



CÁNCER DE CÉRVIX

Dra. Montserrat Romero Patiño

Ginecología y obstetricia Hj 23

HJ23

Hospital Universitari Joan XXIII
ICS Camp de Tarragona



L'Acadèmia

FUNDACIÓ ACADÈMIA DE CIÈNCIES MÈDIQUES
I DE LA SALUT DE CATALUNYA I DE BALEARS



**A pesar de los avances en:
CRIBADO,
DETECCIÓN y
TRATAMIENTO DE LAS LESIONES CERVICALES PREINVASIVAS,
el cáncer de cérvix ES EL 5º CÁNCER MÁS COMÚN en
las mujeres europeas.**

EPIDEMIOLOGÍA

INCIDENCIA:

- 4^o cáncer en la mujer a nivel mundial. 5^o Europa.
- 2^o entre los 15-44 años.
- 10 casos por 100.000 mujeres al año.
- > incidencia en países menos desarrollados.
- Edad media 45 años.
- 15^a causa muerte por tumores a cualquier edad.
- 3^a entre los 15 y 44 años.

SUPERVIVENCIA relativa 5 años:

- 20% en países con un bajo IDH.
- mas del 65% en países con un IDH muy alto.

(Forman D 2012).

FACTORES DE RIESGO:

- Inicio precoz relaciones sexuales.
 - Múltiples parejas.
 - Escasa higiene sexual , etc.
- **HPV de alto riesgo:** factor etiológico (99,7%)
NECESARIO Walboomers JM 1999

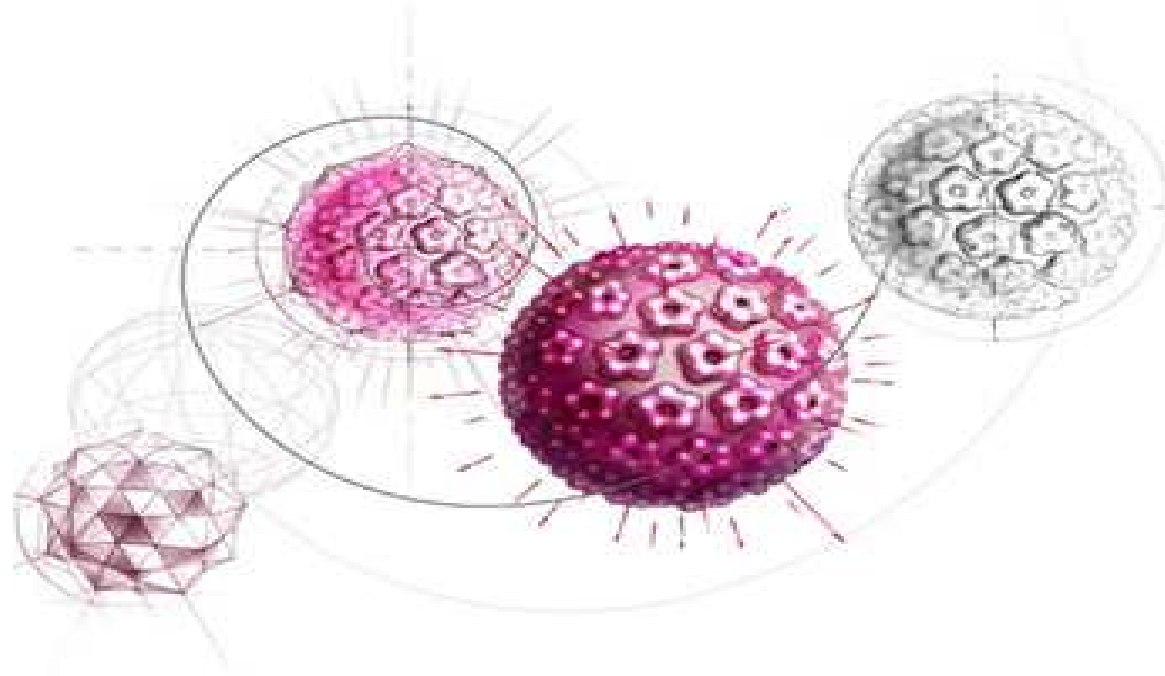
NO SUFICIENTE (inmunodepresión, tabaco..)

- El tipo 16 y 18 responsables del 70-75 % cánceres.
(el tipo VPH 16 es el más frec ,> 50%, seguido de los tipos 18, 31, 33 y 45) (Clifford GM 2005).

Alto riesgo oncogénico	Bajo riesgo oncogénico
16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68	6, 11, 40, 42, 43, 44, 53, 54, 61, 72, 73, 81

- Hay un pequeño porcentaje de tipos cáncer de ca. cérvix no relacionados con la infección por HPV:
 - Carcinoma de células claras
 - Adenocarcinoma de tipo gástrico
 - Carcinoma mesonéfrico

INFECCIÓ POR HPV



- Virus del papiloma humano, familia dentro del grupo papovaviridae.

- Infección de transmisión sexual más frecuente a nivel mundial.
- 3 /10 en < de 30 años, y 1/10 en >de 30 años.
- La mayoría son transitorias (desaparición de varios meses a 2 años).
- Las infecciones persistentes de tipos de alto riesgo están asociadas con el cáncer de cérvix, vulva y vagina.
- Cofactores para desarrollo de lesión y progresión a cáncer: inmunodepresión , tabaco, coinfecciones.

- **Virus ADN bicatenario**

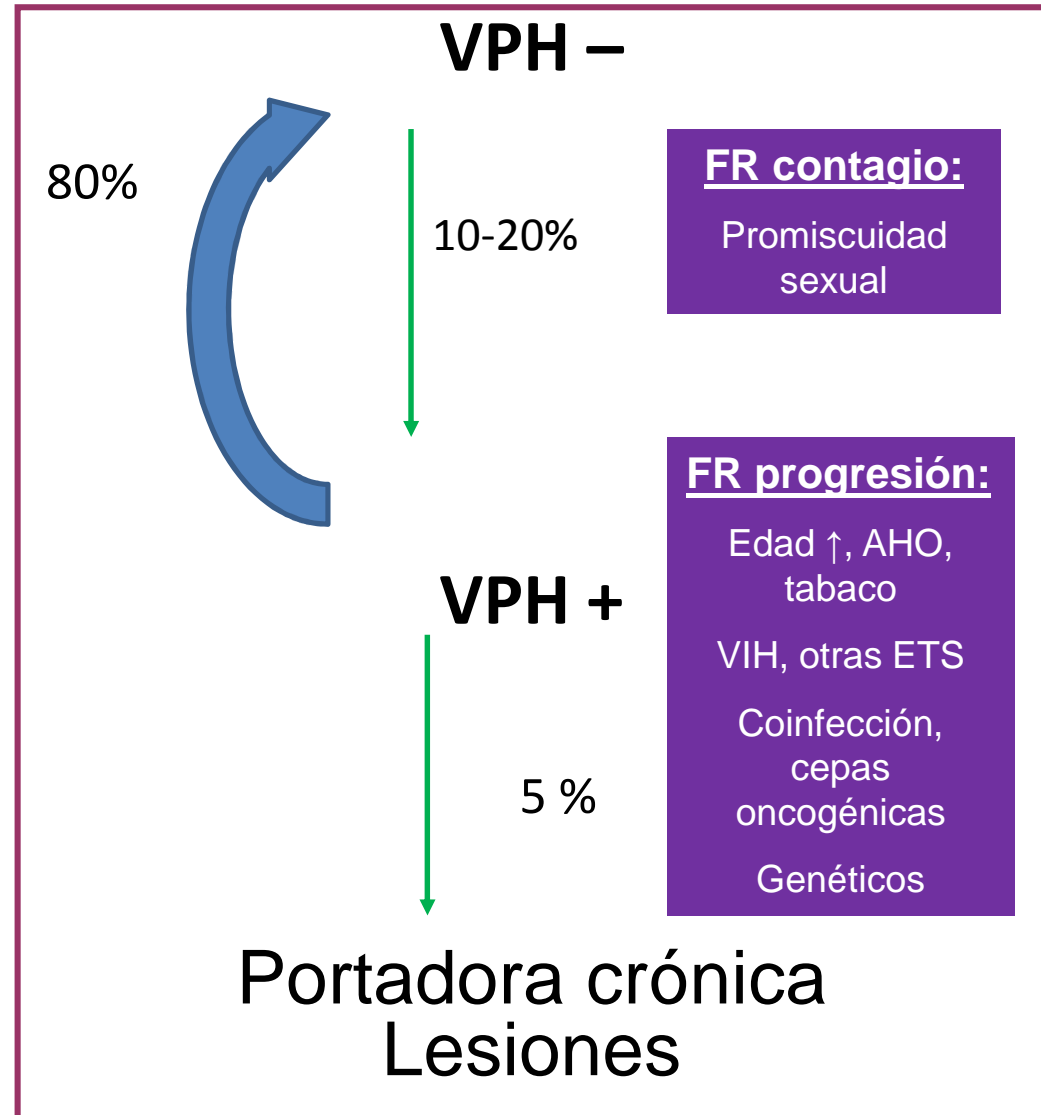
↑ riesgo: **16, 18, 45**
 ↓ riesgo: 6, 11

- **Lesiones:**

Condilomas,
verrugas

CIN, VAIN, VIN,
PAIN

Ca cérvix, vagina,
vulva, pene, ano
y orofaringe



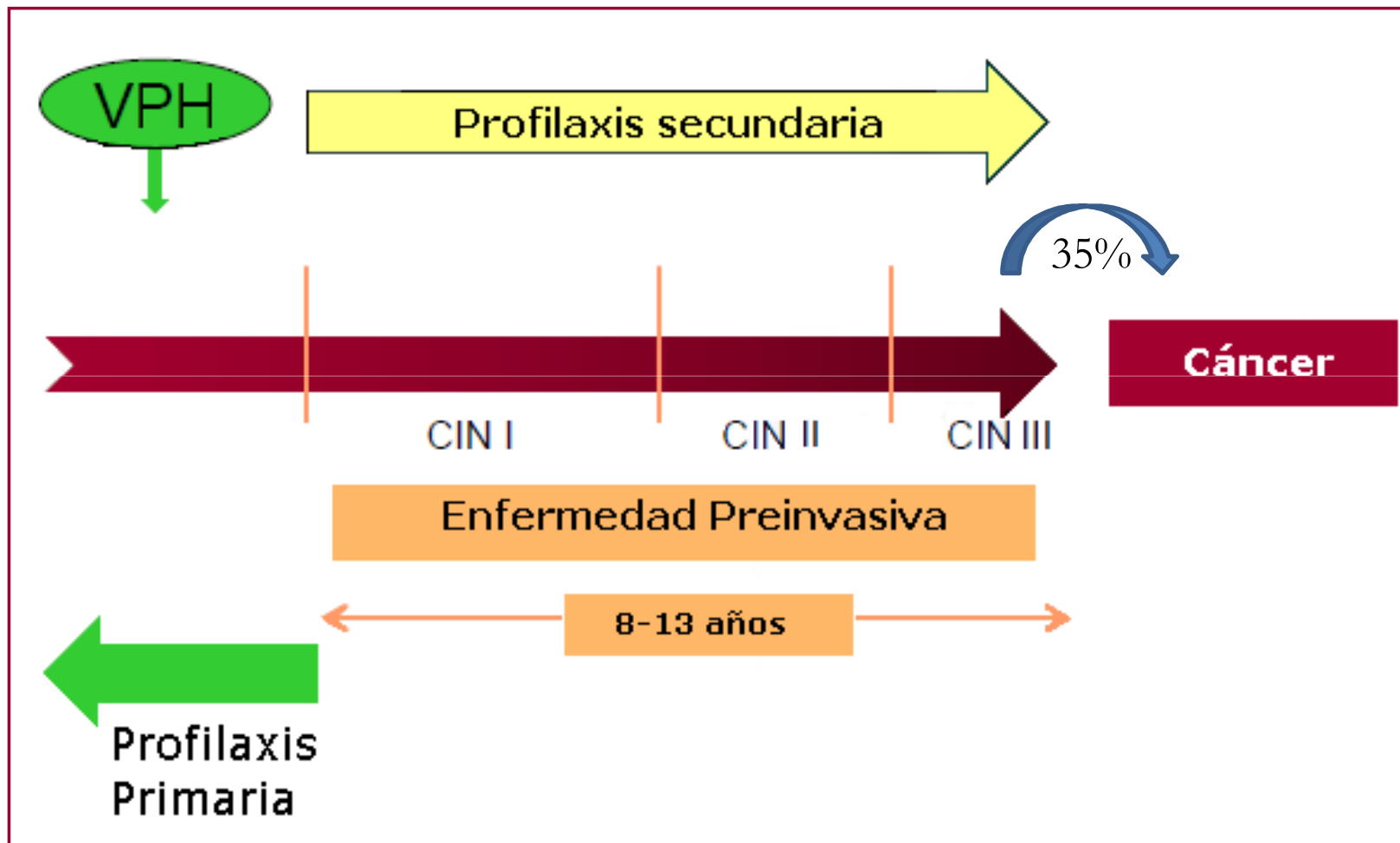
Neoplasia cervical intraepitelial

Evolución (5-10 años)

EVOLUCIÓN	CIN-1 (55%)	CIN-2 (20%)	CIN-3 (25%)
REGRESIÓN	60%	45%	33%
PERSISTENCIA	30%	40%	40%
PROGRESIÓN	10%	25%	35%

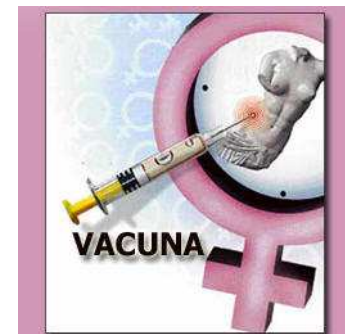
Tiempo medio entre infección HPV y CIN-3: 7-10 años

Historia natural

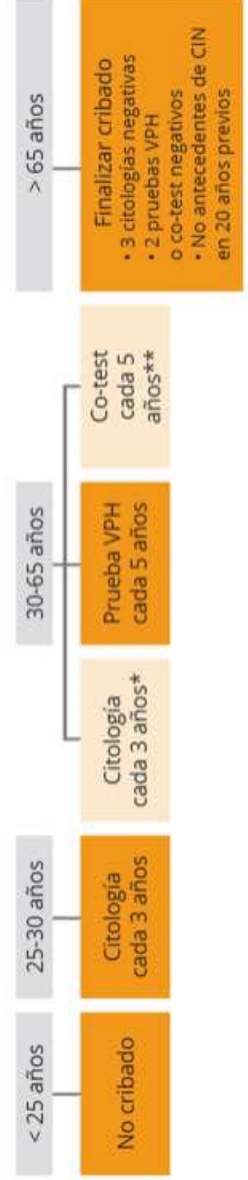


Vacuna contra VPH

- Creada a partir de VPL de proteïna L1 de la càpside (no infectiva, no replicativa, no oncogènica)
- 3 tipos:
 - Bivalente (16 y 18) **Cervarix**
 - Tetravalente (6, 11, 16 y 18) **Gardasil**
 - Nonavalente (6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58) **Gardasil.**
- Todas ofrecen **protección cruzada** frente a 1 y 45.
- 3 dosis: 0, 2 y 6 meses.
- Población diana: niñas de 9 a 14 años.



Población diana y estrategia de cribado	Niveles de evidencia	Recomendación
Mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad	Moderada	Fuerte a favor
El cribado, independientemente de la prueba utilizada, debería garantizar una propuesta de base poblacional con mecanismos de evaluación de cobertura	Moderada	Fuerte a favor
Edad		
Prueba de cribado		
Antes de los 25 años	Moderada	Fuerte a favor
• Ninguna prueba de cribado		
Entre 25 y 30 años	Alta	Fuerte a favor
• Citología cervical cada 3 años		
• Prueba VPH cada 5 años. (opción preferente)		
Entre 30 y 65 años	Baja	Débil a favor
• Prueba VPH y citología (co-test) cada 5 años. (opción aceptable)		
• Citología cada 3 años. (opción aceptable)	Moderada	Débil a favor
A partir de los 65 años	Moderada	Fuerte a favor
• Finalizar cribado		
• Cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no CIN o CCU (20 años)		
Histerectomía (No CIN ni CCU previos)	Alta	Fuerte a favor
• Ninguna prueba de cribado		
Antecedentes de lesión \geq a HSIL/CIN2	Moderada	Fuerte a favor
• Cribado al menos 20 años		
Inmunodeprimidas	Baja	Fuerte a favor
• Citología a partir de los 21 años		
• Co-test a partir de los 30 años	Baja	Fuerte a favor
Obtención de muestras de cribado		
Citología en medio líquido		Preferente
Citología, extensión en portaobjetos		Aceptable
Pruebas moleculares, otros medios		Aceptable
Actuación ante una prueba de cribado anormal		
Prueba VPH		Aceptable
• Citología "réflex" si medio líquido		
Citología		Aceptable
• Prueba VPH o Colposcopia (Protocolo específico)		





**INSTAURACIÓ PROGRAMA
DE CRIBADO CÁNCER DE CÈRVIX
+
VACUNA HPV**

- PAÍSES DESARROLLADOS**
↓ muy importante de la incidencia.
↓ mortalidad (↓ 75 % en 50 años).

- PAÍSES SUBDESARROLLADOS**
persiste alta incidencia.
mortalidad (50%).

CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA

- Prácticamente todos se originan en la zona de transformación.

Desde allí se extienden

- exocérvix
- endocérvix
- ambos

Tipos histológicos OMS, 2014

Carcinoma escamoso	Queratinizante	M80713
	No queratinizante	M80723
	Papilar	M80523
	Basaloide	M80833
	Condilomatoso (Warty)	M80513
	Verrucoso	M80513
	Escamotransicional	M80203
	Tipo Linfopitelioma	M80823
Adenocarcinoma	Endocervical de tipo usual	M84803
	Mucinoso	M81403
	Tipo gástrico	M84823
	Intestinal	M81443
	Células en anillo de sello	M84903
	Villoglandular	M82633
	Endometriode	M83803
	De Células Claras	M83103
	Seroso	M84413
	Mesonéfrico	M91103
Adenocarcinoma con componente neuroendocrino	M85743	
Otros tumores epiteliales	Carcinoma adenoescamoso	M85603
	Carcinoma de células vítreas (glassy cell)	M80153
	Carcinoma adenoide basal	M80983
	Carcinoma adenoide quístico	M82003
	Carcinoma indiferenciado	M80203
Tumores Neuroendocrinos	• Bien diferenciados	
	Carcinoide	M82403
	Carcinoide atípico	M82493
	• De alto grado	
Carcinoma neuroendocrino de célula pequeña	M80423	
Carcinoma neuroendocrino de célula grande	M82413	
Tumores Mesenquimales	Leiomiosarcoma	M88903
	Rabdomiosarcoma	M89103
	Sarcoma alveolar de partes blandas	M95813
	Tumor maligno de vainas nerviosas periféricas	M95403
	Liposarcoma	M88503
	Sarcoma endocervical indiferenciado	M88053
	Sarcoma de Ewing	M93643
Tumores mixtos epiteliales-mesenquimales	Adenosarcoma	M89333
	Carcinosarcoma	M89803
Tumores melanocíticos	Melanoma	M87203
Tumores germinales	Tumor del saco vitelino	

➤ Los más frecuentes son :

- CARCINOMA ESCAMOSO 69%
Derivado del epitelio escamoso.

- ADENOCARCINOMA 25%
Derivado del epitelio glandular.

CARCINOMA ESCAMOSO

- 3 grados:
 - Grado 1: Bien diferenciado.
 - Grado 2: Moderadamente diferenciado. (60%).
 - Grado 3: Mal diferenciado.

- 2 Categorías:
 - Queratinizante.
 - No queratinizante (la + frec).

Puede ser difícil diferenciar de una lesión intraepitelial si en la bx poca representación de estroma.

ADENOCARCINOMA

- Formación de estructuras glandulares.
- La mayoría de tipo mucinoso.

CLÍNICA

- Asintomáticas (20% casos).
- Hemorragia (síntoma + frec).
- Irregular, aciclica.
- Con las relaciones sexuales.
- Leucorrea sanguinolenta, oscura y maloliente.

Ca. incipientes

-
- Dolor (compresión plexos nerviosos).
 - Linfedema de EEII.
 - Disuria, hematuria, tenesmo rectal, complicaciones fistulosas... (afectación de órganos pélvicos).

Ca. avanzados

DIAGNÓSTICO

EXAMEN CON ESPÉCULO / COLPOSCOPIA

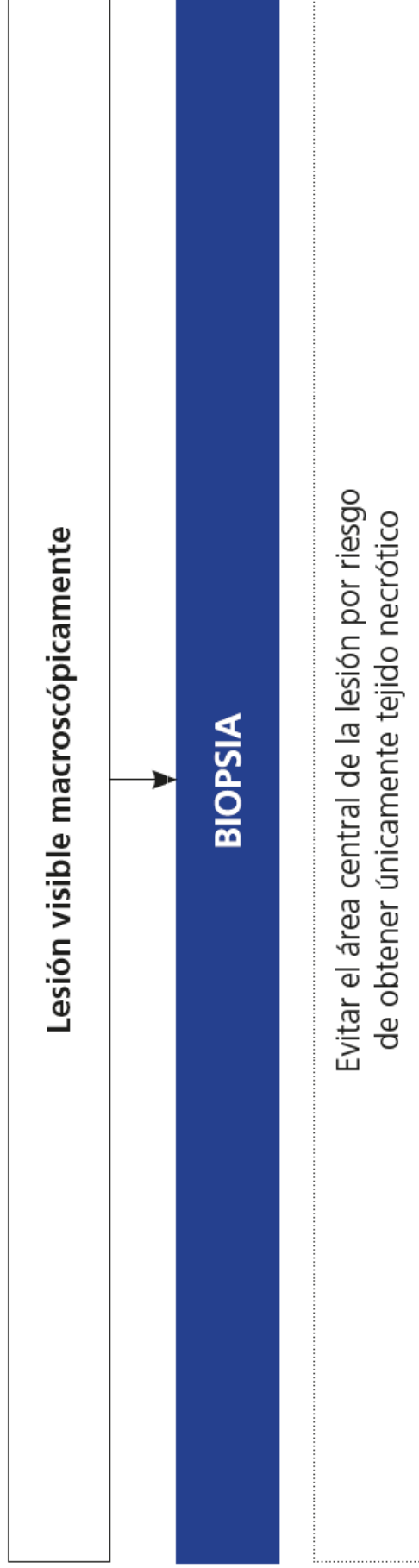
- formación mamelonada.
- ulceración.
- cuello dilatado en barril (las lesiones endocervicales).
- no visible: si pequeña y endocervical.

TACTO VAGINAL

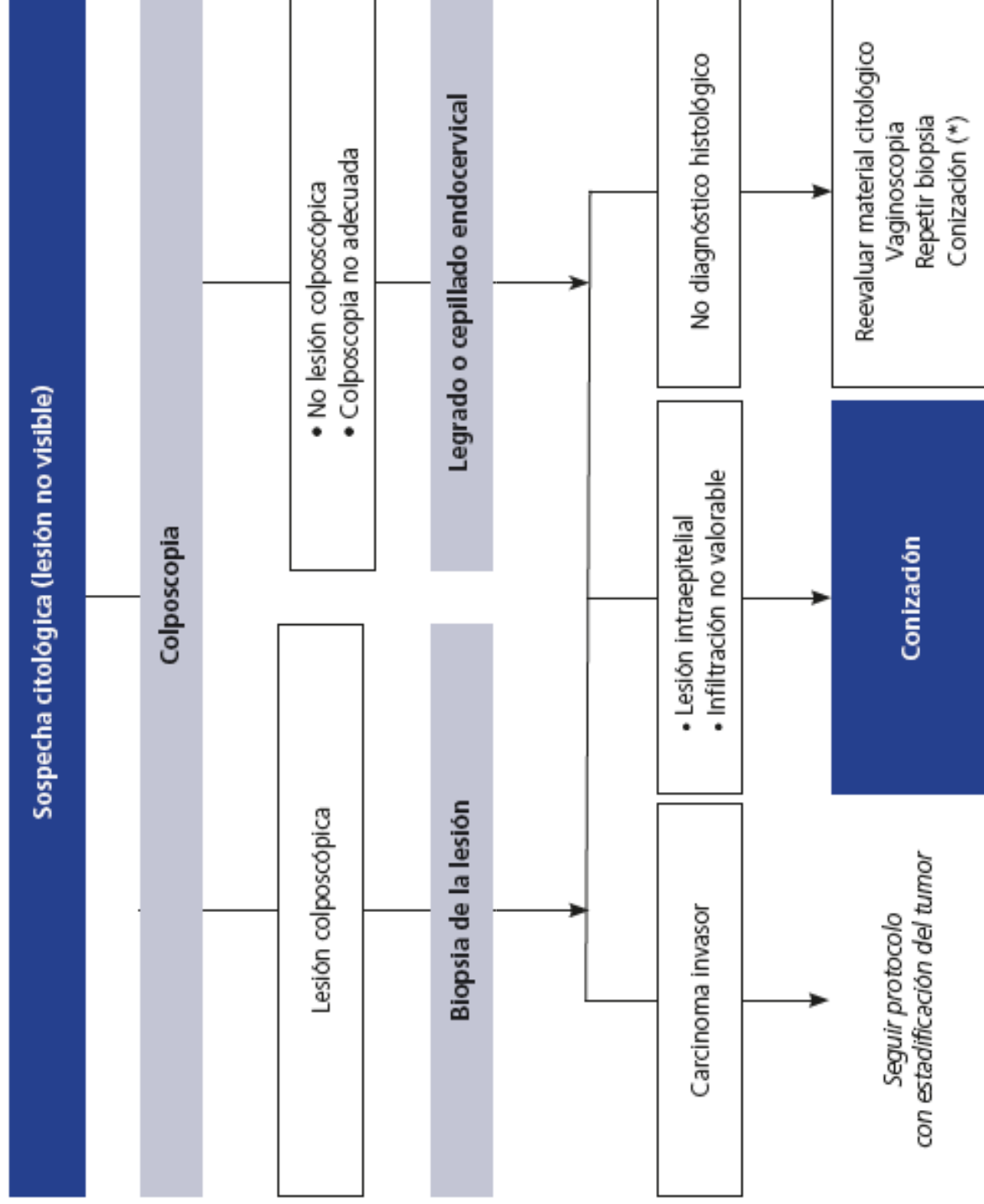
- masa tumoral exofítica y dura.
- excavación de bordes duros.
- cuello dilatado en forma de barril.



Diagnóstico de lesión visible macroscópicamente



Diagnóstico de lesión no visible macroscópicamente



(*) Discordancia diagnóstica mayor

VÍAS DE PROPAGACIÓN

EXTENSIÓN LOCAL .

A vagina y tejidos paracervicales.

DISEMINACIÓN LINFÁTICA.

Ganglios ilíacos, presacros y obturadores,
paraórticos.

HEMATÓGENA (tardía).

ESTADIFICACIÓN

- Clasificación TNM, y Estadificación clínica FIGO

Estadificación AJCC(TNM)/FIGO 2016

Extensión a pared pélvica:

músculo, fascia,
estructuras
neurovasculares y partes
esqueléticas de la pelvis
ósea.

TNM			Descripción de los hallazgos	FIGO
T	N	M		
Tx			El tumor primario no puede ser determinado	
T0	N0	M0	No evidencia de tumor primario	
			Carcinoma in situ (preinvasivo o CIN III)	FIGO 0
			Carcinoma de cérvix confinado a útero (la extensión a cuerpo no cambia el estadio)	FIGO I
T1a	N0	M0	Carcinoma invasivo diagnosticado sólo con microscopio. Todas las lesiones visibles macroscópicamente (incluso con invasión superficial) son T1b / IB	IA
T1a1	N0	M0	Invasión estromal < 3 mm en profundidad y < 7 mm en extensión horizontal	IA1
T1a2	N0	M0	Invasión estromal > 3 mm y < 5 mm en profundidad y < 7 mm en extensión horizontal. El compromiso del espacio vascular, venoso o linfático, no altera el estadio	IA2
T1b	N0	M0	Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión microscópica mayor que IA2/T1a2. La invasión de los espacios preformados no debe alterar el estadio, pero debe anotarse específicamente para determinar si afectará a las decisiones terapéuticas	IB
T1b1	N0	M0	Lesión clínicamente < 4 cm en su mayor dimensión	IB1
T1b2	N0	M0	Lesión clínicamente > 4 cm en su mayor dimensión	IB2
			El tumor invade más allá del útero, pero no invade la pared pélvica o el tercio inferior de vagina	II
T2a	N0	M0	Invade vagina superior. Sin invasión de parametrios	IIA
T2a1	N0	M0	Lesión clínicamente < 4 cm en su mayor dimensión	IIA1
T2a2	N0	M0	Lesión clínicamente > 4 cm en su mayor dimensión	IIA2
T2b	N0	M0	Con invasión del tejido paracervical	IIB
			El tumor se extiende a pared pélvica y/o invade el tercio inferior de vagina y/o causa hidronefrosis o riñones no funcionantes	III
T3a	N0	M0	El tumor invade el tercio inferior de vagina pero no la pared pélvica	IIIA
T1 T2 T3a T3b	N1 N1 N1 Cualquier N	M0 M0 M0 M0	El tumor se extiende a pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñones no funcionantes	IIIB
T4	Cualquier	Tx	El tumor invade mucosa de vejiga o recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera (la presencia de edema buloso no es evidencia suficiente para clasificar el tumor como T4)	IVA
Cualquier T	Cualquier N	Tx	Metástasis a distancia	IVB

FIGO 2016

Estadio I	Carcinoma confinado al <u>cervix</u> uterino
IA	Carcinoma invasivo microscópico
IA1	< 3mm de invasión y < 7mm de extensión
IA2	>3mm y < 5mm de invasión y < 7mm de extensión
IB	Carcinoma invasivo macroscópico o mayor que IA
IB1	< ó igual 4 cm
IB2	> 4 cm
Estadio II	Invade más allá del útero, sin afectar a la pared pélvica ni al tercio inferior de vagina
IIA	Sin afectación <u>parametrial</u>
IIA1	< o igual 4cm
IIA2	> 4cm
IIB	Con afectación <u>parametrial</u>
Estadio III	Se extiende a la pared pélvica, tercio inferior de vagina y/o <u>hidronefrosis</u> o <u>riñón no funcional</u>
IIIA	Afectación de tercio inferior de vagina
IIIB	Afectación de pared pélvica y/o <u>hidronefrosis</u> o <u>riñón no funcional</u>
Estadio IV	Se extiende mas allá de la pared pélvica, invasión de mucosas rectal y/o vesical
IVA	Afectación órganos vecinos
IVB	Afectación órganos a distancia

ESTUDIO EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD LOCAL

EXPLORACIÓN FÍSICA (tacto vaginal y rectal)

- volumen tumoral.
- afectación vaginal (epitelial y subepitelial).
- infiltración parametrial.
- tabique rectovaginal.

PRUEBA DE IMAGEN: RNM y ECO tv

- valoración extensión del tumor pélvico.

OTRAS.

- Cistoscopia, rectoscopia, urografía ev.

ESTUDIO EXTENSIÓN DE LA ENFERMEDAD GANGLIONAR Y A DISTANCIA

➤ TAC abdominal.

❑ Estadios iniciales (T1a,T1b1, T2a1) sin ganglios sospechosos.



- Estadificación Qx/patológica ganglios pélvicos.
(Excepto T1a1 sin invasión LV).

□ Ca. Localmente avanzado (\geq T1b2 (excepto T2a1))

o

Estadios iniciales + ganglios sospechosos.



- PET-TAC , TAC tóraco-abdominal: estudio enf a distancia.

- PET: de elección para estudio área paraórtica.

Si PET negativo : considerar Ldn paraórtica para estadificación.

✓ Superioridad del PET sobre otras modalidades.

Metanálisis de 72 estudios con 5042 mujeres con ca. Cervical.
para la detección de metastasis ganglionares:

PET (sensibilidad: 75 % y especificidad: 98%),

RNM (56 y 93 %)

TAC (58 y 92%) (Selman TJ 2008).

✓ PET > sensibilidad y especificidad para ganglios
paraórticos positivos que los pélvicos (Havrilesky LJ 2005).

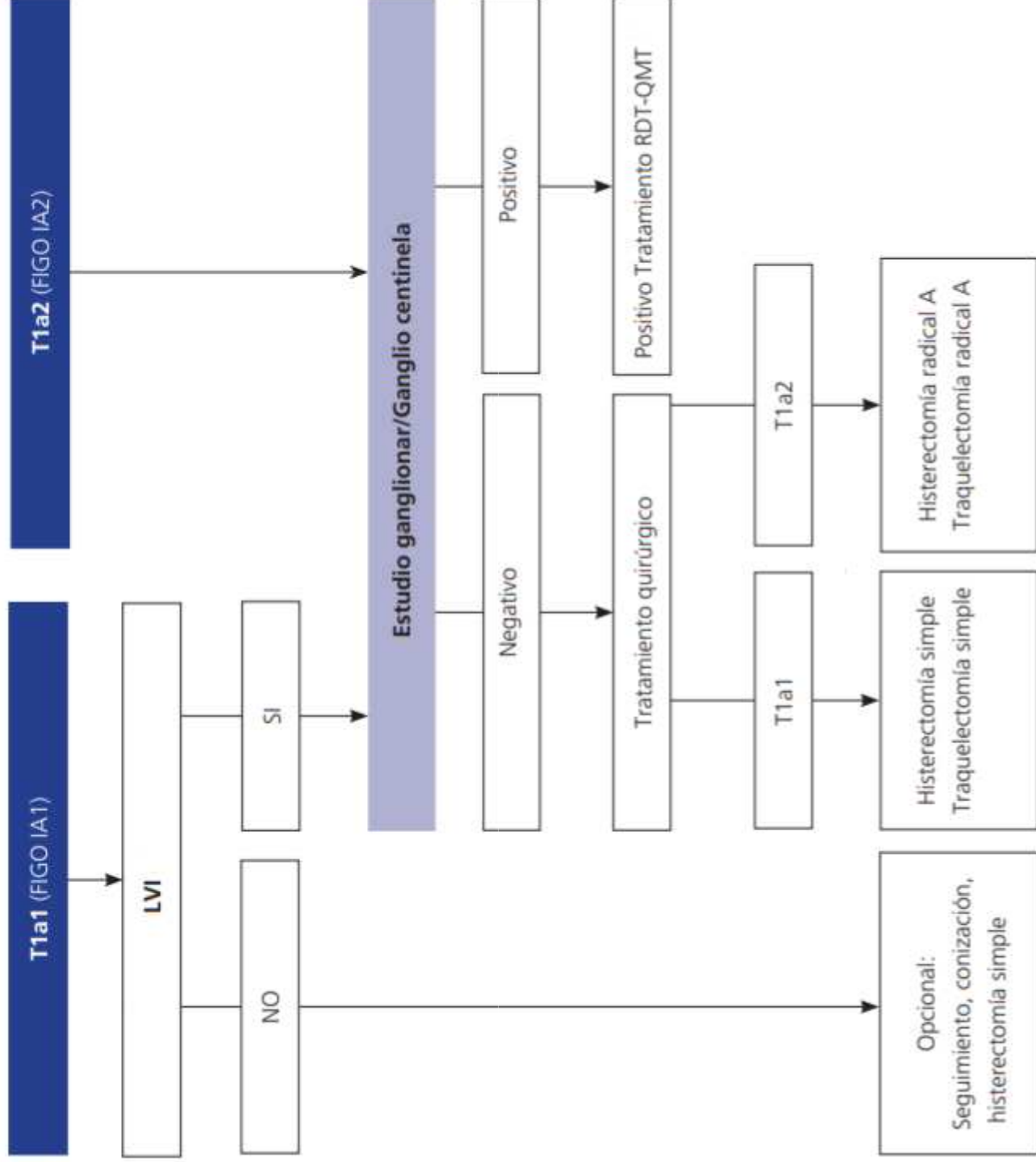
□ Si sospecha enfermedad extrauterina a distancia:

- Bx si es factible para descartar M1.

Enfermedad en estadio IVB, M1 suelen ser:

- Pulmones
- Hígado
- Glándulas suprarrenales
- Huesos.
- Implantes peritoneales.

Tratamiento de los estadios T1a1-T1a2 (FIGO IA1-IA2)



FACTORES PRONÓSTICOS

- ❑ Estadío TNM y FIGO
tamaño máximo tumor, extensión paracervical (parametrio),
afectación ganglionar (núm, tño y localización).
- ❑ Tipo histológico.
- ❑ Profundidad invasión estromal y espesor mínimo
estroma no afectado.
- ❑ Presencia o ausencia de invasión espacio
linfovascular.
- ❑ Presencia o ausencia de M1 a distancia.

TRATAMIENTO

- ESTADIOS INICIALES (T1a,T1b1, T2a1) N0 M0:

↓
tto QX.

En función AP (valoración criterios de mal pronóstico y riesgo de recidiva): se valora tto adyuvante.

- LOCALMENTE AVANZADOS (\geq T1b2 (excepto T2a1))

- CUALQUIER TN1:

↓
tto QMT-RDT y BQT con finalidad radical.

Estadificación área paraórtica.

CIRUGÍA vs **TTO radical QMT + RDT**
↓
misma eficacia

- Objetivo del tto: evitar la suma de tratamientos.

TTO QX + RDT ↑↑ morbilidad

- MANEJO DEL ESTADIO T1a
- MANEJO DEL ESTADIO T1b1 - T2a1 (FIGO 1B1-IIA1)
- MANEJO DEL CÁNCER DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO
- TRATAMIENTO PRESERVADOR DE LA FERTILIDAD
- MANEJO CA DE CÉRVIX OCULTO (HALLAZGO POSTIQ)
- MANEJO DEL CÁNCER DEL MUÑÓN CERVICAL
- MANEJO ENF M1 A DISTANCIA EN LA PRESENTACIÓN
- TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE
- CÁNCER DE CÉRVIX Y EMBARAZO

MANEJO DEL ESTADIO T1a

- Ca. Mínimamente invasivo ; ca. microinfiltrante
- DX en pieza de conización (o de histerectomía).
- Los márgenes deben estar libres de enfermedad.
- Afectación ganglionar:
 - < 0,5% si LVSI negativo.
 - 5-15 % si LVSI positivo.

MANEJO ESTADIO T1A1 (FIGO IA1)

- Individualizar: edad, deseo genésico, posibilidad seguimiento, LVSI.
 - Si márgenes afectos: repetir cono.
 - +/- estadiaje ganglionar: sólo plantear si hay LVSI
(Aceptable Ganglio centinela sin ldn pélvica).
-
- Conización puede ser tto definitivo.
 - ✓ Histerectomía no mejora el resultado.
 - ✓ IQ radicales son SOBRETREATAMIENTO.

MANEJO ESTADIO T1A2 (FIGO IA2)

Según las oncoguías:

- SEGO: Traquelectomía e Histerectomía radical tipo A.
- ESGO: Conización e histerectomía simple.

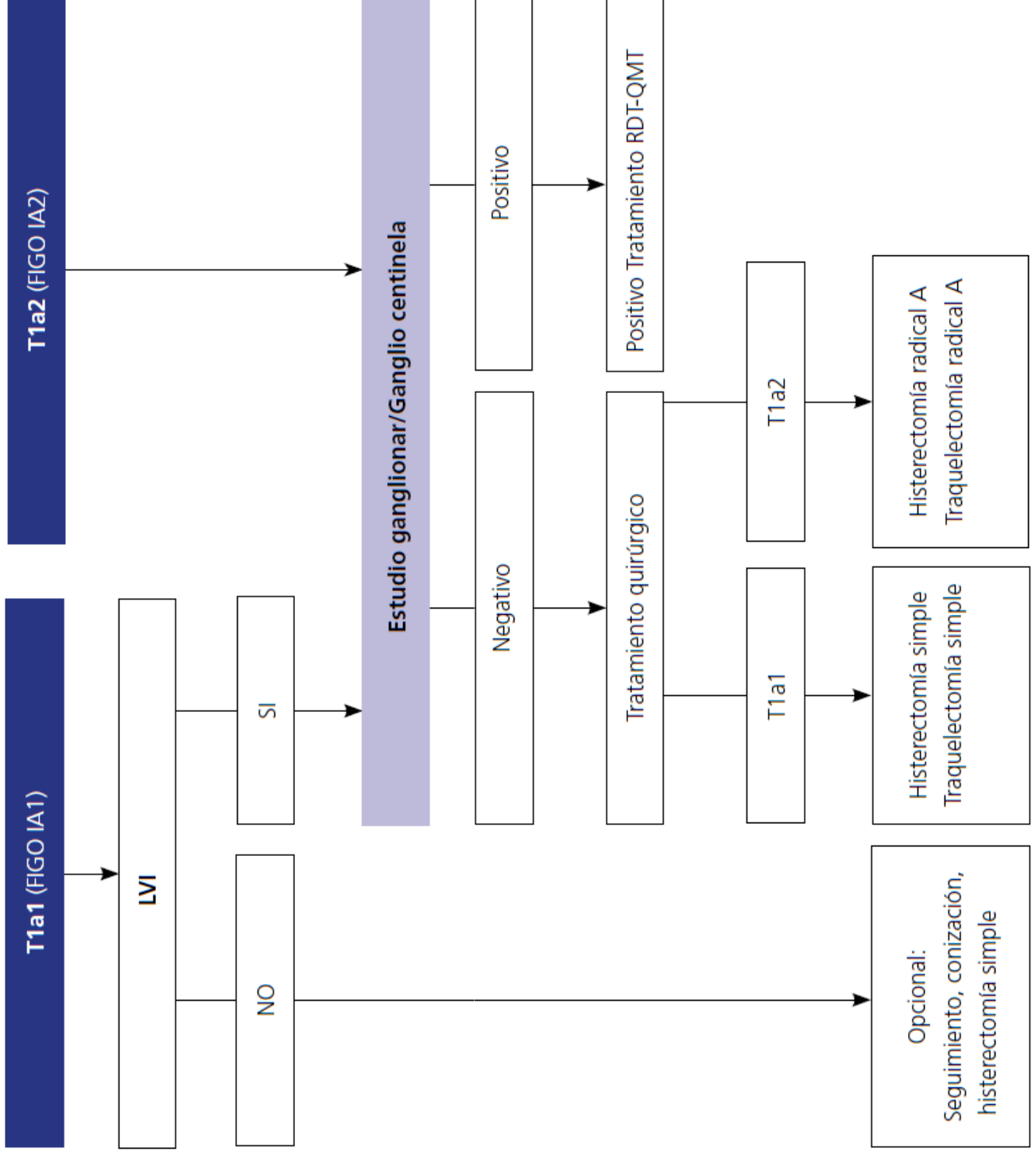
No se recomienda histerectomía rutinaria tras conización.

+/- estadiaje ganglionar: si LVSI negativo.

Sí estadiaje ganglionar: si LVSI positivo.

(Aceptable Ganglio centinela sin ldn pélvica).

Tratamiento de los estadios T1a1-T1a2 (FIGO IA1-IA2)



MANEJO T1b1 - T2a1 (FIGO 1B1-IIA1)

- Hay que evitar combinación de IQ radical y RDT, por MAYOR MORBILIDAD tras tratamiento combinado.

- Dos escenarios:
 - Ganglios pélvicos negativos en estadificación Rx.
 - Ganglios pélvicos positivos en estadificación Rx.

Riesgo de afectación ganglionar y recidiva local:

5% si LVSI negativo.

25 % si LVSI positivo.

GANGLIOS PÉLVICOS NEGATIVOS EN ESTADIFICACIÓN RX T1b1 - T2a1 (FIGO 1B1-IIA1)

Tratamiento de elección:

□ CIRUGÍA RADICAL.

ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR

- Biopsia ganglio centinela
(colorante azul + radiocoloide / verde de indocianina).
- Idn pélvica sistemática.

Técnica GC aislada sólo en estudios clínicos.

- Tipo HISTERECTOMÍA RADICAL , según fc riesgo pronósticos identificados preoperatoriamente.

Grupos de riesgo de acuerdo con factores pronóstico y tipo (s) sugerido (s) de histerectomía radical

Grupo de riesgo	Tamaño tumoral	ILV	Infiltración estromal	Tipo de HT Radical
Bajo riesgo	<2 cm	Negativo	Menor 1/3	B1 (A)
Riesgo intermedio	≥ 2 cm < 2 cm	Negativo Positivo	Cualquiera Cualquiera	B2 (C1)
Alto riesgo	≥ 2 – 4 cm	Positivo	Cualquiera	C1 (C2)

Querleu-Morrow Tipo	Paracérvix o Parametrio lateral	Parametrio ventral	Parametrio dorsal
Tipo A Histerectomía radical limitada	Resección del paracérvix medial al uréter sin movilización de éste de su lecho, pero lateral al cérvix.	Mínima excisión	Mínima excisión
Tipo B1 Resección del paracérvix a nivel del túnel del uréter	Movilización lateral del uréter y resección del paracérvix a nivel de su túnel.	Excisión parcial del ligamento vesícuterino	Resección parcial del tabique rectovaginal y útero-sacro
Tipo B2	Idéntica a la B1 con linfadenectomía paracervical sin resección de estructuras vasculares/nerviosas	Resección parcial del ligamento vesícuterino	Resección parcial de tabique rectovaginal y útero-sacro
Tipo C1 Sección del paracérvix en su unión con el sistema vascular de la ilíaca interna (Preservación nerviosa)	Movilización completa del uréter y lateralización del mismo, con sección del paracérvix a nivel de vasos ilíacos internos, respetando la porción caudal.	Excisión del ligamento vesícuterino en la vejiga. Parte proximal del ligamento vesicovaginal. Preservando innervación vesical	Exéresis hasta nivel del recto. Disección y preservación del nervio hipogástrico
Tipo C2 Sección del paracérvix en su unión con el sistema vascular de la ilíaca interna (No Preservación nerviosa)	Movilización completa del uréter y sección del paracérvix a nivel de vasos ilíacos, incluyendo la porción caudal.	Excisión hasta nivel vesical, sacrificando la innervación vesical	Exéresis hasta nivel del sacro, sacrificando el nervio hipogástrico
Tipo D Extensión de la resección lateral	Resección hasta pared pélvica, incluyendo resección de vasos ilíacos internos y/o estructuras de pared	Excisión hasta la vejiga No aplicable en caso de exenteración	Excisión hasta el sacro No aplicable en caso de exenteración

Querleu, D., Cibula, D. & Abu-Rustum, N.R. 2017 Update on the Querleu-Morrow Classification of Radical Hysterectomy. Ann Surg Oncol (2017)

- Preservación ovárica en ♀ premenopáusicas si:
 - Ca escamoso
 - Adenocarcinoma tipo usual (HPV+)
-

- Si GANGLIOS + en estudio INTRAOPERATORIO:
—————→ Abortar misión.

□ Tto QMT-RDT y BQT con finalidad radical.

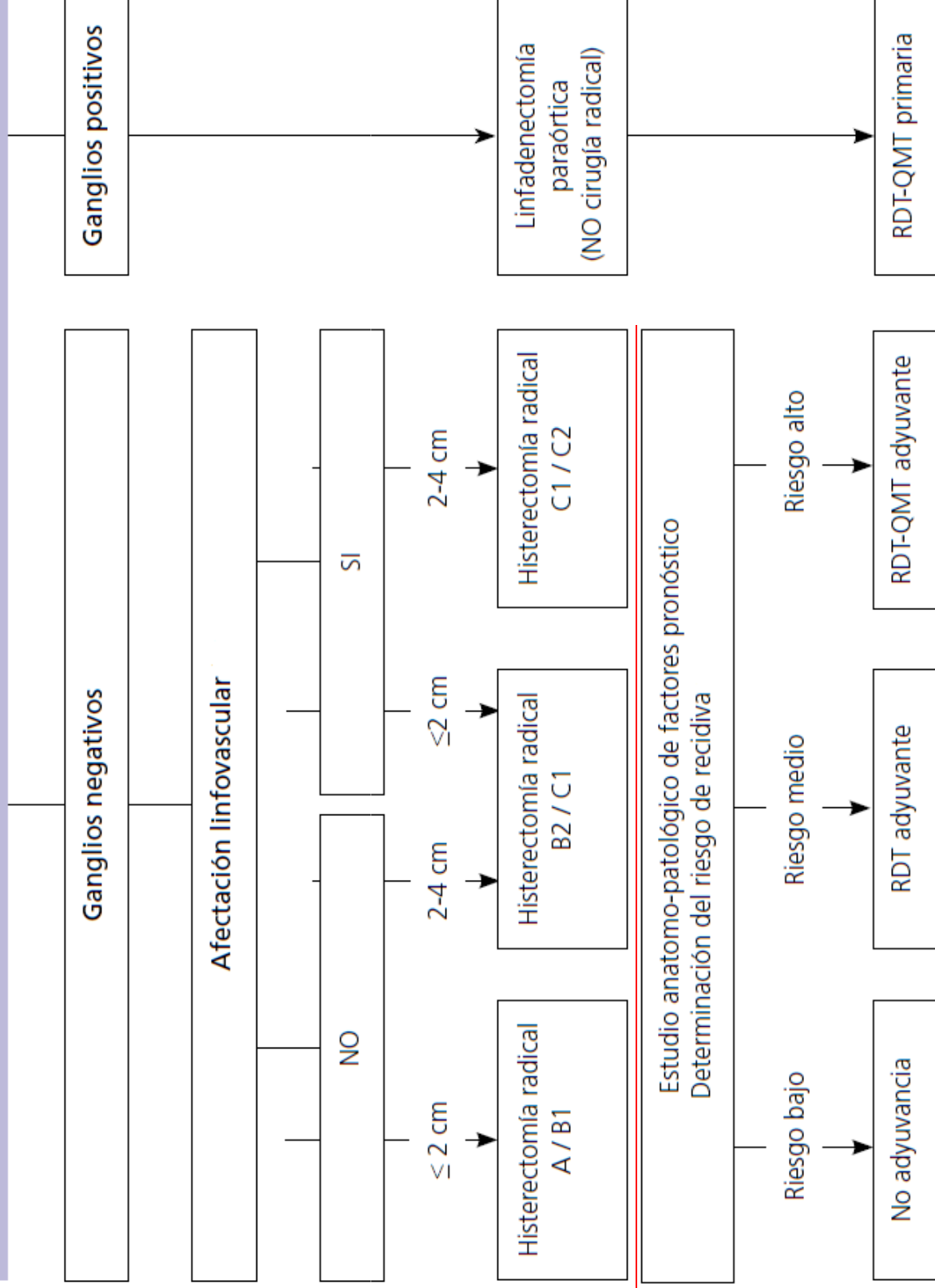
- LDN paraórtica estadificación (para adecuar campo RDT).
- Valorar pexia ovárica en ♀ premenopáusicas.

Alternativas de tratamiento:

- RDT y BQT radical:
 - ♀ alta morbilidad, fc pronósticos desfavorables.
 - BQT preoperatoria + cirugía tipo A.
- No indicación de qmt neoadyuvante.

Linfadenectomía pélvica

Recomendable asociar la técnica del Ganglio Centinela



Grupos de riesgo de recidiva (según criterios anatomopatológicos tras la cirugía)

<p>Alto riesgo de recidiva.</p>	<p>Vinculado a la presencia de uno solo de ellos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Márgenes quirúrgicos positivos • Afectación ganglionar (macro o micrometástasis, excluyendo células tumorales aisladas) • Afectación paracervical (parametrio)
<p>Riesgo medio de recidiva.</p>	<p>Requiere la presencia de al menos 2 de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumor de tamaño superior a 4 cm • Infiltración profunda del estroma (> 1/3 del estroma) • Invasión del espacio linfovascular
<p>Bajo riesgo de recidiva.</p>	<p>En ausencia de criterios para medio o alto riesgo descritos en los párrafos anteriores</p>

GANGLIOS PÉLVICOS POSITIVOS EN ESTADIFICACIÓN Rx T1b1 - T2a1 (FIGO 1B1-IIA1)

❑ QMT-RDT y BQT con finalidad radical.

✓ Estadificación área paraórtica:

- PET elección.
- LDn paraórtica si ganglios (-) en PET.

Considerar resección ganglios pélvicos sospechosos.

MANEJO DEL CÁNCER DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO

Tratamiento de elección:

- QMT-RDT y BQT con finalidad radical.

- ✓ Estudio PET-TAC
 - Estadificación área paraórtica.
 - Estudio M1 distancia, si (+): protocolo enf M1.

- ✓ LDn paraórtica si ganglios (-) en PET.

- ✓ Posibilidad citorreducción:
 - ganglios pélvicos voluminosos.
 - ganglios paraórticos voluminosos.

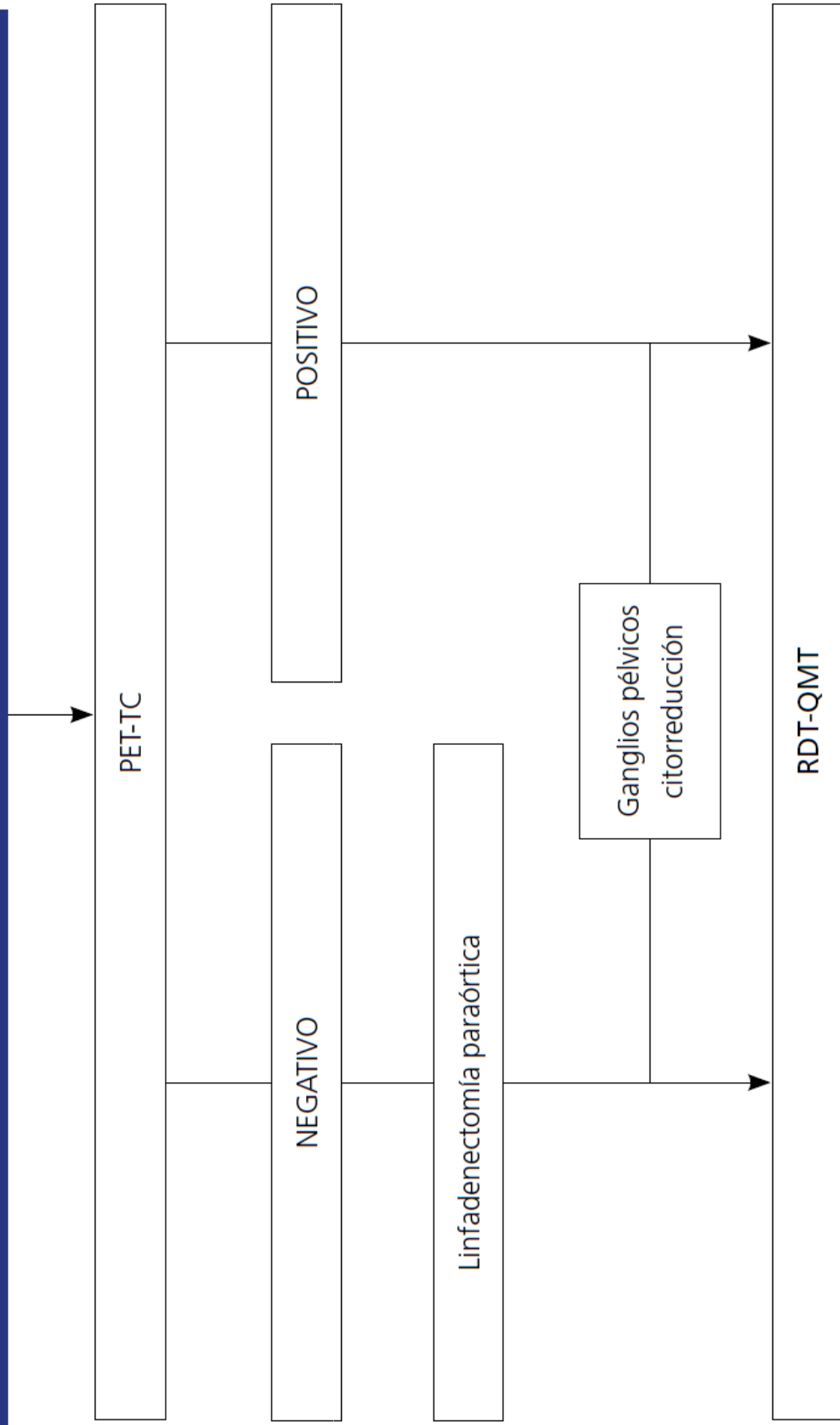
Alternativas de tratamiento:

En casos seleccionados:

- Cirugía radical en ♀ sin fc riesgo (radical C2).
 - Exanteración pélvica en T4N0M0.
- QMT neoadyuvante no beneficios.

Tratamiento de la enfermedad localmente avanzada

T1b2 y T2a2 o superiores (FIGO IB2, IIA2)



TRATAMIENTO PRESERVADOR DE LA FERTILIDAD

Los fc pronósticos, la estadificación clínica y el estudio preoperatorio es el mismo.

CONDICIÓN:

- Ca escamoso
- Adenocarcinoma tipo usual (HPV+)
- Estadio T1a1, T1a2, y T1b1 tamaño ≤ 2 cm

Individualizar, se considera abordaje experimental si tamaño > 2 cm, o casos más avanzados.

ABANDONO TTO: si márgenes (+) y/o ganglios (+).

OBJETIVO DEL TRATAMIENTO:

- Resección del tumor con márgenes libres
- Preservación parte superior del cérvix.

1er PASO: Estadificación ganglionar pélvica:

- No indicado en estadio T1a1 sin LVSI.
- Si positivo intraoperatoriamente abandonar IQ preservadora fertilidad.

MANEJO:

- ❑ T1a1 y T1a2:
 - Conización, traquelectomía simple
 - Traquelectomía radical tipo A: considerar si LVSI (+).

- ❑ T1b1 tamaño ≤ 2 cm:
 - Traquelectomía radical tipo B.
 - Cerclaje cervical permanente intraoperatorio.
 - Parto: cesárea electiva.

- La histerectomía sistemática tras cumplir los deseos genésicos no es necesaria.

MANEJO CA DE CÉRVIX OCULTO (HALLAZGO POSTOQUIRÚRGICO)

- Sigue los mismos principios que la enf no oculta.

TIPO DE CIRUGÍA:

- Parametrectomía radical con resección parte superior vagina.

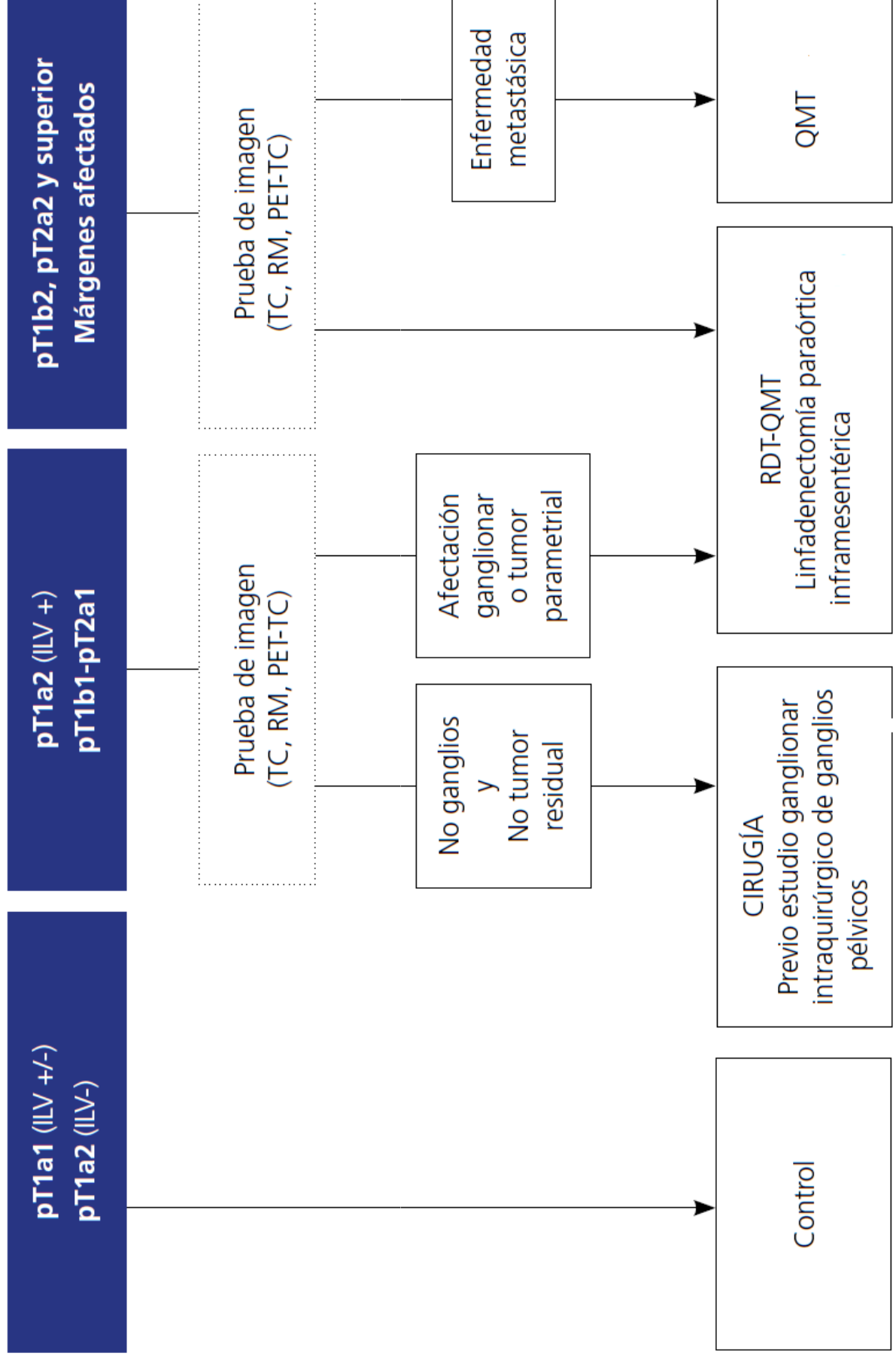
Extensión de la resección parametrial según presencia de fc de riesgo pronóstico del tumor primario

(modificación 2017 de la clasificación Querleu-Morrow).

Grupos de riesgo de acuerdo con factores pronóstico y tipo (s) sugerido (s) de histerectomía radical

Grupo de riesgo	Tamaño tumoral	ILV	Infiltración estromal	Tipo de HT Radical
Bajo riesgo	<2 cm	Negativo	Menor 1/3	B1 (A)
Riesgo intermedio	≥ 2 cm < 2 cm	Negativo Positivo	Cualquiera Cualquiera	B2 (C1)
Alto riesgo	≥ 2 – 4 cm	Positivo	Cualquiera	C1 (C2)

Tratamiento de la enfermedad oculta (hallazgo postquirúrgico)



MANEJO DEL CÁNCER DEL MUÑOÓN CERVICAL

- ❑ Idem recomendaciones que sin histerectomía subtotal.

MANEJO ENFERMEDAD METASTÁSICA A DISTANCIA EN LA PRESENTACIÓN

➤ TTO PALIATIVO.

En determinadas ocasiones se puede plantear tto radical.

❑ RADIOTERAPIA PALIATIVA:

Para paliar síntomas, como sangrado y dolor.

❑ QUIMIOTERAPIA PALIATIVA:

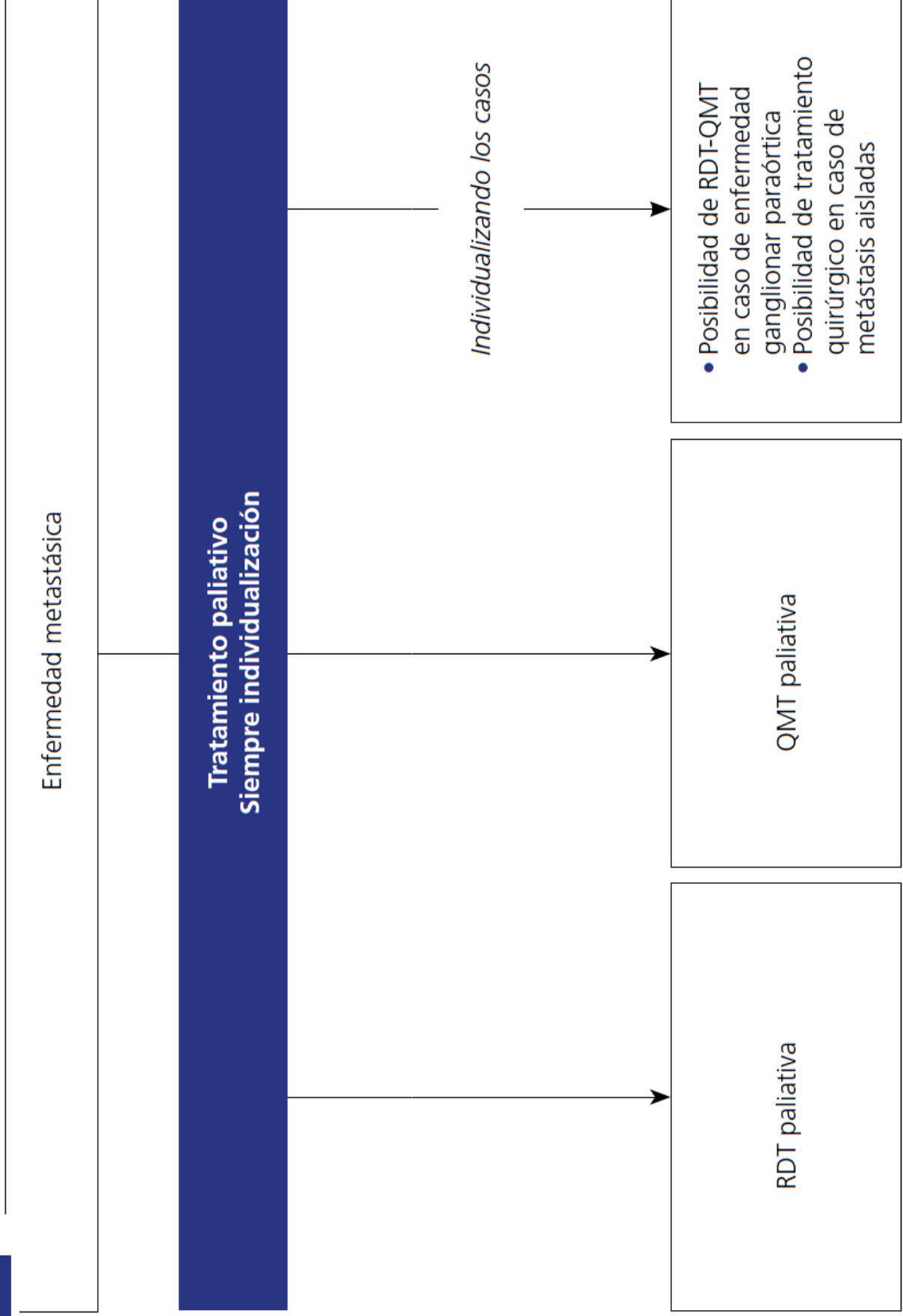
M1 diseminada a distancia (visceral +/- ganglionar).

❑ QMT-RDT RADICAL con intención curativa:

Cuando M1 es gangl paraórtica y/o supraclacular.

❑ TTO QX: en caso de M1 aisladas.

Tratamiento de la enfermedad metastásica



TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD RECURRENTE

El tto depende de:

- Tipo de tto previo recibido.
- Localización de la recidiva (local, regional o a distancia).
- Intervalo libre de enfermedad.
- Sintomatología asociada y estado general.
- Balance riesgo - beneficio asociado a dicho tto.

Mejor pronóstico si:

- Intervalo libre de enfermedad > 6 meses.
- Recurrencia < 3 cm y localización central sin fijación pared pélvica.

➤ La recidiva se debe confirmar por AP.

En el manejo dx, muy importante valorar:

- M1 a distancia.
- Extensión local.

Si:

- M1 múltiples ganglionares y/o a distancia.
 - Enf local multifocal con afectación pared pélvica.
- Generalmente no candidatas para tto curativo.

ESCENARIOS:

- Recidiva con afectación pared pélvica
- Recidiva sin afectación de la pared pélvica.
- Recurrencias ganglionares y oligo metastásicas
- Recurrencia M1 diseminada

RECIDIVA CON AFECTACIÓN PARED PÉLVICA:

➤ No indicación quirúrgica.

En casos seleccionados, si afectación poco extensa, se puede considerar cirugía pélvica extendida con resección endopélvica lateral extendida (LEER).

✓ Si cirugía primaria y no RDT:

QMT-RDT radical + BQT

✓ Si RDT o QMT-RDT previa o no factible RDT-QMT:

QMT paliativa.

Tto paliativo (soporte).

RECIDIVA SIN AFECTACIÓN PARED PÉLVICA:

✓ Si cirugía primaria y no RDT:

QMT-RDT radical + BQT

✓ Si RDT o QMT-RDT previa:

Cirugía

OBJETIVO:

➤ exéresis completa con margen sano (vejiga, recto si procede). Intención curativa.

TIPOS IQ:

- ❑ Exanteración: único tto potencialmente curativo.

CONDICIÓN:

- ✓ Ganglios paráórticos (-) con confirmación AP.
 - ✓ Recidiva únicamente pelviana.
 - 20-50 % casos enf no resecable.
 - Complicaciones postIQ: 25-60 %.
 - Mortalidad perioperatoria: 5-10 %.
 - Supervivencia a los 5 años: 35-60 %.
- Se puede asociar RDT o BQT intraoperatoria (RIO/BIO), (beneficio control local).

❑ Histerectomía simple/radical:

- ✓ Si recidiva pequeña.
- ✓ Técnica difícil.

- Complicaciones severas: 40 %
- Supervivencia elevada en lesiones < 2 cm.

❑ Cirugía pélvica extendida con resección endopélvica lateral extendida (LEER):

- ✓ Si recidiva cerca pared pélvica.

PAPEL DE LA QMT:

- ✓ En recaídas locoregionales que parecen incurables al dx.
- ✓ Revaluación posibilidad tto radical si respuesta a la QMT.

RECURRENCIAS GANGLIONARES Y OLIGO METASTÁSICAS

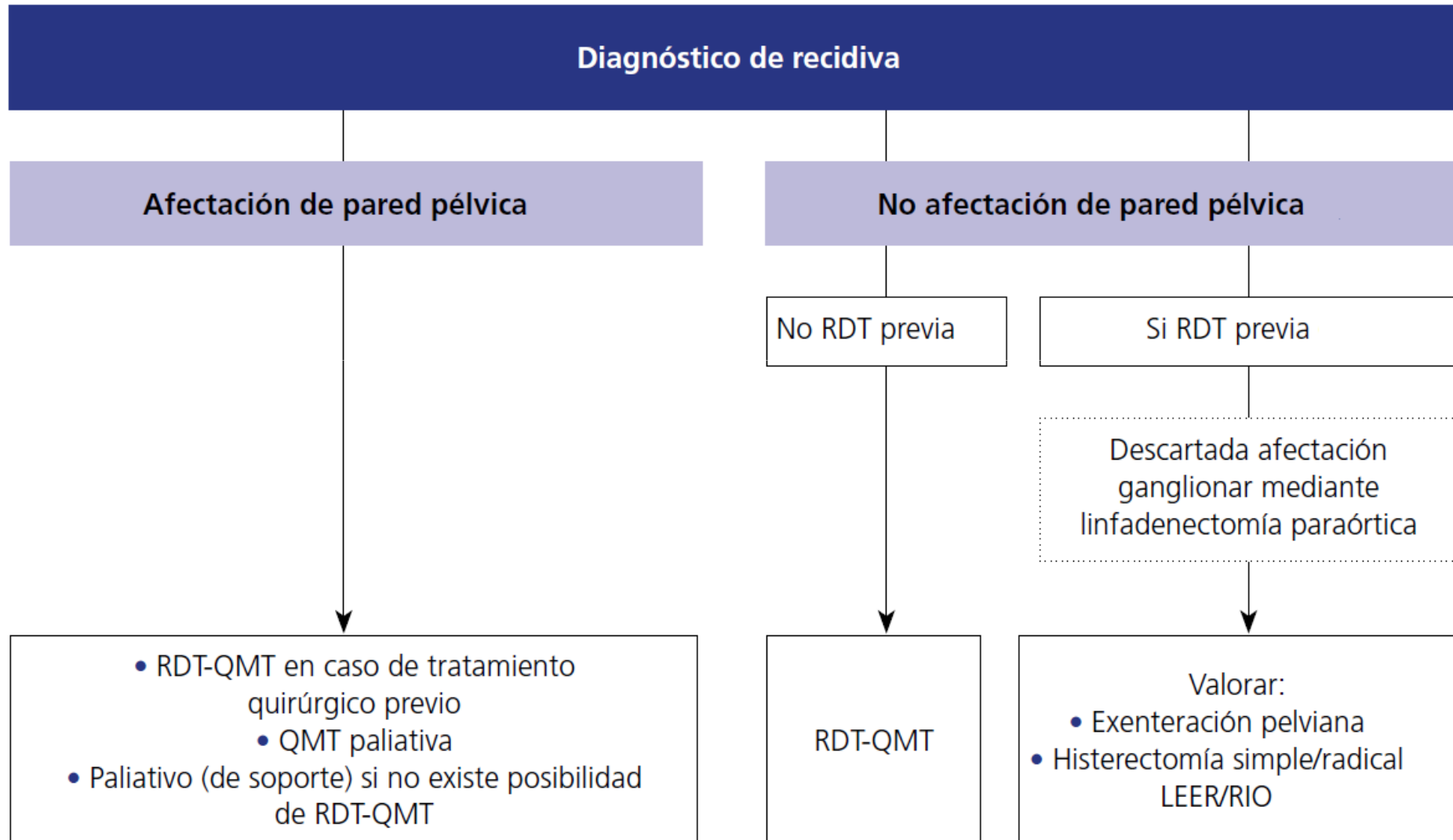
- ✓ Recidivas ganglionares (paraórticas, mediastínicas y/o periclaviculares):
 - RDT radical +/- QMT concomitante.
 - Resección recidiva ganglionar no está claro.

- ✓ M1 aisladas viscerales:
 - individualizar según órgano, (exéresis, radiofrecuencia, RDT..).

RECURRENCIA M1 DISEMINADA.

- QMT paliativa.
- RDT paliativa (control sangrado,dolor..).
- Si compresión médula espinal por M1 óseas: iq neurocirugía, o RDT.
- Si enf obstructiva sintomática: estomas de derivación y/o colocación de stents.
- Tratamiento de soporte.

Tratamiento de la enfermedad recurrente



CÁNCER DE CÉRVIX Y EMBARAZO

- ✓ Equipo multidisciplinar. Centralización
- ✓ OBJETIVO:
 - tto oncológico seguro, sin morbilidad para feto.
- ✓ TTO consensuado individualizado:
 - Intención de la gestante.
 - Estadio del tumor.
 - Edad gestacional al Dx.

PRUEBAS DE IMAGEN:

- RNM
 - Eco gine
 - PET-TAC experiencia limitada, en casos seleccionados.
- Dx afectación ganglionar debe ser por AP.

TRATAMIENTO:

- ✓ Gestación incipiente y no deseo gestacional:
 - manejo estándar, con o sin interrupción previa.

- ✓ Deseo preservación gestación: (estadio enf y edad gest).

- Cirugía adaptada incluyendo extirpación tumor:
Conización, traquelectomía simple o radical +
estadificación ganglionar.

- Retraso tto oncológico hasta viabilidad fetal (>32sg),
e inicio tto específico después parto por cesárea.

- QMT neoadyuvante hasta viabilidad fetal y e inicio
tto específico después parto por cesárea.

TIPO DE PARTO:

Parto espontáneo impacto pronóstico negativo.

➤ Cesárea electiva después de la semana 32.

☐ En el momento de la cesárea o después de ella, tto oncológico ajustado para el estadio definitivo, teniendo en cuenta la terapia ya administrada.

VÍAS DE ABORDAJE QUIRÚRGICO:

- Laparotomia
- Cirugía vaginal (intervención Schauta)
- Cirugía mínimamente invasiva
 - Laparoscopia
 - Cirugía robótica

Depende de la experiencia del cirujano.

➤ Todas son técnicas comparables y oncológicamente seguras.

TERAPIA HORMONAL SUSTITUTIVA

- Recomendado a las supervivientes de ca. cérvix con menopausia precoz.
- Seguir las recomendaciones habituales de la menopausia.
 - Si histerectomía: monoterapia con estrógenos.
 - Si no histerectomía: terapia combinada (estróg-progest).

SEGUIMIENTO

OBJETIVO:

Dx recurrencias cuando todavía susceptibles tto potencialmente curativo.

recurrencias:

- en 30% ♀
- 75% en los 2 primeros años.
- + frec: pélvico y ganglionar paraórtico.

PATRÓN RECIDIVA (varía según tto primario):

❑ Histerectomía radical:

- 60-70 % pelvis
- Menos frec en 1/3 superior vagina o parametrio

❑ RDT:

- 43% parametrio
- 27 % cérvix y 1/3 superior vagina
- 6% 2/3 inferiores vagina

➤ M1 a distancia: (1/3 % de las recidivas)

- Ganglionar: supraclaviculares (+frec izqdas).
- Órganos a distancia: + frec pulmonares y óseas.

EFECTIVIDAD:

☐ Citología del lecho cérvico-vaginal:

- práctica extensamente generalizada.
- escasa sensibilidad en la detección precoz recidiva.

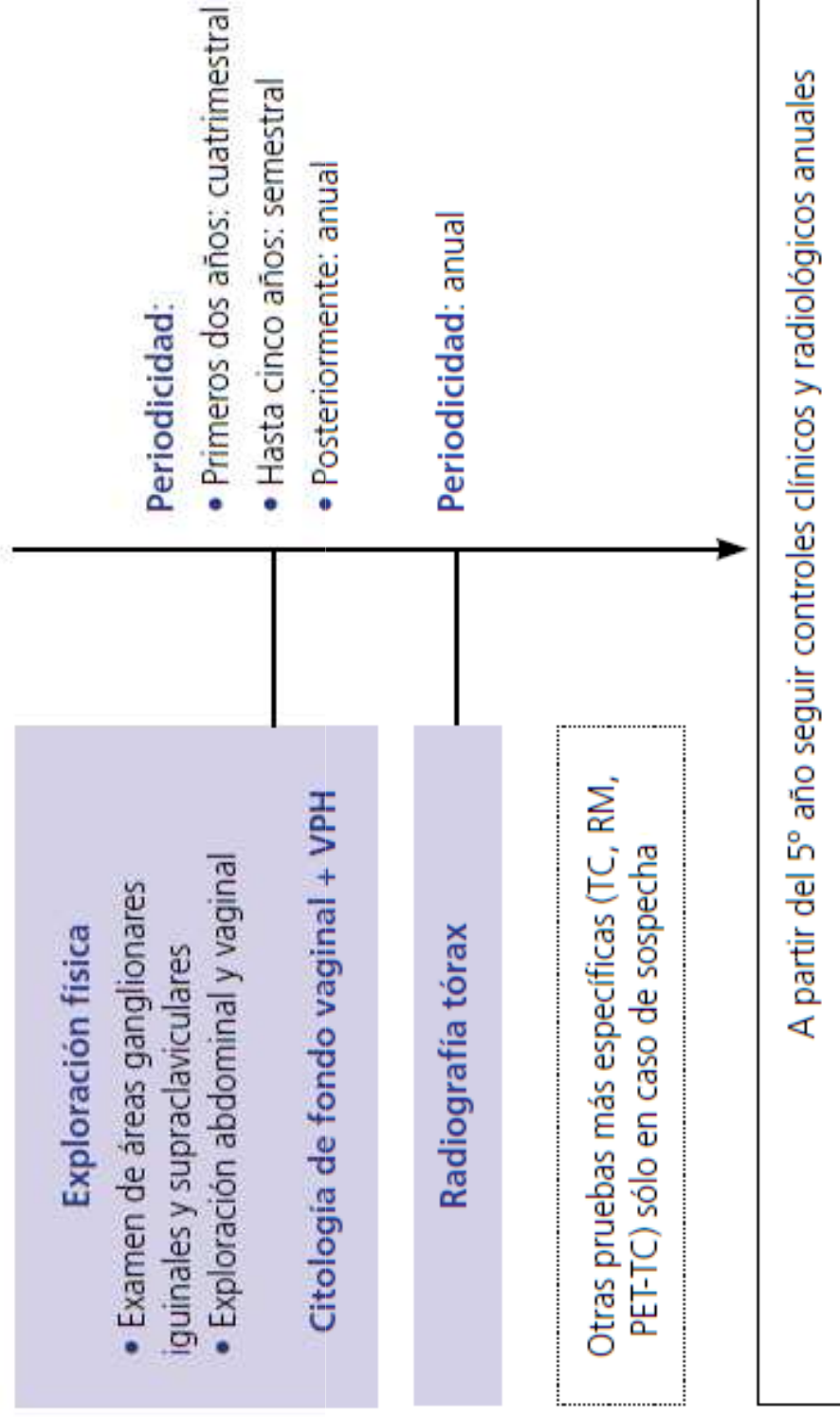
☐ HPV:

- Hpv ↑ riesgo (+): 24% recidivan al año.
- Hpv ↑ riesgo (-): 3% recidivan al año.

➤ HPV (+) durante 6 años tras el tto: ↑ recidiva.

- No hay protocolo de seguimiento rutinario universalmente aceptado, ni en tipo de exploraciones, ni en periodicidad.
- No evidencia de que el seguimiento rutinario sea efectivo en detección enfermedad recurrente precoz.
- No se ha demostrado que la detección de la recidiva en fase asintomática, suponga un beneficio en la supervivencia.
- En caso de sintomatología o hallazgos clínicos sospechosos de recidiva, se solicitará la prueba que se considere más adecuada.

Propuesta de protocolo de seguimiento post-terapéutico



Según guías ESGO: Intervalos seguimiento similar.

Seguimiento tras tto preservador fertilidad:

- HPV +/- citología: a los 6, 12 y 24 meses tras tto
- Después, si negativo: cada 3-5 años.

Tras histerectomía simple o radical y

Tras tto QMT-RDT radical:

- La citología cúpula vaginal no se recomienda.