

**GOBIERNO
FEDERAL**



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia
Rápida

Diagnóstico y
Tratamiento del

CÁNCER CERVICOUTERINO

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro: IMSS-333-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
E INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

Guía de Referencia Rápida

CIE-10: C53X

Tumor Maligno del cuello del útero

GPC

Diagnóstico y tratamiento del cáncer cervicouterino

ISBN en trámite

DIAGNÓSTICO

El cáncer del cuello uterino es una alteración celular que se origina en el epitelio del cérvix que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución, las cuales progresan a un cáncer in situ (confinado a la superficie epitelial) o un cáncer invasor en donde las células con transformación maligna traspasan la membrana basal

Toda paciente con sospecha de cáncer cérvicouterino deberá ser corroborado mediante colposcopia y toma de estudio histopatológico el cual se realizará mediante: toma de biopsia dirigida, curetaje endocervical y/o cono diagnóstico

El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvicouterino debe incluir historia clínica completa, examen físico completo. Toma de citología y biopsia por

La estadificación clínica del cáncer cervical es usando los criterios de la Federación Internacional de Gineco-obstetricia (FIGO), la cual no toma en cuenta los resultados de Tomografía axial computada (TAC), Resonancia magnética nuclear (RMN) ni Tomografía por emisión de positrones (PET).

La paciente con hallazgo incidental histopatológico definitivo de cáncer cervicouterino sometida a cirugía por otra causa se debe valorar la extensión de la enfermedad

(Algoritmo 8 y 9)

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Toda paciente con sospecha de cáncer cérvicouterino deberá ser corroborado mediante colposcopia y toma de estudio histopatológico el cual se realizará mediante: toma de biopsia dirigida, curetaje endocervical y/o cono diagnóstico

El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvicouterino debe incluir: biometría, química sanguínea, incluyendo pruebas de función renal y hepática.

En las pacientes que se tenga sospecha de estar involucrado vejiga o recto deberá solicitarse cistoscopia y rectosigmoidoscopia con toma de biopsia.

La tomografía axial computarizada es recomendable como el estudio mínimo para la estadificación y planificación del tratamiento

La resonancia magnética (RM) y/o tomografía por emisión de positrones (PET)

Son estudios recomendables para la planeación del tratamiento en pacientes con etapas no operables, sin embargo su realización dependerá de los recursos de cada centro hospitalario.

El cono cervical es fundamental para estadificar el cáncer microinvasor y/o determinar invasión.

Cáncer cervicouterino y embarazo

La paciente embarazada con diagnóstico de cáncer cervicouterino debe ser analizado su caso por un comité multidisciplinario de la institución, individualizando el problema y con el consentimiento informado de la paciente.

EL legrado o raspado endocervical es un procedimiento contraindicado formalmente en la mujer embarazada

En las embarazadas la colposcopia es una intervención diagnostica adecuada y debe ser realizada por médicos experimentados.

La biopsia de lesiones sospechosas de NIC II; III O cáncer es una intervención aceptable

Las pacientes diagnosticadas con cáncer cervicouterino antes de las 16 semanas de gestación deberán ser tratadas de forma inmediata independientemente de la etapa

TRATAMIENTO QUIRURGICO

La cirugía es la primera opción en pacientes jóvenes sin contraindicaciones quirúrgicas.

Con la realización de la cirugía se obtiene muchos factores pronósticos que incluye el tamaño del tumor primario, profundidad de la invasión estromal, presencia o ausencia de márgenes del tumor cerca de vagina o parametrios y estado ganglionar.

Para los estadios tempranos la cirugía conserva los ovarios evitando la menopausia temprana, vagina mas corta y fibrosa preservando la función sexual, en comparación con la radioterapia radical

Las pacientes con estadio IA1, el tratamiento estándar consiste en conización con márgenes libres y/o histerectomía extrafacial. (Algoritmo 2)

La opción de tratamiento depende de algunos factores que incluyen:

-Preferencia de la paciente,

-Preservación de la función vaginal y ovárica, -Condiciones de enfermedades concomitantes que limitan la cirugía por un alto riesgo quirúrgico. (Algoritmo 4)

En el estadio IA1 y ausencia de infiltración linfovascular el porcentaje de afección ganglionar es menor de 1 % y en caso de afección linfovascular el porcentaje es de 8.2%

En ausencia de infiltración linfovascular , la disección linfática no está indicada y la histerectomía es el tratamiento de elección si la paciente tiene paridad satisfecha, con conservación de ovario en las mujeres jóvenes

Y las mujeres con deseo de conservación de la fertilidad el cono es el tratamiento de elección (Algoritmo 2)

Con invasión linfovascular el tratamiento debe individualizarse considerando. .

Histerectomía radical modificada más linfadenectomía pélvica o en caso que no se pueda realizar cirugía la radioterapia intracavitaria es una opción.

En estadio IA2 el tratamiento es histerectomía radical Piver III con linfadenectomía pélvica y muestreo ganglionar para aórtico.

Las pacientes con estadificación IB1 y IIA1 (tumores menores de 4 cm).

El tratamiento se realizará con histerectomía Piver III radical linfadenectomía pélvica y muestreo linfático para aórtico.

Solo en lesiones estado IB1 con tumor menor de 2cm que se quiera preservar la fertilidad se puede realizar traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica y muestreo para aórtico (Algoritmo 3)

En caso de que se quiera preservar la fertilidad se realizará traquelectomía radical con linfadenectomía pélvica y muestreo para aórtico.

En las pacientes con estadificación IB1 menores de 2 cm. se tiene la alternativa en mujeres sin paridad satisfecha la opción de traquelectomía más linfadenectomía pélvica y paraortica. Cuando ganglios pélvicos positivos son identificados durante la histerectomía radical, la práctica de abortar la cirugía no ha sido aprobado por ningún estudio aleatorizado.

Hallazgos quirúrgicos:

Ganglios negativos: se puede mantener solo en observación.

Si se combina con factores de alto riesgo como tamaño del tumor, invasión estromal profunda o invasión al espacio linfovascular, se puede aplicar radioterapia pélvica

Ganglios pélvicos positivos, o márgenes quirúrgicos positivos.

Se dará radioterapia pélvica con quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia vaginal

Ganglios pélvicos positivos, o márgenes quirúrgicos positivos.

Se dará radioterapia pélvica con quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia vaginal

Ganglios par aórticos positivos:

Solicitar TAC y/o PET, si no hay datos de metástasis a distancia iniciar Radioterapia a ganglios paraorticos, quimioterapia concomitante a base de platino, Radioterapia a pelvis y braquiterapia vaginal.

La recurrencia local posterior a radioterapia es potencialmente curativa con histerectomía radical y/ o exenteración pélvica, siendo la supervivencia de un 30 a 60 % con factores pronósticos favorables.

Pacientes cuidadosamente seleccionadas con tumores centrales menores de 2 cm son candidatas a histerectomía

radical

Con datos de metástasis a distancia positivo, valorar toma de biopsia de lugares sospechosos y de confirmarse valorar terapia sistémica individualizada + Radioterapia

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En el estadio IB2 las opciones de tratamiento son:

Radioterapia pélvica + quimioterapia concomitante que contenga cisplatino* + braquiterapia con dosis en el punto A de 85 Gy.

Histerectomía radical con linfadenectomía pélvica con muestreo para aórtico.

Radioterapia pélvica + quimioterapia concomitante que contenga cisplatino + histerectomía complementaria

(Algoritmo 6)

El esquema de quimioterapia concomitante a radioterapia es a base de Cisplatino 40mg/m² semanal durante el periodo de radioterapia externa.

Las posibilidades de su administración dependerá de cada centro hospitalario

En las pacientes a partir del estadio IB2, IIA2 (tumores mayores de 4 cm), IIIA, IIIB y IVA el estándar de tratamiento es radioterapia pélvica más quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia.

(Algoritmo 6)

En las pacientes con estadio IV B el tratamiento para paliación de síntomas y las opciones de tratamiento es con quimioterapia sistémica basada en platino y/o radioterapia pélvica o a sitios sintomáticos y cuidados paliativos. (Ver GPC Cuidados Paliativos)(Algoritmo 7)

Cuando la recurrencia es en un sitio localizado se planteara la resección o quimioterapia y radioterapia

La recurrencia sistémica cuando es en múltiples sitios es quimioterapia paliativa o manejo paliativo.

Todas las pacientes con Estadio IA con metástasis ganglionar requieren tratamiento adyuvante con quimioterapia y Radioterapia concomitante teniendo como base farmacológica el cisplatino

En las pacientes con estadio IV B se recomienda el tratamiento para paliación de síntomas y las opciones de tratamiento son quimioterapia sistémica basada en cisplatino + paclitaxel y/o radioterapia a sitios sintomáticos o cuidados paliativos(Ver GPV Cuidados Paliativos)

En las pacientes que presentan persistencia tumoral posterior a tratamiento de radioterapia si ésta no es quirúrgicamente accesible se debe otorgar quimioterapia con fines paliativos.

Los estrógenos vaginales disminuyen la Dispareunia, alteraciones del epitelio vaginal y estenosis

La terapia hormonal de reemplazo se indica cuando existe sintomatología de síndrome climatérico causado por el tratamiento oncológico

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Radioterapia:

En las pacientes a partir del estadio IB2, IIA2 (tumores mayores de 4 cm), IIIA, IIIB y IVA el estándar de tratamiento es radioterapia pélvica más quimioterapia concomitante a base de platino y braquiterapia. (Algoritmo 6) La otra opción de tratamiento es radioterapia pélvica (teleterapia) +braquiterapia Punto A con dosis de 85-90 Gy.

En caso que no se pueda realizar cirugía la terapéutica será con teleterapia y Braquiterapia con dosis de 75 a 80 Gy Con datos de metástasis a distancia positivo, valorar toma de biopsia de lugares sospechosos y de confirmarse valorar terapia sistémica individualizada + Radioterapia

El tratamiento con radioterapia a campo extendido y quimioterapia concomitante en pacientes con ganglios para aórticos positivos ha mostrado mayor morbilidad aguda, por lo que su administración queda a consideración y experiencia del equipo tratante.

Las complicaciones de la radioterapia se pueden presentar en forma aguda o crónica en diferentes áreas:

- Piel (Descamación, piel seca o húmeda)
- Vejiga (urgencia miccional, hematuria, disuria, estenosis uretral o ureteral, necrosis, fístulas)
- Proctológicas (Proctitis,)

Vaginales (necrosis y estenosis vaginal,)

Otras (edema de pierna, necrosis de tejidos blandos, fractura de cabeza femoral (<5%), mielosupresión, y absceso pélvico.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Referencia de Segundo a Tercer nivel

Pacientes con biopsia y diagnóstico histológico de cáncer cérvicouterino in situ deberán ser tratadas en un segundo nivel de atención.

Pacientes a las que se realizo cono y diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 sin infiltración linfovascular, deberán de ser tratadas en segundo nivel de atención.

Pacientes a las que se le realizo cono y diagnostico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 con infiltración linfovascular de ser enviada en un servicio de oncología o centro oncológico

Pacientes a las que se realizo cono y diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica 1A1 sin infiltración linfovascular, deberán de ser tratadas en segundo nivel de atención.

Pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino etapa clínica 1A2 con y sin infiltración linfovascular deben ser atendidas en el servicio o centro oncológico

Pacientes con diagnóstico de cáncer cérvicouterino etapa clínica IB a la IV debe ser atendida en el servicio o centro oncológico

Pacientes con antecedente de cáncer cérvicouterino que durante su vigilancia presenten recurrencia locorregional y/o sistémica deben ser referidas al servicio o centro oncológico.

La paciente con cáncer cérvicouterino que termina su periodo de vigilancia por 5 años en servicio o centro oncológico debe ser contrarreferida a su unidad de medicina familiar para su vigilancia permanente

La paciente con cáncer cérvicouterino y lesión en otros órganos debe ser enviada a valoración y manejo por el Médico especialista específico

La morbilidad vésico-rectal posterior a radioterapia debe ser tratada por el especialista correspondiente

INCAPACIDAD

Pacientes con tratamiento cono cervical, se requieren 7 días de recuperación e incapacidad.

Pacientes con tratamiento cono cervical más linfadenectomía pélvica se requiere 21 a 28 días de recuperación e incapacidad, de acuerdo a la valoración médica.

Pacientes con traquelectomía se requiere 21 días de recuperación e incapacidad

Pacientes con tratamiento de histerectomía total abdominal extrafacial y radical se requiere 28 días de recuperación e incapacidad.

Pacientes con radioterapia radical oscila entre 80 a 100 días de recuperación e incapacidad, individualizando cada caso.

ESCALAS

Cuadro I. Estadificación del cáncer cervicouterino
Figo 2009

Estadio	Hallazgos Patológicos
ESTADIO O	Primario. Carcinoma in situ
ESTADIO I	El cáncer esta estrictamente confinado al cerviz, la extensión del cuerpo debe ser descartada
Estadio 1A	Carcinoma invasivo el cual puede ser diagnosticado sólo por microscopía, con una invasión de profundidad 5 milímetros y una extensión ≥ 7 mm La invasión del cáncer solo puede valorarse por microscopia. Todas las lesiones macroscópicamente visibles, aun con invasión Superficial son etapas 1B
Estadio 1A1	Invasión estromal de ≤ 3 mm en profundidad y no mayor de 7 mm en su extensión horizontal.
Estadio 1A2	Invasión estromal de 3 a 5 mm de profundidad y no mayor de 7 mm en su extensión horizontal
Estadio 1B	Tumor clínicamente visible confinado al cérvix o lesión microscópica Mayor a 1A2 *
Estadio 1B1	Tumor clínicamente visible, menor de 4 cm. en su dimensión mayor
Estadio 1B2	Tumor clínicamente visible, mayor de 4 cm. en su dimensión mayor
ESTADIO II	Tumor que invade más allá del útero, pero no alcanza la pared pélvica o el tercio Inferior de la vagina
Estadio IIA.	Sin invasión parametrial
IIA1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su dimensión mayor
IIA2	Lesión clínicamente visible >4 cm in su dimensión mayor
Estadio IIB	Con invasión parametrial obvia
ESTADIO III	Tumor que invade hasta la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina y/o que provoca hidronefrosis o riñón ri funcional.**
Estadio IIIA	Tumor que invade el tercio inferior de la vagina, no invade la pared pélvica.
Estadio IIIB	Tumor que invade la pared pélvica, que causa hidronefrosis o riñón no funcional
ESTADIO IV.	El cáncer se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o infiltra (confirmación histológica) la mucosa del recto y la vejiga. (La presencia de un edema buloso no permite clasificar el tumor como estadio IV)
Estadio IVA	Invasión a órganos adyacentes
Estadio IVB	Metástasis a distancia

*Todas las lesiones visibles macroscópicamente aún con invasión superficial son clasificadas como estadio IB. La invasión es limitada. La invasión se limita a una invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal de 7 mm.

La profundidad de la invasión no puede ser mayor de 5 mm tomada de la base del epitelio del tejido original-superficial o glandular. La profundidad de la invasión puede ser siempre reportada en mm aún en aquellos casos con temprana (minima) invasión estromal(~ 1 mm)

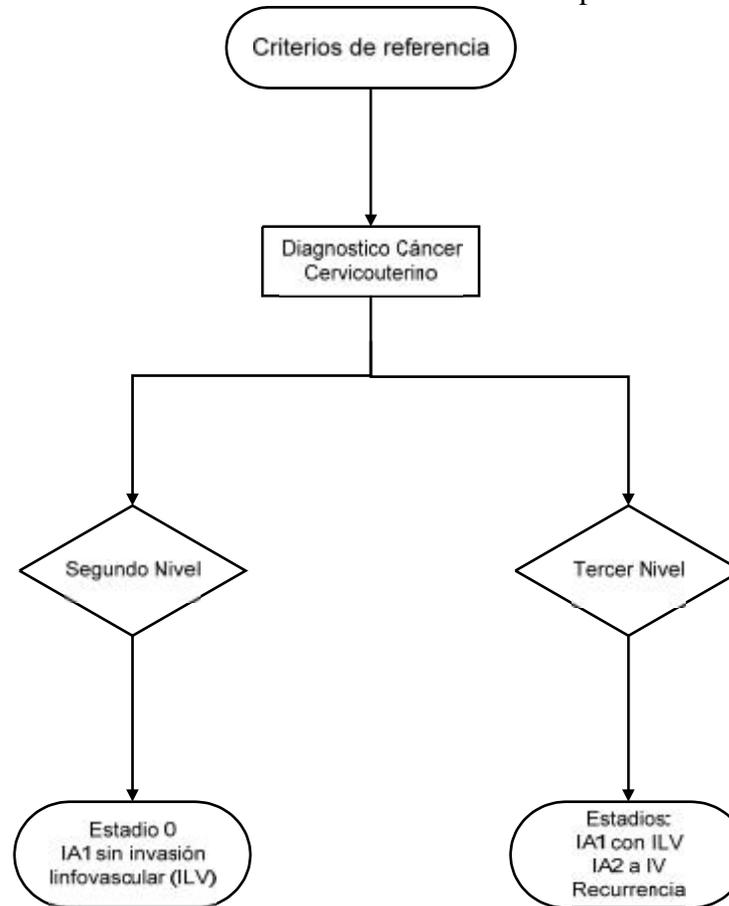
** El examen rectal, no hay un espacio libre de cáncer entre el tumor y la pared pélvica. Todos los casos con hidronefrosis o riñón no funcional son incluidos a menos que se relacione con otra causa.

<p>Tumores epiteliales</p> <p>Tumores escamosos y Precursores</p> <p>Carcinoma de células Escamosas de patrón no Especifico</p> <p>Queratinizante</p> <p>No queratinizante</p> <p>Basaloide</p> <p>Verrucosos</p> <p>Papilar</p> <p>Linfoepitelioma</p> <p>Escamoso transicional</p> <p>Carcinoma de Células Escamosas de Invasión Temprana (microinvasor)</p> <p>Tumores Glandulares y Precursores</p> <p>Adenocarcinoma</p> <p>Adenocarcinoma mucinoso</p> <p>Endocervical</p> <p>Intestinal Células en anillo de sello</p> <p>Desviación mínima</p> <p>Villoglandular</p> <p>Tumores Melanocíticos</p> <p>Melanoma Maligno</p> <p>Nevo azul</p>	<p>Tumores epiteliales (cont.)</p> <p>Adenocarcinoma</p> <p>Adenocarcinoma endometroide</p> <p>Adenocarcinoma de células claras</p> <p>Adenocarcinoma seroso</p> <p>Adenocarcinoma mesonefrico</p> <p>Adenocarcinoma de invasión temprana</p> <p>Otros Tumores Epiteliales</p> <p>Carcinoma adenoescamoso</p> <p>Carcinoma variedad de células vítreas</p> <p>Carcinoma adenoideo-quístico</p> <p>Carcinoma adenoideo basal</p> <p>Tumores neuroendocrinos</p> <p>Carcinoide</p> <p>Carcinoide atípico</p> <p>Carcinoma de células pequeñas</p> <p>Carcinoma neuroendocrino de células grandes</p> <p>Carcinoma indiferenciado</p> <p>Tumores Misceláneos</p> <p>Tumores de células tipo germinal</p> <p>Tumores de saco de Yolk</p> <p>Quístico dermoide</p> <p>Teratoma quístico maduro</p>	<p>Tumores mesenquimatosos y Tumores similares</p> <p>Leiomioma</p> <p>Sarcoma del estroma endometrial de bajo grado</p> <p>Sarcoma endocervical indiferenciado</p> <p>Sarcoma botroides</p> <p>Sarcoma alveolar de partes blandas</p> <p>Angiosarcoma</p> <p>Tumor maligno periférico de la vaina nerviosa</p> <p>Leiomioma</p> <p>Rabdomioma genital</p> <p>Nódulo postoperatorio de células espinosas</p> <p>Hematopoyéticos y Linfoides</p> <p>Linfoma maligno (tipo específico)</p> <p>Leucemia (tipo específico)</p>	<p>Tumores mesenquimatosos y epiteliales mixtos</p> <p>Carcinosarcoma (Tumor mulleriano mixto maligno)</p> <p>Adenosarcoma</p> <p>Tumor de Willm</p> <p>Adenofibroma</p> <p>Adenomioma</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

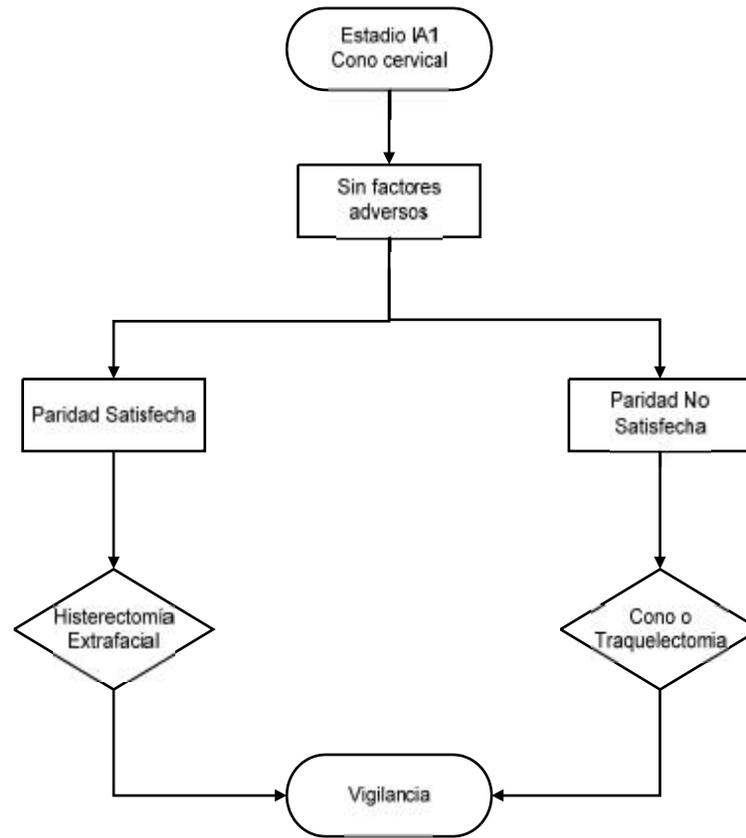
Cuadro II Clasificación histológica de la Organización Mundial de la Salud (WHO), de los tumores del cérvix uterino.

Algoritmos

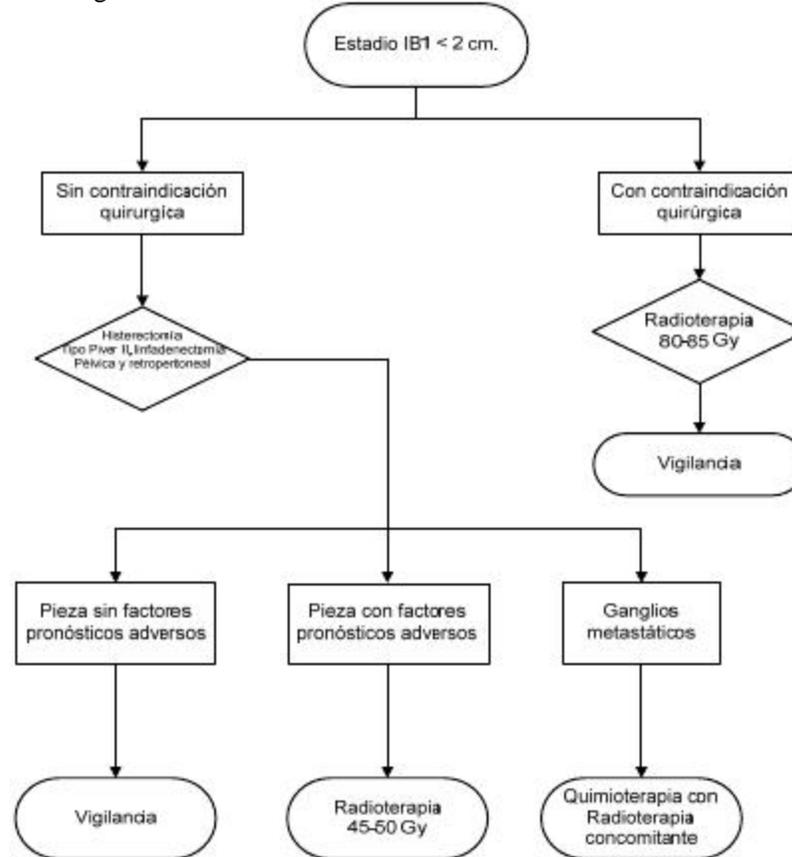
Algoritmo 1: Referencia de cáncer cérvico-uterino invasor por estadificación



Algoritmo 2: Tratamiento del estadio IA1

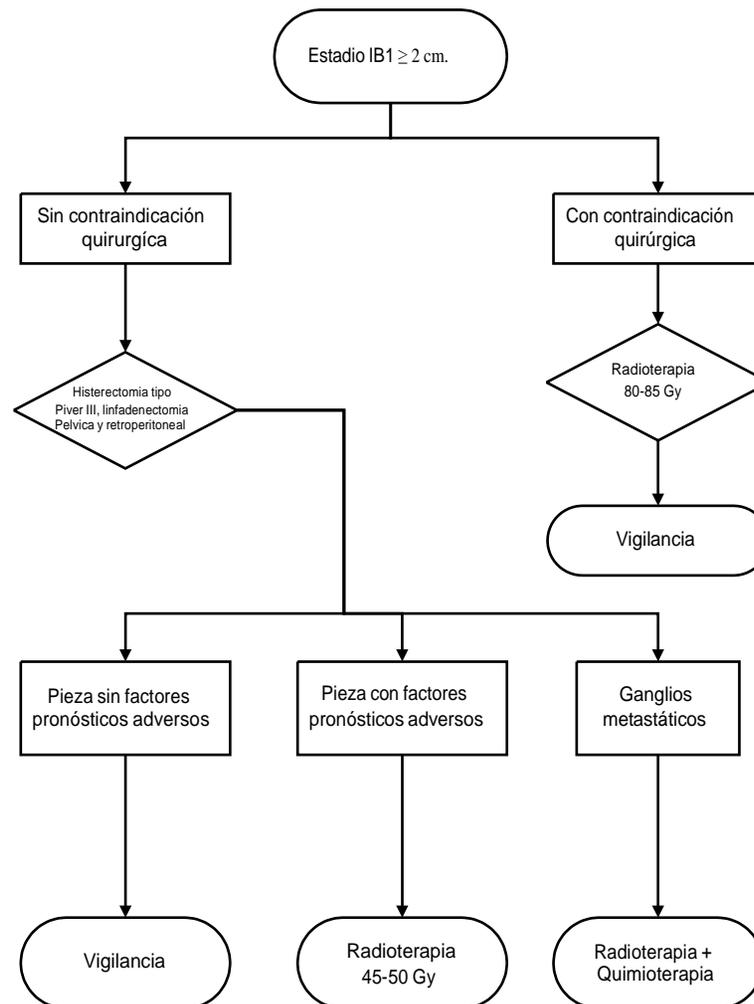


Algoritmo 3: Tratamiento del estadio IB1 < de 2 cm

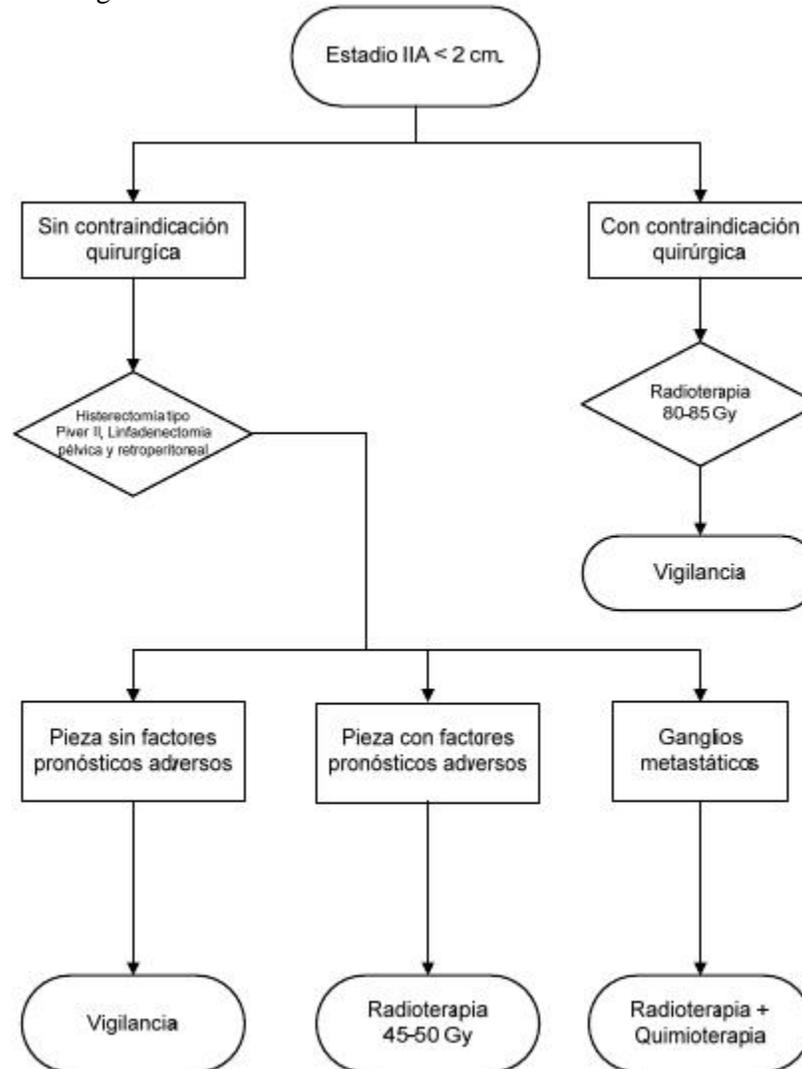


€ Pacientes sin paridad satisfecha debe considerarse traquelectomía radical

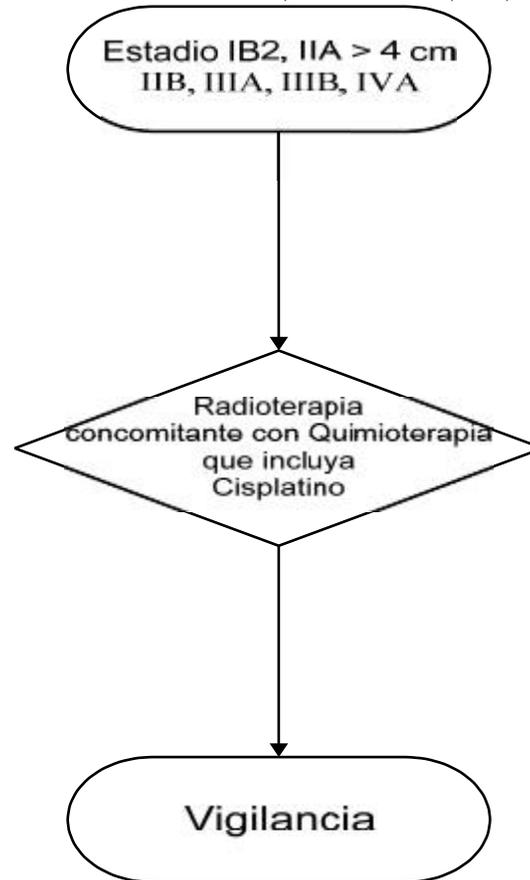
Algoritmo 4: Tratamiento del estadio IB1 ≥ 2 cm



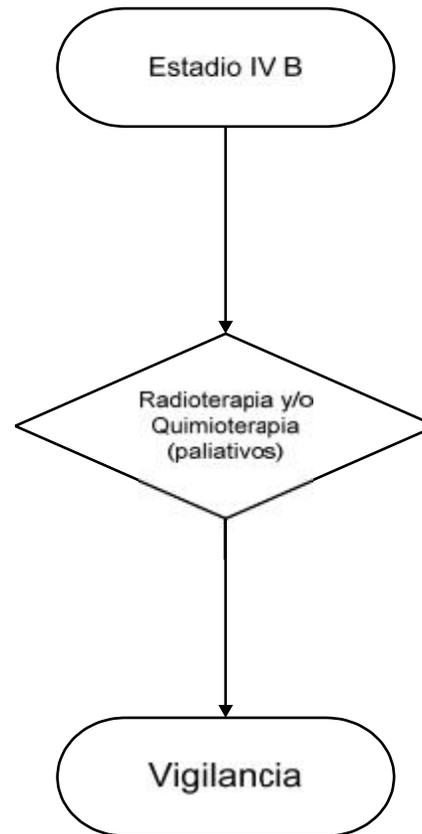
Algoritmo 5: Tratamiento del estadio IIA < 2 cm



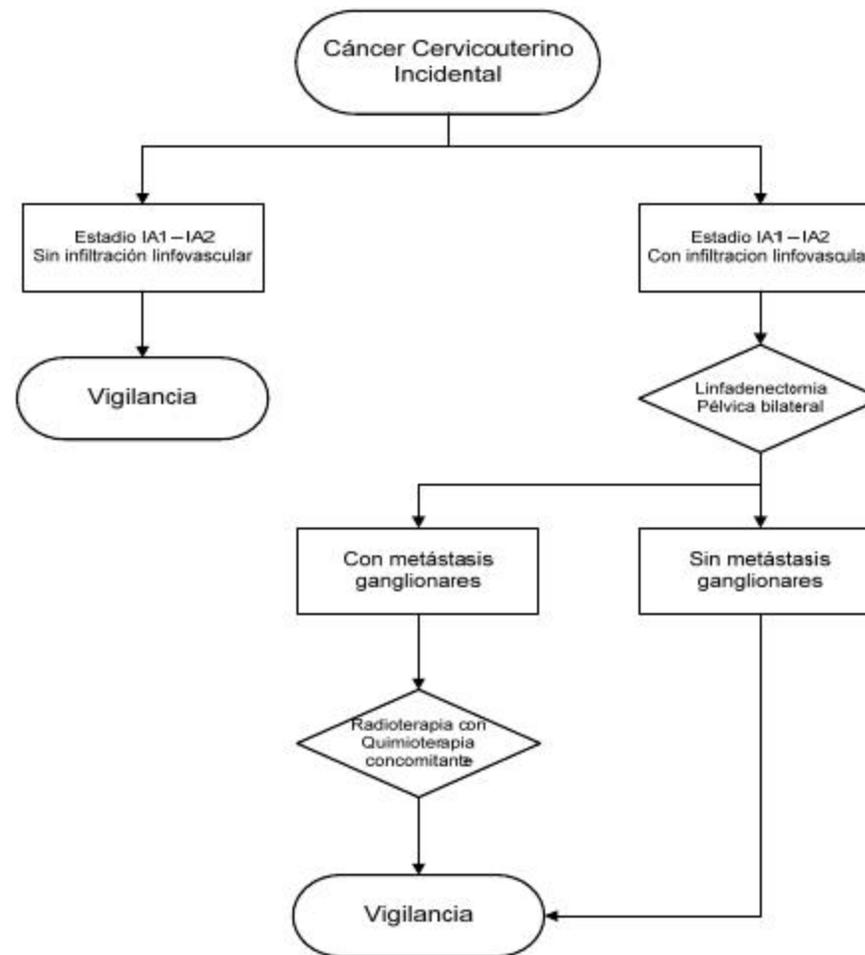
Algoritmo 6. Tratamiento de los estadios IB2, IIA > 4 cm, IIB, IIIA, IIIB, IVA



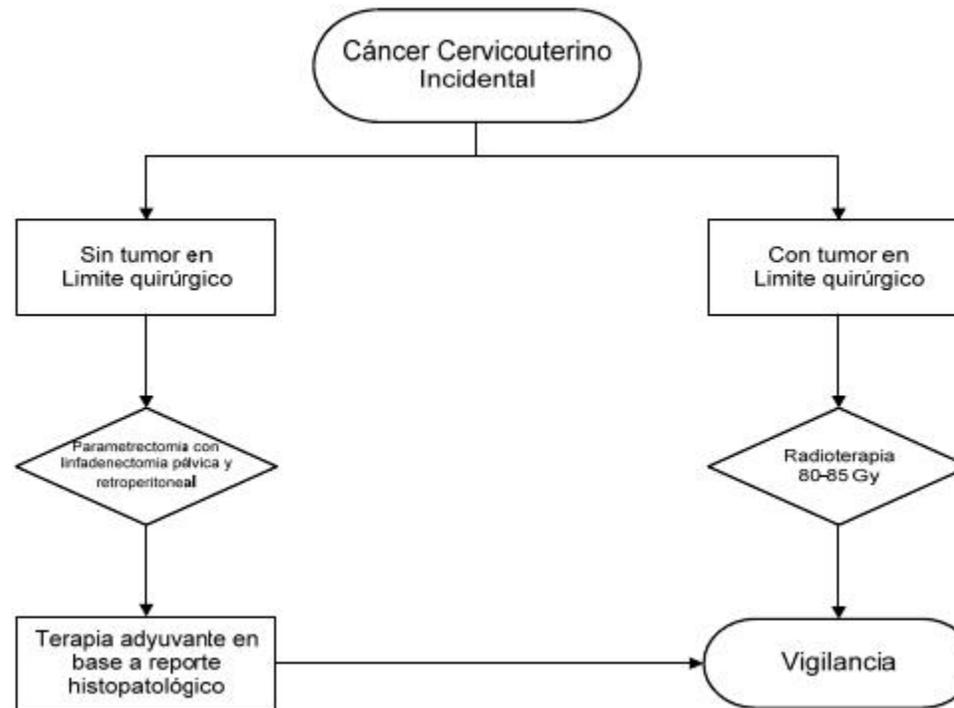
Algoritmo 7: Tratamiento del estadio IVB



Algoritmo 8: Tratamiento de cáncer cérvico-uterino incidental por hallazgos histopatológicos de microinvasión.



Algoritmo 9. Tratamiento del cáncer cérvico-uterino invasor incidental



Algoritmo 10: Tratamiento del cáncer cérvico-uterino recurrente a pelvis

