

Abordaje del cáncer de cérvix durante la gestación. A propósito de un caso.



Díez Alonso, Teresa; Mateo Garrido, Oihane; Antolín Arellano, Nahia; Mazón Ruiz, Marta; Andikoetxea Suarez, Ane; Berriozabal Armesto, Cristina. Hospital Universitario Basurto

OBJETIVOS: El cáncer de cérvix es el que más frecuentemente se diagnostica durante el embarazo, la mayor parte de las veces en un estadio preinvasivo o invasivo precoz. Desafortunadamente, siempre implica toma de decisiones difíciles, debiendo individualizar cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 34 años. Parto normal en 2022, buscando nuevo embarazo.

Exfumadora. Vacunada del VPH.

Antecedente de CIN 1 desde mayo de 2021.

Se realiza colposcopia por: Citología con presencia de células atípicas que sugieren lesión cervical de alto grado de posible origen glandular, y VPH 16.

Colposcopia:

Macroscópicamente cérvix friable, con vascularización atípica a base de puntos aislados y vasos gruesos dilatados en las puntas de excrecencia glandular.

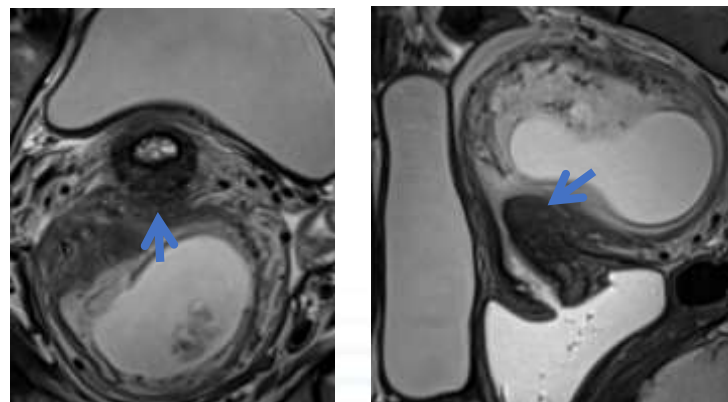
A la aplicación de ácido acético, se visualizan cambios acetoblancos centrales de rápida aparición, densos, que sugieren cambios grado 2.



RESULTADOS: Se toma BIOPSIAS COLPOSCÓPICAS y LEGRADO ENDOCERVICAL con resultado de adenocarcinoma in situ, sin poder descartar invasión, además de proliferación epitelial sugestiva de carcinoma epidermoide infiltrante. En este momento, nos informa de test de embarazo positivo. Confirmamos **gestación incipiente viable intrauterina, 6 semanas aprox.** Se realiza conización, cuyo resultados fue: **carcinoma escamoso no queratinizante de cérvix G3; pT1a2- FIGO IA2**, con amplia afectación de márgenes quirúrgicos.

La gestante de 9 semanas, asesorada por los oncólogos, obstetras y psicólogos, decide no continuar con la gestación. Estudio de extensión, compatible con un estadio prequirúrgico IB2.

Se realiza linfadenectomía pélvica bilateral, histerectomía radical con gestación intrauterina, salpinguectomía bilateral. **Diagnóstico final:** **carcinoma escamoso de cérvix G3; FIGO IA2**.



CONCLUSIONES: Es fundamental realizar un manejo multidisciplinar, e individualizar cada caso en función del estadio, el deseo de continuar con la gestación, y de los riesgos de modificar o retrasar el tratamiento.