

## ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS EN EL CARCINOMA DE CÉRVIX INVASIVO DIAGNOSTICADO DURANTE LA GESTACIÓN

Gallardo Arozena, M; Contreras González, B; Sánchez-Pinto Hernández, CL; Gómez De La Rosa, GA; Pérez Álvarez JA; Quesada López-Fe, A.

HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA

### INTRODUCCIÓN:

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias más comunes en el embarazo, con una incidencia de 0,8 a 1,5 casos por cada 10.000 nacimientos. El tratamiento de las formas invasivas durante el transcurso de la gestación continúa siendo causa de controversia.

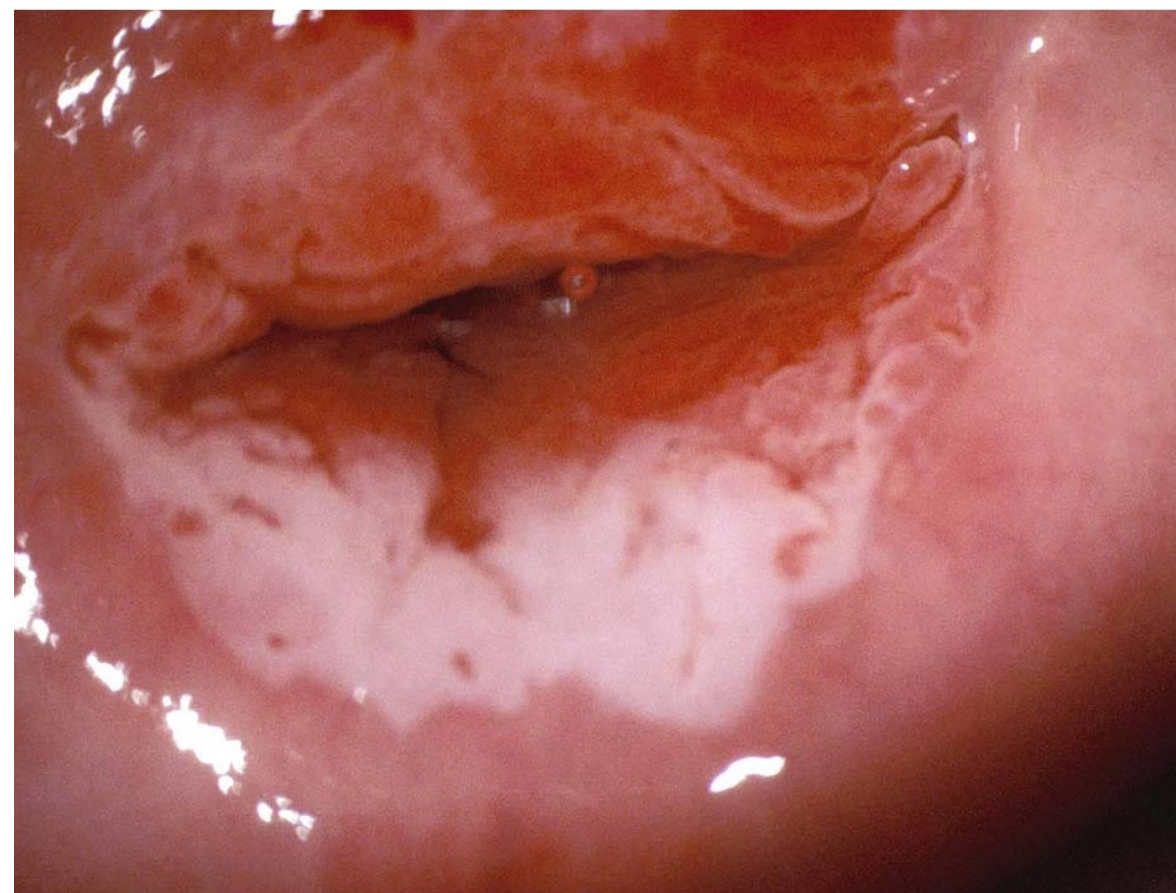
### CASO CLÍNICO:

Paciente de 35 años que consulta durante el primer trimestre de gestación por coitorragia. Citología: HSIL. Exploración: cérvix duro, parece infiltrado, de unos 2-3 cm en el labio posterior sin llegar a alcanzar la vagina. Colposcopia: cambios mayores en labio posterior que entran en el canal. Biopsia cervical: CIN III con focos de microinvasión (<1mm). Conización: carcinoma escamoso, moderadamente diferenciado. No invasión linfovascular ni perineural. En RMN: Neoplasia de cérvix, probable estadio IIB de la FIGO por afectación del parametrio izquierdo. Se explica el diagnóstico, el pronóstico y las posibilidades terapéuticas a la paciente. Decide continuar con la gestación y someterse a tratamiento después del parto.

En la semana 17 de gestación se realiza infadenectomía pélvica bilateral laparoscópica, sin evidencias de malignidad en ninguno de los ganglios analizados. No desea tratamiento con quimioterapia neoadyuvante. En la semana 35 se realiza cesárea electiva. La RMN tras la cesárea informa: Neoplasia de cérvix, probable IB. Escasa definición del margen derecho de cérvix de significado incierto. Parametrios radiológicamente libres. TAC: No evidencia de enfermedad a distancia. Dado que la sospecha inicial de carcinoma de cérvix IIB no se confirma en la RMN posterior, se decide realizar Wertheim-Meigs 8 semanas después de la cesárea.

### DISCUSIÓN:

El tratamiento inmediato y definitivo con la interrupción del embarazo, independiente de la edad gestacional, está indicado, ya que hay evidencia de afectación patológica de los ganglios linfáticos o progresión documentada de la enfermedad durante el embarazo. En mujeres que desean preservar el embarazo con un feto a una edad temprana (<22 semanas) y en los que se identifica (o se sospecha) una enfermedad invasiva microscópica, se debe realizar una conización diagnóstica. En tumores  $\geq 2$  cm, se recomienda quimioterapia neoadyuvante: cisplatino más paclitaxel cada tres semanas hasta el parto. Posteriormente deben someterse a un tratamiento definitivo de su enfermedad tras finalizar el embarazo.



### CONCLUSIÓN:

Un enfoque de equipo multidisciplinario es crucial para abordar la complejidad del cuidado de un paciente con un cáncer de cuello uterino, en aspectos tan importantes como finalizar o continuar con el embarazo, el retraso del tratamiento definitivo, el modo de terapia durante el embarazo o el momento y la vía de administración.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Nguyen C, Montz FJ, Bristow RE. Management of stage I cervical cancer in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv* 2000; 55:633.
2. Creasman WT. Cancer and pregnancy. *Ann N Y Acad Sci* 2001; 943:281.
3. Smith LH, Dalrymple JL, Leiserowitz GS, et al. Obstetrical deliveries associated with maternal malignancy in California, 1992 through 1997. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184:1504.
4. Smith LH, Danielsen B, Allen ME, Cress R. Cancer associated with obstetric delivery: results of linkage with the California cancer registry. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 189:1128.