



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Cáncer de cérvix metastásico y gestación: una situación poco frecuente que invita a la reflexión

Carola Medina Garrido*, Nuria Garrido Sánchez, Daniel Martínez Campo y Cristina Canseco Martínez

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

Recibido el 28 de diciembre de 2010; aceptado el 5 de abril de 2011

PALABRAS CLAVE

Gestación;
Cáncer de cérvix

KEYWORDS

Pregnancy;
Cervical cancer

Resumen

Introducción: La coexistencia de una gestación y cáncer de cérvix con diseminación metastásica es una situación excepcional que marcará, en el caso que presentamos, la evolución de la misma.

Caso clínico: Paciente de 34 años, gestante de 13 semanas, acude a urgencias por metrorragia. Es diagnosticada de carcinoma invasivo de cérvix. La evolución se complica con tromboembolismo pulmonar masivo y detección de metástasis pulmonares y supraclaviculares. La paciente decide interrupción de la gestación en la semana 17 de la misma.

Discusión: Este es un caso muy poco frecuente, no tanto así la presencia de cáncer de cérvix en estadio precoz en una gestante. Debe recordarnos la necesidad de examen con espéculo y citología en la primera visita de control del embarazo, muchas veces omitida en nuestra práctica habitual.

© 2010 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Metastatic cervical cancer and pregnancy: an unusual and thought-provoking association

Abstract

Background: Coexistence of pregnancy and metastatic cervical cancer in an exceptional situation that will mark, in the presented case, the evolution of the pregnancy.

Case: A 34-year-old woman, gravida 2 para 1, at 13 weeks' gestation was taken to our emergency service with menorrhagia, and was admitted under the suspicion of invasive cervical cancer. Patient's evolution was complicated by the detection of supraclavicular metastasis and massive pulmonary thromboembolism. The patient decides voluntary interruption of pregnancy in the 17th week.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolai_m_g@hotmail.com (C. Medina Garrido).

Conclusions: This is a very unusual case, not as much the presence of an early stage cervical cancer in a pregnant woman. It reminds us of the need to carry out the mandatory gynecological exploration and smear in the first visit of prenatal care, often omitted in our daily practice.

© 2010 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El carcinoma cervical es la neoplasia ginecológica que más frecuentemente complica la gestación. Aún así su incidencia es muy baja, oscila entre 1 y 10 casos por cada 100.000 embarazos. El pronóstico y el tratamiento dependerán del estadio clínico en el momento del diagnóstico, momento en el cual la coexistencia de un embarazo puede complicar la toma de decisiones tanto al médico como a la paciente.

Presentamos a continuación un caso en el que se diagnostica un carcinoma cervical metastásico (estadio IVb) a una gestante en el segundo trimestre de su embarazo.

Caso clínico

Paciente de 34 años, de nacionalidad española, gestante de 14 semanas de amenorrea, acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por hemorragia genital escasa que refiere de una semana de evolución. Sin antecedentes familiares ni personales de interés, salvo fumadora de 10 cigarrillos al día durante 9 años. Antecedentes ginecológicos: usuaria de anticoncepción hormonal durante el periodo que va de los 21 a los 27 años. Recuerda dos controles citológicos, el último en el año 2005, con resultado benigno. Tipo menstrual normal 5/30. Antecedentes obstétricos: un embarazo de curso normal y parto mediante cesárea 3 años antes. Gestación actual espontánea (tras 2 años de deseo genésico). Aporta historia tocología extraclínica del embarazo actual, con primera visita y ecografía normales.

A la exploración clínica se objetiva un cérvix aumentado de tamaño 6 cm de diámetro, indurado y sangrante. A través del orificio cervical se desprende material necrótico-hemorrágico de aspecto cerebroide. Útero aumentado; corresponde con su amenorrea, que alberga gestación evolutiva. Ambos anejos normales y parametrios se exploran libres y elásticos.

Evolución clínica

Se toma una biopsia que fue informada posteriormente como de carcinoma epidermoide infiltrante de cérvix.

A los 8 días de su visita al servicio de urgencias, la paciente reingresa con un cuadro de dificultad respiratoria y dolor en hipocondrio izquierdo, siendo finalmente diagnosticada de tromboembolismo pulmonar masivo, con ingreso e inicio de tratamiento anticoagulante y evolución favorable.

Asimismo se evidencia empastamiento y masa palpable a nivel de hueso supraclavicular izquierdo.

Pruebas complementarias: RM pélvica: útero gestante con masa hipointensa con áreas heterogéneas en su interior de 6 × 5,6 cm de diámetro, que se origina en la parte anterior del cérvix hacia el canal y llega hasta el orificio externo del

cervix, y conglomerados de adenopatías en ambas cadenas ilíacas. No se observa afectación de órganos adyacentes.

Ecografía de cuello: adenopatías hiperecogénicas de tamaño significativo, la mayor de ellas de 1,4 cm, adyacentes al espacio carotídeo izquierdo, compatibles con infiltración metastásica.

Punción-aspiración con aguja fina de tumoración supraclavicular izquierda: sugestiva de carcinoma de cérvix pobremente diferenciado.

Tras ser informada de su situación clínica y de las opciones de tratamiento oncológico, la paciente solicita interrupción voluntaria del embarazo bajo el supuesto de grave riesgo de salud materna.

A las 17 semanas de gestación se realiza cesárea sin incidencias, extrayéndose un feto de sexo masculino, sin malformaciones, de 138 g de peso y somatometría acorde con edad gestacional. Durante el puerperio se completa estudio de extensión: TC toraco-abdomino-pélvica: lesión nodular en región supraclavicular izquierda de 3 cm de diámetro y otras menores adyacentes. Mediastino centrado sin evidencia de adenopatías. Nódulos pulmonares de diferentes tamaños (al menos cuatro) compatibles con metástasis pulmonares, e imágenes de masa periféricas secundarias a infartos pulmonares. No se vieron alteraciones en el hígado, vesícula, páncreas, bazo, glándulas suprarrenales, riñones, ni a nivel óseo. Útero aumentado con masa en cérvix ya conocida. Conglomerados múltiples de adenopatías de localización retrocrurol y retroperitoneal entre aorta y cava, paraaórticas izquierdas y acompañando a vasos ilíacos.

Diagnóstico: neoplasia de cérvix uterino grado III, estadio IV B.

Se inició tratamiento por servicio de oncología con quimioterapia basada en cisplatino 50 mg/m² día 1 y topotecan 0,75 mg/m² días 1, 2 y 3, administrados cada 21 días con buena tolerancia.

Discusión

Se trata este de un caso peculiar por la coexistencia de carcinoma de cérvix con diseminación metastásica y gestación, situación infrecuente tanto en la práctica clínica como en la bibliografía revisada. Hacker et al¹ estiman que un obstetra puede esperar ver un caso de cáncer cervical en gestante aproximadamente cada 10 años y la mayoría de éstos serán diagnosticados en estadios precoces^{2,3}. Probablemente, esto sea resultado del cribado realizado en nuestro medio de patología cervical, aunque no se puede descartar que estadios avanzados de la enfermedad interfieran con la concepción⁴. De hecho, nuestra paciente refiere demora de 2 años para la consecución de su segundo embarazo.

De toda la bibliografía consultada sobre carcinoma cervical sincrónico con gestación, sólo en la revisión de Jones

et al⁵, con un número relativamente alto de casos (161), encontramos una paciente en estadio IVb, como la nuestra.

Entre las posibles causas a las que se puede atribuir el hecho de que la paciente haya sido diagnosticada en un estadio tan avanzado de la enfermedad destacan:

- Ausencia de correcta exploración cervical y citología, que debería realizarse en toda primera visita de control de la gestación.
- La paciente había permanecido asintomática hasta el momento del diagnóstico, situación que se observa tan sólo en el 1,4% de los casos avanzados de carcinoma cervical⁶.
- Evolución relativamente explosiva de la enfermedad, sobre todo si damos por verdadero negativo el resultado de la citología benigna que refiere haberse realizado la paciente en 2005. Recordemos que la sensibilidad de la citología va del 30 al 87%, con un promedio de 50%⁷⁻⁹. El tiempo de transición desde los estadios precoces de displasia cervical (CIN I-II) hasta el carcinoma *in situ* suele ser de varios años, y de éste a carcinoma microinvasivo pueden pasar entre 5 y 10 años⁷. De hecho, la edad media de las pacientes diagnosticadas en estadio IV es de 58,3 años⁸.

Este estadio avanzado y las complicaciones médicas de la paciente hacen que ésta, informada de las posibles alternativas (principalmente, quimioterapia sistémica con feto intraútero⁹⁻¹³), decida finalizar la gestación en la semana 17 de la misma.

La finalización se llevó a cabo mediante cesárea, ya que parece haber consenso general sobre evitar la vía vaginal cuando existe gran masa tumoral^{14,15}. Actualmente, la paciente lleva a cabo tratamiento en el servicio de oncología de nuestro hospital, con quimioterapia sistémica y buena respuesta inicial, en la que se observa disminución del tamaño de sus lesiones.

Este caso pone de manifiesto lo que desgraciadamente es una práctica común en nuestro medio: la omisión de la exploración ginecológica de la embarazada. La gestación representa una excepcional oportunidad para el diagnóstico de la patología cervical, ya que una parte no despreciable de la población acude por primera vez al ginecólogo con motivo del embarazo. Es fundamental mejorar los programas de detección precoz de lesiones invasoras de cuello uterino, así como concienciar a los obstetras de la necesidad del examen con espéculo y citología en el control antenatal. Se pretende evitar de este modo, en primer lugar, el desarrollo de una neoplasia invasora, y en segundo, la finalización

indeseada de la gestación, decisión que se adoptó en el caso objeto de este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hacker NF, Berek JS, Lagasse LD, Charles EH, Savage EW, Moore JG. Carcinoma of the cervix associated with pregnancy. *Obstet Gynecol.* 1982;59:735-46.
2. Van Calsteren K, Vergote I, Amant F. Cervical neoplasia during pregnancy: diagnosis, management and prognosis. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2005;19:611.
3. Zemlickis D, Lishner M, Degendorfer P, Panzarella T, Sutcliffe SB, Koren G. Maternal and fetal outcome after invasive cervical cancer in pregnancy. *J Clin Oncol.* 1991;9:1956.
4. Karam A, Holschneider CH. Cervical cancer in pregnancy. UpToDate, Basow DS, editor, UpToDate, Waltham, MA, 2010.
5. Jones WB, Shingleton HM, Russell A, Fremgen AM, Clive RE, Winchester DP, et al. *Cancer.* 1996;77:1479-88.
6. Celorio A, Celorio J, Calero F, Armas A. *Fundamentos de ginecología oncológica.* Bilbao: Ediciones Diaz de Santos; 1986.
7. Kitchener H, Castle PE, Cox JT. Achievements and limitations of cervical cytology screening. *Vaccine.* 2006;24 Suppl 3:63-70.
8. Wright TC, Mento M, Myrthle J, Chow C, Singer A. Visualization techniques (colposcopy, direct visual inspection, and spectroscopy and other visual methods). *Acta Cytol.* 2002;46:793-800.
9. Nanda K, McCrory DC, Myers ER, Bastian LA, Hasselblad V, Hickey JD, et al. Accuracy of the Papanicolaou Test in screening for and follow-up of cervical cytology abnormalities: A systematic review. *Ann Intern Med.* 2000;132:810-9.
10. Disaia PJ, Creasman WT. *Ginecología oncológica.* 3.ª ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana S.A.; 1991. p. 17-8.
11. Benedet J, Odicino F, Maisonneuve P, Severi G, Creasman W, Shepherd J, et al. Carcinoma of the cervix uteri. En: *Annual Report on the results of treatment in gynaecological cancer.* J Epidemiol Biostatistics. 1998;3:63-74.
12. Giacalone PL, Laffargue F, Benos P, Rousseau O, Hedon B. Cisplatin neoadjuvant chemotherapy in a pregnant woman with invasive carcinoma of the uterine cervix. *Br J Obstet Gynaecol.* 1996;103:932.
13. Anabuki K, Kitazima S, Koda S, Takahashi N. Reproductive studies on cisplatin. *Yakuri to Chiryō.* 1982;10:659.
14. Keller KA, Aggarwal SK. Embryotoxicity of cisplatin in rats and mice. *Toxicol Appl Pharmacol.* 1983;69:245.
15. Kopf-Maier P, Merker HJ. Effects of the cytostatic drug cisplatin on the developing neocortex of the mouse. *Teratology.* 1983;28:189.