

## CANCER DE CUELLO UTERINO Y GESTACION

Dr. J. EDUARDO VALDIVIA P. (\*) y Dr. RICARDO GALDOS H. (\*)

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú

LA labor asistencial que se realiza en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, nos ha demostrado casi la realidad del cáncer de cuello uterino en el Perú; esta neoplasia es como un río de caudal inagotable, de volumen casi constante, aunque ligeramente más caudaloso en la estación de verano; sobre este panorama, hemos tenido la oportunidad de meditar y un trabajo sobre el tema, está en prensa; asimismo, como una faceta de éste, consideramos la "Malignidad y Gestación", y que para la presente circunstancia, quedará limitada al cáncer de cuello uterino y gestación, mostrándoles nuestra experiencia en diez de los primeros años (1953-1962) de labor en dicho centro.

Este tema al que hemos dedicado por un tiempo preferente atención, es de trascendental importancia, por muchas razones:

- a) Por su frecuencia.
- b) Por su difícil diagnóstico.
- c) Por su mal pronóstico.
- d) Por las dificultades terapéuticas, y sobre todo
- e) Por el problema social que representa.

El cáncer de cuello uterino en el Perú es la neoplasia más frecuente en nuestro medio, pero su asociación con gestación, se ve con poca frecuencia. Con miras de hacer más ordenada la presentación, consideramos tres aspectos en este problema.

I.—Aspecto Científico: que va cargado de datos de patología, de clínica y de estadística.

II.—Aspecto Socio-Económico: que se encarga de mostrar la gravitación social que esta neoplasia ejerce en la vida del hogar, con sus repercusiones espirituales en toda la familia, agravándose más aún, por la quiebra económica y por lo que significa este esfuerzo económico para la sociedad y para el Estado.

III.—Aspecto profiláctico o de Acción Social si se quiere: que pretende encarar el problema en otro momento del devenir. Este aspecto que es el más interesante y que es producto de la meditación, frente a la triste realidad, lo consideramos como una "contribución personal".

Dado el volumen del tema, sólo será posible abordarlo en su integridad, haciendo un resumen de cada uno de sus aspectos.

## I.— ASPECTO CIENTIFICO

### ESTUDIO CLINICO:

1. **Material.**— En los años comprendidos de 1953 a 1962, han concurrido al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 5,092 casos con cáncer infiltrante del cuello uterino y de ellos 65 casos, o sea, el 1.25%, estuvieron complicados con gestación, y 142 casos con carcinoma In Situ, de los cuales cuatro casos, o sea, el 2.08%, igualmente complicados con gestación. Con los primeros 33 casos de cáncer de cuello uterino infiltrante complicado con gestación, presentamos en 1960 (63), un estudio sobre el tema.

#### Cáncer de cuello uterino y gestación (1953 - 1962)

Material:			
Cáncer Infiltrante de cervix	5,092 casos		
Ca. de Cervix * Gestación	65	„	= 1.25 %
Cáncer de Cervix In Situ	142	„	
Ca. In Situ * Gestación	4	„	= 2.08 %

Las características clínicas de todo el grupo constituyen el motivo del presente estudio.

2. **Definición.**— Se considera esta asociación, cuando el diagnóstico de cáncer se hace en el curso del embarazo o dentro de los tres siguientes meses al parto (24). Comprendemos que este lapso es arbitrario y que podría extenderse hasta los 6 ó 12 meses, si tenemos en conocimiento la historia de la enfermedad.

3. **Incidencia.**— En nuestra población la incidencia del cáncer del cuello uterino es muy alta, y debemos apreciarla desde dos aspectos:

A.—Frecuencia del cáncer de cervix en las gestantes, y

B.—La frecuencia del cáncer con gestación, en el total de pacientes, portadoras de cáncer de cervix.

A: FRECUENCIA DEL CANCER DE CERVIX ENTRE LAS GESTANTES

AUTOR	HOSPITAL	Nº de gestantes	Ca. Nº	+ gestación	Por ciento
Brown (9)		9,056	17	(2 In Situ)	0.18
Carter (12)	Norí Carolina	8,000	23	(2 In Situ)	0.28
Danforth (15)	Evanston Hospital	24,044	3		0.015
Eastman	New Hospital	41,451	3		0.007
Glockner (20)		26,000	17		0.0659
Haydyen (25)	Chicaog Lying In H.	81,806	12		0.014
Hirst (28)	Phyladelphial In H.	46,806	3	(2 In Situ)	0.0064
Johnson (30)	Louisville Gen. H.	29,392	12		0.0408
Jones (32)		56,957	17		0.0298
Moino (37)	Mayo Clinic	8,500	00		0.0000
McDuff (41)		20,000	4		0.02
Peake (51)		35,996	18		0.05
Frystowsky (54)		20,000	9	(2 In Situ)	0.0450
Stander (58)		19,904	9		0.0452
Stratz		17,835	7		0.0392
Thorton (62)	Univ. of Virginia	8,450	11	(2 In Situ)	0.13
Ward (67)	Women's H. N. Y. C.	36,274	10		0.02775
Willson (68)		29,719	4		0.01
Von Winkel (64)		20,000	10		0.05
Ludmir-Aguilar (36)	H. San Bartolomé, Lima	2,000	2		0.10

En general, el cáncer de cervix en las embarazadas es una eventualidad poco frecuente. La revisión de la literatura, llega a la conclusión de que esto ocurre entre el 0.24 y el 0.011% (11) con un promedio del 0.05%; de todas maneras, entre nosotros siempre debemos descartar cáncer cervical por ser una posibilidad de mayor incidencia. Desgraciadamente, no hemos encontrado en nuestro medio datos ni estudios estadísticos sobre el particular, a no ser aquellos proporcionados por los doctores Ludmir y Aguilar (36), que los consideramos de gran interés por ser los primeros de su índole; ellos encuentran esta asociación hasta en el 0.1% de las gestantes, cifra que está más de acuerdo con la alta incidencia de cáncer infiltrante del cuello uterino en nuestro medio.

4. **Edad.**— Los informes de la literatura confirman que esta asociación puede encontrarse entre los 16 y 47 años (12, 13, 22, 23, 26, 32, 33, 36) y la edad promedio oscila entre los 26 y 35 años, siendo la edad promedio de 32.8 años, mucho más baja que la del grupo que no porta gestación, cuya edad promedio es de 45 años. Todas fueron multíparas y el número de embarazos ha oscilado entre 2 y 13 gestaciones, siendo el promedio de 7.

**B: INCIDENCIA DEL CANCER DE CERVIX COMPLICADO CON GESTACION SOBRE EL TOTAL DE NEOPLASIAS MALIGNAS DEL CERVIX**

AUTOR	HOSPITAL	Nº casos Ca. cervix	Cancer Nº	+	Gestación Por ciento
Drown (9)	Virginia University	4,000	7		0.175
Carter (12)		928	21		2.263
Heyman		6,200	37		0.597
Hirst (28)	Philadelphial Lying in H.	905	17		1.878
Holzaphel (26)		1,332	28		2.102
Jensen		1,168	22		1.883
Johnson (31)	Louisville General H.	779	12		0.540
Jones (32)		1,850	17		0.919
Kistner (34)		1,500	20		1.333
Maino (37)	Mayo Clinic	3,570	71		1.987
Mc Duff (41)		1,300	16		1.233
Peake (51)		970	18		1.856
Waldrop y col. (65)	Roswell Park M. I.	6,000	182		2.983
Schmitz		770	2		0.260
Thornton (62)		280	11		3.929
Zuckerman (72)		4,000	7		0.175
Valdivia y Col.	I. N. E. N. (*)	5,092	65		1.25

(\*) Sin considerar los 4 casos de Ca. In Situ complicados con gestación.

**Incidencia por Edades**

Edades	Nº	Por ciento
De 20 a 24 años	4	5.79
„ 25 a 29 „	16	23.18
„ 30 a 34 „	22	31.88
„ 35 a 39 „	20	28.98
„ 40 a más años	7	10.15
Edad Máxima	42 años	
Edad Mínima	22 „	
Edad Promedio	32.8 „	

5. **Síntomas.**— Los síntomas son los del cáncer de cuello uterino sin la complicación del embarazo, es decir:

**SINTOMATOLOGIA**

Síntomas	Nº casos	Por ciento
Hemorragia genital	59	85.5
Leucorrea	9	13.0
Asintomática	1	1.5

Hemorragia por los genitales externos, ya sean éstas pequeñas y a repetición o ya copiosas e indoloras, síntoma que lo hemos apreciado en el 85.5% de los casos; el flujo fétido, a veces sanguinolento, fue observado en el 13.0%; en muy escasas circunstancias, pueden ser asintomáticas y solamente la consulta por la amonorea y el examen de rutina evidencia la neoplasia complicando a una gestación que se inicia; lo hemos visto en el 1.5%.

**6. Diagnóstico.**— El diagnóstico se basa en el examen clínico ginecológico y en el estudio histopatológico. Se utilizan los mismos procedimientos rutinarios, desde la visualización por iluminación directa, el test de Schiller, la colposcopia y en particular el estudio de la secreción cérvico-vaginal (Papanicolaou), cuyo valor es igualmente significativo como para las mujeres no gestantes (11, 19, 25, 53, 56). Los estudios de muchos autores (43, 52, 61), hacen ver que los extendidos vaginales definitivamente anormales, del grupo IV y V, permanecerán prácticamente inalterables en el período del post-partum, y revelarán anomalías o hallazgos histopatológicos atípicos. Las lesiones como displasia y carcinoma In Situ, son cambios patológicos definitivos y persistirán con la paciente si no son removidas con las biopsias o con el tratamiento durante el embarazo. Así se han obtenido series de diagnósticos correctos durante las diferentes etapas de la gestación (10, 52).

Debe establecerse que el diagnóstico de carcinoma In Situ durante el embarazo, es tan válido como en la mujer no gestante. Moore y Gusberg, y luego Jones y Osband (49), refuerzan este criterio. Ocasionalmente la lesión pre-invasiva "puede no encontrarse después del tratamiento", "pero esta circunstancia también ocurre en pacientes no embarazadas, tal como lo hemos apreciado en el 68% de los 97 casos de carcinoma In Situ del cuello uterino tratados con histerectomía ampliada, después del cono frío".

El extendido vaginal anormal durante el embarazo, tiene así un gran valor y a veces mucho más que una simple biopsia. A una paciente con células del grupo III o IV se le puede seguir hasta el post-partum, pero cuando se trata de células del grupo V, se le debe practicar inmediatamente una biopsia, para definir el cáncer y su tratamiento.

"Toda embarazada que tiene pérdidas sanguíneas por pequeñas que sean, debe someterse al examen ginecológico completo". Y "toda lesión cervical ya sea ulcerada o vegetante, debe ser sometida a la biopsia". Debemos desechar el temor de examinar a la embarazada, de ponerle espéculo, más aún si sangra. Ni el examen ginecológico, ni la biopsia, realizados con la delicadeza del caso, ocasionan el aborto u otras complicaciones. Es el estudio histopatológico competente quien decidirá el diagnóstico. Frente a los cánceres In Situ es conveniente la consulta a tres o más patólogos.

Un diagnóstico diferencial se plantea con los granulomas inflamatorios que son frecuentes en ciertas embarazadas, dan una impresión tumoral perfecta pero su consistencia es uniformemente elástica y son menos sangrantes que los carcinomas, de todas maneras deben tener Papanicolaou y biopsia.

Reiteramos que actualmente es posible realizar diagnóstico de carcinoma incipiente (ca. In Situ) en una gestante, el mismo que puede comprobarse en el puerperio o posteriormente, nos lo revelan los estudios histopatológicos de los 69 casos, que presentamos. Algunos autores (18) sostienen que normalmente algunas displasias van asociadas o son debidas al embarazo y que no pueden ser distinguidas del carcinoma In Situ. Otros (10, 12, 14, 21, 22, 24, 54), opinan que esta diferenciación puede hacerse. Marsh y Fitzgerald, estudiaron 4,067 gestantes y encontraron 20 carcinomas In Situ, con un promedio de 0.49% entre las embarazadas y la edad promedio de 30 años; y concluyen que la incidencia del carcinoma In Situ es la misma a los 3 o a los 8 meses de la gestación y que el embarazo no da lugar al carcinoma In Situ. Moore y Gusberg (43) encuentran cuadros histológicos atípicos en el cervix de mujeres gestantes hasta en el 0.88%, y carcinoma In Situ en el 0.52%. Slate y col. (59) concluye que la edad promedio para el carcinoma In Situ es de 26.9 años, y que las lesiones anormales del cuello uterino durante el embarazo, tales como displasia y carcinoma In Situ, son cambios patológicos definitivos, no relacionados con la gestación.

Spujt y col. (61), encuentran una incidencia cercana al 0.2% para el carcinoma In Situ, y cáncer residual en 7 casos después de la histerectomía post-partum.

El uso de los extendidos vaginales durante el embarazo parece haber logrado una general aceptación. Peckhom y Chung en 1958 (52) enfatizaron su valor. Nosotros hemos venido luchando porque la rutina de este criterio sea una realidad desde antes del año de 1960, mediante charlas en la Sociedad de Cancerología y en la Maternidad de Lima.

**7. Evolución de la Neoplasia.— Pronóstico Fetal.— Acción del cáncer sobre la gestación.— Acción de la gestación sobre el cáncer.**— La evolución del cáncer de cuello uterino en una gestante es casi siempre fatal, el término medio de supervivencia es de 12 meses, es decir, mucho menor que cuando evoluciona sin la complicación del embarazo que es de 36 meses; desgraciadamente no conocemos las causas. La experiencia nos demuestra que la evolución o crecimiento de los carcinomas en los estados I y II, se hace más ostensible en el embarazo y en el puerperio. En algunas circunstancias y de acuerdo a la dirección de crecimiento de la neoplasia hacia el endocervix, puede provocarse una incompetencia del orificio interno y llegar al abor-

to o al parto prematuro; en otras circunstancias, la infección es responsable de esta eventualidad. En nuestra serie, se han presentado abortos y partos prematuros por infección y por incompetencia del orificio interno más infección. El mecanismo del parto es igualmente alterado por la evolución de la neoplasia. En nuestros casos con gestaciones mayores de cuatro meses, hemos practicado cesáreas de elección e hysterotomías y nunca curetaje por vía vaginal.

8. **Pronóstico.**— El pronóstico es malo, peor que cuando no lleva la complicación del embarazo, más aún si se considera que la mayoría son mujeres jóvenes, en las que por sí el pronóstico es más desfavorable. Maino y Mussey (37) han expresado la opinión, la cual comparten otros autores como Carrow (13), Johnson y col. (31), Malincónico (39) y Emge (16), de que "el cáncer crece más rápidamente en las mujeres jóvenes, por tanto el pronóstico es más pobre que en este grupo". Otros autores discrepan de esta concepción (65, 68).

Bouilley (2), decía: "toda mujer embarazada con cáncer de cervix está irremediadamente perdida", aforismo que aunque es una exageración, de todas maneras hace ver la gravedad de la complicación.

Sobre los mutuos efectos que pueden ejercer, el embarazo sobre el cáncer y el cáncer sobre la gestación, se han vertido las más diversas y contradictorias opiniones. Algunos autores como Mauriceau (1) y Mankin (citado por 65), consideran que el cáncer de cervix impide la gestación, mientras que otros Baer (6), Danforth (15) y Ward (67), opinan que el embarazo previene el cáncer. En contradicción al pensamiento de algunos autores (15, 17, 29, 35, 37, 42, 57, 60, 66, 67, 71), de que el embarazo acelera el crecimiento y la evolución del cáncer, está el de otros (16, 38, 69) que consideran que el embarazo hace involucionar, regresionar la neoplasia, y que la juventud de la paciente (16, 37), propiciaría más bien el crecimiento tumoral. Hay quienes piensan que el aumento de estrógenos predispone el cáncer de cuello uterina (5), actuando ya sea como carcinógenos o como co-carcinógenos; mientras que otros como Barnier (1) y Nieburgs (48), opinan que el alto nivel estrogénico controla el cáncer de cervix. Estos conceptos son confusos e implican observaciones aisladas.

El tipo anatómo-clínico tiene importancia, son de mejor pronóstico las exo-cervicales y exo-fíticas, así como los carcinomas superficiales, en comparación con los endocervicales y endofíticos.

9. **Estado Clínico.**— Los estados iniciales son de mejor pronóstico tanto para el tratamiento quirúrgico como para las radiaciones, hecho que lo hemos podido confirmar. De los 65 casos de cáncer infiltrante de cervix com-

plicados con gestación, el 36.9% fueron del estado clínico I, muy superior al que encontramos en la revisión total de las neoplasias de cuello uterino atendidas en los mismos diez años, que es de 8.20%.

#### ESTADO CLINICO

Carcinoma In Situ	4 casos		
Ca. Infiltrante	65 "		
Estado Cl. I	24 "	36.9%	
Estado Cl. II	19 "	29.2%	
Estado Cl. III	19 "	29.2%	
Estado Cl. IV	3 "	4.6%	

En cuanto al tipo histológico, también se ha afirmado que las formas muco-epidermoides son más desfavorables, sobre toda para el tratamiento ac-tínico, aunque se considera que se trata más bien de sensibilidad y de dosis.

A pesar del alto porcentaje de operabilidad de estos carcinomas, los resultados del tratamiento quirúrgico no son muy promisorios, aunque parece que se obtienen mejores resultados en la primera mitad del embarazo.

Otros como Ward (67) y Hayden (24), consideran que mejores resulta-dos se obtienen en la segunda mitad del embarazo.

#### TIPO HISTOLOGICO

T. Histológico	Nº de casos	Por ciento
Ca. Epidermoide	56	86.1
Ca. Muco-epidermoide	5	7.7
Adenocarcinoma	1	1.5
Ca. Anaplásico	1	1.5
No determinados	2	3.0

El tipo histológico más frecuente es el carcinoma epidermoide con el 86.1%, pero apreciamos una relativa mayor incidencia del carcinoma muco-epidermoide (7.7%) tal como ha sido observado por muchos autores (17, 19, 25, 28) en esta asociación.

10. **Tratamiento.**— La experiencia de un autor es muy limitada para presentar una casuística nutrida con los diferentes tipos de tratamiento y en las diferentes etapas evolutivas tanto de la enfermedad como de la gestación.

El manejo del carcinoma In Situ durante la gestación, es más deba-tible que el carcinoma In Situ en la mujer no gestante. Se tendrá muy en



cuenta las circunstancias particulares, pero la filosofía del tratamiento debe ser la misma que cuando la mujer no está embarazada, es decir, tratamiento definitivo. Todo tratamiento parcial o su abstención, debe ser controlado periódicamente por los extendidos cérvico-vaginales.

Con criterio práctico y que marca la viabilidad del feto, se puede considerar dos grupos de pacientes:

I.—Pacientes con gestaciones menores de seis meses, y

II.—Pacientes con gestaciones mayores de seis meses.

I.—En las pacientes con gestaciones menores de seis meses, la vida del feto no influye para tomar la determinación del tratamiento; se hará caso omiso de él y se procederá según el caso: operable o no:

A.—Cuando el caso es operable, se practica Histerectomía Radical, con linfadenectomía pelviana (7).

B.—Si es inoperable, se puede seguir uno de los tres criterios siguientes:

a) Histerectomía subtotal (ístmica) y luego tratamiento con radiaciónes, entre nosotros radium y cobalto 60.

b) Histerectomía para evacuar el útero y luego radiaciones.

c) Aplicación de radium intersticial y vaginal, seguido posteriormente de histerotomía. Esta última circunstancia, que se ha verificado anteriormente, no lo aconsejamos, porque puede permitir la evaluación de la gestación y originar niños con taras neurológicas y mentales, como lo hemos observado en uno de nuestros casos, de allí que no se aconseja histerotomía post-irradiación.

La mejor vía para evacuar el útero en estas circunstancias, es la abdominal; la vía vaginal, aparte de ser difícil, es peligrosa, por lo que está contraindicada.

II.—En las pacientes con gestaciones mayores de seis meses, dada la viabilidad del feto, se practica primero una cesárea, seguida de Histerectomía Radical, con linfadenectomía pelviana si el caso lo permite o en su defecto una histerectomía subtotal con linfadenectomía pélvica seguida de radiaciones (Radium y Cobalto 60). La histerectomía subtotal se practica para evitar hematomas, piometras o infecciones.

Otra posibilidad sería, según las circunstancias: Excenteración pelviana. Fue practicada en uno de nuestros casos que presentó recurrencia en paracolpos y tabique véscico-vaginal, siete meses después de la disección pelviana y de las radiaciones.

Hay ciertos casos raros que escapan a los esquemas señalados. En estas circunstancias, como es el caso de una primigesta que desea tener un hijo, se actuará de acuerdo a los mejores dictados de la conciencia del consultante.

No debe olvidarse que en general la malignidad complicada con gestación, ocupa un lugar prominente como causa de muerte.

III.—Perinatomortalidad Infantil.— La perinatomortalidad infantil ha sido muy alta entre los casos que hemos observado. La mayoría han sido prematuros, tanto por el tiempo o edad del embarazo como por su peso, el cual ha oscilado entre 1,900 y 2,500 gramos. Los prematuros han fallecido dentro de las 24 horas o los 7 días siguientes. Esta natimortalidad tan alta, probablemente obedece a dos causas principales: La primera por tratarse de débiles congénitos, prematuros que aparte del bajo peso, traen un estado biológico deficiente, determinado por las hemorragias y por la enfermedad misma; y la segunda, por no contar en el Instituto sino hasta hace pocos años con un servicio de pediatría apropiado donde se les pueda brindar a estos prematuros la atención que requieren.

12. **Supervivencia.**— Los 69 casos de cáncer de cuello uterino complicados con gestación han sido tratados de la siguiente forma:

a) Carcinoma In Situ: los cuatro casos observados han recibido diferentes modalidades de tratamiento; así, vemos que dos de ellos han sido sometidas a conización fría y viven sin enfermedad 8 y uno y medio años respectivamente; las extendidas vaginóles practicadas periódicamente son negativos. Otro caso fue sometido a histerectomía total ampliada en vagina y vive sin enfermedad 8 años. El cuarto caso no recibió tratamiento y está en observación.

b) Carcinoma infiltrante: los 65 casos de cáncer infiltrante han recibido los siguientes tratamientos:

I. **Radiaciones.**— Han recibido 36 casos, o sea el 55.4%, 17 de ellos tienen más de 5 años de tratamiento, de éstos, 6 casos (35.2%) llegan a los 3 años, y de los cuales 5 (29.4%) llegan a los 5 años y sólo 4 (23.5%) sobreviven hasta los siete años, sin evidencia de enfermedad.

II. **Cirugía.**— Han sido tratados 10 casos con cirugía radical (15.4%), siete de ellos tienen más de 5 años, de los cuales 2 han llegado a 3, 5 y 7 años y uno de éstos tiene 10 años de sobrevivida, ambos con carcinomas epidermoides y el estado clínico fue I y II.

TRATAMIENTOS EN EL CANCER DE CERVIX COMPLICADO CON GESTACION

Tratamiento	Por		Mas 5 años trat.	S O B R E V I D A			
	Nº	Ciento		3 años Nº %	5 años Nº %	7 años Nº %	10 años Nº %
Radiaciones	36	55.4	17	6 35.2	5 29.4	4 23.5	
Cirugía	10	15.4	6	2 33.3	2 33.3	2 33.3	1 16.6
Mixto	14	21.5	3	1	1	1	
Na tratados	5	7.7					
T O T A L	65		26	9 37.5	8 30.7	7 26.9	

III. **Tratamiento mixto.**— Fue realizado en 14 casos (21.5%), de éstos, tres tienen más de 5 años de tratados y sólo uno ha sobrepasado los 3, 5 y 7 años.

IV. **No tratados.**— El 7.7% no han recibido tratamiento.

En resumen, de los 65 casos de esta serie, 26 tienen más de 5 años de tratados y de éstos, 8, o sea el 30.7%, sobreviven 5 años después del tratamiento sin evidencia de enfermedad y 7 (26.9%) llegan a los 7 años.

Se ve claramente que estas cifras, en general, son mucho más bajas que las que se obtienen con el tratamiento en el cáncer de cuello uterino sin la complicación del embarazo.

CONCLUSIONES

- 1.—La literatura es confusa y contradictoria en los diferentes conceptos y teorías que existen acerca de la acción del embarazo sobre el cáncer y viceversa.
- 2.—Esta neoplasia complicada con gestación, debe ser una eventualidad más frecuente en nuestro medio. Por lo menos de mil gestantes, una tiene cáncer infiltrante de cervix y probablemente 2 ó 4 carcinomas In Situ.
- 3.—El cáncer de cuello uterino complicado por la gestación, se presenta en el 1.3% de todas las pacientes portadoras de cáncer de cervix, atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- 4.—El 84% de casos, se observó en pacientes cuyas edades estaban entre los 25 y 39 años y la edad promedio para esta serie fue de 32.8 años, mientras que en las mujeres con cáncer cervical sin gestación es de 45.
- 5.—Los síntomas son los mismos que cuando la mujer no lleva la complicación del embarazo.

- 6.— Los estados clínicos de evolución de estas pacientes, revelan claramente la falta de adecuados exámenes en el período prenatal.
- 7.— Reiteramos la necesidad del examen rutinario o pelviano completo durante la gestación. Se considero de urgencia, reevaluar y unificar los métodos de exámenes de los Servicios Asistenciales de Maternidad, en donde sería posible diagnosticar mayor número de cánceres de cervix.
- 8.— El extendido cérvico-vaginal por el método de Papanicolaou, tiene el mismo valor en las mujeres gestantes que en los no gestantes. La biopsia será practicada cuando se juzgue necesario.
- 9.— El diagnóstico no ofrece dificultades cuando se trata de un cáncer clínico, pero sí cuando se trata de un cáncer subclínico o asintomático.
- 10.— El carcinoma In Situ diagnosticado durante la gestación, debe ser considerado como tal y al igual que en las mujeres no gestantes.
- 11.— La interpretación en la biopsia de las lesiones displásicas y en particular del carcinoma In Situ, constituye un problema delicado, que exige la consulta de dos o más patólogos especializados y familiarizados con los cambios propios de la gestación y cáncer.
- 12.— Con referencia al tipo histológico de nuestra serie, el 86.1% ha correspondido al carcinoma epidermoide, 7.7% al muco-epidermoide, 1.5% al adenocarcinoma y al carcinoma anaplásico, y en el 3% no fue determinado.
- 13.— Los casos de carcinoma muco-epidermoide han tenido una evolución fatal en menor período de tiempo (promedio 7 meses).
- 14.— La evolución o estado clínico de la neoplasia sigue siendo el mejor criterio para el pronóstico y rige el tratamiento. El método de elección en el estado clínico I, ha sido la Histerectomía Radical con linfadenectomía pelviana. También se ha utilizado cirugía y radiaciones de acuerdo al estado evolutivo de la neoplasia.  
La supervivencia a los cinco años es del 30.7%, muy inferior al promedio de curaciones obtenidas por el cáncer de cervix sin la complicación del embarazo que es de 50%.
- 15.— Dada la experiencia recogida por otros autores y por nosotros mismos, aconsejamos no interponer radiaciones cuando se quiere obtener un niño sano.

## II.— ASPECTO SOCIO - ECONOMICO

Hemos visto esta asociación en un grupo de mujeres que son jóvenes, con una edad promedio de 33 años, que tienen muchos hijos vivos y pequeños, 7 por término medio; que el cáncer de cuello uterino complicado con gestación tiene un mal pronóstico, que el 60% de las pacientes terminan por

morir en el transcurso de los 14 primeros meses del tratamiento, que este desenlace trae como consecuencia la quiebra del hogar y el abandono de los hijos; por tanto, se entiende claramente que esta neoplasia maligna complicada con una eventualidad fisiológica, ocasiona un impacto familiar, social y económico de graves repercusiones.

Se calcula que cada paciente ha ocasionado un gasto de: 30,000 soles para los casos quirúrgicos y de 10,000 para los irradiados. El 60% de las pacientes han muerto por cáncer en un período de 14 meses; en realidad es un viaje corto de las pacientes por el Instituto, desde el departamento de admisiones hasta la sala de autopsias, o sea que un millón de soles se han gastado sin beneficio ni resultado positivo. Aunque este discurrir de lógica parece muy simple, muy frío y demasiado calculador, no queremos decir que ello no deba continuar realizándose, son gajes de la labor asistencial, o dicho en forma más propia, son atribuciones inherentes a la labor médica asistencial. A esto debemos agregar que el 90% de los niños que hemos pretendido salvar, han fallecido, ya sea por debilidad congénita o ya por carecer de los medios para su apropiado cuidado.

Este aspecto del problema que no puede ser soslayado, nos ha hecho meditar sobre el triste papel que continuamos jugando frente al cáncer de cervix y gestación. Sabido es que el problema es muy difícil, pero a pesar de ello, nuestro deber es hacer algunos esfuerzos para enfocarlo desde otro ángulo diferente.

Comprendiendo que el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, por la naturaleza de sus funciones asistenciales, está sobrecargado en este trabajo, nuestro propósito nos lleva a una función más activa, cual es "la de salir a buscar los carcinomas en las gestantes", para mayores posibilidades de curación.

Esto se lograría con el fenómeno que llamamos, si es permitida la expresión: "la técnica del CERNIMIENTO" en las mujeres embarazadas.

### III.— ASPECTO PROFILACTICO DE ACCION SOCIAL

En la Maternidad de Lima, se asisten cada año 30,000 gestantes y en la de Bellavista 10,000. Estas 40,000 gestantes requieren ser sometidas a la técnica del "Cernimiento", por el método de los extendidos vaginales y otros adecuados exámenes, a fin de evidenciar anomalías de carácter maligno.

Este proceder rutinario nos brindaría la oportunidad de evidenciar algo más de 100 carcinomas infiltrantes (0.28%), esto colocándonos en los porcentajes que da Bayard Carter (11). Y, siendo el cáncer de cuello uterino mucho más frecuente en nuestro medio, es de esperar que el número total sea

mayor; algo más, estas 40,000 mujeres, gestantes en su mayoría, es la única oportunidad que ofrecen para realizarles una detección de cáncer genital con esta rutina que proponemos.

Además, es la oportunidad de verdadera ayuda asistencial, o si se quiere profiláctica, que podemos brindar a un grupo de mujeres, que de otra manera está irremediablemente perdida, y más aún, son la quiebra del hogar y el abandono de los hijos, que en estas pacientes son numerosos se entiende claramente el gran impacto social y económica que tiene el cáncer de cervix en estas circunstancias.

### III. Aspecto profiláctico o de acción social:

- a) Creación de rutinas en las gestantes.
- b) Departamento de Oncología en las Maternidades.
- c) Planificación familiar.

Al ofrecer esta oportunidad, invocamos el sentimiento generoso y altruista, para realizar auténtica obra de acción social, que trasciende todo cuanto nuestra imaginación puede crear, ya sea que devolveremos la salud a una madre, que se reintegrará en su hogar, que atenderá y colaborará con su marido por el bienestar de los hijos y el mejoramiento de la sociedad. Son más de 100 mujeres, vale decir hogares, quienes recibirán nuestro beneficio anual.

Toda esto lo puede realizar el "Departamento de Oncología de las Maternidades de la Gran Lima", dotado de todas los implementos y principalmente de personal especializado en detección de cáncer. El costo de mantenimiento de dicho departamento sería aproximadamente de un millón de soles anuales.

Esta posición clara, precisa y terminante, enfoca el delicado problema de cáncer de cervix complicado con gestación, en un momento diferente al que tenemos acostumbrados, sólo consideramos de valor a nuestra observación, el trasladar nuestro esfuerzo a otra momento en el acontecer, en el que las circunstancias nos sean más favorables para resolver el problema.

## S U M M A R Y

The authors have presented a study of cancer of the cervix complicated by pregnancy in 69 patients from the Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima; three aspects of this problem have been considered:

I. **The Clinical Aspect;** in which are presented the statistics of cancer in situ and infiltrated cancer in 5,234 patients observed in ten years; this complication is found in 1.3% of all patients with cancer of the cervix.

Epidermoid carcinomas make up 86.1% of the total; mucoepidermoid account for 7.7% adenocarcinoma, 1.5; and 3% are undetermined.

There seems to be a tendency toward mucoepidermoids.

The clinical stages have been grouped in this manner;

I = 24 cases or 36.9%	III = 19 cases or 29.2%
II = 19 cases or 29.2%	IV = 3 cases or 4.6%

The survival for five years without evidence of the disease was only 30%, lower than the average of non complicated cancer of the cervix which is 50%.

II. **The Socio-Economic Aspect:** it is demonstrated the high cost that this type of patients afford to the Government, and the familiar disturbance accentuated by the economic and psychological instability caused by such a long illness.

III. **The Prophylactic Aspect:** this could be accomplished by the creation of a Department of Oncology of the Maternity Hospitals of Lima, which endowed with the necessary specialized personnel, would represent a cost of maintenance of approximately one million soles a year, and could attend 40,000 pregnant women yearly.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—AHUMADA, J. C. y Col. El Cáncer Ginecológico: T. I, 388; 1953.
- 2.—AHUMADA, J. C. y Col. El Cáncer Ginecológico: T. L, 392; 1943.
- 3.—AHUMADA, J. C. y Col. El Cáncer Ginecológico: T. I, 394; 1953.
- 4.—AYRE, J. E. and BAULD. W. A.: Science; 103 : 441, 1946.
- 5.—AYRE, J. E.: A. M. J. Obst. and Gyn. 54 : 363, 1947.
- 6.—BAER, J. C.: S. Clinic North America, 16; 51, 1936.
- 7.—BABER HUGH R. K., and BRUNSCHWIG A.: Am. J. Obst. & Gyn.: 83; 156, Oct. 1963.
- 8.—BIRTCH, P. K. and RANDALL, C. R.: Citados por WALDROP and PALMER
- 9.—BROWN, W. E. and JERMIGAN, G. C.: Am. J. Surg. 17; 441, 1951.
- 10.—CAMPOS, R. de C. and SOIHET, S.: Surg. Obst. Gyn.; 102; 427, 1956.
- 11.—CARTER, B. Discussion of GREENE: Am. J. Obst. & Gyn.; 75 : 533, 1958.
- 12.—CARTER, B. CUYLER, W. K., KAUFMAN, L., THOMAS, W. L., CREADIK, R. H., PARKER, R.; Am. J. Obst. & Gyn.: 71; 634, 1956
- 13.—CAROW, L. A. and GREENE, R. R.: Am. J. Obst. & Gyn.: 61; 237, 1951.
- 14.—CORSCADEN, J. A.: Gynecology Cancer, Baltimore; The Williams & Wilkins Co.; 283. 1956.
- 15.—DANFORTH, W. C.: Am. J. Obst. & Gyn.; 34 : 365, 1937.
- 16.—EMGE, L. A.: Am. J. Obst. & Gyn.; 28 : 682, 1934.
- 17.—EWING, J.: Neoplastic Diseases Philadelphia, 1940, W. B. Saunders Co. p. 618.
- 18.—FENNEL, R. J. and GRAHAM, R. M.; Cancer 8 : 310, 1955.
- 19.—FLUHMANN, C. F.: Am. J. Obst. & Gyn.; 55 : 133, 1948.
- 20.—GLOCKNER, A.: Referred by WALDROP and Col.
- 21.—GREENE, R. R., and PECKHAM B. M.; Am. J. Obst. & Gyn. & Obst.; 75 : 551, 1958.
- 22.—GREENE, R. P., PECKHAM, B. M., CHUNG, J. J., BAYLY, M. A. BENARON, H. B. W., CARROW, L. A. and GARDENER G. H.: Surg. Gyn. & Obst.; 96 : 71, 1953.

- 23.—GREENE, R. R. and PECKHAM B. M.: *A. J. Obst. & Gyn.*; 75 : 551, 1958.
- 24.—HAYDEN, G.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 72 : 758, 1956.
- 25.—HAYDEN, G. E.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 71 : 780, 1956.
- 26.—HOLZAEFUL, J. H. and EZELL, H. E.: *A. J. Obst. & Gyn.*; 76 : 292, 1958.
- 27.—HOFFMAN, J., FARREL, D. M. and HAHN, G. A.; *J. A. M. A.*; 151 : 535, 1953.
- 28.—HIRST, J. D.: *J. A. M. A.*; 142 : 230, 1950.
- 29.—HUNTER, J. B. *Tr. Am. Gynec. Soc.*; 13 : 308, 1888.
- 30.—JOHNSON, W. O. and WEINFURTER, B. J.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 49 : 1189, 1950.
- 31.—JOHNSON, L. D., HERTIG, A. T., HINMAN, C. H. and EASTERDAY C. L.: *Obst. & Gyn.*; 16 : 133, 1960.
- 32.—JONES, W. N. and OSBAND, R.: *South M. H.*; 53 : 199, 1960.
- 33.—KAY, S.: *Surg. Gyn. & Obst.*; 114 : 83, 1962.
- 34.—KISTNER, R. W., GORBACK, A. C. and SMITH, G. V.; *Obst. & Gyn.*; 9 : 554, 1957.
- 35.—KOBACK, A. J.: *Am. J. Obst.*; 49 : 307, 1945.
- 36.—LUDMIR, A. AGUILAR. *Comunicación Personal.*
- 37.—MAINO, C. R. and MUSSEY, R. D.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 47 : 229, 1944.
- 38.—MAYER, A.: *Zentralbl Gynak*; 45 : 629, 1921.
- 39.—MALINCONICO, L. L.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 73 : 75, 1957.
- 40.—MASTERTON, J. G.: *S. Clinic. North America*; 37 : 471, 1957.
- 41.—McDUFF, H. C., CARNEY, W. I. and WATERMAN, G. W.; *Obst. & Gyn.*; 8 : 196, 1956.
- 42.—MONTGOMERY, T. L.: *South M. J.*; 47 : 47, 1954.
- 43.—MOORE, D. B. and GUSBERG, S. B.: *Obst. & Gyn.*; 14 : 530, 1959.
- 44.—MURPHY, G. G. and GREENE, R. R.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 59 : 386, 1950.
- 45.—MAURICEAU, F. *Citado por Danforth.*
- 46.—MANKIN, Z. W. *Citado por Waldrop.*
- 47.—NESBITT, R. E. L. and HELMAN, L. M.: *Surg. Gyn. & Obst.*; 94 : 10, 1952.
- 48.—NIEBURGS, H. E.: *Obst & Gyn.*; 2 : 213, 1953.
- 49.—OSBAND RICHARD, and JONES NICHOLSON: *Am. J. Obst. and Gyn.*; 83 : 599, 1962.
- 50.—PAGE, H. G.: *J. Obst. Gyn. British Emperi*; 66 : 976, 1959.
- 51.—PEAKE, J. D.: *South M. J.*; 53 : 34, 1960.
- 52.—PECKHAM, B. and GREENE R. R., CHUNG, J. J., BAYLY, M. A. and BENARON, H. B. W.: *Am. Obst. & Gyn.*; 67 : 21, 1954.
- 53.—PECKHAM, B. and GREENE, P. R.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 74 : 804, 1957.
- 54.—PRYSTOWSKY, H. and BRACK C. B.: *Obst. & Gyn.*; 7 : 522, 1956.
- 55.—RICHART, RALPH M. *Am. J. Obst. & Gyn.*; 87 : 474, Oct. 1963.
- 56.—RUTLEDGE, E. C., CHRISTOPHERSON, W. M. and PARKER, J. E.: *Obst. & Gyn.*; 19 : 35, 1962.
- 57.—SENATOR, H. R. and KAMINER, S. *Citado por WALDROP y Col.*
- 58.—STANDER, R. W. and LEIN, J. N.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 79 : 164, 1960.
- 59.—SLATE, T. A., MARTIN, P. L. and MERRITT, J. W.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 74 : 344, 1957.
- 60.—SIMPSON: *Citado por Waldrop.*
- 61.—SPUJT, H. J., RUCH, W. A., MARTIN, P. A. and HOBBS, J. E.; *Obst. & Gyn.* 15 : 19, 1960.
- 62.—THORTON, W. N., NOKES, J. M. WILSON, J. A. and BROWN, W. J.: *Am. J. Obst. and Gyn.*; 64 : 573, 1952.
- 63.—VALDIVIA, J. E. y GALDOS, R.: *Acta Cancerológica N° 2, 1 : 47, 1960.*
- 64.—Von WINCKEL, *Citado por Waldrop y Col.*
- 65.—WALDROP, G. M. and PALMER, J. P.: *Am. J. Obst. & Gyn.*; 86 : 202, 1963.
- 66.—WERTHEIN, E.: *Translated by Grad. H. Am. J. Obst. & Gyn.*; 66 : 169, 1912.
- 67.—WARD, C. C.: *J. Mt. Sinai Hops.*; 14 : 674, 1947-1948.
- 68.—WILSON, J. R.: *Am. J. & Gyn.*; 50 : 275, 1945.
- 69.—WAUGH, E. S. and PIKE, A. H.: *Obst. and Gyn.*; 9 : 143, 1957.
- 70.—WAY, S. *Malignant disease of the female genital tract. pág. 241, Philadelphia 1951.*
- 71.—ZIMMERMAN, V. L. : *Am. J. Obst. & Gyn.*; 74 : 251, 1916.
- 72.—ZUCKERMAN, C.: *Gynec. & Obst.*; México 2 : 263, 1947.