

CÁNCER DE CÉRVIX Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO EN PACIENTE JOVEN: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Villaoslada González; S. Argüelles Álvarez; M. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa; M.A. Pérez Gutiérrez; M.E. Guinea Barrilero; A.M. Román Guindo

OBJETIVO. El ca de cérvix, con una incidencia de 7,8 casos/100000 mujeres/año y una mortalidad de 3,6 casos/100000 mujeres/año, constituye la 3ª causa de muerte por cáncer entre 15-44 años. El pronóstico está relacionado con el estadio tumoral al diagnóstico, siendo así el diagnóstico precoz la principal estrategia de erradicación. La **preservación de la fertilidad** y la **menopausia yatrogénica** suponen el mayor impacto en la paciente joven.

MATERIAL Y MÉTODO. Se presenta el caso de una mujer de 29 años, sin antecedentes de interés, fumadora, no vacunada frente a VPH, sin pareja estable, usuaria de preservativo. Acude a la Unidad de Patología Cervical en octubre 2020 derivada de ginecólogo extraclínico por resultado citológico de **ASC-H** y cultivo vaginal positivo para Gardnerella, en tratamiento antibiótico. Presentaba desde abril 2020 **flujo maloliente, dispareunia y coitorragias**, por los que había consultado en otro centro, con exploración ginecológica normal y citología cervicovaginal negativa.

RESULTADOS. En la exploración colposcópica se objetiva **tumoración excrecente, sangrante, parcialmente necrotizada**, que ocupa labio anterior y posterior cervical y cara anterior de vagina, compatible con cáncer de cérvix. La exploración física no muestra compromiso parametrial ni adenopatías sospechosas. El estudio anatomopatológico confirma SIL de alto grado y **ca epidermoide infiltrante moderadamente diferenciado**, no queratinizante. Por RM pélvica se evidencia a nivel de cuello uterino un crecimiento polipoideo que afecta a labios anterior y posterior cervicales y se extiende por **tercio anterosuperior de vagina**. No se demuestra invasión parametrial ni del resto de estructuras pélvicas. TC body y PET-TC descartan la presencia de metástasis ganglionares macroscópicas y extensión a distancia. Ante un **estadio IIA2 (FIGO 2018)** se propone linfadenectomía paraaórtica seguida de quimiorradioterapia.

CONCLUSIONES. El tratamiento del cáncer de cérvix localmente avanzado es la **quimiorradioterapia concomitante**, siendo la afectación ganglionar el principal factor pronóstico. La estadificación ganglionar para adecuar los campos de irradiación puede realizarse mediante PET-TC o linfadenectomía aórtica extraperitoneal. La preservación de la fertilidad se reserva a pacientes **<45 años, histología escamosa, estadio <IIA1, invasión <1/3 estroma y sin invasión linfovascular**. El 30% sufrirán una recaída tras tratamiento óptimo, el 75% en los 2 años posteriores al diagnóstico.

