

Cáncer cervical en embarazo de la primera mitad con placenta previa: reporte de un caso

Cervical cancer in pregnancy of the first half with placenta previa: a case report

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo; Dra. Zailik Ventura Balmaceda; Dra. María Leonarda Mayedo; Dra. Caridad Irene Amador de Varona

Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente Ana Josefa Betancourt de Mora Camagüey, Cuba.

RESUMEN

El cáncer cervical invasor es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo. Ocupa el tercer lugar entre las mujeres de todo el mundo. Es raro en mujeres con menos de 30 años y más común en mujeres de 40 años. Se reporta el caso de una paciente de 30 años, atendida en el servicio de Patología de Cuello del Hospital Materno Provincial Ana Josefa Betancourt de Mora, con el diagnóstico de carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado de cuello uterino en etapa Ib2 y embarazo de la primera mitad con inserción baja placentaria oclusiva total. Se interrumpió este embarazo con el objetivo de mejorar el estado de inmunodepresión de esta paciente y comenzar un tratamiento precoz y oportuno para lograr la supervivencia de esta paciente.

DeCS: Neoplasmas del cuello uterino; placenta previa; informe de caso

ABSTRACT

The invasive cervical cancer is one of the most frequent causes of death in women of the developing countries. It occupies the third place among the women of the entire world. It is rare in women with less than 30 years and more common in women of 40 years. The case of a 30 years patient is reported, attended in the Cervix Pathology service at Ana Josefa Betancourt de Mora Provincial Maternal Hospital, with the diagnosis of infiltrating epidermoid carcinoma well differentiated of cervix uteri in phase Ib2 and pregnancy of the first half with total occlusive placental low insertion. This pregnancy was interrupted with the objective to improve the immunodepression state of this patient and to begin an opportune and precocious treatment to achieve the survival of this patient.

DeCS: Cervix neoplasms; placenta previa; case report

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervical invasor es una de las causas más frecuentes de muerte en las mujeres de los países en desarrollo y sus tasas de incidencias más altas se encuentran en Centro y Sur América, África Subsahariana y Sureste de Asia y el Caribe.¹⁻² Sin embargo, sus tasas de incidencia disminuyen en Israel, Kuwait, Finlandia, España, China, Canadá y la población caucásica de los EUA.³

La mortalidad por cáncer del cuello de útero ha disminuido significativamente en muchos países desarrollados y algunos estudios indican que ello se debe en gran medida a los programas de diagnóstico precoz y tratamiento existentes.⁴⁻⁵

Desde 1968, el Ministerio de Salud Pública con la colaboración de los organismos de masas, desarrollan un Programa para el diagnóstico precoz del cáncer del cuello uterino en nuestro país. Durante los años transcurridos, millones de mujeres han sido sometidas al estudio de la citología cérvico vaginal y miles de ellas han sido beneficiadas con el diagnóstico temprano de ésta enfermedad.

Sin embargo, los directivos de la Comisión Nacional muestran insatisfacción porque no existe razón alguna para que una sola mujer en nuestro país pueda morir por esta causa. Cuba es hoy el país de América Latina que presenta la mejor tasa de mortalidad por ésta enfermedad.⁵⁻⁶

Contribuir a elevar el nivel de salud de la población mediante acciones de prevención, promoción, protección y recuperación en las mujeres, es uno de los

propósitos de nuestro Sistema Nacional de Salud. De esta forma se disminuye la mortalidad y se conoce la morbilidad mediante su detección, en etapas más tempranas, lo que permite una terapéutica precoz y eficaz. ⁵

REPORTE DEL CASO

Paciente BEP, de 30 años, multigesta (G5P2A2), con primeras relaciones sexuales a los 15 años y su primer parto a los 16 años, ha tenido siete compañeros sexuales y antecedentes de buena salud aparente.

Acudió al servicio de Obstetricia del Hospital Materno Provincial Ana Josefa Betancourt de Mora con embarazo de \pm 14 semanas e infección urinaria sintomática. Durante su estancia en sala refirió manchas de sangre por la vagina de manera espontánea. Se realizó examen con espéculo y se observó lesión de cuello uterino exofítica, friable a expensas de todo labio anterior.

Se interconsultó con el servicio de Patología de Cuello del mismo hospital y el examen colposcópico mostró imagen acetoblanca (AB) densa, algodoadada, con mosaico umbilicado y vascularización atípica en el labio anterior, muy friable y eversión del tejido columnar en el labio posterior. Se decidió estudio histológico que confirmó la sospecha clínica de carcinoma epidermoide infiltrante de cuello uterino en etapa Ib2.

Simultáneamente se realizó estudio ultrasonográfico obstétrico, que describe feto único, cefálico con DBP de 25-27(\pm 14-15 semanas) y placenta posterior baja que ocluye totalmente orificio cervical.

Previo consentimiento informado se interconsulta con el servicio de Oncología y se le propone a la paciente interrumpir el embarazo. Se decidió comenzar con tratamiento radiante para lograr adelgazamiento de las paredes placentarias y así favorecer la muerte intraútero y expulsión del feto sin complicaciones hemorrágicas.

Con periodicidad diaria se realizaron de inicio 16 sesiones de tratamiento radiante con 40 Gy, al llegar la cuarta semana solo se apreciaba adelgazamiento de la placenta con buena vitalidad fetal todavía. Se aumentó la dosis a dos sesiones diarias y siete días más tarde se logró el óbito fetal.

Se aprobó tratamiento con misoprostol para ayudar la expulsión, que se logró 26h más tarde, sin accidentes y sin complicaciones.

La paciente en estos momentos ya completó tratamiento con sueros citostáticos y está en seguimiento oncológico.

5to día de radiación

Ultrasonido 14-7-06. Figura 1



Fig.1. Ultrasonido realizado al quinto día de radiación. Obsérvese placenta posterior baja que ocluye OCI.

Cefálico

DBP: 39 ± 17 semanas

LC presente

LA normal

CA: 111

9^{no} día de radiación

Ultrasonido 20-7-06

Pelviano

DBP: 39 semanas

LC presente

LA normal

Placenta lateral derecha con proyección anterior que llega al OCI.

Hacia labio posterior se observa acentuación vascular con aspecto infiltrativo y cambio en la ecotextura del útero a ese nivel.

14 días de radiación

Ultrasonido 28-7-06. Figura. 2



Fig. 2. Adelgazamiento de la porción placentaria que alcanza el OCI, persiste el patrón vascular acentuado en labio posterior

Cefálico

DBP: 44 ± 18-19 semanas

LC presente

LA normal

Ultrasonido 4-08-06

Cefálico

DBP: 34 cabalgamiento de los huesos del cráneo.

LC ausente

LA disminuido

Adelgazamiento de la porción placentaria que alcanza el OCI, persiste el patrón vascular acentuado en labio posterior.

Impresión diagnóstica, óbito fetal.

DISCUSIÓN

En casi todos los países del mundo se ha realizado un gran esfuerzo para controlar el cáncer del cérvix. El papova es el factor etiológico más importante y se transmite por contacto sexual. Otros factores ligados a la transmisión sexual son las infecciones genitales, múltiples compañeros sexuales, paridad, edad de las primeras relaciones sexuales y del primer parto, entre otras. ⁶

El test de Papanicolaou o prueba citológica se ha aplicado en casi todo el mundo y contribuye a la detección precoz de esta neoplasia y a su correspondiente tratamiento, aunque existen fallas de ese programa. Una deficiencia importante, es que el personal que toma la muestra, casi siempre técnico, no insiste en buscar la

zona de transformación maligna, la cual se encuentra dentro del canal cervical en las mujeres postmenopáusicas y es donde comienzan las alteraciones epiteliales como la neoplasia intraepitelial del cérvix (NIC) hasta el cáncer invasor.⁷

El mayor riesgo de transformación maligna del cáncer cérvico vaginal es el período en que la mujer presenta una mayor actividad metaplásica y esas células tienen cierta capacidad fagocítica que pueden introducir en ellas virus como el papiloma virus humano (PVH) y evoluciona hacia una NIC y posteriormente a un carcinoma.⁸

El carcinoma de cérvix se propaga de una forma ordenada. Los ganglios adyacentes al cérvix son los primeros que son invadidos y los saltos metastásicos no son frecuentes. Las pacientes que presentan ganglios metastásicos para-aórticos, generalmente tienen invasión ganglionar en la pelvis.^{9, 10}

Referente a los cambios que se producen durante el embarazo existe discrepancia sobre si el embarazo influye en el pronóstico de las pacientes con cáncer cervical o no.

La placenta ha sido vista como un órgano pasivo, como si a través de ella pasaran moléculas indiscriminadamente entre la madre y el feto. En realidad la placenta contiene una plétora de transformadores, algunos de ellos parecen destinados a extraer sustancias extrañas y endógenas que son compuestos tóxicos o dañinos para el feto. Entre esas sustancias están las hormonas esteroideas, que están involucradas en la llamada «hipótesis estrogénica», sobre todo, en los trastornos masculinos del feto.^{11, 12}

El cáncer del cérvix, como todos los cánceres ginecológicos tiene la reputación de ser una amenaza para la vida del feto. Mujeres jóvenes que desean lograr un embarazo a término y que han sufrido algún tratamiento para un cáncer ginecológico, mantienen la esperanza y el deseo de lograr la fertilización. Esto es posible dependiendo del tipo de tumor, etapa y tratamiento recibido.

El diagnóstico en ocasiones se dilata porque el sangrado es erróneamente atribuido a complicaciones del embarazo.

Es por eso que a toda mujer embarazada hay que hacerle un examen ginecológico y una citología en su primera consulta. Ante cualquier sospecha de malignización se debe realizar biopsia.¹³

En aquellas mujeres que presentan un cáncer de cérvix en etapa Ib. con feto viable la conducta terapéutica es una cesárea seguida de una histerectomía radical y una linfadenectomía. Si el embarazo es en el primer trimestre la irradiación externa y el aborto deben de producirse a los 40 Gy.

El pronóstico de los pacientes con cáncer cervical depende en gran medida de lo avanzada que se encuentre la enfermedad en el momento del diagnóstico y de la respuesta al tratamiento impuesto.¹⁴

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American College of Obstetrician and Gynecologists (ACOG). Obesity in Pregnancy(ACOG). Committee opinion, número 315, Sep de 2005; 33-42.
2. Parkin DM, Pisan P, Ferlay J.Estimates of the worldwide incidence of 25 mayor cancer in 1990. Int J Cancer 1999; 80: 827.
3. Petersen WO, Trapp MA, Vierkant RA, et al. Out comes of training nurses to conduct breast and cervical cancer screening of Native American women. Holist Nurs Pract 2002; 16(2): 58.
4. Falconer AD, Ferns P. Pregnancy outcomes following treatment of cancer. J Obstet Gynecold 2002; 22(1):43.
5. Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico Uterino. 2001.La Habana.
6. Pérez Echemendía M. Ginecología Oncológica Pelviana. Cáncer Cérvico Uterino.La Habana:Editorial Ciencias Médicas;2006 P 79-132.
7. Skegg DCG, Corwin PA, Paul C. Importance of the male factor in cancer of the cervix. Lancet. 1982; 2:581.
8. Castellanos MR. Hayes RL, Maiman MA. Synthetic peptides induce a citotoxic response against Human Papiloma Virus type 18. Gynecol Oncol 2001; 1:77.
9. Castrillon DH, Lee KR, Nucci MR. Distinction between endometrial and endocervical adenocarcinoma: an inmunohistochemical study. Int J Gynecol Pathol. 2002; 21(1): 1.
10. Wei LH, Kuu ML, Chen CA, et al. Interleukin-6 in cervical cancer: the relationship with vascular endothelial growth factor. Gynecol Oncol 2001; 82 (1): 49.
11. Sharpe RM. The «oestrogen hypothosis-where do we stand now? Int J Androl 2003; 26(1): 2.
12. Gaskell TL, Robinson LL, Groome NP, et al. Differential Expression of two Estrogen Receptor beta Isoforms in the Human Fetal Testis during the second trimester of Pregnancy. J Clin Endocrinol Metab. 2003; 88(1): 424.
13. Hacker NF, Berek JS, Lagasseld, et al. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. Obstet Gynecol. 1982; 59:735.
14. Schlaerth JB, Spirtos NM, Carson LF, et al. Laparoscopic retroperitoneal Lymphadenectomy followed by immediate laparotomy in women with cervical cancer: a gynecologic oncology group study. Gynecol Oncol 2002: 85(1): 81.

Recibido: 24 de abril de 2008.

Aceptado: 31 de julio de 2008.

Dra. Walkiria Bermejo Bencomo. Especialista de II Grado en Ginecobstetricia.
Auxiliar. Hospital Ginecobstétrico Provincial Docente Ana Josefa Betancourt de Mora
Camagüey, Cuba.