

Módulo No 9 - Diagnóstico y tratamiento del cáncer de cuello uterino



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD



Objetivo del módulo

Al finalizar este módulo, usted estará en capacidad de:

- ✓ Reconocer los diferentes métodos para diagnosticar el cáncer cervical, incluyendo la evaluación clínica y de imágenes, identificará el Sistema de clasificación de esta neoplasia de la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología (FIGO), y podrá establecer una estrategia de seguimiento de acuerdo a los lineamientos internacionales.

Cáncer de cuello uterino

Índice

Presentamos el índice de contenidos de este módulo y lo(a) invitamos a explorar activamente cada una de sus partes.

1. Diagnóstico

2. Estadificación

3. Tratamiento

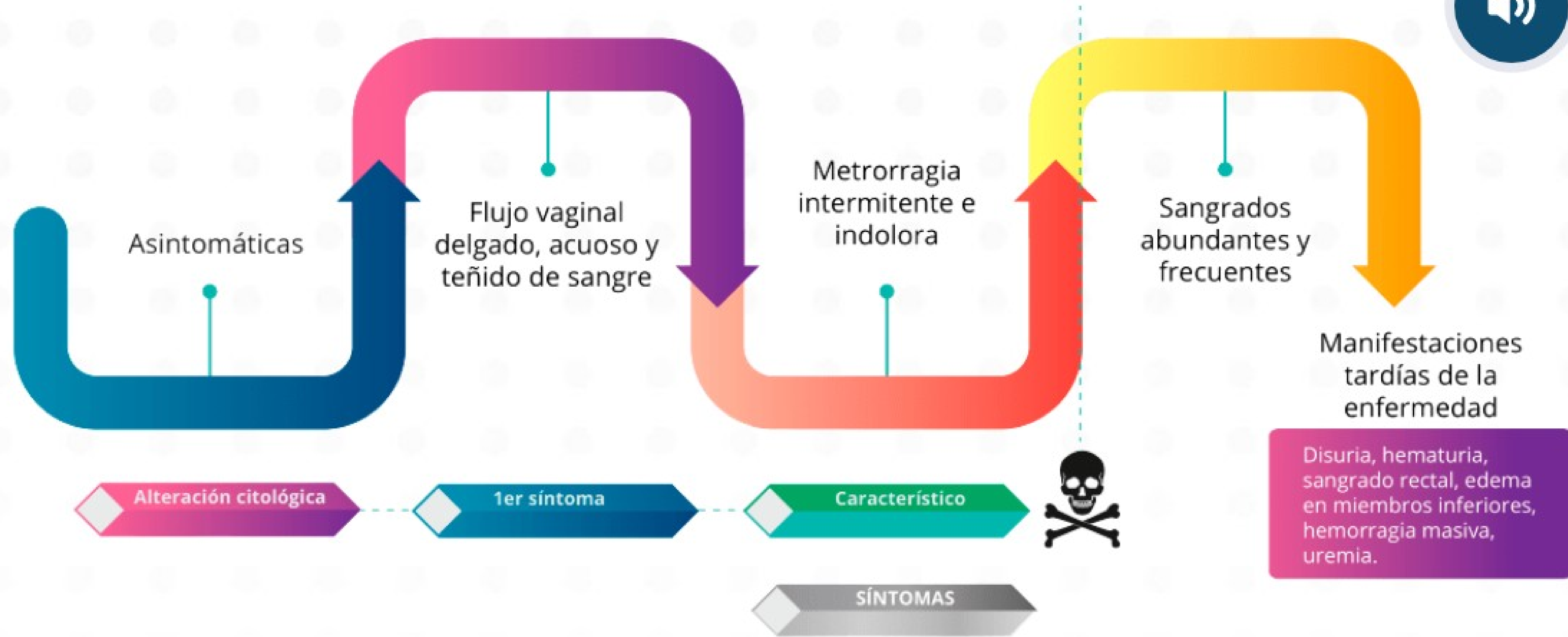
4. Seguimiento

5. Enfermedad recurrente

6. Pronóstico

1. Diagnóstico

1.1 Diagnóstico clínico



1. Diagnóstico

1.1 Diagnóstico clínico



BIBLIOGRAFÍA

Examen físico

Aspecto exofítica

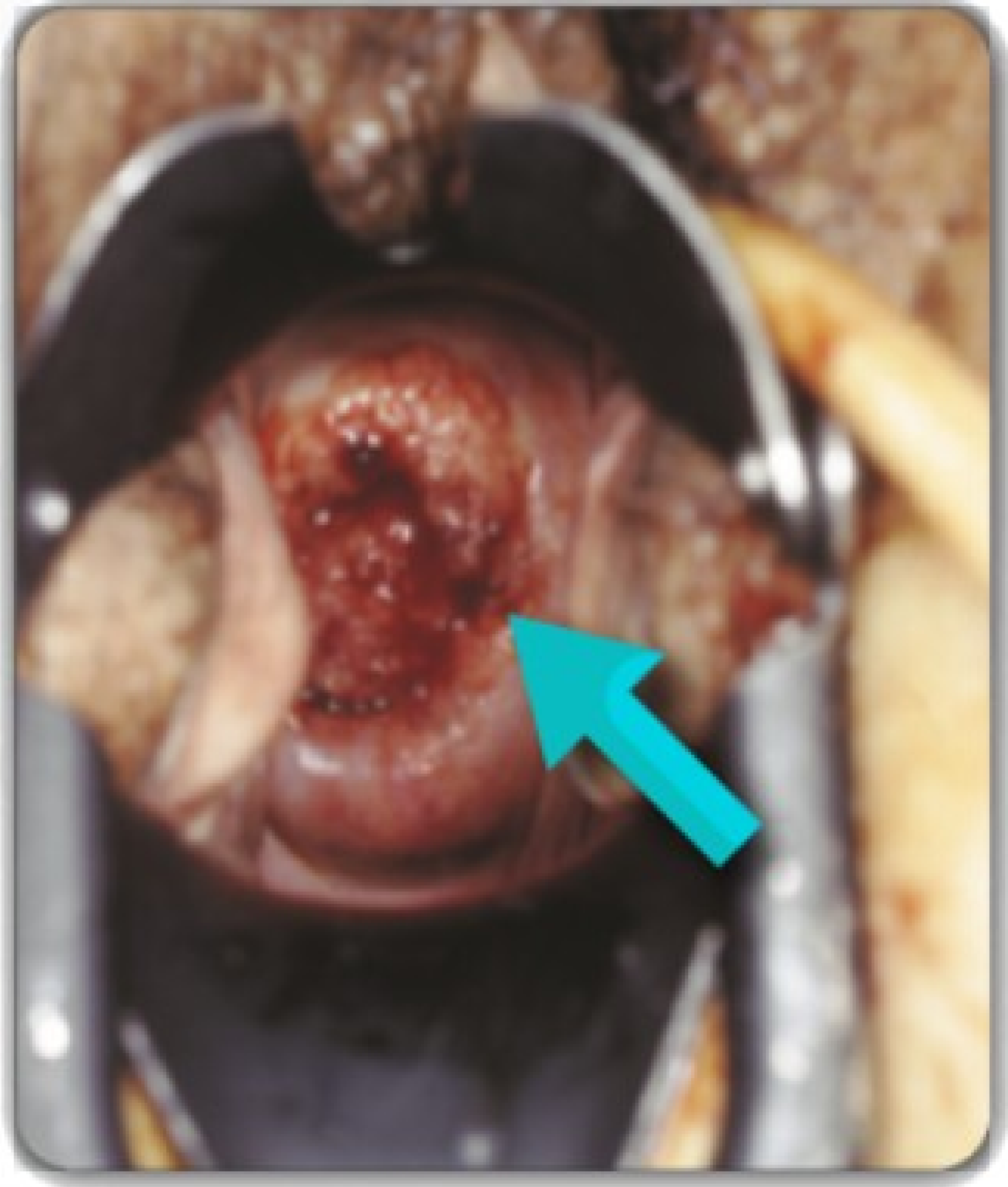
Masa polipoide grande y friable que puede sangrar profusamente. Más frecuente.

Aspecto tumor infiltrante

Cuello indurado.

Aspecto tumor ulcerativo

Erosiona una porción del cuello uterino, asociado con infección local y secreción seropurulenta.



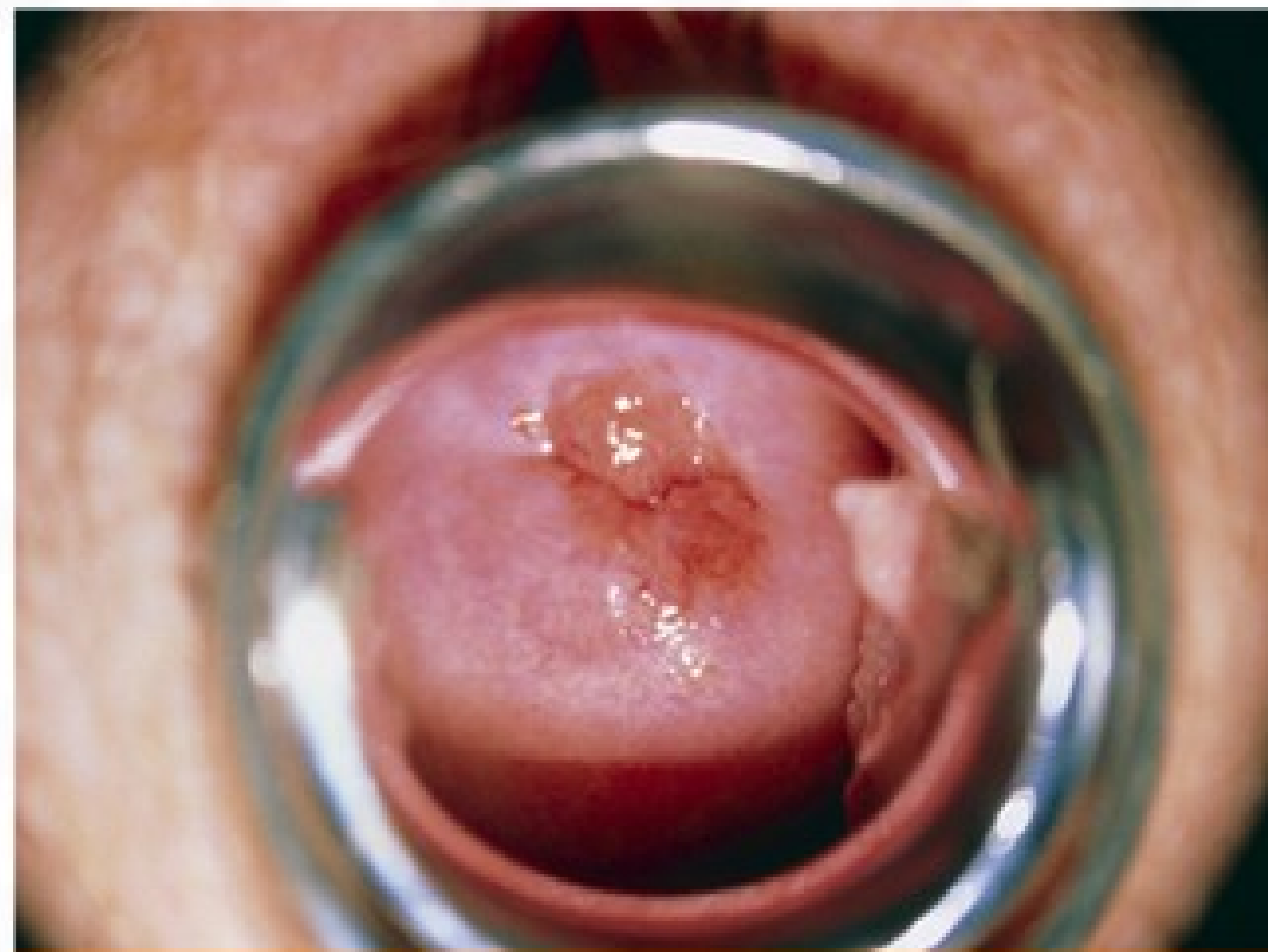
1. Diagnóstico

1.1 Diagnóstico clínico

Especuloscopia: características del tumor.



BIBLIOGRAFÍA



Lesión polipoide



Lesión exofítica



Lesión ulcerada

- Aquí se observan otras presentaciones del cancer cervical a la especuloscopia. Macroscópicamente el cervix se ve normal si el cáncer es microinvasivo.
- El cáncer Visible puede aparecer como una lesión ulcerada, granular o tejido papilar, crecimiento exofítico, masa polipoide o el cuello uterino en forma de barril.
- Las Lesiones grandes pueden llegar a ser necróticas y friables. Genrealmente se observa ademas Secrecion purulenta, o secreción con sangre líquida

1. Diagnóstico

1.1 Diagnóstico clínico



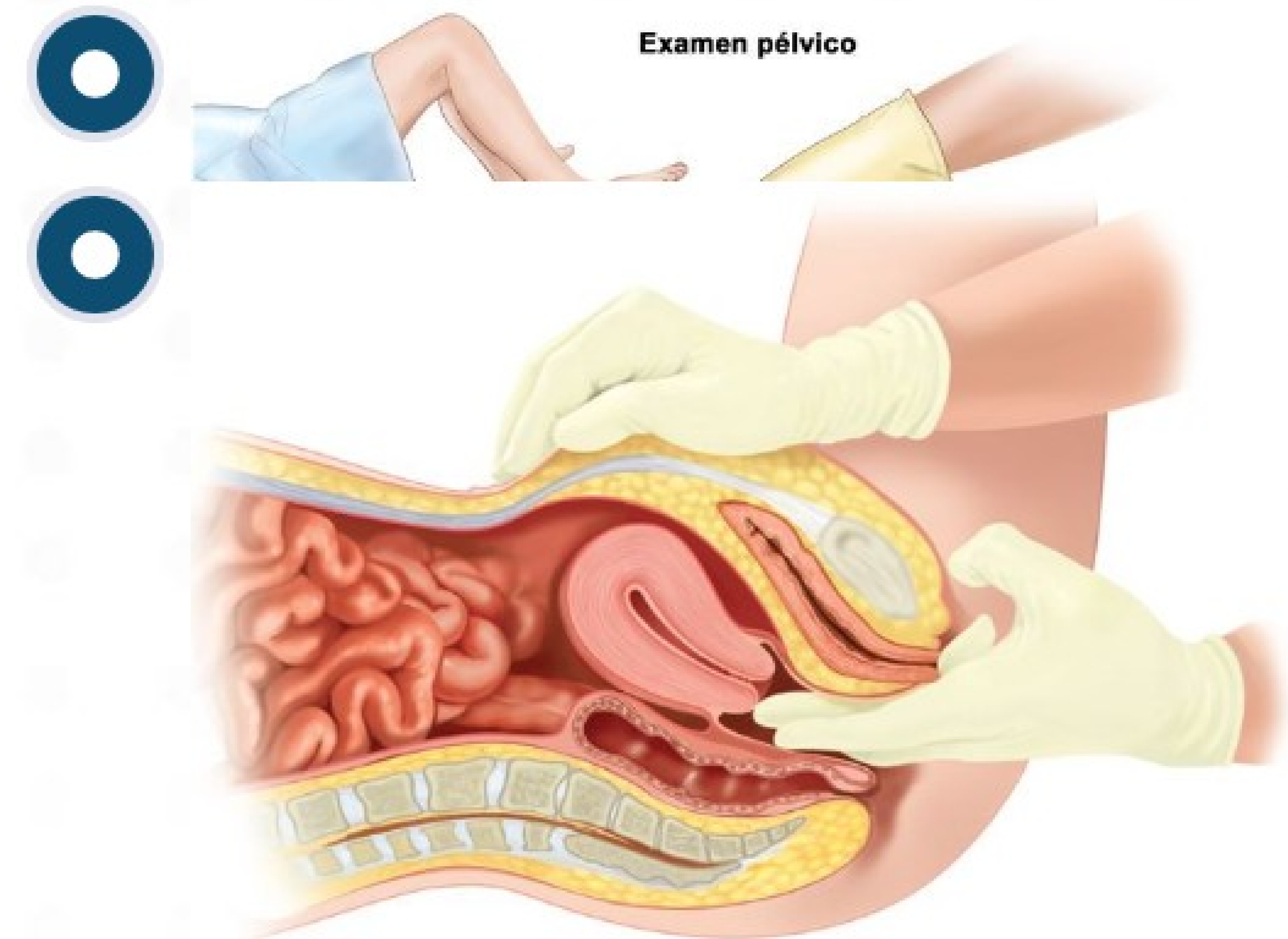
BIBLIOGRAFÍA

Pase el cursor sobre los botones para ver la información

Tacto rectovaginal

Objetivos del examen rectovaginal

- Evaluar la extensión del tumor.
- Evaluar adecuadamente la participación parametrial.
- **Útero aumentado de tamaño:** resultado del crecimiento del tumor.
- **Enfermedad avanzada:** ganglios linfáticos inguinales o supraclaviculares agrandados. Edemas de las extremidades inferiores.



Fuente: Barbara L. Hoffman, John O. Schorge, Karen D. Bradshaw, Lisa M. Halvorson, Joseph I. Schaffer, Marlene M. Corton: *Williams Ginecología*, 3e
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.

1. Diagnóstico

1.2 Diagnóstico imagenológico

Tomografía axial computarizada de abdomen y pelvis (TAC)

Método que identifica compromiso ganglionar, S*: 58% E** 92%.

Resonancia magnética nuclear de abdomen y pelvis (RMN)

Método de evaluación radiológica de tumores primarios > 10 mm.
Caracteriza mejor la lesión S*: 62% E**:
93%.



BIBLIOGRAFÍA

Tomografía por emisión de positrones (PET CT).

Identifica actividad tumoral.
Enfermedad a distancia. Falsos negativos en 4% -15%- S*: 80% E**:
98%.|

Resonancia magnética nuclear de abdomen y pelvis (RMN)

Solo en paciente sintomático.
Evaluación de compromiso vesical y rectal, respectivamente.

S*= Sensibilidad
E**= Especificidad

1. Diagnóstico

1.2 Diagnóstico imagenológico

La ecografía tiene un rol limitado

Características de cáncer



BIBLIOGRAFÍA

Pase el cursor sobre los botones para ver la información

1

La superficie "cervical" es irregular (flechas). La lesión es isoecoica, y es difícil determinar su límites El canal cervical parece estar libre de enfermedad.

La ecografía tiene un rol limitado

1

2

Carcinoma localizado en el labio anterior del cuello uterino. El tumor esta bien definido e isoecoico.

Carcinoma cervical endofítico

2

3

La lesión es irregular e hipoeicoica. Parece que sobresale de la vagina

Carcinoma cervical exofítico

3

1. Diagnóstico

1.2 Diagnóstico imagenológico

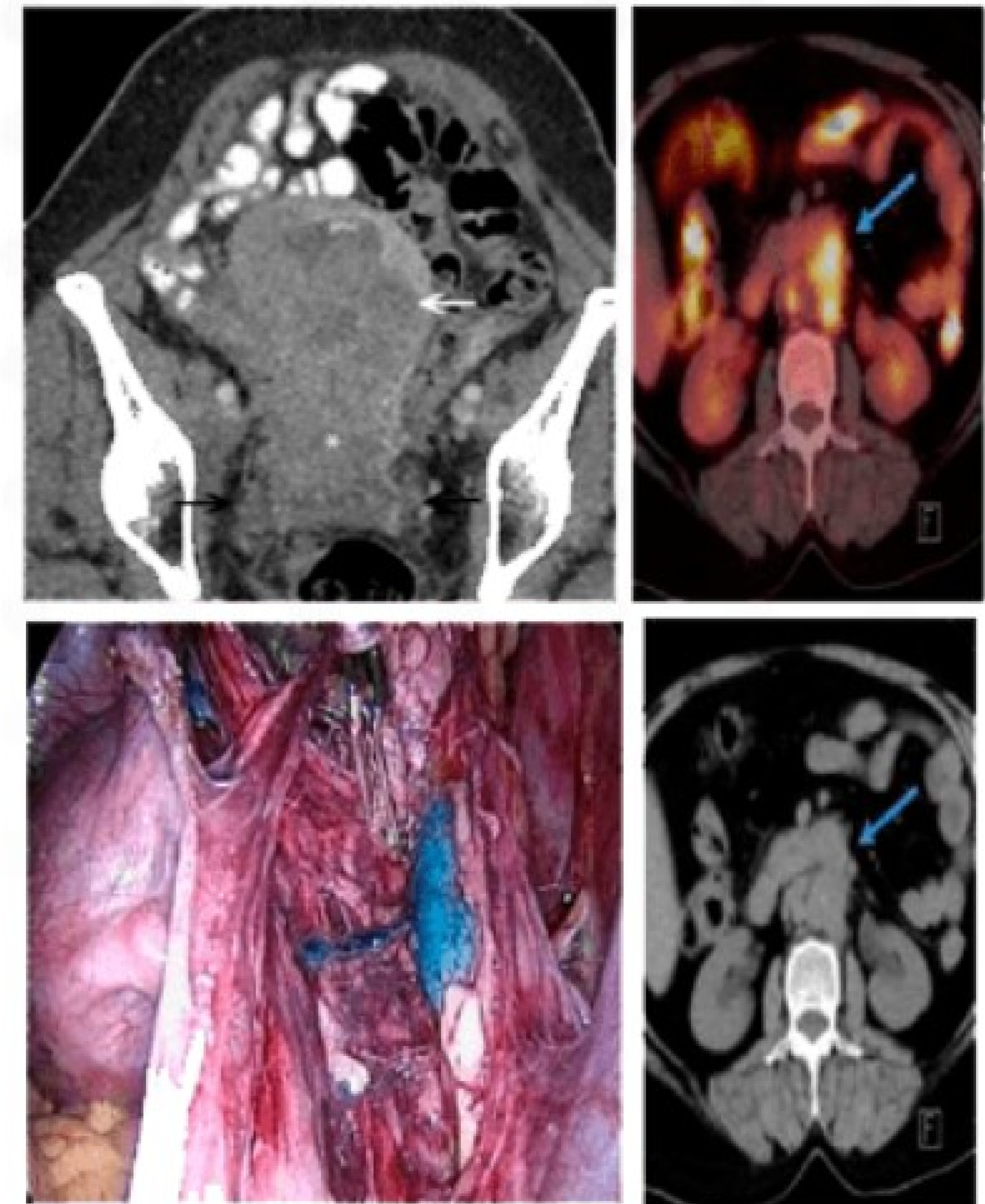


BIBLIOGRAFÍA

Evaluación ganglionar

La evaluación ganglionar tiene un papel relevante en cáncer cervical y ya hace parte de la estadificación de esta neoplasia, como lo veremos mas adelante. Además de permitir establecer pronóstico, en enfermedad localmente avanzada permite determinar la extensión a ganglios paraaórticos, y de esta forma, ampliar el campo de la radioterapia.

Parámetro clínico	TC	MRI	PET-CT
Sensibilidad	50%	56%	82%
Especificidad	92%	91%	95%
VPN	86%	88%	92-96%



1. Diagnóstico

1.3 Diagnóstico histopatológico



BIBLIOGRAFÍA

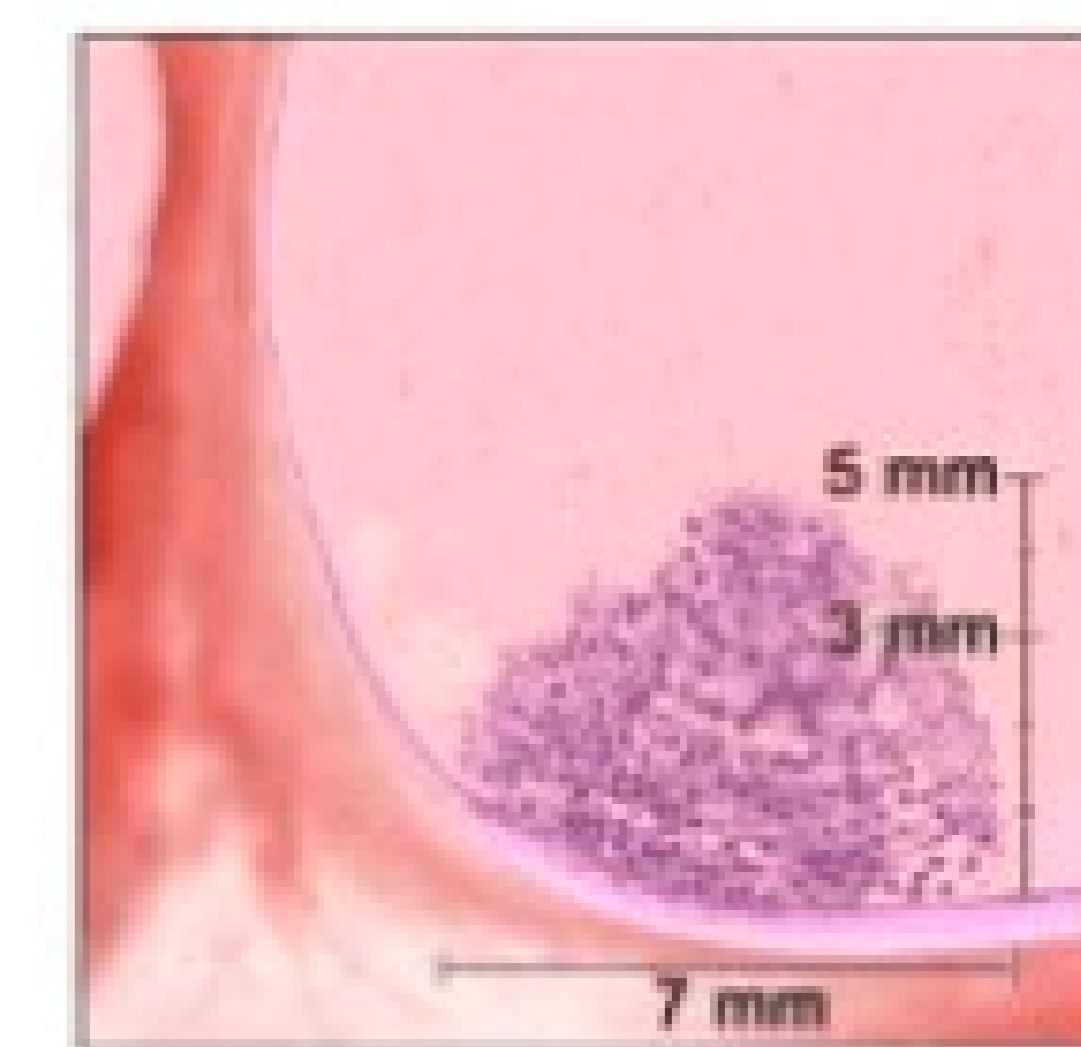
Enfermedad microinvasiva

ESTADIO IA1 Y IA2

LEEP (procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa)
o
Muestra de biopsia de cono, que incluye la lesión completa



Cáncer de cuello uterino en estadio IA1 y IA2



**Informar que los márgenes son negativos para la enfermedad
Si los márgenes son positivos para el cáncer invasivo, el paciente se asigna a la Etapa IB1

© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

1. Diagnóstico

1.3 Diagnóstico histopatológico



Enfermedad invasiva

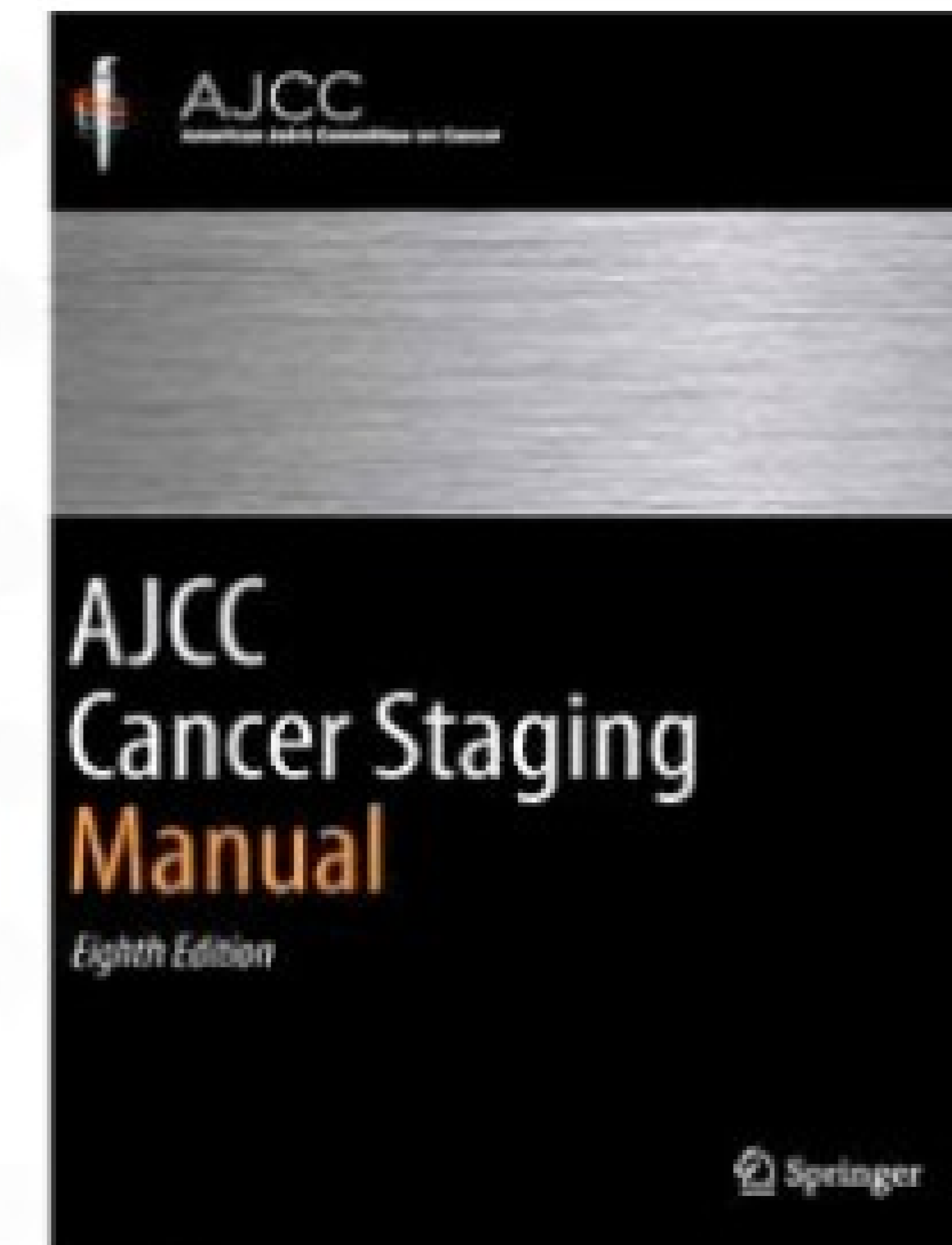


2. Estadificación



La estadificación en cáncer tiene como finalidad estos objetivos:

- Permite la extensión anatómica de la enfermedad.
- Ayuda a la planificación del tratamiento.
- Sirve para determinar impacto pronóstico.
- Estimula el intercambio de información entre centros de tratamiento, con el fin de producir investigación.
- Las características de un buen sistema son: que sea válido, confiable y práctico



2. Estadificación

2.1 Estadificación: Estadio IA

2009



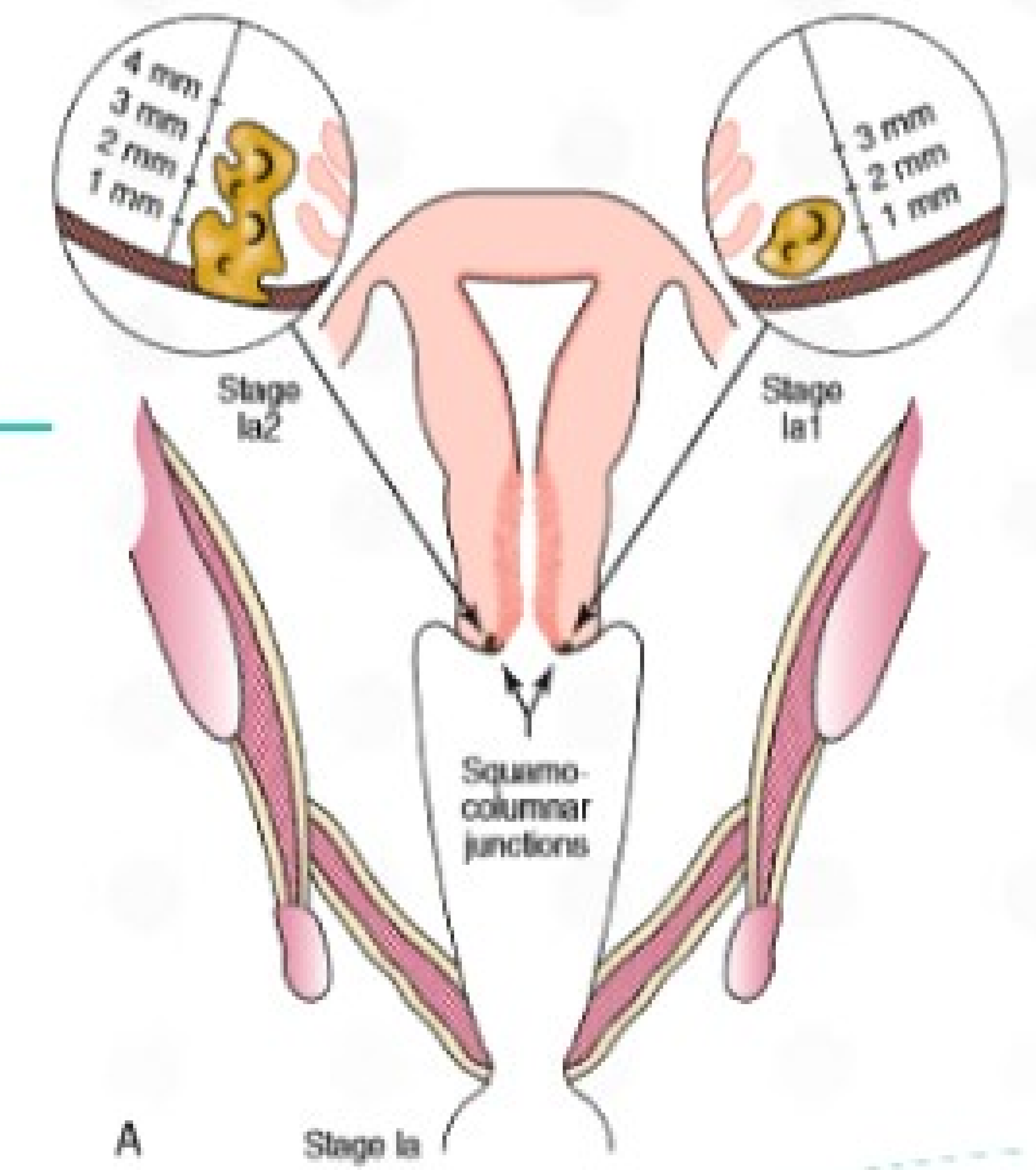
FIGO Etapa	Tumor primario
IA	Extensión horizontal hasta 7 mm
IA1	< 3 mm profundidad
IA2	>3 mm y < 5 mm profundidad

2018



FIGO Etapa	Estadificación del cáncer de cuello uterino
IA1	No extensión horizontal < 3 mm profundidad
IA2	> 3 mm y < 5 mm profundidad

■ Modificaciones



2. Estadificación

2.2 Estadificación: Estadio IB



2009

FIGO Etapa	Tumor primario
IB1	> 5 mm profundidad hasta < 4 cm
IB2	> 4 cm

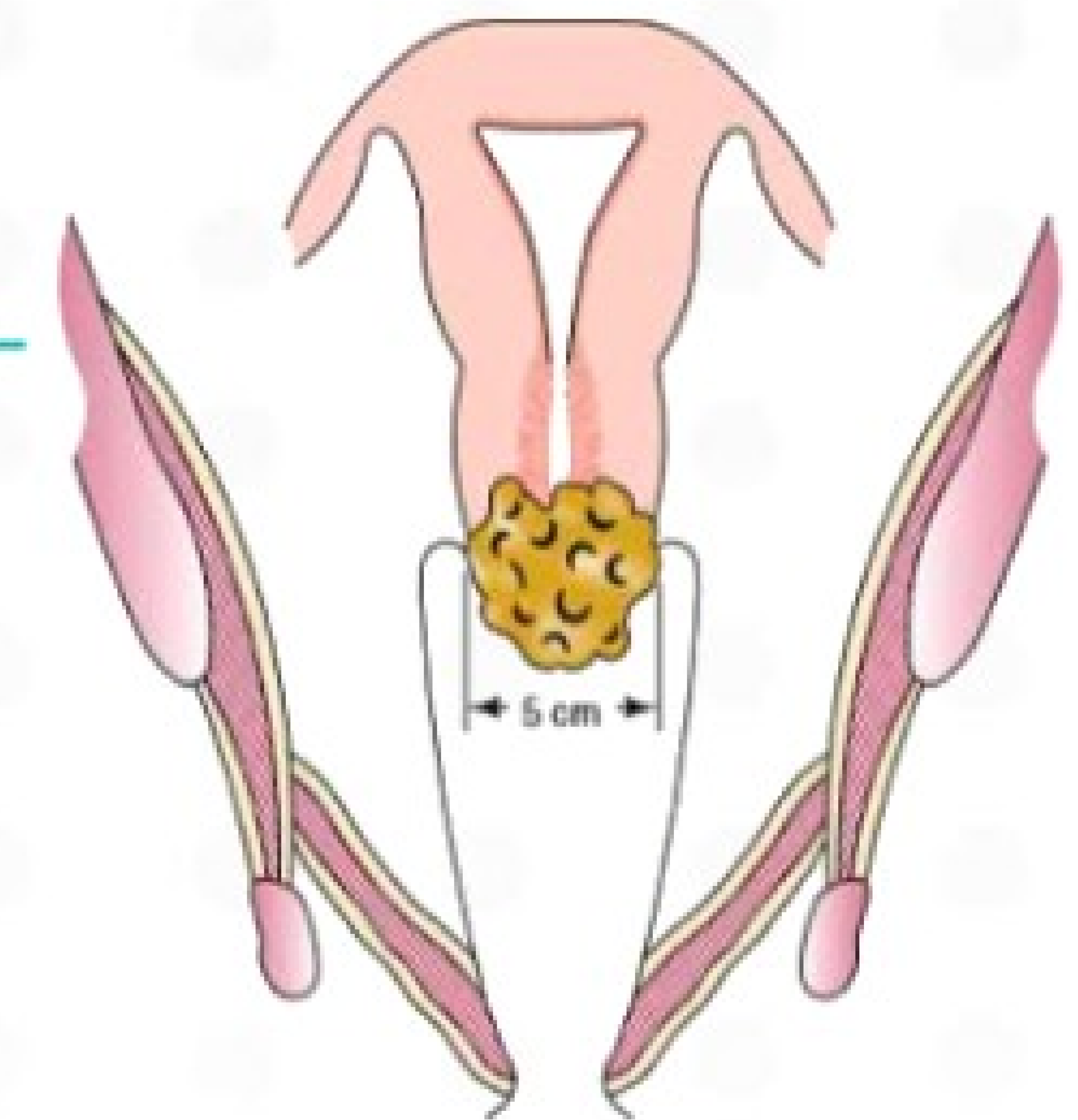


2018

FIGO Etapa	Estadificación del cáncer de cuello uterino
IB1	> 5 mm hasta < 2 cm
IB2	> 2 cm hasta < 4 cm
IB3	> 4 cm



■ Modificaciones



2. Estadificación

2.3 Estadificación: Estadio II



2009

FIGO Etapa	Tumor primario
IIA1	Vagina 2/3, ≤ 4cms
IIA2	Vagina 2/3, >4 cm
IIB	Parametrio sin pared pélvica

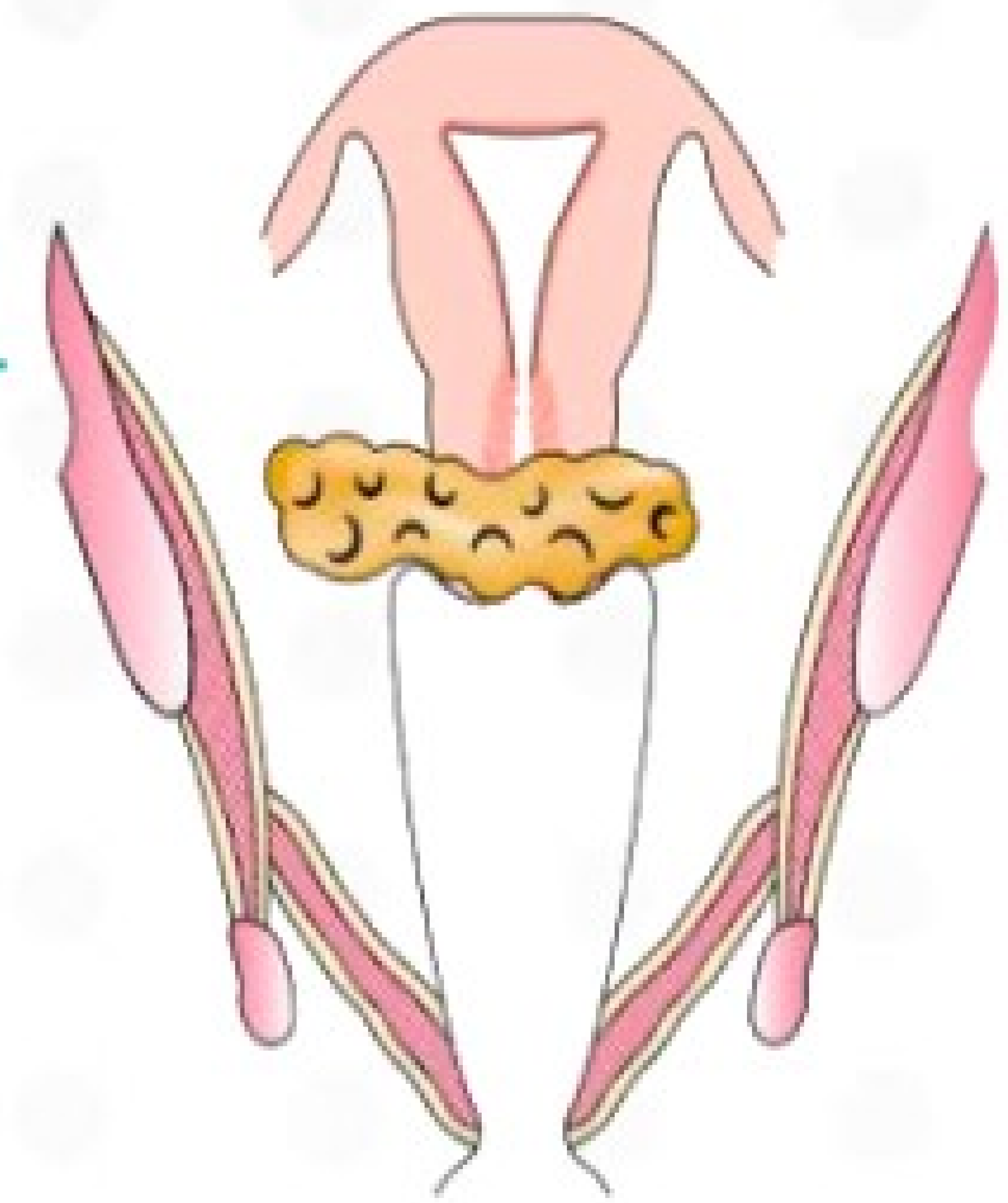


2018

FIGO Etapa	Estadificación del cáncer de cuello uterino
IIA1	Vagina 2/3, < 4cms
IIA2	Vagina 2/3, ≥4 cm
IIB	Parametrio sin pared pélvica



■ Modificaciones



2. Estadificación

2.4 Estadificación: Estadio III



2009



FIGO Etapa	Tumor primario
IIIA	Vagina 3/3
IIIB	Parametrio hasta pared pélvica y/o hidronefrosis y/o falla renal

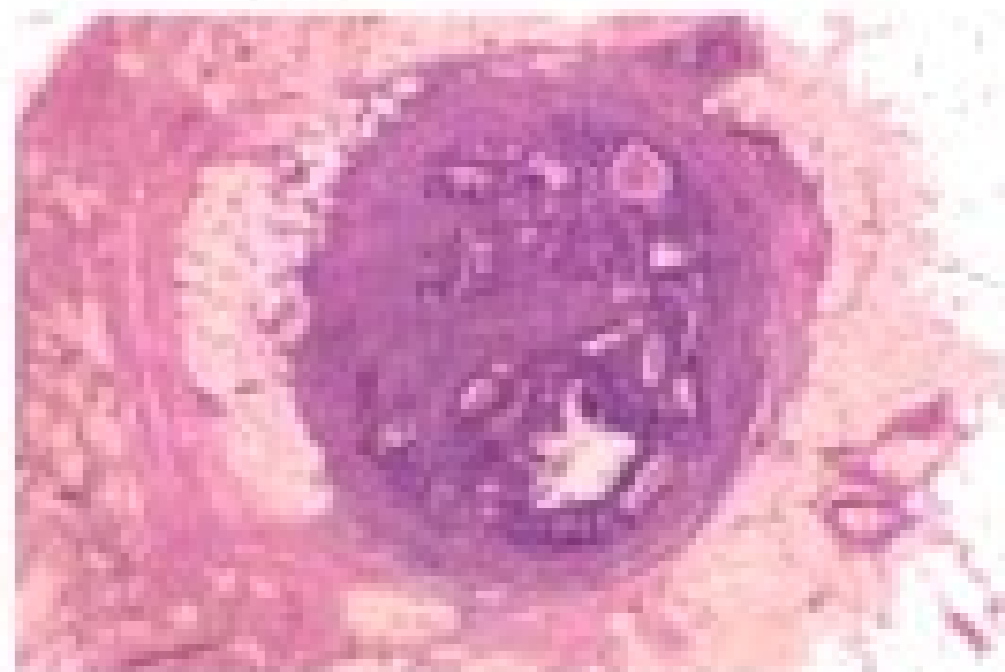
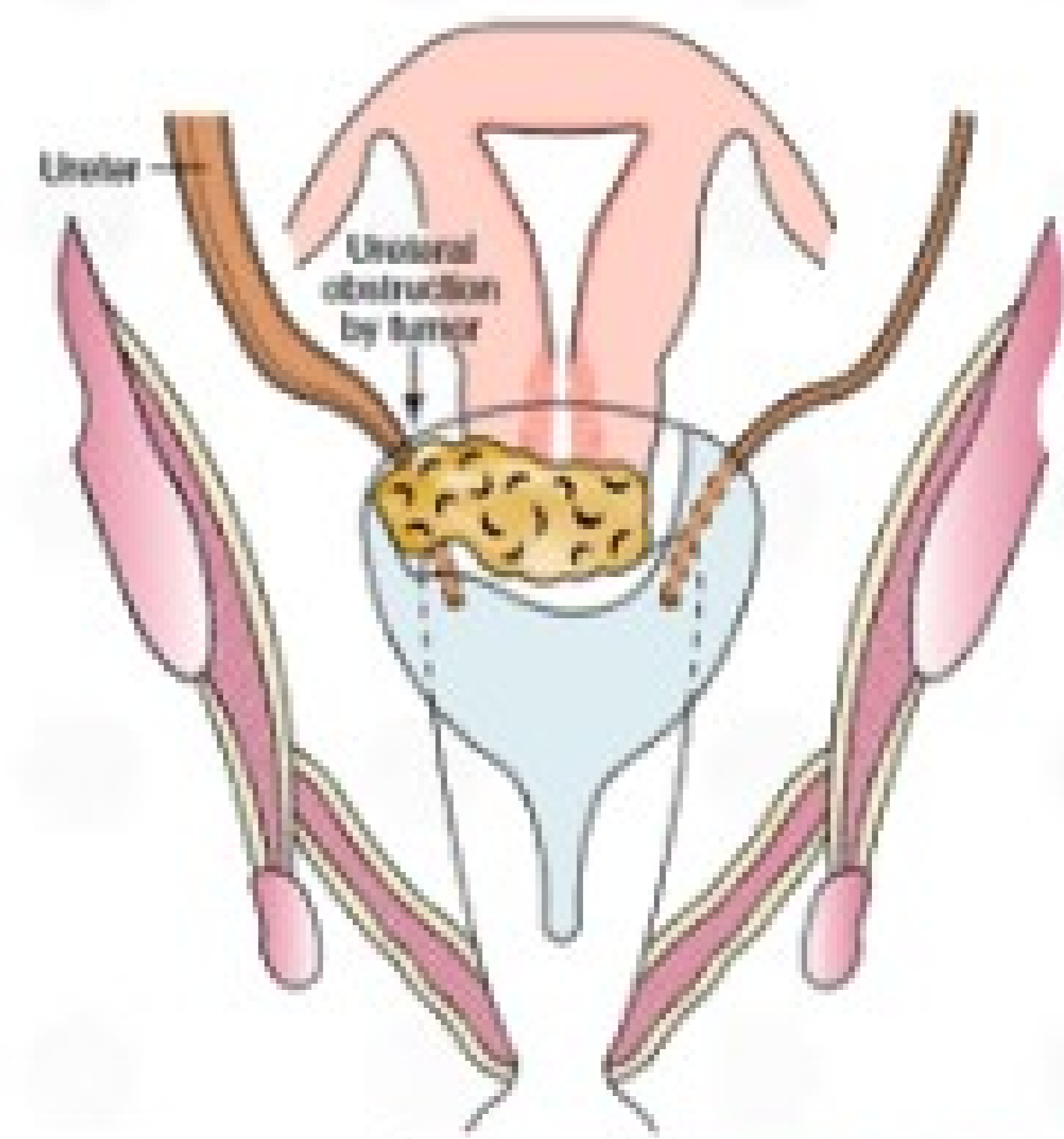
2018



FIGO Etapa	Estadificación del cáncer de cuello uterino
IIIA	Vagina 3/3
IIIB	Parametrio hasta pared pélvica y/o hidronefrosis y/o falla renal
IIIC1*	Compromiso ganglionar pélvico
IIIC2*	Compromiso ganglionar paraaórtico

* r= radiológico, p=patológico

■ Modificaciones



2. Estadificación

2.5 Estadificación: Estadio IV



2009

FIGO Etapa	Tumor primario
IVA	Vejiga o recto
IVB	Distancia



2018

FIGO Etapa	Estadificación del cáncer de cuello uterino
IVA	Vejiga o recto (biopsia)
IVB	Distancia

■ Modificaciones

Diagram illustrating the anatomical structures involved in the staging of cervical cancer, showing the relationship between the tumor and the bladder/rectum.



3. Tratamiento

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®)

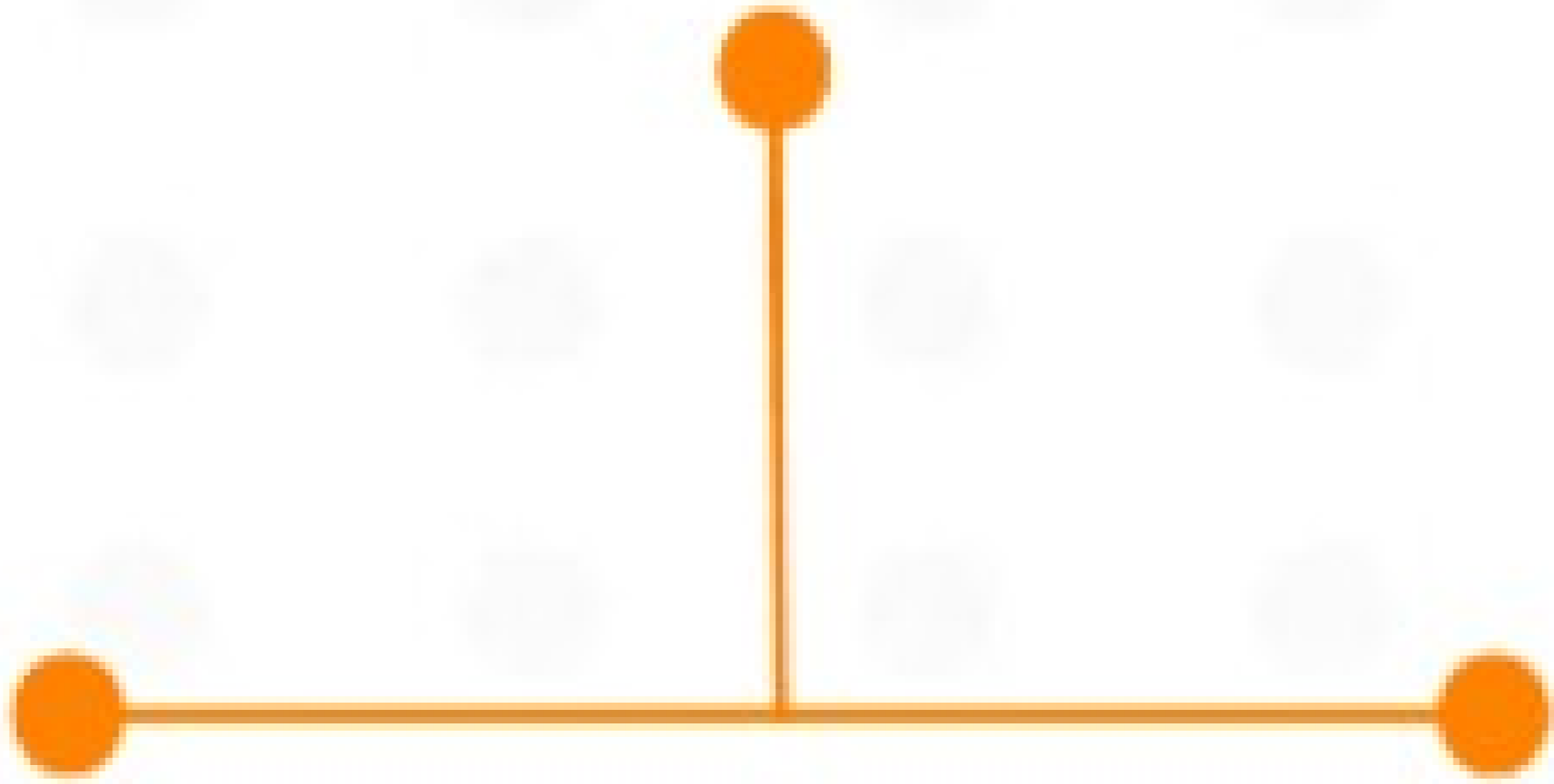
Cervical Cancer

Version 4.2019 — March 29, 2019



TEMPRANO

ESTADIO, IVL, DESEO DE FERTILIDAD



LOCALMENTE AVANZADO

ESTADIO, COMPROMISO GANGLIONAR

ESMO GOOD SCIENCE
BETTER MEDICINE
BEST PRACTICE

Journal of Clinical Oncology 20 (Supplement 4): 472-485, 2017
doi:10.1093/jco/2017/35

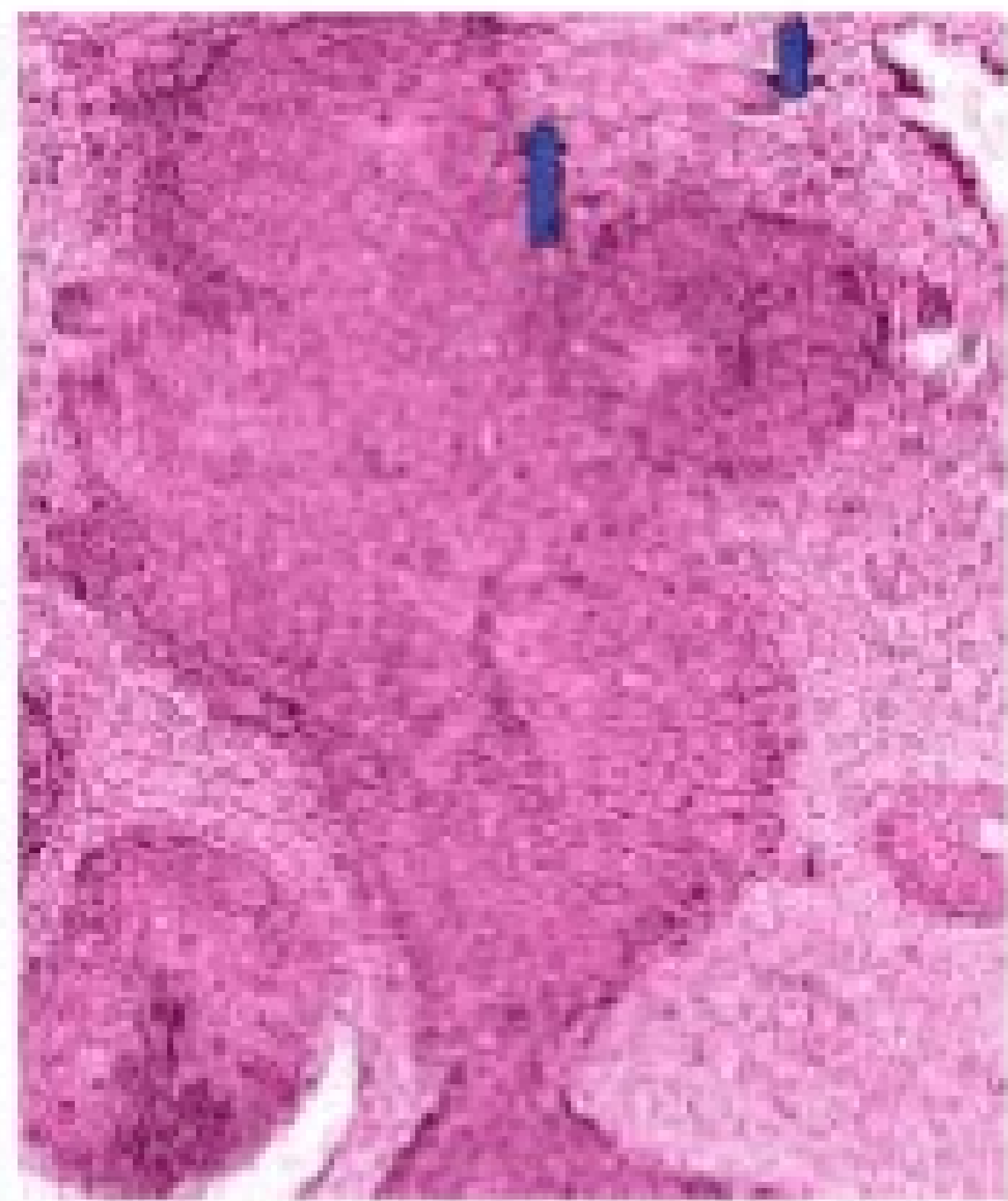
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

Cervical cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up

3. Tratamiento

3.1 Tratamiento: carcinoma microinvasor IA1-IA2 (preservación de fertilidad)

BIBLIOGRAFÍA



ESTADIO IA1

Sin IVL



Conización con márgenes (-). Si márgenes (+), repetir cono o traquelectomía

Con IVL



Conización con márgenes (-). Si márgenes (+), repetir cono o traquelectomía+ LP (considerar GC) o traquelectomía radical+LP (considerar GC)

ESTADIO IA2

Igual que IA1 con IVL

(-) negativos, (+) positivos
LP: Linfadenectomía pélvica
GC: Ganglio centinela

3. Tratamiento

3.2 Tratamiento: carcinoma IB1-IB2 (preservación de fertilidad)

BIBLIOGRAFÍA

Pase el cursor sobre los botones para ver la información

ESTADIO IB1-
SELECCIONADOS IB2

Traquelectomía radical+LP+ LPA (considerar GC)

(-) negativos, (+) positivos
LP: Linfadenectomía pélvica
GC: Ganglio centinela
IVL: Invasión Linfovascular

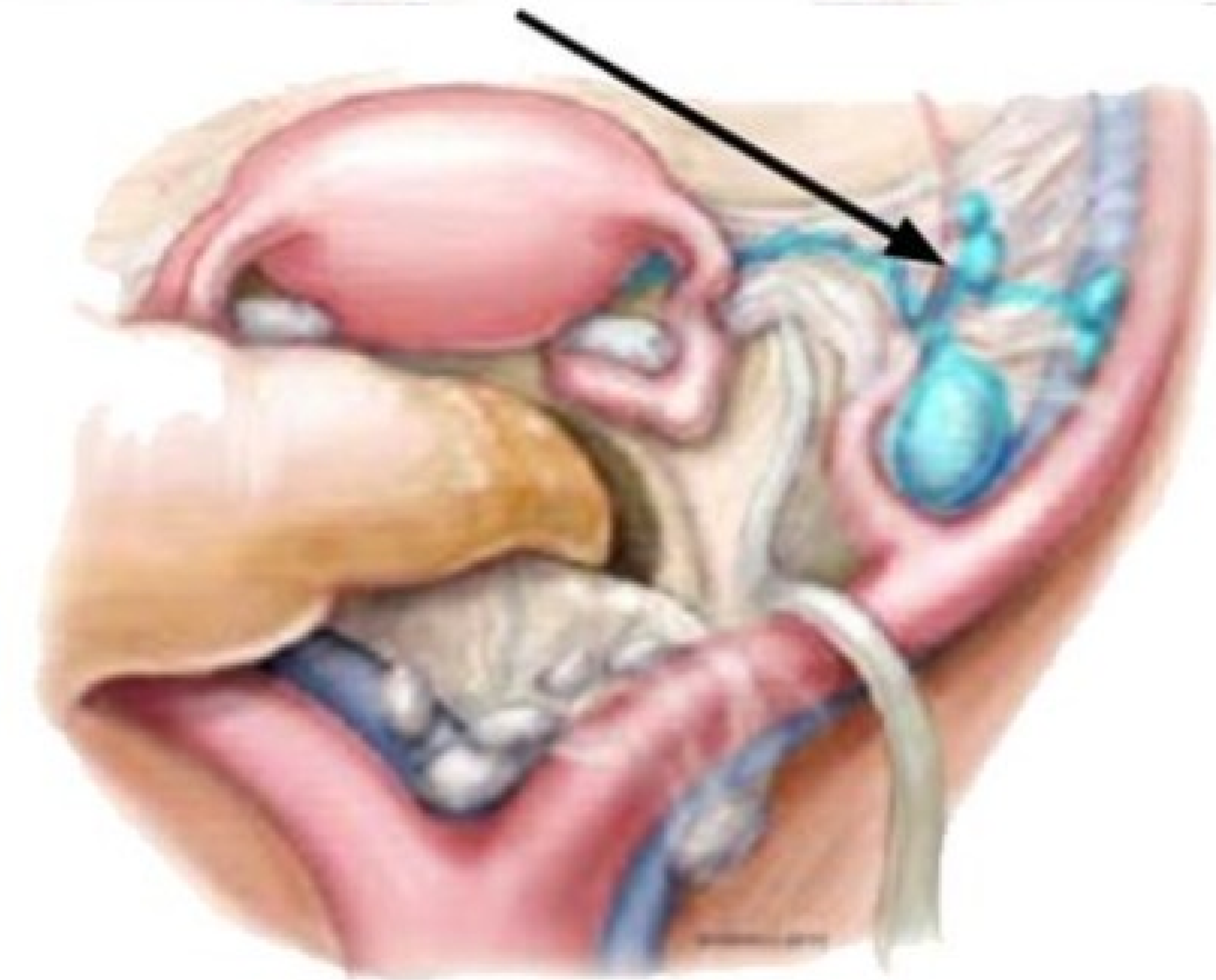
* Traquelectomía radical: Cirugía para extirpar el cuello del útero, junto a tejido parametrial.



Linfadenectomía



Traquelectomía radical (2)



3. Tratamiento

3.3 Tratamiento: carcinoma microinvasor IA1-IA2 (No preservación de fertilidad)

BIBLIOGRAFÍA

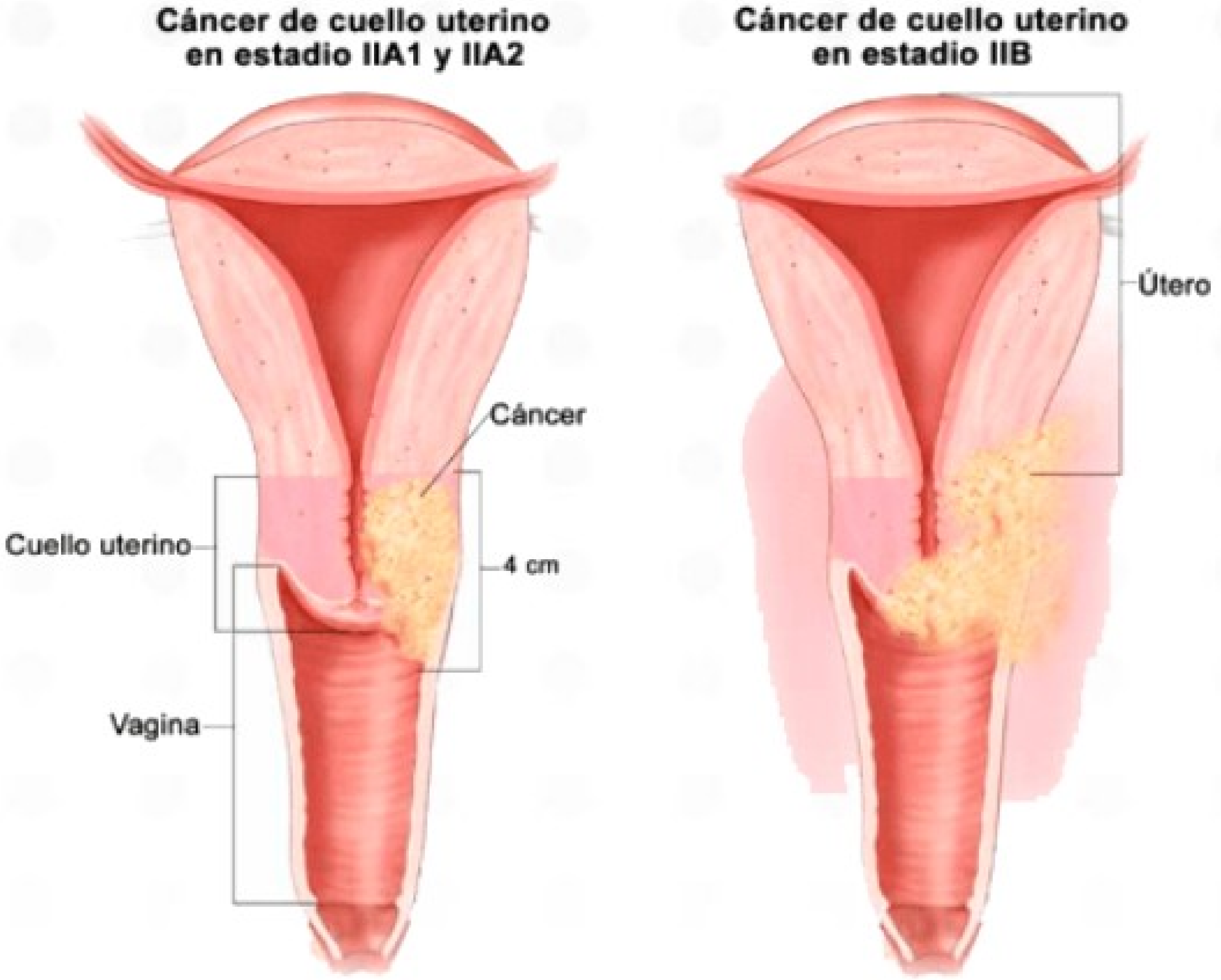


(-) negativos, (+) positivos
LP: Linfadenectomía pélvica
GC: Ganglio centinela
IVL: Invasión Linfovascular

3. Tratamiento

3.4 Tratamiento: carcinoma IB1-IB2-IIA1 (No preservación de fertilidad)

BIBLIOGRAFÍA



ESTADIO IB1-IB2-IIA1

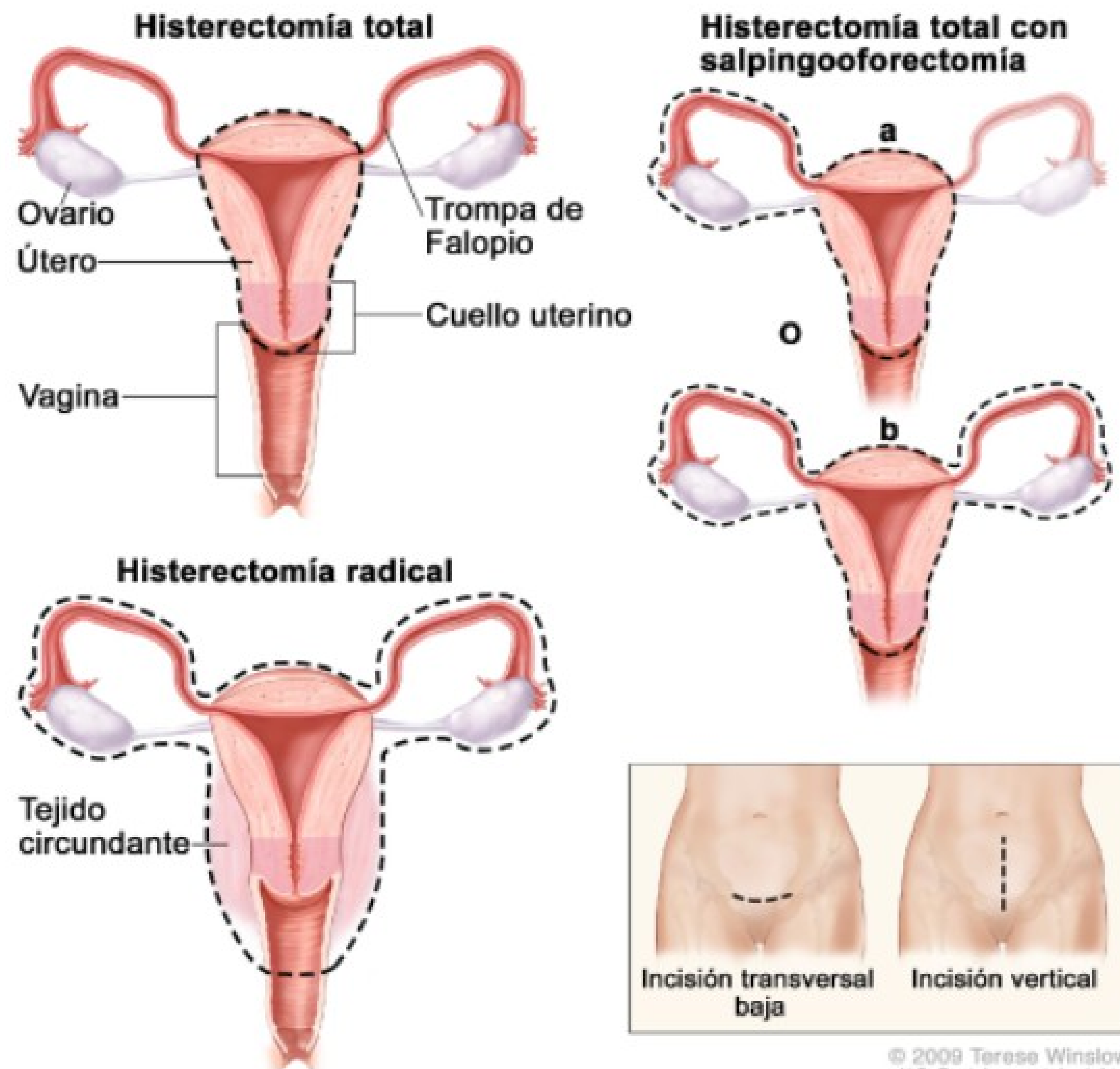
Histerectomía radical+LP+ LPA (considerar GC)
ó
Teleterapia+braquiterapia + quimioterapia
concurrente

LP: Linfadenectomía pélvica
LPA: Linfadenectomía paraaórtica
GC: Ganglio centinela

© 2012 Terese Winslow LLC
All rights reserved.

3. Tratamiento

3.5 Tratamiento: carcinoma IB3-IIA2



© 2009 Terese Winslow
U.S. Govt. has certain rights

ESTADIO IB3-IIA2

Quimiorradioterapia concomitante+braquiterapia
 ↓
 Histerectomía radical+LP+LPA (categoría 2B)
 ↓
 Quimiorradioterapia
 concomitante+braquiterapia+histerectomía
 adyuvante (categoría 3)

LP: Linfadenectomía pélvica
 LPA: Linfadenectomía paraaórtica
 GC: Ganglio centinela

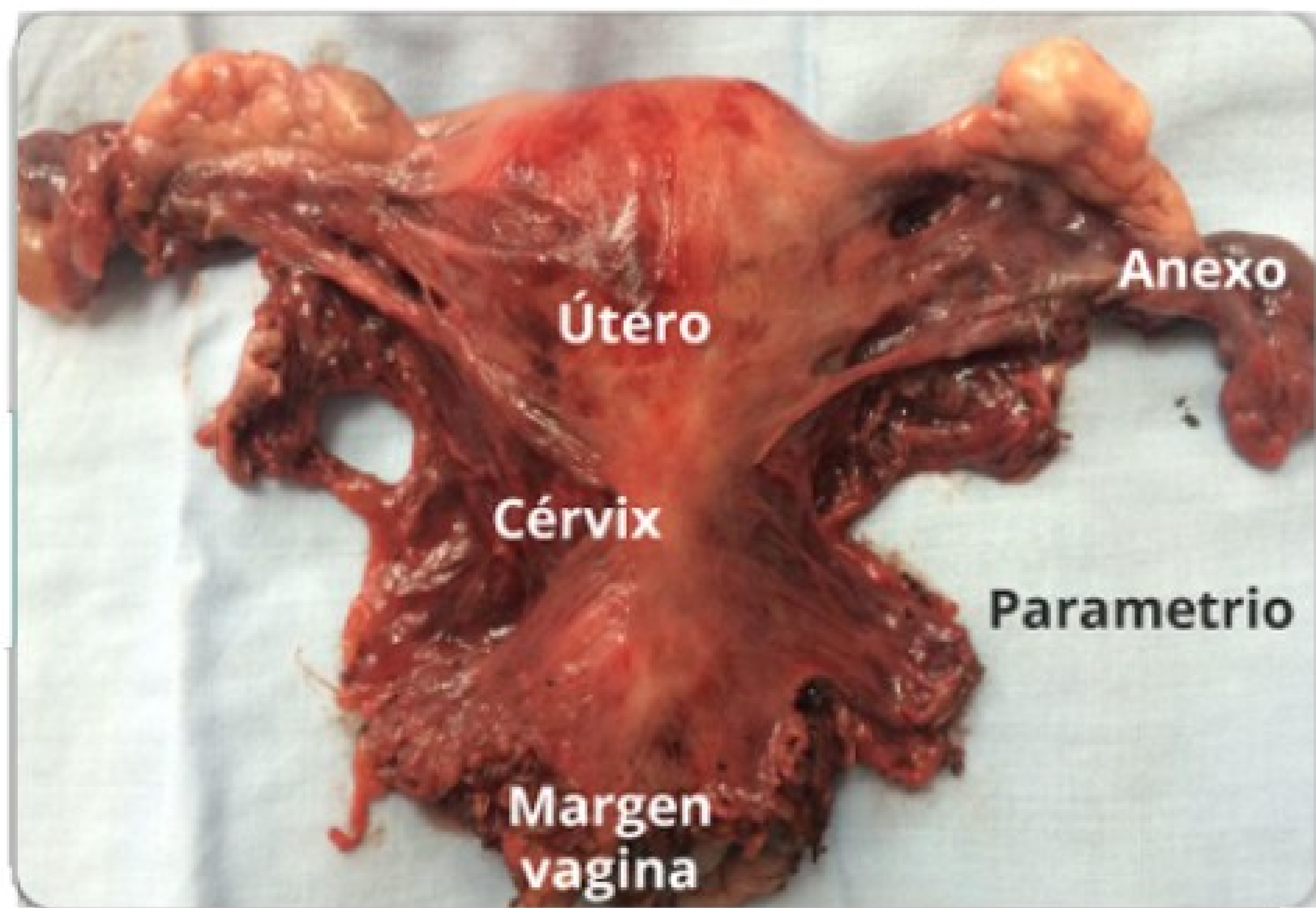
3. Tratamiento

3.6 Tratamiento: Cervix quirúrgico



BIBLIOGRAFÍA

Histerectomía tipo C + LP



Linfadenectomía pélvica: ganglios parametriales, obturadores, ilíacos internos, externos y comunes.

3. Tratamiento

3.7 Tratamiento: cérvix quirúrgico



BIBLIOGRAFÍA

Comparación de los tipos de histerectomía				Comparación de los tipos de traacelectomía	
	Simple / Extrafascial Histerectomía(Tipo A)	Histerectomía radical modificada(Tipo B)	Histerectomía radical modificada(Tipo C)	Simple traacelectomía	Radical traacelectomía
Indicación	Etapa IA1	Etapa IA1 con LVSI Y IA2	Enfermedad local sin metástasis obvia, incluso: Etapa IB1 Y IB2 Etapa seleccionada IIA	HSIL Y Etapa IA1	Etapa IA2 y Etapa IB1 si ≤2 cm y histología escamosa
Intención	Curativo para la microinvasión	Curativo para lesiones pequeñas	Curativo para lesiones grandes	Curativo para la microinvasión fertilidad preservada	Curativo para etapa selección IB1 y IA2 fertilidad preservada
Uteros	retitar	retitar	retitar	sobrante	sobrante
Ovarios	Remocion opcional	Remocion opcional	Remocion opcional	sobrante	sobrante
Cérvix	retitar	retitar	retitar	retitar	retitar
Margén vaginal	Ninguna	1- a 2 cm margen	Superior 1/4 a 1/3 de la vagina	Ninguna	Superior 1/4 a 1/3 de la vagina
Uréteres	No movilizado	Tunelizado a través de amplio ligamento	Tunelizado a través de amplio ligamento	No movilizado	Tunelizado a través de amplio ligamento
Ligamentos	Resecar en el útero y borde cervical	Dividido donde el uréter transita el ligamento ancho	Dividido en el flanco pélvico	Resecar en el borde cervical	Dividido en el flanco pélvico
Ligamentos uterosacro	Dividido en el borde cervical	Parcialmente resecaado	Dividido cerca al origen sacro	Dividido en el borde cervical	Dividido cerca al origen sacro
Vejiga	Movilizado a la base cervical	Movilizado a la parte superior de la vagina	Movilizado a la parte media de la vagina	Movilizado a la reflexión peritoneal	Movilizado a la reflexión peritoneal
Recto	No movilizado	Movilizado bajo el cervical	Movilizado bajo la parte media de la vagina	Movilizado a la reflexión peritoneal	Movilizado encima de la reflexión peritoneal
Abordaje quirúrgico	Laparotomía o laparoscopia	Laparotomía o laparoscopia o laparoscopia robotica	Laparotomía o laparoscopia o laparoscopia robotica	Vaginal	Vaginal o laparotomía o laparoscopia, o laparoscopia robotica

3. Tratamiento

3.8 Tratamiento: cérvix quirúrgico

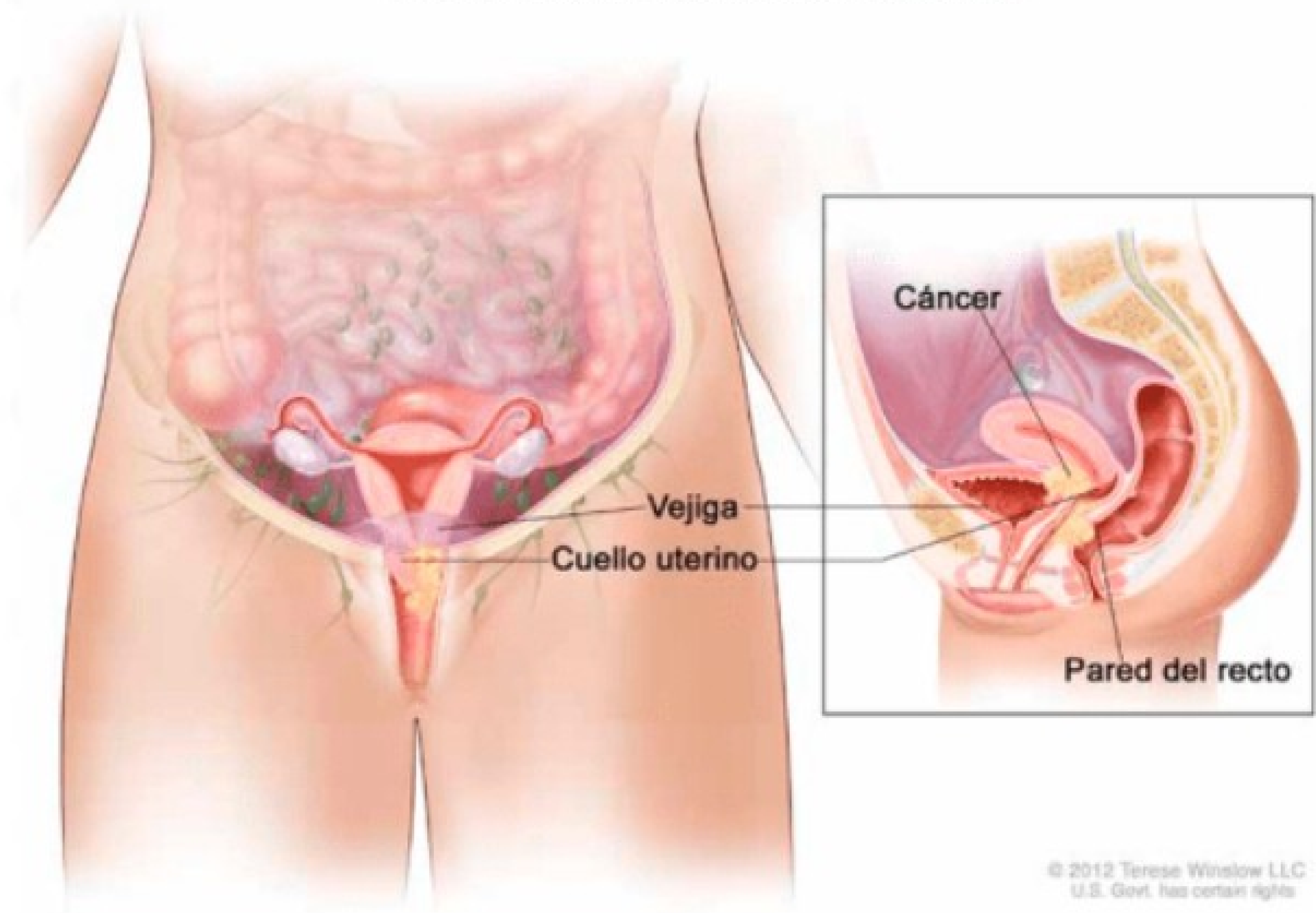


BIBLIOGRAFÍA

Tipos de cirugía

- Puede ser laparotomía o cirugía mínimamente invasiva.
- Varios estudios recientes han cuestionado la presunta equivalencia terapéutica de los enfoques abierto frente a Mínima invasión (MIS).

Cáncer de cuello uterino en estadio IVA





3. Tratamiento

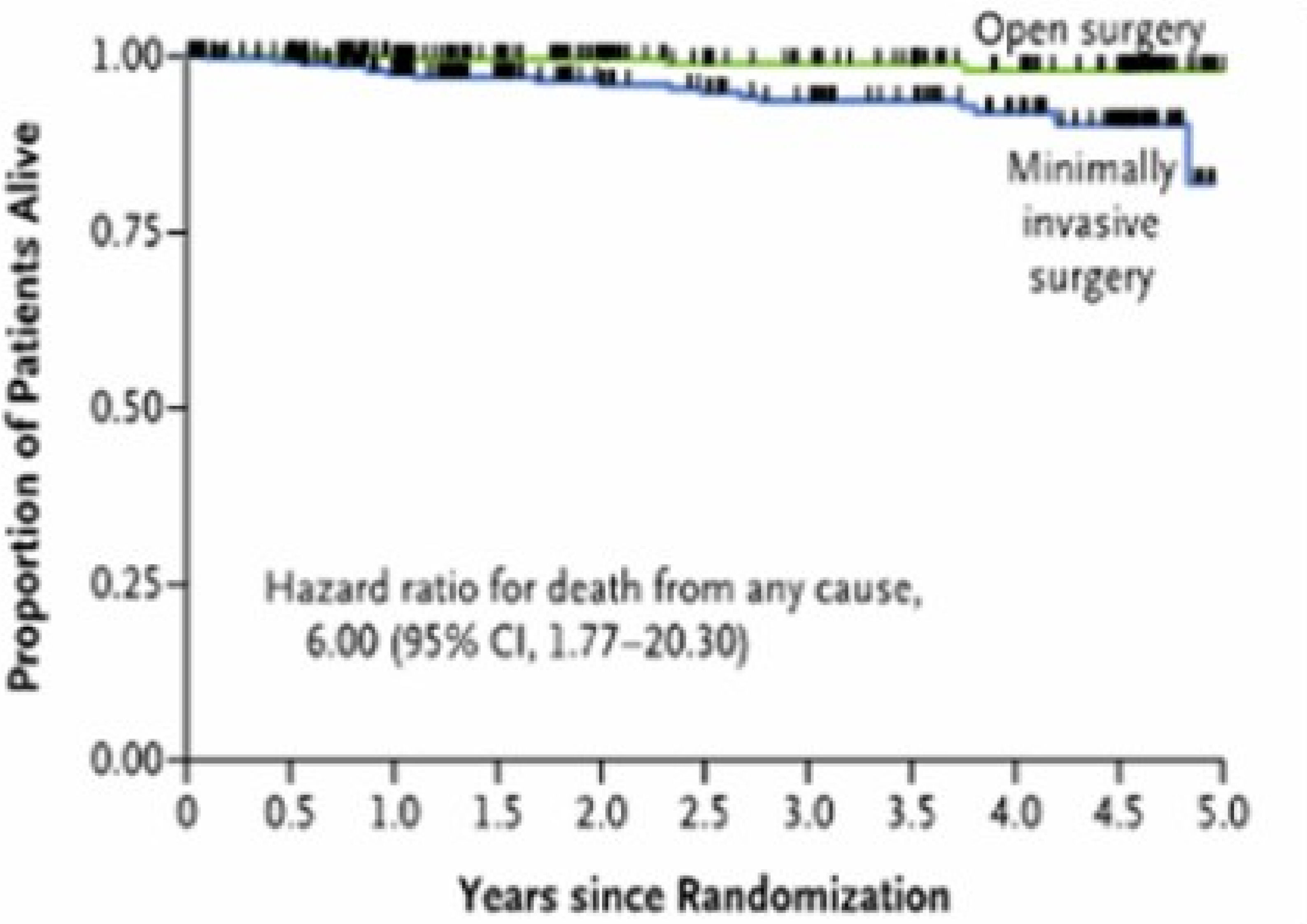
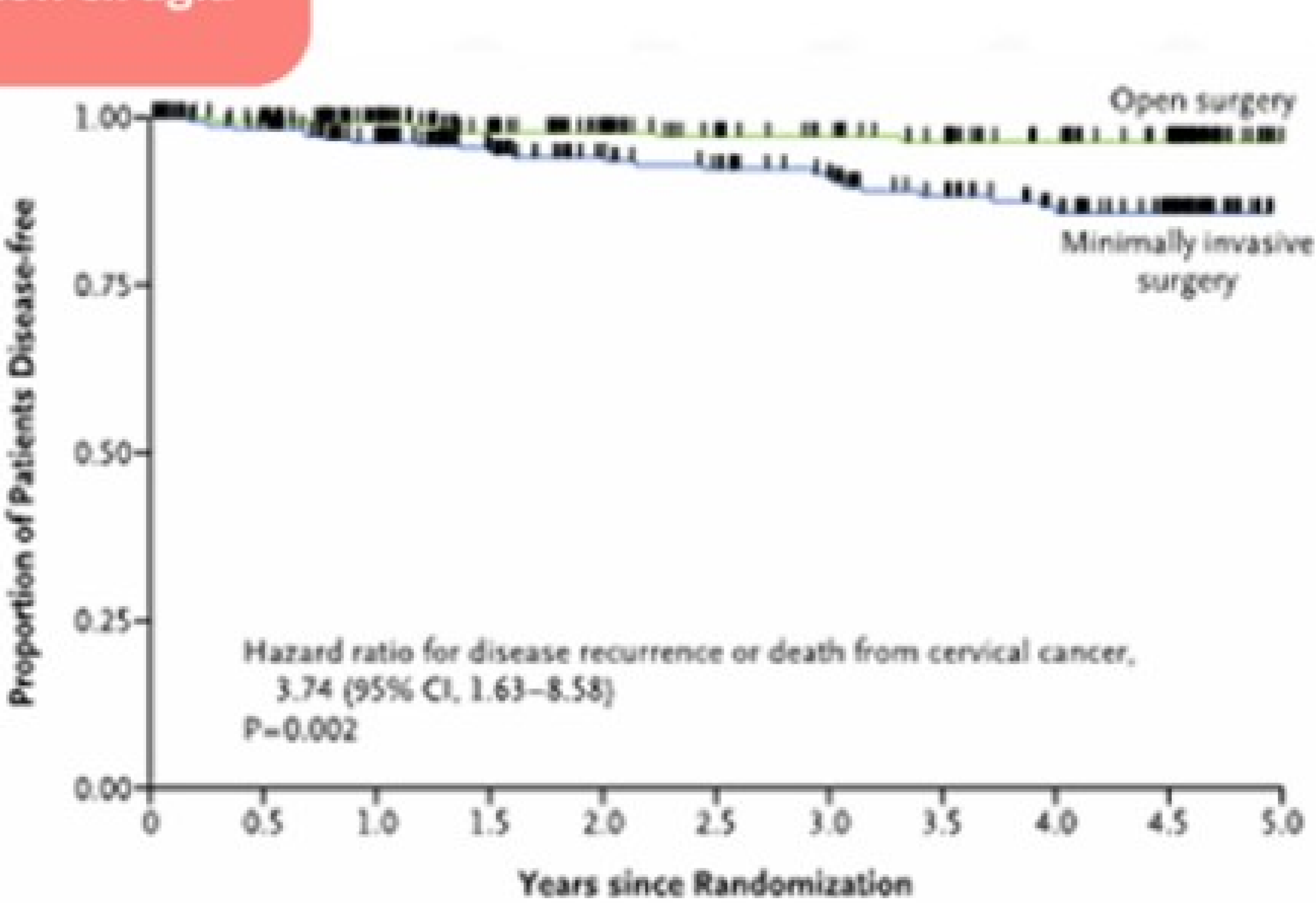
3.9 Tratamiento: cérvix quirúrgico

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy for Cervical Cancer

La tasa de supervivencia libre de enfermedad 86% con cirugía mínimamente invasiva y 96,5% con cirugía abierta

N: 319 MI N: 312 Abierta



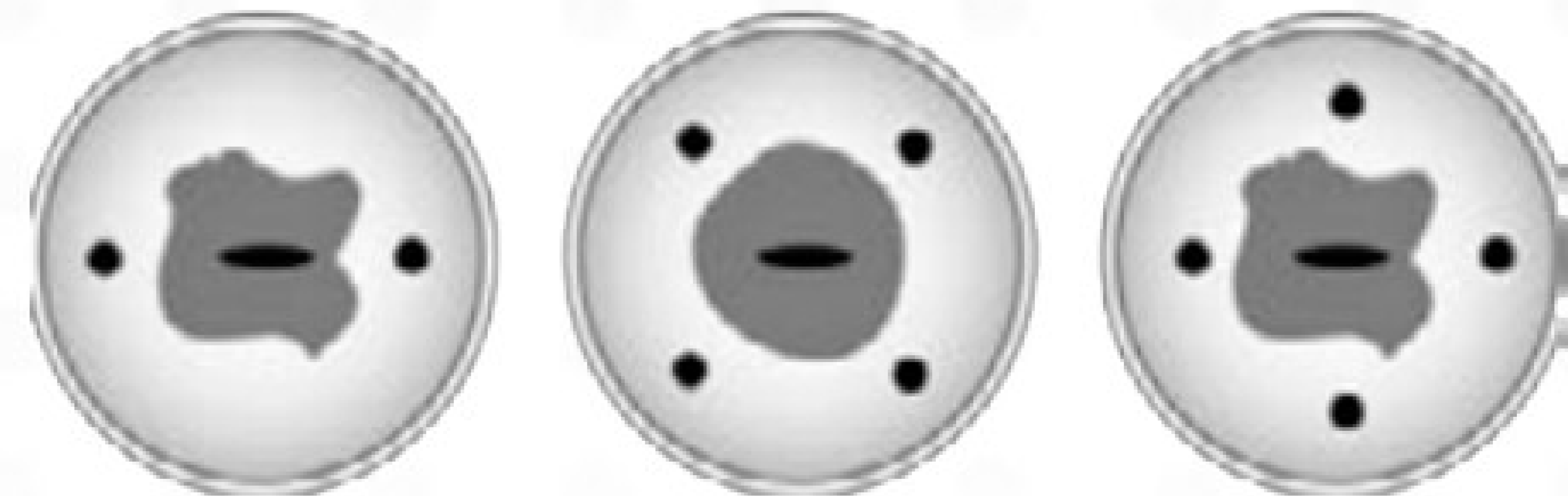
3. Tratamiento

3.10 Tratamiento: ganglio centinela



BIBLIOGRAFÍA

- Evita la linfadenectomía sistemática. Debe incluir ultraestadiaje en la evaluación patológica.
- Los estudios han demostrado sensibilidad >90% usando tecnica de radiotrazadores combinada, alta especificidad con baja tasa de falsos negativos.



3. Tratamiento

3.11 Tratamiento: adyuvancia

Respecto al tratamiento adyuvante los pacientes deben dividirse en riesgo intermedio y alto, esto se determina por factores histopatológicos presentes en la pieza quirúrgica.

- Adyuvancia: manejo posterior al tratamiento estandar.
- Se brinda a los pacientes operados en estadios tempranos que presentan factores de riesgo para recaída tumoral.
- Criterios de riesgo intermedio y criterios de alto riesgo explicados a continuación.



BIBLIOGRAFÍA

3. Tratamiento

3.12 Tratamiento: adyuvancia en riesgo alto

PACIENTES ALTO RIESGO

- Ganglios positivos
- Infiltración parametrios
- Márgenes positivos

CANDIDATOS A
RADIOTERAPIA +
QUIMIOTERAPIA
ADYUVANTE



BIBLIOGRAFÍA

Concurrent Chemotherapy and Pelvic Radiation Therapy Compared With Pelvic Radiation Therapy Alone as Adjuvant Therapy After Radical Surgery in High-Risk Early-Stage Cancer of the Cervix

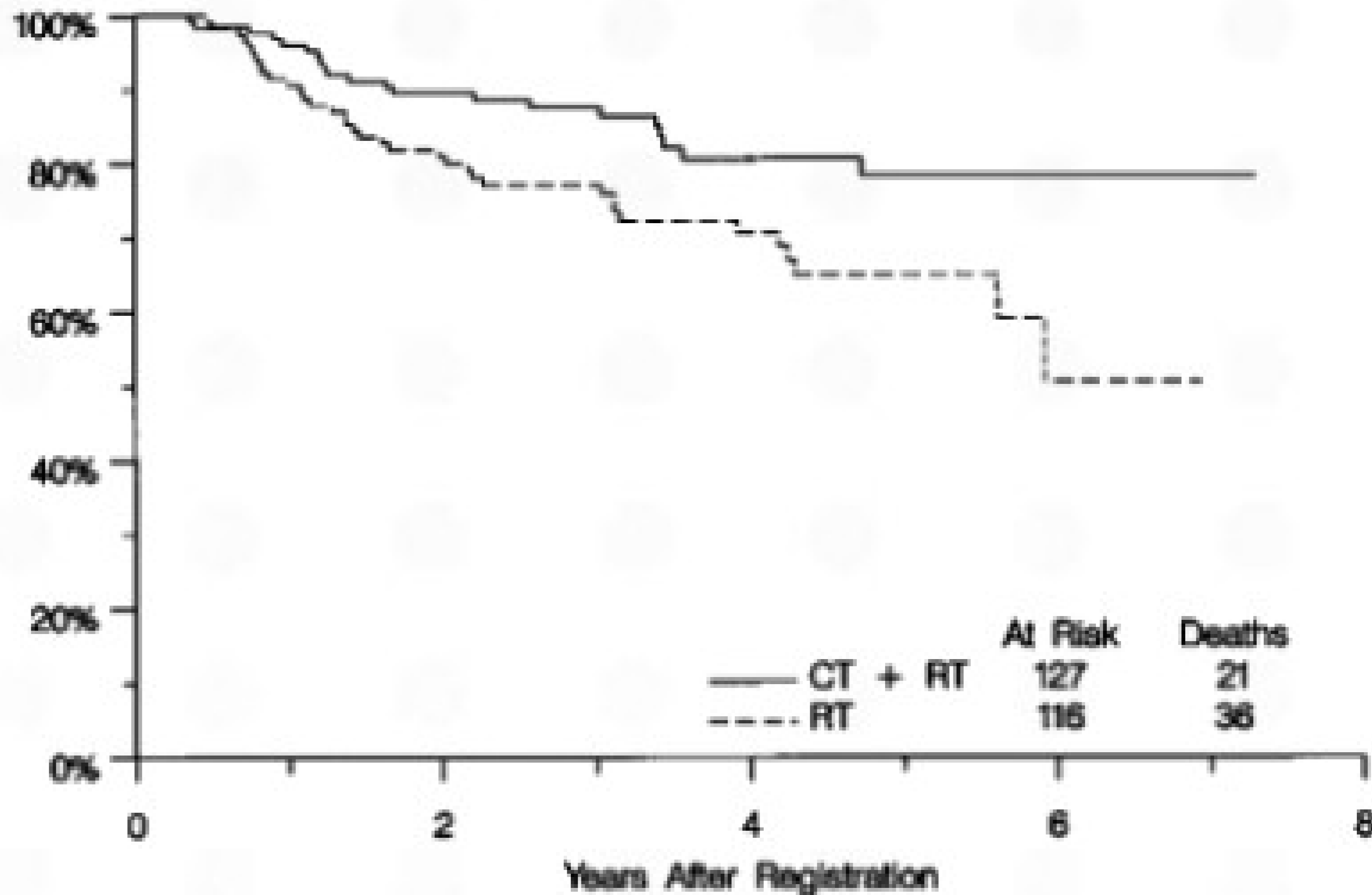


Fig 2. Overall survival for 127 patients randomized to receive CT + RT and for 116 patients randomized to receive RT alone.

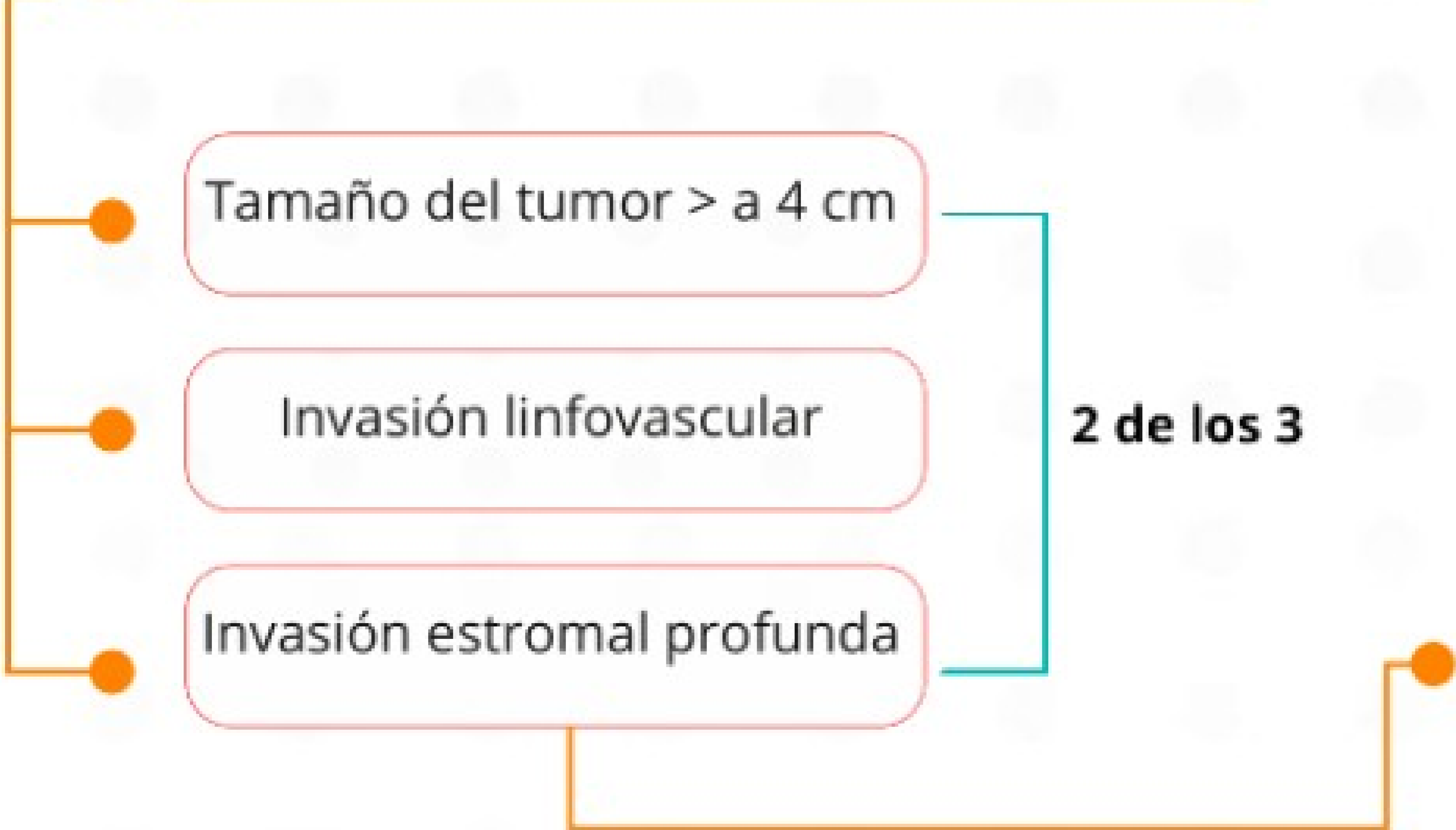
3. Tratamiento

3.13 Tratamiento: adyuvancia en riesgo intermedio, bajo



BIBLIOGRAFÍA

PACIENTES RIESGO INTERMEDIO



CANDIDATOS A RADIOTERAPIA ADYUVANTE
DOSIS USUAL: 45-50 Gy

PACIENTES RIESGO BAJO



3. Tratamiento

3.13 Tratamiento: adyuvancia en riesgo intermedio, bajo

BIBLIOGRAFÍA

ESTADIO IB3 - IIA2 a IVA

Quimioradioterapia concomitante

Aumenta supervivencia general, supervivencia libre de progresión y disminuye las recurrencias locales y a distancia.

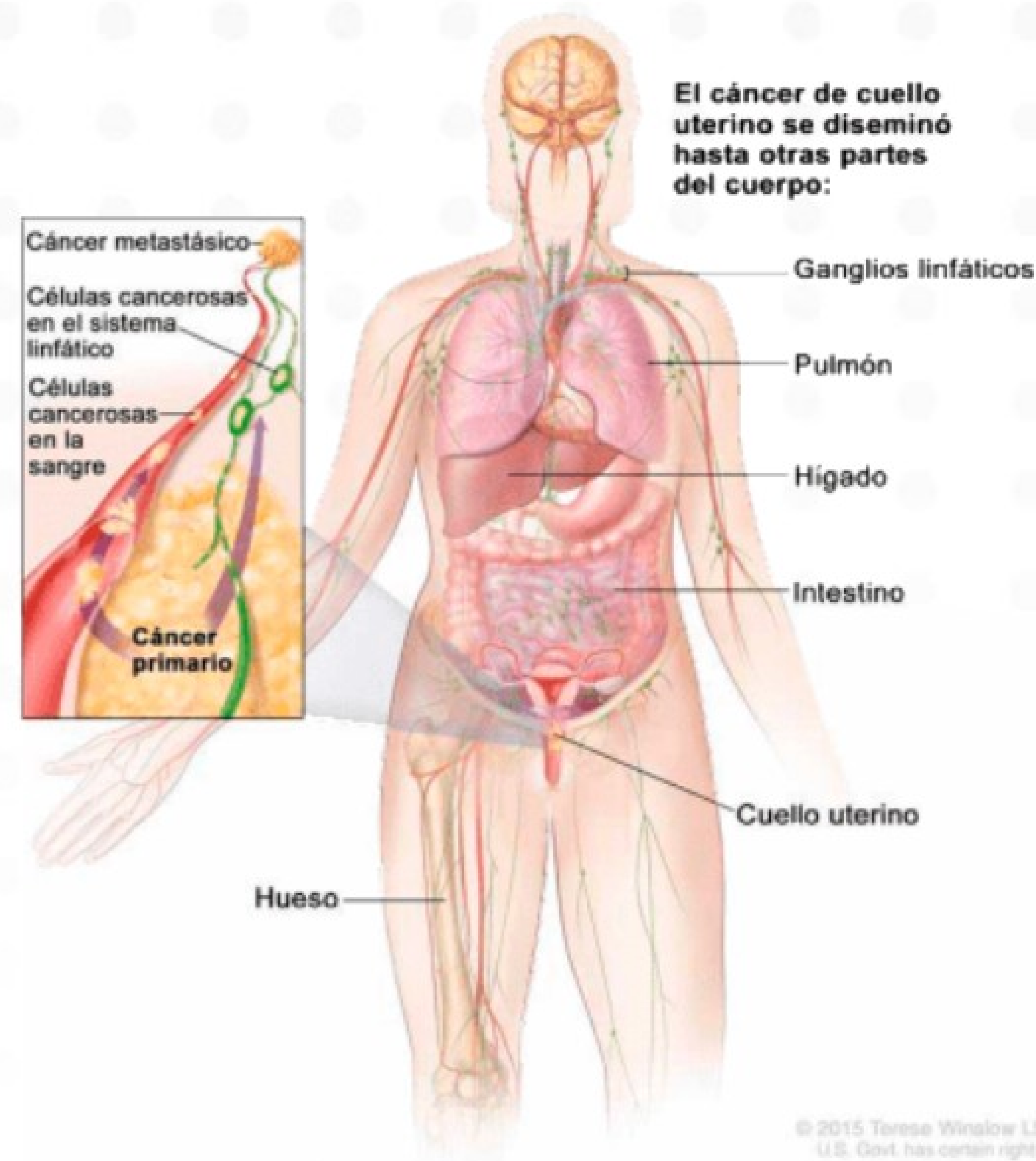
Las imágenes permitirán evaluar el compromiso ganglionar. Si se documentan ganglios pélvicos positivos se sugiere estadificación quirúrgica para determinar extensión del campo de radioterapia.

3. Tratamiento

3.14 Tratamiento: estadio IVB

El manejo es individualizado, de acuerdo a si la enfermedad a distancia es susceptible de resección local. Se puede brindar: metastasectomía, radioterapia o Quimioterapia con intención paliativa.

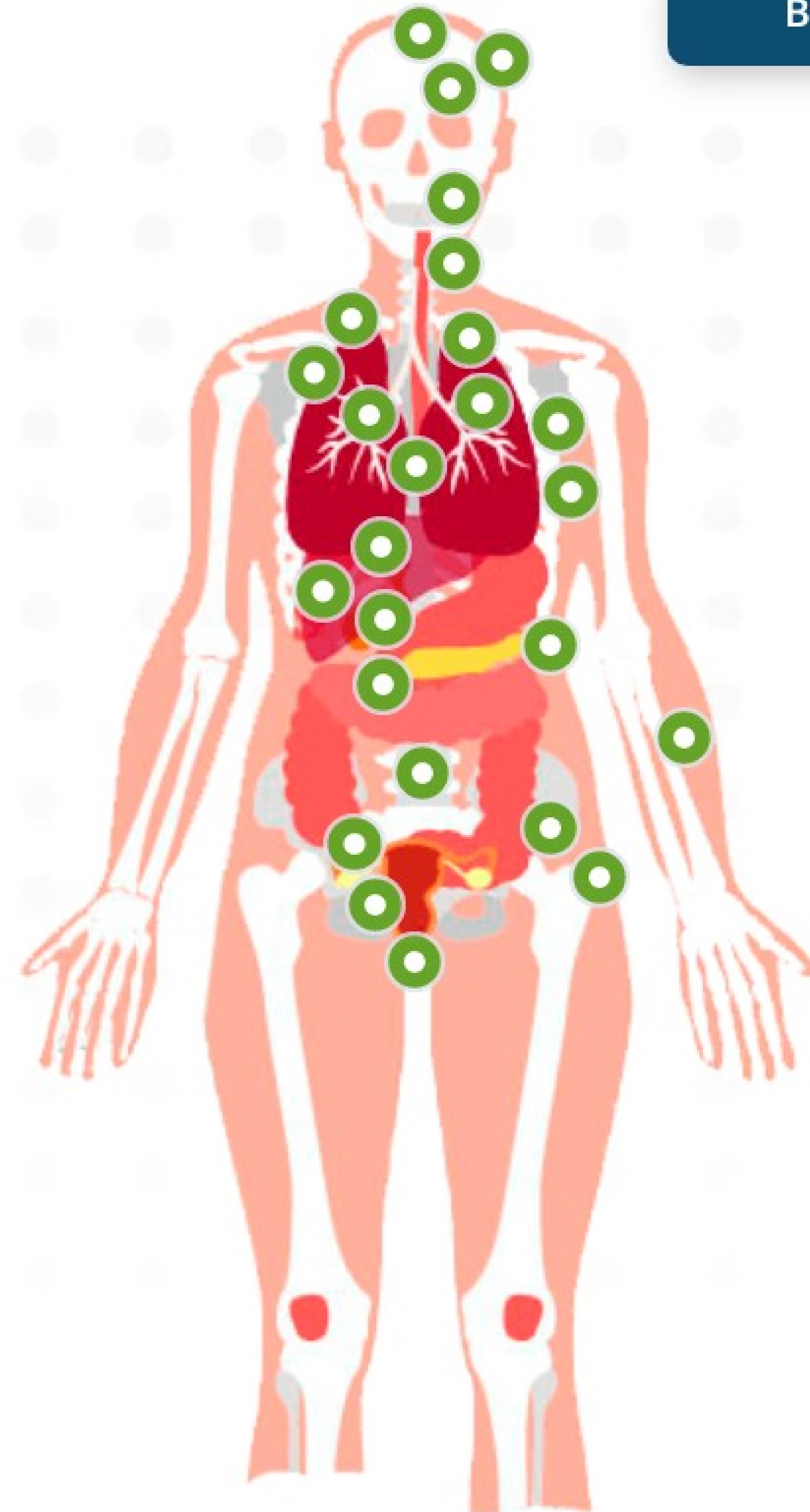
Cáncer de cuello uterino en estadio IVB



3. Tratamiento

3.14 Tratamiento: estadio IVB

En esta figura se muestran los principales sitios de enfermedad metastásica. El hígado, pulmón y columna vertebral son los sitios más frecuentes de afectación. Las metástasis inusuales corresponden al 8 % de la enfermedad metastásica y es debido a la diseminación hematológica de la neoplasia.



4. Seguimiento



BIBLIOGRAFÍA

- Cada 3-4 meses durante los primeros 2 años.
- Cada 6 meses del 3-5 año.
Luego anual.

¿Qué solicitarle durante el seguimiento?

Examen físico

NO uso de imágenes rutinario

En compromiso linfático extenso: imagen abdomen

Tasa de detección de recaída:
Examen físico (29%-71%)
Radiografía de tórax (20%-47%)
TAC (0%- 34%)
Citología vaginal (0%-17%)

5. Enfermedad recurrente



BIBLIOGRAFÍA

OPCIONES DE MANEJO

Recaída pélvica luego de una cirugía primaria

Quimiorradiación

Mejora sobrevida 74%

Exenteración pélvica

Opción cuando no hay evidencia de diseminación intraperitoneal o extrapélvica. Alta morbilidad-
Sobrevida 30%-60%.
Mortalidad 10%

Recaída paraórtica nodal

Quimiorradiación

Mejora sobrevida 30%

5. Enfermedad recurrente



BIBLIOGRAFÍA

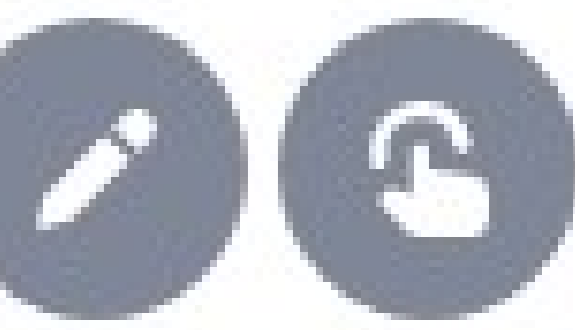
Comparison of Infralevator Exenteration Types				Comparison of Supralevator Exenteration Types	
	Anterior	Posterior	Total	Posterior	Total
Indication	Central pelvic recurrence Primary therapy for FIGO stage IVA				
Intent	Curative				
Uterus, tubes, ovaries	Removed if still present	Removed if still present	Removed if still present	Removed if still present	Removed if still present
Vagina	Removed	Removed	Removed	Removed	Removed
Bladder and urethra	Removed	Preserved	Removed	Preserved	Removed
Rectum	Preserved	Removed	Removed	Removed	Removed
Anal sphincter	Preserved	Removed	Removed	Preserved, anastomosis possible	Preserved, anastomosis possible
Reconstruction options Urinary system	Ileal conduit or Continent conduit	N/A	Ileal conduit or Continent conduit	N/A	Ileal conduit or Continent conduit
Reconstruction options GI system	N/A	End colostomy	End colostomy	End colostomy or anastomosis	End colostomy or anastomosis
Reconstruction options Vagina	Split-thickness skin graft with omental J-flap, or Myocutaneous flap (rectus, gracilis, etc.), or None				

6. Pronóstico

Tasas de supervivencia global (%)

Estadio	Pacientes	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años
Estadio IA1	829	99,8	99,5	98,3	97,5	97,5
Estadio IA2	275	98,5	96,9	95,2	94,8	94,8
Estadio IB1	3020	98,2	95,0	92,6	90,7	89,1
Estadio IB2	1090	95,8	88,3	81,7	78,8	75,7
Estadio IIA	1007	96,1	88,3	81,5	77,0	73,4
Estadio IIB	2510	91,7	79,8	73,0	69,3	65,8
Estadio IIIA	211	76,7	59,8	54,0	45,1	39,7
Estadio IIIB	2028	77,9	59,5	51,0	46,0	41,5
Estadio IVA	326	51,9	35,1	28,3	22,7	22,0
Estadio IVB	343	42,2	22,7	16,4	12,6	9,3

Adaptada con autorización de: Quinn MA, Benedet J, Odicino F, et al. Carcinoma of the cervix uteri: annual report on the results of treatment in gynecological cancer. Int J Gynecol Obstet 2006;95: S43-S103



ACTIVIDAD INTERACTIVA

Lo invitamos a realizar la siguiente actividad acerca de los contenidos estudiados antes.

EMPEZAR >

