



Carcinoma epidermoide de vagina tras SIL de ALTO grado cervical y vaginal.

Teodora Alonso Gutiérrez. Leire Aquesolo Prados. Marta Robles Gaitero. Hospital Universitario de Burgos Jefe de Servicio: F.J avier Martínez Guisasola

Entre enero 2010 y junio 2019 nuestro servicio realizó 634 conizaciones. El 91,6 % (581) por SIL de ALTO grado, 4,7 % (30) por SIL de BAJO grado persistente, que optan por este procedimiento, y un 3,6 % (23) por discordancia colpo/cito/histológica. Las reconizaciones en este periodo han sido 34 (5,4 %) y de este grupo surge nuestro caso.

Paciente de 33 años que empieza con SIL de ALTO GRADO cervico-vaginal y a los 44 años está en seguimiento tras tratamiento por carcinoma de cúpula vaginal (EIIB), actualmente recidivado e irresecable. Presentamos un resumen de su evolución tras persistencia de lesiones asociadas a HPV 33 y los tratamientos aplicados en estos 10 años.

AF: Madre fallecida por neo renal. Padre DMNID,fallecido. **AP:** No alergias. Fumadora. ERGE y hernia de hiato. Portadora crónica de Salmonela. Fractura de tobillo. Transtorno adaptativo. Síndrome ansioso-depresivo. Ingresos por transtorno de conducta alimentaria. Obesidad tipo II (IMC: 38). **AG:** M: 12 FM: 4/60. **AO:** 1-0-0-1 Cesárea (22 ingresos por vómitos)

2005: Citología: SIL BAJO grado.

2006: Colposcopia/biopsia: SIL de BAJO grado. HPV 33. No figuran más controles y no acude a consultas.

2009: 34 años. Programa de cribado: SIL ALTO grado. P. Cervical: Dg de SIL ALTO grado; **Conización en sombrero de copa** (3*1,5*1 y 1,5*1*0,6) con borde exocervical afecto.

2010: Persistencia y se visualizan imágenes vaginales con dg de ALTO Grado (VAIN III). **Reconización y vaporización con láser.**

2010/11: Persistencia de ambas lesiones: **Histerectomía total con manguito vaginal** con AP: CIN III y VAIN III que afecta margen distal.

2011: Vaporización láser.

2012/13: VAIN III. HPV 33,58,62 y 68. **Colpectomía parcial:** Bordes no valorables.

2014/15. Estudios citológicos y vaginoscopias normales.

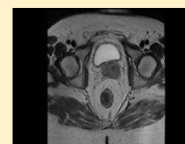
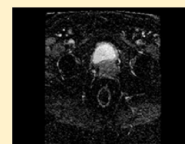
2016: SIL alto grado citológico e histológico VAIN II.y HPV 33. **Imiquimod.**

2017: Alto grado con tinción dual negativa. **Efudix.**

2018: VAIN III y se tacha engrosamiento de cúpula. Se plantea EBA para biopsia, por características físicas y psicológicas de la paciente. Se tactan nódulos subcentrímetricos vaginales y por TR un nódulo duro de 4 cm adherido a paracolpos. AP: **carcinoma epidermoide moderadamente diferenciado. RMN:** Tumor de 32*22*36 espiculada que parece infiltrar grasa superficial bilateral paracolpos, margen anterior de grasa mesorectal. **TAC:** Negativo salvo masa sólida de 35*28*36, añade posible infiltración de suelo vesical. Cistoscopia negativa. SCC: 2,7.

2018/19: RT Radical-IMRT (45Gy) con **CDDP** semanal. RMN de control marzo 19 y post-tratamiento junio 2019 sin cambios con zona de 19*14*13 residual fibro-inflamatorio. Control en septiembre del 19 sin signos o síntomas de recurrencia.

Acude de urgencia a consulta por hematuria, dolor y clínica miccional y en RMN (10/2019) se aprecia progresión pélvica con infiltración de fascia y grasa mesorectal, meato uréter-vesical izquierdo con hidronefrosis. Tras valoración de Comité de Tumores, búsqueda de segunda opinión por irresecabilidad, ha comenzado con tratamiento QT (Carbo-Taxol)



Tras 10 años las lesiones de Alto Grado han evolucionado a cáncer de vagina. (HPV 33. Lesión de alto grado persistente, fumadora, alteraciones inmunitarias, alimentarias, emocionales y hormonales) a pesar de los controles y tratamientos aplicados.

