

Metástasis ganglionares en carcinoma microinvasor de cérvix

Marta Mazón Ruiz, Ane Andikoetxea Suárez, José C. Quílez Conde, Teresa Díez Alonso, Luis Juez González, María Isabel Limia Pérez

Antecedentes

Mujer de 45 años, sin hábitos tóxicos ni antecedentes personales relevantes médico-quirúrgicos.

Antecedentes gineco-obstétricos:

- Nulípara.
- MAC: Barrera. Pareja estable.

Historia previa de la enfermedad

- 2021 (Centro privado): Conización AP: CIN-3 con márgenes libres.
- Posterior vacunación frente al VPH.
- Abril de 2022: Febrícula persistente de origen desconocido.

Solicitan una TAC:

Síndrome adenopático pélvico paraórtico e inguinal izquierdo que sugiere un **síndrome linfoproliferativo**.
Nódulos pulmonares de 18mm en LII y de 5mm en LID, a descartar patología maligna.



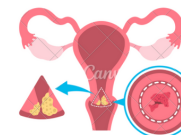
BAG de dos adenopatías, inguinal e ilíaca izquierda, visualizadas en TAC.

Unidad de Patología Cervical

- Citología: ASC - H
- Colposcopia: Adecuada con ZT tipo 1. Cambios exocervicales que sugieren CIN 2/3 minúsculo, sin ninguna sospecha de lesión invasora. Vaginoscopia y vulvoscopia: Normal.

AP: H-SIL / carcinoma in situ y extenso L-SIL.

Se realiza de nuevo una conización tipo
AP: CIN 2 y CIN 1 con márgenes libres.



Sospecha diagnóstica: **Probable carcinoma escamoso de cérvix estadio IV**

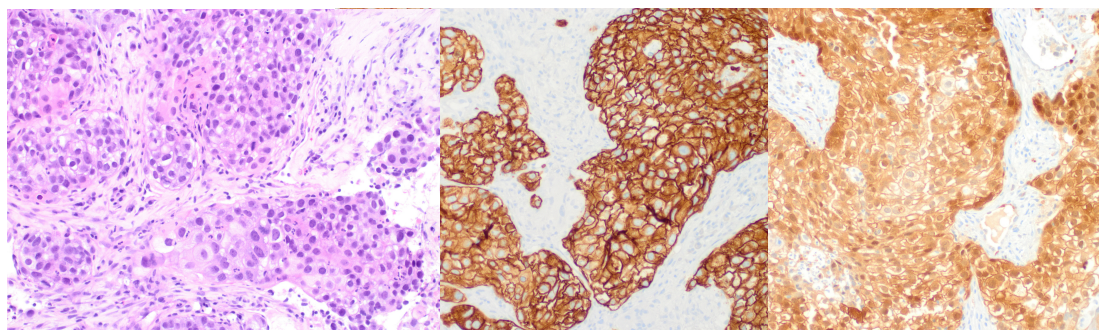
Otras pruebas complementarias

- **RMN:** Adenopatías inguinales izquierdas de 50 y 42mm y retroperitoneales paraaórticas izquierdas, la mayor de 22mm, sospechosa de síndrome linfoproliferativo. No lesiones en cérvix. Cavidad endometrial normal.
- **PET-TAC:** captaciones ganglionares patológicas en retroperitoneo y eje iliaco externo compatible con proceso linfoproliferativo. Nódulo pulmonar en LII. De forma que se toma nueva biopsia del ganglio linfático iliaco izquierdo objetivándose infiltración por carcinoma de células escamosas.
- **Marcadores tumorales:** CEA - 27,5 ng/mL, CA 125 - 18,5 U/mL, CA 15.3 - 16 U/mL.
- Se propone biopsia del nódulo pulmonar, se descarta ante imposibilidad de realización.

Discusión

- Esta discordancia diagnóstica puede deberse a un posible diagnóstico anatomo-patológico incorrecto inicial, donde podría existir algún foco de invasión.
- Es primordial un buen diagnóstico anatomo-patológico con despistaje de afectación linfovascular, ambos factores determinantes del riesgo de progresión y recurrencia

- Existe un riesgo del **0.1 - 0.4%** de carcinoma microinvasor y afectación ganglionar simultánea.
- **¿Es suficiente un tratamiento mediante conización en los carcinomas microinvasivos?**
- **¿Debemos realizar un tratamiento más agresivo o asumir el mínimo riesgo de microinvasión y afectación ganglionar concurrentes?**



Infiltración por **carcinoma de células escamosas** moderadamente diferenciado

Inmunohistoquímica:
Positividad a
CK7, P40 y P63

Inmunohistoquímica:
Positividad intensa y
difusa para **P16**