

ADENOCARCINOMA IN SITU CERVICAL: TRATAMIENTO CONSERVADOR EN PACIENTE NULIGESTA

Prieto Ruiz E.1, Gutiérrez López E.2 , Andrés Hernández V.3 , Diaz de Cerio Martinez I. 1

1. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España
2. Hospital de Sierrallana, Torrelavega, España
3. Hospital de Laredo, Laredo, España

INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma in situ (AIS) es una lesión premaligna del cérvix precursora única del adenocarcinoma de cuello de útero.

Es menos común que las lesiones escamosas, sin embargo su incidencia ha aumentado en los últimos años sobre todo en mujeres jóvenes debido a varios factores (aumento del cribado y de su eficacia, cambios en la clasificación Bethesda y aumento en la exposición a factores que favorecen neoplasias glandulares como anticonceptivos combinados e infección por VPH)

Los factores de riesgo para AIS y adenocarcinoma invasor son similares que para el carcinoma escamoso invasor (infección prolongada de VPH de alto riesgo 16 y 18, estando este último genotipo involucrado en el 50% de AIS frente al 15% en escamosos)

Generalmente los AIS son asintomáticos por lo que suelen detectarse en alteraciones citológicas y raramente producen sangrado genital.

Para diagnosticarlo, es preciso el estudio colposcópico con toma de biopsia y legrado endocervical y/o realización de conización

CASO CLÍNICO

Mujer de 28 años, sin antecedentes personales, nuligesta y con deseo de embarazo, que presenta en la citología de cribado una alteración citológica de bajo grado (L-SIL) con positividad a VPH 16-31-56 (Alto riesgo)

Se completa el estudio con colposcopia, objetivándose dos lesiones acetoblancas-lugol negativas con punteado grosero y vasos atípicos a las 13h y 8h, de las que se toma biopsia con resultado de SIL alto grado.

Se decide realizar conización con asa de diatermia con resultado anatomopatológico de adenocarcinoma in situ con márgenes libres.

La paciente realiza actualmente controles sucesivos cada 6 meses con citologías negativas. Sin embargo, persisten los VPH 31 y 56 por lo que se realizan estudios colposcópicos satisfactorios sin presencia de lesiones.

DISCUSIÓN

El tratamiento estándar de AIS es la histerectomía. Sin embargo, dado que muchos diagnósticos se realizan en mujeres que no han cumplido sus deseos genésicos, una opción válida es realizar una conización cervical. Ésta debe indicarse en aquellas mujeres con bajo riesgo de progresión a adenocarcinoma, es decir, mujeres en las que se consiguen márgenes libres en la pieza de conización. A pesar de que el riesgo de invasión es bajo si se consiguen márgenes libres tras la conización, debemos hacer un seguimiento prolongado con citología, detección de VPH y legrado endocervical cada 6 meses.

Una vez completado el deseo gestacional, el tratamiento es la histerectomía.

No se recomienda realizar más de dos conizaciones si no se consiguen márgenes libres de enfermedad.