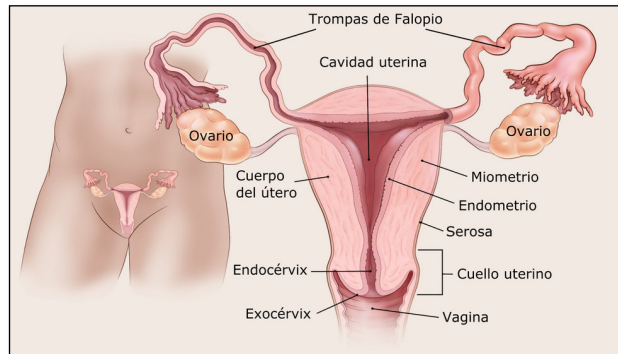


# CÁNCER DE CÉRVIX

## Introducción - epidemiología

El cáncer cervical es la segunda causa más importante de cáncer a nivel mundial, representa el 9% del cáncer en mujeres. El virus del papiloma humano (VPH) es fundamental para el desarrollo de la neoplasia cervical y puede detectarse en el 99% de los casos de cáncer cervical.

La incidencia es cuatro veces mayor en países con un bajo índice de desarrollo humano en comparación con países con un alto índice de desarrollo.



## Histopatología

Los tipos histológicos de cáncer cervical más comunes son el carcinoma de células escamosas (70%) y el adenocarcinoma (25%).

El cáncer cervical se puede propagar por tres vías: extensión directa, diseminación linfática o diseminación hematológica.

A través de extensión directa, el cáncer cervical se puede propagar al canal endocervical, el segmento uterino inferior, el parametrio, la vagina y, menos frecuentemente, a la vejiga y/o el recto.

Puede propagarse linfáticamente a los ganglios linfáticos del grupo parametrial, obturador e ilíaco interno, externo y común. Los presacros y para-aórticos también pueden verse implicados.

## Factores de riesgo

Actualmente se acepta a nivel mundial que la infección persistente del virus del papiloma humano (VPH) es la principal responsable del desarrollo de cáncer cervical. Sin embargo, aunque es una condición necesaria, no es suficiente.

## Síntomas

El cáncer cervical temprano es frecuentemente asintomático, lo que resalta la importancia de la revisión. Los síntomas más comunes son sangrado vaginal anómalo, dolor abdominal o lumbar irradiado o secreción vaginal.

## **Diagnóstico**

Lo primero es la exploración ginecológica y la toma de una biopsia para un diagnóstico anatómico-patológico.

La estadificación del cáncer del cuello uterino es clínica y antes de la cirugía, o lo que es lo mismo, se basa en el examen físico, en lugar de un sistema de estadificación quirúrgica, que es el enfoque utilizado para otros tumores ginecológicos, como en el caso del cáncer ovárico, vulvar o endometrial.

Se complementa con pruebas de imagen para una mejor estadificación con resonancia magnética (RM) pélvica para conocer la extensión local del tumor y con tomografía computarizada (TC) tanto la ver la extensión tumoral como posible afectación ganglionar. En casos localmente avanzados se solicita un PET-TAC como estudio de extensión.

En cuanto a la estadificación ganglionar a nivel para-aórtico puede realizarse mediante linfadenectomía o por pruebas de imagen (PET-TAC)

## **Tratamiento**

El manejo actual del cáncer cérvix requiere de una estrategia planteada por un equipo multidisciplinar y con experiencia.

El tratamiento del cáncer de cérvix varía en función del estadio al diagnóstico, la presencia de factores de riesgo histológicos y el deseo de la paciente de preservar la fertilidad. En estadios iniciales sin afectación ganglionar se considera de elección el tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico presenta ciertas ventajas ya que permite la conservación de la función ovárica, mantiene una vagina más funcional y permite obtener una pieza quirúrgica para su posterior estudio histológico. Con el resultado definitivo de AP, se decidirá si se requiere de tratamiento adyuvante complementario.

En estadios localmente avanzados el tratamiento estándar es la radioterapia (RT)-quimioterapia (QT) concomitante con intención radical seguido de braquiterapia. Consiste en administrar RT diaria con un ciclo semanas de QT durante 5 semanas.

En estadios IV, el tratamiento es la quimioterapia y se puede valorar la radioterapia sobre la tumoración vulvar con intención de mejorar síntomas como el dolor o el sangrado.

### **Aspectos claves sobre la radioterapia externa (RTE):**

La RTE consiste en administrar radiaciones ionizantes sobre la zona a tratar. Es un tratamiento de alta precisión en que protegemos los órganos de alrededor como son el intestino delgado, el recto, la vejiga y las cabezas femorales para evitar los efectos secundarios. Las sesiones de radioterapia son diarias de lunes a viernes y en el cáncer de endometrio, oscilan entre 23-28 sesiones.



La zona de tratamiento en el caso del cáncer de cérvix intervenido son el lecho quirúrgico y las áreas ganglionares pélvicas +/- para-aórticas.

El volumen a tratar los casos más avanzados es el tumor del cérvix, los tejidos adyacentes (parametrios / útero / vagina superior) y los ganglios linfáticos pélvicos y en ocasiones los ganglios linfáticos para-aórticos.

La braquiterapia es una técnica de radioterapia que consiste en tratar directamente la tumoración mediante la colocación de unos catéteres intratumorales. Puede ser endocavitaria o intersticial. Existen diferentes esquemas de tratamiento, oscilando entre 3-4 sesiones.

#### Efectos secundario del tratamiento:

Los efectos secundarios más frecuentes por radioterapia son:

- Agudos: Estos son los que se producen durante el tratamiento y hasta unas semanas después de finalizar el mismo.
  - A nivel intestinal: enteritis o proctitis que se manifiesta con diarrea, dolor abdominal, tenesmo rectal.
  - A nivel urinario: síntomas similares a una infección de orina como disuria, incremento de la frecuencia miccional.
- Crónicos: son los que se producen a partir de los 6 meses de finalizar los tratamientos. Los más frecuentes son los vaginales como la sequedad de mucosa vaginal, estrechamiento y acortamiento vaginal.

#### **Seguimiento**

Se aconseja un seguimiento post-tratamiento cada 3-6 meses durante los 2 primeros años, cada 6 meses durante los 3 años siguientes y anualmente después de 5 años. La exploración física es fundamental, tanto la exploración ginecológica como áreas ganglionares. Se complementa con alguna prueba de imagen en función del estadio. En los casos localmente avanzados, la primera evaluación tras el tratamiento radical con RT-QT se realiza a las 12 semanas con RM y PET-TAC.