

Cirugía conservadora del cáncer de cuello de útero para preservar la fertilidad

Tras esta intervención más de un 40% de las pacientes podrán quedar embarazadas, según datos de las más de mil cirugías realizadas en el mundo

CUN ■ El actual fenómeno socio económico que ha originado el retraso de la maternidad a edades superiores a 30 años, incluso, a 40, aumenta las probabilidades de que un embarazo pueda coincidir con el diagnóstico de un cáncer del cuello uterino, segundo más frecuente en la mujer. Según estadísticas recientes, la máxima prevalencia de este tumor se produce entre los 35 y los 45 años. “Como resultado, un número nada despreciable de mujeres presentarán un cáncer de cuello uterino antes de completar sus deseos reproductivos o incluso sin haber empezado. Por tanto, existe una necesidad cada vez mayor de obtener un tratamiento ca-

paz de preservar su fertilidad en los casos apropiados”, subraya el doctor Matías Jurado, director del Departamento de Ginecología de la Clínica.

Ante un cáncer de cérvix en estadio precoz (hasta 4 cm de diámetro o más de 3 mm de infiltración) el tratamiento recomendado es la histerectomía radical (extirpación quirúrgica total del útero y cérvix) y la linfadenectomía pélvica (extirpación de ganglios de la pelvis) debido a su eficacia. No obstante, en todos los casos, esta cirugía tiene como consecuencia la infertilidad.

Sin embargo, la cirugía conservadora ha demostrado su eficacia en el manejo quirúrgico de numerosos tumores. Por

este motivo, la traquelectomía radical (extirpación del cuello del útero) por vía abdominal o vaginal más la extirpación de ganglios pélvicos “se ha convertido en una opción relativamente nueva utilizada en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadios iniciales que desean preservar su fertilidad”, apunta el especialista.

La aplicación de este tratamiento ha demostrado que las tasas de fertilidad en mujeres aquejadas de esta enfermedad son elevadas y las de recaída del tumor son bajas. “Al menos –indica el doctor Jurado–, no son mayores que las que se obtienen cuando se aplica el tratamiento estándar que requiere la extirpación radical

del útero y del cuello uterino. Estos resultados indican que la cirugía conservadora resulta adecuada cuando se desea preservar la fertilidad”.

EMBARAZO TRAS TRATAMIENTO. Según estudios científicos recientes, se calcula que por encima de un 40% de las mujeres tratadas mediante el procedimiento quirúrgico conservador quedarán embarazadas. De ellas, un 60% de los embarazos que hayan alcanzado el tercer trimestre finalizarán con el nacimiento de un hijo vivo.

A la vista de estos datos, de las más de mil cirugías realizadas han resultado más de 280 hijos. Como conclusión, el doc-



tor Jurado afirma que la traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica o estudio del ganglio centinela, por vía laparoscópica “se considera actualmente el procedimiento estándar para el tratamiento conservador de la fertilidad en pacientes con cáncer de cuello de útero precoz (menos de 2 cm de diámetro). Hay que destacar que los resultados de la traquelectomía vaginal frente a la abdominal son similares”. Para tumores mayores de 2 cm y con la idea de conseguir preservar la fertilidad de la paciente, a esta cirugía de extirpación más selectiva (sólo del cuello de útero) se le ha empezado a añadir quimioterapia neoadyuvante (antes de la cirugía) con objeto de disminuir el tamaño del tumor. En este caso, se realizaría a continuación la traquelectomía, un procedimiento toda-

vía experimental y en estudio, señala el ginecólogo. En definitiva, subraya, “las mujeres con un cáncer de cervix que hasta ahora perdían la opción de una futura maternidad a cambio de la curación, con los nuevos tratamientos conservadores tienen la oportunidad de curarse de forma similar a la actual y de tener un embarazo con éxito”.

PACIENTES PARA LAS QUE ESTÁ INDICADO. El doctor Juan Alcázar, ginecólogo de la Clínica advierte que las principales candidatas a la cirugía conservadora frente a la estándar radical son aquellas mujeres con tumores de cervix pequeños, de menos de 2 cm, “sin evidencia de extensión al parametrio (estructuras entre útero y pelvis) ni al cuerpo uterino, ni a los ganglios de la pelvis”, explica.

LA FRASE



“Un número nada despreciable de mujeres presentarán un cáncer de cuello uterino antes de completar sus deseos reproductivos o incluso sin haber empezado. Por tanto, existe una necesidad cada vez mayor de obtener un tratamiento capaz de preservar su fertilidad en los casos apropiados”.

Doctor Matías Jurado

Además del tamaño del tumor, los principales criterios de indicación del procedimiento se centran en un deseo de fertilidad importante, una edad menor de 40 años y diagnóstico confirmado de cáncer invasor, idealmente localizado en el exterior del cervix. Una dimensión de hasta 3 mm de invasión o más de 3 y un tumor de menos de 2 cm de diámetro es otro de los parámetros reseñables. También es factor de inclusión la falta de evidencia de afectación ganglionar o de otras metástasis a distancia.

Del estudio del tejido tumoral se deberá excluir un tipo histológico (tipo de células) desfavorable. Como requisito final, el centro hospitalario deberá contar con un cirujano experimentado en laparoscopia, linfadenectomía (extirpación ganglionar) y cirugía vaginal.

PASA A LA PÁG. 16 >>

Abajo, de izda a dcha, los especialistas del Departamento de Ginecología, los doctores Juan Alcázar, José Mínguez, Matías Jurado (director), Tania Errasti, Begoña Olartecoechea y, de Pediatría, el doctor Valentín Alzina (director UCI pediátrica).

A la dcha, el doctor Utrilla-Layna (residente) asiste al doctor Mínguez, ginecólogo de la Clínica, durante un momento de una cirugía laparoscópica.



<<VIENE DE LA PÁG.15

Tal y como ya se ha planteado, existen diferentes procedimientos quirúrgicos para tratar el cáncer de cérvix y al mismo tiempo preservar la fertilidad de la paciente, apunta el doctor José Mínguez, especialista en Ginecología de la Clínica. El más frecuente es la traquelectomía radical (extirpación de todo el cuello del útero) por vía vaginal o abdominal. En los últimos tiempos también se contempla la traquelectomía simple, denominada, conización cervical (extirpación del tejido cervical central), aunque su eficacia todavía está en estudio. “Desde un punto de vista de seguridad oncológica y a la vista de los resultados perinatales, la traquelectomía radical es la única técnica contrastada”, indica el ginecólogo.

El procedimiento empleado con más frecuencia consiste en

extirpar la zona del cuello uterino donde se ubica el tumor, junto a parte del parametrio (tejido que lo rodea). “De este modo, se sacrifica sólo la rama

vaginal de la arteria uterina, vaso muy importante para preservar la llegada de sangre al cérvix y al útero. A continuación se coloca un cerclaje (su-

tura) para evitar la apertura del cuello durante el embarazo, y se termina con la reconstrucción de la relación entre la vagina y el cuello uterino residual”, describe el doctor Mínguez.

Siempre en primer lugar es necesario realizar un estudio intraoperatorio de los ganglios linfáticos de la pelvis, “ya que la traquelectomía sólo se llevará a cabo cuando el resultado del análisis ganglionar sea negativo”.

RESULTADOS. Los factores pronósticos más importantes para que el cáncer de cérvix pueda reaparecer y, por tanto, para su incidencia sobre la supervivencia de la paciente son el tamaño tumoral, la afectación del tumor en el espacio linfovasacular, la profundidad de la infiltración en la pared del cuello uterino y la presencia de ganglios linfáticos afectados

EN DATOS

Posibilidades de embarazo

En el colectivo de pacientes tratadas mediante este procedimiento quirúrgico se observa un 15% con problemas de fertilidad, según expone la doctora Tania Errasti, ginecóloga de la Clínica. “En cerca de un 40% de estas pacientes con dificultad para quedarse embarazadas el problema está relacionado con una estenosis o estrechamiento cervical que con frecuencia puede resolverse mediante la dilatación del cuello uterino”, describe. Al margen de otros problemas menores derivados de las cirugías, la especialista apunta que entre un 70 y un 80% de las mujeres “pudieron concebir de forma natural después de la traquelectomía vaginal”. No obstante, tras este procedimiento, se recomienda esperar 6 meses antes de un embarazo. En caso de que pasados entre 6 y 12 meses no se concibiera por métodos naturales, sería necesario acudir a la consulta de un especialista.



por tumor. “Todos ellos son aspectos que deben ser evaluados de forma preoperatoria”, subraya el doctor Jurado.

Estudios científicos muestran que cerca de un 10% de las pacientes seleccionadas para cirugía conservadora no se podrán operar finalmente, “porque se detectarán metástasis en los ganglios linfáticos durante el acto operatorio”, señala. Se estima asimismo, que otro 10% de las pacientes estrictamente seleccionadas para cirugía conservadora requerirán algún tipo de tratamiento adicional “y perderán, como consecuencia, la posibilidad de mantener la fertilidad”.

De los trabajos epidemiológicos elaborados, se observa una supervivencia del 97% de los casos tratados con cirugía conservadora, “resultados equiparables a los obtenidos con el

tratamiento convencional mediante histerectomía radical (extirpación total del útero)”. El especialista destaca “la necesidad de un seguimiento y control adecuados posterior a la cirugía” para poder realizar una detección precoz en caso de una posible recurrencia del tumor “y poder tratarla con las máximas posibilidades de curación”.

El cáncer de cuello de útero es el segundo más frecuente en las mujeres.

De las más de mil cirugías realizadas han resultado más de 280 hijos.

Los resultados neonatales son semejantes a los de la población general.

RIESGOS DEL EMBARAZO. Después de una traquelectomía radical, la principal preocupación que ofrece el embarazo “reside en una mayor frecuencia de parto prematuro como consecuencia de la incompetencia del cuello uterino y de la falta de moco cervical que podría facilitar una infección ascendente”, indica la doctora Begoña Olartecoechea, especialista del mismo departamento.

La variación de los resultados obtenidos en las series de pacientes estudiadas parece que atiende más “a la mayor radicalidad en la extirpación del cérvix que a otros factores”, asegura. A pesar de ello, se calcula que alrededor de un 60% de los embarazos finalizarán con el resultado satisfactorio de un hijo vivo.

Aunque existe cierta controversia sobre la necesidad de

un cerclaje cervical, su justificación reside en reducir los partos prematuros y abortos durante el segundo trimestre de embarazo.

La posibilidad de un parto pretérmino en mujeres tratadas con esta cirugía oscila entre el 18 y el 30%, aunque más del 50% lo harán al final del embarazo, más allá de las 37 semanas. La tasa general de abortos en este colectivo de mujeres se estima en el 17%, equiparable a la de la población general, si bien, durante el segundo trimestre se duplica.

“Aunque no existen guías específicas para el manejo de estos embarazos, como principio general deben controlarse desde su inicio como embarazo de alto riesgo”, advierte la ginecóloga. Además recomienda el parto por cesárea durante la fase final del embarazo y concluye que los resultados neonatales son semejantes a los de la población general.

POSIBILIDAD DE PARTO PREMATURO. Según indica el doctor Alzina, director de la UCI pediátrica de la Clínica, “tras la traquelectomía radical, la preocupación principal desde el punto de vista perinatal es el parto prematuro”. En las primeras semanas de vida las complicaciones más frecuentes del recién nacido prematuro incluyen: problemas respiratorios, frecuentes en nacidos antes de la semana 35 y primera causa de morbi-mortalidad del prematuro. También pueden presentar alteraciones cardíacas, cerebrales, de temperatura y/o gastrointestinales, entre otras, más frecuentes cuanto más precoz es el nacimiento.

No obstante, los resultados neonatales de recién nacidos de madres que han sufrido cáncer de cérvix a las que se les ha practicado traquelectomía radical “son semejantes a los de la población general”.