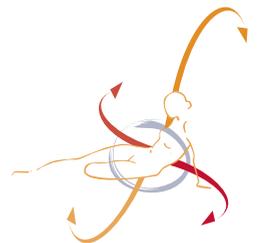


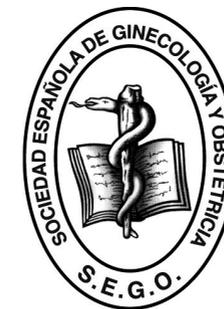
# Cáncer de cérvix

## GUÍA CLÍNICA





## GUÍA CLÍNICA CÁNCER DE CÉRVIX



Cibula, D., Pötter, R., Chiva, L., Planchamp, F., Avall-Lundqvist, E., Fisherova, D., ... Raspollini, M., R. et al.(2018). The European Society of Gynaecological Oncology/ European Society for Radiotherapy and Oncology/European Society of Pathology Guidelines for the Management of Patients With Cervical Cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 28(4), 641–655. DOI: 10.1097/IGC.0000000000001216

A la ESGO le gustaría dar las gracias al grupo de desarrollo internacional por su constante disponibilidad, trabajo y por hacer posible el desarrollo de estas guías para pacientes con cáncer de cérvix. También agradecer a los 159 revisores externos internacionales por su participación (lista disponible en la página web de ESGO).

ESGO también desea expresar su sincero agradecimiento al Institut National du Cancer (Francia) por proporcionar la financiación principal para este trabajo.

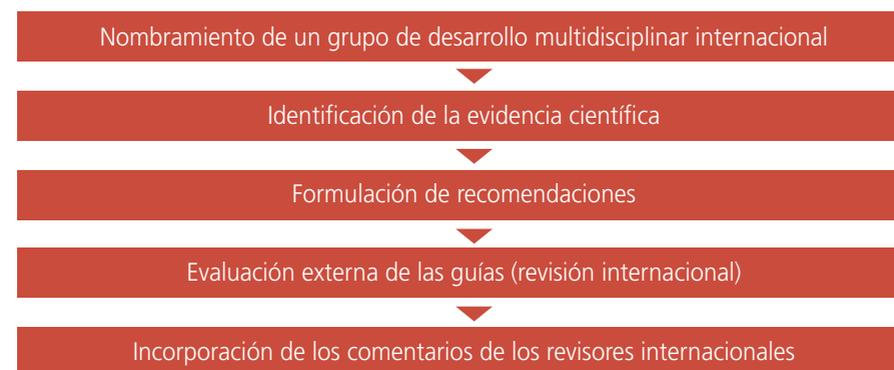
Name	Specialty	Affiliation
David Cibula	Surgeon (chair)	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
Richard Pötter	Radiation oncologist (chair)	Vienna General Hospital, Vienna (Austria)
Maria Rosaria Raspollini	Pathologist (chair)	University Hospital, Careggi - Florence (Italy)
François Planchamp	Methodologist	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Elisabeth Avall-Lundqvist	Medical oncologist	Linköping University, Linköping (Sweden)
Daniela Fischerova	Radiologist	Gynecologic Oncology Center, First Faculty of Medicine, Charles University and General University Hospital, Prague (Czech Republic)
Christine Haie Meder	Radiation oncologist	Institut Gustave Roussy, Villejuif (France)
Christhardt Köhler	Surgeon	Asklepios Hambourg Altona and University of Cologne, Medical Faculty, Cologne (Germany)
Fabio Landoni	Surgeon	University of Milan Bicocca, Monza (Italy)
Sigurd Lax	Pathologist	General Hospital Graz Sued-West, Graz (Austria)
Jacob Christian Lindegaard	Radiation oncologist	Aarhus University, Aarhus (Denmark)
Umesh Mahantshetty	Radiation oncologist	ata Memorial Hospital, Mumbai (India)
Patrice Mathevet	Surgeon	Lausanne University, Lausanne (Switzerland)
W Glenn McCluggage	Pathologist	Belfast Health And Social Care Trust, Belfast (United Kingdom)
Mary McCormack	Medical oncologist	University College Hospital London, London (United Kingdom)
Raj Naik	Surgeon	Queen Elizabeth Hospital, Gateshead (United Kingdom)
Remi Nout	Radiation oncologist	Leid University, Leiden (Netherlands)
Sandro Pignata	Medical oncologist	Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori "FondazioneG Pascale", IRCCS, Naples, (Italy)
Jordi Ponce	Surgeon	University Hospital of Bellvitge (IDIBELL), Barcelona (Spain)
Denis Querleu	Surgeon	Institut Bergonié, Bordeaux (France)
Francesco Raspagliesi	Surgeon	Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori, Milan (Italy)
Alexandros Rodolakis	Surgeon	Athens University, Athens (Greece)
Karl Tamussino	Surgeon	Medical University of Graz, Graz (Austria)
Pauline Wimberger	Surgeon	Dresden University, TU Dresden, Dresden (Germany)

This guideline was translated into Spanish by Jordi Ponce (Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona), Rosa M. Alvarez López (Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid), Maite Climent Martí (Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona), Pablo Padilla Iserte (Hospital Universitario La Fe, Valencia) and Marc Barahona (Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona) in partnership with The Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (SEGO).

A pesar de los avances en el cribado, detección y tratamiento de las lesiones cervicales preinvasivas, el cáncer de cuello de útero es el quinto cáncer más común en las mujeres europeas. Existen grandes diferencias en Europa y en todo el mundo en la incidencia, el tratamiento y la mortalidad del cáncer de cérvix .

La Sociedad Europea de Ginecología Oncológica (ESGO), la Sociedad Europea de Radioterapia y Oncología (ESTRO) y la Sociedad Europea de Patología (ESP) desarrollaron conjuntamente guías clínicamente relevantes y basadas en la evidencia que cubren de forma integral la estadificación, tratamiento y seguimiento de pacientes con cáncer de cérvix. El tratamiento incluye el tratamiento de preservación de fertilidad, estadio T1a, T1b1/T2a1, cáncer de cérvix clínicamente oculto diagnosticado después de una histerectomía simple, cáncer de cérvix localmente avanzado, enfermedad metastásica primaria, cáncer de cérvix en el embarazo y enfermedad recurrente. Los principios de la radioterapia y la evaluación patológica también se incluyen.

### El proceso se desarrolló en cinco pasos:



Los objetivos de las guías son mejorar y homogeneizar el tratamiento de las pacientes con cáncer de cérvix en un entorno multidisciplinar. Estas guías están destinadas a ser utilizadas por ginecólogos oncológicos, ginecólogos generales, cirujanos, oncólogos radioterápicos, patólogos, oncólogos médicos y clínicos, radiólogos, médicos generales, equipos de cuidados paliativos y profesionales de la salud afines.

Estas guías excluyen el manejo del carcinoma neuroendocrino, sarcomas y otros subtipos histológicos raros. Tampoco incluyen ningún análisis económico de las estrategias. Cualquier médico que desee aplicar o consultar estas guías debe utilizar su juicio clínico independiente en el contexto de las circunstancias clínicas individuales para determinar el manejo de cualquier paciente o su tratamiento.

<sup>1</sup> Ferlay, J., et al. Cancer incidence and mortality patterns in Europe: estimates for 40 countries in 2012. Eur J Cancer 49, 1374-1403 (2013)

Para garantizar que la información esté basada en la evidencia científica, la literatura actual ha sido revisada y críticamente evaluada. Se realizó una revisión exhaustiva de la literatura de los estudios publicados entre enero de 1997 y enero de 2017.

Si se considera que una propuesta es aceptable pero no se reconoce unánimemente como un manejo clínico estándar, se indica que aún está pendiente de discusión y/o evaluación. En ausencia de evidencia científica clara, el criterio se basó en la experiencia profesional y el consenso del grupo de desarrollo.

Esta guía clínica tiene cinco niveles de recomendación (SIGN grading system <sup>2</sup>):

**A** Al menos un meta-análisis, revisión sistemática, o ensayo clínico randomizado controlado catalogado como 1++ y directamente aplicable a la población diana; o

Una evidencia que incluya estudios catalogados como 1+, directamente aplicable a la población diana, y que demuestre consistencia de los resultados.

**B** Una evidencia que incluya estudios catalogados como 2 ++, directamente aplicable a la población diana, y que demuestre consistencia de los resultados; o Evidencia extrapolada de estudios catalogados como 1 ++ o 1 +.

**C** Una evidencia que incluya estudios catalogados como 2+, directamente aplicable a la población diana, y que demuestre consistencia de los resultados; o Evidencia extrapolada de estudios catalogados como 2 ++.

**D** Evidencia nivel 3 o 4;  
Evidencia extrapolada de estudios catalogados como 2+.

✓ Mejor práctica recomendada basado en la experiencia clínica del grupo que ha desarrollado la guía clínica.

1++ meta-análisis de alta calidad, revisión sistemática de ensayos clínicos randomizados controlados o ensayos clínicos randomizados controlados con bajo riesgo de sesgo; 1+ meta-análisis bien elaborados, revisiones sistemáticas o ensayos clínicos randomizados controlados con bajo riesgo de sesgo; 2 ++ revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de casos y controles o estudios de cohortes / estudios de casos y controles o estudios de cohortes de alta calidad con un riesgo muy bajo de sesgo y una alta probabilidad de que la relación sea causal; 2+ estudios de casos y controles o estudios de cohortes bien elaborados con bajo riesgo de sesgo y una probabilidad moderada de que la relación sea causal; 3 estudios no analíticos, por ejemplo, casos clínicos, series de casos; 4 opiniones de expertos.

<sup>2</sup> <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexoldb.html>

## TABLA DEL CONTENIDO

Recomendaciones generales .....	8
Estadificación .....	8
Manejo del estadio t1a .....	12
Manejo del estadio t1b1/t2a1 .....	14
Tratamiento preservador de la fertilidad .....	18
Cáncer de cérvix clínicamente oculto diagnosticado después de una histerectomía simple .....	20
Manejo del cáncer de cérvix localmente avanzado.....	22
Enfermedad metastásica a distancia en la presentación .....	24
Enfermedad recurrente .....	25
Seguimiento .....	29
Cáncer de cérvix en el embarazo.....	32
Principios de radioterapia .....	34
Principios de evaluación patológica .....	39

## RECOMENDACIONES GENERALES

- ✓ La planificación del tratamiento debe realizarse de forma multidisciplinaria (generalmente en una reunión del comité de tumores) y basarse en el conocimiento exhaustivo y preciso de los factores pronósticos y en los resultados oncológicos, la morbilidad y la calidad de vida.
- ✓ Las pacientes deben ser asesoradas cuidadosamente sobre el plan de tratamiento propuesto y las posibles alternativas, incluyendo los riesgos y beneficios de todas las opciones.
- ✓ El tratamiento se debe llevar a cabo por un equipo de especialistas en el diagnóstico y tratamiento del cáncer ginecológico.

## ESTADIFICACIÓN

### Estadificación FIGO y clasificación TNM

- ✓ Las pacientes con cáncer de cérvix deben estadificarse según la clasificación TNM. La estadificación clínica (FIGO) también debe documentarse (Tabla 1).
- C** La clasificación TNM debe basarse en una combinación de diversas modalidades (examen físico, pruebas de imagen y anatomía patológica) después de discusión en un comité multidisciplinario.
- ✓ Debe registrarse el método utilizado para determinar el estado del tumor (T), el estado de los ganglios linfáticos (N) y el estado sistémico (M), es decir, clínico (c), de imagen (i) y/o patológico (p).
- ✓ Las metástasis ganglionares deben clasificarse según la clasificación TNM (ver Principios de evaluación patológica).

Tabla 1. Estadificación FIGO y clasificación TNM

Categoría T <sup>3</sup>	Stadio FIGO <sup>4</sup>	Definición
Tx		El tumor primario no puede ser evaluado
T0		TSin evidencia de tumor primario
T1	I	Carcinoma cervical confinado al útero (la extensión al cuerpo uterino debe descartarse)
T1a	IA	Carcinoma invasivo diagnosticado solo por microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm medida desde la base del epitelio y una extensión horizontal de 7 mm o menos; La afectación del espacio vascular, venoso o linfático no afecta a la clasificación.
1 1	IA1	Invasión del estroma de 3 mm o menos de profundidad y 7 mm o menos en extensión horizontal
T1a2	IA2	Invasión del estroma mayor de 3 mm y no más de 5 mm, con una extensión horizontal de 7 mm o menos
T1b	IB	Lesión clínicamente visible confinada al cérvix o lesión microscópica mayor que T1a2/IA2. Incluye todas las lesiones visibles macroscópicamente, incluso aquellas con invasión superficial.
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible de 4 cm o menos en su mayor dimensión
T1b2	IB2	Lesión clínicamente visible de más de 4 cm en su mayor dimensión
T2	II	Carcinoma cervical que invade más allá del útero pero no la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina
T2a	IIA	Tumor sin invasión parametrial
T2a1	IIA1	Lesión clínicamente visible de 4 cm o menos en su mayor dimensión
T2a2	IIA2	Lesión clínicamente visible de más de 4 cm en su mayor dimensión
T2b	IIB	Tumor con invasión parametrial
T3	III	El tumor se extiende a la pared lateral de la pelvis * y/o afecta al tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal
T3a	IIIA	Tumor que afecta al tercio inferior de la vagina pero que no se extiende a la pared pélvica
T3b	IIIB	Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o insuficiencia renal
T4	IVA	Tumor que invade la mucosa de la vejiga o el recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera (el edema bulloso no es suficiente para clasificar un tumor como T4)
	IVB	Tumor que invade órganos a distancia

\* la pared lateral de la pelvis se define como el músculo, fascia, estructuras neurovasculares y las partes esqueléticas de la pelvis ósea.

<sup>3</sup> Union for International Cancer Control (UICC). 8th edition of the UICC TNM classification of malignant tumours (2016).

<sup>4</sup> Pecorelli, S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 105, 103-104 (2009); Pecorelli, S., Zigliani, L. & Odicino, F. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix. Int J Gynaecol Obstet 105, 107-108 (2009); Pecorelli, S. Corrigendum to „Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. Int J Gynaecol Obstet 108, 176 (2010).

## Factores pronósticos

B

Se recomienda documentar de forma adecuada los siguientes factores pronósticos relacionados con el tumor:

- Estadio TNM y FIGO, que incluye tamaño máximo del tumor y descripción detallada de la extensión extracervical del tumor y la afectación ganglionar (número, tamaño, localización).
- Tipo histológico del tumor.
- Profundidad de la invasión del estroma cervical y espesor mínimo de estroma cervical no afectado.
- Presencia o ausencia de invasión del espacio linfovascular (LVSI).
- Presencia o ausencia de metástasis a distancia.

## Estudio diagnóstico clínico y radiológico local

✓

El examen pélvico y biopsia +/- colposcopia son componentes obligatorios para diagnosticar el cáncer de cérvix.

B

El estudio preliminar obligatorio para evaluar la extensión del tumor pélvico y para orientar las opciones de tratamiento es la resonancia magnética (RM) pélvica.

✓

La ecografía transvaginal/transrectal es una opción si la realiza un ecografista debidamente capacitado.

✓

Se puede considerar realizar una cistoscopia o rectoscopia para realizar una biopsia si se documentan lesiones sospechosas en la vejiga o el recto en la RM o la ecografía.

## Estudio diagnóstico ganglionar y a distancia

B

En estadio inicial (T1a, T1b1, T2a1), la estadificación quirúrgica/patológica de los ganglios linfáticos pélvicos es el estándar para evaluar el pronóstico y guiar el tratamiento (excepto T1a1 y no LVSI).

B

En el cáncer de cérvix localmente avanzado (T1b2 y superior (excepto T2a1)) o en estadio temprano con ganglios linfáticos sospechosos en imágenes, se recomienda la tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada (PET-TC) o tomografía computarizada (TC) de tórax/abdomen para evaluar la enfermedad ganglionar y a distancia.

B

La PET-TC es de elección para planificar el tratamiento antes de la quimiorradioterapia con intención curativa.

C

Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, en el cáncer de cérvix localmente avanzado con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en imagen con fines de estadificación.

✓

Se debe considerar realizar una biopsia en caso de sospecha de enfermedad extrauterina para confirmar o descartar enfermedad metastásica y para evitar un tratamiento inadecuado. La biopsia con Tru-cut es preferible a la biopsia por aspiración con aguja fina, ya que permite la evaluación histológica del tejido.

## MANEJO DEL ESTADIO T1a

### Diagnóstico del estadio T1a

- ✓ El diagnóstico del estadio T1a debe basarse en una pieza de conización examinada por un patólogo experto. El manejo debe basarse en una revisión histológica experta, con medición precisa de las dos dimensiones horizontales máximas, profundidad de invasión, estado de los márgenes, patología coexistente y la invasión linfovascular.
- ✓ La conización con asa o láser es preferible a la conización con bisturí frío en mujeres que desean preservación de la fertilidad. Se debe tener máximo cuidado para obtener una pieza intacta (no fragmentada) con mínimo artefacto térmico. La pieza de conización debe estar orientada para el patólogo.
- C Los márgenes quirúrgicos de la pieza de conización deben estar libres de enfermedad invasiva y preinvasiva (excepto la enfermedad preinvasiva en ectocervix).

### Manejo del estadio T1a1

- ✓ El manejo de las pacientes con enfermedad en estadio T1a1 debe individualizarse según la edad, deseo de preservación de la fertilidad y la presencia o ausencia de invasión linfovascular.
- ✓ En caso de márgenes afectados (a excepción de enfermedad preinvasiva en ectocervix), se debe repetir la conización para descartar una enfermedad invasiva más extensa.
- B La estadificación de los ganglios linfáticos no está indicada en estadio T1a1 sin invasión del espacio linfovascular, pero puede considerarse en estadio T1a1 con invasión linfovascular. La biopsia del ganglio centinela (sin disección adicional de los ganglios linfáticos pélvicos) es un método aceptable de estadificación ganglionar.
- C La conización puede considerarse un tratamiento definitivo ya que la histerectomía no mejora el resultado.
- C Los abordajes quirúrgicos radicales, como la histerectomía radical o parametrectomía, representan un sobretamiento para las pacientes con enfermedad T1a1.

## Manejo del estadio T1a2

- C En pacientes con enfermedad en estadio T1a2, la conización o la histerectomía simple son un tratamiento adecuado.
- B La resección de parametrios no está indicada.
- B Se puede considerar la estadificación ganglionar en pacientes sin invasión linfovascular, pero debe realizarse en pacientes con invasión linfovascular. La biopsia del ganglio centinela (sin disección adicional de ganglios linfáticos pélvicos) parece ser un método aceptable de estadificación ganglionar.
- ✓ No se recomienda realizar histerectomía de forma rutinaria después del tratamiento conservador en estadio T1a.

## MANEJO DEL ESTADIO T1b1/T2a1

### Recomendación general

C

El tratamiento debe estar enfocado a evitar la combinación de cirugía radical y radioterapia debido a la mayor morbilidad después del tratamiento combinado.

### Ganglios linfáticos negativos en estadificación radiológica

#### Tratamiento quirúrgico

B

La cirugía radical por un ginecólogo oncólogo es el tratamiento de elección. La cirugía mínima invasiva es preferible.

B

El procedimiento estándar de estadificación ganglionar es la linfadenectomía pélvica sistemática. La biopsia del ganglio centinela antes de la linfadenectomía pélvica es muy recomendable. La combinación de colorante azul con radiocoloide o el verde de indocianina solo son las técnicas recomendadas.

✓

La evaluación de los ganglios linfáticos debe ser el primer paso del tratamiento quirúrgico. Se recomienda el estudio intraoperatorio de los ganglios linfáticos. Todos los ganglios centinelas de ambos lados de la pelvis y/o cualquier ganglio linfático sospechoso deben enviarse para estudio intraoperatorio. Si no se detecta el ganglio centinela, se debe considerar estudio intraoperatorio de los ganglios linfáticos pélvicos.

✓

Si el estudio intraoperatorio de los ganglios linfáticos es negativo o no se realiza, se debe realizar una linfadenectomía pélvica sistemática. En la actualidad, la biopsia del ganglio centinela sola no puede recomendarse fuera de los ensayos clínicos prospectivos. La disección sistemática de los ganglios linfáticos debe incluir las regiones con localización más frecuente de ganglios positivos (ganglios centinela), incluyendo la fosa obturatriz, las regiones ilíacas externas, las regiones ilíacas comunes bilaterales y la región presacra. Los ganglios linfáticos ilíacos externos distales (ganglios linfáticos ilíacos circunflejos) se deben preservar si no son macroscópicamente sospechosos.

✓

El tipo de histerectomía radical (extensión de la resección parametrial, Tipo A-C2) debe basarse en la presencia de factores de riesgo pronóstico identificados preoperatoriamente (Tabla 2). Los principales factores pronósticos oncológicos son el tamaño tumoral, la invasión máxima del estroma y la invasión linfocelular, se utilizan para clasificar a los pacientes en alto, intermedio y bajo riesgo de fracaso del tratamiento. La descripción completa de la histerectomía radical debe estar presente en el informe quirúrgico. Se recomienda utilizar la modificación de la clasificación de Querleu-Morrow de 2017 (Tabla 3).

✓

Debe ofrecerse preservación ovárica a pacientes premenopáusicas con carcinoma de células escamosas y adenocarcinoma de tipo usual (relacionado con el virus del papiloma humano (VPH)). La salpingectomía bilateral debe ser considerada.

C

Si se detecta una afectación ganglionar intraoperatoriamente, incluyendo macrometástasis o micrometástasis, se debe abandonar la disección adicional de los ganglios linfáticos pélvicos y la histerectomía radical. Las pacientes deben ser derivadas para quimiorradioterapia definitiva. Se puede considerar realizar disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, con fines de estadificación.

C

Si se conoce una combinación de factores de riesgo en el momento del diagnóstico, por los que la paciente requeriría tratamiento adyuvante, se puede considerar la radioquimioterapia y la braquiterapia definitivas sin cirugía pélvica radical previa. Se debe evitar la disección de los ganglios linfáticos pélvicos. Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, en pacientes con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en las pruebas de imagen.

#### Opciones alternativas de tratamiento

C

La radioterapia definitiva, incluida la braquiterapia, es un tratamiento alternativo eficaz (ver Principios de radioterapia). Puede considerarse, en particular, en el caso de factores pronósticos desfavorables para el resultado oncológico y de morbilidad.

✓

Para alto riesgo y riesgo intermedio, la braquiterapia preoperatoria seguida de cirugía (Tipo A) se usa en un número limitado de centros. Es una opción alternativa aceptable solo en equipos con experiencia en este enfoque.

C

No se recomienda la quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía.

**Tabla 2. Grupos de riesgo en función de factores pronósticos: tipo de histerectomía radical sugerida**

Grupo de riesgo	Tamaño tumoral	Invasión infovascular	Invasión del estroma	Tipo de histerectomía radical*
Bajo riesgo	<2 cm	Negativo	Menor de 1/3	B1 (A)
Riesgo intermedio	≥2 cm	Negativo	Cualquiera	B2 (C1)
Alto riesgo	<2 cm	Positivo	Cualquiera	B2 (C1)
	≥2 cm	Positivo	Cualquiera	C1 (C2)

\* de acuerdo con la clasificación Querleu-Morrow (ver tabla 3)

**Tabla 3. Clasificación de Querleu-Morrows**

Tipo de histerectomía radical	Paracervix o parametrio lateral	Parametrio anterior	Parametrio posterior
Tipo A	A medio camino entre el cérvix y el uréter (medial al uréter-uréter identificado pero no movilizado)	Escisión mínima	Escisión mínima
Tipo B1	En el uréter (a nivel del lecho del uréter-uréter movilizado desde el cérvix y el parametrio lateral)	Escisión parcial del ligamento vesicouterino	Resección parcial del ligamento rectouterino-rectovaginal y del pliegue peritoneal uterosacro
Tipo B2	Idéntico a B1 más linfadenectomía paracervical sin resección de estructuras vasculares/nerviosas	Escisión parcial del ligamento vesicouterino	Resección parcial del ligamento rectouterino-rectovaginal y del pliegue uterosacro
Tipo C1	En los vasos ilíacos transversalmente, se preserva la parte caudal	Escisión del ligamento vesicouterino (craneal al uréter) en la vejiga. Parte proximal del ligamento vesicovaginal (los nervios de la vejiga son disecados y preservados)	En el recto (el nervio hipogástrico es disecado y preservado)
Tipo C2	A nivel de la parte media de los vasos ilíacos por completo (incluido la parte caudal)	En la vejiga (se sacrifican los nervios de la vejiga)	En el sacro (se sacrifica el nervio hipogástrico)
Tipo D	En la pared pélvica, incluida la resección de los vasos ilíacos internos y/o componentes de la pared pélvica lateral	En la vejiga. No aplicable si parte de la exenteración	En el sacro. No aplicable si parte de la exenteración

<sup>5</sup> Querleu, D., Cibula, D. & Abu-Rustum, N.R. 2017 Update on the Querleu-Morrow Classification of Radical Hysterectomy. Ann Surg Oncol (2017)

## Ganglios linfáticos pélvicos positivos en estadificación radiológica

**C**

En pacientes con ganglios linfáticos pélvicos inequívocamente afectados en las pruebas de imagen, se recomienda quimiorradioterapia definitiva (ver Principios de radioterapia). Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, en pacientes con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en imagen.

✓

Se puede considerar la resección de ganglios linfáticos pélvicos sospechosos.

## Tratamiento adyuvante

**B**

La radioterapia adyuvante se debe considerar en presencia de una combinación de factores de riesgo en la anatomía patológica final, como el tamaño del tumor, la invasión del espacio linfovascular y la profundidad de invasión del estroma.

✓

Cuando en estas situaciones se ha realizado un tipo adecuado de histerectomía radical (Tabla 3), la observación es una opción alternativa, especialmente en equipos con experiencia en este abordaje.

**B**

Después de la cirugía radical primaria, la quimiorradioterapia adyuvante está indicada en los siguientes grupos de pacientes (ver Principios de radioterapia):

- afectación metastásica de los ganglios linfáticos pélvicos, incluida la presencia de macrometástasis pN1 o micrometástasis pN1 (mi) en el ganglio centinela o en cualquier otro ganglio linfático pélvico detectado por evaluación intraoperatoria o patológica definitiva → quimiorradioterapia
- márgenes quirúrgicos positivos (vagina/parametrios) → quimiorradioterapia, se puede considerar sobreimpresión de la braquiterapia
- invasión parametrial → quimiorradioterapia

## Cáncer del muñón cervical

✓

El manejo del cáncer del muñón cervical sigue las recomendaciones para pacientes sin histerectomía subtotal previa. La adaptación de la radioterapia puede ser necesaria, en particular la braquiterapia.

## TRATAMIENTO PRESERVADOR DE LA FERTILIDAD

- ✓ Antes de comenzar el tratamiento de preservación de la fertilidad (PF) se recomienda la valoración en un centro de fertilidad.
- ✓ La PF debe realizarse exclusivamente en centros oncológicos ginecológicos con amplia experiencia en este tipo de terapia oncológica.
- ✓ Para las pacientes que consideran PF, los factores pronósticos, la estadificación clínica y el estudio preoperatorio no difieren de aquellas que no lo consideran.
- ✓ Todas las mujeres con deseo de preservar la fertilidad y carcinoma de células escamosas demostrado histológicamente o adenocarcinoma de tipo usual (relacionado con el VPH)  $\leq 2$  cm de diámetro mayor deben ser asesoradas sobre la posibilidad de tratamiento de PF. Esta consulta debe incluir información sobre el riesgo de abandono del tratamiento de PF si hay márgenes afectos o afectación de los ganglios linfáticos, y los riesgos oncológicos y obstétricos relacionados con este tipo de tratamiento.
- ✓ El tratamiento de PF no debe recomendarse para los subtipos histológicos raros de cáncer de cérvix, incluidos los carcinomas neuroendocrinos y los adenocarcinomas no relacionados con el VPH (excepto el carcinoma adenoide basal) que tienden a presentar un comportamiento agresivo.
- ✓ La ecografía experta y/o la RM pélvica son las pruebas de imagen recomendadas para medir la longitud cervical residual (después de la conización) y la longitud del cérvix no afecto. Sin embargo, ninguna prueba de imagen puede predecir exactamente la extensión de la resección local necesaria para alcanzar márgenes sanos con un margen de seguridad adecuado.
- B** Tener los ganglios linfáticos pélvicos negativos es la condición previa para cualquier tratamiento de PF. Por lo tanto, la estadificación del ganglio linfático pélvico (ganglio centinela) siempre debe ser el primer paso en cada procedimiento de PF. La identificación del ganglio centinela y su ultraestadificación es muy recomendable ya que aumenta la precisión de estadificación, es decir, la identificación de micrometástasis y pequeñas macrometástasis. La afectación de los ganglios linfáticos sospechosos debe confirmarse por histología. La evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos es muy recomendable. Todos los ganglios centinela de ambos lados de la pelvis o cualquier ganglio linfático sospechoso deben enviarse para estudio intraoperatorio. Si no se detecta ganglio centinela bilateral se debe considerar la evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos pélvicos (ver manejo de estadio T1b1/T2a1). La estadificación de los ganglios linfáticos no está indicada en estadio T1a1 sin invasión linfovascular.

- ✓ En caso de afectación ganglionar demostrada intraoperatoriamente, se debe abandonar la cirugía preservadora de fertilidad y derivar a la paciente a quimiorradioterapia definitiva. El objetivo de la cirugía preservadora de fertilidad debe ser la resección del tumor invasivo con adecuados márgenes libres y la preservación de la parte superior del cérvix. El estudio intraoperatorio es una forma segura de evaluar el margen de resección superior de la pieza de traquelectomía y debe considerarse.
- B** La conización o la traquelectomía simple son procedimientos adecuados para preservación de la fertilidad en pacientes con estadio T1a1 y T1a2, con ganglios linfáticos negativos y sin invasión del espacio linfovascular.
- B** En pacientes con estadio T1a1 y T1a2, ganglios linfáticos negativos, con invasión del espacio linfovascular, se puede considerar una traquelectomía radical (tipo A). La conización o la traquelectomía simple son una opción.
- B** En pacientes con cáncer de cérvix estadio T1b1  $\leq 2$  cm de diámetro mayor, ganglios linfáticos negativos, con o sin invasión linfovascular, debe realizarse una traquelectomía radical (tipo B).
- ✓ Se debe realizar la inserción intraoperatoria de un cerclaje permanente durante la traquelectomía simple o radical.
- ✓ No se puede recomendar la cirugía de preservación de fertilidad en pacientes con tumores  $> 2$  cm y se considera un abordaje experimental.
- ✓ En casos más avanzados, deben discutirse diferentes opciones para la preservación de la fertilidad. El objetivo de la preservación de la fertilidad debería ser ofrecer el abordaje más eficiente relacionado con los aspectos legales del país sin aumentar el riesgo oncológico.
- ✓ Cualquier embarazo después de cirugía de PF debe considerarse como un embarazo de alto riesgo y el parto debe realizarse en un centro de referencia perinatal. Después de la traquelectomía simple o radical con la consecuente colocación de un cerclaje permanente, el parto solo puede realizarse por cesárea.
- ✓ La histerectomía de forma sistemática después de cumplir los deseos genésicos no es necesaria.

## CÁNCER DE CÉRVIX CLÍNICAMENTE OCULTO DIAGNOSTICADO DESPUÉS DE UNA HISTERECTOMÍA SIMPLE

### Recomendaciones generales

- ✓ El manejo de la enfermedad oculta debe basarse en la revisión experta de la histología y debatirse en una reunión multidisciplinar de tumores.
- ✓ Antes de tomar decisiones de tratamiento adicional es necesario obtener imágenes óptimas para evaluar el estado de la enfermedad local y regional (ganglionar). Las pruebas de imagen siguen las mismas recomendaciones que para la enfermedad no oculta.
- B** En general, el tratamiento de la enfermedad oculta sigue los mismos principios que la enfermedad no oculta. La estrategia de tratamiento debe apuntar a evitar la combinación de cirugía radical y radioterapia debido a la mayor morbilidad después del tratamiento combinado.

### Manejo de pacientes con pT1a1, con o sin invasión linfovascular, y pT1a2 sin invasión linfovascular con márgenes libres

- ✓ En pacientes con estadio tumoral pT1a1, independientemente de la invasión linfovascular, y en pT1a2 sin invasión linfovascular con márgenes libres en la pieza de histerectomía, no se recomienda ningún tratamiento adicional.

### Manejo de pacientes con pT1a2 con invasión linfovascular o pT1b1 o pT2a1 con márgenes libres

- ✓ En pacientes con estadio tumoral pT1a2 con invasión linfovascular o pT1b1 o pT2a1 después de histerectomía simple, se debe abordar la posible enfermedad en los parametrios y los ganglios linfáticos.
- D** Se recomienda radioterapia o quimiorradioterapia como una opción de tratamiento eficaz que evita futuras cirugías. En ausencia de tumor residual en las pruebas de imagen (incluidos ganglios linfáticos sospechosos), se recomienda solo radioterapia. En caso de tumor residual en las pruebas de imagen, incluido ganglios linfáticos sospechosos, se recomienda la quimiorradioterapia.
- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, con fines de estadificación en pacientes sin ganglios paraaórticos sospechosos en las pruebas de imagen.
- ✓ Se puede considerar la extirpación de ganglios linfáticos pélvicos sospechosos.

- D** La cirugía radical es una opción en pacientes sin afectación de los ganglios linfáticos en las pruebas de imagen y en ausencia de una indicación inicial para la radioterapia adyuvante (combinación de factores pronósticos negativos).

- ✓ La disección de los ganglios linfáticos pélvicos debe ser el primer paso de la cirugía. Se puede considerar la evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos pélvicos. Si la evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos es negativa o no se realiza, la parametrectomía radical con resección de la parte superior de la vagina se debe realizar preferiblemente con cirugía mínima invasiva. El tipo de parametrectomía radical (extensión de la resección parametrial) se debe adaptar a la presencia de factores de riesgo pronóstico del tumor primario como se describió anteriormente (Tabla 2).

- ✓ La descripción completa de la técnica utilizada para la parametrectomía radical debe estar presente en el informe quirúrgico.

- ✓ Se recomienda usar como herramienta la modificación de 2017 de la clasificación de Querleu-Morrow (Tabla 3).

- D** Si se detecta intraoperatoriamente afectación ganglionar, incluidas macrometástasis o micrometástasis, se debe abandonar la cirugía (disección de los ganglios linfáticos pélvicos y parametrectomía radical) y se recomienda quimiorradioterapia.

- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, con fines de estadificación.

- ✓ Se puede considerar la extirpación de ganglios sospechosos.

### Manejo de pacientes con estadio pT1b2 y superior o márgenes quirúrgicos afectos o tumor residual, incluido ganglios afectos en las pruebas de imagen

- ✓ En pacientes con estadio pT1b2 y superior, con márgenes quirúrgicos afectos o en aquellas con tumor residual, incluido ganglios afectos en las pruebas de imagen, se recomienda quimiorradioterapia y se debe evitar una cirugía adicional.

- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, con fines de estadificación en pacientes con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en las pruebas de imagen.

- ✓ Se puede considerar la extirpación de ganglios sospechosos.

## MANEJO DEL CÁNCER DE CÉRVIX LOCALMENTE AVANZADO

### Estadio T1b2/T2a2 y ganglios negativos en la estadificación radiológica

- B** La estrategia de tratamiento debe tener como objetivo evitar la combinación de cirugía radical y radioterapia externa postoperatoria, debido al aumento significativo de la morbilidad y ningún impacto evidente sobre la supervivencia.
- A** La quimiorradioterapia basada en platino y la braquiterapia definitivas son el tratamiento de elección (ver Principios de radioterapia).
- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, antes de la quimiorradioterapia y la braquiterapia. La disección de los ganglios linfáticos pélvicos no es necesaria.
- ✓** La cirugía radical es una opción alternativa, en particular en pacientes sin factores de riesgo (combinaciones del tamaño tumoral, invasión linfovascular, y/o profundidad de la invasión estromal). Sin embargo, la calidad de la cirugía, tanto la parametrectomía como la disección de ganglios linfáticos, son de gran importancia en el tratamiento de tumores grandes. Se recomienda la evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos como primer paso. Si se detecta intraoperatoriamente afectación ganglionar, incluidas macrometástasis o micrometástasis, se debe abandonar la disección adicional de los ganglios linfáticos pélvicos y la histerectomía radical, y las pacientes deben derivarse para quimiorradioterapia y braquiterapia definitivas. Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, con fines de estadificación. Si la evaluación intraoperatoria de los ganglios linfáticos es negativa o no se realiza, se debe realizar una disección sistemática de los ganglios linfáticos pélvicos. Se recomienda la histerectomía radical tipo C2.
- C** La quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía radical es una alternativa controvertida. No se ha demostrado beneficio de la reducción del tamaño tumoral con respecto al pronóstico.

### Estadio T1b2/T2a2 y ganglios afectos en la estadificación radiológica

- A** Se recomienda quimiorradioterapia y braquiterapia definitivas en pacientes con ganglios linfáticos pélvicos inequívocamente afectos en las pruebas de imagen (ver Principios de radioterapia).
- C** Se debe aplicar un refuerzo de radiación adicional a los ganglios linfáticos afectos (ver Principios de la radioterapia).
- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, antes del tratamiento para la estadificación en pacientes con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en las pruebas de imagen.
- ✓** Se puede considerar la extirpación de ganglios pélvicos sospechosos.

### Estadios T2b, T3a/b, T4a

- A** Se recomienda quimiorradioterapia basada en platino y braquiterapia definitivas (ver Principios de radioterapia).
- C** Se debe aplicar un refuerzo de radiación adicional a los ganglios linfáticos afectos (ver Principios de la radioterapia).
- C** Se puede considerar la disección de los ganglios linfáticos paraaórticos, al menos hasta la arteria mesentérica inferior, antes del tratamiento en pacientes con ganglios linfáticos paraaórticos negativos en las pruebas de imagen.
- ✓** Se puede considerar la extirpación de ganglios linfáticos pélvicos sospechosos. La exanteración pélvica es una opción en casos seleccionados con enfermedad en estadio T4N0M0.

### Cáncer del muñón cervical

- ✓** El manejo del cáncer del muñón cervical sigue las recomendaciones para pacientes sin histerectomía subtotal previa. La adaptación de la radioterapia puede ser necesaria, en particular la braquiterapia.

## ENFERMEDAD METASTÁSICA A DISTANCIA EN LA PRESENTACIÓN

- ✓ Las pacientes con enfermedad metastásica a distancia en el momento de la presentación deben realizar un estudio diagnóstico completo (ver estadificación) para evaluar la extensión de la enfermedad, la idoneidad para el tratamiento activo y el tipo de tratamiento, incluido apoyo y cuidados.
- B** En pacientes médicamente aptos con enfermedad metastásica diseminada a distancia en la presentación (visceral +/- ganglionar), se recomienda la quimioterapia combinada. Carboplatino/paclitaxel o cisplatino/paclitaxel son los regímenes de elección en el tratamiento de primera línea.
- B** Se recomienda la adición de Bevacizumab a la quimioterapia estándar en pacientes con buen estado funcional y donde el riesgo de toxicidad gastrointestinal/genitourinaria significativa se ha evaluado cuidadosamente y discutido con la paciente.
- D** Las pacientes con enfermedad metastásica a distancia limitada en la presentación, confinada a ganglios linfáticos paraaórticos, deben tratarse con intención curativa con quimiorradioterapia definitiva con ampliación de los campos de radiación, incluida la braquiterapia. El algoritmo de tratamiento también puede incluir citorreducción quirúrgica del ganglio linfático aumentado y quimioterapia adicional.
- ✓ En las pacientes con ganglio linfático supraclavicular como único sitio de enfermedad a distancia puede considerarse quimiorradioterapia con intención curativa. El algoritmo de tratamiento puede incluir quimioterapia adicional.
- C** La quimioterapia adyuvante se puede considerar en casos que conllevan un alto riesgo de recidiva, como márgenes positivos, ganglios linfáticos positivos o tumores con infiltración del espacio linfovascular.
- ✓ El papel de la radioterapia para paliar síntomas, como sangrado y dolor, debe considerarse especialmente en pacientes sin tratamiento previo con radioterapia.

## ENFERMEDAD RECURRENTE

### Tratamiento con intención curativa

- ✓ El tratamiento de la enfermedad recurrente con intención curativa requiere la centralización y la participación de un amplio equipo multidisciplinar que incluye un ginecólogo oncólogo, un radioncólogo, un radiólogo, un patólogo, un oncólogo médico, un urólogo y un cirujano plástico. Un programa estructurado para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento multidisciplinar debe estar presente en los centros responsables del tratamiento.
- ✓ Cada centro involucrado en el tratamiento primario del cáncer de cévix debe tener una red establecida para la discusión de casos difíciles y la voluntad de derivar a pacientes con recidiva para el tratamiento a unidades altamente especializadas.
- ✓ Se recomienda la participación en ensayos clínicos para mejorar la evidencia clínica del efecto del tratamiento curativo de la enfermedad recurrente.

### Manejo diagnóstico

- ✓ El objetivo del manejo diagnóstico es excluir las metástasis a distancia y la extensión del tumor locoregional más allá del tratamiento curativo.
- ✓ La recidiva debe confirmarse mediante examen histológico.
- ✓ Las pacientes con múltiples metástasis ganglionares/a distancia o enfermedad local multifocal con afectación extensa de la pared pélvica generalmente no se consideran candidatas para tratamiento curativo. Los factores pronósticos deben evaluarse cuidadosamente en relación con la mayor morbilidad causada por el tratamiento.
- ✓ Se recomienda un diagnóstico completo que consista en pruebas de imagen para establecer el estado de la enfermedad a nivel local, regional y sistémico (ver estadificación).
- ✓ La paciente debe ser aconsejada cuidadosamente no solo sobre las opciones de tratamiento sino también sobre los riesgos y consecuencias que conllevan.

### **Recidiva pélvica central tras cirugía primaria**

**D** La quimiorradioterapia definitiva combinada con braquiterapia adaptativa guiada por imagen es el tratamiento de elección (ver Principios de radioterapia). No se recomienda el uso de radioterapia externa para sobreimpresión (boost) para reemplazar la braquiterapia.

✓ Para la braquiterapia, las pequeñas lesiones superficiales (<5 mm de grosor) en la vagina se pueden tratar usando un cilindro vaginal, ovoides o moldes, mientras que otras lesiones generalmente requieren técnicas intracavitarias intersticiales combinadas.

### **Recidiva en pared pélvica lateral tras cirugía primaria**

**D** La quimiorradioterapia definitiva es la opción de elección.

✓ Se puede considerar cirugía pélvica extendida en pacientes altamente seleccionados siempre que el tumor no invada extensamente la pared lateral de la pelvis.

**D** Los procedimientos combinados de radioterapia que utilizan radioterapia intraoperatoria o braquiterapia son una opción si no se pueden obtener márgenes quirúrgicos libres.

✓ La radioterapia definitiva o quimiorradioterapia seguidas de sobreimpresión mediante esteroataxia/braquiterapia intersticial guiada por imagen/terapia con haces de partículas son opciones emergentes.

### **Recidiva pélvica central o en pared pélvica lateral tras radioterapia o quimiorradioterapia**

**D** La exanteración pélvica se recomienda para la recidiva pélvica central en la que no hay afectación de la pared lateral de la pelvis ni de los ganglios extrapélvicos.

✓ La resección endopélvica lateral extendida se puede considerar para una recidiva que se extiende cerca o afecta a la pared lateral de la pelvis.

✓ La reirradiación con braquiterapia adaptativa guiada por imagen para recidivas centrales es una opción alternativa, especialmente en pacientes no aptos o que rechazan la cirugía de exanteración, que debe restringirse a centros altamente especializados.

### **Papel de la quimioterapia**

✓ Si se considera cirugía o radioterapia adicional, no se deben administrar más de 2-4 ciclos de quimioterapia combinada para evitar intervalos largos innecesarios antes del tratamiento definitivo. Las recidivas locorregionales, que en el momento del diagnóstico parecen incurables, se deben volver a evaluar para determinar la posibilidad de un tratamiento radical si se obtiene una respuesta importante.

✓ Las candidatas adecuadas para quimioterapia adyuvante son aquellas pacientes que se recuperan bien dentro de los 2 meses posteriores al tratamiento primario de la recidiva.

### **Recurrencias ganglionares y oligo metastásicas**

✓ Las recidivas paraaórticas, mediastínicas y/o periclaviculares localizadas sobre los campos previamente irradiados se pueden tratar con radioterapia externa radical si es posible en combinación con quimioterapia concomitante. Se recomienda irradiar de forma electiva los niveles ganglionares regionales inmediatos por debajo y por encima.

✓ El efecto terapéutico de la resección/extirpación de la recidiva ganglionar no está claro y, de ser posible, siempre debe ir seguido de radioterapia.

✓ El manejo de metástasis aisladas en órganos (pulmón, hígado, etc.) debe discutirse en una reunión multidisciplinaria del equipo involucrado en el tratamiento del órgano específico afectado por la metástasis y debe tratarse de acuerdo con el método de elección para ese órgano incluyendo resección local, ablación por radiofrecuencia, braquiterapia o radioterapia ablativa estereotáxica de acuerdo con el tamaño y la posición anatómica.

## Tratamiento paliativo

- ✓ Las recomendaciones para el tratamiento paliativo solo deben realizarse después de una revisión exhaustiva del caso por un equipo multidisciplinar especializado y teniendo en cuenta el estado funcional, las comorbilidades, los síntomas y los deseos de la paciente. El especialista en cuidados paliativos debe participar activamente.
- B** La quimioterapia paliativa combinada de taxano/platino con/sin bevacizumab es la opción de elección.
- ✓ Actualmente no existe una quimioterapia estándar de segunda línea y dichas pacientes deben considerarse para ensayos clínicos.
- ✓ En pacientes sintomáticas, el tratamiento paliativo debe adaptarse a la situación clínica.
- D** En pacientes con enfermedad diseminada en el momento de la presentación, se debe considerar la radioterapia (generalmente fraccionada) para efecto paliativo efectivo.
- D** Se debe considerar la radioterapia paliativa (fracción única/curso corto) para controlar el sangrado, el flujo y el dolor debido a enfermedad pélvica o metástasis óseas.
- ✓ Para la compresión de la médula espinal debido a metástasis óseas, se debe considerar la intervención neuroquirúrgica o radioterapia fraccionada de curso corto.
- ✓ En caso de enfermedad sintomática obstructiva se consideran apropiadas las intervenciones quirúrgicas que incluyan estomas de derivación y/o colocación de stents.

## SEGUIMIENTO

### Recomendaciones generales

- ✓ Los principales objetivos del seguimiento de pacientes con cáncer de cérvix deberían incluir:
  - Detección precoz de recidivas
  - Educación y apoyo de la paciente
  - La rehabilitación del cáncer con el objetivo de prevenir y reducir las consecuencias psicosociales, físicas, sociales y existenciales del cáncer y su tratamiento comienza al momento del diagnóstico. Los esfuerzos deben optimizar las capacidades físicas y la calidad de vida de las mujeres afectas por cáncer de cérvix, e incluir a los miembros de la familia/cuidadores. Varios profesionales deberían estar disponibles para asesoramiento, por ej. psicólogo, terapeuta sexual, fisioterapeuta y dietista.
  - Evaluación del resultado a largo plazo de nuevas estrategias de tratamiento.
  - Control de calidad de la atención.
- ✓ Cada visita debe estar compuesta de lo siguiente:
  - Historia clínica (incluida la obtención de síntomas relevantes).
  - Examen físico (que incluye un examen con espéculo y examen pélvico bimanual).
  - Evaluación médica de eventos adversos utilizando escalas validadas (por ejemplo, Criterios Terminológicos Comunes para Eventos Adversos).
  - Prevención y tratamiento de los efectos secundarios relacionados con el cáncer y el tratamiento, como la disfunción sexual (por ejemplo, asesoramiento, lubricantes vaginales, estrógenos locales). In caso di comparsa di sintomi correlati al trattamento, si dovrebbe considerare l'invio ad uno specialista dedicato (ad esempio gastroenterologo, uro-gine-cologo).
- ✓ En caso de aparición de síntomas relacionados con el tratamiento, se debe considerar la derivación a un especialista (por ejemplo, gastroenterólogo, uro/ginecólogo).
- ✓ Las pacientes deben ser educadas sobre los síntomas de una potencial recidiva y los posibles efectos a largo plazo del tratamiento. Las pacientes también deben recibir asesoramiento sobre salud sexual, adaptación del estilo de vida, nutrición, ejercicio, obesidad y cese del tabaquismo.
- C** Los esquemas de seguimiento pueden individualizarse teniendo en cuenta los factores pronósticos, la modalidad de tratamiento y el riesgo estimado y/o la aparición de efectos secundarios. En general, se recomiendan intervalos de seguimiento de 3 a 4 (6) meses durante los primeros 2 años, y luego de 6 a 12 meses hasta cinco años.

**D**

Se recomienda tratamiento hormonal sustitutivo a las supervivientes de cáncer de cérvix con menopausia precoz, y debe realizarse según las recomendaciones habituales de la menopausia. Se debe prescribir terapia sustitutiva combinada de estrógenos y progesterona si se conserva el útero (incluso después de radioterapia definitiva). Se recomienda la monoterapia con estrógenos después de la histerectomía.

✓

Las pruebas de imagen y de laboratorio deben realizarse en función de los síntomas o hallazgos sospechosos de recidiva o morbilidad.

✓

En mujeres sintomáticas, se debe considerar RM o TC para evaluar la recidiva clínica potencial. Si resulta positivo, se debe realizar una PET-TC de cuerpo entero en pacientes en las que se esté considerando tratamiento de rescate (cirugía o radioterapia). De manera similar, ante la sospecha de recidiva, se puede realizar PET-TC cuando otra prueba de imagen sea equívoca.

✓

Se debe considerar la confirmación patológica de cualquier tumor persistente o recurrente. Si una lesión se encuentra profunda en el endocérvix (en caso de tratamiento conservador o quimiorradioterapia definitiva), la biopsia tru-cut guiada por ecografía es el método de elección. Para cualquier lesión a distancia del lugar del tumor primario, se pueden usar métodos guiados por ecografía o TC para lograr la confirmación patológica. En caso de enfermedad sospechosa clínica o radiológicamente, una biopsia negativa puede no ser concluyente.

### Seguimiento tras tratamiento preservador de fertilidad

✓

Todas las mujeres permanecen en riesgo de recurrencia después de tratamiento de PF y deben ser cuidadosamente seguidas. El seguimiento debe ser llevado a cabo por un especialista con experiencia específica en la detección de displasia del tracto genital inferior (por ejemplo, ginecológico oncólogo, experto en colposcopia).

**C**

Los intervalos de seguimiento deben ser de 3 a 4 meses durante los primeros 2 años postoperatorios, y luego de 6 a 12 meses hasta cinco años. A partir de entonces, el paciente puede regresar al cribado poblacional. Sin embargo, la duración del seguimiento puede individualizarse según el riesgo de recurrencia o la persistencia de complicaciones relacionadas con el tratamiento.

**C**

El seguimiento debe incluir test de VPH (con o sin citología). La colposcopia en combinación con la prueba de VPH en paralelo realizada por un colposcopista experimentado es una opción. Se recomienda la incorporación de test de VPH de alto riesgo a los 6, 12 y 24 meses después del tratamiento. Si el test de VPH es negativo, entonces cada 3-5 años durante el tiempo que esté indicado el seguimiento.

### Seguimiento tras histerectomía simple o radical

✓

El seguimiento debe realizarlo un médico con experiencia en seguimiento después de la cirugía siguiendo las recomendaciones generales (ver arriba). La citología de la cúpula vaginal no se recomienda.

### Seguimiento tras quimiorradioterapia definitiva

✓

Para evaluar la respuesta tumoral se debe utilizar el mismo método de imagen que se utilizó al inicio del estudio.

✓

Las pruebas de imagen deben realizarse no antes de los 3 meses posteriores a la finalización del tratamiento. En casos dudosos, debe realizarse una reevaluación no antes de 8 semanas después.

**B**

Para la reevaluación, el estudio de diagnóstico óptimo para la extensión local es la RM pélvica, y para la diseminación a distancia es TC de tórax/abdomen o PET-TC (se prefiere después de la quimiorradioterapia definitiva o en pacientes de alto riesgo).

✓

El seguimiento debe realizarlo un médico con experiencia en seguimiento después de la radioterapia. La citología no se recomienda en estos pacientes.

✓

Se debe informar y educar a las pacientes sobre la salud sexual y vaginal ya que pueden sufrir estenosis vaginal y sequedad. Se debe ofrecer dilatación vaginal, lubricantes vaginales y estrógenos locales.

## CÁNCER DE CÉRVIX EN EL EMBARAZO

✓ Todas las pacientes diagnosticadas de cáncer de cérvix durante el embarazo deben ser asesoradas por un equipo multidisciplinar. Este equipo debe estar formado por expertos en ginecológica oncológica, neonatología, obstetricia, anestesiología, radioterapia, oncología médica, psicooncología y, si se solicita, teología o ética.

✓ Dado el amplio espectro de opciones terapéuticas descritas, el equipo multidisciplinar recomienda un plan de tratamiento consensuado individual de acuerdo con la intención de la paciente, el estadio del tumor y la edad gestacional del embarazo en el momento del diagnóstico del cáncer. Los objetivos principales del plan de tratamiento recomendado son la seguridad oncológica de la mujer embarazada y la supervivencia sin morbilidad adicional del feto.

✓ El tratamiento de las pacientes con cáncer de cérvix en el embarazo debe realizarse exclusivamente en los centros de ginecológica oncológica asociados con un centro perinatal de más alto nivel con experiencia en todos los aspectos de la terapia oncológica en el embarazo y la atención médica intensiva de los recién nacidos prematuros. Debido a la baja incidencia de cáncer de cérvix en el embarazo, la centralización en unas pocas instalaciones bien equipadas es obligatoria.

D Además del examen clínico y la verificación histológica del cáncer de cérvix invasivo, las pruebas de imagen de elección para la estadificación clínica en pacientes con cáncer de cérvix en el embarazo incluyen RM o ecografía experta. Debido a la experiencia limitada y la radiactividad inherente, PET-TC (PET-RM) solo deben indicarse en circunstancias muy seleccionadas.

✓ La afectación tumoral de ganglios sospechosos debe verificarse histológicamente debido a su importancia pronóstica y al impacto en el manejo hasta la semana 24 de gestación (viabilidad fetal), preferiblemente por abordaje mínimamente invasivo.

D Dependiendo del estadio tumoral y la semana gestacional del embarazo, después de las opciones de tratamiento, deben discutirse con el paciente los riesgos y beneficios individuales:

- Cirugía adaptada incluyendo la extirpación del tumor: conización, traquelectomía y estadificación de los ganglios linfáticos (ver arriba) de acuerdo con el estadio de la enfermedad y con la intención de preservar el embarazo.

D

- Cirugía radical o quimiorradioterapia definitiva según lo recomendado para el estadio de la enfermedad sin preservación del embarazo, con o sin terminación previa del embarazo.

- Retraso del tratamiento oncológico hasta la madurez fetal (si es posible >32 semanas de gestación) y comienzo del tratamiento específico para el cáncer inmediatamente después del parto por cesárea.

D

- Quimioterapia hasta la madurez fetal y el comienzo del tratamiento específico del cáncer inmediatamente después del parto por cesárea. El tratamiento después del parto debe considerar la aplicación de quimioterapia previa. En pacientes con estadio localmente avanzado o con tumor residual después de la conización que no puede extirparse por completo (riesgo de rotura prematura de membranas y/o insuficiencia cervical), se puede considerar la quimioterapia basada en platino comenzando no antes de las 14 semanas de gestación.

D

El parto espontáneo parece tener un impacto pronóstico negativo en pacientes con cáncer de cérvix en el embarazo. Por lo tanto, la vía del parto recomendada es la cesárea después de la 32ª semana de gestación (si es posible). En el momento de la cesárea o después de ella, se debe realizar un tratamiento oncológico ajustado al estadio definitivo correspondiente al de las mujeres no embarazadas teniendo en cuenta la terapia que ya se ha administrado durante el embarazo.

## PRINCIPIOS DE RADIOTERAPIA

### Quimiorradioterapia y braquiterapia definitivas: aspectos generales

El tratamiento definitivo (sin cirugía relacionada con el tumor) consiste en quimiorradioterapia pélvica concomitante (basada en platino) y braquiterapia o radioterapia externa pélvica sola y braquiterapia.

El tiempo total de tratamiento para el tratamiento definitivo no debe superar las 7-8 semanas.

Deben evitarse retrasos en el tratamiento y/o interrupciones del tratamiento.

### Quimiorradioterapia definitiva

La radioterapia externa se recomienda como la radioterapia mínima con un sistema de planificación en 3D. El tratamiento de elección es la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) debido a la distribución de la dosis que maximiza la preservación de los órganos críticos en riesgo.

La radioterapia externa se puede aplicar como quimiorradioterapia concomitante con una dosis total de 45-50 Gy (1,8 Gy por fracción) y quimioterapia con agente único radiosensibilizador, preferiblemente cisplatino (40mg/m<sup>2</sup> semanal) para que la radioterapia definitiva no se vea comprometida. Si el cisplatino no es aplicable, las opciones alternativas son fluorouracilo (5FU) o carboplatino. La radioterapia externa también se puede aplicar sin la quimioterapia concomitante de acuerdo con la selección del tratamiento (es decir, pacientes no aptos para cualquier quimioterapia). En esos casos se puede considerar la hipertermia regional.

El volumen del campo de irradiación relacionado con el tumor y los ganglios linfáticos para la IMRT incluye el tumor cervical primario y los tejidos adyacentes, como parametrios, cuerpo uterino, vagina superior y los ganglios linfáticos pélvicos (obturador, ilíacos internos, externos y comunes, pre-sacos). En caso de que la afectación de los ganglios linfáticos pélvicos indique un mayor riesgo de diseminación a los ganglios linfáticos paraaórticos, la radioterapia externa puede incluir la región paraaórtica hasta los vasos renales (45 Gy). En caso de afectación de los ganglios linfáticos paraaórticos, el campo de irradiación incluye como mínimo hasta los vasos renales.

En pacientes con estadio T1b1 de riesgo bajo e intermedio, con ganglios linfáticos negativos en las pruebas de imagen y sin invasión linfovascular, puede considerarse la radioterapia externa con un volumen a tratar con un campo de irradiación reducido que no incluye los ganglios ilíacos comunes.

El tratamiento con sobreimpresión para los ganglios linfáticos afectados se puede aplicar como sobreimpresión integrada simultánea dentro del tratamiento IMRT o como sobreimpresión secuencial. La dosis total que incluye la contribución de la braquiterapia debe ser de 55-60 Gy (dosis equivalente efectiva a 2 Gy por fracción (EQD2)). Una opción de tratamiento alternativa es la extirpación quirúrgica de los ganglios aumentados de tamaño.

La radioterapia guiada por imagen en IMRT se recomienda para garantizar la aplicación segura de la dosis en los objetivos relacionados con el tumor, para tener en cuenta las incertidumbres del movimiento, reducir los márgenes y lograr dosis reducidas en los órganos de riesgo.

El tiempo total de tratamiento con radioterapia externa no debe exceder de 5-6 semanas.

## Braquiterapia definitiva

Se recomienda la braquiterapia adaptativa guiada por imagen (IGABT), preferiblemente con RM en el momento de la braquiterapia. IGABT se administra en tumores grandes hacia el final o después de la quimiorradioterapia concomitante. El examen ginecológico repetido es obligatorio y se pueden utilizar pruebas de imagen alternativas como la TC y la ecografía.

Los objetivos relacionados con el tumor para la braquiterapia incluyen el volumen tumoral residual (GTV-Tres) después de la quimiorradioterapia, el volumen objetivo metabólico adaptativo de alto riesgo (CTV-THR) que incluye todo el cuello uterino y tejido patológico adyacente residual y el volumen objetivo clínico de riesgo intermedio (CTV-TIR).

La braquiterapia intracavitaria/intersticial intracavitaria y combinada debe realizarse bajo anestesia.

El aplicador de braquiterapia debe consistir en un tándem uterino y un componente vaginal (ovoides/ anillo/ molde/ anillo combinado/ ovoide). Se debe considerar la braquiterapia intracavitaria/intersticial combinada para ajustar la aplicación más allá del objetivo individual. El componente vaginal lleva agujeros para la orientación de la aguja recta u oblicua en los parametrios.

En caso de enfermedad residual significativa en el parametrio (como en cualquier área extracervical, por ejemplo vagina, cuerpo uterino, órgano adyacente), esto debería formar parte del CTV-THR. La aplicación de braquiterapia debe ser un enfoque combinado intracavitario/ intersticial para lograr una dosis de radiación suficientemente alta en todo el CTV-THR.

En IGABT, el objetivo de la planificación debería ser administrar una dosis de braquiterapia de 40-45 Gy (EQD2) para alcanzar una dosis total de radioterapia externa + braquiterapia de  $\geq 85-90$  Gy EQD2 (D90) (asumiendo 45 Gy mediante radioterapia externa) para el CTV-THR,  $\geq 60$  Gy (D98) para el CTV-TIR, y  $\geq 90$  Gy (D98) para el GTV-Tres. Se recomiendan volúmenes de dosis 3D y 2D y puntos de restricción para el recto, la vejiga, la vagina, el sigma y el intestino, y deben basarse en la evidencia clínica publicada.

La normalización de la dosis del punto A se debe utilizar como punto de partida para la optimización del plan de tratamiento paso a paso, aunque la dosis del punto A y la prescripción se han ampliado.

La braquiterapia se debe administrar en varias fracciones como una alta tasa de dosis (por lo general 3-4) o en 1 o 2 fracciones como braquiterapia de tasa de dosis de pulso.

En tumores grandes, la braquiterapia se debe administrar dentro de 1-2 semanas hacia el final o después de la quimiorradioterapia. En tumores de tamaño limitado, la braquiterapia puede comenzar antes durante la quimiorradioterapia.

Para los objetivos relacionados con el tumor (GTV-Tres, CTV-THR, CTV-TIR), se desaconseja el uso de radioterapia externa para aumentar la dosis (por ejemplo, refuerzo de parametrios, refuerzo del cuello uterino), incluso cuando se usa tecnología de radioterapia externa avanzada como la radioterapia por estereotaxia. El uso de un bloque de línea media como sobreimpresión del parametrio no se recomienda cuando se aplica radioterapia guiada por imagen avanzada, en particular más de 45 a 50 Gy.

Se debe intentar optimizar la comodidad del paciente durante la braquiterapia (fraccionada). Preferiblemente esto incluye un enfoque multidisciplinar.

## Radioterapia o quimiorradioterapia adyuvantes

La radioterapia o la quimiorradioterapia adyuvantes siguen principios análogos para la selección del objetivo y la dosis y fraccionamiento como se indica para el tratamiento definitivo.

La aplicación de IMRT e IGRT debe considerarse ya que la morbilidad relacionada con el tratamiento puede reducirse.

La braquiterapia adyuvante (adicional) solo debe considerarse si un área limitada bien definida, accesible mediante una técnica de braquiterapia, tiene un alto riesgo de recurrencia local (por ejemplo, vagina, parametrio). Tal braquiterapia adyuvante debe seguir los principios descritos anteriormente para la braquiterapia guiada por imagen.

## Radioterapia externa definitiva con planificación en 3D o quimiorradioterapia y braquiterapia basada en radiografía

Se recomienda radioterapia con planificación en 3D sola o como quimiorradioterapia concomitante definitiva (basada en platino)  $\pm$  radioterapia paraaórtica y/o braquiterapia basada en radiografía 2D, si IMRT y/o IGABT no están disponibles.

En el caso de radioterapia 3D y/o braquiterapia basada en radiografía las recomendaciones para radioterapia externa y IGABT, como se describe anteriormente con respecto al objetivo, la dosis, el fraccionamiento y el tiempo total de tratamiento, deben respetarse tanto como sea posible.

Se aplica sobreimpresión secuencial de ganglios linfáticos según corresponda después de completar la radioterapia externa 3D.

El objetivo de planificación de la braquiterapia debe basarse en el punto A. La dosis en el punto A debe ser  $\geq 75$  Gy (EQD2) en CTV-THR adaptado de ancho limitado ( $\leq 3$  cm) y deben ser dosis más altas en CTV-THR adaptado de ancho grande ( $>4$  cm). Además, la dosis para el ancho máximo del CTV-THR adaptado debe estar documentada. Se recomiendan las restricciones de punto de dosis basadas en radiografía, más las restricciones de volumen de dosis en 3D disponibles para el recto, la vejiga, la vagina, el sigma y el intestino, y deben basarse en la evidencia clínica publicada.

## PRINCIPIOS DE EVALUACIÓN PATOLÓGICA

### Requisitos para enviar la muestra para evaluación patológica

La información de la paciente, la citología previa, las muestras histológicas, los datos clínicos y radiológicos y los hallazgos colposcópicos deben incluirse en la solicitud de la muestra.

Los detalles de la citología, biopsia y pieza quirúrgica (pieza de la conización, traquelectomía, tipo de histerectomía, presencia de ovarios y trompas de Falopio, presencia de ganglios linfáticos y descripción de la localización de los ganglios linfáticos, presencia de manguito vaginal y de parametrios) deben estar detallados en el formulario de solicitud de la muestra.

Las biopsias y las muestras quirúrgicas deben enviarse al departamento de anatomía patológica en un recipiente con fijador líquido (se puede pinzar la muestra en el corcho).

Las muestras de citología deben enviarse al departamento de anatomía patológica ya sea como un frotis (citología exfoliativa en una diapositiva claramente designada e identificable con el nombre de la paciente y la fecha de nacimiento) o como citología líquida. Esto último es necesario cuando se solicita una prueba de VPH.

La pieza de conización idealmente debe enviarse intacta con una sutura para identificar la posición de las 12 en punto.

### Procesamiento del espécimen y muestreo

Las biopsias pequeñas deben enumerarse y medirse.

El diámetro (dos dimensiones) y la profundidad de la pieza del cono deben medirse. Debe registrarse si la muestra está completa o fragmentada. Si se recibe más de una pieza de tejido, cada pieza debe medirse en tres dimensiones y examinarse por completo.

El entintado de los márgenes quirúrgicos de la pieza del cono es opcional.

La disección de la pieza del cono se debe realizar de manera adecuada. Todas las piezas enviadas deben estar en orden numérico consecutivo. Esto es importante ya que si el tumor está presente en más de una pieza, debe conocerse si se trata de piezas consecutivas y, por lo tanto, un solo tumor o si representa un tumor multifocal. Se recomienda colocar solo una pieza de tejido en cada casete. También existen técnicas que permiten incrustar más de una pieza en un casete si son lo suficientemente pequeñas. En casos que no comprenden conos intactos, se debe realizar un corte radial en serie y colocar cada rebanada de tejido en un solo casete.

La descripción de la muestra (histerectomía, traquelectomía, presencia de ovarios y trompas de Falopio, presencia de ganglios linfáticos y localización de los ganglios linfáticos, presencia de manguito vaginal, presencia de parametrios) debe registrarse y comprobarse para mantener la coherencia con la descripción que figura en el formulario de solicitud de muestra.

La presencia de cualquier anomalía grave en cualquier órgano debe documentarse.

Deben documentarse las dimensiones del útero para una muestra de histerectomía y el cuello uterino para una muestra de traquelectomía.

Debe documentarse la longitud mínima y máxima del manguito vaginal.

El tamaño de los parametrios debe documentarse en dos dimensiones (vertical y horizontal).

Debe documentarse la afectación tumoral de parametrios, vagina, cuerpo uterino y otros órganos. Se debe medir la relación del tumor cervical con los márgenes de parametrio y vagina (y el margen superior en el caso de una traquelectomía) y tomar las secciones apropiadas para demostrarlo.

Los márgenes de parametrios y vagina deben estar entintados.

El parametrio debe enviarse totalmente para el examen histológico.

El margen quirúrgico superior de una pieza de traquelectomía debe estar entintado.

El margen superior de una pieza de traquelectomía se debe muestrear en su totalidad de manera que demuestre la distancia del tumor al margen. El margen vaginal debe examinarse en su totalidad como secciones radiales si no se ve tumor macroscópicamente.

Cuando el tumor es pequeño (o con tumores que no pueden identificarse macroscópicamente), el cérvix debe separarse del cuerpo uterino, abrirse y procesarse como una pieza de conización.

En el caso de un tumor grande, la pieza de histerectomía o traquelectomía deben abrirse en el plano sagital.

La descripción del cérvix y la medición de cualquier tumor macroscópico deben documentarse.

Los tumores se deben medir en tres dimensiones, dos medidas de extensión horizontal y la profundidad de invasión.

El lugar del tumor dentro del cuello uterino debe estar documentado.

El tumor cervical debe ser muestreado para demostrar la profundidad máxima de invasión, la relación del tumor con los bordes quirúrgicos y la extensión a otros órganos.

Si es visible, se debe documentar el sitio de una biopsia de conización previa.

En tumores grandes se debe tomar al menos un bloque por centímetro de la dimensión tumoral mayor.

Deben tomarse bloques adicionales incluyendo el cuello uterino adyacente al tumor para demostrar las lesiones precursoras.

Se tomarán muestras de todo el cérvix en el caso de tumores pequeños o cuando no se identifique tumor macroscópico.

El cuerpo uterino, la vagina y los anejos se deben muestrear de acuerdo con los protocolos estándar si no están afectados por el tumor. Si el cuerpo uterino y/o los anejos están muy afectados, se deben tomar muestras adicionales.

Todo el margen vaginal debe muestrearse.

Todos los ganglios linfáticos deben enviarse para examen histológico. Si los ganglios linfáticos están muy involucrados, las muestras representativas son suficientes. Si no están afectados de forma evidente cada ganglio debe ser cortado cada 2 mm y totalmente incluido. De cada bloque se deben tomar secciones de hematoxilina y eosina. Los ganglios linfáticos deben enviarse en casetes separados de acuerdo con el sitio registrado en el formulario de solicitud.

## Análisis patológico del ganglio centinela

Se debe realizar análisis intraoperatorio de un ganglio centinela extremadamente sospechoso y se puede realizar en un ganglio centinela „no sospechoso“ ya que la confirmación de la afectación provocará el abandono de la histerectomía o traquelectomía.

Para la evaluación intraoperatoria, los ganglios centinela deben enviarse al departamento de anatomía patológica en un recipiente sin fijador líquido.

El análisis intraoperatorio requiere disección macroscópica del tejido adiposo por el patólogo con la selección de los ganglios linfáticos.

Para un ganglio linfático con tumor evidente, una sola sección es adecuada para la congelación.

La sección congelada se puede combinar con citología de impresión.

Cualquier ganglio centinela no sospechoso debe ser cortado en dos partes iguales (si es pequeño) o cortado en secciones con espesor de 2 mm y completamente congelado.

De cada muestra se deben tomar cortes histológicos y teñirlos con hematoxilina eosina.

Después del análisis de la sección congelada, el tejido debe colocarse en un casete, fijarse con fijador líquido y posteriormente procesarse e incrustarse en parafina.

Los bloques tisulares de los ganglios centinela deben analizarse completamente mediante el examen de las múltiples secciones en diferentes niveles con tinciones de hematoxilina eosina. El análisis de citoqueratina se debe realizar en todos los bloques.

La detección de micrometástasis y células tumorales aisladas debería mejorarse mediante inmunohistoquímica con anticuerpos de pancitoqueratina (por ejemplo, AE1/AE3). Se han publicado diferentes procedimientos y no hay un método estándar. Las células positivas para citoqueratina siempre deben correlacionarse con la morfología. Las inclusiones müllerianas (endosalpingiosis, endometriosis) y las células mesoteliales pueden estar presentes ocasionalmente en los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos y pueden ser positivas para citoqueratina.

## Requisitos para el informe de anatomía patológica

Descripción de la pieza de la que se solicitada evaluación histológica.

Descripción macroscópica de la muestra (biopsia, conización, traquelectomía, histerectomía) incluyendo sus dimensiones (tres dimensiones), número de piezas de la conización, longitud máxima y mínima del manguito vaginal y los parametrios en dos dimensiones.

Localización del tumor macroscópico, si el tumor es visible de forma macroscópica, en piezas de traquelectomía e histerectomía.

Las dimensiones del tumor, que incluyen dos medidas de extensión horizontal y profundidad de invasión o grosor (la dimensión del tumor debe basarse en una correlación de las características macroscópica e histológica). En caso de tumores multifocales, cada uno debe describirse y medirse por separado y el más grande utilizarse para la estadificación del tumor. Todas las piezas de conización, traquelectomía o histerectomía deben correlacionarse para la estimación del tamaño del tumor. Esto es importante ya que diferentes especímenes pueden haber sido analizados en diferentes instituciones. También hay que tener en cuenta que al sumar el tamaño máximo del tumor en piezas separadas se puede sobreestimar significativamente la dimensión máxima del tumor.

Tipo de tumor histológico y grado tumoral.

La presencia o ausencia de invasión linfovascular.

Patología coexistente (lesión intraepitelial escamosa/neoplasia intraepitelial cervical, adenocarcinoma in situ, lesión intraepitelial productora de mucina estratificada).

Distancia mínima del estroma cervical no afectado.

Estado de los márgenes (enfermedades invasivas y preinvasivas). Especificar los márgenes.

Estado de los ganglios linfáticos, incluido el estado de los ganglios centinela, el número total de ganglios extraídos y la cantidad de ganglios positivos, la presencia de extensión extraganglionar (enumerar las localizaciones por separado). La micrometástasis (mayor de 0,2 mm y hasta 2 mm) se informan como pN1 (mi). Las células tumorales aisladas que no superan los 0,2 mm en los ganglios regionales deben notificarse como pN0 (i+).

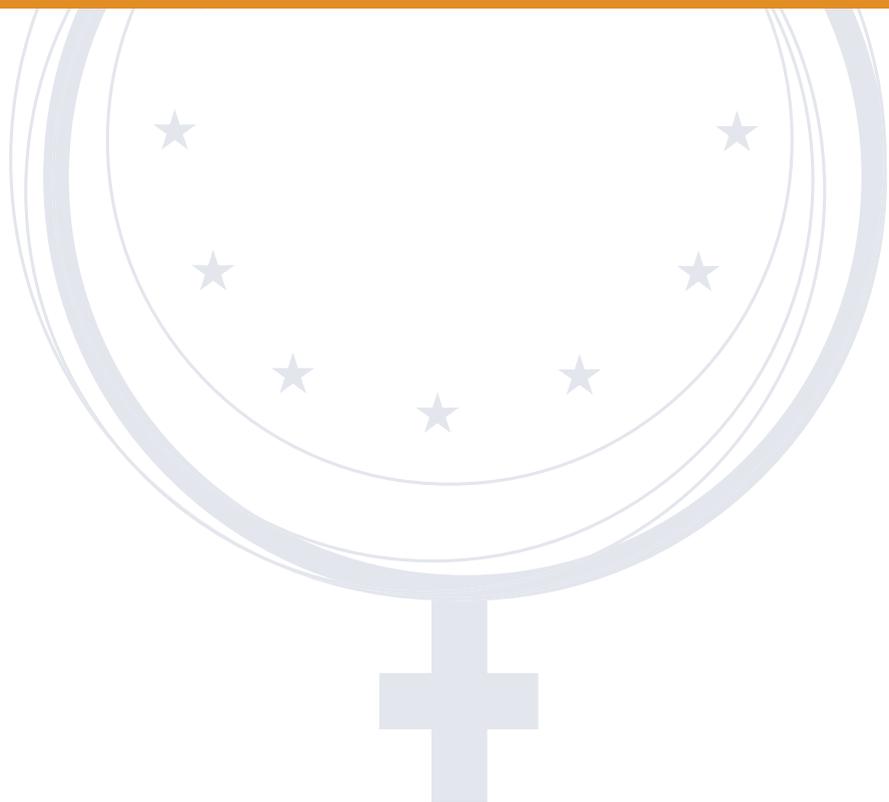
Metástasis a distancia confirmadas patológicamente.

Estadio patológico provisional antes de la reunión del equipo multidisciplinar (octava edición del AJCC).

Items que se deben incluir en el informe de anatomía patológica de los carcinomas de cérvix

CLÍNICO/ QUIRÚRGICO	MACROSCÓPICO	MICROSCÓPICO
<p>Especimen enviado</p>	<p><b>Dimensiones del especimen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Número de piezas (en caso de conización).</li> <li>● Dimensiones de cada pieza (en caso de conización).               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Diámetro del ectocérvix (dos dimensiones).</li> <li>○ Profundidad.</li> </ul> </li> <li>● Manguito vaginal.               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Longitud mínima.</li> <li>○ Longitud máxima.</li> </ul> </li> <li>● Tamaño del parametrio en dos dimensiones (vertical y horizontal).</li> </ul> <p><b>Localización del tumor macroscópico</b></p>	<p><b>Dimensiones del tumor*</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Extensión horizontal (dos medidas).</li> <li>● Profundidad de invasión o grosor.</li> </ul> <p><b>Tipo histológico de tumor</b></p> <p><b>Grado histológico del tumor</b></p> <p><b>Invasión linfovascular</b></p> <p><b>Patología coexistente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Lesión escamosa intraepitelial / neoplasia cervical intraepitelial.</li> <li>● Adenocarcinoma in situ.</li> <li>● Lesión intraepitelial estratificada productora de mucina.</li> </ul> <p><b>Distancia mínima del estroma cervical no afecto</b></p> <p><b>Estado de los márgenes (de la enfermedad invasiva y preinvasiva). Especificar los márgenes.</b></p> <p><b>Estado de los ganglios linfáticos (estado del ganglio centinela, número de ganglios afectados/número de ganglios extraídos y presencia de afectación extranodal)</b></p> <p><b>Confirmación patológica de metástasis a distancia</b></p> <p><b>Estadio patológico provisional antes de la reunión del equipo multidisciplinar (clasificación TNM)</b></p>

\* Las dimensiones del tumor deben basarse en una correlación del grosor macroscópico y los hallazgos histológicos



Access the full ESGO Guidelines



First edition published in 2017. Second edition published in 2018.

© 2018 European Society of Gynaecological Oncology

All rights reserved. No part of this book can be reprinted, reproduced, transmitted or utilised in any form by any electronic, mechanical, or other means, now known or hereafter invented, including photocopying, microfilming, and recording, or any information storage or retrieval system, without written permissions of ESGO.

Reasonable efforts have been made to publish reliable data and information, but the authors and publisher cannot assume responsibility for the validity of all materials or for the consequences of their use, and the ultimate responsibility rests with the prescribing physician.



ESGO Office  
7, Rue François-Versonnex  
1211 Geneva 6, Switzerland  
Email: [adminoffice@esgomail.org](mailto:adminoffice@esgomail.org)  
[www.esgo.org](http://www.esgo.org)