

# CERPO

Centro de Referencia Perinatal Oriente

Facultad de Medicina, Universidad de Chile



# Seminario N° 121: Cáncer de Cuello Uterino en el Embarazo

Dra. Mayrana Azevedo Crispim, Dr. Daniel Martin, Dr. Juan Guillermo Rodriguez, Dr. Sergio De la Fuente G.

Ginecóloga Obstetra

# INTRODUCCIÓN



- El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias malignas más comunes en el embarazo
- Incidencia estimada de 8 -15 casos por cada 100.000 nacimientos
- 1% de las mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino están embarazadas
- El tratamiento debe ser individualizado y basado en la etapa del cáncer, el deseo de la mujer de continuar el embarazo y los riesgos de modificar o retrasar la terapia durante el embarazo
- El tipo histológico más frecuente es el epidermoide
- No se encuentran diferencias en la supervivencia de las mujeres respecto al momento del diagnóstico (1.<sup>er</sup>, 2.<sup>o</sup> o 3.<sup>er</sup> trimestre o posparto), y sí las hay dependiendo del estadio

Cancer and pregnancy J. Monleón<sup>a</sup>, L. Goberna<sup>a</sup>, FJ. Monleón<sup>a</sup>

# PRESENTACIÓN CLÍNICA

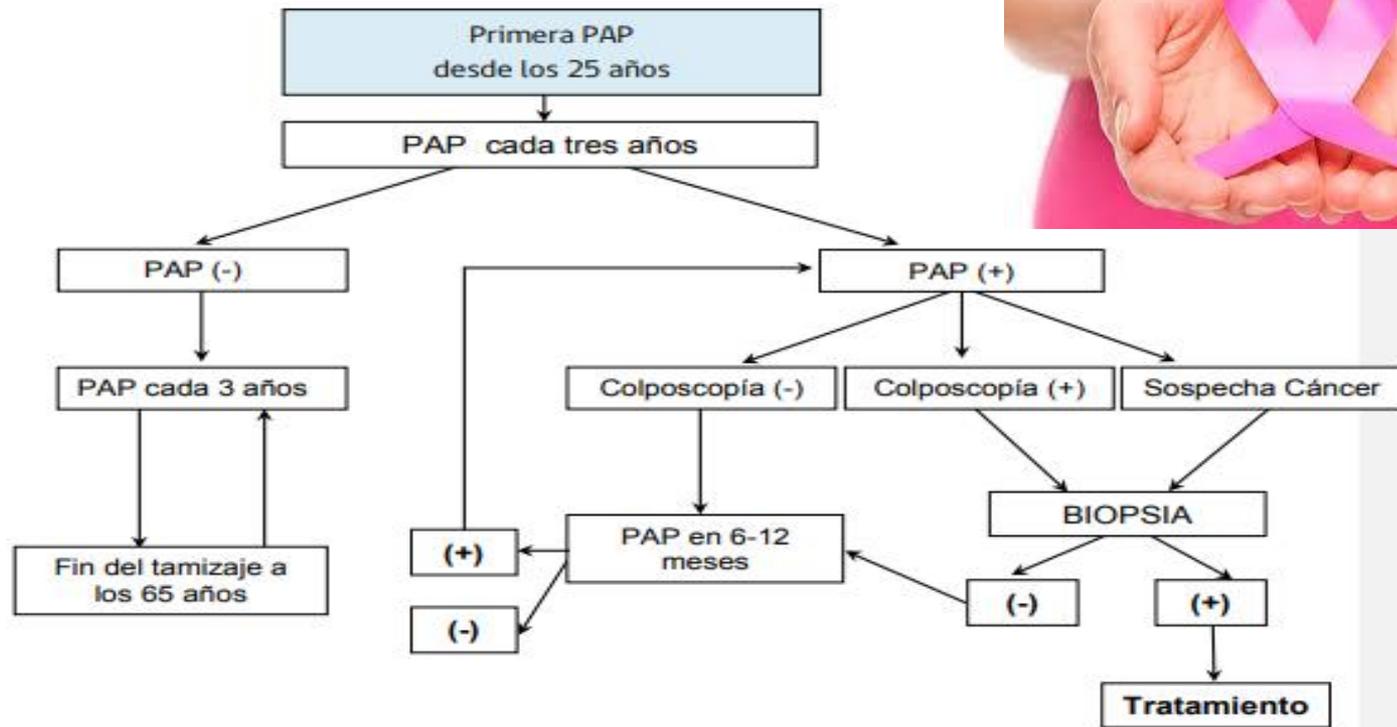


- Estadio IA, 50% IB asintomáticas
- Sangrado o flujo vaginal anormal
- Dolor pélvico
- Dolor lumbociática
- Anemia crónica
- Disnea

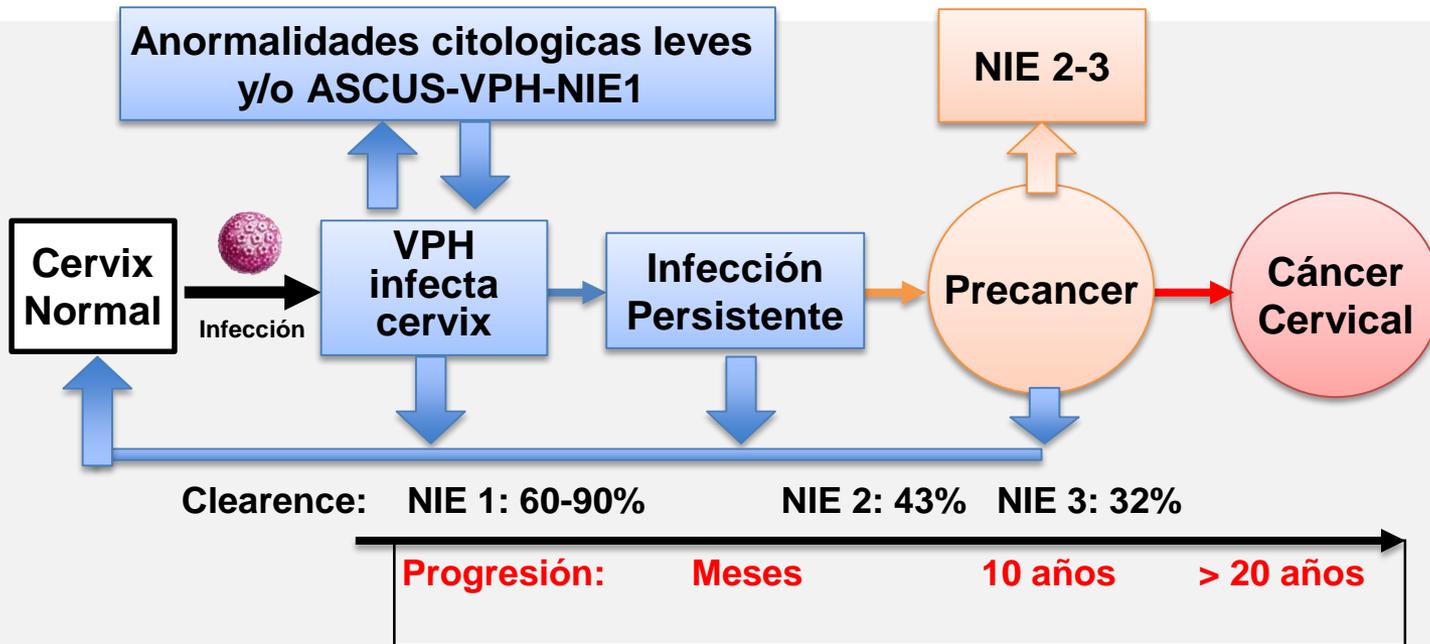
# TAMIZAJE

## ALGORITMOS DE DECISIÓN CLÍNICA

### Tamizaje de Cáncer Cervicouterino con PAP



# Historia natural de infección cervical por VPH



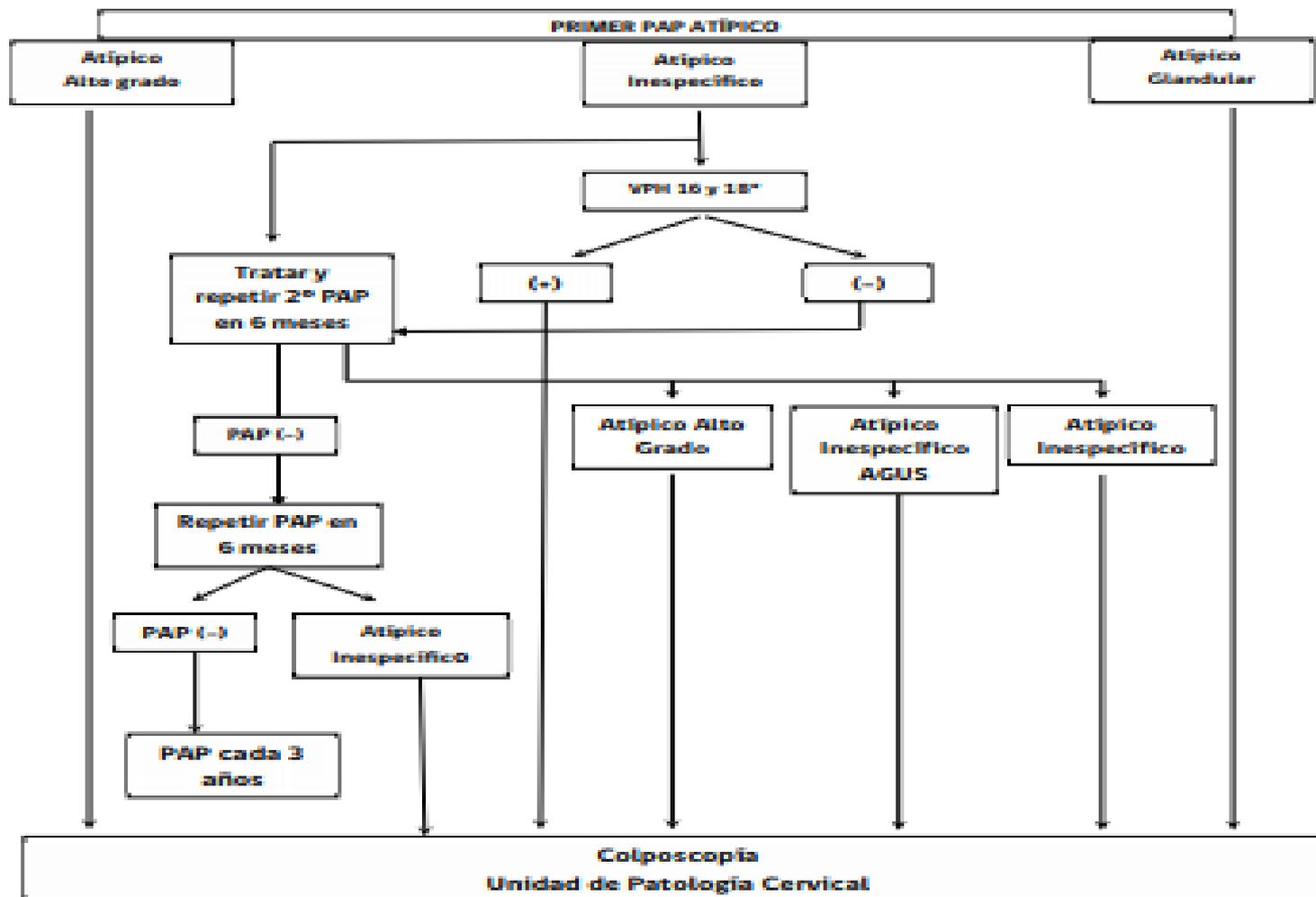
90% presentarán infección transitoria y eliminan el virus en 12 a 24 meses sin transformación celular de ningún tipo

# DIAGNÓSTICO

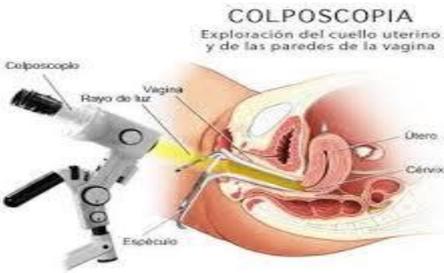


- Citología cervical anormal
- Frente sospecha diagnóstica derivar a Unidad de patología cervical y notificar (garantía GES) para estudio con Colposcopia y biopsia
- <20 años - **ALTA** prevalencia de infección **HPV** y pruebas de citología anormales (ASC-US , LSIL) - Resolución espontánea 90 %, riesgo de cáncer invasivo es muy bajo
- La colposcopia se recomienda para todas las mujeres con células escamosas atípicas en las que no se puede excluir una lesión intraepitelial escamosa de alto grado (ASC-H), lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado (HSIL) y células glandulares atípicas (AGC)

Algoritmo: Derivación a Especialista o U.P.C. del Primer PAP Atípico según Clasificación Bethesda 2001



\*Si está disponible



COLPOSCOPIA  
Exploración del cuello uterino  
y de las paredes de la vagina

# COLPOSCOPIA



- Realizar biopsias de las lesiones sospechosas de (NIC) II / III o cáncer.
- Si la colposcopia **NO** revela NIC II / III o lesión sospecha de cáncer, realizar PAP y colposcópica después del parto (no < 6 semanas post parto)
- **Las biopsias cervicales se pueden realizar durante el embarazo** sin un riesgo significativamente mayor de sangrado excesivo.
- El legrado endocervical **NO** se realiza en mujeres embarazadas
- Colposcopia al comienzo del embarazo no es satisfactoria, **repetir el procedimiento a las 20 semanas de gestación**
- Aumento de la vascularización del cuello uterino gestacional aumenta la forma en que el epitelio metaplásico inmaduro reacciona al ácido acético - **simula una lesión displásica**
- Las lesiones neoplásicas cervicales al inicio del embarazo pueden confundirse con la eversión normal de la unión escamocolumnar o la decidualización cervical benigna.

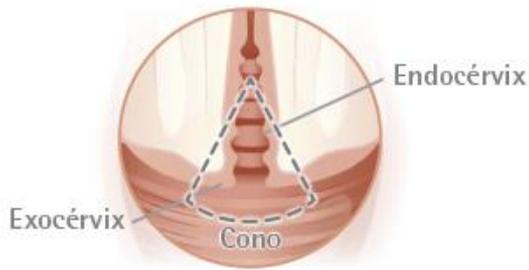
# Conización Diagnóstica



Está indicada durante el embarazo si la confirmación de una enfermedad invasiva alterará el momento o el modo de parto; de lo contrario, la conización se pospone hasta el período posparto para evitar el riesgo de interrumpir el embarazo

[Douvier S, Filipuzzi L, Sagot P. \[Manejo de la neoplasia intraepitelial cervical durante el embarazo\]. Gynecol Obstet Fertil 2003; 31: 851.](#)

# CONIZACIÓN



## Complicaciones:

- Hemorragia (5 a 15 por ciento)
- Aborto espontáneo
- Ruptura prematura de membranas
- Parto Prematuro
- Infección

# TAFIFICACION

2009		2018	
IA:	IA 1: <b>&lt; 7mm Extens.</b>	IA:	IA1: ≤3 mm de profundidad
IA2:		IA2:	IA2: >3 mm y < 5 mm de profundidad
IB:	IB1: < 4 cm	IB:	<b>IB1: &gt; o = 5 mm de profundidad y &lt; 2 cm</b>
	IB2: > 4 cm		<b>IB2: ≥2 cm y &lt; 4 cm</b>
			<b>IB3: &gt; o = a 4 cm. "r o p"</b>
IIA.	IIA1	II.	<u>A. 2/3 vagina Sup sin parametrios</u>
	IIA2		IIA1: <4 cm
	IIB		IIA2: invasivo >4 cm
			IIB: parametrios SIN pared pélvica
III.	IIIA	III.	IIIA: Tercio inf vagina SIN pared pélvica
	IIIB		IIIB: Pared Pelvica y/o hidroureteronefrosis
			o alt FR
			<b>IIIC1: MTT GL pélvicos</b>
			<b>IIIC2: MTT GL para aórticos</b>
IV.	IVA	IV.	IVA: Órganos pélvicos adyacentes
	IVB		IVB: MTT a distancia

# LEY 21.030

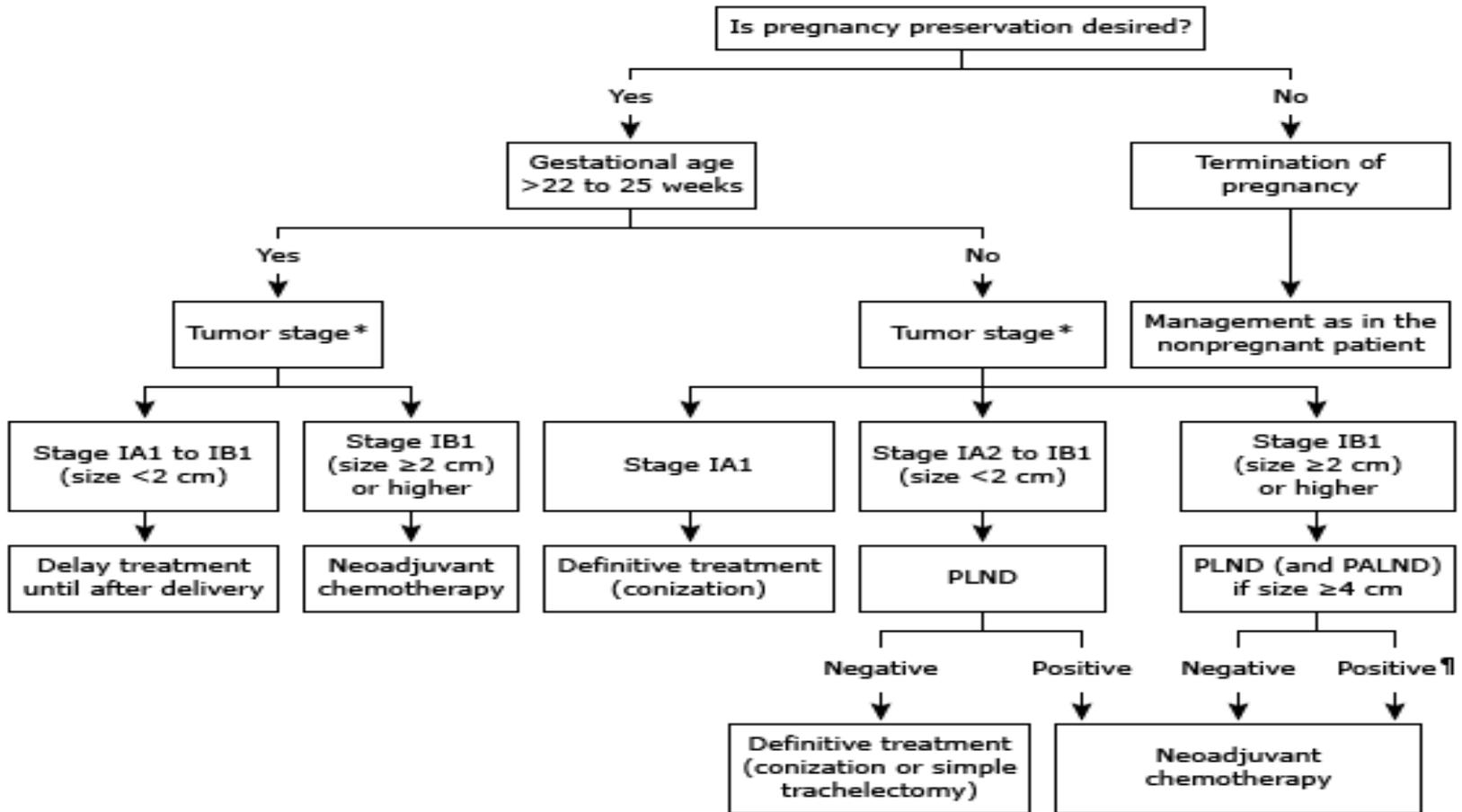
- Debido a los riesgos asociados con la progresión de la enfermedad, se debe ofrecer a las pacientes la interrupción del embarazo y el tratamiento definitivo como una opción alternativa a la quimioterapia neoadyuvante.
- En la actualidad, la tendencia en pacientes con enfermedad inicial sin compromiso ganglionar considera preservar el embarazo.
- Para determinar el tamaño tumoral se puede utilizar RNM para determinar el compromiso ganglionar
- Linfadenectomía por vía laparoscópica hasta las 20 semanas de gestación

# NORMATIVA DESPENALIZACIÓN A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN 3 CAUSALES



- En pacientes con enfermedad confinada al cuello, menor de 2 cm y con ganglios negativos existen publicaciones que recomiendan traquelectomía radical por vía vaginal o abdominal, seguida de cerclaje.
- ACOG recomienda en enfermedad localmente avanzada, la primera opción de manejo es radioterapia-quimioterapia con interrupción del embarazo.
- Esperar hasta las 32 semanas permite abordaje quirúrgico con cesárea- histerectomía radical, con conservación de ovarios

# TRATAMIENTO



# TRATAMIENTO

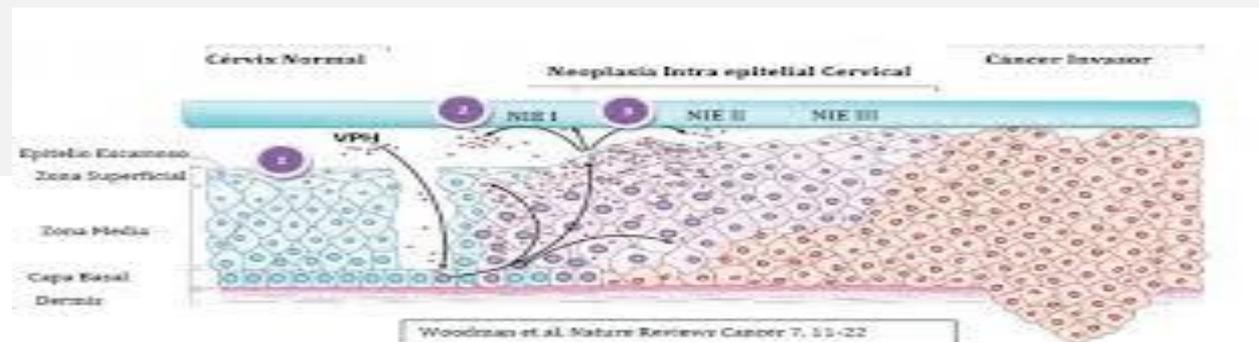
Antes de las 16-20 sem	>20sem	> 26 sem
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tto inmediato</li> <li>• Cx o QMTRT dependiendo de la etapa</li> <li>• RT : Aborto espontaneo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrasar el tto si Estadios IA2 y IB1 y 1B2</li> <li>• HTM radical pos cesarea a las 34 sem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CX y QMT Neoabyuvante en casos seleccionados mientras se preserva el emb</li> <li>• HTM radical pos cesarea a las 34 sem</li> </ul>

QMT Neoabyuvante: 50 casos publicados  
79% sobrevida global 24 meses

Estabiliza TU evitando diseminación

# NIE III

- NIE III conducta puede ser expectante, y si no hay cambios citológicos en los controles sucesivos que se realizarán cada 3 meses, el tratamiento se pospondrá hasta después del parto
- NIE III no supone un impedimento para el parto por vía vaginal.
- El riesgo de progresión a carcinoma invasivo durante el embarazo es extremadamente pequeño (0 a 0,4 por ciento)



# QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE



- En una revisión de 50 mujeres tratadas con quimioterapia neoadyuvante, la mediana de edad gestacional en el momento del diagnóstico fue de 19 semanas
- La quimioterapia se basó en platino y se administró a intervalos de tres semanas hasta la edad gestacional de 33 semanas en promedio.
- La tasa de respuesta global fue aproximadamente del 90 % (tasa de respuesta completa del 62.5 %).
- Seguimiento 2 años la supervivencia por etapa:  
Etapa IB1: 94 por ciento  
Etapa IB2: 70 por ciento  
Etapa> IB: 70 por ciento
- Si se administra quimioterapia neoadyuvante, el tratamiento debe continuar hasta las 34 a 35 semanas de gestación con el parto planificado tres semanas después (es decir, a término).
- [Cisplatino](#) más [Paclitaxel](#) administrado cada tres semanas durante un máximo de seis ciclos



# CISPLATINO

- Filtrado por la placenta.
- En un estudio de 21 mujeres embarazadas con cáncer cervical que recibieron cisplatino durante el embarazo
- concentraciones de platino en el líquido amniótico en el momento del parto fueron solo del 11 – 42% de las de la sangre materna
- Niveles bajos de albúmina en el embarazo producen niveles más altos de cisplatino libre en la madre y el feto y pueden aumentar el riesgo de toxicidad, incluida la ototoxicidad
- Efecto secundario: Neutropenia transitoria en el recién nacido después
- Debe haber tres semanas entre la finalización de la quimioterapia y el parto, para que la médula ósea pueda recuperarse y permitir que la placenta se metabolice y elimine los fármacos citotóxicos del feto.
- Evitar la administración de quimioterapia a fines del tercer trimestre

[Köhler C, Oppelt P, Favero G, et al. ¿Cuánto platino pasa la barrera placentaria Análisis de aplicaciones de platino en 21 pacientes con cáncer cervical durante el embarazo. Am J Obstet Gynecol 2015; 213: 206.e1.](#)

# RECOMENDACIONES

- Enfoque de equipo multidisciplinario para abordar los problemas de atención complejos que enfrenta una paciente embarazada con cáncer cervical
- Para pacientes en quienes se diagnostica cáncer cervical IN SITU, el tratamiento definitivo debe diferirse al período posparto.
- El tratamiento inmediato y definitivo con la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional, generalmente está indicado si hay evidencia de afectación ganglionar patológica o progresión documentada de la enfermedad durante el embarazo.
- Enfoque para el tratamiento de mujeres con cáncer invasivo del cuello uterino tiene en cuenta los deseos de la paciente y su familia con respecto a la preservación del embarazo, la edad gestacional del feto y la etapa clínica de la enfermedad en la madre:
- Para las mujeres que no desean continuar el embarazo después del diagnóstico de cáncer cervical invasivo, el tratamiento es similar al de las mujeres no embarazadas.

- Estadio IA1 realizar Conización de diagnóstico
- No se justifica ningún tratamiento adicional si tenían enfermedad en estadio IA1, siempre que no tuvieran más evidencia de enfermedad durante el seguimiento.
- Si el margen de conización fue positivo, está indicado el parto por cesárea y la conización repetida de seis a ocho semanas después del parto para descartar enfermedad invasiva.
- Estadios IA2 e IB1 traquelectomía simple o conización grande
- Tumor  $\geq 2$  cm, sugerimos quimioterapia neoadyuvante combinación de [cisplatino](#) más [paclitaxel](#) administrado cada tres semanas hasta el parto ( [Grado 2C](#) ).
- Retraso en el tratamiento hasta después del parto, siempre que su tumor tenga un tamaño  $< 2$  cm ( [Grado 2C](#) )
- La radioterapia no debe administrarse a mujeres con cáncer invasivo del cuello uterino que desean preservar su embarazo porque da como resultado la pérdida fetal u otro daño.

# VIA DE PARTO Y TRATAMIENTO DEFINITIVO



- Estadio IA, el parto vaginal es aceptable siempre que tengan márgenes negativos en el momento de su conización de diagnóstico.
- Cesárea debe realizarse en mujeres con etapas mas avanzadas de la enfermedad por riesgo de hemorragia.
- Tratamiento definitivo una vez finalizado el embarazo

Con deseo de preservar fertilidad

- Estadio IA2 o tumor de hasta 4 cm de tamaño realizar traquelectomía radical de seis a ocho semanas después del parto y linfadenectomia si no se realizó previamente

Sin dese de preservar la fertilidad:

- Estadio IA1 Histerectomía extrafascial siempre que no haya evidencia de invasión del espacio linfovascular (LVSI) ( **Grado 2C** ).
- Estadio IA1 con tumores LVSI, IA2 o IB1, se sugiere histerectomía radical en lugar de quimiorradiación ( **Grado 2C** ).
- Para las pacientes tratadas con quimioterapia neoadyuvante durante el embarazo por enfermedad localmente avanzada o enfermedad con ganglios positivos, procedemos con una histerectomía radical, que puede realizarse en el momento del parto por cesárea o como un segundo procedimiento quirúrgico.