

Caso clínico de displasia cervical diagnosticada en el embarazo

Michel Campos F.E; Consuegra Montero L.Z

Servicio ginecología y obstetricia. Hospital Insular Nuestra señora de los Reyes

Descripción de caso

Mujer, 31 años. Presenta gestación de 8+3 semanas. Última citología realizada hace 3 años -negativa. NO vacunada contra el VPH. La citología del 1er trimestre, es informada como ASC-H. La colposcopia es satisfactoria y + para cambios menores- Realizamos biopsia que informa de lesión intraepitelial escamosa de alto grado + cervicitis crónica y metaplasia escamosa. Realizamos seguimiento con colposcopias cada 12 semanas, sin evidenciar empeoramiento de la lesión. La gestación concluye con un parto pretérmino a las 35 semanas. En la colposcopia control a las 6 semanas postparto, realizamos con una toma de VPH que es informada como positiva para el serotipo 16. Se realiza conización con asa.

Resultados de Anatomía Patológica

Carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado. Profundidad de invasión estromal 1.5 mm. NO se identifica invasión linfovascular.

Lesión intraepitelial escamosa de alto grado a la 1 h.

Estadío PT1a1

Derivamos a la Unidad de Ginecología oncológica de nuestro Hospital de referencia, siéndole realizada una histerectomía simple asistida por laparoscopia



Conclusiones

- La incidencia de displasia durante el embarazo es del 1%, de cáncer de cérvix es de 1/2.500 embarazos y de carcinoma in situ es aproximadamente de 1/750 embarazos. El tipo histológico más frecuente de carcinoma es el epidermoide. No es hormonodependiente.
- En el primer trimestre es una excelente oportunidad para la realización del cribado cérvico-uterino. En casos de displasia sin evidencia de invasión, El tratamiento quirúrgico definitivo puede diferirse hasta 6-8 semanas postparto. Con colposcopias control cada 12 semanas.
- El tratamiento escisional durante el embarazo no está recomendado siempre y cuando se descarte invasión linfovascular en la anatomía patológica.
- En casos de displasia cervical durante la gestación, hasta un 70% de los casos tendrán regresión espontánea, un 25% persistirán y hasta un 3% puede evolucionar a lesión invasora. Esto es debido al traumatismo cervical y cambios isquémicos transitorios del epitelio cervical.
- El riesgo de progresión a carcinoma invasivo es extremadamente pequeño (4%), pero no se debe perder el contacto con la paciente principalmente tras el parto.
- Solo se realizará conización si no es posible descartar invasión por AP y/o si la enfermedad invasiva alteraría la vía del parto. En este caso, se realizará entre las 14 -20 semanas y valorando un cerclaje inmediato.