

Manejo del cáncer de cérvix en la gestación

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Universitario Bilbao-Basurto

Tania Arriba Olivenza;; Ianire Martínez Urruzola; Irene Romero Romeo
M^a Victoria San Román Singler; Amelia Valladolid Urdangaray

GENERALIDADES

- Diagnóstico durante embarazo o 6 semanas postparto.
- Detección en estadio preinvasivo o invasivo precoz
- Único cáncer cribado rutinariamente durante la gestación.
- Incidencia: 1-1.5 casos/ 10.000 embarazos.
- Edad media 34 años.
- Curso de la enfermedad y pronóstico similar al de la paciente no embarazada.

CASO CLÍNICO 1

34 años
AMQ: asmática
AGO: G1 P1 (2021)

Antecedente patología cervical 2021:

- Cribado 1º T: H-SIL
- Colposcopia 9 s: CIN 1
- Colposcopia 6 s postparto: CIN 1 + HPV 16

Control patología cervical en 2023:

5+6 semanas

- HPV 16 (+)
- Citología: Celular atípicas lesión AG de origen glandular
- Colposcopia: Cambios grado 2 afectando canal
- AP: Carcinoma epidermoide infiltrante + ADC in situ
- Conización:
 - Carcinoma escamoso G3; pT1a2. FIGO IA2
 - Afectación márgenes profundo y endocervical

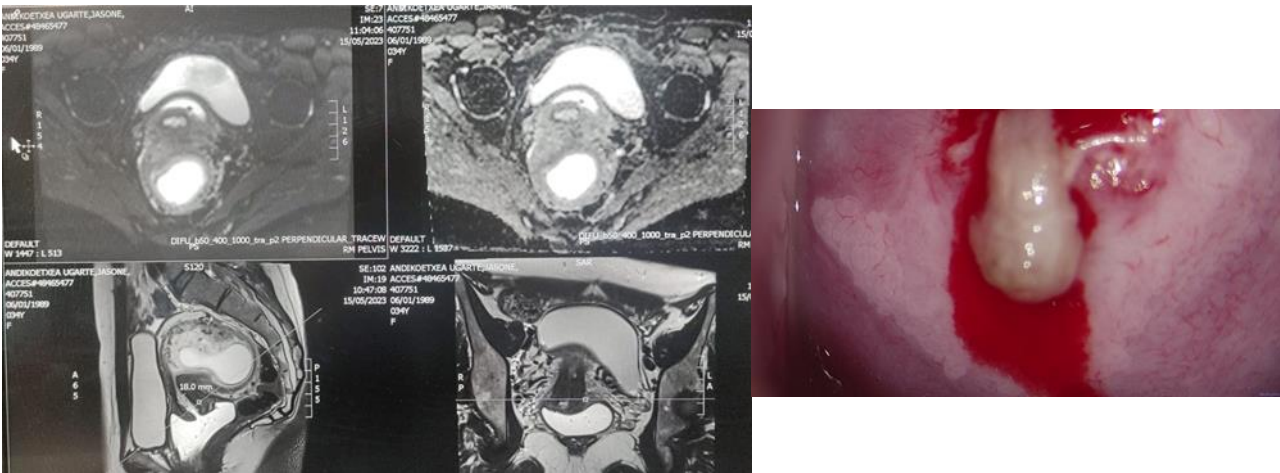
8+6 semanas

RMN: neoplasia de cérvix, probable estadio IB.

Decisión: interrupción gestación

BSGC pélvicos + linfadenectomía pélvica bilateral vía robot.
Histerectomía radical + salpinguectomía bilateral y transposición ovarios vía laparotómica.

Carcinoma escamoso de cérvix
G3; pT1a2 N0. FIGO IA2



CASO CLÍNICO 2

35 años
AGO: G2 A1

Cribado 1º T: ACG + HPV 18 (+)
14+4 semanas

- Colposcopia: cambios grado 2.
- AP: Proliferación glandular con atipia, compatible con adenocarcinoma in situ.

Paciente rechaza conización
Imposibilidad de descartar infiltración

Colposcopia control: 28+5 semanas
AP: Adenocarcinoma de cérvix-HPV

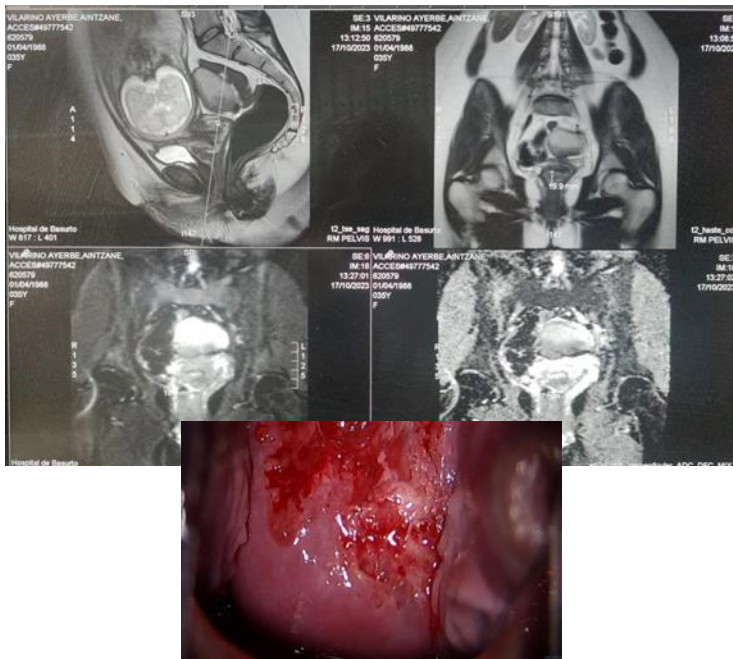
RMN: neoplasia de cérvix estadio IB1

Comité multidisciplinar:

Parto cesárea en semana 34+5

BSGC pélvico bilateral (BI negativos).
Histerectomía total + salpinguectomía bilateral + quistectomía endometrioma OI
vía robot

Adenocarcinoma diferenciado de endocervix
G2; pT1a1



CONCLUSIONES

- Cáncer inusual en gestación
- No tratar lesiones invasivas en gestación no altera el curso de la lesión
- Siempre descartar infiltración en el control de lesiones preinvasivas
- Conización solo si resultado cambia la actuación posterior
- Centro de referencia
- No tomar decisiones apresuradas
- Siempre ofrecer apoyo de grupo Salud Mental perinatal