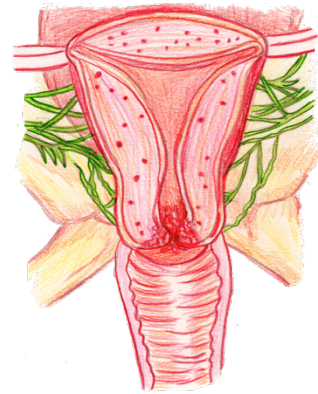


CÁNCER DE CÉRVIX (PARTE 2)



En este video, continuaremos con la segunda parte del tema sobre el cáncer de cuello uterino y nos centraremos en el manejo y los tratamientos disponibles para nuestras pacientes. En particular, nos enfocaremos en consideraciones importantes, el manejo de los estadios iniciales y avanzados, el seguimiento y las recidivas.



ESTADIOS INICIALES

En los estadios iniciales del cáncer de cuello uterino, tanto la radioterapia como la cirugía tienen tasas de curación similares. Sin embargo, a menudo se opta por la cirugía como tratamiento de elección debido a sus ventajas en cuanto a toxicidad, preservación de la función ovárica y obtención de una muestra de anatomía patológica para evaluar los factores pronósticos.



TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: El tratamiento quirúrgico para los estadios iniciales del cáncer de cuello uterino se basa principalmente en la histerectomía radical. Esta cirugía es considerada una de las más precisas, anatómicas y complejas en el campo de la cirugía ginecológica. Permite adaptar la radicalidad de acuerdo al tamaño del tumor y se clasifica según diferentes criterios.

CRITERIOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: Los criterios para el tratamiento quirúrgico del cáncer de cuello uterino en estadios iniciales pueden variar según las directrices y recomendaciones específicas de cada institución médica o sociedad científica. Sin embargo, a grandes rasgos, se consideran los siguientes criterios:

1. **Tamaño del tumor:** En general, se prefiere el tratamiento quirúrgico en pacientes con tumores de tamaño inferior a 4 centímetros. Tumores más grandes pueden indicar un mayor riesgo de afectación de tejidos circundantes y ganglios linfáticos.
2. **Ausencia de afectación ganglionar:** La presencia de metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos o paraórticos es un factor importante en la elección del tratamiento. La cirugía puede no ser suficiente si hay evidencia de afectación ganglionar, y se requeriría un enfoque terapéutico combinado con radioterapia y/o quimioterapia.
3. **Limitación anatómica:** El tumor debe estar limitado al cuello uterino y a la porción superior de la vagina. Si existe invasión de tejidos más allá de estos límites, se requerirá un tratamiento adicional más extenso, como la radioterapia.

Es importante destacar que estos criterios son generales y pueden variar según la evaluación individualizada de cada paciente y la opinión del equipo médico. La decisión final sobre el tratamiento quirúrgico se toma considerando la etapa del cáncer, las características del tumor, la edad y la condición general de la paciente, así como sus deseos y preferencias personales.

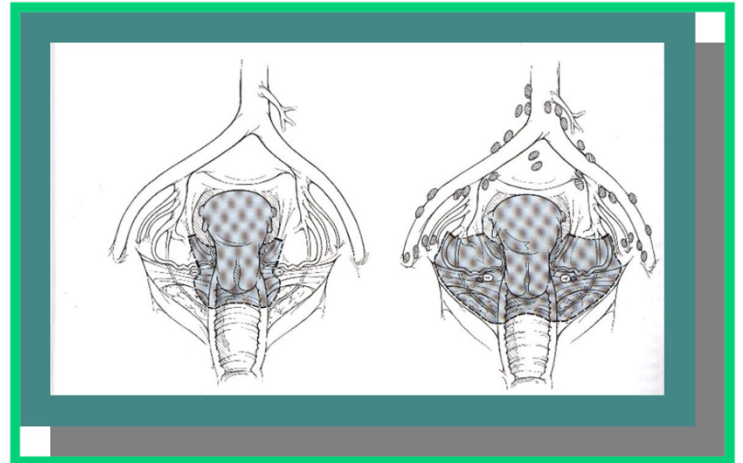
HISTERECTOMÍA RADICAL: La histerectomía radical es el procedimiento quirúrgico de elección en el tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadios iniciales. Consiste en la extirpación del útero, los tejidos circundantes conocidos como parametrios, así como una porción superior de la vagina. Este enfoque quirúrgico busca eliminar completamente el tumor y los tejidos afectados para lograr la curación.

La clasificación más utilizada actualmente es la de Carles Morén, que divide las histerectomías radicales en diferentes tipos (A, B, C) en función de la extensión de la resección parametrial y otros criterios relacionados.



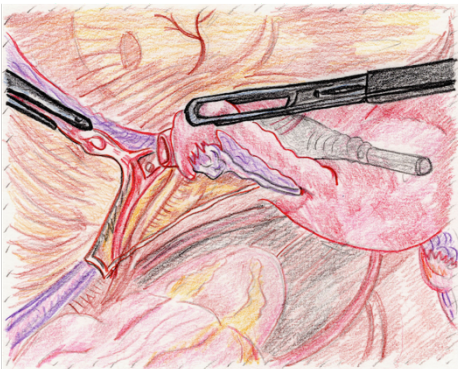
La histerectomía radical se considera una cirugía compleja y precisa, ya que implica la disección cuidadosa de los tejidos para eliminar el tumor y garantizar la ausencia de tejido canceroso residual. Además de la extirpación del útero y los tejidos circundantes, se puede realizar la linfadenectomía pélvica, que implica la extracción de los ganglios linfáticos de la región pélvica para evaluar la presencia de metástasis y obtener información pronóstica adicional.

Este procedimiento tiene ventajas importantes, como la preservación de la función ovárica en algunos casos, la obtención de una muestra de anatomía patológica para determinar factores pronósticos y la capacidad de ajustar el tratamiento adyuvante si es necesario. Sin embargo, la histerectomía radical también conlleva riesgos y posibles complicaciones, como sangrado, infección, lesión de órganos adyacentes y problemas urinarios o intestinales a largo plazo.



Es fundamental que la histerectomía radical sea realizada por un equipo médico experimentado en el manejo del cáncer de cuello uterino para asegurar una cirugía precisa y una adecuada planificación terapéutica.

VÍA DE ABORDAJE: En cuanto a la vía de abordaje quirúrgico, ha habido cierta controversia en los últimos años. Después del auge de la cirugía mínimamente invasiva, se realizó un estudio aleatorizado para comparar la supervivencia entre la cirugía laparoscópica/robótica y la cirugía abierta. Sorprendentemente, los resultados mostraron una supervivencia superior en la cirugía abierta.



Se cree que esto se debe a la manipulación del cuello uterino durante la cirugía laparoscópica, lo que puede favorecer la recurrencia local. Sin embargo, los defensores de la cirugía mínimamente invasiva sugieren que se puede realizar de manera segura en tumores pequeños (menos de 2 cm) mediante técnicas específicas de protección, como evitar el uso de movilizador uterino y cerrar la vagina antes de realizar la colpotomía. Para tumores de 2 a 4 cm, se suele preferir la cirugía abierta según la evidencia actual.

DESEO GENÉSICO POR CUMPLIR: En algunos casos, nos encontraremos con pacientes diagnosticadas con cáncer de cuello uterino en estadios iniciales que aún desean tener hijos. Para estas mujeres, existen opciones de preservación de la fertilidad que se pueden considerar, siempre y cuando se cumplan ciertos criterios de seguridad para no comprometer el pronóstico.

En general, se puede ofrecer la preservación de la fertilidad a mujeres menores de 45 años y cuyos tumores cumplan ciertos criterios. Estos criterios incluyen:

1. Tumor de tamaño inferior a 2 centímetros.
2. Tipo histológico más comúnmente escamoso o adenoescamoso.
3. Tumores limitados a la cérvix sin invasión vaginal, parametrial ni evidencia de diseminación ganglionar.

En estos casos, se puede optar por realizar una traquelectomía simple o radical, que implica la extirpación del cuello uterino con sus parámetros. Esta cirugía ofrece la posibilidad de preservar la fertilidad en mujeres jóvenes con estadios iniciales de cáncer de cuello uterino.

Es importante tener en cuenta que un embarazo posterior a la traquelectomía es considerado de alto riesgo y requerirá un seguimiento cercano en unidades especializadas de alta complejidad debido al riesgo de



prematuridad y otras complicaciones. También es necesario informar a las pacientes sobre estas implicaciones antes de considerar la preservación de la fertilidad.

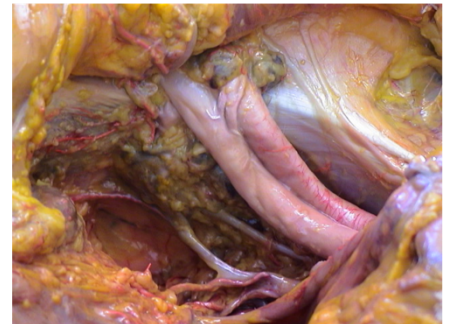
CIRUGÍA EN LOS OVARIOS: En casos de cáncer de cuello uterino en estadios iniciales, donde se considera realizar una histerectomía radical, también se puede evaluar la preservación de la función ovárica. Esto es especialmente relevante para mujeres jóvenes que deseen conservar su capacidad reproductiva.

Si se identifica que el riesgo de metástasis ovárica es bajo y que los ovarios parecen normales tanto en imagen como en histología, se puede optar por preservar los ovarios durante la histerectomía radical. Esto se puede lograr mediante diferentes enfoques, como la transposición ovárica.

La transposición ovárica implica atar los ovarios a una ubicación anatómica distinta, generalmente colgando del músculo psoas o en una posición más alta dentro del campo de irradiación planificado, en caso de que la paciente requiera radioterapia posteriormente. Este enfoque tiene como objetivo minimizar la exposición de los ovarios a la radiación y preservar su función hormonal.

Es importante tener en cuenta que la preservación ovárica no garantiza la conservación de la función ovárica en todas las pacientes. Algunas mujeres pueden experimentar consecuencias de la transposición, como dolor o alteraciones en la función ovárica. Sin embargo, para las pacientes jóvenes con tumores de tipo histológico más frecuente y estadios iniciales limitados, especialmente aquellos que no invaden el útero, la preservación ovárica puede ser una opción a considerar.

LINFADENECTOMÍA PÉLVICA: En el manejo quirúrgico del cáncer de cuello uterino en estadios iniciales, la linfadenectomía pélvica es un procedimiento que se realiza para evaluar el estado de los ganglios linfáticos en la región pélvica. La presencia de metástasis en los ganglios linfáticos puede influir en la selección del tratamiento y tener un impacto en el pronóstico de la enfermedad.



La linfadenectomía pélvica consiste en la extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis, incluyendo los ganglios paraaórticos. Se realiza generalmente durante la histerectomía radical para el cáncer de cuello uterino en estadios iniciales. La extensión de la linfadenectomía depende de la situación clínica y de factores pronósticos.

Este procedimiento permite una evaluación más precisa de la presencia de metástasis ganglionares y puede ayudar a determinar la necesidad de terapias complementarias, como la radioterapia o la quimioterapia. Además, proporciona información pronóstica importante para el equipo médico, lo cual ayuda a planificar el manejo adecuado de la enfermedad.

Es importante tener en cuenta que la linfadenectomía pélvica es un procedimiento invasivo y conlleva sus propios riesgos y complicaciones potenciales, como el sangrado, la infección o la lesión de estructuras vecinas. Por lo tanto, se debe evaluar cuidadosamente la indicación y el beneficio potencial en cada caso, considerando el estadio del cáncer, los factores pronósticos y la situación clínica de la paciente.

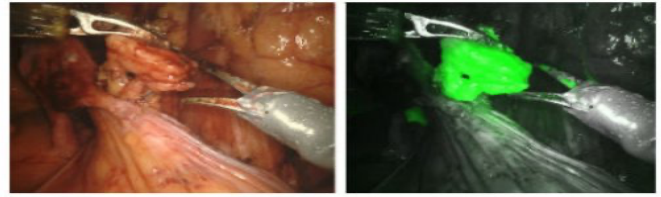
GANGLIO CENTINELA: En el manejo del cáncer de cuello uterino en estadios iniciales, se ha investigado el uso del concepto de ganglio centinela como una técnica para evaluar los ganglios linfáticos de manera selectiva y precisa. El ganglio centinela es el primer ganglio linfático que recibe la linfa procedente del tumor primario y se considera el más probable de estar afectado en caso de metástasis ganglionares.

La identificación y biopsia del ganglio centinela se realizan mediante técnicas de mapeo linfático y radioisótopos. Se inyecta un marcador radiactivo o un colorante en el área cercana al tumor primario, y luego



se localiza el ganglio centinela utilizando una sonda gamma o visualizando el colorante. Una vez identificado, el ganglio centinela se extirpa y se envía al laboratorio para su análisis histopatológico.

La biopsia del ganglio centinela permite determinar si hay metástasis en los ganglios linfáticos, lo cual puede ayudar a seleccionar el tratamiento adecuado. Si el ganglio centinela es negativo para metástasis, es menos probable que haya afectación ganglionar en otros ganglios y puede evitarse una linfadenectomía pélvica completa, reduciendo así la morbilidad asociada al procedimiento.



Es importante tener en cuenta que el uso del ganglio centinela en el cáncer de cuello uterino está en continua investigación y no está establecido como un estándar de tratamiento en todos los centros médicos. Se requiere un enfoque multidisciplinario y la experiencia de un equipo especializado en esta técnica para garantizar resultados precisos y confiables.

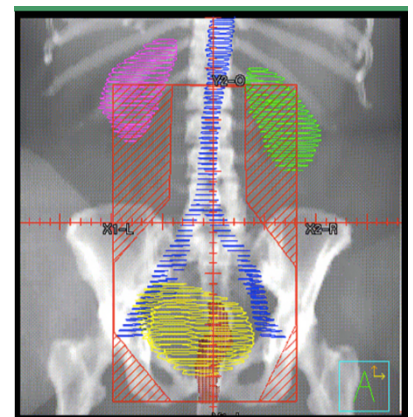
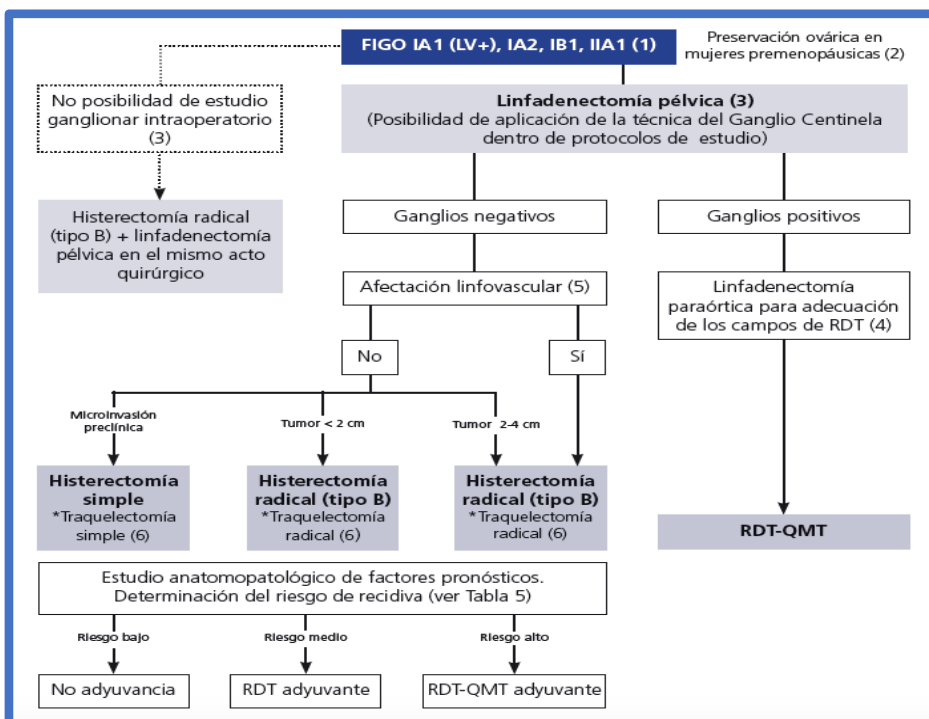
FACTORES PRONÓSTICOS: Al determinar el tipo de tratamiento quirúrgico, es importante evaluar los factores pronósticos que influyen en la elección adecuada. Estos factores incluyen el tamaño tumoral, la invasión parametrial, la invasión linfovascular y la presencia de ganglios linfáticos afectados.

En general, se considera que las pacientes con tumores de tamaño superior a 4 cm, invasión profunda del estroma y afectación ganglionar tienen un riesgo medio o alto de recurrencia. Estas pacientes pueden requerir tratamiento complementario después de la cirugía, como radioterapia o quimiorradioterapia concomitante.

Por otro lado, las pacientes con tumores de tamaño inferior a 4 cm, sin invasión parametrial ni afectación ganglionar, tienen un riesgo bajo de recurrencia y pueden ser candidatas a recibir solo la cirugía sin tratamiento complementario.

RIESGO MEDIO DE RECIDIVA (2 o más)		RADIOTERAPIA
• > 4 cm		
• Infiltración >1/3 del estroma		
• Infiltración espacio linfovascular		
RIESGO ALTO DE RECIDIVA		RADIOTERAPIA + QUIMIOTERAPIA
• Márgenes +		
• Afectación ganglionar		
• Afectación parametrial microscópica		

Es importante tener en cuenta que las pautas y algoritmos pueden variar según las guías clínicas y las preferencias del equipo médico.

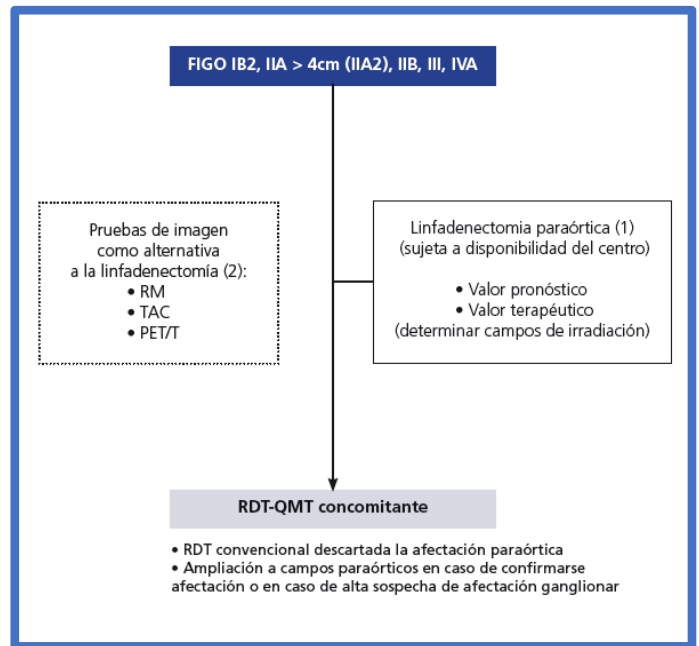




ESTADIOS AVANZADOS

En estadios avanzados el tratamiento es completamente diferente, y se basa principalmente en la radioterapia. Radioterapia externa combinada con quimioterapia y después braquiterapia. Para empezar, diferenciaremos el localmente avanzado del metastásico. El metastásico será el estadio IVB, aquel que tiene diseminación a distancia, este se trata con tratamiento sistémico.

El cáncer de cérvix localmente avanzado, será aquel en estadios IB3, IIA2-IVA. La combinación de radioterapia, a dosis de 45 Gy con quimioterapia (basado en esquema de cisplatino) demostró hacia finales de siglo pasado que mejoraba los resultados respecto a los esquemas de radioterapia que se aplicaban anteriormente. Este tratamiento se combina como hemos dicho antes con braquiterapia y es posible también añadir mayor cantidad de irradiación en forma de sobreimpresión hasta 65 Gy en zonas concretas como el área ganglionar pélvica o el parametrio.



Volviendo al tema del tratamiento del localmente avanzado, hemos hablado de la radioterapia, 45 Gy pero sobre qué campos? Y aquí entra nuestro papel en la estadificación del cáncer de cérvix. Porque hemos dicho que había un estadio que era el IIC2 que era cuando había diseminación a ganglios paraaórticos, estos estadios requerirán de tratamiento con radioterapia de campo ampliado, incluyendo los campos aórticos. ¿Y cómo diagnosticamos la afectación paraaórtica? Pues ahí encontraremos debate.

Se consiera el PET.TC como la prueba mas sensible y específica para la estadificación radiológica. Pero sin embargo, como todas las pruebas, al realizarla se asume un porcentaje de falsos positivos, y falsos negativos. Hay grupos que consideran que la estadificación quirúrgica, mediante linfadenectomía es mas precisa, y con una cirugía de baja morbilidad (una linfadenectomía paraaórtica laparoscópica con acceso extraperitoneal) se puede estadificar de forma mas precisa a las pacientes, aportando un valor diagnóstico, pronóstico y terapéutico ya que según algunos grupos, las pacientes a las que se les realiza una exéresis de los ganglios afectos por células tumorales tendrían mejor pronóstico. Esta hipótesis no se ha llegado a consolidar del todo, con resultados dispares según los grupos de investigación.

Hay otros grupos que insisten en que la estadificación quirúrgica, a pesar de ser mas precisa, no mejora la supervivencia de las pacientes y por lo tanto es una práctica que debería abandonarse.

QUIMIOTERAPIA: La quimioterapia desempeña un papel fundamental en el tratamiento de los estadios avanzados del cáncer de cuello uterino. Se administra de forma concomitante con la radioterapia, lo que se conoce como quimiorradioterapia concomitante. Los medicamentos quimioterapéuticos más comúnmente utilizados incluyen el cisplatino, que se considera el fármaco de elección, y otros como la paclitaxel y la fluorouracilo. La quimioterapia tiene un efecto sinérgico con la radioterapia y ayuda a mejorar los resultados terapéuticos.

RADIOTERAPIA: La radioterapia es un componente clave en el tratamiento de los estadios avanzados del cáncer de cuello uterino. Se puede administrar en forma de radioterapia externa, que implica la aplicación de radiación a través de máquinas externas, y/o braquiterapia, que implica la colocación de fuentes radiactivas dentro del cuello uterino o la vagina. La combinación de radioterapia y quimioterapia ha demostrado mejorar la eficacia del tratamiento y las tasas de supervivencia.

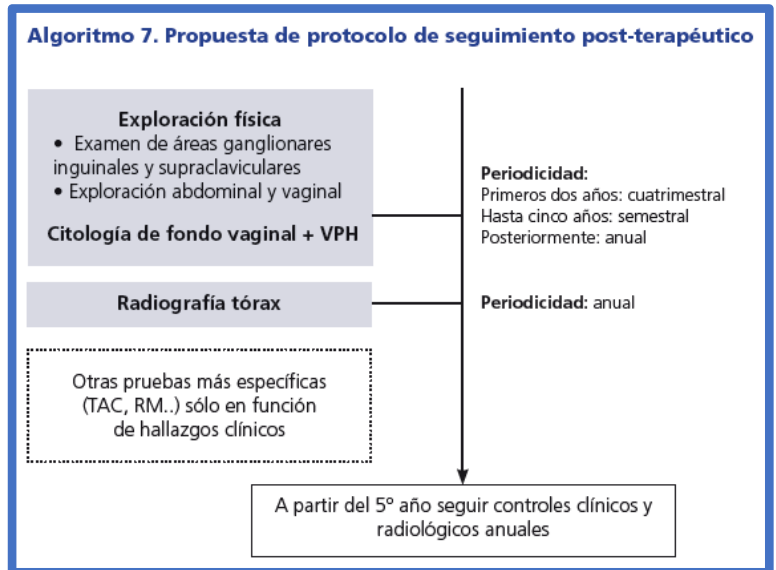


LINFADENECTOMÍA PARA-AÓRTICA: En algunos casos seleccionados, especialmente cuando hay sospecha de afectación ganglionar en los ganglios linfáticos paraórticos, se puede considerar la linfadenectomía para-aórtica. Este procedimiento quirúrgico implica la extirpación de los ganglios linfáticos situados a lo largo de la arteria aorta en la región abdominal. La linfadenectomía para-aórtica puede realizarse por vía laparoscópica o abierta, y puede ser seguida por la administración de radioterapia para mejorar el control local de la enfermedad.

SEGUIMIENTO

Una vez tratadas y libres de enfermedad, nuestras pacientes seguirán una serie de controles. Hay que destacar que los controles establecidos, incluso según guías clínicas internacionales, no han demostrado aumentar la supervivencia de las pacientes, y hay muy poca evidencia sobre que pruebas son las más adecuadas.

De forma habitual se realiza un seguimiento cada 4 meses hasta los dos años, posteriormente cada 6 meses hasta los 5 años y luego anual hasta los 10 años libre de enfermedad. A partir de ahí se considera que las pacientes se podrían considerar curadas.



Aunque no existe un consenso definitivo sobre el protocolo de seguimiento óptimo, generalmente se recomienda una combinación de evaluaciones clínicas, pruebas de imagen y análisis de marcadores tumorales. A continuación, se detallan algunos aspectos importantes del seguimiento:

EVALUACIONES CLÍNICAS: Durante las visitas de seguimiento, se realizará una evaluación clínica completa que incluye un examen físico para detectar signos de recurrencia o complicaciones relacionadas con el tratamiento. Se prestará especial atención a los ganglios linfáticos, el abdomen y la pelvis, así como a la evaluación de síntomas específicos.

PRUEBAS DE IMAGEN: Las pruebas de imagen, como la tomografía computarizada (TC) o la resonancia magnética (RM), pueden ser útiles para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar la presencia de recurrencias o metástasis. La frecuencia de estas pruebas dependerá de la etapa del cáncer y del riesgo de recurrencia, y se determinará de manera individualizada para cada paciente.

ANÁLISIS DE MARCADORES TUMORALES: Los marcadores tumorales, como el antígeno carcinoembrionario (CEA) y el antígeno cancerígeno 125 (CA-125), pueden ser útiles para evaluar la respuesta al tratamiento y detectar la recurrencia temprana. Sin embargo, no se recomienda su uso de rutina en el seguimiento del cáncer de cuello uterino, ya que su sensibilidad y especificidad no son lo suficientemente altas.

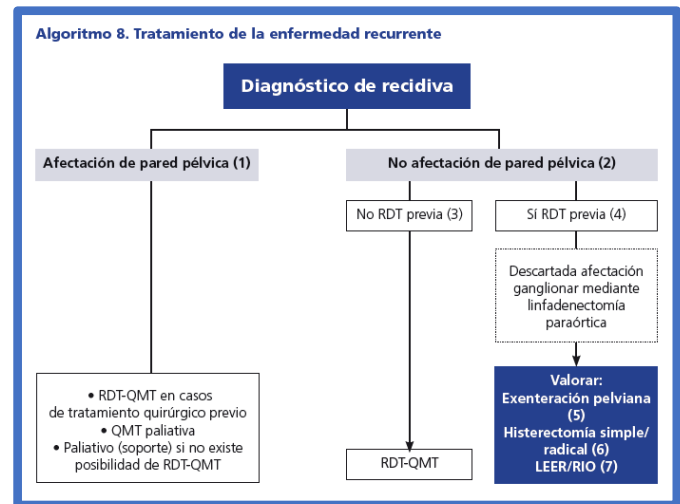
EXPLORACIÓN VAGINAL Y CITOLOGÍA CERVICOVAGINAL: La exploración vaginal y la toma de muestras para la citología cervicovaginal son parte importante del seguimiento de las pacientes con cáncer de cuello uterino. Estas pruebas permiten evaluar la integridad de la vagina y el cuello uterino, así como detectar posibles cambios precancerosos o signos de recurrencia.



El seguimiento debe ser personalizado y adaptado a las características de cada caso, teniendo en cuenta factores como el estadio del cáncer, el tratamiento recibido y los factores pronósticos. Es importante que las pacientes participen activamente en su propio seguimiento, informando cualquier síntoma o cambio que puedan experimentar.

RECIDIVAS

Las recidivas son una preocupación importante en el seguimiento de las pacientes con cáncer de cuello uterino. La recurrencia puede ocurrir en el lecho de la cicatriz quirúrgica, en los ganglios linfáticos regionales o a distancia en órganos como el pulmón, el hígado o los huesos. A continuación, se detallan algunos aspectos relevantes sobre las recidivas en el cáncer de cuello uterino:



DETECCIÓN DE RECIDIVAS: El seguimiento periódico es esencial para detectar recurrencias tempranas. Las pacientes deben informar cualquier síntoma nuevo o cambios en su salud, como sangrado vaginal anormal, dolor pélvico persistente o síntomas urinarios o intestinales. Además, las pruebas de imagen, como la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) o el PET-CT, pueden ser utilizadas para evaluar la presencia de recidivas.

TRATAMIENTO DE RECIDIVAS LOCALIZADAS: En casos de recurrencia localizada, es posible considerar un enfoque quirúrgico para el manejo. Esto puede implicar la resección de la recidiva, como una exéresis local amplia o una exenteración pélvica en casos seleccionados. La decisión del tratamiento dependerá de factores como el tamaño y la ubicación de la recidiva, así como de las características individuales de la paciente.

TRATAMIENTO DE RECIDIVAS A DISTANCIA: Cuando las recidivas se presentan en sitios distantes, como los pulmones, el hígado o los huesos, el enfoque principal es el tratamiento sistémico. La quimioterapia sigue siendo el tratamiento de elección en estos casos, con regímenes específicos seleccionados según el tipo de recidiva y las características de la paciente. En algunos casos, se puede considerar la radioterapia localizada o la terapia dirigida, especialmente en recidivas aisladas y tratables.

CUIDADOS PALIATIVOS: En situaciones en las que la recurrencia es extensa o no responde al tratamiento, el objetivo del manejo se centra en los cuidados paliativos. Los cuidados paliativos se enfocan en mejorar la calidad de vida de las pacientes y brindar alivio de los síntomas, como el dolor, la disnea o la fatiga. Esto implica un enfoque integral que abarca aspectos físicos, emocionales y sociales del cuidado de la paciente.

Es importante destacar que el manejo de las recidivas en el cáncer de cuello uterino es complejo y requiere una evaluación individualizada. El enfoque terapéutico dependerá de varios factores, como el tipo de recidiva, el estadio de la enfermedad, la salud general de la paciente y sus preferencias individuales. Un equipo multidisciplinario de especialistas en cáncer ginecológico trabajará en conjunto para determinar el mejor plan de tratamiento y proporcionar un cuidado integral a las pacientes con recidivas.

