

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CÁNCER DE CÉRVIX Y TERATOMA OVÁRICO BILATERAL

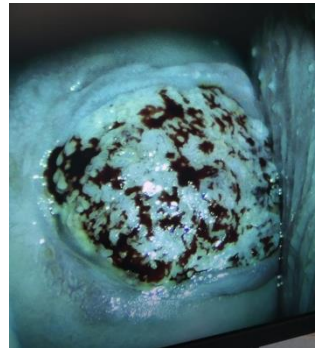
Prissiajnyi I¹, Gual G¹, Alonso I², Gené M³, Aparicio C⁴, Wong W²

Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona. ¹Servicio Ginecología Médico Residente, ²Servicio Ginecología Médico Adjunto, ³Servicio AP Médico Adjunto, ⁴Servicio AP Médico Residente

MOTIVO DE CONSULTA: Mujer de 31 años con Citología HSIL, coitorragia

ANTECEDENTES: 10 parejas sexuales. No antecedente de ITS. TPAL 0000, FM 4/28, MAC Barrera. Cribados correctos, no vacuna VPH

Colposcopia: Inadecuada por tumoración de 4 cm de aspecto cerebroide, vasos atípicos
Impresión dx: sospecha malignidad.



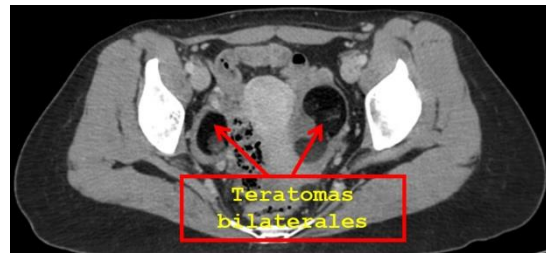
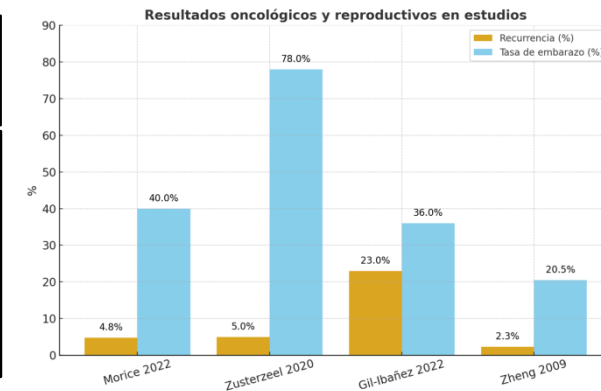
Discusión de tratamiento CCU escamoso:

SEGO: estadio IB2 es HT radical en caso de ganglios neg y RDQT conc en ganglios pos.

Guías europeas: cirugía conservadora con tumores < 2 cm

NCCN: traquelectomía radical para jóvenes ♀ seleccionadas que desean preservar la fertilidad y tumores < 4 cm.

Seguimiento: vacuna VPH, ECO TV, RM, cotest, pendiente preservación fertilidad



Enfermedad actual:

Biopsias CIN2-CIN3/carcinoma in situ + Teratomas ováricos bilaterales

AP conización: carcinoma escamoso infiltrante G2 tamaño tumoral de 21x9x6 mm. No IVL

Tratamiento:

Comité de oncoginecología, reproducción y en consenso con la paciente, considerando: edad 31 años, deseo reproductivo no cumplido, AMH de 2,42 ng/ml, Tipo histológico del tumor, Estadiaje IB2
Se opta por tratamiento conservador: BSGC + traquelectomía (condicionada a GC negativos) + quistectomía ovárica bilateral en hospital de tercer nivel)

CONCLUSIONES

- La maternidad cada vez se retrasa
- Qx preservadora de la fertilidad debería permitir que las pacientes sobrevivan al cáncer, los criterios deben ser rigurosos.
- La toma de decisiones compartidas, el trabajo en equipo y una correcta planificación de la Qx, contribuyen a obtener mejores resultados.