

CÁNCER DE CÉRVIX EN MUJER JOVEN

AUTORES:(1)Augusto Rendo,B;(2)Pérez Bol,R;(2) Crespo González,S;:(1) Carrera Escobedo,M; (4)Castillo Cortabitarte,E;. (3)Crespo González,V

(1)Enfermera EAP,(2)Médico EAP,(3)Auxiliar administrativo ,(4)Técnico superior de imagen para el diagnóstico

Introducción:

El cáncer de cérvix es el tercero más frecuente en la mujer. Gracias al cribado y el tratamiento en las primeras fases de la enfermedad, la mortalidad de este tumor ha disminuido significativamente. En el momento actual, la población diana de cribado es de los 25 y 65 años.

Palabras-clave :

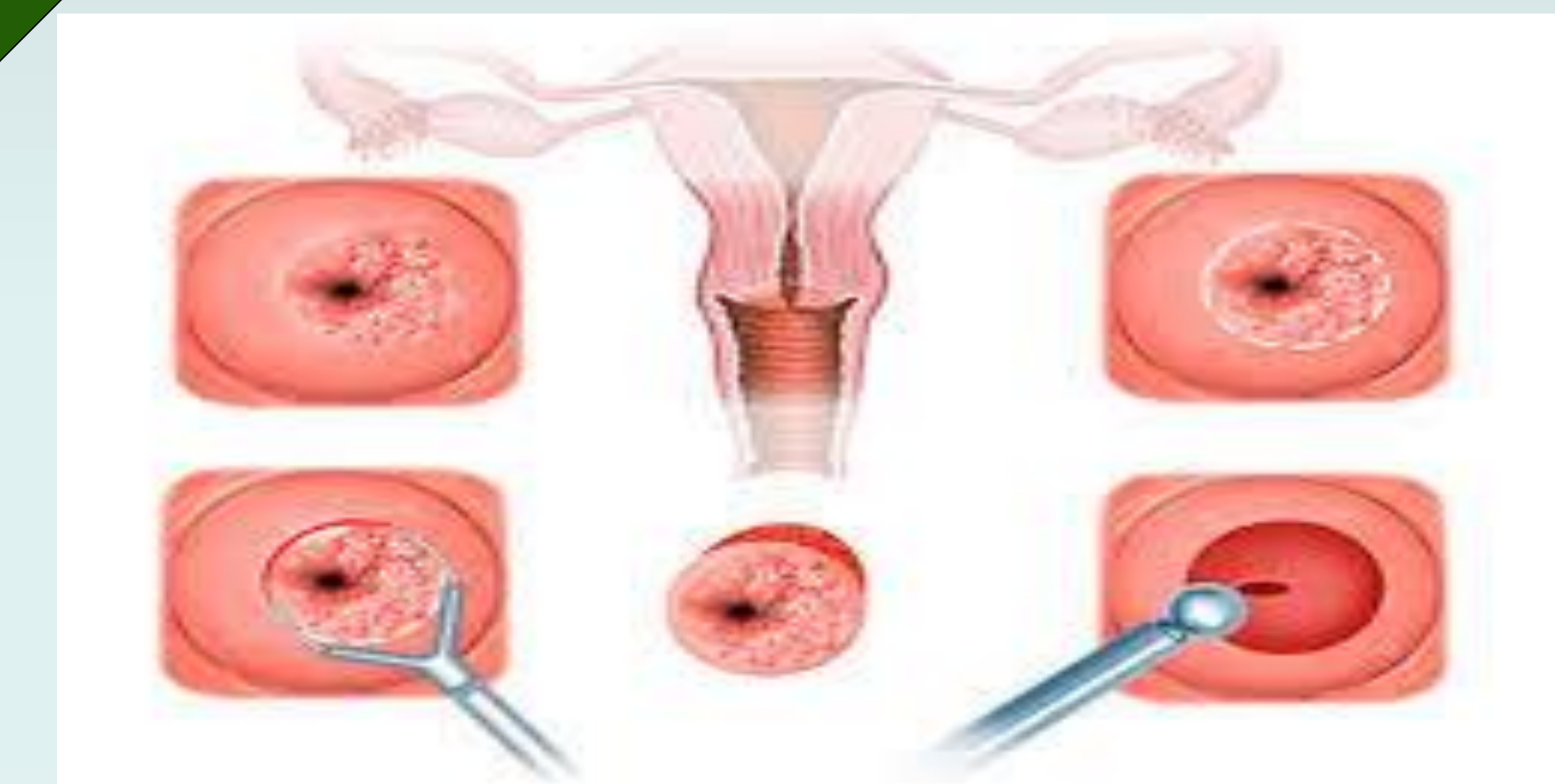
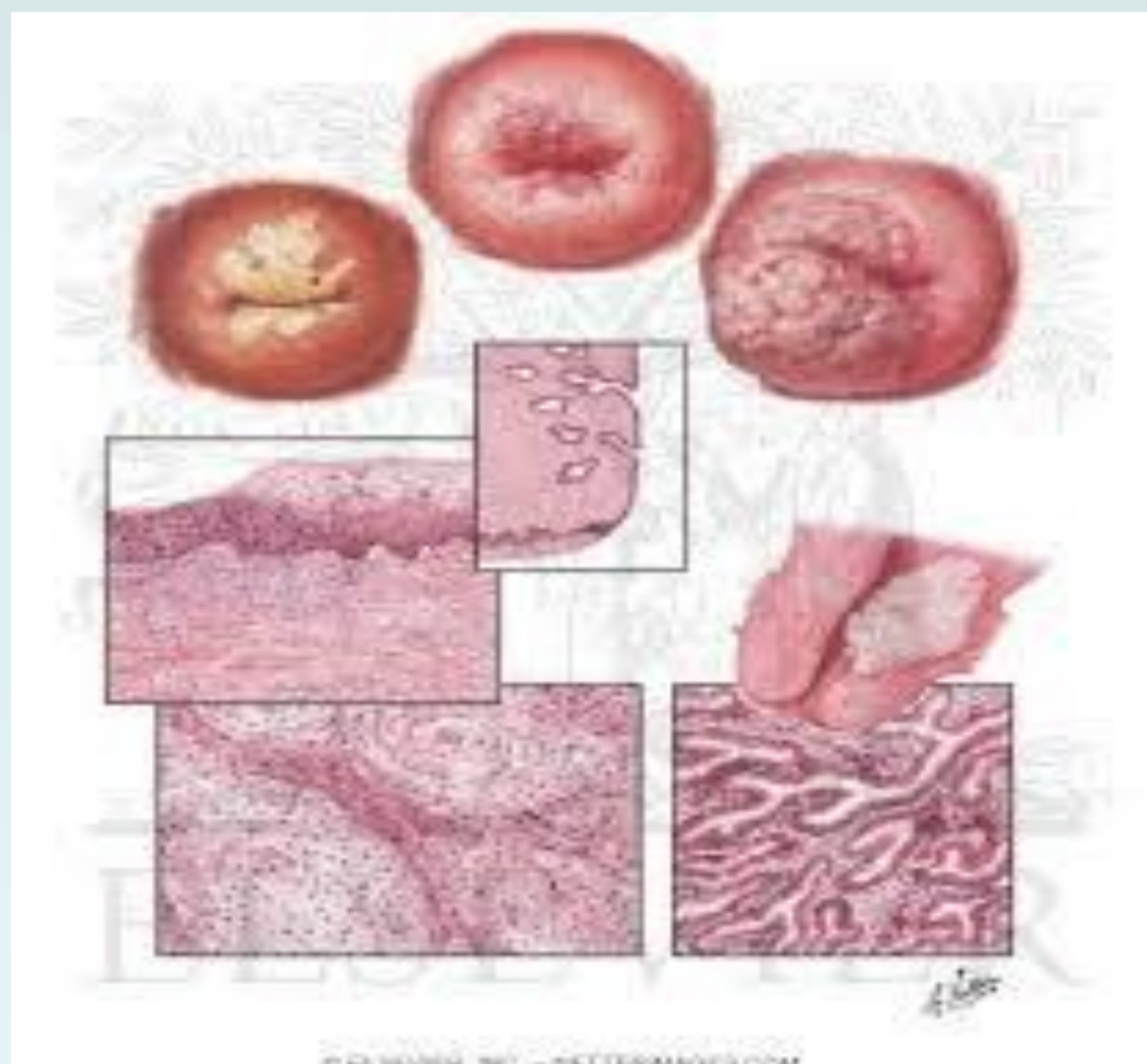
Cáncer de cérvix, virus del Papiloma Humano, citología

Estrategia práctica de actuación:

La mayoría no dan síntomas en los primeros estadios y cuando éstos aparecen, habitualmente ha invadido otros tejidos. Por tanto un diagnóstico precoz, en la etapa precancerosa, mejora la posibilidad de curación. Los síntomas más frecuentes son: sangrados intermenstruales, menstruaciones, más larga y abundantes de lo habitual, coitalgia, metrorragia postmenopáusica o aumento de secreción vaginal. El VPH está presente en más del 90% de los casos, siendo el factor de riesgo más importante y transmitiéndose por vía sexual. Aumenta el riesgo, en las mujeres que inician las relaciones sexuales tempranas o de numerosas parejas. Los subtipos más carcinogénicos del HPV son el 16 y el 18.

Descripción sucinta del caso:

Mujer de 30 años. Sin antecedentes de interés. Refiere varios episodios de micosis vaginal. Cultivo exudado vaginal actualmente negativo. Se realiza citología y PCR simultáneo, por aspecto inflamado e irregular del cérvix y por dolor suprapúbico y coitalgia. Resultado de la citología: Inflamación. Flora mixta. Negativo para lesión intraepitelial. PCR positivo para Virus del Papiloma Humano (VPH) tipo 16 y 84. En ginecología realizan biopsia con resultado de adenocarcinoma seroso. Realizan conización. En la anatomía patológica de la pieza se confirma el carcinoma y neoplasia cervical intraepitelial grado III que alcanza borde quirúrgico. Completan estudio con RMN viéndose afectación ganglionar inguinal bilateral, por lo que se decide histerectomía y linfadenectomía. Diagnóstico: carcinoma de cérvix Diagnóstico diferencial: pólipo endocervical, tejido de granulación, infección vaginal.



Bibliografía :

1. Jiménez-Ayala M, Jiménez- Ayala B. Citopatología glandular del endocérvix. Diagnóstico diferencial. Rev Esp Patolg. 2003; 36 (1): 11-20.
2. Ortiz R, Uribe CJ, Díaz L, Dangond YR. Factores de riesgo para cáncer de cuello uterino. Rev Colomb Obstet Ginecol. 2004; 5(2): 146-160.
3. Nazzal O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronde A. Lesiones preinvasoras del cuello uterino: una visión actual. Rev Chil Obstet Ginecol. 2006; 71(5): 341- 348.