efectuó el diagnóstico, pero provienen de las prácticas que se aplican a las mujeres no embarazadas.<sup>(1)</sup> Su detección y tratamiento temprano determinan

\*Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: natilopmv@hotmail.com

\*\*Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: caalvarez@ccss.sa.cr

\*\*\*Médico General Área de Salud Puerto Viejo de Sarapiquí. E-mail: rafaelgonzalezc1989@gmail.com

su buen pronóstico, por lo cual la eficacia del Papanicolaou es una parte aceptable del procedimiento de rutina. Como la mayoría de las mujeres no se someten a un examen pélvico anual y a un Papanicolaou, el embarazo representa el momento ideal para el screening del cáncer de cérvix, y todas las pacientes que se presentan en el cuidado prenatal deben ser examinadas cuidadosamente.<sup>(2)</sup>

## INCIDENCIA

Hasta el 3% de las pacientes a las que se diagnostica un cáncer de cérvix están embarazadas o puérperas en el momento del diagnóstico.<sup>(7)</sup> La incidencia es de 0,45 a 1 por 1.000 nacidos vivos en Estados Unidos, presentándose un carcinoma in situ en uno de cada 750 embarazos.<sup>(8)</sup> La tasa de cáncer cervical durante el embarazo, en países desarrollados es alrededor de 240 casos nuevos por cada millón de embarazos.<sup>(1)</sup>

## CLÍNICA

La mayoría de las mujeres con cáncer cervicouterino se presentan asintomáticas;<sup>(11)</sup> principalmente en los estadios iniciales de su desarrollo, posteriormente conforme la neoplasia penetra profundamente el estroma, suelen presentar más síntomas que orientan al diagnóstico adecuado.

<sup>(1)</sup> La manifestación más común y precoz del carcinoma invasor suele ser la hemorragia genital, la cual aparece en el 80% de las pacientes. Suele ser a cíclica, irregular e intermitente, se desencadena en relación con el coito. El segundo síntoma más frecuente es la leucorrea, y podría verse en los casos de sobreinfección, tratándose de un flujo seroso, purulento o mucoso y en la enfermedad avanzada es fétido.<sup>(2)</sup> Y los signos de enfermedad local avanzadas incluyen los siguientes: dolor pélvico unilateral irradiado a la cadera y a los muslos, fistulas con pérdida de orina y/o heces a partir de la vagina, edema de miembros inferiores y hemorragia vaginal significativa.<sup>(1)</sup>

## DIAGNÓSTICO

Se estima que la mayoría de las mujeres diagnosticadas con cáncer cervical no se han realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos 5 años.<sup>(10)</sup> A pesar de todos estos hallazgos y cuidados que debe tener el clínico y el citólogo, estos screening realizados son responsables del diagnóstico anteparto del cáncer cervicouterino y también pueden permitir el diagnóstico en estadios tempranos. En estudios recientes el 83% de las embarazadas con hallazgos anormales, fueron diagnosticadas en estadios IA

y IB de la enfermedad. Esto demuestra que la educación y los programas de detección deben ser expandidos y mejorados.

**-Examen físico:** Al igual que en las mujeres no embarazadas, en la mayoría de los casos, el cáncer cervical se presenta en estadio I asintomático en el momento del diagnóstico. El cuello uterino sufre modificación generalmente durante el embarazo debido a los cambios fisiológicos y hormonales que ocurren en este período. El tamaño del cuello uterino puede duplicarse o triplicarse, casi al final del embarazo y la zona de transformación se convierte en exuberante debido a la eversión de la unión escamoso-cilíndrica, lo que permite una mejor visualización. Pero al mismo tiempo estos cambios pueden ser confundidos con lesiones neoplásicas.<sup>(5)</sup>

**-Citología:** El Papanicolaou muestra una relación costo-efectividad favorable al reducir el impacto de la incidencia y mortalidad por cáncer de cuello uterino, comparándose con mujeres no sometidas a tamizaje.

<sup>(4)</sup> Segundo estadísticas, cerca del 1-5% de los estudios de citología cervical durante el embarazo muestran cambios patológicos, de estos aproximadamente el 3% de los casos de cáncer cervical se diagnostican durante el embarazo, predominando las lesiones de bajo grado.<sup>(4)</sup> La técnica para

la realización de la prueba de Papanicolaou durante el embarazo no es diferente para una paciente no embarazada, aunque es apropiado un poco de delicadeza al realizarlo. Tanto escoba y dispositivo Espátula de Ayre con cytobrush pueden ser manera segura. Asegúrese de alertar al patólogo con el embarazo de su paciente al indicarlo claramente en la solicitud de citología.<sup>(10)</sup>

**-Colposcopía:** Cualquier mujer embarazada con resultados anormales en pruebas citológicas debe ser referida para una colposcopía. Durante el embarazo, las características fundamentales de la colposcopía no difieren de las mujeres no embarazadas. El profesional responsable de la colposcopía debe tener experiencia en el examen de las mujeres embarazadas, ya que el volumen cervical aumentado, el edema estromal y la hiperplasia del epitelio glandular dan lugar a una mayor producción de moco, y la reacción decidual puede perjudicar la realización del examen.<sup>(5)</sup>

## MANEJO

**-Según resultado de Papanicolaou:** Aquellas pacientes que demuestren células anormales escamosas de indeterminado significación (ASC-US), a través de la citología cervical deben ser gestionadas de la misma manera

como las mujeres con ASC-US no embarazadas. Existen tres métodos, dos son aceptables y su seguimiento consiste en:

- repetir la prueba de Papanicolaou en 6 meses,
- ensayos para detectar la presencia de VPH de alto riesgo,
- triage inmediato a colposcopía. Es también aceptable aplazar la colposcopía hasta el posparto 6 o más semanas. Debido a que todas las mujeres con un resultado de citología ASC-H deberían tener una evaluación colposcópica.<sup>(10)</sup>

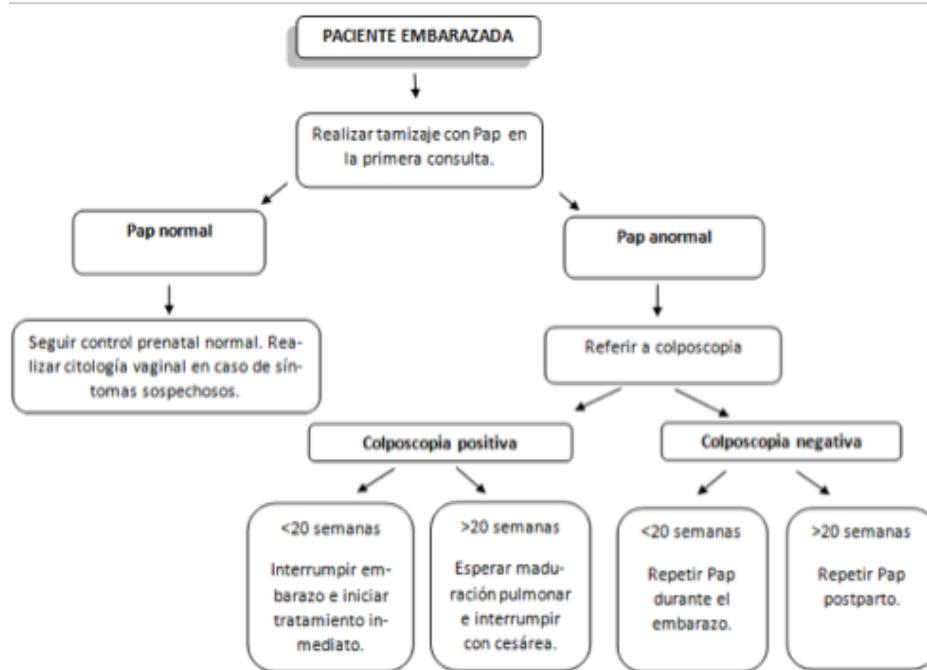
**-Según resultado de colposcopía:** La colposcopía es el siguiente paso a seguir, si en la citología se detecta infección VPH-positivo ASC-US o LSIL, pero podrá diferirse en el posparto. Se recomienda realizar biopsia si en el Papanicolaou se reporta una lesión de alto grado (HSIL). Si

existe HSIL, espere por lo menos 12 semanas antes de repetir la colposcopía, biopsia y luego sólo si la lesión parece peor.<sup>(5)</sup>

### -Manejo según edad gestacional:

En el caso de detección durante el embarazo de carcinoma invasivo, para mayor facilidad de entendimiento, se debe dividir el manejo según la edad gestacional de la paciente:

-El embarazo de menos de 20 semanas: En estos casos, la elección es el tratamiento inmediato y definitivo por medio de histerectomía radical con el feto in situ y la linfadenectomía, o radioterapia externa con el feto in situ, que en la mayoría de los casos dará lugar a un aborto espontáneo. Si esto no ocurre, será necesario vaciar la cavidad uterina antes de realizar un complementario braquiterapia.<sup>(5)</sup>



-El embarazo de más de 20 semanas: La mayoría de los estudios sugieren el vaciado de la cavidad uterina por cesárea seguida de histerectomía radical con linfadenectomía.<sup>(5)</sup>

Cuando el diagnóstico se hace después de la semana 25 de la gestación, el enfoque de elección es esperar la madurez pulmonar fetal antes de realizar una cesárea, seguida de histerectomía radical en linfadenectomía, o quimioterapia más radioterapia. En los pacientes con gestación a término, el tratamiento es inmediato.<sup>(9)</sup> Algunos estudios han sugerido que la quimioterapia se debe utilizar durante el segundo trimestre de embarazo con el fin de hacer posible la madurez pulmonar fetal, con un tratamiento definitivo aplicado después del parto.<sup>(5)</sup>

## TRATAMIENTO

Hay una amplia variedad de opciones de tratamiento disponible, depende de la etapa de la enfermedad, la gestación del embarazo y los deseos de la paciente. Estas opciones van desde la interrupción del embarazo seguido por tratamiento inmediato, al retraso del tratamiento hasta que el feto ha alcanzado la viabilidad y el bebé ha sido exitosamente entregado.<sup>(6)</sup>

## CONCLUSIONES

- a. El cáncer cervicouterino es el cáncer más diagnosticado durante el embarazo, teniendo una incidencia de 3%.
- b. Los síntomas del cáncer cervicouterino en la mujer embarazada no difieren de los síntomas de las mujeres no embarazadas; siendo los más reportados, secreción vaginal amarillenta, fétida o con sangre, sangrado postcoital y dolor vago en el hipogastrio.
- c. Los nuevos métodos tecnológicos (citología en capa fina, tamizaje repetido computarizado, etc.) no muestran mayor utilidad en términos de costo-beneficio sobre la técnica tradicional de citología cervical (Papanicolaou), que es el patrón de referencia.
- d. Se debe realizar tamizaje con Papanicolaou en la primera consulta en todas las mujeres embarazadas, ya que ha mostrado ser un método positivo en relación con el costo-efectivo para disminuir tanto la incidencia como la mortalidad.
- e. A cualquier mujer embarazada cuyas pruebas citológicas muestren resultados anormales, se debe referir para la realización de una colposcopia urgente.
- f. El tratamiento depende del

estadio en que se realice el diagnóstico, de la edad gestacional, y los deseos del paciente.

## RESUMEN

El cáncer es una de las causas más comunes de muertes hoy en día. Especialmente el cáncer cervical; es la segunda causa principal de muerte por cáncer entre las mujeres. Si bien no se asocia con el embarazo; es la neoplasia maligna que se presenta con mayor frecuencia durante el embarazo. Su manejo y abordaje ha sufrido cambios, debido a la gran diversidad en función de la etapa de la enfermedad, la edad gestacional al momento del diagnóstico, y los deseos del paciente acerca de la conservación o de la fertilidad. Cabe señalar que es importante para estimular su detección precoz y el tratamiento; ya que estos son los principales determinantes de buen pronóstico. Prueba de Papanicolaou sigue siendo el procedimiento de tamizaje más aceptable. El propósito de esta revisión de la literatura es aclarar todas las dudas que giran en torno al tema.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranda Flores, C. Cáncer cervicouterino y embarazo. Colegio Mexicano de Especialistas en

- Ginecología y Obstetricia. Ginecol Obstet Mex 2009; 142-149.
2. Bajo Mareas JM. Fundamentos de Ginecología: Médica Panamericana. Madrid, España 2009; 381- 397.
3. Baloglu A. Advanced stage of cervical carcinoma undiagnosed during antenatal period in term pregnancy and concomitant metastasis on episiotomy scar during delivery: a case report and review of the literature. Research Hospital, Basin Sitesi, Izmir, Turkey 2012; 290-315.
4. De Palo G. Patología y Tratamiento del tracto genital inferior: Elsevier Masson. España 2007; 116-118
5. Goncalves CV. Diagnosis and treatment of cervical cancer during pregnancy. Sao Paulo Med J. 2009; 58-72.
6. Herod JJ. A report of two cases of the management of cervical cancer in pregnancy by cone biopsy and laparoscopic pelvic node dissection. Agosto 2010; 315-357.
7. Herrera de la Muela M. Cáncer invasor de cuello uterino. 2010; 381-389.
8. Muller CY. Neoplasia cervical que complica el embarazo. Division of Gynecologic Oncology. Department of Obstetrics and Gynecology. University of New Mexico Health Sciences Center, 1 University of New Mexico. Editorial: Elsevier Saunders. 2005; 533-546.
9. Valer V. Correlación clínico patológica del cáncer cervical y precursores en una población en Lima, Perú. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2005; 102. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n2/a03v66n2.pdf>
10. Waxman AG. Cervical cancer screening in pregnancy. Impact of the latest ASCCP guidelines. Disponible en: [www.contemporaryobgyn.net](http://www.contemporaryobgyn.net)
11. Williams S. Ginecología. 1º edición, McGraw-hill 2009. p. 646 – 662.