

MÉXICO  
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SALUD  
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA  
SECRETARÍA DE  
LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR  
SECRETARÍA DE MARINA

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA **GPC**

Actualización  
2017

TRATAMIENTO DEL  
CÁNCER CERVICOUTERINO  
EN SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE  
ATENCIÓN

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

CATÁLOGO MAESTRO DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA: IMSS-333-09



Avenida Paseo de la Reforma 450, piso 13,  
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06600, Ciudad de México  
[www.cenetec.salud.gob.mx](http://www.cenetec.salud.gob.mx)

Publicado por CENETEC

© Copyright **Instituto Mexicano del Seguro Social**, "Derechos Reservados". Ley Federal de Derecho de Autor

Editor General  
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud  
2017

La guía de referencia rápida tiene como objetivo proporcionar al usuario las **recomendaciones clave** de la guía **Tratamiento del Cáncer Cervicouterino en Segundo y Tercer nivel de atención**, seleccionadas con base a su impacto en salud por el grupo desarrollador, las cuales pueden variar en función de la intervención de que se trate, así como del contexto regional o local en el ámbito de su aplicación.

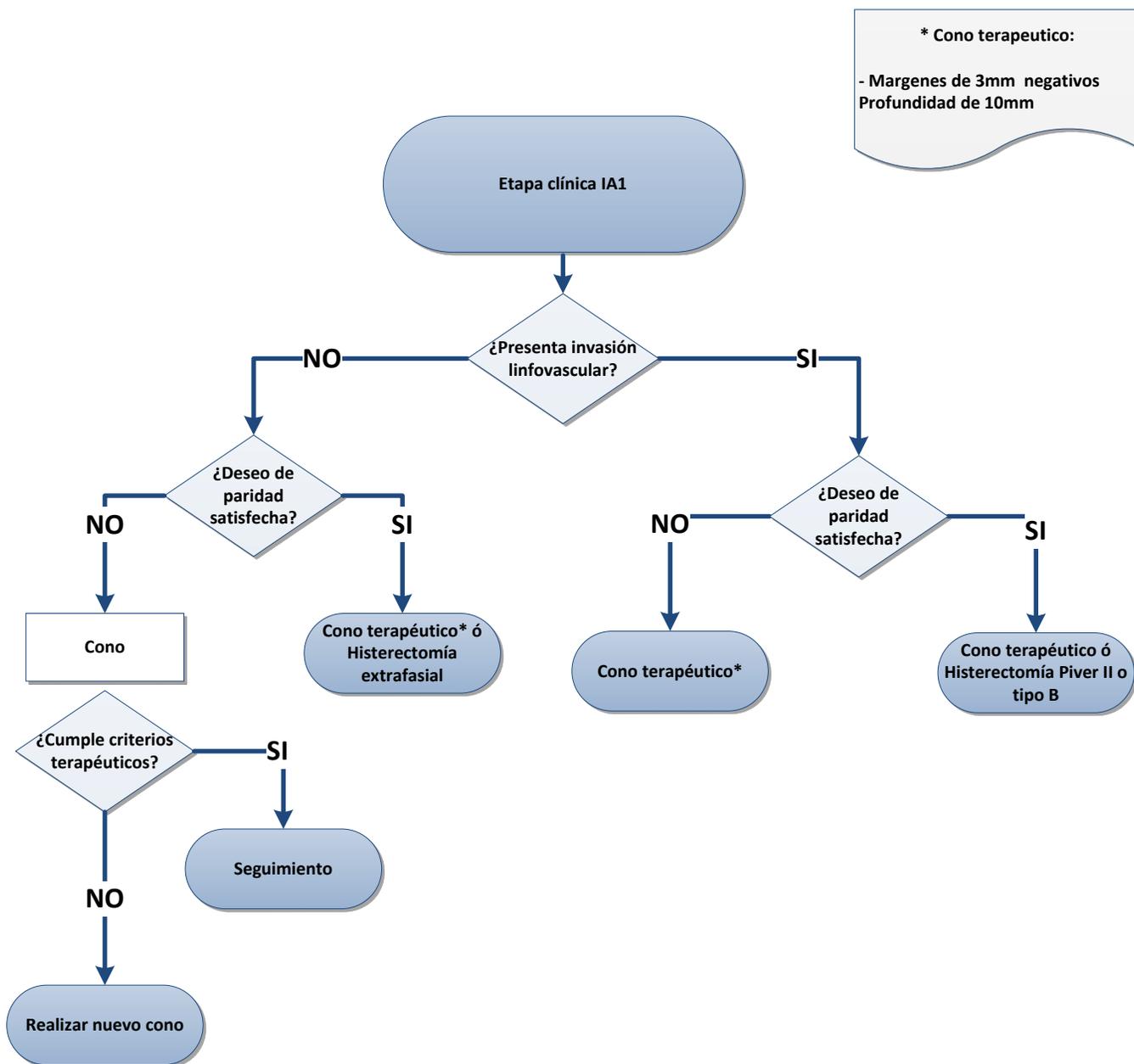
Para mayor información, se sugiere consultar la guía en su versión extensa de "**Evidencias y Recomendaciones**" en el Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica, la cual puede ser descargada de Internet en:  
<http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

Debe ser citado como: **Tratamiento del cáncer cervicouterino en segundo y tercer nivel de atención**. Ciudad de México: Instituto Mexicano del Seguro Social, 2017. [fecha de consulta].  
Disponibile en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>

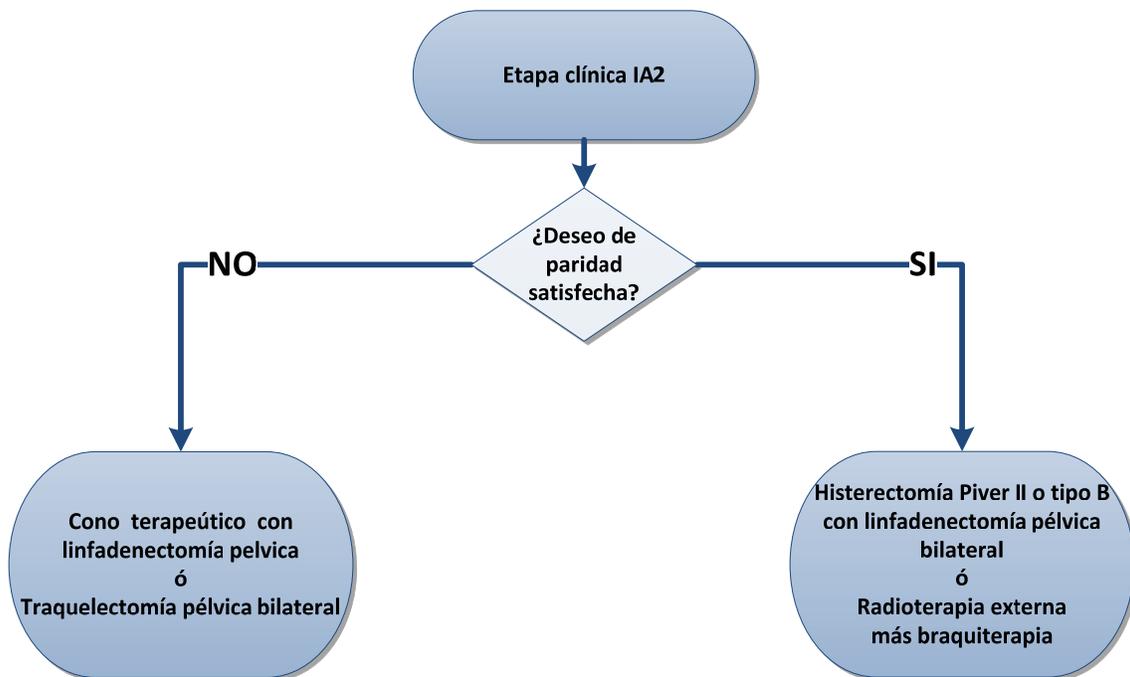
ISBN: 978-607-8290-01-7

# 1. DIAGRAMAS DE FLUJO

**Algoritmo 1. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IA1.**

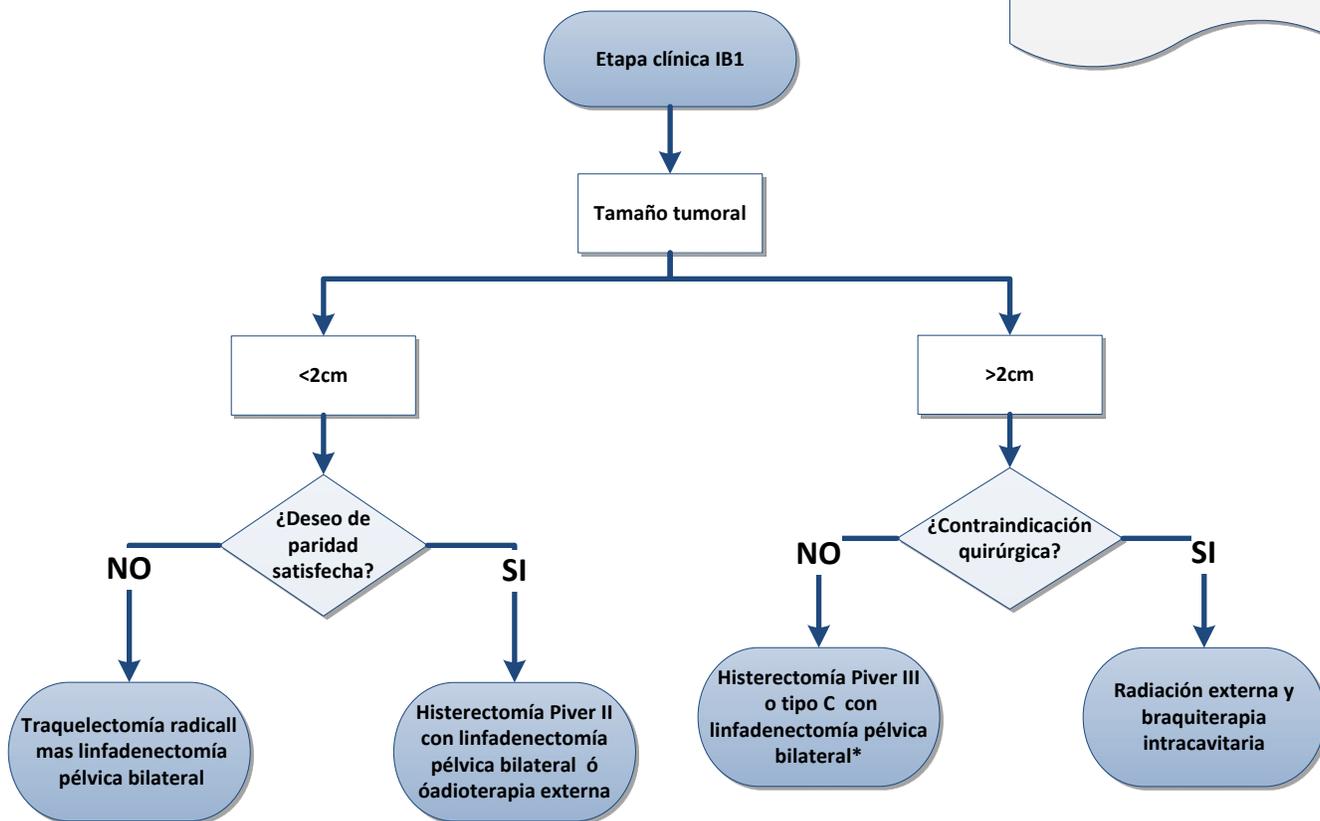


**Algoritmo 2. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IA2.**

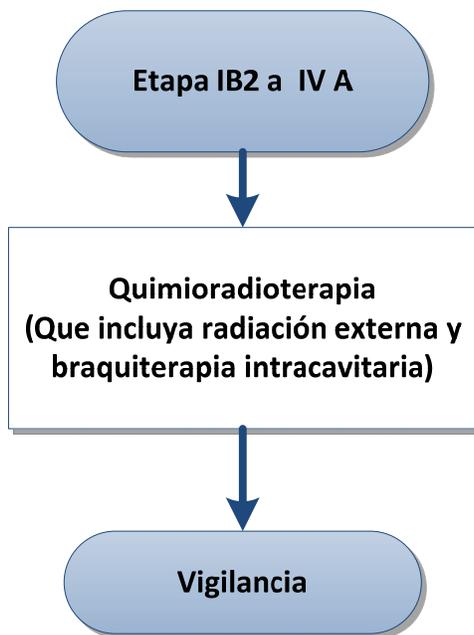


**Algoritmo 3. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IB1.**

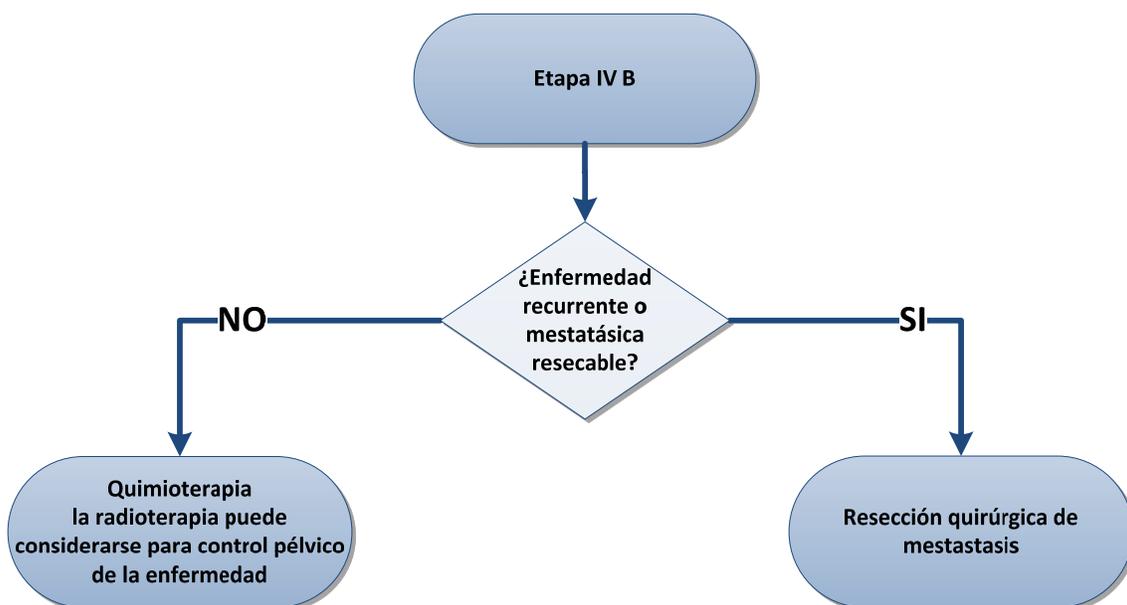
\* Considerar realizar disección de ganglios para-aórticos o mapeo linfático de ganglio centinela



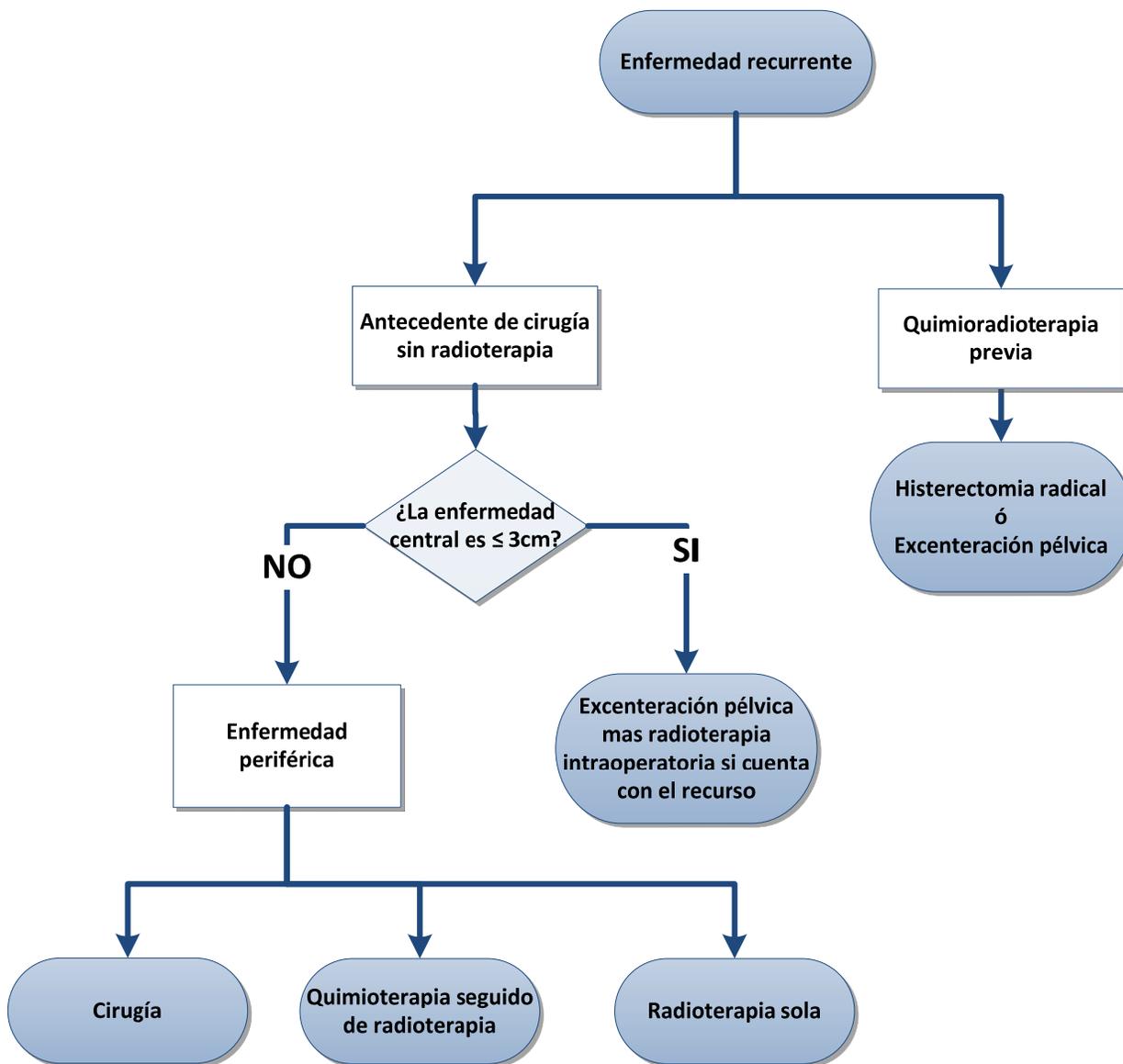
**Algoritmo 4. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IB2 - IVA.**



**Algoritmo 5. Tratamiento del Cáncer Cervico-uterino etapa clínica IVB.**



**Algoritmo 6. Tratamiento de la enfermedad recurrente.**



## 2. ESTADIFICACIÓN DE LA PACIENTE CON CÁNCER CERVICOUTERINO (CACU)

### EVALUACIÓN CLÍNICA

Recomendación Clave	GR*
El estudio de todas las pacientes con cáncer cérvico-uterino debe incluir historia clínica, exploración física completa, realización de citología cervical y toma de biopsia de sitio representativo de la lesión, preferentemente guiada por colposcopia realizada por personal calificado.	<b>B</b>
El exámen físico de la paciente con cáncer cervico-uterino, es recomendable incluya: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tacto rectovaginal</li> <li>• Valoración de: cérvix, fondos de saco, paredes vaginales, parametrios, tabiques rectovaginal y véscicovaginal así como pared pélvica.</li> <li>• Valoración de regiones ganglionares: supraclaviculares, axilares e inguinales.</li> <li>• Exploración de abdomen.</li> </ul>	<b>2A</b>
Para la estadificación clínica del cáncer cervicouterino es recomendable utilizar los criterios emitidos por la FIGO 2010 (Ver Anexo 5.3 Cuadro 1).	<b>2A</b>
En pacientes con sospecha clínica de lesiones a distancia se sugiere realizar en forma selectiva: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Tele de tórax.</li> <li>b) Tomografía Computada, Resonancia Magnética PET-CT.</li> <li>c) Cistoscopia y rectosigmoidoscopia, (en pacientes con sospecha de infiltración a vejiga o recto).</li> </ol> <p>Se decidirá el estudio de acuerdo a los recursos de cada centro hospitalario.</p>	<b>3</b>
Ante el diagnóstico citológico de carcinoma, se recomienda realizar biopsia guiada por colposcopia para corroborar el diagnóstico.	<b>C</b>

### TRATAMIENTO

Recomendación Clave	GR*
Se considera como cono terapéutico cuando se reporta por histopatología: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Margen negativo de 3 mm</li> </ul>	<b>2A</b>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Profundidad del cono mínima de 10mm</li> <li>• Sin invasión linfovascular</li> <li>• Colposcopia adecuada (satisfactoria).</li> </ul>	
En pacientes que no son candidatas a cirugía debido a comorbilidades o mal estado funcional, se recomienda teleterapia y braquiterapia.	<b>2B</b>
Bajo circunstancias especiales en pacientes con histología diferente a epidermoide o adenoescamoso. (Neuroendocrino, de células pequeñas, carcinoma adenoideo quístico, etc), se debe particularizar el tratamiento y envío a centro oncológico especializado.	<b>2A</b>
Para las pacientes con riesgo intermedio o alto de recurrencia posterior a cirugía se les otorga radioterapia adyuvante 45-50.4Gy a pelvis más braquiterapia intracavitaria 30-35Gy en baja tasa de dosis o su equivalencia biológica el alta tasa de dosis.	<b>2A</b>
Para las pacientes con alto riesgo de recurrencia, además de RT se debe otorgar además quimioterapia concomitante a base de Cisplatino.	
Todas las pacientes que reciban Quimioterapia/Radioterapia concomitante deben concluir el tratamiento dentro de las primeras 8 semanas.	<b>D</b>
Las intervenciones paliativas deben basarse en las necesidades de la paciente y de su familia, más que en un plazo de supervivencia esperada.	<b>D</b>
La resección de metástasis puede ser considerada en casos seleccionados con menos de 2 lesiones, variedad epidermoide intervalo libre de enfermedad mayor a 12 meses.	<b>2</b>
En toda paciente con antecedente de cáncer cervico-uterino que durante su vigilancia se observe por imagen lesión única a distancia sospechosa de metástasis, es recomendable analizar el caso en sesión conjunta para seleccionar los casos que son susceptibles de tratamiento quirúrgico.	<b>2A</b>

## SITUACIONES ESPECIALES

<b>Recomendación Clave</b>	<b>GR*</b>
Los centros oncológicos que tratan a pacientes embarazadas deben analizar los casos por un comité multidisciplinario, individualizando el problema y con el consentimiento informado de la paciente.	<b>2A</b>
La evaluación por historia clínica y examen físico es el primer paso en la evaluación de la paciente con embarazo y cáncer.	<b>2</b>

Los 5 criterios que rigen el tratamiento de cáncer cervicouterino en el embarazo son:

- Etapa clínica (tamaño tumoral)
- Edad gestacional
- Estadío de ganglios linfáticos
- Subtipo histológico
- Deseo de la paciente de continuar el embarazo.

**1**

## SEGUIMIENTO

### Recomendación Clave

**GR\***

La vigilancia se llevara a cabo con la exploración física en cada consulta, citología anual, colposcopia cuando se cuente con el recurso. Los estudios de imagen (TT, TC, PET, RM) están indicados con presencia de síntomas o hallazgos clínicos de sospecha de recurrencia.

La revisión clínica se efectúa:

- Cada 3-6 meses los 2 primeros años.
- Del tercero al quinto año cada 6-12 meses.

**2A**

Después del 5º año revisión anual, aunque hay que individualizar el riesgo de recurrencia en cada paciente.

\*Grado de Recomendación

### 3. CUADROS O FIGURAS

**Cuadro 1. Sistema de Estadificación para el Cáncer del Cuello Uterino de acuerdo a la AJCC (American Joint Committee on Cancer) y la FIGO (International Federation of Gynecology and Obstetrics).**

Categoría	Estadio	Interpretación
<b>TX</b>	--	Tumor primario no valorable
<b>T0</b>	--	Sin evidencia de tumor primario
<b>Tis</b>	0	Carcinoma In situ
<b>T1</b>	1	Carcinoma in situ confinado al cérvix ( debe descartarse la extensión al cuerpo uterino=
<b>T1a</b>	la	Carcinoma invasivo diagnosticado por microscopía. Todas las lesiones macroscópicamente visibles- incluso con invasión superficial- son T1b/lb. Invasión estromal con un máximo de profundidad de 5 mm medidos de la base del epitelio, y una diseminación horizontal menor a 7 mm. La invasión al espacio vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación
<b>T1a1</b>	la1	Invasión estromal no más profunda de 3 mm y no mayor de 7 mm de diseminación horizontal
<b>T1a2</b>	la2	Invasión estromal mayor de 3mm , pero no menor de 5 mm y no mayor de 7 mm de diseminación horizontal.
<b>T1b</b>	lb	Lesión visible limitada al cérvix o enfermedad microscópica mayor que T1a2/la2
<b>T1b1</b>	lb1	Lesión clínicamente visible no mayor de 4 cm.
<b>T1b2</b>	lb2	Lesión clínicamente visible mayor a 4 cm
<b>T2</b>	II	El tumor se extiende más allá del útero, pero no a las paredes laterales de la pelvis, ni al tercio inferior de la vagina.
<b>T2a</b>	Ila	Compromiso vaginal sin compromiso parametrial.
<b>T2b</b>	Ilb	Tumor con compromiso parametrial
<b>T3</b>	III	El tumor se extiende a las paredes laterales de la pelvis, causa hidronefrosis o se extiende al tercio inferior de la vagina.
<b>T3a</b>	IIIa	Compromiso del tercio inferior de la vagina sin extensión a la pared pélvica.
<b>T3b</b>	IIIb	Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o desfuncionaliza el riñón.
<b>T4</b>	IVa	Tumor que invade la mucosa de la vejiga o recto, y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.
<b>M1</b>	IVb	Metástasis a distancia

#### Ganglios linfáticos regionales (N)

<b>NX</b>	Ganglios linfáticos regionales no valorables
<b>N0</b>	Sin metástasis a ganglios linfáticos regionales
<b>N1</b>	Metástasis a ganglios linfáticos regionales

#### Metástasis a distancia (M)

<b>MX</b>	Metástasis a distancia no valorables
<b>M0</b>	Sin metástasis a distancia
<b>M1</b>	Con metástasis a distancia

Estadios por Grupo			
Estadio	T	N	M
<b>0</b>	Tis	N0	M0
<b>Ia1</b>	T1a1	N0	M0
<b>Ia2</b>	T1a2	N0	M0
<b>Ib1</b>	T1b1	N0	M0
<b>Ib2</b>	T1b2	N0	M0
<b>IIa</b>	T2a	N0	M0
<b>IIb</b>	T2b	N0	M0
<b>IIIa</b>	T3a	N0	M0
<b>IIIb</b>	T1	N1	M0
	T2	N1	M0
	T3a	N1	M0
	T3b	Cualquier N	M0
<b>IVa</b>	T4	Cualquier N	M0
<b>IVb</b>	Cualquier T	Cualquier N	M1

Tomado de: Chavaro VN, Arroyo HG, Alcazar LF, Muruchi GGM, Pérez Zuñiga I. Cáncer cervicouterino. Anales de Radiología México.2009;1:61-79.