



PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Uso de la traquelectomía radical en cáncer de cérvix con histología infrecuente: a propósito de 2 casos



Sara Tato Varela*, M. Nieves Cabezas Palacios, Francisco Márquez Maraver, Alfredo Polo Velasco, Julián Jiménez Gallardo e Inmaculada Rodríguez Jiménez

Unidad de Gestión Clínica de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 20 de abril de 2015; aceptado el 24 de abril de 2015
Disponible en Internet el 4 de junio de 2015

PALABRAS CLAVE

Adenocarcinoma de células claras;
Tumor sincrónico cervical;
Traquelectomía radical;
Ganglio centinela;
Cáncer de cérvix

KEYWORDS

Clear cell adenocarcinoma;
Synchronous cervical tumors;
Radical trachelectomy;
Sentinel node;
Cervical cancer

Resumen La traquelectomía radical es una intervención que permite preservar la fertilidad en mujeres jóvenes con cáncer de cérvix en estadio precoz. Su seguridad ha sido sobradamente demostrada en el tratamiento de la estirpe escamosa, pero existen dudas sobre la conveniencia de usarla en histologías vinculadas tradicionalmente a un peor pronóstico. Presentamos aquí 2 casos atípicos de cáncer de cérvix (adenocarcinoma de células claras y carcinoma escamoso con adenocarcinoma coexistente) intervenidos mediante traquelectomía radical previa biopsia de ganglio centinela pélvico.

© 2015 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Use of radical trachelectomy in cervical cancer with rare histology: Two case reports

Abstract Radical trachelectomy is a surgical technique that allows young women with early invasive cervical carcinoma to preserve their fertility. Although its safety has been demonstrated in squamous histology, doubts remain about the advisability of this intervention in histological types traditionally associated with a worse outcome. We describe two cases of rare cervical tumors (clear cell adenocarcinoma and synchronous invasive squamous cell carcinoma and invasive adenocarcinoma) treated with radical trachelectomy after pelvic sentinel node biopsy.

© 2015 SEGO. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La traquelectomía radical es un método ampliamente usado para el tratamiento conservador del cáncer de cérvix invasivo

en estadios precoces en mujeres con deseo genésico¹⁻⁴. Si bien para su realización se han postulado múltiples tipos de abordaje⁵⁻⁷, la vía vaginal parece ser la que mejores resultados de fertilidad proporciona a largo plazo^{2,4,8}.

Presentamos 2 casos de cáncer cervical de histología infrecuente^{9,10} intervenidos mediante traquelectomía

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: s.tato.varela@gmail.com (S. Tato Varela).

radical vaginal tras técnica de biopsia de ganglio centinela en nuestro centro, así como una revisión de la literatura disponible.

En ambos casos se inició la intervención mediante la extirpación perlaparoscópica y biopsia intraoperatoria de ganglio centinela pélvico. El marcaje para detección se realizó con tecnecio 99 y azul de metileno y siempre fue posible extirpar un ganglio de cada hemipelvis, lo cual resulta importante porque el drenaje ganglionar cervical es bilateral y aún no existen métodos que permitan predecir a qué hemipelvis irán los émbolos linfáticos metastáticos¹¹. Independientemente del resultado de la biopsia intraoperatoria, se procedió posteriormente a realizar la linfadenectomía pélvica completa, ya que en el momento de las intervenciones la técnica de ganglio centinela en cáncer de cérvix se encontraba en proceso de validación.

El procedimiento empleado para la traquelectomía radical vaginal fue el descrito por Dargent^{1,5}. En los 2 casos se finalizó la intervención con la colocación de un cerclaje cervical permanente con sutura irreabsorbible para la prevención de parto pretérmino en caso de futura gestación^{1,5,7}.

Casos clínicos

Primer caso

Mujer de 22 años sin antecedentes medicoquirúrgicos relevantes que aporta diagnóstico extraclínico de adenocarcinoma de células claras.

La exploración evidencia una formación polipoidea sangrante de 2 cm dependiente del labio anterior de cérvix. El tacto bimanual demuestra un útero móvil y el tacto rectal da la impresión de parametrios libres. La ecografía transvaginal manifiesta útero y ovarios normales.

Se realiza una biopsia urgente, obteniendo idéntico resultado histológico, y una resonancia magnética nuclear que confirma la estadificación clínica IB1 al no observarse afectación parametrial ni linfática.

Se decide realizar una traquelectomía vaginal radical previa biopsia selectiva de ganglio centinela pélvico. En abril de 2012 se extraen por vía laparoscópica transperitoneal 2 ganglios centinela (uno derecho y uno izquierdo) previamente visualizados por SPECT-TAC, los cuales resultan ser negativos en la biopsia intraoperatoria. Posteriormente se realiza la traquelectomía radical por vía vaginal (fig. 1) y la colocación de cerclaje (fig. 2).



Figura 1 Traquelectomía radical vaginal según la técnica de Dargent.

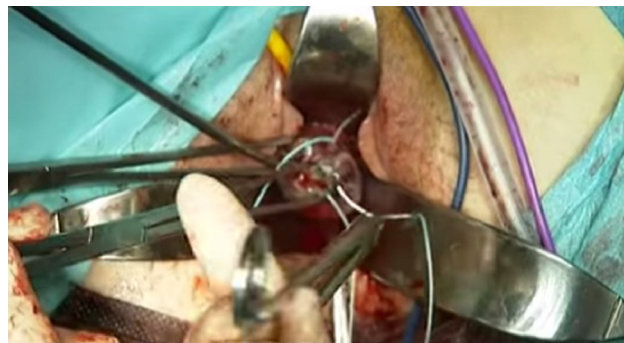


Figura 2 Colocación de cerclaje permanente.

El diagnóstico anatomopatológico definitivo es de adenocarcinoma de células claras de alto grado, el cual mide 1,5 cm de diámetro e infiltra 0,7 cm en profundidad. Es de predominio ectocervical, aunque se extiende levemente a endocérnix (menos del 10%). No existe invasión linfovascular y todos los ganglios extraídos son negativos.

La evolución postoperatoria es satisfactoria y la paciente se encuentra asintomática en el momento de la redacción de este artículo.

Segundo caso

Mujer de 27 años sin antecedentes relevantes derivada a nuestra consulta por citología con células escamosas atípicas de significado incierto (ASC-US). Se realiza tipificación del virus de papiloma humano, siendo positiva a 16 y 52, y una colposcopia que evidencia cambios mayores. La biopsia subsiguiente informa de carcinoma adenoescamoso.

Se realiza conización para estadificación definitiva con resultado de carcinoma de células escamosas moderadamente diferenciado que invade 4,7 mm de profundidad y adenocarcinoma invasivo bien diferenciado de 10 mm de diámetro con invasión de 7 mm, sin objetivarse invasión linfovascular y con bordes de resección libres.

Tras confirmar la estadificación IB1 se decide realizar una traquelectomía vaginal radical previa biopsia selectiva de ganglio centinela pélvico. En enero de 2013 se procede a la realización de traquelectomía radical vaginal con cerclaje permanente tras comprobar la negatividad de los ganglios centinela pélvicos (un ganglio de cada hemipelvis) (fig. 3).

La anatomía patológica definitiva no evidencia cambios neoplásicos malignos en la pieza de traquelectomía, aunque sí se observa inflamación crónica y displasia endocervical ligera. Los ganglios linfáticos resultan negativos.

La evolución postoperatoria es satisfactoria y la paciente se encuentra asintomática en el momento de la redacción del artículo.

Discusión

El profesor Dargent empleó por primera vez la cirugía preservadora de fertilidad en pacientes afectas de cáncer cervical en estadio precoz en 1986, publicando la técnica en 1994¹². La traquelectomía resulta una técnica muy segura, con tasas de recurrencia entre 2,9-4,7%³ si se emplea en pacientes correctamente seleccionadas.

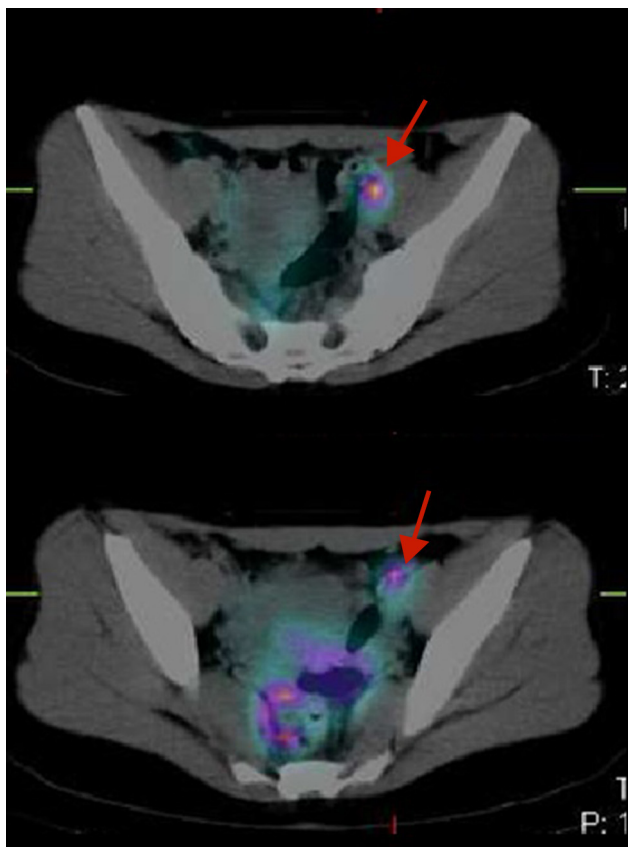


Figura 3 Visualización de ganglios linfáticos ilíacos externos mediante SPECT-TAC, previa a la biopsia de ganglio centinela.

Se consideran pacientes candidatas para esta cirugía aquellas con un tumor cervical estadio FIGO IA1 (con invasión del espacio linfovascular), IA2y IB1^{1,2}. La mayoría de los centros incluyen estadios IB1 siempre que el tumor sea menor de 2-2,5 cm^{2,13} debido al mayor riesgo de extensión extrauterina y de recurrencia que conlleva el mayor tamaño². Si bien una colposcopia minuciosa y un estudio histológico exhaustivo resultan obligatorios previos a la cirugía, solo en tumores de histología altamente agresiva (como puede ser un tumor neuroendocrino de células pequeñas) se considera contraindicada esta técnica quirúrgica².

Se ha discutido mucho acerca de la conveniencia de emplear la traquelectomía vaginal en pacientes con histología de adenocarcinoma debido al mal pronóstico asociado tradicionalmente a esta estirpe anatomopatológica¹; sin embargo, muchos estudios publicados recientemente avalan la seguridad de la cirugía conservadora en estos casos^{1,2,4,9}. Debido a que las histologías que reportamos resultan sumamente infrecuentes (el adenocarcinoma de células claras representa el 2-7% de los adenocarcinomas de cérvix, los cuales son de por sí una estirpe infrecuente cuya incidencia se cifra en 10-20% de las neoplasias cervicales¹³, y los tumores sincrónicos cervicales tienen una frecuencia reportada entre 0,2 y 2%, según la serie)¹⁰, no existen estudios de gran potencia acerca del resultado que aporta la cirugía conservadora en estos casos, si bien nuestras pacientes se encuentran libres de enfermedad en el momento de redacción de este artículo.

Actualmente se proponen 2 variedades técnicas para la realización de la traquelectomía: la traquelectomía simple^{3,14} (en la cual se realiza la extirpación únicamente del cérvix sin exéresis de parametrio o ligamentos uterosacros) y la traquelectomía radical siguiendo la técnica descrita por Dargent et al.^{5,12,14}, que fue la empleada en nuestro centro. Se han postulado como criterios de elegibilidad para la traquelectomía simple la existencia de un tumor menor de 2 cm con invasión estromal menor de 5 mm y sin invasión linfovascular^{3,13}, debido a la baja probabilidad de invasión parametrial (0-0,7%) y recurrencia (0,7-8,5%)¹³.

Múltiples vías de abordaje han sido empleadas en la traquelectomía^{4-6,11}. Probablemente la más estudiada ha sido la vía vaginal, por ser la técnica descrita por Dargent¹¹ y la que tiene acceso más fácil al cérvix. A la vía abdominal se le atribuye una curva de aprendizaje más corta^{2,6} (debido a la similitud técnica con la histerectomía radical de Wertheim), así como una mayor extirpación de tejido parametrial con respecto a la vía vaginal^{2,5,6}. La cirugía robótica otorga una visión óptima del tejido parametrial y la vascularización cervical⁵, a la par que permite un abordaje mínimamente invasivo de la patología tumoral acortando el tiempo de recuperación^{5,6}; sin embargo, no todos los centros disponen del instrumental necesario para su realización, como es nuestro caso.

En probable relación con la menor casuística reportada de abordaje abdominal y laparoscópico^{5,6}, parece ser la vía vaginal la que se asocia a mejores resultados de fertilidad, con tasas de embarazo que oscilan entre el 36 y el 62%²⁻⁴. Si bien la tasa de aborto precoz es semejante en estas mujeres a la población general, parece que la incidencia de aborto en el segundo trimestre está aumentada (9,7%)². Dicho aumento podría explicarse por la incompetencia cervical secundaria a la traquelectomía^{2,7}, por lo que resulta obligatoria la colocación de un cerclaje permanente independientemente de la vía de abordaje para minimizar la posibilidad de parto prematuro⁷.

Como conclusión, nos gustaría señalar que la traquelectomía radical podría resultar una alternativa segura en el tratamiento del cáncer cervical precoz incluso en casos de histologías infrecuentes o tradicionalmente consideradas como desfavorables.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Helmpan L, Grisaru D, Covens A. Early adenocarcinoma of the cervix: Is radical vaginal trachelectomy safe? *Gynecol Oncol*. 2001;123:95–8.
2. Rob L, Skapa P, Robova H. Fertility-sparing surgery in patients with cervical cancer. *Lancet Oncol*. 2011;12:192–200.
3. Raju SK, Papadopoulos AJ, Montalto SA, Coutts M, Culora G, Kodampur M. Fertility-sparing surgery for early cervical cancer — approach to less radical surgery. *Int J Gynecol Cancer*. 2012; 22:311–7.
4. Uzan C, Gouy S, Desroque D, Pomel C, Duvillard P, Balleyguier C. Analysis of a continuous series of 34 young patients with early-stage cervical cancer selected for a vaginal radical trachelectomy. *Int J Gynecol Cancer*. 2013;23:331–6.
5. Mejia-Gomez J, Feigenber T, Arbel-Alon S, Kogan L, Benschushan A. Radical trachelectomy. A fertility-sparing option for early invasive cervical cancer. *Isr Med Assoc J*. 2012;14:324–8.
6. Lim YKT, Chia YN, Quek SC, Yam KL. Radical abdominal trachelectomy for stage IB1 cervical cancer in Singapore. *Singapore Med J*. 2013;54:e204–7.
7. Kim M, Ishioka S, Endo T, Baba T, Akashi Y, Morishita M, et al. Importance of uterine cervical cerclage to maintain a successful pregnancy for patients who undergo vaginal radical trachelectomy. *Int J Clin Oncol*. 2014;5:906–11.
8. Kim CH, Abu-Rustum NR, Chi DS, Gardner GJ, Leitao MM, Carter J. Reproductive outcomes of patients undergoing radical trachelectomy for early-stage cervical cancer. *Gynecol Oncol*. 2012;125:585–8.
9. Romero-Durán E, Chávez-Bravo NC, García-Rodríguez AS. Adenocarcinoma de células claras de cérvix en niña no expuesta a dietiletilbestrol. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2012;50:549–52.
10. Goto K, Takeuchi Y, Yakiyama A, Kotsuji F. Synchronous invasive squamous cell carcinoma and clear cell adenocarcinoma of the uterine cervix: A different human papillomavirus status. *Gynecol Oncol*. 2005;97:976–9.
11. Opazo A. Ganglio centinela en cáncer de cuello uterino inicial. *Alasbibimn J*. 2009;12. AJ46-AJ42.
12. Dargent D, Brun J, Roy M, Mathevet P. La trachelectomie élargie. Une alternative à l'hystérectomie radicale dans le traitement des cancers infiltrants développés sur la face externe du col utérin. *J Obstet Gynecol*. 1994;2:285–92.
13. Grases P. Adenocarcinoma del cuello uterino y sus lesiones preinvasivas. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 2010;70:112–5.
14. Kim HS, Choi CH, Lim MCH, Chang SJ, Kim YB, Kim MA. Safe criteria for less radical trachelectomy in patients with early-stage cervical cancer: A multicenter clinicopathologic study. *Ann Surg Oncol*. 2012;19:1973–9.