

CANCER DE CUELLO UTERINO Y EMBARAZO*

Drs.: J. LAGRUTTA; F. QUIJANO; M. BORISOVSKY y CARMEN del V. de FERNANDEZ
Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata Cátedra de Ginecología.

Las estadísticas revelan que el cáncer del cuello es mucho más frecuente en las mujeres que han tenido hijos, y ya Pearl en 1930 señalaba que su presentación era ocho veces mayor que en las nulíparas; en la estadística de Friedell, Hertig y Yaunge sobre 235 carcinomas in situ, el 98% habían tenido uno o más hijos antes del diagnóstico y en la de Runge y Zeit sobre 3,430 casos de carcinoma cervical sólo el 7% eran nulíparas.

No debe, pues, dejarse de lado la posibilidad de que una mujer embarazada puede ser portadora de un carcinoma del cuello uterino y es precisamente en ella cuando el médico, deslumbrado por el problema del embarazo y la necesidad de llevarlo a feliz término, olvida aquella posibilidad que dista de ser remota.

Desgraciadamente no es infrecuente que se omita el simple examen de la embarazada con el espéculo y se pierda así la oportunidad de hacer el diagnóstico, pues con frecuencia la enferma no vuelve a ver al ginecólogo u obstetra durante muchos años o la hace sólo con motivo de un nuevo embarazo.

Ese temor injustificado a colocar el espéculo y la ligereza en la apreciación de los síntomas hace que frecuentemente se atribuya una hemorragia genital a una complicación del embarazo (amenaza de aborto en la primera mitad o placenta previa en la segunda).

Si bien es rara la asociación del cáncer y embarazo en sus estadíos avanzados ya que lo enferma en tales condiciones excepcionalmente se embaraza, es bastante frecuente en las formas iniciales y pre-invasoras en las que precisamente el tratamiento oportuno puede lograr la eliminación definitiva de la neoplasia.

Claro está que como yo veremos, el diagnóstico en estas formas iniciales es difícil tanto desde el punto de vista clínico como histológico por las modificaciones que el embarazo imprime al cuello. Novak, Hellman, Epper-

* Trabajo presentado al Segundo Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología.

son, Nesbitt, entre otros, llamaron la atención sobre los caracteres de las mismas que en algunos casos serían indistinguibles del carcinoma intraepitelial y desaparecerían después del embarazo (Hellman, Gruninger).

Los cambios que el embarazo produce en el cuello uterino se pueden resumir en la siguiente forma:

1) En el estroma: edema y aumento de la vascularización e infiltración leucocitaria, siendo además frecuente la transformación decidual que Bret y Coupez estiman de una frecuencia de 10 al 34% de los embarazos. Nosotros la hemos hallado en 11 casos sobre 640 embarazadas portadoras de alguna lesión del cuello.

2) En el epitelio plano: modificaciones que van desde la hiperplasia simple o malpighiana con o sin acantosis, a la hiperactividad basal típica o atípica.

3) Alteraciones a expensas de las "células de reserva" (Hellman) que consistirían en proliferación, hiperplasia, metaplasia, hiperplasia adenomatosa y aun anaplasia. Además se observa una tendencia a la dilatación quística de las glándulas endocervicales ectropionadas, a la eversión del epitelio glandular del endocervix y a la inflamación del mismo, produciendo verdaderas "ectropionitis". Esta inflamación que las más de las veces es inespecífica, otras veces es producida por una moniliasis o con más frecuencia aún por la trichomoniasis. Nosotros en una estadística sobre 441 embarazadas que nos fueran enviadas por presentar alguna lesión cérvico-vaginal hallamos esta última en el 11,34% de los casos.

Podemos considerar el problema del cáncer de cuello y embarazo desde dos puntos de vista diferentes:

a) Los carcinomas que se presentan en mujeres que consultan por su embarazo.

b) El antecedente de embarazo reciente en las pacientes portadoras de carcinoma.

El primer punto se refleja en el cuadro N° 1, tomado del trabajo de Lagrutta, Laguens y Borisovsky y en el que se observa una gran variedad en las cifras, lo que muy probablemente depende de los métodos diagnósticos empleados (citológico, colposcópico, examen de rutina, tipo de biopsias, etc.).

Las cifras que nosotros presentamos no pueden compararse con éstas ya que aún no se efectúa en el Instituto de Maternidad en el que actuamos, el estudio sistemático colposcópico y colposcópica, ya que solamente son enviadas al Consultorio de Patología Cervical las embarazadas portadoras de alguna lesión aparente del cuello uterino.

El segundo punto se refiere a las enfermas portadoras de un carcinoma con antecedentes recientes de embarazo, las que resumimos en el cuadro N° 2.

CUADRO N° 1

AUTOR	N° de embar.	Cáncer del cervix	Promedio	%
Kistner		135	1 x 2.000	
Da Cunha (1950-1957)	33.940	6		0,0017
Heredia (I. Mat. Córdoba)	46.850 (partos)	10		
Meigs Sturgis (Maya Clinic)				
(1940-41)	8.500	0		
(1945)	600	2		
Kaller-Varo				0,02
Stutzer				0,09
Hayden (7 estadísticas)				0,024
Stander-Lein (1950-58)				
(Marion Country General Hosp.)				
Hasta 4 meses (postparto o aborto)	19.904	9	1 x 2.200	
Marsh-Fitzgerald	4.067	20		0,49 (b)
Carter	8.000			0,28 (b)
Varangot y col.	1.108.352	446		
Spujt y col.				
(Washington Med. Obst. Clinic)				
(Oct. 55-Mayo 58)	3.300	7	1 x 459	
Thornton y col.	8.540	5 (a)	1 x 1.690	
Carter y col.	2.985	14 (a)	1 x 213	
Hayden	81.806	12 (a)	1 x 6.817	
Kottmeier			1 x 6.000-7.000	
Douglas y Stromme	8.100	1 (a)	1 x 8.180	
Mount Sinai Hospital	21.000	2 (a)	1 x 10.500	

(a) Cáncer invasor
(b) Cáncer "in situ"

CUADRO N° 2

Autor	Cáncer	Embarazo	%
Meigs Sturgis	3.570	25	0,7
Arena Votta (1944-52)	166	3	1,8
De Rezende (1946)			
(Síntesis casuist. mundial)	49.114	170	0,34
Dionisi			
(Hasta 6 meses postparto)	1.563	32	2,05
Darcis			0,71
Stutzer			1,8
Guixa Cansoli			
(1ra. Cátedra Bs. As. 1944-58)	723	9	1,2
Hayden (7 estadísticas)			
Ahumada y Salaber (1953)	40.570	282	0,6
(31 estadísticas)			
Lagrutta, Quijano, Borisovsky			
(Inst. Maternidad de La Plata) (1)	185	36	19,4

(1) Hasta 2 años postparto o aborto.

¿Cuál es el plan ideal para la búsqueda sistemática del cáncer en la embarazada?:

El examen genital, incluido el citológico, de rutina en toda embarazada, aunque no presente lesión visible del cuello. Si la citología es sospechosa o positiva, remitir la paciente al Consultorio de Patología Cervical Uterina para el examen correspondiente. La misma conducta se observará frente a cualquier lesión cervical.

Experiencia del Instituto de Maternidad de La Plata

Hemos efectuado el trabajo de revisión que presentamos teniendo en cuenta los dos aspectos señalados. 1) En primer término hemos examinado todo el material de carcinomas del cuello uterino y tenido en cuenta los antecedentes de cada una de las pacientes; sobre 185 carcinomas, 36 tenían antecedentes de embarazos en un lapso menor de dos años hasta que el diagnóstico fuera hecho; de ellos, 28 eran ya invasores, por lo que es lógico suponer que la enferma tenía ya el carcinoma cuando concurreó a la consulta por su embarazo.

Es innecesario destacar que si se hubieran utilizado los métodos de pesquisa adecuados pudo haberse hecho el diagnóstico en tal ocasión.

CUADRO N° 3

Antecedentes obstétricos (dentro de los dos años) en 185 enfermas de carcinoma del cuello uterino.

Con antecedentes obstétricos
inmediatos (menos de 3 meses)

Coexistentes: 2
20 días : 2
2 meses : 1
3 meses : 2
Total : 14

Con antecedentes obstétricos
mediatos (de 3 a 24 meses)

5 meses: 2
8 meses: 2
11 meses: 1
12 meses: 5
14 meses: 1
16 meses: 1
18 meses: 2
21 meses: 1
24 meses: 7
Total : 22

2) En segundo término hemos efectuado en el Consultorio de Patología Cervical Uterina el estudio de las enfermas embarazadas que nos fueron remitidas por presentar alguna lesión de cuello.

Realizamos en ellas el examen sistemático, incluido el citológico mediante el raspado superficial de ectocervix y la observación traqueloscópica; esta última muy cuidadosa por los caracteres ya señalados en el cuello uterino de estas enfermas en las que la congestión, el edema, la tendencia a la eversión y a la ectopia, le confieren un aspecto a veces muy sospechoso y de diagnóstico difícil para el ojo no avezado.

Esta imagen de ectopia adquiere aquí un aspecto particular, pues las papilas presentan un tamaño irregular y al lado de las típicas formas micropapilares se observan otras de aspecto francamente polipoideo; además el edema y la intensa congestión predispone a la hemorragia ante el simple frote de la espátula. Por otra parte, la irritación que en las glándulas ectopionadas produce el ambiente vaginal ácido, así como la frecuente infección producen una espesa y adherente secreción mucosa que cubre completamente el hocico de tenca y que es muy difícil de limpiar. La permanente humedad macera el epitelio plano y éste es remplazado por epitelio cilíndrico más resistente de origen endocervical (R. Meyer, Schroeder, etc.), lo que aumenta aún más la ectopia y la secreción mucosa.

Sabemos que frecuentemente el carcinoma en sus primeras etapas asienta en el límite cilíndrico-pavimentoso que en la ectopia de la embarazada se desplaza muy hacia afuera, por lo que el ojo del colposcopista no debe perderse en la suculencia y extensión de las lesiones aparentes sino que debe buscar por fuera de ellas, a veces casi en los fondos de saco las imágenes atípicas (leucoplasia, mosaico y base) que pueden corresponder a un carcinoma intraepitelial o recientemente invasor.

Encontrada una imagen sospechosa o francamente maligna procedemos a efectuar la biopsia bajo control colposcópico. Creemos que la colposcopia tiene aquí una de sus indicaciones más precisas, ya que permite la toma selectiva; sin ella la biopsia se perdería en la extensión y suculencia del cuello, en tanto que los otros tipos de biopsia (circular, en cuatro cuadrantes, cónica) producen profusas hemorragias y esta última origina con frecuencia el aborto.

Todo es confuso en el cuello de la embarazada: la **citología** por la posibilidad de extendidos clase III sin lesión maligna (Hellman 5%, Nesbitt 7,9%, Kantor 4,4%, Lagrutta y col. 2,14%); sin embargo, estamos de acuerdo con Ferguson cuando dice que "es peligroso dar por sentado que la citología anormal durante el embarazo se debe a éste, ya que las gestantes podían estar exfoliando células clase III, IV ó V antes del mismo"; la **colposcopia**, por la dificultad de interpretar ciertas imágenes entre otras, la forma ulcerada de la deciduosis que produce con frecuencia hemorragia genital o sinusiorragia y por lo necesidad de una cuidadosa observación; y, por último, la **histología**,

por la dificultad de interpretar ciertos preparados que constituyen una verdadera "clase III histológica", así como por la desaparición después del parto del carcinoma intraepitelial señalada por diversos autores (Jorge, Epperson, Novak, Green, etc.).

Sobre 640 embarazadas que nos fueron enviadas por presentar alguna lesión del cuello hemos hallado los siguientes carcinomas: Cuadro 4: (Estudio que efectuamos desde fines de 1959 en que fue creado el Consultorio de Patología Cervical Uterina).

CUADRO N° 4

**Total de carcinomas en 640 embarazadas
Imágenes colposcópicas**

Estado evolutiva	Leucoplasia	Mosaico	F. Asac.	transf. anormal		II	III	IV
				Zonas de				
						Citología		
Intraepitelial	7	4	1	1	1	—	3	4
Invasor	2	1	—	1	—	1	—	1
Totales	9	5	1	2	1	1	3	5

Es decir, 7 carcinomas intraepiteliales (1,09%) y dos recientemente invasores (0,31%), en total 9, es decir, 1,40%, con coincidencia colposcópica y citológica en 8 y un extendido falso negativo en un carcinoma recientemente invasor. Facken y Franz que estudiaron colposcópicamente y por biopsia 740 embarazadas, hallaron carcinoma in situ en 3,27% y Nesbitt y Hellman en 300 mediante citología y biopsia lo hallaron en 0,66%.

¿Cuál es nuestro criterio terapéutico?: Tenemos un criterio general, pero que no aplicamos indiscriminadamente; en cada caso él surge en definitiva de la colaboración del colposcopista y el anátoma-patólogo. En el carcinoma intraepitelial esperamos hasta después del parto (3 casos), pero se repite la biopsia de las imágenes colposcópicas sospechosa en el octavo mes, ya que si el proceso se hubiera hecho invasor no permitimos aquel por las vías naturales y antes que ocurra hacemos la operación cesárea e histerectomía ampliada en el mismo acto operatorio.

Pero si el carcinoma intraepitelial corresponde a una imagen sospechosa y extensa o ésta se pierde en el canal cervical, hacemos la conización (4 casos) por el riesgo de que dentro de éste haya ya un cáncer invasor (cosa que nos ocurrió en un caso), aún con el peligro de interrumpir el embarazo, lo que ocurrió en la mayor parte de las veces.

Si se trata de un cáncer invasor hacemos la histerectomía ampliada en la primera mitad del embarazo, en tanto en la segunda mitad esperamos la viabilidad del feto, para proceder como ya hemos mencionado (operación cesárea e histerectomía ampliada).

CONSIDERACIONES

La experiencia de muchos autores y la nuestra permite afirmar la necesidad de efectuar por lo menos la citología exfoliativa mediante el raspado superficial de extocervix en todas las mujeres embarazadas, en las que no se debe omitir por ningún motivo el examen mediante el espéculo.

En los casos de citología sospechosa o positiva, ante cualquier lesión que el examen visual sorprenda, realizar el examen colposcópico que si es útil en la enferma corriente es indispensable en la embarazada, por la precisión con que permite efectuar la más inocua de las biopsias e identificar las lesiones, tan difícil por el examen visual directo en el cuello de la gestante.

El embarazo puede ser la única ocasión que nos brinde una mujer para el diagnóstico oportuno del cáncer cervical; si ella está ya atacada por un carcinoma invasor, luego del parto disminuyen apreciablemente sus probabilidades de curación y nuestra será la culpa de un diagnóstico tardío injustificable.

En el cáncer invasor el criterio a seguir puede ser uniforme, pero creemos que en el intraepitelial debe surgir de la estrecha colaboración entre el patólogo y el colposcopista, con lo que muchas veces podrá lograrse conservar el hijo sin poner en peligro el futuro de la madre.

S U M M A R Y

The authors present their experience in the Instituto de Maternidad de la Plata, Argentina, from two aspects: 1) The antecedent of pregnancy in 185 cases of carcinoma of the cervix; they found that 36 of them had a pregnancy in a lapse of two years to the time of diagnosis. 2) In the examination of 640 pregnancies with some type of cervical pathology, 9 cases of carcinoma were found; this means an incidence of 1.4%. Some therapeutic attitudes are also presented.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—ALLAN O. J. and FERGUSON J. H.: "Cold conization of the cervix". *Obst. & Gynec.* 15; 396; 1960.
- 2.—ARENAS U. y VOTTA: "Comentario sobre un caso de decíduosis cervical". *Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs. As.* XXXVI; 511; 147; 1957.
- 3.—ARENAS U. y VOTTA: "Carcinoma de cuello del útero y embarazo". *Anales Cl. Ginec. y Cirugía.* Abd. Ramos Mejía IV; 211; 1952-53.
- 4.—BERGER J. et GRUNINGER: "L'évolution des atypies aggravées au nivel du col uterin decéees in graviditate". *Gynec. et Obst.* LIX; 168; 1959.
- 5.—BRET J., COUPEZ F.: "Colposcopie". Masson et Cie. Edit. Paris 1960.
- 6.—BRËT J., COUPEZ F. et de BRUX: "Deciduose du col uterin". *Gynec. et Obst.*; LIX; 199; 1959.
- 7.—CAMPOS J. y SVIHET S.: "Cambios histológicos en el cuello uterino durante el embarazo y diagnóstico del cáncer in situ". *Surg. Gynec. & Obst.* 427; 102; 1956-Sinopsis. *Obst. & Ginec.* III; 444; 1956.
- 8.—CONILL: "Cáncer de cuello y embarazo". *Tratado de Ginecología*, pág. 556; 1960.
- 9.—DA CUNHA P.: "Cáncer de cuello uterino y gravidez". *Acta Gynec. et Obst. Hispano Lusitana* 1958; 7; 269 *Res. Sinop. Obst. y Ginec.* VI; 179; 1959.
- 10.—DARCIS L.: "Cáncer de cuello y embarazo". *Bull. de la Soc. Royale Eelge de Gyn. et d'Obst.*, 1957; 27; 97. *Sinopsis Obst. y Ginec.* IV, 592, 1957.
- 11.—DAVIS A. M.: "Invasive Carcinoma of the cervix". *Medical, surgical and gynecological complications of pregnancy by the Staff of the Mount Sinai Hosp. New York/publish. by Gutt macher A. F. & Rovinsky J*; 303, 1960.
- 12.—DE BRUX J., DUPRE-FROMENT J. et BRET J.: "Deciduose du col uterin". *Gynec. et Obst.* LVIII; 304, 1959.
- 13.—DELASCIO D., CREDIDIO L., PARAVENTI H.: "Reacción decidual del cuello uterino". *Rev. Gynec. et d'Obst. (Brasil)* 1953, 47; 636. *Sinop. Obst. Ginec.*; I; 73; 1954.
- 14.—DE REZENDE: "6º Congreso Arg. de Obst. y Ginec.". 610 observ. public. de incidencia de Cáncer en embarazo. 170 observ. public. de incid. de cáncer en embarazo; 1946.
- 15.—DIONISI H.: "Carcinoma de cuello uterino y embarazo". 9ª Reunión Anual del Interior, 1959; 369.
- 16.—DURANDO A., BASS L.: "Cáncer de cuello de útero y embarazo". *Bol. Soc. Obst. y Ginec. Bs. As.*, 36; 115; 1957.
- 17.—FIGUEROA CASAS P. y PECORONE R.: "Cervicopatía crónica y su relación con el cáncer". *Obst. y Ginec. Lat. Americ.*, XIX; 66; 1961.
- 18.—CAGNON F.: "Estado marital y embarazo en la eclosión del cáncer del cuello uterino". *Cong. Int. de Ginec. et d'Obst. Geneve* 1954; 95 *Res. en Sinopsis Obst. Ginec.*, 1; 519; 1954.
- 19.—GANDOLFO HERRERA H., LAGRUTTA J.: "Nuestra experiencia en el embarazo complicado con cáncer de cuello". 1er. Cong. Uruguayo de Ginecología, 2; 1076.
- 20.—GUIXA H., CONSOLI F.: "Cáncer de cuello y embarazo". 9ª Reunión Anual del interior, 1959; 377.
- 21.—HALL J. E. y ROSEN I. H.: "Significance of the class III cervical smear". *Am. J. of Obst. and Gyn.*, 709; 1960.
- 22.—HELLMAN L. M.: "Changes in cervical epithelium during pregnancy". *Meigs and Sturgis. Progress in Gynec. Volume III*, New York, 1957.
- 23.—HUNT A. B., MUSSEY R. D.: "Cáncer de cuello en el embarazo". *Progresos de la Ginecología.* Meigs J. Strugis A.; 2; 731; 1953.
- 24.—JOHNSON L. D., HERTIG A. T., HINMAN C. H. and EASTERDAY CH.: "Pre invasive cervical lesions in obstetric patients". *Obst. and Gynec. J. of*; XVI; 2; 133; 1960.
- 25.—KAUPPILA O., KANGAS S. and GRONROOS M.: "Post partum colposcopy and cytodiagnosis". *Act. Obst. e Gyn. Scand.* XXXIX; 169; 1960.
- 26.—KANTOR H. I., ROMAN W. B., LEONARD J. T., LEIB L., VAN BURKLEO J. B.: "Cervical cytology in pregnancy". *Am. J. Of Obst. and Gyn.* LXXXI; 729; 1961.
- 27.—LAGRUTTA J., EIRAS A., LAGUENS R., QUIJANO F., FERNANDEZ G. del V. C. y YUNAN E.: "El extendido clase III en el embarazo". XII R. Nacional Anual. Mar del Plata, 1962.
- 28.—LAGRUTTA J., LAGUENS R. y BORISOVSKY M.: "Cáncer de cuello y embarazo". X Reunión Anual del Interior Salta 1960, pág. 62.
- 29.—LAPID L. S.: "Carcinoma in situ of the cervix". "Med. Surg. and Gyn. complications of pregnancy". *By the Staff of the Mount Sinai Hosp. New York.* 303; 1960. *Pub. by Guttmacher A. F. and Rovinsky J.J.*
- 30.—REGUEIRA C. D. y BUREXO G. E.: "Contribución al estudio de la regeneración de la mucosa cervical uterina" *Rev. de la Soc. de Obst. y Ginec. de Bs. As.*; XLII; 400; 1963.

- 31.—RUIZ V., LAGRUTTA J., LAGUENS R., QUIJANO F.: "El extendido grado III (sospechoso) en la colpocitología y su relación con la patología del cuello uterino". *Obst. y Ginec. Lat. Am.*, XVIII; 543; 1960.
- 32.—SALABER J.: "Cáncer de cuello y embarazo". *El cáncer ginecológico*; Ahumada J. C. y col.; 388; 1953.
- 33.—SCHMITZ H. E., ISAACS J. H. and FETHERSTON W. C.: "The value of routine cytologic smears in Pregnancy". *Am. J. Of Obst. and Gyn.*, 79; 910; 1960.
- 34.—SCHULMAN H., FERGUSON J. H.: "Comparison of the behaviour of intra epithelial carcinoma of the cervix in the pregnant and non pregnant patient". *Am. J. of Obst. and Gyn.*; LXXXIV; 1497; 1962.
- 35.—SPUJT H. J., RUCH W. A., MARTIN P. A. and HOBBS J. E.: "Effoliative cytology during pregnancy for detection of carcinoma of the cervix". *Obst. & Gynec.*, 15; 19; 1960.
- 36.—STANDER R. W. and LEIN J. N.: "CARCINOMA of the cervix and pregnancy". *Am. J. of Obst. and Gyn.*; 79; 164; 1960.
- 37.—TERZANO C. LEIBASCHOFF: "Citología del endocervix en la mujer embarazada". 7ª Reunión Anual del Interior, 1956; 254.
- 38.—VOKAER V., de CLERK P.: "Modificaciones histológicas del cuello uterino durante el embarazo. Cáncer intraepitelial y cáncer invasor". *Bull de la S. Royale Belge de Gyn. et d'Obst.*, 27; 181; 1957. *Res. en Sinops. Obst. Ginec.*, 5; 25; 1958.
- 39.—ZUBIZARRETA E.: "Decidua ectópica cervical". *Sinop. Obst. Gin.*, 7; 275; 1960.