

Traquelectomía simple durante el embarazo para cáncer de cuello uterino

Estefania Moreno-Luna, Patricia Alonso, Javier De Santiago, Ignacio Zapardiel.

Gynecologic Oncology Unit. La Paz University Hospital. Madrid. Spain.

CORRESPONDENCE:

Ignacio Zapardiel MD, PhD

Gynecologic Oncology Unit

La Paz University Hospital.

Paseo de la Castellana, 261, 28046.Madrid. Spain.

Email: ignaciozapardiel@hotmail.com

RESUMEN

El cáncer de cérvix invasivo es una entidad poco frecuente durante el embarazo si bien es una de las neoplasias más frecuentemente diagnosticadas durante el mismo. El 30% de las mujeres diagnosticadas de cáncer cervical se encuentran en edad reproductiva, esto supone que hasta un 3% de los casos incidentes de cáncer de cuello de útero son en embarazadas o púerperas. En la atención habitual a la gestante se realiza una citología cervico-vaginal en la primera visita por lo que se puede realizar el diagnóstico precoz de cáncer cervical en la mujer gestante fácilmente, detectándose precozmente hasta en el

70-80% de los casos. Presentamos el caso de una paciente con cáncer de cuello inicial diagnosticado durante la semana 20 de gestación. Fue tratado mediante traquelectomía simple y cerclaje en la semana 24. La gestante alcanzó el término del embarazo y dio a luz un recién nacido sano. Se completó el tratamiento definitivo a los 3 meses postparto mediante histerectomía total y salpinguectomía bilateral laparoscópica preservando ambos ovarios. Tras 17 meses de seguimiento no se han observado signos de recidiva. En conclusión, el manejo conservador en el cáncer de cérvix en estadio precoz durante el embarazo puede ser una opción razonable para preservar el embarazo en curso.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de cervix; Embarazo; Estadio precoz; Manejo.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix tiene una incidencia global de 500.000 casos por año. Si bien, las diferencias geográficas son muy importantes siendo especialmente alta la incidencia en países en vías de desarrollo. Se puede considerar que el cáncer cervical ha sufrido un descenso en su incidencia desde los años 60, estabilizándose en la actualidad [1]. El cáncer de cérvix invasivo es una entidad poco frecuente durante el embarazo, sin embargo, junto con los tumores de mama y ovario es de los cánceres más frecuentemente diagnosticados durante el mismo [2]. La incidencia de este tumor en mujeres en edades comprendidas

entre los 20-49 años es 1,5-14,9/100000 [3,4], esto supone que hasta el 3% de la pacientes son diagnosticadas durante la gestación [2-5].

En la mayoría de protocolos de control del embarazo se realiza una citología cérvico-vaginal en el primer trimestre permitiendo realizar el diagnóstico precoz de cáncer cervical en la mujer que previamente no ha entrado en un programa de cribado del mismo, por ello hasta el 70-80% de las pacientes de diagnostican en estadios precoces [6-8]. Cabe reseñar que en el 70- 80% de los casos la histología tumoral corresponde a carcinoma escamoso de cérvix [9]. No parece que el embarazo acelere la historia natural del tumor ni aumente la incidencia de enfermedad metastásica, aunque gracias al diagnóstico precoz, la tasa de supervivencia de las paciente diagnosticadas durante la gestación parece algo mayor que en las no gestantes. Por el contrario u diagnóstico tardío, sí parece tener peor pronóstico en parte debido a la limitación terapéutica en estos casos concretos [10,11].

Presentamos un caso de cáncer de cérvix diagnosticado durante la gestación en el que se decidió realizar una traquelectomía simple y cerclaje para preservar el embarazo.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una primigesta de 37 años que acudió a consultas de tocología de alto riesgo de nuestro centro por presentar en una citología de screening oportunista en el primer trimestre, una lesión escamosa intraepitelial de alto grado. No presentaba antecedentes de interés.

Se realizó colposcopia en la que se evidenció un área de 5mm con cambios mayores y se tomó una biopsia donde se diagnosticó un carcinoma epidermoide infiltrante con presencia de VPH 16 en la semana 20 de gestación (Figura 1).

A la paciente se le realizó un estudio de extensión con resonancia magnética y radiografía de tórax donde no se evidenció enfermedad a distancia, ni afectación de parametrios, pudiendo ser compatible con un estadio FIGO IA1. Se decidió conjuntamente entre el Comité de Medicina Perinatal y el Comité de Ginecología Oncológica realizar una traquelectomía simple y cerclaje cervical en semana 24 de gestación.

Los resultados anatomopatológicos de la traquelectomía mostraron carcinoma microinfiltrante de cérvix (con máxima extensión en superficie de 5,5 mm e infiltración de 1,1 mm), con extensa lesión intraepitelial escamosa de cérvix de alto grado (HG-SIL), que alcanza glándulas endocervicales y contacta ampliamente con el margen endocervical. No se evidenció invasión del espacio linfovascular. Con este resultado se decidió dejar evolucionar la gestación con los controles oportunos trimestrales, hasta llegar a término permitiendo el parto por vía vaginal.

En la semana 37 de gestación la paciente comenzó con dinámica uterina regular y se decidió retirar cerclaje cervical. Tras la retirada de cerclaje la paciente inició el trabajo de parto aunque finalmente se le realizó una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, naciendo una mujer sana de 3030g, con un pH 7.19 de arteria umbilical y test de APGAR 9/9

Tras el parto a la paciente se le efectuó una nueva resonancia magnética siendo ésta normal. A los 3 meses del parto se completó el tratamiento con histerectomía total y salpinguectomía bilateral laparoscópica preservando ovarios, sin evidencia de enfermedad residual en la pieza de anatomía patológica. Actualmente la mujer se encuentra libre de enfermedad tras 17 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

Aunque cada caso concreto deber ser discutido y consensuado con la paciente de modo individualizado, de modo general en paciente gestantes con un cáncer de cuello inicial diagnosticado durante el embarazo, el tratamiento preservador de la fertilidad es una opción a considerar.

Un factor importante a considerar es la edad gestacional al diagnóstico. En general en aquellas gestaciones menores a 16-20 semanas se debe considerar la finalización de la gestación e iniciar el tratamiento precoz para el cáncer cervical, aunque si la paciente quiere seguir adelante con la gestación se le debe permitir. En aquellas pacientes cuyo diagnóstico se produce por encima de esa edad gestacional parece seguro demorar el tratamiento hasta alcanzar la madurez fetal, y tras el parto realizar el tratamiento definitivo sin que esto suponga un detrimento en el pronóstico para la paciente [12-13]

Pacientes con cáncer de cuello escamoso, estadio FIGO IA1-IB1 con tumores menores de 2cm y sin invasión linfovascular, pueden ser candidatas durante la gestación a tratamiento conservador con conización amplia o traquelectomía simple, completando el tratamiento a las 6-8 semanas postparto [6,14].

Algunos autores plantean la conización como método para descartar enfermedad microinvasiva o para hacer el diagnóstico de carcinoma invasivo, siendo necesario un tratamiento posterior al parto [5]. En nuestro caso clínico la indicación de traquelectomía tuvo la finalidad de establecer el estadio definitivo y permitir continuar la gestación con un riesgo oncológico bajo.

La traquelectomía simple durante la gestación no está exenta de complicaciones materno-fetales. Se realiza durante el segundo trimestre de gestación preferentemente y únicamente en pacientes con fuerte evidencia colposcópica o citológica de cáncer invasor incipiente de cérvix. Cuando la conización se practica durante el primer trimestre el aborto acontece en el 33% de los casos. En nuestro caso el diagnóstico se realizó en semana 20 y se esperó un mes para la realización del tratamiento quirúrgico.

~~En casos de cáncer escamoso microinvasor la conización está aceptada como una buena opción, pudiendo esperar hasta el final del embarazo para un tratamiento más agresivo.~~ En los casos en los que se optó por un tratamiento conservador durante la gestación, el parto podría realizarse por vía vaginal; la cesárea se reserva para los casos en que el estadio tumoral es mayor del IA2, en cuyo caso se podría realizar la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral en el mismo acto quirúrgico. La vía del parto no parece afectar al curso ni diseminación de la enfermedad tumoral, aunque se tiende a evitar la vía vaginal en todos los casos de tumores de gran tamaño (por encima de 2-4 cms) o en los casos en los que se prevea sangrado cervical moderado [15].

Además se debe tener en cuenta que las opciones de tratamiento suponen un fuerte dilema ético, emocional y social para el binomio feto-paciente y para el

equipo de facultativos. Es por ello que ante estos casos y el resto de tratamiento preservadores de la fertilidad las decisiones han de ser tomadas por un equipo multidisciplinar compuesto de obstetras, neonatólogos, ginecólogos oncólogos, oncólogos médicos y anatomopatólogos, como se realizó en nuestro caso y siempre teniendo en cuenta la voluntad y opinión de la paciente como centro de la toma de decisiones [11,16].

CONCLUSIÓN

En conclusión, el manejo terapéutico dependerá fundamentalmente de la edad gestacional al diagnóstico de la enfermedad, el estadio FIGO de la enfermedad, el tamaño de la lesión, el deseo de la paciente de continuar con el embarazo y del deseo genésico. En los casos de cáncer cervical en estadio IA1 durante la gestación el tratamiento con traquelectomía simple y cerclaje en la semana 24 de gestación parece una opción razonable y segura para conseguir llevar la gestación a término.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no presentan ningún conflicto de interés ni han sido financiados por ninguna entidad.

AGRADECIMIENTOS

Ninguno

REFERENCIAS

1. Parkin DM, Bray F, Ferlay J and Pisani P (2005) **Global cancer statistics, 2002**. *CA. Cancer J Clin* **55**, 74–108.
2. Morice P, Uzan C, Gouy S, Verschraegen C and Haie-Meder C (2012) **Gynaecological cancers in pregnancy**. *Lancet* **379**, 558-69.
3. Parkin DM (2001) **Global cancer statistics in the year 2000**. *Lancet Oncol* **2**, 533-43.
4. Leitao MJ and Chi D (2005) **Fertility-Sparing Options for Patients with Gynecologic Malignancies**. *The Oncologist* **10**, 613-622.
5. Nguyen C, Montz FJ and Bristow RE (2000) **Management of stage I Cervical Cancer in pregnancy**. *Obstetrical and Gynecological Survey* **55**, 633-43.
6. Van Calsteren K, Vergote I and Amant F (2005) **Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and prognosis**. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* **19**, 611-30.
7. Jones WB, Shingleton HM, Russel A, Fremgen AM, Clive RE, Winchester DP and Chmiel JS (1996) **Cervical carcinoma and pregnancy: A national patterns of care study of the American College of Surgeons**. *Cancer* **77**, 1479-88.
8. Goncalves C, Duarte G and de Velleca e Lima LC (2009) **Diagnosis and treatment of cervical cancer during pregnancy**. *Sao Paulo Med J*. **127**, 359-65.

9. Germann N, Haie-Meder C, Morice P, Lhomme C, Duvillard P, Hacene K and Gerbaulet A (2005) **Management and clinical outcomes of pregnant patients with invasive cervical cancer.** *Annals of Oncology* **16**, 397-402.
10. Charkviani L, Charkviani T, Natenadze N and Tsitsishvili Z (2003) **Cervical carcinoma and pregnancy.** *Clin Exp Obstet Gynecol.* **30**, 19-22.
11. Ferrioli D, Buenerd A, Marchioli P, Constantini S, Venturini PL and Mathevet P (2012) **Early invasive Cervical cancer during pregnancy.** *International Journal of Gynecological Cancer* **22**, 842-84.
12. Sood AK, Sorosky JI, Krogman S, Anderson B, Benda J and Buller RE (1996) **Surgical management of cervical cancer complicating pregnancy: a case control study.** *Gynecol Oncol* **63**, 294-98.
13. Jacobs IA, Chang CK and Salti GI (2004) **Coexistence of pregnancy and cancer.** *Am Surg.* **70**, 1025-9.
14. Ramirez PT, Pareja R, Rendón GJ, Millan C, Frumovitz M and Schmeler KM (2014) **Management of low-risk early-stage cervical cancer: should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care?** *Gynecol Oncol* **132**, 254-9.
15. Herrera de la Muela M, Alvarez De la Rosa M and De Santiago J (2009) **Cáncer invasor del cuello uterino** in *Fundamentos de Ginecología, Volume 1*, 1st edition Ed: Bajo JM (Madrid: SEGO) 382-389.

16.Zapardiel I, Cruz M, Diestro MD, Requena A and Garcia-Velasco JA
(2016) **Assisted reproductive techniques after fertility-sparing
treatments in gynaecological cancers.** *Hum Reprod Update* **22**, pii:
dmv066.

FIGURES

Figura 1: Imagen colposcópica de la lesión cervical