

Cáncer de cérvix y embarazo. Reporte de caso

Cervical cancer and pregnancy. Case report

Corral Domínguez Patricio Edmundo¹, Pazmiño Palacios Juan Bernardo¹, Zapata Ávila Juan Pablo², Ugalde Torres Dunia Pamela³

Volumen 43 | N° 2 | Agosto 2025

Fecha de recepción: 19/12/2024
Fecha de aprobación: 18/06/2025
Fecha de publicación: 04/08/2025
<https://doi.org/10.18537/RFCM.43.02.09>

RESUMEN

Introducción: el cáncer de cérvix presenta una incidencia de 1/1.000 embarazos, patología que genera incertidumbres, ¿en qué momento iniciar la quimioterapia y hasta cuando administrarla para disminuir las complicaciones materno-fetales? ¿cuál es el mejor tratamiento quirúrgico?

Caso clínico: paciente de 30 años, nulípara. Con 14 semanas de embarazo diagnóstica de carcinoma de células escamosas de cuello uterino. Estadio clínico IIB, Inició tratamiento con quimioterapia a la semana 18 recibiendo 5 ciclos, cumpliendo la semana 34 se realizó cesárea más histerectomía radical, patología confirmó un tumor de 3 cm y 2/11 ganglios metastásicos. Se realizó adyuvancia con quimio-radioterapia y braquiterapia. Un año después de la cirugía la paciente su hijo se encuentran en excelentes condiciones.

Conclusiones: este caso resalta la viabilidad de un manejo oncológico activo durante el embarazo, con quimioterapia en el segundo trimestre y cirugía oncológica tras la viabilidad fetal, permitiendo resultados favorables para madre y feto.

Palabras clave: neoplasias del cuello uterino, embarazo, quimioterapia.

ABSTRACT

Introduction: Cervical cancer has an incidence of 1 in 1.000 pregnancies, a condition that raises uncertainties: when should chemotherapy be initiated, and how long should it be administered to minimize maternal-fetal complications? What is the best surgical treatment?

Clinical Case: A 30-year-old nulliparous patient was diagnosed at 14 weeks of pregnancy with squamous cell carcinoma of the cervix, clinical stage IIB. The patient began chemotherapy at 18 weeks, receiving 5 cycles. At 34 weeks, a cesarean section followed by a radical hysterectomy was performed. Pathology confirmed a 3 cm tumor with 2 out of 11 metastatic lymph nodes. Adjuvant treatment included chemo-radiotherapy and brachytherapy was applied. One year after surgery, both the patient and the baby are in excellent condition.

Conclusions: This case highlights the feasibility of active oncologic management during pregnancy, with chemotherapy in the second trimester and oncologic surgery after fetal viability, with favorable outcomes for both mother and fetus.

Keywords: uterine cervical neoplasms, pregnancy, drug therapy.

1. CIPAM Centro Oncológico. Cirugía. Cirugía Oncológica. Cuenca-Ecuador.
2. CIPAM Centro Oncológico. Clínica. Oncológica Clínica. Cuenca-Ecuador.
3. Hospital Monte Sinaí. Ginecología. Ginecología y Obstetricia. Cuenca-Ecuador.

Caso
clínico

Clinical
case

Correspondencia:
patriciocorral@hotmail.com

Dirección:
De los Cristales 125. Urb. Colinas de
Challuabamba

Código Postal:
010109

Celular:
093 287 5861

Cuenca-Ecuador

Membrete bibliográfico

Corral P, Pazmiño J, Zapata J, Ugalde P, Cáncer de cérvix y embarazo: reporte de caso. Rev. Fac. Cienc. Méd. Univ. Cuenca, 2025;43(2): 67-72 : doi: 10.18537/RFCM.43.02.09

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es la tercera neoplasia maligna más frecuente a nivel mundial y la segunda más diagnosticada durante el embarazo¹, se considera al cáncer de cérvix durante el embarazo, al periodo comprendido entre el inicio de la gestación hasta un año posterior; esta patología tiene una incidencia de 1/1.000 embarazos. Su aumento se atribuye a que muchas mujeres retrasan el embarazo hasta después de los 35 años de edad con el objeto de conseguir mejores niveles educativos, profesionales y económicos, a nivel de nuestro país no hemos encontrado casos reportados con antelación¹⁻⁶.

La mayoría de gestantes están entre 18 – 35 años, se considera que el virus del papiloma humano (VPH) es un factor causal, pero no suficiente para el desarrollo del cáncer de cérvix, debe sumarse otros desencadenantes como: nivel socioeconómico bajo, actividad sexual temprana, múltiples parejas, relaciones sin métodos de protección y/o consumo de cigarrillo^{1,3,7,8}.

Es una patología prevenible, gracias al empleo de una triple estrategia: 1) Vacunación contra el VPH, 2) Test de detección del VPH y 3) Realización de Papanicolaou (PAP). El PAP es una prueba estandarizada y de cribado que reduce hasta un 80 – 90% la incidencia y mortalidad al identificar lesiones precancerosas⁹⁻¹¹.

Existe una discrepancia sobre cuales pacientes que cursan un embarazo se pueden beneficiar de la realización de un PAP durante su primer control; (debido a que la mayoría de las mujeres gestantes se encuentran entre la segunda y la cuarta década de la vida; épocas en las cuales es común encontrar infecciones por VPH), lo que representaría un riesgo tanto para la madre como para el hijo, dependiendo del grado y del subtipo de infección. Se estima según las investigaciones que hasta en un 3% de nuevos casos de cáncer cervicouterino puede presentarse durante este período^{9,10,12,13}.

El uso del cepillo endocervical no se encuentra contraindicado durante el embarazo,

Si el resultado de PAP es normal, la paciente continuará con sus controles habituales, pudiendo realizarse controles 6 semanas después del parto. En caso de resultado citológico anómalo como: (HPV+/ ASC-H/ LSIL/ HSIL y/o Carcinoma escamoso), es imprescindible una colposcopia,

según la “American Society of Colposcopy and Cervical Pathology”, recomiendan la colposcopia antes de las 20 semanas para evitar complicaciones como sangrado y observar una mejor relación histológica^{9,10,13}.

Solo en caso de:

- Citología ASC-US / LSIL: se puede retrasar el procedimiento hasta 6 semanas después del parto¹¹.
- Si la citología es: ASC-H / HSIL / carcinoma escamoso: en estos casos se debe realizar una colposcopia y biopsia¹¹.
- En Prueba VPH positiva con genotipos VPH 16 o 18: se realizará colposcopia¹¹.

Las guías de National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomiendan que para un adecuado diagnóstico se debe iniciar con: anamnesis, exploración física, exploración ginecológica detallada y toma de biopsia en caso de requerirse, por ejemplo, si existe un PAP más biopsia confirmatoria de cáncer al momento de la primera consulta o en consultas subsecuentes, estas guías recomiendan iniciar tratamiento con quimioterapia a partir del segundo trimestre, debido a que en éste, se produce un bajo nivel de toxicidad. Y una vez completada la semana 35, suspender el tratamiento sistémico y preparar para una intervención quirúrgica que involucra una cesárea debido a que disminuye el riesgo de sangrado y diseminación de células cancerígenas y además está indicada la histerectomía radical (Wertheim-Meigs o Piver III) que permite la estadiificación quirúrgico-patológica y el abordaje del tumor residual en caso de persistencia; conjuntamente con la linfadenectomía tanto pélvicas y para aórticas, para que con esta información proceder al posterior tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia concomitante^{10,14-16}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 30 años, mestiza, procedente y residente de Cuenca - Ecuador; ingeniera comercial, sin antecedentes familiares o personales de relevancia, antecedentes gineco obstétricos: menarca a los 12 años, fecha de la última menstruación (FUM): 25/06/23, gesta 1 actual. En la primera consulta con ginecóloga, presenta náuseas permanentes, dolor cólico en hipogastrio, no sangrado o secreción vaginal.



Imagen 1: Cesárea. Obtención de producto vivo con adecuado peso y Apgar.

Al examen físico: signos vitales dentro de parámetros normales, consciente, orientada, región cardiorádica y abdominal normal con evidente útero gestante, a la especuloscopia, cérvix con pólipo de 0.5 cm de apariencia benigna, por riesgo de sangrado se deja en observación, al tacto, cérvix central cerrado, no doloroso. Se realizó ecografía obstétrica que reportó embarazo de 9 semanas según FUM y pequeños hematomas retro-coriales.

En el segundo trimestre, a las 14 semanas de gestación, acudió a emergencia por sangrado transvaginal, a la especuloscopia se visualizó lesión en cérvix de 4 cm. Valorado por cirugía oncológica que confirma afectación de pared postero superior de la vagina, y parametrios bilaterales. Se realizó biopsia que reportó: carcinoma escamoso, moderadamente diferenciado, estadio clínico IIB.

Con el resultado de patología, el equipo médico multidisciplinario, la paciente y sus familiares el inicio de quimioterapia a partir de la semana 18 de embarazo; (programando 6 ciclos a base de cisplatino y paclitaxel); tratamiento que se administró de acuerdo a protocolos internacionales de manejo, al quinto ciclo (semana 33 de

embarazo) hubo alteración en el latido fetal, por lo que se suspendió paclitaxel y se administró solo cisplatino, considerándose que no afectaría el pronóstico.

A las 34.3 semanas de embarazo, feto con un peso de 2.401 gramos, frecuencia cardíaca fetal: 127 latidos por minuto, con actividad uterina irregular se decide administrar esquema de maduración con dexametasona. Al examen ginecológico parametrios libres, cérvix central con leve dilatación y lesión residual de 3 cm en labio posterior del cuello uterino, se realizó cesárea + histerectomía radical con el objetivo de retirar el tumor localizado en el cuello del útero y a su vez en forma completa el útero, salpinges junto con la linfadenectomía paraaórtica y pélvica bilateral y el tercio superior de vagina.

Paciente transitó su postoperatorio inmediato sin complicaciones (sangrado y/o infección de herida operatoria), con un adecuado control del dolor, de la diuresis, él bebe con adecuada alimentación y eliminación del meconio. Los dos son dados de alta a los 3 días de la intervención quirúrgica.

Una semana después paciente y recién nacido acudieron a consulta sin complicaciones. La patología confirmó un carcinoma de células escamosas grandes, queratinizante, moderadamente y mal diferenciado, infiltrante hasta un 90% del estroma, tamaño tumoral 3 cm, con zonas de adenocarcinoma tipo endocervical, istmo libre de neoplasia, invasión linfática y perineural presentes, parametrios libres, márgenes laterales y rebordes vaginales libres, ganglios 2/11 positivos, 2 en linfa pélvica derecha, ganglios de linfa pélvica izquierda y para aórtica libres. Tamaño de las metástasis ganglionares, 2 y 3 cm.

Al mes de la cirugía recibió tratamiento adyuvante y concomitante de quimioterapia (cisplatino) una vez por semana, radioterapia externa (45 Gy en 25 sesiones) y braquiterapia de alta tasa (21 Gy en 3 sesiones). Al año de la cirugía tanto la paciente como su hijo se encontraron en excelentes condiciones bio-psico-sociales.

DISCUSIÓN

El cáncer de cérvix genera un impacto a nivel mundial debido a que afecta a mujeres en edad fértil y productiva, hoy se plantean estrategias para prevención con adecuado screening y evitar los factores de riesgo modificables³.

La principal histología es el cáncer escamoso por afectación de este epitelio que se encuentra en el exocérvix, y en menor frecuencia el adenocarcinoma por afectación del epitelio cilíndrico y glándulas endocervicales, en este caso se evidenció un carcinoma mixto con presencia de células escamosas y con zonas de adenocarcinoma tipo endocervical^{9,17}.

Persiste la discrepancia sobre la mejor forma para realizar un diagnóstico de cáncer de cérvix en embarazadas, las guías de la American Society of Colposcopy and Cervical Pathology (ASCCP), recomienda realizar el PAP durante la primera consulta y en caso de resultado anormal realizar una colposcopia y biopsia. En caso de lesiones de alto riesgo, seguimiento continuo cada 12 semanas¹²⁻¹⁸.

No existe un consenso sobre el mejor manejo del cáncer de cérvix en el embarazo, su tratamiento depende de varios factores como el tamaño tumoral, la afectación ganglionar, el tipo histológico y el trimestre del embarazo, hay que destacar la importancia de que sea un equipo multidisciplinario conformado por oncólogos, ginecólogos, patólogos, pediatra, quienes en conjunto discutan y aborden este tipo de casos. Como también es indispensable evaluar los efectos colaterales o tóxicos en caso de existirlos, velar por el bienestar fetal y el control oncológico^{9,12,19}.

La quimioterapia se debe considerar no administrar en el primer trimestre ya que genera abortos espontáneos, malformaciones y/o muerte fetal; la administración durante el segundo y tercer trimestre es más segura, pero no exenta de com-

plicaciones como partos prematuros, retraso del crecimiento intrauterino o bajo peso al nacer, el tratamiento debe administrarse hasta la semana 35 o 3 semanas previas a la cesárea e histerectomía radical, por el riesgo de generar infecciones, sangrado, depleción hematológica o eliminación fetal del fármaco. Los quimioterápicos empleados en mujeres gestantes desde el segundo o tercer trimestre son en base a platino (cisplatino) + Taxanos (paclitaxel)^{9,18,19}.

El parto vaginal no se le considera una opción válida porque podría generar diseminación de células tumorales, sangrado y recurrencia en el lugar de la episiotomía, muchos casos pueden llegar a las 37 semanas de gestación; en caso contrario se podría realizar una maduración fetal con corticoides (dexametasona) siempre que se evidencie progresión de la enfermedad, Posterior al tratamiento quirúrgico las pacientes deberán completar el tratamiento adyuvante con quimioterapia y radioterapia externa y braquiterapia concomitante⁹.

CONCLUSIONES

El manejo multidisciplinario oportuno permitió ofrecer a la paciente un tratamiento oncológico integral sin comprometer el desarrollo fetal. La quimioterapia en el segundo trimestre, seguida de una intervención quirúrgica radical tras la viabilidad fetal, permitió controlar la progresión tumoral y lograr un parto exitoso mediante cesárea programada, garantizando la seguridad del binomio madre-hijo.



Imagen 2: Útero: evidencia de lesión tumoral persistente en cuello cervical. Útero con lesión cancerosa en labio posterior de cérvix de 3 cm.

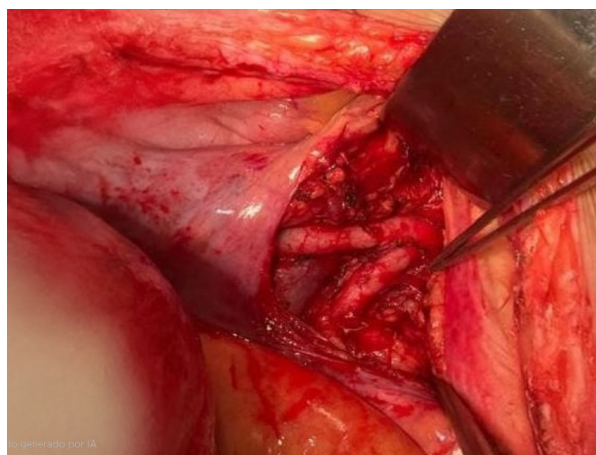


Imagen 3: Linfadenectomía pélvica y paraaórtica. Disección retroperitoneal

Este caso evidencia que, en escenarios complejos como el cáncer cervicouterino en estadio IIB durante el embarazo, es posible individualizar las decisiones clínicas respetando tanto el deseo de maternidad como los principios oncológicos. La evolución favorable de la madre y su hijo respalda la efectividad de un abordaje basado en protocolos internacionales adaptados al contexto clínico y familiares de cada paciente.

ASPECTOS BIOÉTICOS

El presente reporte de caso fue realizado bajo la aprobación de la paciente, la firma del respectivo consentimiento, y se guardó total confidencialidad de sus datos personales durante todo el proceso investigativo.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

Corral Domínguez Patricio Edmundo. Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Cirugía Oncológica. CIPAM Centro Oncológico. Cirugía. Cirugía Oncológica / Senología. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: patriciocorral@hotmail.com ORCID: 0000-0003-1656- 2609

Pazmiño Palacios Juan Bernardo. Médico. Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Cirugía Oncológica. CIPAM Centro Oncológico. Cirugía. Cirugía Oncológica. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: juanecopaz@gmail.com ORCID: 0000-0002-4743-7627

Zapata Ávila Juan Pablo. Médico. Especialista en Oncología Clínica. CIPAM Centro Oncológico. Clínica. Oncología Clínica. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: jpzapata@uazuay.edu.ec ORCID: 0000-0002-8822- 00328

Ugalde Torres Dunia Pamela. Médica. Especialista en Medicina (Ginecología y Obstetricia). Hospital Monte Sinaí. Ginecología. Ginecología y Obstetricia. Cuenca-Azuay-Ecuador. e-mail: drapamelaugalde@gmail.com ORCID: 0009-0004-1149- 2132

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

PCD, JPP, PUT, JZA: Idearon la investigación, participaron en la recolección de datos, revisión bibliográfica, escritura de artículo y corrección editorial. Todos los autores leyeron el manuscrito y aprobaron la versión final para la publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

No se presentó conflicto de intereses.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Se realizó con recursos de los investigadores.

ABREVIATURAS

VPH: Virus del papiloma humano, **PAP:** Papanicolau, **NCCN:** National Comprehensive Cancer Network, **FUM:** fecha de la última menstruación, **ASCCP:** American Society of Colposcopy and Cervical Pathology.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Acosta A, Alvear M, Cedeño F, Romero H. Cáncer de cérvix en el embarazo. *Cáncer de cérvix en el embarazo. RECIAMUC.* 2024;8(1):414-422. doi: 10.26820/reciamuc/8.(1).ene.2024.414-422
2. Urdaneta J, Zambrano N, Contreras A. Cáncer cérvico-uterino asociado al embarazo. Reporte de un caso. *Rev chil obstet ginecol.* 2009;4(5):315-321. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rchog/v74n5/art10.pdf>
3. Viquez RKF, Araya CR, Hidalgo SMJ. Cáncer de cérvix: generalidades. *Revista Médica Sinergia.* 2022;7(09):e898. doi: 10.31434/rms.v7i9.898
4. Quiñones M, Manzo E, Meriño Y, Naranjo S. Caracterización de los factores de riesgos relacionados con el cáncer de cérvix. 2023. XVIII Congreso de la Sociedad Cubana de Ginecología y Obstetricia. Disponible en: <https://ginecobs.sld.cu/index.php/ginecobs/2023/paper/download/33/136>
5. Madi J, Custódio L, Silva L, Zicarelli C, Pereira P, Baiocchi G. Perinatal outcomes of first pregnancy after chemotherapy for gestational trophoblastic neoplasia: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2022;226(5):719–731. doi:10.1016/j.ajog.2021.10.041.
6. Mula C, Galan C, López M. Gestación tras cáncer. *Clín Invest Ginecol Obstet.* 2024;51(2):100931. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X230010>

7. Soderini A, Knopoff E. Reflexiones sobre el cáncer de cérvix y la salud pública. *Pren Méd Argent.* 2024;110(1):21–25. Disponible en: https://prensamedica.com.ar/LPMA_V110_N01_P021.pdf
8. Díaz-Romero D. Factores de riesgo del cáncer de cérvix en pacientes atendidas en un consultorio médico. *Rev Méd Electrón.* 2024;46:e5463. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v46/1684-1824-rme-46-e5463.pdf>
9. Melero M, González J. El cáncer de cérvix en el embarazo: diagnóstico, evolución y tratamiento. Universidad de Zaragoza. 2020. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/111374/files/TAZ-TFG-2020-880.pdf>
10. Marcos L. Manejo terapéutico de la neoplasia cervical en el embarazo: revisión de la literatura y enfoques innovadores. 2023. Disponible en: <https://minerva.usc.es/xmlui/handle/10347/32905>
11. Solano A, Solano A, Gamboa C. Actualización de prevención y detección de cáncer de cérvix. *Revista Medica Sinergia.* 2020;5(3):e395–e395. Disponible en: <https://www.revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/395>
12. Redondo A, Pineda M, Rodríguez J, Pantoja M. Manejo terapéutico del cáncer ginecológico durante la gestación. *Revista Iberoamericana de Fertilidad y Reproducción Humana.* 2022;39(1). Disponible en: <https://revistafertilidad.com/index.php/rif/article/view/62>
13. Corberá C. Guía de manejo de los tumores de cérvix del Departamento de Salud de Castellón. 2021. Disponible en: <https://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/195380>
14. Filippo B, Carmona R, Aparicio J, Arrieta D. Cáncer y embarazo: características socio-demográficas, tratamiento y complicaciones, en la Clínica Bonnadona (Prevenir), periodo 2014 - 2019. *UNIMETRO.* 2020;38(1):30–5. Disponible en: <https://revista.unimetro.edu.co/index.php/um/article/view/179>
15. Fusté P, González E. Cáncer de cérvix y vagina Elsevier Health Sciences; 2020. Disponible en: https://books.google.com.ec/books?hl=es&lr=&id=tMzpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA425&dq=cancer+de+cervix+y+embarazo&ots=w9nADzv6Lk&sig=HgAPsKelo-1hU5G8gWyC7GaKDB9o&redir_esc=y#v=onepage&q=cancer%20de%20cervix%20y%20embarazo&f=false
16. NCCN, Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cervical Cancer. 2025. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf
17. Acevedo K, Medina M, Betancur C. Cáncer de cérvix: una mirada práctica. *Revista Médica de Risaralda.* 2022;28(2):151–66. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0122-06672022000200151&lng=en&nrm=iso&tlng=es
18. López J. Cáncer en el embarazo. *Rev Homeostasis.* 2023;5(2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=113178>
19. Redondo A, Moreno M, Pantoja M. Manejo terapéutico quirúrgico para la preservación de la fertilidad en las pacientes con cáncer de cérvix, endometrio y ovario. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia.* 2021;48(3):100656. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210573X20301209>