

¿ES SEGURA LA CONTINUACIÓN DE UN EMBARAZO ANTE EL DIAGNÓSTICO DE UN CÁNCER DE CÉRVIX?

AUTORAS: Rosales Sevilla, Rebeca; Viar Mata, Vanessa; Martín Escobar, Natalia. Hospital Regional de Málaga.

RESUMEN

Es importante tener una política clara para manejar las situaciones de diagnóstico tumoral durante el embarazo, y ésta debe comenzar con la existencia de un equipo multidisciplinar que tenga pautas de actuación definidas y que hagan participar en la discusión y toma de decisiones a la madre y a los familiares.

INTRODUCCIÓN-OBJETIVOS

La neoplasia maligna más frecuente en el embarazo es el cáncer de cérvix, estimándose que su incidencia es de 1/2.500 embarazos mientras que la incidencia de carcinoma *in situ* es muy superior, aproximadamente de 1/750 embarazos. Aunque ocasionalmente se presente como una hemorragia anormal, generalmente cursa de manera asintomática, por lo que, al igual que sucede en otros cánceres asociados al embarazo, el diagnóstico suele ser ocasional y tardío. El OBJETIVO es conocer si es seguro continuar el embarazo ante el diagnóstico de un cáncer de cérvix.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas (Cochrane Plus, MedLine, Scielo, PubMed...). Palabras clave: Cáncer cervical; Embarazo; Tratamiento.

RESULTADOS

Ante el diagnóstico de un cáncer invasivo de cérvix en estadios iniciales y a una edad gestacional temprana, el tratamiento recomendado sería la cirugía radical con feto *in situ* en los estadios IB-IIA. Otra alternativa para estadios iniciales (IIB-IV) es la radioterapia, aunque se discute si puede ser beneficiosa la evacuación previa del feto dado que a menudo provoca aborto al principio de la gestación.

Para edades gestacionales >20 semanas podría plantearse la posibilidad de diferir el tratamiento, si nos encontramos en estadios iniciales IA y IB1, pero siempre que la paciente sea consciente del riesgo que podría implicar este retraso en su salud. En el resto de estadios se valora seguir el mismo tratamiento que en la no gestante, salvo que la paciente asuma el riesgo de esperar a ser tratada tras alcanzar la madurez fetal, en cuyo caso se puede intentar diferir el tratamiento.

Durante el 3^{er} trimestre hay acuerdo en que se debe demorar el tratamiento hasta después del parto, que será en cuanto se haya asegurado la madurez fetal, incluso en los estadios más avanzados en los que el pronóstico materno no mejora y, sin embargo, podemos obtener un recién nacido maduro. Se recomienda practicar una cesárea con una histerectomía radical posterior.

ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO SEGÚN LA FIGO

Estadio 0: Carcinoma *in situ*, preinvasivo
Estadio IA: Carcinoma invasivo en forma preclínica, microscópica
IA1: Invasión estromal inferior a 3 mm de profundidad y a 7 mm de extensión horizontal
IA2: Invasión estromal mayor de 3 mm y menor de 5 mm. Crecimiento horizontal inferior a 7 mm
Estadio IB: Lesión clínicamente visible confinada al cuello (sin o con afectación del cuerpo uterino) o microscópica mayor que IA2
IB1: Lesión visible menor de 4 cm
IB2: Lesión mayor de 4 cm de extensión máxima
Estadio II: Carcinoma cervical que invade más allá del cuello, pero no a la pared pélvica o al tercio inferior de la vagina
IIA: Sin invasión del parametrio
IIB: Con invasión del parametrio
Estadio III: Extensión a la pared pélvica y/o al tercio inferior de la vagina. Puede causar hidronefrosis.
IIIA: Tumor que afecta al tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica
IIIB: Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o anulación funcional
Estadio IVA: Tumor que invade la mucosa vesical o rectal y/o se extiende más allá de la pelvis menor
Estadio IVB: Metástasis a distancia

DISCUSIÓN

Tanto en los tratamientos más radicales como en los más conservadores, la paciente es la que debe decidir en última instancia cuál es el que quiere recibir una vez se le haya planteado toda la información disponible en nuestro medio. Es una decisión problemática ya que implica en muchas ocasiones el dilema de tener que elegir entre seguir adelante con la gestación o someterse a un tratamiento que asegure o mejore el pronóstico de la paciente, decisión que debe tomarse en poco tiempo y que crea un conflicto que suele afectar a la paciente, su entorno familiar y también al equipo médico.

CONCLUSIONES

A pesar de las recomendaciones establecidas, el tratamiento del cáncer de cérvix en una gestante debe plantearse de forma individual y atendiendo a aspectos propios del tumor, la edad gestacional, así como las características y los deseos de la paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Protocolos SEGO. Cáncer y embarazo. Aspectos Generales. 2013.
2. De la Fuente Pérez P. Cáncer y embarazo. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Barcelona: Ed. Panamericana; 2012. p. 748-57.
3. Sánchez Ramos J. Cáncer genital y de mama durante el embarazo. En: González-Merlo J, editor. Oncología ginecológica. Barcelona: Salvat; 2010. p. 543-56.