

11217

103

34)



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social  
Hospital Luis Castelazo Ayala

" CANCER CERVICO UTERINO Y EMBARAZO "

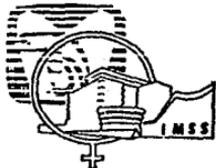
TESIS CON  
EXAMEN

## TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

p r e s e n t a

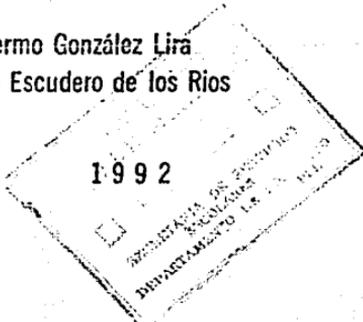
DR. ALBERTO ENRIQUE RAMOS QUIROZ



Asesores: Dr. Guillermo González Lira  
Dr. Pedro Escudero de los Rios

México, D. F.

1992





Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

	Pág.
INTRODUCCION.	1
CLASIFICACION.	3
ANTECEDENTES.	6
OBJETIVOS.	8
MATERIAL Y METODOS.	9
CRITERIOS.	10
RESULTADOS.	11
GRAFICAS.	15
CONCLUSIONES.	20
BIBLIOGRAFIA.	23

## INTRODUCCION

El cáncer cervicouterino se presenta en uno de cada 1200 embarazos, por la baja frecuencia con que se asocian estas dos entidades, es poca la experiencia que existe para el tratamiento óptimo y la vía adecuada para la resolución del embarazo (4,12). El hecho de que el 20% de las pacientes con cáncer cervicouterino invasor, sean asintomáticas, justifica la exploración clínica y ginecológica, así como el estudio citológico del cérvix en la primera consulta prenatal, más aún si la paciente ha presentado sangrado transvaginal y flujo persistente (4). Orr y col, reportaron una incidencia entre 0.02 y 0.4% de embarazos con cáncer cervicouterino invasor (15).

El carcinoma insitu generalmente es asintomático, el invasor presenta los siguientes síntomas en orden de frecuencia: Hemorragia vaginal anormal 63% (3), Flujo transvaginal 13% (3) Hemorragia postcoito 4% y dolor pélvico 2%; el sangrado transvaginal suele ser indoloro, por lo que puede atribuirse a amenaza de aborto o a placenta previa. Stander y Lein, en su estudio, anotaron 62% de retraso médico en el diagnóstico (3,4).

Todas las embarazadas con citología anormal, deben ser valoradas de inicio por colposcopia, independientemente de la edad gestacional. (15) El retraso en el diagnóstico del cáncer cervicouterino temprano, pudiera producir la evolución de una lesión potencialmente curable durante el embarazo (4,15).

Las lesiones cervicales clínicamente obvias, deben ser sometidas a colposcopia y biopsia dirigida, o sólo biopsia al azar la colposcopia debe hacer énfasis en la zona de transición, el cono biopsia generalmente no es necesario durante el embarazo, además se prefieren otros métodos con menos morbilidad (4,5,15).

La clasificación por etapas se dificulta en el embarazo, la pielografía intravenosa con o sin TAC simultánea que es útil para dicha clasificación, puede ser reemplazada en el embarazo por imágenes de resonancia magnética, la cual tiene la posibilidad de mostrar la anatomía pélvica en tres planos y además se puede calcular el volumen del tumor y la diseminación a órganos vecinos (15).

## CLASIFICACION POR ETAPAS CLINICAS SEGUN LA FIGO

Para mejorar la apreciación y valoración de ésta patología, la FIGO, estableció la siguiente clasificación clínica, con fines pronósticos, para determinar el tratamiento adecuado y tener una idea de la extensión neoplásica (Te Linde)

### CARCINOMA PREINVASOR:

ETAPA 0.- Neoplasia intraepitelial cervical, carcinoma intraepitelial - o carcinoma in situ; las alteraciones están localizadas en el epitelio, en el glandular o en el endocérnix.

### CARCINOMA INVASOR:

ETAPA 1.- Carcinoma limitado al cérvix

1a.- 1: Carcinoma preclínico o micro-invasor (invasión del estroma menor de un mm).

2: Carcinoma preclínico (invasión del estroma de 1 a 5 mm de profundidad y menos de 7 mm de extensión).

1b.- Tumores que invaden el estroma en más de 5 mm de profundidad o más de 7 mm de extensión.

ETAPA II: Se extiende más allá del cuello, - pero no llega a la pared pélvica, - afecta vagina pero no alcanza su - tercio inferior.

11a.- Invade los dos tercios superiores de vagina, respeta el tercio inferior.

11b.- Invade los dos tercios internos de paramétricos, respeta el tercio externo, no llega a la pélvis.

ETAPA III.- Se extiende hasta la pared pélvica o hasta la parte inferior de vagina

IIIa.- Extensión hasta el tercio inferior de vagina.

IIIb.- Extensión hasta el tercio externo de paramétricos.

**ETAPA IV.- El carcinoma invade la vejiga, el recto, o se extiende fuera de la pélvis. Metástasis a distancia - (13).**

## ANTECEDENTES

Una embarazada con citología anormal o carcinoma cervicouterino invasor, experimenta ansiedad; las decisiones terapéuticas son difíciles en cuanto a la valoración obstétrica para decidir si continúa o no el embarazo debido a la poca información sobre el impacto del cáncer en el embarazo, el de éste sobre el cáncer, o la evolución natural del cáncer cervicouterino no tratado en el embarazo (15).

A pesar del uso cada vez más frecuente de la citología cervicouterina en la consulta prenatal, sigue siendo relativamente raro el carcinoma cervicouterino invasor en el embarazo, dada que estas pacientes son enviadas a tercer nivel para atención especializada, se dificulta obtener la incidencia en la población general (15). En muchas partes del mundo, el cáncer cervicouterino invasor, es la neoplasia maligna más común asociada al embarazo, debido a que ocurre típicamente en los años de vida reproductiva (3).

Hay pocos datos para confirmar el efecto deletéreo del embarazo sobre la evolución natural del cáncer cervicouterino, su incidencia no se modifica por el embarazo (3,15). Cuando se compara etapa por etapa, la supervivencia de embarazadas-

con cáncer cervicouterino es similar a la de pacientes no embarazadas que lo padecen (1,12, 15).

En Estados Unidos, el cáncer cervical es la única neoplasia maligna que ha mostrado una proporción de mortalidad - significativamente disminuida, esto debido a la detección y - tratamiento temprano de las lesiones malignas. Con una incidencia de uno en 2200 embarazos (3). Lee y colaboradores, observaron que todas sus pacientes en etapa 1a. fueron asintomáticas, y un 36% en etapa 1b. también lo estaban. El síntoma más común fue la hemorragia vaginal, y ésta refleja el volu-men tumoral (15).

### OBJETIVOS GENERALES

Los objetivos del presente estudio, fueron analizar los casos clínicos con diagnóstico de cáncer cervicouterino asociados al embarazo, del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 4 del IMSS "Dr. Luis Castelazo Ayala", con relación a: Factores de riesgo, síntomas, influencia del embarazo y su vía de resolución, sobre la evolución y pronóstico del cáncer cervicouterino.

### MATERIAL Y METODO.

Se estudiaron once pacientes, con diagnóstico de cáncer cervicouterino asociado al embarazo, diagnosticadas y tratadas en el servicio de Oncología Ginecológica, del Hospital-Dr. "Luis Castelazo Ayala" del IMSS, con los siguientes criterios de inclusión: Historia clínica completa, haciendo énfasis en antecedentes ginecológicos, control citológico, semanas de gestación en que se realizó el diagnóstico, momento y vía de interrupción del embarazo. Estos resultados, serán analizados por frecuencias simples.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

- Pacientes con cáncer cervicouterino invasor, diagnosticado durante el embarazo y el puerperio.

**CRITERIOS DE NO INCLUSION:**

- Pacientes con citología anormal previa al embarazo actual.

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

- Pacientes atendidas en otra unidad.
- Pacientes con neoplasia intraepitelial cervical.

## RESULTADOS

**EDAD:** La edad promedio en el presente estudio, fue de 29.7 - años, con un rango de edad entre 25 y 36 años (ver tabla No. 1)

**FACTORES DE RIESGO:** (ver tabla 1)

**IVSA.-** En promedio fue de 17.8 años, con un rango entre 16 y 24 años.

**No. DE COMPAÑEROS SEXUALES.-** Entre uno y dos.

**CONTROL CITOLOGICO.-** De las once pacientes, 7 (63%), no tenían control citológico adecuado, y 4 (37) tenían citología en los últimos dos años.

**No. DE EMBARAZOS.-** En promedio fue de 4.6 gestas, con un rango entre dos y diez embarazos.

**EDAD GESTACIONAL.-** En cuatro pacientes se realizó el diagnóstico durante el primer trimestre, tres en el segundo, dos en el tercero y dos pacientes en el puerperio (ver gráfica 4).

**SINTOMAS:**

El 33% de las pacientes (3) fue asintomática, y el 67% (8 pacientes) presentaron síntomas, cinco pacientes (45%), presentaron hemorragia vaginal, de esas, dos presentaron sangrado postcoito además, dos pacientes presentaron sangrado postcoito sólo (18%) y una paciente (9%) presentó descarga vaginal (gráfica 2.)

**DIAGNOSTICO:**

En las once pacientes (100%), se realizó el diagnóstico por biopsia, de las cuales cinco fueron dirigidas por colposcopia, cinco al azar y una en anillo.

**ETAPA CLINICA:**

(Ver gráfica 2)

ETAPA 1a. dos pacientes

ETAPA 1b Cinco pacientes

ETAPA IIa una paciente

ETAPA IIB tres pacientes.

Diez pacientes tuvieron carcinoma epidermoide (90,9%), y una, adenocarcinoma (9.1%).

En tres de las once pacientes (27.3%), se interrumpió el embarazo; dos en el primer trimestre, en etapas clínicas Ib, y una paciente en el segundo trimestre con etapa clínica IIa; - ocho pacientes llevaron un embarazo a término, de las cuales - cinco (62.5%) se resolvieron por vía vaginal y tres, por cesárea corporal, de las cinco pacientes atendidas por vía vaginal, dos fueron diagnosticadas en el segundo trimestre, en etapa clínica Ib, dos pacientes se diagnosticaron en el puerperio en etapa clínica IIb y una paciente se diagnosticó en el tercer trimestre en etapa clínica IIb; se realizó cesareo-corporal en una paciente en etapa clínica IIb, una Ia. y una Ib. A una de las pacientes con adenocarcinoma etapa clínica-IIa, se le realizó radioterapia más HTA complementaria, a dos se les realizó HTA radical en bloque, una paciente fue sometida a HTA extrafacial en bloque, y una paciente durante el puerperio fue sometida a HTA extrafacial, quien tenía diagnóstico previo de NIC III, y fue reportado en la pieza como invasor (gráfica 3)

El promedio de días entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 114 días, con un rango entre dos y 310 días, és ta paciente fue la que tenía diagnóstico de NIC III en el primer trimestre y que la pieza reportó invasor.

El tiempo entre el diagnóstico y la resolución del embarazo, se recabó en 8 pacientes, dos pacientes eran puérperas y una no se especifica en el expediente; el tiempo promedio fue de 103 días, con un rango entre uno y 240 días.

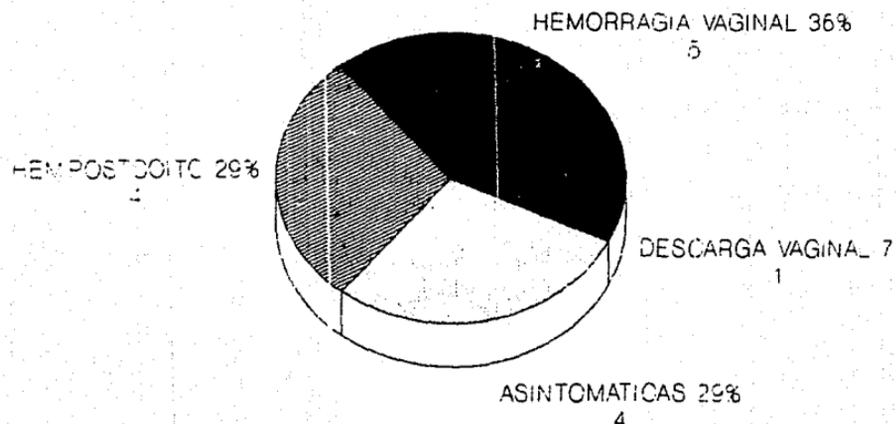
Las once pacientes se encuentran vivas sin actividad tumoral, de las cuales cuatro fueron enviadas a radioterapia (CMN).

# CANCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO

## FACTORES DE RIESGO

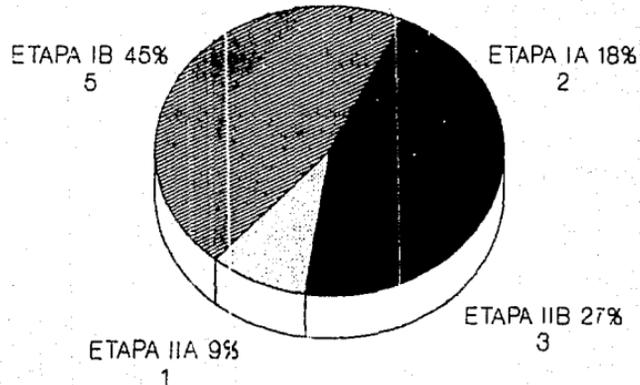
<u>FACTOR DE RIESGO</u>	<u>RESULTADO</u>
EDAD	29 AÑOS
I V S A	17 AÑOS
CONTROL CITOLOGICO	INADECUADO 63 %
NUMERO DE EMBARAZOS	4 EMBARAZOS
NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES	36 % MAS DE UNO

# CANCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO PRESENTACION CLINICA



GRAFICA I

# CANCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO ETAPA CLINICA

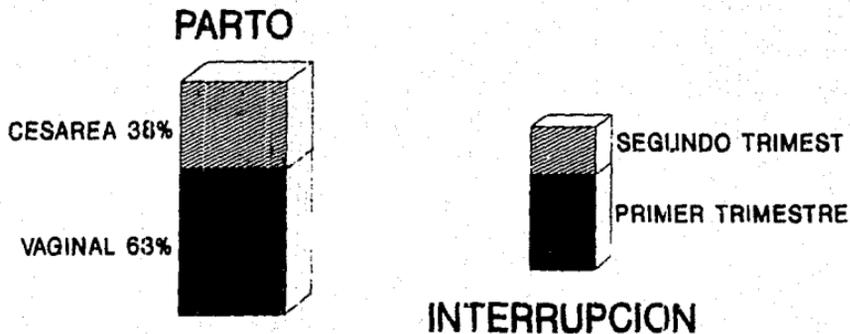


GRAFICA 2

IMSS HG04

# CANCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO

## RESOLUCION DEL EMBARAZO

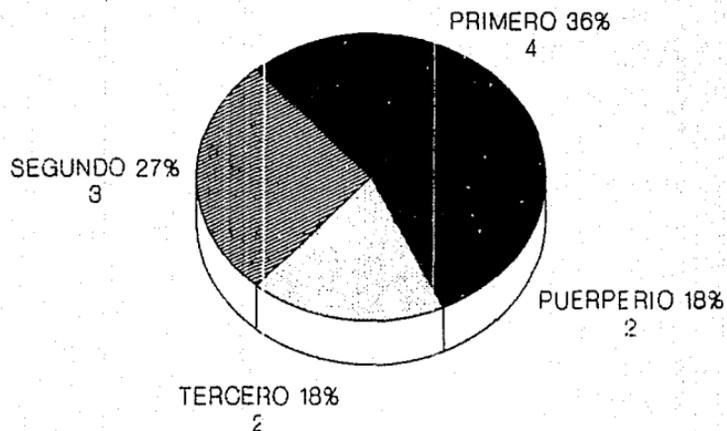


GRAFICA 3

IMSS HGO 4

ESTADISTICA  
SALUD  
LA  
DE  
ACER  
DE  
MATEMATICA

# CANCER CERVICOUTERINO Y EMBARAZO EDAD GESTACIONAL ( TRIMESTRE )



GRAFICA 4

### CONCLUSIONES

De acuerdo a reportes en la literatura, la edad más frecuente de presentación del cáncer cervicouterino invasor, es en la cuarta década de la vida (13,8), en el presente estudio se observó edad promedio de 29.7 años, todas ellas en edad reproductiva.

El inicio de vida sexual de las pacientes fue en promedio 17.8 años, lo cual corresponde a lo reportado por Williams C Reewef en la literatura, que considera como factor de riesgo para el cáncer cervicouterino a la edad del primer coito antes de los 18 años.

El 63% de las pacientes, no tenían un adecuado control citológico, lo que explica que el mayor porcentaje de los casos se encontrará al momento del diagnóstico en etapas invasoras tempranas (Ib) o avanzadas (IIb), por lo que está de acuerdo con lo descrito por Depettrillo et, al, quien considera a la citología como un método práctico para la detección oportuna del cáncer cervicouterino (4).

El promedio de embarazos fue de 4.6, lo que coincide con los reportes de R Herrero, et. al, quienes consideran 4 o más embarazos como factor de riesgo (13,14).

La hemorragia genital fue el síntoma más común, presentándose en el 45%, similar al reporte de William T et, al, en su estudio de 113 pacientes con cáncer cervicouterino y embarazo (2); el sangrado postcoito se presentó en 4 pacientes - (36%) y una paciente presentó descarga vaginal, a diferencia de la literatura, que refiere a la descarga vaginal con mayor frecuencia (3). Como se puede ver, un mayor número de pacientes presentaron síntomas, ello se relaciona con el mal control citológico, permitiendo la evolución de la neoplasia a etapas invasoras tempranas y avanzadas. Esto difiere de los resultados obtenidos en pacientes en las que se efectúa la citología en la consulta prenatal, con lo que muchos de los casos se diagnostican en etapas tempranas de la enfermedad, lo que implica un mayor número de pacientes asintomáticas (15).

El 100% de las pacientes fueron diagnosticadas por biopsia, lo cual está de acuerdo con el estudio de 300 pacientes, realizado por Amodio D. Depetrillo et, al, en donde se realizó colposcopia y biopsia dirigida a todos los casos con citología anormal (4). Las complicaciones por el método diagnóstico fueron nulas.

El 72% de las pacientes se diagnóstico en etapas tempranas del cáncer cervicouterino invasor, y el 27.3% en etapas tardías (14).

El promedio de días entre el diagnóstico y el tratamiento, fue de 114 días, con relación a 119 días (17 semanas) de retraso en el tratamiento, aceptado en la literatura como no perjudicial para el pronóstico (7,15).

El 62% de los embarazos se resolvió por vía vaginal, - con lo cual se infiere que el cáncer cervicouterino invasor - no contraindica la vía vaginal para la resolución del embarazo, sin embargo Jeffrey A Nisker et, al, reportan la vía vaginal como perjudicial para el pronóstico del cáncer cervicouterino (8).

El 90.9% de las pacientes, presentaron carcinoma epidermoide, y el 9.1% fue diagnosticado como adenocarcinoma, de acuerdo con los reportes de Larry C Kilgore et, al, quienes - encontraron hasta un 95% para el epidermoide (15).

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Hacker et al. Cervical Carcinoma in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology 1982; 1: 735-45.
- 2.- Lee et al. Cervical carcinoma in Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Noviembre 1981; 58: (5)
- 3.- Christopher J. Jiles. Gynecologic Cancer Associated With Pregnancy. Seminars in Oncology Octubre 1989; 16: (5) - 417-23.
- 4.- Depetrillo et al. Colposcopic evaluation of the abnormal Papanicolaou. Am J of Obstetrics and Gynecology Febrero - 1975; 121: (4). 441-45.
- 5.- Edward V. Hannigan, MD, Henry H Whitehouse III, MD, William D. Atkinson, BS, and Steven No. Becker, MD. Cone Biopsia During Pregnancy. Obstetrics and Gynecology Octubre 1982; 60: (4) 450-55.
- 6.- Hervey E Averette, MD. Nezamoddin Nasser, MD. Sanford L. Yankow, BS. William A. Little, MD, Cervical Conitation in Pregnancy. Am J. Febrero 1970; 106: (4).

- 7.- Donald C. Doll, MD; Q. Scott Hingenberg, MD; John W. Yarbro, MD Phd. Management of Cancer During Pregnancy. Arch-Intern Med septiembre 1988; 148: 2058-62.
- 8.- Jeffery A. Hisker, MD, F.R.C.S. (C). Michael Shubat, Stage IB Cervical Carcinoma and Pregnancy: Report of 49 cases. Am J. Obstet. Gynecol Enero 1985; 15: 203-06.
- 9.- N. Saunders and C.R. Landon. Management Problems Associated With Carcinoma of Cervix, Diagnosed in the Second trimester of Pregnancy. Gynecology Oncology 1988; 30: 120-22
- 10.- B.E. Creer, MD., TR Easterling, MD, DA McLennan, MD et al. Fetal and maternal Considerations in the Management of Stage I-B Cervical Cancer During Pregnancy. Gynecologic Oncology 1989; 30: (12) 61-65.
- 11.- Joseph H. Jacob and C. Allen Stringer. Diagnosis and Management of Cancer During Pregnancy. Seminars in Perinatology Febrero 1990; 14: (1) 79-87.
- 12.- Cecil Write. Avances en colposcopia: 1989 2da. Edición - P5-7.

- 13.- Luis Castelazo Ayala. Normas y procedimientos en Ginecología, IMSS 1989. p 139-40.
- 14.- William C Reewef, Louise A. Brinton, Mariana Garcia, et al, Human Papillomavirus infection and cervical cancer - in latin America. De New England. J Of Medicine, 320 (22), 1989: 1438-42.
- 15.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Cáncer cervicouterino. 4; 1990 p. 809-16.
- 16.- Balzer J. Regenbrech ME, Kopckew, Zander J. Carcinoma of the cervix and pregnancy. In: J Gynecol Obstet 190; 31: 317-23.