

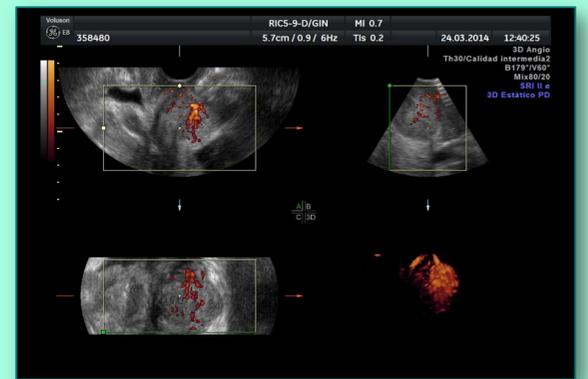
Gazabat Barbado, E. ; Madrid Gómez de Mercado, MD; Jiménez Velázquez, R; Alfosea Marhuenda, E; Remezal Solano, M; Servet Pérez de Lema, CM; Barceló Valcárcel, F
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cérvix en España es el segundo cáncer más frecuente y el tercero más mortal entre los 15-44 años . El inicio precoz de las relaciones sexuales, un elevado número de parejas sexuales y el contacto con varón de riesgo son los principales factores de riesgo. La mayoría de casos se pueden prevenir con las pruebas de cribado y el seguimiento de los resultados anormales . A continuación exponemos tres casos clínicos reales de nuestro servicio de cáncer de cérvix en mujeres jóvenes.

CASO 1

23 años, nuligesta, en tratamiento con ACHO desde hace 5 años que consulta por sangrado intermenstrual. A la exploración, cérvix friable con masa polipoidea de unos 2 cm. En Ecografía TV se objetiva una zona hipoecogénica de 12x9mm en labio posterior con vascularización aumentada. Se realiza una histerectomía radical de Wertheim-Meigs. Anatomía patológica definitiva: adenocarcinoma de células claras de endocérvix estadio III-B.



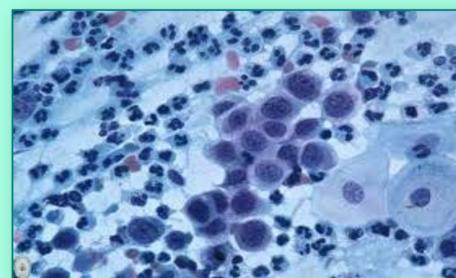
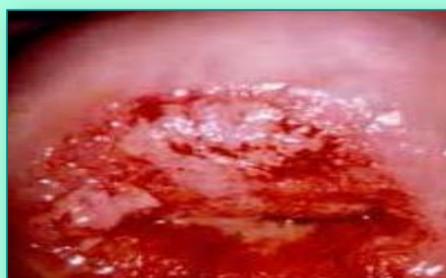
CASO 2

22 años, nuligesta, acude a Urgencias por sangrado postcoital. A la exploración, masa excrecente verrucosa de 4 cm sangrante al contacto. En ECO TV: tumoración de 53x41 mm en exocérvix, bien delimitada. Anatomía patológica de la lesión: adenocarcinoma de tipo endocervical bien diferenciado. RMN y PET-TC: adenopatías ilíacas e infiltración de parametrio izquierdo. Tratamiento: radioquimioterapia y braquiterapia endocavitaria.



CASO 3

26 años, G3P2A1, remitida de hospital comarcal por carcinoma escamoso infiltrante con bordes afectos sobre CIN III en pieza de conización (IB1). Exploración: cérvix cicatricial bien epitelizado con parametrios libres. Tratamiento: Histerectomía radical sin ooforectomía y linfadenectomía pélvica con preservación nerviosa. Anatomía patológica: CIN III/carcinoma in situ sin signos de infiltración.



CONCLUSIÓN

Actualmente la SEGO recomienda no iniciar el cribado antes de los 25 años, independientemente del inicio de las relaciones sexuales, ya que el riesgo de cáncer invasivo es muy bajo y la prevalencia de lesiones preinvasivas muy alta, y esto podría provocar en ellas un sobrediagnóstico y sobretatamiento. Por otra parte otros autores proponen que el cribado podría iniciarse 3 años después del inicio de las relaciones sexuales, o a la edad de 21 años. Ya que la cada vez más frecuente existencia de cáncer de cérvix en mujeres jóvenes puede hacer replantear la estrategia del cribado para dicho cáncer.

BIBLIOGRAFÍA

- Saslow D, Solomon D, Lawson HW, Killackey M, Kulasingam S.L, Cain J, et al. **American Cancer Society for Colposcopy and Cervical Pathology, and American Society for Clinical Pathology screening guidelines for the prevention and early detection of cervical cancer.** Am J ClinPathol.2012;137:516-42.
- Torné Bladé et al. **Guidelines for the screening of cervical cancer in Spain, 2014.** Rev EspPatol. 2014;47(Supl 1)
- Sasieni P, Castanon A, Cuzick J. **Effective nesoff cervical screening with age: population based case-control study of prospectively recorded data.** BMJ 2009;339:b2968.