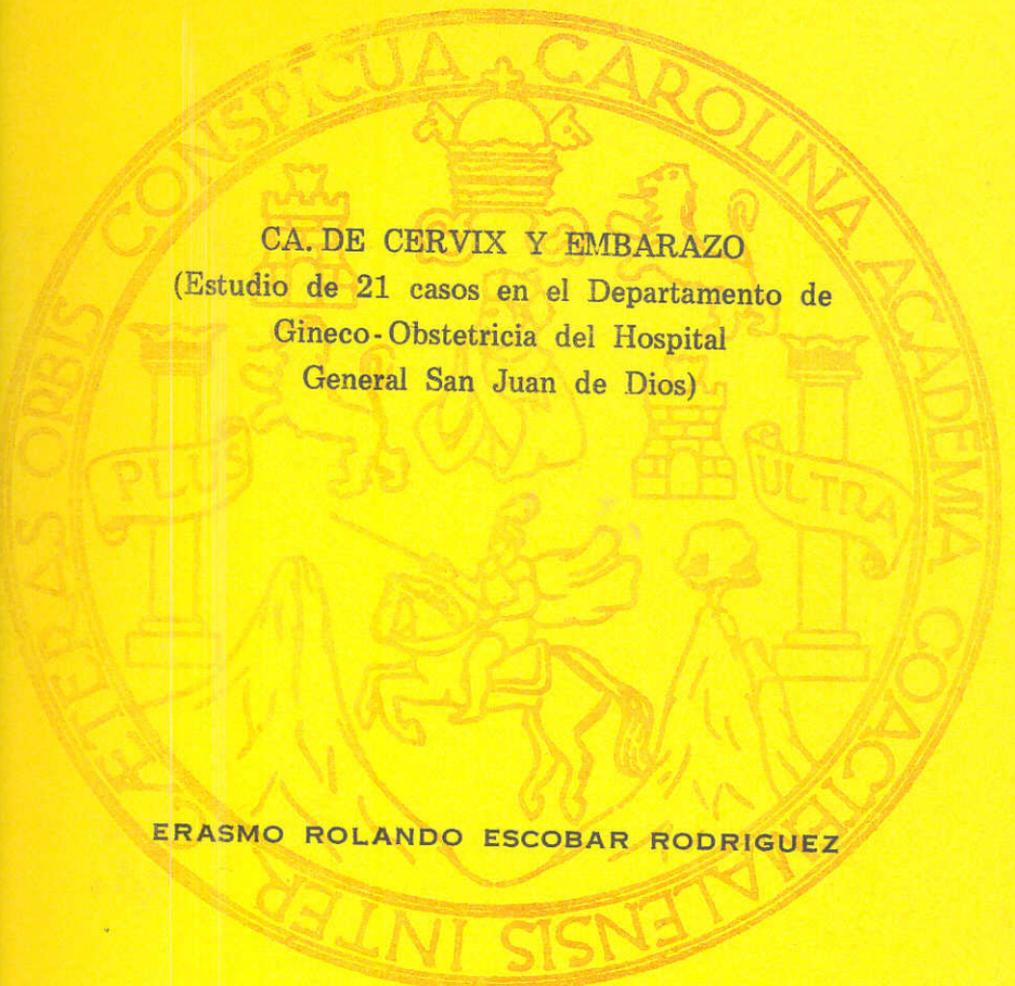


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



CA. DE CERVIX Y EMBARAZO
(Estudio de 21 casos en el Departamento de
Gineco-Obstetricia del Hospital
General San Juan de Dios)

ERASMO ROLANDO ESCOBAR RODRIGUEZ

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1978

PLAN DE TESIS

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

REVISION BIBLIOGRAFICA

TRABAJO DE ESTUDIO

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

CITAS BIBLIOGRAFICAS

INTRODUCCION

Ha sido siempre tema de controversia el manejo de pacientes embarazadas con Ca. de cérvix. La dificultad básica para poder llegar a un acuerdo, está en el diferente criterio, las diferentes experiencias de los médicos tratantes, especialmente en la diversidad de los resultados reportados.

Tomando en cuenta lo anterior y ante la falta de datos propios en nuestro hospital se inició este trabajo, con la intención principal de clarificar el manejo de estas pacientes en el departamento de Gineco Obstetricia del Hospital San Juan de Dios.

El estudio comprende una revisión retrospectiva de los casos de embarazo y carcinoma de cérvix en el departamento de Obstetricia del Hospital San Juan de Dios del 1.º de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977; es toda mi intención que este estudio aporte datos que sean de importancia para ustedes.

OBJETIVOS

Determinar la incidencia de Ca. de cérvix y embarazo en departamento de Gineco Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios del 1o. de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977.

Revisión y actualización del manejo y tratamiento del Ca. de cérvix y embarazo.

Analizar el manejo y tratamiento de pacientes con Ca. de cérvix y embarazo dentro del período mencionado.

Comparar conductas de manejo de estas pacientes en nuestro hospital y otras instituciones internacionales.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron las papeletas de las pacientes con Carcinoma de cérvix y embarazo dentro del período correspondiente de primero de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977. Poniendo énfasis primordial a los métodos diagnósticos, diagnósticos usados tratamiento y seguimiento de estas pacientes. Se tomaron además otros parámetros en la investigación como edad, paridad, para poder evaluar otras variantes.

Se computaron los datos recabados y se realizaron cuadros estadísticos para tener datos más objetivos. Luego se hace un análisis de los resultados obtenidos.

CARCINOMA DE CERVIX Y EMBARAZO

La coexistencia de carcinoma de cérvix y embarazo es relativamente rara, ocurriendo aproximadamente en 0.5o/o de todos los embarazos, ha sido detectado más frecuentemente en la última década como resultado del uso rutinario de los frotos citológicos cérvico-vaginales.

Si se observa desde otro punto de vista, aproximadamente de 1.5 a 2.5o/o de todos los casos de carcinoma de cérvix ocurren durante el embarazo, la mayoría de casos siendo carcinoma in situ.

El carcinoma in situ tiene aproximadamente la misma prevalencia en la embarazada que en la no embarazada, ya que en la mayor parte de carcinomas in situ ocurren durante la edad fértil de donde la coexistencia de estas dos entidades no es sorprendente. Los factores ecológicos bien conocidos del cáncer cervical hacen a las pacientes obstetricas un grupo de alto riesgo para la detección del carcinoma en sus estadios tempranos. Lamentablemente los frotos de papanicolau no se efectúan rutinariamente en todas las embarazadas lo que hace que muchos casos pasen desapercibidos.

CITOLOGIA CERVICAL DURANTE EL EMBARAZO

Se ha establecido que la citología cérvico-vaginal tomada durante el embarazo es tan confiable como en la no embarazada.

En general, las atipias más significativas del cérvix detectadas durante el embarazo persisten post-parto.

De acuerdo a Reagan y colaboradores, la prevalencia de la

displasia cervical en la población no embarazada varía entre 1.2 y 3.2o/o. Reagan encontró displasia severa en 3o/o en mujeres embarazadas de su grupo de estudio de veintiocho mujeres con displasia, en un 14o/o no hubo evidencia de estos cambios celulares post-parto. Esto ha sido similar a otros autores en que casi la mitad de las pacientes con grados moderados de atipias sugiriendo una displasia de leve a moderada, en el papanicolau, ya no presentan estas variaciones cuando se siguen post-parto. Como se mencionó antes, sin embargo las atipias severas detectadas durante el embarazo, persisten post parto.

Se ha obtenido una correlación muy cercana entre las interpretaciones del papanicolau y la evaluación histopatológica de los conos de cérvix obtenidos durante el embarazo. Esta correlación ha sido tan confiable como en la mujer no embarazada. Por esta razón se ha confiado fuertemente en las interpretaciones del papanicolau para guiarnos en el manejo subsecuente de pacientes que presentan hallazgos citológicos anormales durante el embarazo.

CAMBIOS CERVICALES DURANTE EL EMBARAZO

Hasta hace poco se pensaba que no ocurrían cambios significativos en el cérvix durante el embarazo con la posible excepción de la vascularización aumentada y reblandecimiento. El cérvix esta compuesto de tres tejidos tisulares: El estroma de tejido conectivo, el epitelio glandular del endocérvix y el epitelio escamoso estratificado del extocérvix. Ahora se ha establecido que definitivamente ocurren cambios en cada de estos tres tejidos: Hay un aumento en el edema y vascularización del tejido conectivo junto con la infiltración leucocitaria, en la mayoría de los casos; las células del estroma sufren cambios deciduales también. Las glándulas del endocérvix aumentan en número y hay cierta tendencia del epitelio glandular para apilarse en varias capas. Los cambios en el epitelio escamoso estratificado del ectocérvix no son marcados ni consistentes. Hay hiperactividad de

la capa de células basales y ocasionalmente las células basales se extienden más de la mitad del grueso del epitelio, las células basales aparecen muy activas con núcleos hiper cromáticos y numerosas figuras mitóticas. Esta hiperactividad a menudo se correlaciona con cambios del papanicolau tomados durante el embarazo. La diferenciación citológica entre estos cambios, debidos a hiperplasia de las células basales, y los cambios debido a displasia o carcinoma in situ generalmente no es difícil. El epitelio del cérvix anormal durante el embarazo puede distinguirse de un verdadero carcinoma in situ en que la atipia celular del carcinoma in situ es mucho más marcada. No debe haber dificultad en hacer el diagnóstico diferencial.

CLASIFICACION

- O In Situ o intraepitelial
- I Carcinoma estrictamente localizado al cérvix. Si esta invadido el cuerpo del utero no se clasifica aquí.
 - Ia Carcinoma microinvasivo (invasión temprana del estroma)
 - Ib Todos los otros casos del estado I. Cáncer oculto debe marcarse "Oc".
- II El carcinoma se extiende más allá del cérvix, pero no ha llegado a la pared pélvica. El carcinoma envuelve la vagina pero no su tercio inferior.
 - Ila No hay invasión obvia del parametrio
 - Iib Hay invasión obvia del parametrio
- III El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.

- IIIa El tumor envuelve el tercio inferior de la vagina sin envolver la pared pélvica.
- IIIb Extensión hasta la pared pélvica. Al examen rectal no hay área libre entre el tumor y la pared pélvica.
- IV El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o han invadido clínicamente la mucosa de la vejiga o el recto. Un edema bulboso no permite por sí mismo que se clasifique el estadio como IV.
 - IVa Organos adyacentes
 - IVb Organos distantes.

DIAGNOSTICO

Ya que el 75o/o al 80o/o de pacientes con carcinoma de cérvix y embarazo no tienen anormalidades cervicales macroscópicas, el diagnóstico debe hacerse por el uso rutinario de papanicolau. Es convicción que los cambios hormonales durante el embarazo no alteran la interpretación citológica del papanicolau y que los hallazgos citológicos deben guiarnos hacia una evaluación posterior del cérvix en caso de reportes sospechosos o positivos. Cuando existe una lesión macroscópica o una citología patológica no debe dudarse en biopsiar el cérvix durante el embarazo.

TECNICAS DIAGNOSTICAS

Las técnicas diagnosticas empleadas durante el embarazo son similares a aquellas empleadas en la paciente no embarazada. Sin embargo la preocupación del médico sobre las complicaciones de la paciente embarazada y el feto, naturalmente es mucho más marcada. Es por esta razón que hay gran desacuerdo en el procedimiento y el tiempo preciso del embarazo cuando se deben tomar los pasos diagnósticos.

El uso corriente en otros países de la colposcopia y biopsias dirigidas del área más sospechosa del cérvix ha reducido el problema de pérdida sanguínea a un mínimo, debido a que no se necesita biopsiar la circunferencia total del cérvix. A pesar de que la colposcopia ha reducido el uso de la conización hasta un décimo de lo que antes se efectuaba la conización aun sigue siendo el método preferido para descartar un cáncer microinvasivo aun en la paciente embarazada.

BIOPSIA POR PUNCION

Generalmente se reconoce que las biopsias múltiples por punción son inadecuadas para la evaluación completa de la extensión de la atipia celular. Se ha demostrado repetidamente que las biopsias al azar pueden facilmente obviar las lesiones más significativas. Dirigiendo las biopsias cuidadosamente con ayuda de las técnicas de tinción de tejidos, el clínico experimentado puede asegurar una evaluación más certera y confiables. Es desaconsejable que el médico inexperto confié en las biopsias múltiples por punción.

Durante el embarazo la vascularización del cérvix esta marcadamente aumentada, y a veces las biopsias por punción pueden precipitar considerable pérdida sanguínea. Bajo condiciones experimentalmente controladas, se ha medido la perdida sanguínea en varias pacientes a quienes se les ha efectuado biopsias múltiples por punción ésta pérdida excedió a la de la conización.

COLPOSCOPIA

En la actualidad es un instrumento de investigación, continuara contribuyendo a la mejor resolución de muchos problemas diagnósticos, tanto como al mayor comprendimiento del cérvix normal y patológico. Para el futuro parece que mientras más ginecólogos se entrenen en su uso, asumira un papel importante en los programas de detección del cáncer.

Su lugar adecuado no es en los programas de detección, sino más bien en la clínica o en la oficina después de que la paciente ha sido diagnosticada por papanicolau. En este contexto guiara las biopsias para que el cérvix pueda ser cuidadosamente evaluado sin conización. Esto tiene particular importancia en la paciente embarazada, donde el trauma de procedimientos diagnósticos debe mantenerse al mínimo.

CONIZACION

Es irrefutable que la conización de cuello es un procedimiento potencialmente peligroso durante el embarazo. Con experiencia sin embargo los peligros del procedimiento pueden reducirse al mínimo. Hemorragia, infección, desarrollo de parto prematuro y funcionamiento adecuado del cérvix durante el trabajo de parto son variables clínicas de gran importancia para el obstetra. Hay numerosos reportes de procedimientos de conización en la literatura médica y la incidencia de complicaciones parece ser directamente proporcional a la experiencia total de la institución.

Para algunos autores la técnica de conización consiste primero en suturas superpuestas en U pasadas alrededor del cérvix a nivel del os interno para formar un torniquete virtual alrededor del cérvix. La incisión se hace por fuera de la unión escamocolumnar alrededor del os interno dirigida hacia el canal endocervical por una distancia de 1.5 a 2 cms. El nivel del os interno no se alcanza y si existe duda de su localización, el canal es suavemente sondeado. Cuatro suturas de stundorf se colocan en el cérvix para hemostasis.

Sin embargo cuando se efectúan bajo localización colposcópica solo la lesión del cérvix se necesita conizar. Si una mitad de la circunferencia del cérvix esta exenta de cualquier anomalía neoplásica en la visualización colposcópica de la unión escamo-columnar, no hay necesidad de conizar toda la

circunferencia del cérvix durante el embarazo. La profundidad del espécimen también puede planearse al efectuar la colposcopia. Si los márgenes de la enfermedad son claramente visibles en el tercio inferior del canal cervical no hay necesidad de reseca todo el endocervix durante la conización. El uso de una solución débil de Neo-Sinefrina (1:200000) ha disminuido grandemente la cantidad de pérdida sanguínea por conización.

Un máximo de 20 cc. se usan durante el procedimiento, pueden producir una leve elevación de la presión arterial pero es transitoria y no afecta la circulación placentaria. El uso de vasopresores, colageno-microfibrilar (Avitene) o la ligadura de la rama descendente de la arteria uterina, cuando indicado, ha hecho que no halla restricciones serias a la conización del cérvix durante el embarazo. Este procedimiento debe efectuarse sin importar la edad gestacional si hay duda sobre un cáncer invasivo temprano. Al acercarse el término del embarazo el riesgo de ruptura prematura de membranas y de trabajo de parto prematuro aumenta, pero el riesgo de un parto vaginal a través de un cérvix con carcinoma invasivo puede provocarle un daño mayor al paciente. Si el parto se desencadena siguiendo una conización reciente en un embarazo a termino, es aconsejable efectuar una cesárea y no someter a la paciente a un trauma serio y hemorragia del cérvix recientemente conizado.

Si hay un colposcopio a la mano, la conización solamente es necesaria en aquellos casos raros en que halla duda sobre un carcinoma microinvasivo que requiera confirmación histológica.

TRATAMIENTO

Considerando del tratamiento del carcinoma del cérvix durante el embarazo, varios factores deben de tomarse en consideración: (1) El efecto del carcinoma sobre el embarazo, (2) el efecto del embarazo en el carcinoma (3) forma en que se debe evacuar el utero (4) estadio del embarazo cuando se detecta el

cáncer.

Estadísticas actuales han descartado la creencia que se tenía de que el embarazo agravaba el carcinoma de cérvix. Cuando se evalúa estadio por estadio las tasas de curación son idénticas en pacientes embarazadas y no embarazadas. Bosch y Marcial han demostrado una mejoría en las tasas de sobrevivencia en los casos tratados en los dos primeros trimestres del embarazo, comparado con los casos tratados en el tercer trimestre y en el puerperio. Esto fue atribuido al efecto nocivo de la dilatación cervical y de parto vaginal en casos no reconocidos previamente. El parto vaginal está contraindicado en las pacientes embarazadas con carcinoma invasivo del cérvix, para algunos investigadores.

Prem, Makowski y Mc Kelvery trataron a las pacientes en el tercer trimestre del embarazo conservadoramente permitiéndoles llegar a las 34 ó 36 semanas antes de iniciar el tratamiento. Este punto de vista controversial parece razonable, ya que parece que hay diferencia si se trata de estadio I si se retrasa el tratamiento durante 4 ó 6 semanas en un esfuerzo para obtener un feto razonablemente maduro.

Esta conducta es particularmente válida para el manejo y resolución de pacientes con carcinoma microinvasivo de cérvix y embarazo que deberán ser tratadas en forma similar al carcinoma in situ.

Parece por lo tanto que el pronóstico está relacionado primariamente al estadio de la enfermedad más bien que al estadio del embarazo.

El tratamiento de carcinoma in situ no requiere modificar el curso del embarazo o la forma de resolución del mismo. Una vez que la lesión se ha comprobado histológicamente por medio de una biopsia dirigida por colposcopio, se le debe permitir a la paciente tener su parto por vía vaginal, y el tratamiento de la lesión in situ puede ser diferida hasta 3 ó 6 meses después en

que se puede efectuar un cono terapéutico o una histerectomía. Un doble vaginal ya no se remueve rutinariamente en el tratamiento del carcinoma in situ si puede descartarse invasión a ese nivel por medio del colposcopio.

Thompson revisó la experiencia de su clínica con 42 casos de carcinoma del cérvix y embarazo, de 21 pacientes con carcinoma microinvasivo, que constituyeron una mitad del grupo total, a 7 pacientes se les retrasó su tratamiento por 5 a 28 semanas hasta que se obtuviera un feto a término. Todas estas 7 pacientes han permanecido bien y sin recurrencia por 3 a 10 años, y fueron tratadas por una histerectomía amplia posparto. La actitud del manejo del carcinoma microinvasivo durante el embarazo es idéntica que para el carcinoma in situ. Algunos retardan el tratamiento a propósito hasta que la paciente ha parido un feto a término vaginalmente o por cesárea según indicación obstétrica y difieren la histerectomía simple con conservación de los ovarios hasta 8 ó 10 semanas post parto.

Cuando se detecta cáncer cervical invasivo durante el primer trimestre del embarazo, el tratamiento debe iniciarse inmediatamente sin importar la vida del feto. Cuando esta enfermedad se detecta durante la primera parte del segundo trimestre, el tratamiento definitivo no debe retardarse. Sin embargo cuando se detecta cerca de 0 en el tercer trimestre, particularmente entre la 26 y 32 semana, puede retrasarse el tratamiento hasta la 34 ó 36 semana cuando el feto podría tener una buena posibilidad para sobrevivir.

En series similares a la de Mc Kelvey, el retraso en el tratamiento particularmente para el estadio Ib, es estadísticamente defendible, pero el médico debe estar seguro del estadio de la enfermedad y debe de pedir a la familia y a la paciente su opinión sobre esta difícil decisión, ya que las conductas no están claramente establecidas en este concepto. Seguramente ningún ginecólogo será criticado si da un tratamiento inmediato, pero

debe ser condecor que la enfermedad puede progresar si decide esperar.

El modo de terapia aun permanece debatible, como ha sido resaltado en la discusión de esta enfermedad no relacionada con embarazo. Si uno escoje cirugía primaria o irradiación dependera del estadio de la enfermedad, el estadio del embarazo, la edad de la paciente y su estado general. En una paciente joven en la que hay interes de conservarse la función ovarica, hay un interes considerable en usar la histerectomia radical de Wertomia con lifadenectomia para el estadio de carcinoma Ib. Esto tiene merito particular cuando la enfermedad se detecta durante el segundo y el tercer trimestre del embarazo, en los casos que se requiera una resolución del embarazo por vía alta para evitar la dilatación cervical.

Sin embargo las complicaciones de césarea-histerectomia de Wertheim es mucho mayor que cuando el mismo procedimiento se efectúa en la paciente no embarazada, con un aumento en la perdida sanguinea, tiempo de operación y morbilidad general. Sin embargo la cirugía tiene la ventaja de evitar la castración permanente y otros efectos colaterales de la irradiación, así como proveer con la información de la localización y extensión exacta de la enfermedad.

La terapia por irradiación, sin embargo, se usa más uniformemente, tiene menos complicaciones, y tiene resultados terapéuticos iguales, al comparar estadios iguales. El tratamiento por irradiación es el mismo que para la paciente no embarazada con la excepción de que generalmente se inicia con terapia externa y que se requiere histerectomia para el tratamiento o de lesiones que ocurren más allá del primer trimestre del embarazo. Sin importar el tipo de terapia que se utilice, el carcinoma invasivo del cérvix debe ser tratado prontamente después del diagnóstico, a menos que la paciente halla solicitado especificamente que el embarazo llegue a su termino. Ya que el

manejo del carcinoma de cérvix en el primero y segundo trimestre es claro, solamente es durante la segunda mitad del segundo trimestre y la primera mitad del último trimestre en que un retraso en el tratamiento puede ser controversial. Mientras más cercano este el tercer trimestre cuando se hace el diagnóstico, más justificable sera una breve tardanza. En estos casos poco comunes, cada paciente actuara como su propio control si hay cualquier desviación del método recomendado de terapia. Solamente cuando un gran número de pacientes hallan sido manejadas conservadoramente durante el final del embarazo habra suficientes datos para recomendar o no el retraso en el tratamiento del carcinoma invasivo.

CUADRO No. 1
FRECUENCIA DE CARCINOMA DE CERVIX
Y EMBARAZO POR GRUPOS ETARIOS

EDAD	TOTAL	PORCENTAJE
15-19	0	0.00
20-24	3	14.28
25-29	5	23.80
30-34	5	23.80
35-39	6	28.57
40-44	2	9.52
45- +	0	0.00
TOTAL	21	99.97

CUADRO No. 2
AGRUPACION POR ESTADIOS CLINICOS
DE CARCINOMA DE CERVIX Y EMBARAZO

	TOTAL	PORCENTAJE
ESTADIO		
Ca In Situ	12	57.14
Ca Microinvasivo	4	19.04
Ca Invasivo	4	19.04
	1	4.76
TOTAL	21	99.98

CUADRO No. 3
EDAD GESTACIONAL EN QUE SE REALIZO DIAGNOSTICO
DE CA. DE CERVIX AGRUPADOS EN TRIMESTRES

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	TOTAL
TOTAL	7	3	11	21
Porcentaje	33.33	14.28	52.38	99.99

CUADRO No. 4
TECNICAS DIAGNOSTICAS PARA LA DETECCION
CA. DE CERVIX

	TOTAL	PORCENTAJE
Biopsia	2	9.52
Papanicolau	14	66.66
Papanicolau y biopsia	5	23.80
TOTAL	21	99.98

CUADRO No. 5
PARIDAD Y CARCINOMA DE CERVIX Y EMBARAZO

	MENOS DE 3 PARTOS	MAS DE 3 PARTOS	TOTAL
Número	5	16	21
Porcentaje	23.80	76.19	99.99

CUADRO No. 6
INTERRUPCION DEL EMBARAZO COMO
PARTE DEL TRATAMIENTO

No.	ESTADIO CLINICO	EDAD GESTACIONAL	INTERRUPCION EMBARAZO		
			Si	No	
1	O	Tercero		X	
2	O	Segundo		X	
3	O	Segundo		X	
4	O	Tercero		X	
5	O	Primero	X		
6	O	Tercero		X	
7	O	Tercero		X	
8	O	Tercero		X	
9	O	Primero	X		
10	O	Primero	X		
11	O	Tercero		X	
12	O	Tercero		X	
13	Ia	Primero	X		
14	Ia	Primero	X		
15	Ia	Tercero		X	
16	Ia	Primero	X		
17	Ib	Tercero		X	
18	Ib	Tercero		X	
19	Ib	Primero	X		
20	Ib	Segundo	X		
21	IIa	Tercero		X	
			o/o	38.08	61.99

CUADRO No. 7
TRATAMIENTO DEL CARCINOMA
DE CERVIX CON EMBARAZO

TRATAMIENTO	No.	o/o
Conización	6	28.56
Histerectomía Abdominal		
Total	6	28.56
Histerectomía Abdominal total, Salpingooforectomía Bilateral	1	4.76
Histerectomía Abdominal Total, Salpingooforectomía, Der. Izq.	6	28.56
Histerectomía Abdominal Total, Salpingo Oforectomía, Bilateral, Resección, Ganglios	1	4.76
Ninguno	1	4.76
	21	99.96

CUADRO No. 8
EDAD GESTACIONAL EN QUE SE REALIZO CONIZACION

SEMANAS	CONIZACION	PORCENTAJE
1- 4	O	0
5- 9	O	0
10-14	O	0
15-19	I	16.66
20-24	I	16.66
25-29	O	0
30-34	O	0
35-39	III	66.66

CUADRO No. 9
ANALISIS HISTOLOGICO DE LAS CONIZACIONES

DX. HISTOLOGICO	o/o
CA. IN SITU	83.33
CA. MICROINVASIVO	0
CA. INVASIVO	16.66

**CUADRO No. 10
COMPLICACIONES POST CONIZACION**

COMPLICACIONES	o/o
HEMORRAGIA	33.33
INFECCION	0
TRABAJO DE PARTO PREMATURO	0
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	0
NINGUNA	66.66

CUADRO No. 1

En el cuadro No. 1 encontramos los casos de Ca. de Cérvix y embarazo agrupados por grupos étnicos.

El mayor grupo correspondió a las pacientes entre los 35 y 39 años con un 28.57o/o. Le continúan en frecuencia los grupos entre 25 y 29 años (23.80o/o). En resumen la mayoría de pacientes (16) se encontró entre los 25 y 39 años. (76.17o/o).

En los dos extremos de edad reproductiva no se encontró ningún caso, ni en las menores de 20 años ni en las mayores de 44 años.

CUADRO No. 2

Como era de esperarse por tratarse de un grupo de pacientes jóvenes la mayor parte correspondió al estadio "O" es decir carcinoma In Situ con un 57.14o/o de estadios Ia y Ib tenemos un 19.04o/o respectivamente para cada uno respectivamente de IIa un 4.76o/o.

CUADRO No. 3

Podemos ver en que trimestre de embarazo se realizó el diagnóstico del Ca. de Cérvix. La mayoría de diagnósticos se realizaron en el tercer trimestre (un 52.38o/o).

Sabiendo que el papanicolau se realiza en la primera cita de control prenatal. O sea que la paciente embarazada no tiene conciencia de la importancia del control prenatal, ya que acude tarde a él.

El diagnóstico histológico de Ca. de Cérvix en etapas tardías del embarazo tiene más complicaciones que en etapas tempranas. Pudiéndose dar un mejor tratamiento si se realiza el diagnóstico

en etapas tempranas.

CUADRO No. 4

En el cuadro cuatro se enumeran las técnicas diagnósticas que se realizaron para detectar el Carcinoma de Cérvix.

La mayoría de diagnósticos se realizaron únicamente por citología (papanicolau) (un 66.66o/o) y es apreciable el número bajo de diagnósticos histológicos (biopsias) estas pacientes, (un 33.33o/o).

En el 9.5o/o de estas pacientes no se realizó papanicolau previo, una de estas se encontraba ya en trabajo de parto.

CUADRO No. 5

Agrupar en mayores y menores de tres partos la paridad de las pacientes. Del total de los casos contaban con más de tres partos un 76.19o/o y menos de tres partos un 23.8o/o.

CUADRO No. 6

Se agrupan las pacientes de acuerdo al estadio clínico que se encuentra el carcinoma de cervix, el trimestre de embarazos en que se encuentran las pacientes y si se les interrumpió o no el embarazo.

Del total de 21 pacientes el 38.08o/o se les interrumpió el embarazo. De estas el 87.50o/o estaban en el primer trimestre de edad gestacional y el 12.5o/o en el segundo trimestre. Del total de pacientes que se les interrumpió el embarazo el 37.5o/o se encontraban en un estadio "O" es decir Ca. in situ.

Al 61.9o/o del total de pacientes se les dejó evolucionar el embarazo a termino o casi a termino. Es de hacer notar que

ninguna de ellas se encontraban en el primer trimestre de gestación.

CUADRO No. 7

En el cuadro No. 7 encontramos los tratamientos que se dieron al total de 21 pacientes, existiendo prevalencia en tres conductas, la conización con un 28.56o/o, la histerectomía abdominal total con un 28.56o/o también, e histerectomía total abdominal, con salpingooforectomía, ya sea derecho o izquierda también un 28.56o/o para hacer un total de 85.68o/o entre las tres conductas.

Después siguen la histerectomía abdominal total, con salpingooforectomía bilateral y la histerectomía abdominal total con salpingooforectomía y resección de ganglios con un 4.76o/o para cada una de ellas. Una paciente a la que no se dio ningún tratamiento por negarse a él.

CUADRO No. 8

Se analiza la edad gestacional a la que se realizó la conización. Los que se efectuaron tempranamente fueron en el segundo trimestre para un 23.32o/o. No hay ninguno en el primer trimestre del embarazo. Parece que hay una tendencia a efectuar el procedimiento en las últimas semanas del embarazo, en este grupo encontramos un 66.66o/o; esto definitivamente influido por el diagnóstico tardío del carcinoma.

CUADRO No. 9

El análisis histológico obtenido en las muestras de conización ofrece un 100o/o de diagnóstico para cáncer, siendo el 83.33o/o de tipo In Situ y un 16.66o/o de tipo invasivo. De la totalidad de pacientes a las que se les efectuó como la correlación de diagnóstico del papanicolau y del cono fue de 83.33o/o.

CUADRO No. 10

De las complicaciones que podemos tener al realizar conización podemos mencionar; Hemorragias, infecciones, ruptura prematura de membranas, trabajo de parto activo, etc. En ese cuadro se investigaron las posibles complicaciones mencionadas anteriormente. Obteniendo los siguientes resultados:

Hemorragia cervical 33.33o/o
Trabajo de parto prematuro: 0o/o
Ruptura prematura de membranas 0o/o
Infección 0o/o

Es decir que en el 66.66o/o de las conizaciones hechas no se encontró ninguna complicación. La incidencia de complicaciones parece ser directamente proporcional a la experiencia total de la institución. El mayor número de conizaciones se efectuaron en las últimas 5 semanas de gestación (66.66o/o).

CONCLUSIONES

- La incidencia del Ca. de Cérnix y embarazo en el Departamento de Gineco Obstetricia del Hospital General San Juan de Dios del 1o. de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977 fue de 21
- La edad de las pacientes embarazadas en que más se encontró Ca, de Cérnix oscilaban entre los 25 y 39 años (76.16o/o)
- El estadio de Ca. de cérnix que más afectó a las pacientes fue el "O" (Ca. in situ) con un 57.14o/o. Posiblemente por el inicio tardío del control prenatal.
- El trimestre de embarazo en que con más frecuencia se diagnosticó el Ca. de Cérnix fue el tercero. 52.38o/o.
- El 66.66o/o de los casos fueron diagnosticados por citología sin comprobación histológica.
- Al 38.08o/o de pacientes con Ca. de Cérnix se les interrumpió el embarazo. De estos el 87.5o/o se encontraban en el primer trimestre del embarazo. Del total de pacientes que se les interrumpió el embarazo el 37.5o/o se encontraban en un estadio "O" es decir Ca. In Situ.
- Al 28.56o/o de pacientes con Ca. de Cérnix y embarazo se les realizó como tratamiento definitivo conización.
- A las dos terceras partes de las pacientes que se les efectuó conización se encontraban en las últimas 5 semanas del embarazo.
- El 100o/o de las conizaciones realizadas fue positivo para

cáncer, la correlación de diagnóstico del resultado de papanicolau y diagnóstico fue de 83.33o/o.

- El 33.33o/o de las pacientes a las que se les efectuó conización presentaron como única complicación (hemorragia). La hemorragia podría estar relacionada con la época tardía en que se realizó el procedimiento (66.66o/o de las pacientes).

RECOMENDACIONES

- Hacer conciencia en nuestras pacientes de la importancia del control prenatal.
- Insistir en la toma de papanicolau de rutina en toda paciente embarazada.
- En casos de Ca. de Cérvix detectados citológicamente tratar de descartar invasividad histológicamente, no importando la edad gestacional en que se encuentre la paciente.
- Excepto por alguna condición sobreagregada el carcinoma in situ no justifica la interrupción del embarazo, independientemente de la edad gestacional.
- En vista de que en nuestro medio no es accesible el diagnóstico histológico de cáncer del cérvix por medio de una biopsia dirigida por colposcopia recomendamos como método de diagnóstico de elección en pacientes embarazadas, la conización teniendo la precaución de ligar los vasos descendentes al cérvix desde el inicio del procedimiento para disminuir la hemorragia, además debe tenerse especial cuidado en que la fracción tomada debe ser lo suficientemente amplia para permitir el diagnóstico adecuado sin provocar ruptura de membranas.

Para algunos autores la hemorragia no justifica la omisión del procedimiento. Según reportes de otros autores la hemorragia es menor cuando se efectúa la conización por debajo de las 32 semanas de embarazo.

BIBLIOGRAFIA

- Johnson, L.D. and Jertig, A.T.: J. Iowa M. Soc. 48:283, 1958 (Carcinoma In Situ, Especially in Pregnancy).
- Kistner, R.W. Gorbach, A.C. and Smith G.V.: Obst. & Gynec. 9:544, 1957 (Cancer In Pregnancy)
- Richart, R.M. Am. J. Obst. & Gynec. 87:474, 1963 (Neoplasia In Pregnancy).
- Dean R.E. Isbell, N.P., and Woodward, D.E. Cervical Carcinoma In Situ in Pregnancy. Obstet. Gynec. 20:633, 1962.
- Kinch, R.A.H. Factors Affecting, the Prognosis of Cancer of the Cervix in Pregnancy. Amer. J. Obstet Gynec. 82:45, 1961.
- Mikuta, J.J. Invasive Carcinoma of the Cervix In Pregnancy. Southern. Med J. 60:843, 1967.
- Enterline, H.T., and Braun, T.E. Carcinoma In Situ of the Cervix Associated with Pregnancy Jama 204:763, 1968.
- Mussey, E., and Decker, D.G. Intraepitelial Carcinoma of the Cervix in Association with Pregnancy. Amer. J. Obstet Gynec. 97:30, 1967.
- Cervix Uteri Cancer In Situ and Pregnancy Analysis of 25 Cases. Puente González H. et al. Ginecol Obstet. Mex. 41(248):467-75 Jun 77.

BR. ERASMO ROLANDO ESCOBAR RODRIGUEZ

Asesor

DR. RAUL NAJARRO

Revisor

DR. RICARDO ARZU

Director Fase III

DR. JULIO DE LEON M.

Secretario General

DR. RAUL A. CASTILLO P.

Vo. Bo.

DECANO

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO