

Universidad Autónoma de San Carlos de Guatemala

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA

**CARCINOMA DEL CERVIX
Y EMBARAZO**

Revisión de 15 Casos

TESIS

Presentada a la Junta Directiva

de la

Facultad de Ciencias Médicas

de la

Universidad de San Carlos de Guatemala

p o r

Enio Betancourt Fioravanti

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1960.

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE

- I.—INTRODUCCION.
- II.—MATERIAL Y METODOS.
- III.—CONSIDERACIONES GENERALES.

SEGUNDA PARTE

- I.—ESTUDIO ESTADISTICO DE 15 CASOS.
- II.—RESUMEN DE LOS CASOS.

TERCERA PARTE

- I.—COMENTARIOS SOBRE TRATAMIENTO.
- II.—RECOMENDACIONES.
- III.—CONCLUSIONES.
- IV.—BIBLIOGRAFIA.

PRIMERA PARTE

Introducción

La asociación de Cáncer del Cuello Uterino y Embarazo es rara, y cuando se presenta constituye una complicación muy grave. Su poca frecuencia quizá sea debida a que la mayoría de las veces se presenta después del período reproductivo de la mujer.

En la actualidad, no existe aún criterio definido acerca de si los cambios que se operan en el cérvix durante el embarazo, aceleran o retardan el crecimiento del carcinoma cervical. Lo cierto es que produce efectos desfavorables durante la gestación, el parto y el puerperio. Durante la gestación es frecuente el aborto.

Durante el parto, la rigidez del cuello no permite la dilatación del mismo. Si la lesión abarca solamente una parte, puede efectuarse el parto; sin embargo se cree que al suceder lo antes dicho, hay diseminación de células cancerosas, favoreciéndose las metástasis a distancia. Además, pueden producirse rasgaduras extensas. Si la infiltración carcinomatosa es mucha, el parto es imposible.

Durante el puerperio se presentan septicemias serias.

El presente trabajo tiene por objeto hacer resaltar la enorme importancia que tiene el descubrimiento precoz de la lesión cancerosa, la cual es fácil de sospe-

char por los antecedentes y el examen clínico y comprobar por el examen anatomopatológico, utilizando la biopsia cervical, procedimiento inócuo y fácil de llevar a cabo.

Así mismo se enfatiza la importancia que tiene la colocación del espéculo vaginal a toda paciente que acuda a las consultas de Prenatal, haciendo hincapié en la necesidad que existe de instruir a todas las mujeres gestantes para que busquen asistencia médica desde épocas tempranas de su embarazo, cuestión ésta tan difícil en nuestro medio, en donde la mayoría son examinadas con embarazos avanzados o sólo a la hora del parto.

En la Maternidad del Hospital Roosevelt de Guatemala, menos del 50% de las pacientes que son atendidas, han sido examinadas en Consulta Prenatal. De este porcentaje muy pocas son vistas precozmente, lo que dificulta el diagnóstico temprano de lesiones malignas, con el consiguiente resultado poco satisfactorio del tratamiento que pueda brindárseles.

Material y Métodos

Para realizar este trabajo, se revisaron los archivos del Hospital Roosevelt, de donde se tomaron los Registros Médicos de las pacientes que se presentan; se estudiaron los informes anatomopatológicos de todas las biopsias cervicales efectuadas en el Hospital hasta Junio de 1960, poniendo especial interés en las sospechosas y positivas para cáncer, las cuales fueron nuevamente examinadas microscópicamente, antes de considerarlas en este trabajo.

Con el objeto de seguir la evolución de cada caso, se tuvieron a la vista las papeletas de las pacientes que recibieron tratamiento anticanceroso en el Instituto de Cancerología y en el Servicio de Oncología Sec. "B" del Hospital General, clínicas a donde fueron enviadas y que permitieron revisar sus archivos.

Además, se consultaron artículos relacionados con el tema.

Expreso por este medio, la constancia de mi agradecimiento para todas aquellas personas que me prestaron su desinteresada y valiosa cooperación.

Consideraciones Generales

El cáncer del cérvix es el Neo más frecuente en la mujer, después del de la mama. Del aparato reproductor femenino, es el más frecuente: 55 a 65% según Corscaden, estando en una relación con respecto al cáncer del cuerpo uterino de 20 a 1 según Curtis.

Se presenta entre los 45 y los 50 años, pero puede aparecer en cualquier otra edad, siendo más frecuente en multíparas y en mujeres con exceso de estímulo estrogénico.

El factor racial es importante; se ha descrito una mayor incidencia entre las italianas y se observa poco en la raza judía. En nuestro medio parece ser muy raro entre la raza indígena. Se debe aclarar que este dato es de valor relativo, debido a que en nuestros centros hospitalarios, la determinación de la raza está supeditada a la preparación de la persona que lo toma y al grado de colaboración y cultura de quien lo facilita.

La mayoría de los autores han propuesto como causas predisponentes: laceraciones del cuello, traumatismos del parto, infecciones e inflamaciones crónicas. Algunos insisten en que el cáncer del cérvix se origina en lesiones de leucoplasia ya establecidas.

Anatomía Patológica. La forma más frecuente es el Epitelioma, que generalmente es de gran malignidad. (Carcinoma de células escamosas 95% según Corscaden).

Un pequeño porcentaje lo constituye el Adenocarcinoma, originado en el endocérvix y que por lo general, tiene menor grado de malignidad, pero es más radiorresistente y se presenta en mujeres más jóvenes.

Pueden observarse, aunque rara vez, el Adenoacantoma que constituye una combinación de los dos anteriores; el Sarcoma, que se presenta en niñas y que casi siempre es un Mixosarcoma congénito, que tiene el aspecto de un racimo de uvas, por lo que se le denomina Sarcoma Bathrioides. Macroscópicamente puede ser una lesión ulcerosa, infiltrante, proliferativa o mixta. Las úlceras pueden ser pequeñas o grandes. Las formas proliferativas dan a veces el aspecto de una coliflor y parece ser que tienen menor tendencia invasora.

Cáncer IN SITU: llamado también cáncer intraepitelial o Enfermedad de Bowen del cérvix. En este tipo de cáncer la lesión está limitada estrictamente a la mucosa, sin invadir la capa basal ni los tejidos adyacentes. Actualmente se piensa que todos los cánceres invasores del cérvix pasan por esta fase.

Se presenta de los 30 a los 40 años (unos 5 a 10 años antes que el cáncer invasor) y puede ser muy difícil su diagnóstico si no se piensa en él. Por eso se aconseja efectuar examen citológico o biopsias extensas a la más mínima sospecha. Si se pudieran descubrir a tiempo estas lesiones pre-invasoras, todas serían curables.

Clasificación Clínica de Malignidad. Hay varias clasificaciones. La más aceptada es la Clasificación Internacional de la Liga de Naciones, que se describe a continuación:

Estadio O: Carcinoma IN SITU.

Estadio I: Cáncer confinado estrictamente al cuello uterino. Se ha hecho una subdivisión:

Estadio I-a: Cáncer subclínico; puede pasar desapercibido a la inspección y al tacto.

Estadio I-b: Cáncer invasor, cuya lesión mide menos de un centímetro.

Estadio I-c: Cáncer invasor con lesiones de más de un centímetro.

Estadio II: Hay invasión a uno o ambos parametrios, al cuerpo uterino o a los dos tercios superiores de la vagina; basta una de ellas para que la lesión sea grado II.

Estadio III: Cuando la invasión parametrial llega al hueso, uni o bilateralmente. También cuando hay invasión al tercio inferior de la vagina.

Estadio IV: Hay metástasis a distancia y están tomadas las estructuras vecinas: vejiga, recto, etc.

La única objeción que tiene esta clasificación, es la frecuente discordancia entre los hallazgos clínicos y los hallazgos operatorios. (Ejemplo: Clínico II, Operatorio III-IV).

Clasificación de Schmitz:

Grado I: Cuando la lesión no pasa de un cm.

Grado II: Corresponde al grado I de L.N.

Grado III: Corresponde al grado II de L.N.

Grado IV: Corresponde a los grados III y IV de L.N.

James Heymans, de Estocolmo, propone:

Grado I: Ca. del Cuello y del cuerpo del útero.

Grado II: Invasión a parametrio y vagina.

Grado III: Invasión a parametrio y huesos pélvicos.

Grado IV: Metástasis a órganos y estructuras pélvicas y extrapélvicas.

Propagación. Se hace al cuerpo del útero, a la

vagina, a los parametrios, al recto, a la vejiga. Las primeras metástasis ganglionares son a los ganglios ilíacos externos, siguiéndole los internos, obturadores y ureterales. Las metástasis a distancia se observan en los pulmones, huesos largos, huesos de la columna y pélvicos.

Durante el embarazo y sobre todo después del parto, se observan diseminaciones inesperadas.

Sintomatología: es igual en mujeres gestantes y no gestantes. Hemorragias post-coito, flujo blanquecino o amarillento, fétido, teñido con sangre. Posteriormente metrorragias. Puede haber dolor en la pelvis propagado a las extremidades inferiores; polaquiuria, disuria y cuando el tumor ha invadido la vejiga: hematuria. Puede haber estreñimiento, defecación dolorosa, heces manchadas de sangre, pero lo que es constante es el ataque al estado general, con pérdida de peso, anorexia y anemia.

Desafortunadamente estos síntomas se hacen presentes o llaman la atención, cuando la enfermedad lleva cierto tiempo de evolución.

Diagnóstico y Pronóstico. Debe sospecharse siempre que se presente cualquiera de los síntomas anteriormente descritos, principalmente del tipo hemorragia y leucorrea sanguinolenta.

El diagnóstico de probabilidad se hace al examen ginecológico; al tacto el cuello se siente rugoso, duro, irregular o bien en forma de coliflor. Generalmente hay hemorragia después del examen. El espéculo demuestra lesiones proliferativas o ulceraciones.

El diagnóstico definitivo se obtiene al examen microscópico, el cual puede hacerse por el estudio de la citología vaginal (Papanicolau) y por biopsia cervical. Durante el embarazo, la interpretación de la citología vaginal es muy difícil, por lo que se prefiere y aconseja la biopsia cervical.

Histopatológicamente baste recordar que existen los tipos siguientes: Ca. de células escamosas, Ca. de células transicionales, Ca. de células basales, Adenocarcinoma y Sarcoma.

Respecto al pronóstico puede afirmarse que es grave en la mayoría de los casos, ya que cerca del 70% de las pacientes se presentan al Médico entre el estadio III y el IV.

Parece ser que el pronóstico es aún más sombrío cuando la paciente es una gestante, sin embargo si el diagnóstico es precoz y el tratamiento adecuado, pueden esperarse resultados satisfactorios.

Evolución. No se efectúa de manera constante; puede ser lenta o rápida. Algunos autores señalan como tiempo promedio de 5 a 10 años. Generalmente el cáncer tiende a mantenerse dentro de la pelvis, lo que ocasiona obstrucción ureteral, causa más frecuente de muerte.

Tratamiento. Varía según se trate de una mujer embarazada o de una no embarazada. Respecto al tratamiento en esta última hay varias escuelas que han obtenido más o menos análogos resultados. Por no ser el objetivo de este trabajo, solamente se resumirá en las líneas siguientes:

- Ca. IN SITU: individualizar cada caso es quizá lo más importante. Histerectomía, conización extensa, radiación.
- Ca. invasivo:
- a) Cirugía: Histerectomía abdominal total, con Salpingooforectomía bilateral y Linfadenectomía pélvica.
 - b) Radiación: Radiumterapia y Röntgenterapia.
 - c) Mixto.

Casos avanzados: Röntgenterapia y operaciones paliativas.

SEGUNDA PARTE

Estudio Estadístico de 15 casos

En el presente trabajo se revisan 15 casos de carcinoma del cérvix que se han presentado en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt de Guatemala, desde su inauguración en Diciembre de 1955, hasta finales de Junio de 1960.

Durante este tiempo se han registrado 36,331 partos, lo que da una incidencia de un caso de Ca. del cérvix por cada 2,422 partos, cifra que no difiere mayor cosa de la que dan otras estadísticas (1: 2,476 Danforth).

La incidencia promedio tomada de varios centros, puede apreciarse en el cuadro:

- 0.06 % Calatroni y Ruiz.
- 0.04 % Danforth, Chicago E.E.UU.
- 0.017% Zückerman, México.
- 0.018% Noriega Limón, México.
- 0.041% Hospital Roosevelt, Guatemala.

Esta última cifra parece baja, y para afirmarlo nos basamos en el hecho de que en nuestro medio, la gran mayoría de mujeres gestantes no son vistas por médicos en ninguna época de su embarazo. Las pocas que buscan asistencia médica, lo hacen cerca del término o solamente durante el parto. Se desconocen estadísticas al respecto de otros centros hospitalarios en Guatemala, pero nos atrevemos a pensar que los hallazgos serían más o menos similares.

Nacionalidad y Procedencia: 14 casos eran de nacionalidad guatemalteca (93.23%) y uno de nacionalidad mexicana.

Ocho casos procedían del sector central de la República (53.23%), cinco del sector nor-oriental (33.23%), uno del sur (6.66%) y uno del sector occidental (6.66%).

Raza: todas pertenecían a la raza ladina (100%). Debe repetirse que este dato es de valor relativo, pues está condicionado tanto a la persona que lo recoge, como a quien lo refiere. Sin embargo, experiencias sobre otros tipos de cáncer han concluido en la poca frecuencia con que se observan en la raza indígena pura.

Edad: La edad mínima fue de 23 años; la máxima de 40. La edad promedio 31 años. Se observa un predominio de los 28 a los 35 años. Es un promedio un poco menor que el encontrado en otros reportes.

Años	Casos	Porcentaje
23	1	6.66%
24	0	0 %
25	0	0 %
26	0	0 %
27	0	0 %
28	3	20.00%
29	0	0 %
30	2	13.23%
31	0	0 %
32	2	13.23%
33	0	0 %
34	2	13.23%
35	2	13.23%
36	0	0 %
37	1	6.66%
38	0	0 %
39	0	0 %
40	2	13.23%

Prenatal: Once casos fueron previamente vistos en la Consulta Prenatal (73.23%), la mayoría de ellas en más de cinco oportunidades. Siete casos fueron diagnosticados definitivamente en dicha consulta (46.66%). De esto se deduce que el porcentaje de casos encontrados es bajo, como consecuencia de la poca afluencia de la población a dicha consulta.

Paridad: todos los casos se presentaron en mujeres múltiparas; dos de ellas con más de 10 embarazos.

Gestas	Casos	Porcentaje
3 a 6	10	66.66%
7 a 9	3	20.00%
Más de 9	2	13.23%

La gran multiparidad en nuestro medio, quizá favorezca la mayor incidencia de cáncer del cérvix y embarazo.

Menarquia. Se tomó este dato pensando que podría usarse como un índice de edad estímulo estrogénico.

La edad de la menarquia osciló entre los 11 y los 16 años.

Años Menarquia	No. Casos
11	1
12	1
13	3
14	4
15	1
16	1
No mencionada	4

En los países latinoamericanos la menarquia se efectúa por lo general de los 12 a los 15 años.

Relación entre la Menarquia y la edad en que se descubrió el cáncer en esta serie.

Caso No.	Menarquia	Edad
1	No mencionada	28 años
2	14 años	30 años
3	No mencionada	30 años
4	14 años	28 años
5	14 años	34 años
6	16 años	37 años
7	12 años	35 años
8	13 años	32 años
9	13 años	40 años
10	No mencionada	28 años
11	15 años	23 años
12	No mencionada	32 años
13	14 años	35 años
14	11 años	34 años
15	13 años	40 años

Antecedentes de importancia y Sintomatología propia del tumor. Todas refirieron presencia de flujo amarillento fétido, a veces sanguinolento. La mayoría padecían de metrorragias y hemorragias post-coito. Seis de las pacientes habían tenido un aborto previo en época reciente; tres de los casos tuvieron un parto normal atendido en el Hospital dos o tres años antes. En un caso se encontró Rodilla dolorosa, lo que dificultaba la marcha, que posteriormente fue catalogada como metástasis ósea.

Se administraron transfusiones sanguíneas durante el embarazo a tres de los casos, por Anemia severa. Una paciente había recibido tratamiento antilúético un año antes.

Los síntomas predominantes fueron Leucorrea, blanquecina o amarillenta fétida, a veces sanguinolenta, hemorragias pequeñas durante el embarazo, a veces post-coito y dolor pélvico.

No pudo establecerse con exactitud fecha y carácter del primer síntoma.

Síntoma predominante	No. de casos	Porcentaje
Leucorrea	15	100.00%
Hemorragia	7	46.66%
Dolor	4	26.66%

Edad Embarazo en que se diagnosticó el cáncer. Trece casos fueron descubiertos durante el embarazo (86.66%), en diferente época de su evolución.

Semanas Gestación	Casos	Porcentaje
1 a 4	0	0 %
5 a 9	0	0 %
10 a 14	2	13.23%
15 a 18	1	6.66%
19 a 22	1	6.66%
23 a 27	1	6.66%
28 a 31	0	0 %
32 a 35	2	13.23%
36 a 40	6	40.00%
Puerperio	2	13.23%

El franco predominio de los descubiertos entre la 36 y la 40 semanas de gestación, demuestra una vez más lo dicho anteriormente respecto a la costumbre en nuestro medio de asistir a las consultas prenatales en épocas avanzadas de gestación, o no asistir.

Los casos más tempranamente encontrados, fueron dos en el curso de la 14 semana, uno de ellos enviado del Hospital General con diagnóstico, por hemorragia vaginal profusa y Amenaza de aborto.

Estadío Clínico. Se describe de acuerdo con la clasificación de la Liga de Naciones.

Estadío L.N.	Casos	Porcentaje
O	2	13.23%
I	2	13.23%
II	9	60.00%
III	1	6.66%
IV	1	6.66%

Como puede verse en la tabla adjunta, hubo un indiscutible predominio del estadío II. Durante el embarazo es muy difícil establecer el estadío clínico, debido al reblandecimiento que sufren las estructuras pélvicas, en las cuales pueden pasar desapercibidas verdaderas invasiones parametriales. Además, el tamaño del útero no siempre permite diagnosticar el estado de invasión con exactitud, sorprendiendo al operador en el acto quirúrgico, encontrar grados avanzados de invasión.

Histopatología. En todos los casos se tomaron biopsias cervicales. Solamente en un caso se estudió la citología vaginal (Instituto de Cancerología en el puerperio tardío), siendo el resultado grado IV.

La biopsia cervical no dió lugar a hemorragias de consideración ni produjo amenaza de aborto en ninguno de los casos.

Catorce casos fueron reportados como Ca. de células escamosas (93.23%) de grado variable de la clasificación de Broders. Uno fue reportado como carcinoma de células transicionales (6.66%),

Malignidad	Casos	Porcentaje
Grado I	1	6.66%
Grado II	9	60.00%
Grado III	3	20.00%
Grado IV	2	13.23%

Hubo predominio de los informados como grado II de malignidad.

Motivo de Hospitalización. Fueron varias las condiciones que motivaron la hospitalización. Siete pacientes (46.66%) ingresaron por primera vez para estudio (biopsia cervical); algunas de ellas posteriormente con trabajo de parto o para ser intervenidas.

Seis de los casos se hospitalizaron con trabajo de parto (40.00%), de ellos, dos presentaban además, hemorragia vaginal.

Dos pacientes se presentaron exclusivamente por hemorragia vaginal de consideración (13.23%).

Trabajo de parto. Once pacientes (73.23%) desarrollaron trabajo de parto; éste siguió un curso normal en cuatro de ellas y terminó con la expulsión de tres fetos a término y un aborto. En dos de los casos el trabajo fue activo, irregular y prolongado, a pesar de lo cual se efectuó el parto por vía vaginal. Uno de estos niños falleció a las 20 horas de Atelectasia pulmonar.

Uno de los casos más dramáticos fue el enviado del Hospital Regional de Jutiapa, con cuadro de Inminencia de Ruptura Uterina y Obito Fetal. Este caso se resolvió con Embriotomía.

Cuatro casos fueron intervenidos al iniciarse el trabajo de parto y cuatro no lo presentaron en ningún momento.

Tratamiento. Se dividió en tratamiento médico, obstétrico y radiación.

El tratamiento médico consistió en medidas destinadas a levantar el estado general y preparar a la paciente para la intervención quirúrgica y la radiación.

El método más útil y de mejores resultados fue sin duda, la administración de sangre completa en cantidades que variaron entre 250 y 500gm., algunas veces repetidas.

Tratamiento Obstétrico: fue asistencial y quirúrgico. A pesar de existir acuerdos que expresan claramente que no debe permitirse el nacimiento del niño por vías naturales, en la serie que se presenta, cinco pacientes (33.33%), tuvieron parto eutócito, el cual se permitió por error diagnóstico o por la inminencia del parto al ingresar la paciente, siendo materialmente imposible resolver el caso de manera conveniente.

A una paciente con Obito Fetal y 6-7 cm. de dilatación, se le practicó Embriotomía (Craneoclasia). Otra tuvo un aborto fetal completo. El resto de las pacientes (8 = 53.23%) fueron tratadas con métodos quirúrgicos.

A seis de ellas (40.00%) se les practicó Cesárea Corpórea Clásica, electiva o al iniciar trabajo de parto.

A una (6.66%) se le hizo Cesárea Segmentaria, por no ser el diagnóstico definitivo, y a otra se le practicó Histerotomía Corpórea.

Solamente a una de las pacientes se le ligaron ambas trompas.

Los casos descubiertos durante el embarazo, ya en Prenatal o a su ingreso, se presentaron en Junta Médica y en realidad no ofrecieron mayores problemas, ya que la mayoría tenían embarazos avanzados, siendo criterio de dicha Junta esperar viabilidad del feto, efectuar Cesárea Clásica y luego referir el caso en el puerperio mediato a centros especializados (Oncología Hospital General, Instituto de Cancerología).

Cabe mencionar que los últimos cuatro casos de esta serie, fueron sin duda los mejor llevados, ya que tanto

Obstetra como Radioterapeuta, trabajaron unificando criterios, dando como resultado el establecimiento de un plan de tratamiento individualizado en cada caso, siendo sus bases: a) Cesárea clásica; b) al 5o., 6o. día de post-operadas: irradiación con Röntgenterapia o Radium intracavitario, según las circunstancias.

Radiación. Como se dijo anteriormente, todos los casos fueron enviados a Centros Oncológicos especializados para su tratamiento radiumterápico, ya que el Hospital Roosevelt aún no cuenta con el funcionamiento del Departamento de Radiumterapia; sin embargo a las cuatro últimas pacientes, se les hicieron las aplicaciones de Radium intracavitario en este Hospital y se les llevaba al Instituto de Cancerología para Röntgenterapia.

De las 15 pacientes, tres no asistieron nunca a donde habían sido enviadas. Una fue catalogada como caso terminal (caso con metástasis pulmonares y óseas) y no se le hizo ningún tratamiento. Una fue tratada exclusivamente con métodos quirúrgicos (Histerectomía abdominal total, Anexectomía Izquierda, Salpinguectomía derecha; caso L.N. O, Ca. IN SITU descubierto en el puerperio).

Las diez restantes (66.66%) recibieron tratamiento con Radiación, que consistió en Terapia Intracavitaria (Cobalto60 - 2500 - 3500r. dos aplicaciones), precedida o seguida de Röntgenterapia 2600 - 3000 r. tumor, dando 200 r. en cada sesión.

Tanto las aplicaciones de Radium intracavitario como los Rayos X se principiaron en época variable del puerperio, la mayoría de veces a causa de la mala colaboración de las pacientes.

Las que fueron tratadas en el Hospital Roosevelt (4) se les comenzó la Radiación al 5o., 6o. día de post-cesarizadas, siendo los resultados a la fecha muy satisfactorios.

Sobrevida. Desafortunadamente no puede hablarse en este trabajo de asuntos tan interesantes como son la sobrevida y los resultados del tratamiento, debiéndose considerar únicamente como informe preliminar.

Sin embargo puede comentarse el hecho de que seis de las pacientes han fallecido de complicaciones inherentes al cáncer genital. Cuatro han sido controladas periódicamente y están catalogadas como muy mejoradas; una curada (caso de Ca. IN SITU tratado quirúrgicamente) y del resto nada se sabe por haberse perdido.

Niños. Cuatro niños de los nacidos por vías naturales, egresaron del Hospital en aparentes buenas condiciones, todos de término; uno falleció anteparto, uno no era viable y otro falleció de complicación pulmonar a las 20 horas de nacido. (Total: 7).

Seis de los niños nacidos por Cesárea egresaron aparentemente normales, falleció un prematuro a los 21 días de Bronconeumonía y uno a los pocos minutos de nacido (no viable extraído por Histerotomía).

Resumen de los casos

CASO No. 1.—Reg. Méd. 12733. 28 años, G: 5, P: 3, A: 1, ingresa por trabajo de parto. El examen rectal hizo sospechar presentación anormal, pero el examen vaginal demostró lesión proliferativa en el cuello uterino. L.N. II. Biopsia: Ca. de células escamosas grado II, por lo que fue cesarizada. Egresó con nota para el Servicio de Oncología del Hospital General. No asistió y se ignora su evolución. Niño sano.

CASO No. 2.—Reg. Méd. 7015. 30 años llega a Prenatal con embarazo de 28 semanas. G: 6, P: 5, A: 0, Se sospechó lesión en el cuello, pero no se hizo biopsia. Posteriormente ingresó con trabajo de parto activo y prolongado. Exámenes vaginales demostraron lesión dura y sangrante en el labio anterior del cuello uterino, a pesar

de la cual hubo dilatación, efectuándose el parto por vía vaginal. Biopsia hecha a la hora del parto fue reportada como "Cervicitis". Vista seis semanas después en Post-natal, se encontró ulceración sangrante en el cuello del útero. L.N. I. Nueva biopsia cervical informada como Cáncer de células escamosas grado II. Se envió al Hospital General (Oncología), pero no asistió. Se ignora su estado. Niño egresó sano.

CASO No. 3.—Reg. Méd. 9511. 30 años, G: 6, P: 5, A: O, fue enviada del Hospital Regional de Jutiapa en estado de shok, con Tétanos Uterino, inminencia de Ruptura Uterina y Obito Fetal. Pésimo estado general. Examen vaginal dió como hallazgos: nódulos múltiples y duros en el cuello uterino, con seis-siete cms. de dilatación y miasis vulvar. Junta Médica decidió efectuar embriotomía, la cual no ofreció dificultades. L. N. IV; la paciente presentaba además, metástasis pulmonares y óseas en rodilla, caderas y pelvis. Biopsia: Ca. de células escamosas grado III. Tratamiento Médico hizo levantar el estado general, lo que permitió remitirla a la Oncología del Hospital General, donde fue catalogada como caso terminal. No se le hizo ningún tratamiento y seguramente falleció poco tiempo después.

CASO No. 4.—Reg. Méd. 19063. 28 años, G: 9, P: 7, Ab: 1, con controles prenatales, ingresa por trabajo de parto, el cual siguió un curso normal, terminando en parto eutócito espontáneo. Seis semanas después fue examinada en post-natal, en donde le encontraron lesión sangrante en el cérvix. L.N.O. la biopsia reveló Ca. In Situ. Fue enviada al Hospital General, pero no asistió. Niño sano. Se ignora su estado.

CASO No. 5.—Reg. Méd. 25427. 34 años, G: 4, P: 2, Ab: 1, fue controlada en prenatal; no le hicieron biopsia a pesar de haber encontrado una lesión erosiva extensa en el cuello uterino. Ingresó posteriormente por trabajo de parto, el cual no hacía progresar la dilatación.

Examen Vaginal reveló nódulo duro e irregular en el labio anterior del cérvix. Se le practicó cesárea segmentárea por sospecha de Ca. del cuello (L. N. II), diagnóstico que comprobó la biopsia (Ca. de células escamosas grado III). Fue enviada al Instituto de Cancerología donde fue tratada con 2 aplicaciones de Cobalto 60 y Röntgenterapia. Fue seguida durante trece meses al cabo de los cuales falleció. Niño egresó sano del Hospital.

CASO No. 6.—Reg. Méd. 27132. 37 años, G: 7, P: 5, Ab: 1. Fue examinada en consulta prenatal en donde el examen vaginal reveló "rasgaduras múltiples"; ingresó posteriormente por trabajo de parto. El examen rectal hizo sospechar presentación anómala. El vaginal demostró nódulos duros, múltiples en el cuello y dilatación casi completa; accidentalmente se rompieron las membranas, dando salida a líquido amniótico manchado de meconio, por lo que se ordenó preparar cesárea, pero el parto se efectuó por vía baja. Caso L. N. II. Biopsia cervical: Ca. de células escamosas grado II. Se envió al Instituto de Cancerología en el puerperio mediato. Fue tratada con dos aplicaciones de Cobalto Radioactivo intracavitario y terapia externa. Tumor creció rápidamente presentando cuadro abdominal obstructivo; le practicaron colostomía transversa paliativa. Falleció a los 14 meses de diagnosticado el Cáncer. Niño bien.

CASO No. 7.—Reg. Méd. 31833. 35 años, G: 6, P: 5, Ab: O, asistió a Prenatal donde se le encontró lesión ulcerosa sangrante en el cuello uterino. Se practicaron biopsias cervicales que no fueron concluyentes. Posteriormente tuvo parto eutócico. Diagnóstico: L. N. I, Ca. de células escamosas grado II. Fue referida al Instituto de Cancerología pero no asistió. Fue tratada en clínica privada con Röntgenterapia y enviada nuevamente al Instituto de Cancerología donde fue examinada únicamente en la primera consulta. No volvió a saberse de ella. Niño sano.

CASO No. 8.—Reg. Méd. 35952. 32 años, G: 3, P: 2, Ab: O. Asistió a Prenatal para control de su tercer embarazo; examen reveló cuello uterino con ulceraciones sangrantes. L. N. O, biopsias fueron informadas como Ca. In Situ. Luego ingresó con trabajo de parto durante el cual no se dieron cuenta del diagnóstico, asisténdola normalmente. Niño sano. Fue enviada al Instituto de Cancerología, donde le hicieron estudio de la Citología Vaginal con resultado grado IV. Le practicaron Histerectomía Abdominal total con éxito, siendo actualmente catalogada como curada.

CASO No. 9.—Reg. Méd. 36160. 40 años. G: 11, P: 9, Ab: 1. Se presenta a prenatal. El examen vaginal reveló ulceración sangrante en el labio anterior del cérvix. Se ingresó para estudio por sospecha de Ca. del cérvix y embarazo. El diagnóstico L. N. II fue comprobado anatómo-patológicamente (Ca. células escamosas grado III) y como su embarazo era casi de término, se intervino (Cesárea Corpórea Clásica); en el postoperatorio fue enviada al Instituto de Cancerología donde le hicieron dos aplicaciones de Cobalto, 60 intracavitario y Radioterapia. Tumor respondió bien al tratamiento, pero la paciente no volvió a controles, ignorándose su estado a la fecha.

CASO No. 10.—Reg. Méd. 38718. 28 años, G: 6, P: 5, Ab: O, ingresó con trabajo de parto y hemorragia vaginal. Examen reveló embarazo a término y masa irregular en el cuello Uterino. L. N. II. Biopsia por congelación fue positiva para cáncer (Ca. de células escamosas grado II), por lo que se practicó Cesárea Corpórea Clásica y fue enviada al Instituto de Cancerología en el post-operatorio. Fue tratada en este Centro con dos aplicaciones de Radium intracavitario (Cobalto 60) y Radioterapia Externa. El tumor progresó con rapidez hasta producir masa pélvica fija. Falleció un año después de diagnosticado el Carcinoma. Niño egresó sano.

CASO No. 11.—Reg. Méd. 30435. 23 años, G: 4, P: 3, Ab: O, llega a prenatal con embarazo de 14 se-

manas de evolución. Fue tratada por VDRL positivo y se le hicieron biopsias por lesión polipoide en el cuello uterino en dos oportunidades por duda diagnóstica. Resultados anatómo-patológicos: Ca. de células escamosas grado II. Se presentó en junta médica y se citó a la paciente para iniciar tratamiento, pero no asistió, dejando evolucionar su embarazo; al llegar a las 36 semanas, presentó hemorragia vaginal por lo que se ingresó al Servicio, practicándosele Cesárea Corpórea Clásica y Ligadura bilateral de trompas. Niño prematuro, falleció a las 21 días de Bronconeumonía. Al 50. día post-operatorio se le hizo la primera aplicación de radium intracavitario, seguida de Röntgenterapia y luego segunda aplicación de Cobalto 60. Tumor respondió satisfactoriamente al tratamiento, siendo el resultado a la fecha: bastante mejorada.

CASO No. 12.—Reg. Méd. 64085. 32 años, G: 4, P: 3, Ab: O, fue enviada del Hospital General por cáncer del Cérvix L. N. III y embarazo de 25 semanas. El cáncer (Ca. de células escamosas grado IV) fue diagnosticado a las 15 semanas de embarazo y fue tratada con dos aplicaciones de Cobalto radioactivo, pero presentó síntomas de aborto, por lo que fue enviada a la Maternidad. Su estado general era pésimo y presentaba hemorragia profusa que ameritó taponamiento vaginal. Posteriormente tuvo aborto fetal completo. Su estado empeoró, hubo signos de peritonitis y falleció. La autopsia reveló Ca. del cuello uterino con metástasis parametriales y ganglionares, Peritonitis aguda, Colelitiasis y Caquexia.

CASO No. 13.—Reg. Méd. 60237. 35 años, G: 11, P: 9, Ab: 1. Asiste a Prenatal, refiriendo embarazo de 35 semanas y pequeñas hemorragias durante el mismo. El examen reveló lesión proliferativa, en coliflor del cuello uterino. L. N. II; biopsia informada como Ca. de células escamosas grado IV. Se ingresó y al llegar cerca del término, se le practicó Cesárea Corpórea Clásica;

al quinto día post-operatorio se le hizo el primer implante de Cobalto radioactivo intracavitario, que fue seguido por Röntgenterapia (en el Instituto de Cancerología) y luego nueva aplicación de Cobalto 60. Tumor respondió satisfactoriamente. Ha sido controlada periódicamente en una clínica particular y su estado actual puede conceptuarse como mejorada.

CASO No. 14.—Reg. Méd. 63425. 34 años. G: 4, P: 3, Ab: O, fue examinada en prenatal donde encontraron "granulaciones en el cuello uterino" que sangraban fácilmente. L. N. II. resultados de las biopsias fueron positivos para cáncer de células escamosas grado II. Se ingresó y preparó con tratamiento médico para ser intervenida (Cesárea Corpórea Clásica) al 10o. día post-operatorio, se le practicó primera aplicación de Radium intracavitario, que fue seguida por Röntgenterapia. Se le dió salida con regresión satisfactoria del tumor y citó para nuevo implante de Radium, pero no asistió. Se ignora su estado a la fecha. Niño sano.

CASO No. 15.—Reg. Méd. 1253. 40 años, G: 7, P: 6, Ab: O. Paciente con antecedentes de un parto normal atendida en el Hospital Roosevelt, se presentó a prenatal con embarazo de 24 semanas. Examen vaginal reveló lesión proliferativa en el cérvix. Se ingresó con diagnóstico clínico y patológico de Carcinoma del cuello uterino y embarazo (L. N. II, Ca. de células escamosas grado II). Se principió tratamiento con Rayos X. Rompió bolsa espontáneamente e inició trabajo de parto, por lo que se le practicó Histerotomía Corpórea, extrayéndose un feto no viable que falleció a los pocos minutos de nacido. Se continuó tratamiento con Röntgenterapia en una clínica privada y luego se hicieron dos aplicaciones de Cobalto 60 intracavitario. Hubo regresión casi completa del tumor y a la fecha está muy mejorada.

TERCERA PARTE

Comentarios sobre Tratamiento

Durante el Embarazo: El tratamiento del cáncer del cérvix en el útero grávido depende de varios factores:

1o.—Edad del embarazo, especialmente en lo que se refiere a la viabilidad del feto y a la susceptibilidad del embrión a los efectos de la radiación.

2o.—Estado de la enfermedad, ya sea en sentido general o en relación al embarazo.

3o.—Los conceptos religiosos de los padres y familiares. Estos pueden determinar que la vida del embrión, feto o niño no debe ser perjudicada, no importa las consecuencias que traiga a la madre.

4o.—El número de hijos. El deseo de la madre por un niño, depende de lo numeroso que sea su familia; si existen varios, el deseo por otro puede ser menor que si no existe ninguno.

La conducta del Médico será según su especialidad y su experiencia con otros casos de esa naturaleza. Lo ideal es que sean estudiadas por Obstetra y Radioterapeuta en equipo.

Los métodos que han sido usados son:

- I) Röntgenterapia seguida de Radiumterapia.
- II) Dilatación del cuello y Legrado uterino seguido de Radiumterapia y Röntgenterapia.

III) Histerectomía Radical.

IV) Histerotomía o Cesárea seguida de:

- a) Röentgenterapia externa y Radium intracavitario.
- b) Histerectomía supravaginal de Porro, seguida de Röentgenterapia y Radium.
- c) Operación Radical de Wertheim.
- d) Röentgenterapia, Radium y después Wertheim.

V) Radium intravaginal seguido de Cesárea y luego Radiación e Histerectomía.

Ignorando el factor religioso, el tratamiento depende principalmente de la edad del embarazo. En el primer trimestre no se toma en cuenta el embarazo. La Röentgenterapia seguida de Radiumterapia es un buen método. El aborto se produce a causa de la acción destructiva de las ondas electromagnéticas sobre el embrión; dicho efecto sigue la ley de Bergonié, según la cual los tejidos embrionarios son más sensibles a la radiación, cuanto mayor es su indiferenciación.

La sensibilidad disminuye a medida que el embarazo va acercándose al término. Todo el feto es extremadamente susceptible en las primeras doce semanas y puede destruirse con 500 a 600 r. produciéndose una condición similar al aborto frustrado, después de la cual el útero se vacía espontánea y completamente en casi todos los casos. En algunos es necesario efectuar otro procedimiento, tal como extraer al producto de la concepción por el cuello dilatado.

Al quinto mes, los tejidos del feto son definitivamente menos susceptibles y a veces resisten dosis sustanciales de Rayos X sin interrumpirse el embarazo; sin em-

bargo en casi la mitad de los casos, el niño puede nacer con alguna malformación, que en el 60% será Microcefalia o Microftalmía.

La Röentgenterapia puede principiarse dando 200 r. en cada sesión. Generalmente en 10 días a dos semanas se produce el aborto. El tratamiento es interrumpido 48 horas o menos y luego se sigue con Radium intracavitario.

El segundo método es efectuar el aborto terapéutico y luego administrar Rayos X y Radium, o hacer Histerectomía Radical.

Después de la 12a. semana, es mejor vaciar primero el útero y luego instituir Terapia, a menos que se haga Histerectomía Radical.

Un problema especial sucede en el 7o. y 8o. mes, cuando se cree que el feto aún no es viable y que el retraso del tratamiento puede ser perjudicial a la madre. Debe decidirse si se vacía el útero o si es posible aplicar Radium sin lesionar al niño.

La opinión más aceptada es no aplicar Roentgenterapia en este tiempo, ya que definitivamente afecta al feto. Puede aplicarse Radium intravaginal si la cabeza fetal está móvil, como es común encontrarla en esta edad de embarazo; la cabeza fetal quedará a varios centímetros del Radium vaginal, sin causar más daño que alopecia temporal en algunos casos. La incidencia de Anomalías fetales por este método ha sido de 20 a 30%.

Los Genetistas podrían objetar que esta cantidad de radiación recibida por el feto, causaría cambios cromosómicos en las gónadas del niño y mutaciones que después de varias generaciones, desarrollarían alteraciones en el individuo o la familia.

Puerperio: Cuando se deja evolucionar el embarazo hasta cerca del término, no debe permitirse el parto por vía vaginal, sino efectuar Cesárea Corpórea Clásica y al 5o. ó 6o. día post-operatorio iniciar tratamiento con Radiación.

El método de Radiación depende de la permeabilidad del cuello uterino: en casos L. N. I - L. N. II en que pueden hacerse dilataciones cervicales, iniciar tratamiento con Radium intracavitario, luego Radioterapia externa y cuando el útero está involucionado, nuevo implante de Radium intracavitario.

Lo básico es que la dosis sea cancericida para el punto "A" (lugar donde el Uréter cruza la arteria Uterina), esto quiere decir que dicho punto debe recibir 6,000 a 7,000 r. Luego se complementa con Radiumterapia externa a los nódulos obstruidos.

RECOMENDACIONES

- 1a. Practicar examen vaginal a toda embarazada, ya sea en Prenatal o durante el trabajo de parto en casos no controlados, ya que además de ser un método inócuo, es indispensable para el diagnóstico precoz.
- 2a. Efectuar biopsias cervicales en cualquier caso sospechoso; según nuestra experiencia no adolece de complicaciones y constituye el método de diagnóstico.
- 3a. Medios de divulgación tendientes a hacer llegar a la mujer embarazada a las consultas Prenatales desde la iniciación de su embarazo.
- 4a. Educar a las Comadronas (quienes atienden un sector grande de la población) con respecto a la sintomatología y manifestaciones que presenta el Car-

cinoma del Cérvix, a fin de que remitan al Tocólogo los casos sospechosos.

- 5a. Hacer hincapié en que el estudiante agrese de la Facultad de Ciencias Médicas convicto de la importancia del examen ginecológico rutinario.
- 6a. Aumentar el número de Dispensarios Médicos, regionales o cantonales, en los cuales: 1o.) Se eduque a la paciente; 2o.) Se cubran áreas rurales actualmente sin atención médica; 3o.) se cuente con las condiciones y el equipo necesario para la adecuada exploración ginecológica u obstétrica.
- 7a. Para el tratamiento del Carcinoma del Cérvix asociado al estado grávido-puerperal, se recomienda el estudio de la paciente por Obstetra y Radioterapeuta.

CONCLUSIONES

- 1a. El Cáncer del cuello uterino asociado a Embarazo es una complicación grave, cuyo pronóstico depende del diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado.
- 2a. Quince casos fueron diagnosticados en 36,331 partos asistidos en el Departamento de Obstetricia del Hospital Roosevelt. 0.041%.
- 3a. El 73.23% de las pacientes fueron examinadas en la Consulta Prenatal. En siete casos se hizo diagnóstico definitivo (64%). En los cuatro restantes solamente se sospechó patología cervical.
- 4a. La edad promedio encontrada fue de 31 años. El caso más temprano fue a los 23 años y el de más edad de 40 años.
- 5a. El 100% se presentó en mujeres multíparas.
- 6a. El 40% de los casos estudiados fueron diagnosticados entre la 36 y la 40 semanas de gestación.
- 7a. La sintomatología predominante fue: Leucorrea, Hemorragia vaginal y dolor pélvico.
- 8a. Nueve casos fueron clasificados como L. N. II (60%).

- 9a. El grado de malignidad predominante fue el Grado II. (60%).
- 10a. Catorce casos fueron clasificados como Carcinoma de células escamosas (93.23%).
- 11a. Se practicó Cesárea en el 46.66%; Histerotomía en el 6.66% e Histerectomía abdominal total en el 6.66%.
- 12a. Dos pacientes recibieron Radiación durante el embarazo. Una de ellas tuvo Aborto espontáneo y a la otra se le practicó Histerotomía.
- 13a. Seis de las pacientes estudiadas fallecieron.

Enio Betancourt F.

Vo. Bo.

Dr. Humberto Montenegro.

Imprímase:

*Dr. Ernesto Alarcón,
Decano.*

BIBLIOGRAFIA

1. Moragues Bernat. Clínica Obstétrica. 1957.
2. Greenhill. Principios y Práctica de Obstetricia. 1955.
3. Anderson. Patology. 1953.
4. Curtis y Huffman. Ginecología. 1953.
5. Lull y Kimbrough. Obstetricia Clínica. 1954.
6. Dexeus Font. Tratado de Obstetricia. 1957.
7. Ball. Cirugía Ginecológica y Urológica. 1960.
8. Corscaden. Gynecologic Cancer. 1951.
9. Noriega Limón. Rev. Ginec. y Obst. de Méx. 35. 1952.
10. Greene. Am. J. Obst. & Gyneec. March, 1958.
11. Kistner, Gorbach and Smith. Obst. & Gyneec. May. 1957.
12. Marsh and Fitzgerald. Cancer. Nov. Dec. 1956.
13. Moore and Gusberg. Obst. & Gyneec. May. 1959.