



Tumoración cervical diagnosticada durante el embarazo: reporte de un caso y revisión de la literatura

Guadarrama-Mora Rodrigo¹, Vázquez-Vizcaino Factor Alejandro², López-Díaz Ana Jimena³, Gómez-Sousa María de Lourdes⁴, Ramírez-Santes Víctor Hugo⁵

1. Residente de segundo año de Ginecología y Obstetricia, INPer; 2. Residente de primer año de Ginecología y Obstetricia, INPer; 3. Residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia, INPer; 4. Jefa de Departamento de Posgrado, Investigación y Calidad, INPer, 5. Jefe de Departamento de Obstetricia, INPer



Introducción:

El cáncer cervical durante el embarazo ocurre en aproximadamente 0.004 – 0.1% de los casos. La baja prevalencia de esta patología ocasiona que no exista un consenso sobre su abordaje diagnóstico y terapéutico. Las herramientas usadas son las mismas que en las mujeres no gestantes¹. El cáncer cervical se atribuye a la infección por virus de papiloma humano (VPH) y durante el embarazo existe un aumento en la incidencia y persistencia de esta condición, asociado a los cambios hormonales y/o a la inmunosupresión local que conlleva a una reactivación viral. A pesar de esta asociación, el embarazo no representa un factor de riesgo para la prevalencia y progresión de enfermedad invasiva comparado con mujeres no gestantes.^{1,2}

Objetivo

Presentar el caso clínico de una paciente con tumoración cervical diagnosticada durante el embarazo y describir los desenlaces perinatales.

Material y métodos

Se recaba de manera retrospectiva del expediente clínico electrónico, el reporte de un caso clínico de tumoración cervical durante el embarazo atendido en el Instituto Nacional de Perinatología, y se realiza revisión de la literatura.

Caso clínico:

Femenino de 38 años que acude al Instituto referida por médico externo, al presentar un embarazo de 24.3 semanas y diagnóstico por citología cervical de probable carcinoma epitelial. Como antecedentes relevantes cursó con infección por VPH en 2012 y 2019 con lesión intraepitelial de alto grado recibiendo tratamiento con conización cervical. Durante la exploración física se evidencia al tacto recto vaginal lesión cervical de 1.5 cm, móvil e indurada; vagina y parametrios libres. A la especuloscopia, con evidencia de lesión dependiente de labio posterior cervical de aproximadamente 1.5 cm, friable, cerebroide. Se realiza ultrasonido reportando longitud cervical de 12 mm con evidencia de tumoración cervical hipoecoica y vascularizada (Imagen 1).

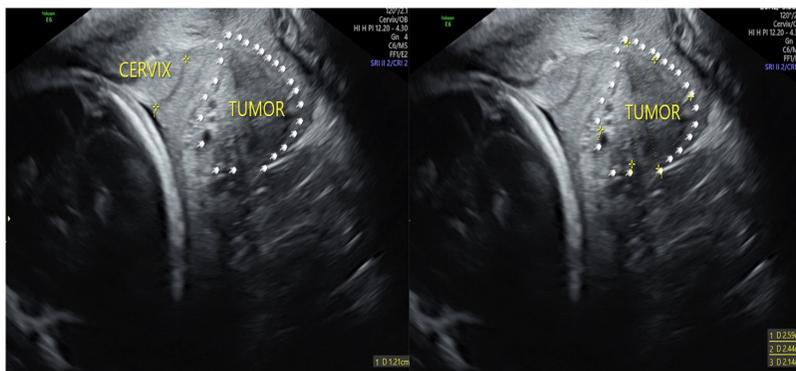


Imagen 1. Ultrasonido transvaginal con LC de 12 mm, con tumoración cervical dependiente de labio posterior, de 2.5x2.4x2.1 cm.

La citología cervicovaginal se reporta como negativa. En la biopsia se reporta exoendocervicitis crónica activa con microabscesos, cambios epiteliales reparativos severos, proliferación vascular extensa y estroma decidualizado. La resonancia magnética (RM) reporta: canal endocervical de 2.5 cm de longitud, con intensidad de señal heterogénea, por presencia de una imagen hipointensa en T2, que distiende parcialmente el canal, mide 2.0 x 1.3 x 1.1 cm y presenta restricción a la difusión, la cual se encuentra confinada al canal endocervical y con invasión estromal menor de 3 mm; sin evidencia de ganglios linfáticos de aspecto sospechosos (Imagen 2).

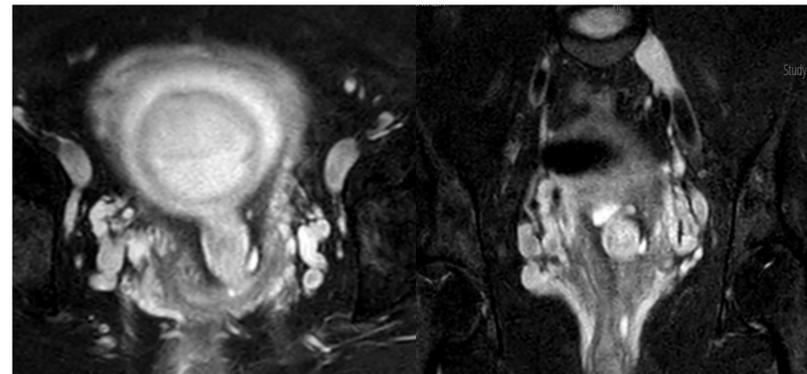


Imagen 2. RM: imagen hipointensa en T2, que distiende parcialmente el canal, mide 2.0 x 1.3 x 1.1 cm.

Acude al servicio de urgencias por presentar ruptura de membranas a las 32.1 semanas de gestación, por lo que se inicia manejo conservador. Se decide resolución del embarazo vía abdominal obteniendo un recién nacido vivo el 06.09.22, masculino, peso de 1580 gr, talla de 42 cm, Apgar 7/9, Silverman-Anderson 4, Capurro de 31.3 semanas. Se envía placenta a patología la cual reporta datos compatibles con corioamnionitis.

Discusión:

Se define cáncer cervical durante el embarazo a aquella neoplasia diagnosticada durante la gestación o dentro de los 6 a 12 meses posteriores a la resolución del mismo.² Dentro de las neoplasias ginecológicas diagnosticadas más frecuentemente durante el embarazo, se encuentran el cáncer cervical, de ovario y vulvar, con una incidencia de 1.4 - 4.6, 0.3 – 3.8 y 0.1 – 0.5 por cada 100,000 embarazos, respectivamente. Los cánceres ginecológicos durante la gestación han ido en aumento durante las últimas décadas debido a 2 grandes factores: el atraso del deseo de maternidad, y el desarrollo de herramientas de tamizaje más precisas.^{1,3,4}

El embarazo no representa un factor de riesgo para la prevalencia y la progresión de la enfermedad; sin embargo, se ha reportado un aumento en la incidencia y persistencia en la infección por el VPH durante la gestación, el cual guarda una relación de causalidad con el desarrollo de cáncer cervical, mediado por los cambios hormonales del embarazo y el estado de inmunosupresión local que facilita la reactivación viral. Hay mayor riesgo de metástasis durante el embarazo dado por aumento en la circulación linfática y sanguínea en región genital.^{1,2}

En el abordaje diagnóstico se recomienda el uso de un modelo de tres pasos. La citología cervical es un estudio seguro para toda mujer embarazada y se debe tomar siempre dentro de los estudios de valoración de primera vez. La colposcopia se considera como parte del abordaje diagnóstico en caso de cumplir con alguna de las indicaciones para su uso: sangrado transvaginal descartando causas obstétricas, alteraciones cervicales macroscópicas durante especuloscopia y hallazgos en citología cervical. Y por último, la toma de biopsia para la clasificación histológica de la patología.^{2,4}

Los estudios no ionizantes como el ultrasonido y la RM se prefieren por ser seguros durante todo el embarazo; incluso se ha demostrado que el uso de gadolinio en las RM no aumenta los riesgos de desenlaces fetales o neonatales adversos. El estándar de oro para la estadificación de la diseminación ganglionar sigue siendo la laparoscopia.

Conclusión:

Un abordaje multidisciplinario adecuado, con citología cervicovaginal en primer visita prenatal, estudios de imagen adecuados, valoración por equipo de oncología y monitorización obstétrica estrecha, permiten un control de lesiones cervicales durante el embarazo con adecuados resultados perinatales. Se debe tener una acción temprana para evitar complicaciones y mejorar el pronóstico reproductivo con la adecuada toma de decisiones para la resolución y seguimiento ante pacientes con este escenario clínico.

Bibliografías:

1. Perrone, A. M., Bovicelli, A., D'Andrilli, G., Borghese, G., Giordano, A., & De Iaco, P. (2019). Cervical cancer in pregnancy: Analysis of the literature and innovative approaches. *Journal of Cellular Physiology*.
2. Beharee, N., Shi, Z., Wu, D., & Wang, J. (2019). Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women. *Cancer Medicine*.
3. Song, Y., Liu, Y., Lin, M., Sheng, B., & Zhu, X. (2018). Efficacy of neoadjuvant platinum-based chemotherapy during the second and third trimester of pregnancy in women with cervical cancer: an updated systematic review and meta-analysis. *Drug Design, Development and Therapy*, Volume 13, 79–102.
4. Amant, F., Berveiller, P., Boere, I., Cardonick, E., Fruscio, R., Fumagalli, M., Zapardiel, I. (2019). *Gynecologic cancers in pregnancy: guidelines based on a third international consensus meeting. Annals of Oncology*.