

CÁNCER DE CÉRVIX EN GESTANTE: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Jiménez Machuca P, Montoya Martínez C, Delgado González JL, Pérez Rocamora FC, Iniesta Iniesta E, Gazabat Barbado E. Hospital General Universitario Rafael Méndez.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix es el 4º cáncer en frecuencia a nivel mundial. En España, en grupo de edad de 15-44 años es el segundo en frecuencia, sólo superado por el cáncer de mama.

La patogénesis de esta enfermedad se asocia con la infección por el virus del papiloma humano (VPH) de alto riesgo. Actualmente la vacunación sistemática frente al VPH supone la intervención más eficaz, efectiva y eficiente como prevención primaria de esta patología.

El diagnóstico de cáncer de cérvix durante la gestación o el postparto ocurre en 1-3% de los casos, siendo uno de los cánceres más frecuentemente diagnosticados en el embarazo.

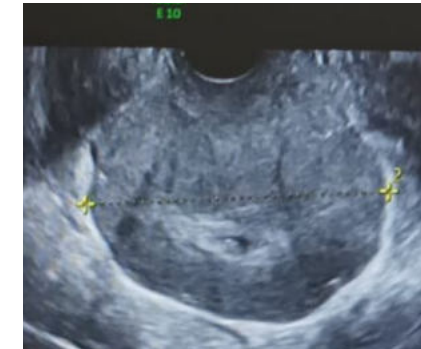


Imagen 1.
Saco gestacional intrauterino.

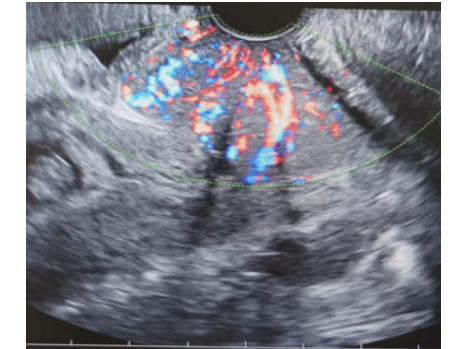
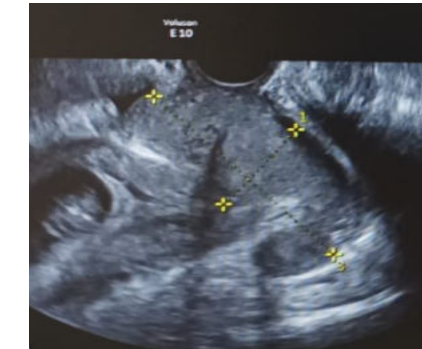


Imagen 2 y 3. Masa cervical sin y con Doppler color observándose vascularización de baja resistencia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 38 años que acude a urgencias de ginecología por **coitorragia**.

Última citología en 2013 normal.

- *Exploración ginecológica*: masa cervical pétrea de 4-5 cm hemorrágica al tacto dependiente de labio posterior de cérvix que ocupa todo el fondo. Tacto rectal con parametrios fijos. Aspecto de pelvis congelada.
- *Ecografía transvaginal*: saco gestacional intrauterino con embrión acorde a 6+1 semanas gestacionales con actividad cardíaca positiva. La masa es dependiente de labio posterior sin poder delimitar si invade canal endocervical por bordes irregulares. Se observa vascularización con vasos de baja resistencia.
- Se coge biopsia y se envía a *anatomía patológica* donde informan de carcinoma de células escamosas.
- *Resonancia magnética*: Masa que ocupa fondos de saco. Afectación parametrial. Adenopatías en cadena iliaca y en cadena obturadora.
- *PET-TAC*: no se evidencia metástasis macroscópica.

JUICIO CLÍNICO

Gestación inicial intrauterina y cáncer de cérvix en estadio IIIC1 de la FIGO.

CONCLUSIONES

En el caso expuesto, la paciente deseó interrumpir el embarazo para recibir tratamiento oncológico con radioterapia-quimioterapia radical con braquiterapia dado que no era tributaria de tratamiento quirúrgico.

Si su deseo hubiera sido *continuar* con el mismo, habría que tener en cuenta algunos factores:

- Pruebas de imagen de elección: Ecografía y RM. No podría realizarse TC con contraste ni PET-TC.
- Tratamiento hasta viabilidad fetal (>32 SG):
 - Retrasar el tratamiento oncológico.
 - Quimioterapia adyuvante (sería él indicado en este caso debido al estadio de la enfermedad).
 - Cesárea programada. El parto espontáneo vaginal podría tener impacto pronóstico negativo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Oncoguía SEGO: Cáncer de cuello uterino. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. Publicaciones SEGO, Octubre 2018.
2. Neves Gomes I, Figueredo J, Raposo Dinis S, Pedrosa S, Castelo Branco E y Sousa R. Cervical cancer in pregnancy: a review article . Prog Obstet Ginecol 2022;65:229-34.