

● cáncer de cuello uterino

Carcinoma epidermoide de cuello uterino

Definición funcional

Conjunto de actividades que van encaminadas al diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, tratamiento integral (quirúrgico, médico, radioterápico y apoyo psicológico) en mujeres con lesiones precursoras y/o cáncer invasivo de cérvix uterino atendidas en Atención Primaria y/o Atención Especializada.

Programa de Diagnóstico Precoz de cáncer de cuello uterino:

- La citología solo permite identificar lesiones premalignas o malignas. El diagnóstico de la lesión requiere una biopsia.
- Información de resultados de la citología, según clasificación de Bethesda, en un tiempo máximo de 15 días.
- Garantizar la efectividad del diagnóstico precoz de cáncer de cuello uterino mediante:
 - Repetición de la citología a intervalos idóneos.
 - Garantía de la calidad de la toma y la interpretación de las citologías.
 - Continuidad de cuidados fiables en el seguimiento de resultados anormales facilitando el tratamiento idóneo.
- Se recomienda la siguiente periodicidad en la toma citológica:
 - En mujeres sin factores de riesgo: citología anual; tras dos citologías consecutivas normales, continuar con citología cada 3 años. En mujeres mayores de 65 años, tras dos citologías normales, se puede finalizar el control citológico.
 - En mujeres con alguno de los siguientes factores de riesgo:
 - Inicio precoz de relaciones sexuales.
 - Múltiples compañeros sexuales.
 - Pareja con múltiples compañeras sexuales.
 - Infecciones virales: virus del papiloma humano (HPV).
 - Inmunosupresión. HIV.
 - Antecedentes de neoplasia cervical intraepitelial CIN / SIL / displasia.

Se recomienda la realización de citología anualmente.

Manejo clínico de mujeres con citología cérvico-vaginal anormal

- Un frotis cervical puede ser insatisfactorio para la evaluación por varias razones. Entre ellas, se incluye la presencia de insuficientes células epiteliales escamosas, pobre fijación, marcada histólisis o abundantes neutrófilos o sangre que ocultan más del 75% de las



[cáncer de cuello uterino]

células escamosas presentes. El informe aportará la razón por la que la muestra es insatisfactoria.

- El frotis insatisfactorio debe repetirse entre 1–3 meses, idealmente a mitad de ciclo. La remisión a colposcopia debe considerarse tras 3 frotis consecutivos con resultado insatisfactorio para su evaluación.
- Las mujeres que presentan frotis informados con existencia de displasias de cuello uterino (leves, moderadas o graves) o siguiendo la clasificación de Bethesda (que es la recomendable en la actualidad), con SIL de alto o bajo grado, deben remitirse a estudio colposcópico de cuello uterino para proceder a la realización de biopsias dirigidas, si procede, de lesiones sospechosas. Actualmente, no se dispone de evidencia científica suficiente para recomendar la determinación rutinaria de la existencia de DNA de virus del papiloma humano en todas las pacientes que presentan citologías anormales.
- Las mujeres que presentan frotis informados como ASCUS (células atípicas de significado incierto) o ASGUS (células glandulares atípicas de significado incierto) deben remitirse a estudio colposcópico / biopsia dirigida de cuello uterino; biopsia – legrado de canal endocervical o histeroscopia / biopsia de endometrio, según las características específicas de cada caso.
- La confirmación anatomopatológica de displasias de cuello uterino de grado leve, requiere evaluación individualizada según factores reproductivos para tomar decisiones clínicas sobre seguimiento periódico o tratamientos ablativos de cuello uterino.
- El diagnóstico anatomopatológico de displasias moderadas o graves de cuello uterino obliga a biopsias amplias / conizaciones con finalidades diagnóstico-terapéuticas. El estudio anatomopatológico debe informar del grado de la lesión, existencia o no de micro-infiltración / infiltración del estroma y afectación o no de bordes quirúrgicos de resección, lo que permitirá tomar decisiones específicas en cada caso.

Carcinoma epidermoide invasivo de cuello uterino

- Es necesario hacer una clasificación por estadíos para la toma de decisiones sobre el tratamiento más oportuno. Las definiciones de las categorías T, N y M se corresponden con los diferentes estadíos aceptados por la FIGO (ver pág. 3).

Tratamiento según estadío

- Estadío 0 (carcinoma *in situ*): dado que la curación del carcinoma *in situ* de cérvix está prácticamente asegurada en el 100% de los casos cuando es adecuadamente tratado, es fundamental descartar la existencia de enfermedad invasiva, mediante la realización de biopsia dirigida por colposcopia o biopsia mediante conización.
- Estadío IA: la profundidad de la invasión estromal ha sido identificada como el factor pronóstico más importante a tener en cuenta para la planificación del tratamiento.



[cáncer de cuello uterino]

Categoría TNM	Estadío FIGO	Definición
TX	...	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	...	No evidencia de tumor primario
Tis	0	Carcinoma <i>in situ</i>
T1	I	Carcinoma cervical limitado al útero
T1a	IA	Carcinoma invasor diagnosticado solo microscópicamente (todas las lesiones visibles macroscópicamente son pT1b/estadío IB)
T1a1	IA1	Invasión estromal en profundidad ≤ 3.0 mm y ≤ 7.0 mm en extensión horizontal
T1a2	IA2	Invasión estromal en profundidad >3.0 mm y ≤ 5.0 mm con extensión horizontal ≤ 7.0 mm
T1b	IB	Lesión clínicamente visible limitada al cuello o lesión microscópica mayor que T1a2/IA2
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible ≤ 4.0 cm en sus dimensiones máximas
T1b2	IB2	Lesión clínicamente visible > 4.0 cm en sus dimensiones máximas
T2	II	Tumor con invasión extrauterina pero sin afectar pared pélvica o tercio inferior de vagina
T2a	IIA	T2 sin invasión parametrial
T2b	IIB	T2 con invasión parametrial
T3	III	Tumor con invasión extrauterina con afectación de pared pélvica y/o tercio inferior de vagina y/o causa de hidronefrosis o riñón no funcionando
T3a	IIIA	Tumor que afecta tercio inferior de vagina y no se extiende a pared pélvica
T3b	IIIB	Tumor que se extiende a pared pélvica y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionando
T4	IVA	Tumor que invade la mucosa de la vejiga o recto y/o extensión fuera de la pelvis
M1	IVB	Metástasis a distancia

Opciones de tratamiento estadío IA

1. Conización. Si la profundidad de la invasión es menor de 3 mm. (IA1), no existe afectación vascular ni linfática y los márgenes del cono están libres, la conización puede ser un tratamiento adecuado en pacientes que desean mantener la fertilidad.
2. Histerectomía total. Si la profundidad de la invasión es menor de 3 mm (IA1), comprobada por cono biopsia con márgenes libres y no existe invasión vascular o linfática, no es necesaria la linfadenectomía.
3. Histerectomía radical. Si la profundidad de la invasión es superior a 3 mm. e inferior a 5 mm. (IA2), la posibilidad de afectación ganglionar es superior al 10% por lo que se recomienda la histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral.
4. Radioterapia intracavitaria. Debe ser reservada para pacientes con estadío IA1 con contraindicaciones para tratamiento quirúrgico.



[cáncer de cuello uterino]

- Estadío IB-IIA :

El tamaño del tumor primario es el factor pronóstico más importante. Para tamaños tumorales superiores a 3 cm (tumores tipo *bulky*) la radioterapia debe constituir el tratamiento primario.

La cirugía después de la radioterapia debe considerarse en todos los casos e ineludiblemente en los casos en que no ha existido respuesta completa a tratamiento radioterápico o en los que la anatomía vaginal no ha permitido un tratamiento óptimo de braquiterapia.

Tras tratamiento quirúrgico (histerectomía radical mas linfadenectomía pélvica bilateral) en los casos en que se confirme la existencia de afectación ganglionar o afectación de márgenes quirúrgicos, deben tratarse con radioterapia complementaria postoperatoria.

Quimioterapia neo-adyuvante asociada a radioterapia previa a tratamiento quirúrgico.

Opciones de tratamiento de estadíos IB - IIA

1. Radioterapia preoperatoria: radioterapia intracavitaria combinada con radioterapia pélvica externa. El uso de altas dosis en braquiterapia está bajo evaluación clínica. La utilización de radioterapia para-aórtica podría utilizarse en caso de tumores mayores de 4 cm.
2. Histerectomía radical y linfadenectomía pélvica.
3. Radioterapia externa pélvica postoperatoria y quimioterapia tras histerectomía radical y linfadenectomía pélvica bilateral en pacientes con :
 - Ganglios pélvicos afectados.
 - Márgenes quirúrgicos afectados.
 - Enfermedad parametrial residual.
4. Radioterapia más quimioterapia con cisplatino con o sin 5 fluorouracilo preoperatoriamente en pacientes con tamaño tumoral considerable (tumores tipo *bulky*).

- Estadío II B-IVA.

1. Radioterapia más quimioterapia.
2. Braquiterapia más radioterapia externa pélvica combinada con cisplatino o cisplatino/fluorouracilo.

- Estadío IVB:

1. Radioterapia paliativa pélvica o en metástasis a distancia.
2. Quimioterapia:
 - Cáncer cervical recurrente: no existe terapia estándar para las pacientes que presentan recurrencia de cáncer cervical, tras tratamiento quirúrgico, radioterápico, quimioterápico o combinado.
 - Tratamiento paliativo. Radioterapia en periodos cortos de tratamiento puede ser eficaz para paliar síntomas pélvicos, aunque puede asociarse a complicaciones tardías urinarias y digestivas. El tratamiento radioterápico también puede considerarse para



[cáncer de cuello uterino]

ARQUITECTURA DE PROCESOS NIVEL 3

Diagnóstico precoz Cáncer Cérvix

