

TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES COMO ESTADIFICACIÓN SISTEMÁTICA DEL CÁNCER DE CÉRVIX. CASO CLÍNICO

Á. Sanz Díaz-Heredero, E. Ruiz Pérez, S. Canales Martínez,
L. Casamayor del Nogal, V. Pascual Escudero, P. Suárez Mansilla

OBJETIVOS

Presentar el caso clínico de una mujer de 30 años con diagnóstico histológico de cáncer de cérvix y discordancia entre la exploración física y las técnicas de imagen convencionales (TAC-RM). Estadio inicial IB3 (FIGO); y IIIC1 por PET-TAC. Se demuestra la importancia del PET-TAC para la correcta estadificación de pacientes con cáncer de cérvix, y la vacunación contra el VPH.

MATERIAL Y MÉTODOS

Los datos fueron recogidos de la historia clínica electrónica de la paciente, adjuntando los resultados de las pruebas complementarias.

RESULTADOS

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer de 30 años.
- Cribado citológico en C. Privada (no aporta informes, refiere "normales").
- Niega vacunación contra VPH.

MOTIVO DE CONSULTA

Hemorragia vaginal, con
anemización grave (6,7 g/dL)

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Especuloscopia y tacto vaginal: masa de 5cm en labio posterior cervical, pétérea, de la que procede el sangrado.
- No impresiona afectación parametrial.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- TAC abdomino-pélvico: engrosamiento de pared posterior cervical de 5,5x4cm (*Imagen 1*).
- VPH: (+) 16, 35, 52, 56, 58.
- Marcadores tumorales (CYFRA21 y SCC): negativos.
- Biopsia lesión cervical: **ca. escamoso no queratinizante infiltrante.**
- Ante sangrado profuso y persistente, se realiza embolización selectiva de arterias uterinas, logrando hemostasia.



Imagen 1. TAC: Engrosamiento pared cervical posterior

Tras la embolización, la RM no detecta la masa cervical ni adenopatías. Se solicita PET-TAC (*Imagen 2-3*) en el cual se identifican ambas, con adenopatía inguinal patológica (Estadio IIIC1). Inicia tratamiento con QT + RT externa + BT.

CONCLUSIONES

1. La última actualización de la SEGO (2018) describe que la estadificación del cáncer de cérvix radica en pruebas de imagen. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de TAC y RM para determinar afectación ganglionar son del 38-89% y 78-99%, mientras que el PET-TAC alcanza 75-100 y 92-100% respectivamente.
2. El grado de acumulación de FDG (2-Fluoro-D-Desoxiglucosa) nos sirve como parámetro de agresividad tumoral para predecir el control local y la remisión completa a los tratamientos oncológicos.
3. La RM puede verse artefactada por la embolización arterial uterina. Esto apoya el beneficio del PET-TAC para la correcta estadificación en el cáncer de cérvix.

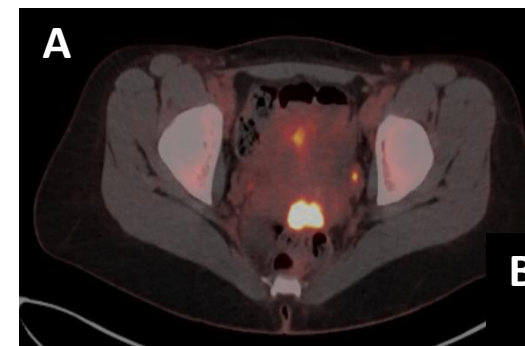


Imagen 2-3. PET-TAC:

A) Lesión cervical hipermetabólica con reducción de tamaño tras embolización.

B) Adenopatía inguinal izquierda hipermetabólica (flecha blanca).