



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Cáncer de cérvix localmente avanzado

Elaborado por
Especialistas en Oncología Médica

Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia

No. **144**



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

Guía de Práctica Clínica Basada en Evidencia

(GPC-BE) No. 144

**“Tratamiento del cáncer de cérvix localmente
avanzado”**

**Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en
evidencia**

Este documento debe citarse como:

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS)
Subgerencia de Prestaciones en Salud
Comisión de guías de práctica clínica basadas en
evidencia (GPC-BE)
**GPC-BE No. 144 “Tratamiento del cáncer de
cérvix
localmente avanzado”** Edición 2022; págs. 54
IGSS, Guatemala.

Elaboración revisada por:

Subgerencia de Prestaciones en Salud-
IGSS Oficio No. 9297 del 07 de julio de
2022

Revisión, diseño y diagramación:

Comisión guías de práctica clínica basadas en
evidencia; Subgerencia de Prestaciones en Salud.

ISBN: 978-9929-795-32-7

Derechos reservados-IGSS-2022

Se autoriza la reproducción parcial o total de este
documento por cualquier medio, siempre que
su propósito sea para fines docentes y sin finalidad
de lucro a todas las instituciones del sector salud,
públicas.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

M. Sc. Licenciado Edson Javier Rivera Méndez
Gerente

Doctor Arturo Ernesto García Aquino
Subgerente de Prestaciones en Salud



Grupo de desarrollo

Dr. Hugo Castro

Médico especialista en oncología
Encargado Docente de Oncología Médica
Hospital General de Enfermedades

Dra. Jennifer Ivonne Domínguez Pineda

Médico especialista en oncología
Jefa de Encamamiento de Oncología Médica
Hospital General de Enfermedades

Dr. Luis Fernando García Aceituno

Médico especialista en oncología
Jefe de Consulta Externa de Oncología Médica.
Consulta Externa de Enfermedades “La Autonomía”

Dra. Karin Andrea Archila Eguizábal

Residente III de Oncología Médica
Hospital General de Enfermedades



Comisión de guías de práctica clínica basadas en evidencia

Dr. Edgar Campos Reyes

Subgerencia de Prestaciones en Salud

Dra. Erika Breshette López Castañeda

Subgerencia de Prestaciones en Salud



Declaración de conflicto de interés

Se declara que ninguno de los participantes en el desarrollo de esta guía tiene intereses particulares, es decir: económicos, políticos, filosóficos o religiosos que influyan en los conceptos vertidos en la misma.

Prólogo

¿En qué consiste la medicina basada en evidencia?

Podría resumirse, como la integración de la experiencia clínica individual de los profesionales de la salud con la mejor evidencia proveniente de la investigación científica, una vez asegurada la revisión crítica y exhaustiva de esta. Sin la experiencia clínica individual, la práctica clínica rápidamente se convertiría en una tiranía, pero sin la investigación científica quedaría inmediatamente caduca. En esencia, pretende aportar más ciencia al arte de la medicina, y su objetivo consiste en contar con la mejor información científica disponible –**la evidencia**–, para aplicarla a la práctica clínica.

El nivel de evidencia clínica es un sistema jerarquizado que valora la fortaleza o solidez de la evidencia asociada con resultados obtenidos de una intervención en salud y se aplica a las pruebas o estudios de investigación. (Tabla 1)

Tabla 1. Niveles de evidencia*

| Grado de recomendación | Nivel de evidencia | Fuente |
|------------------------|--------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | 1a | Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorios. |
| | 1b | Ensayo clínico aleatorio individual. |
| | 1c | Eficacia demostrada por los estudios. de práctica clínica y no por la experimentación. (All or none**) |

| | | |
|----------|-----------|------------------------------------------------------------------------------|
| B | 2a | Revisión sistemática de estudios de cohortes. |
| | 2b | Estudio de cohorte individual y ensayos clínicos aleatorios de baja calidad. |
| | 2c | Investigación de resultados en salud, estudios ecológicos. |
| | 3a | Revisión sistémica de estudios casocontrol, con homogeneidad. |
| | 3b | Estudios de caso control individuales. |
| C | 4 | Series de casos, estudios de cohortes y caso-control de baja calidad. |
| D | 5 | Opinión de expertos sin valoración crítica explícita. |

* **Centro de Medicina basada en la evidencia de Oxford.**

****All or none (Todos o ninguno):** Se cumple cuando todos los pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero algunos ahora sobreviven; o cuando algunos pacientes mueren antes de que el medicamento esté disponible, pero ahora ninguno muere con el medicamento.

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Los grados de recomendación son criterios que surgen de la experiencia de expertos en conjunto con el **nivel de evidencia**; y determinan la calidad de una intervención y el beneficio neto en las condiciones locales. (Tabla 2)

Tabla 2. Significado de los grados de recomendación

| Grado de recomendación | Significado |
|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | Extremadamente recomendable. |
| B | Recomendable favorable. |
| C | Recomendación favorable, pero no concluyente. |
| D | Corresponde a consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación. |
| √ | Indica un consejo de buena práctica clínica sobre el cual el grupo de desarrollo acuerda. |

Nota. Adaptado de Mella Sousa, M., Zamora Navas, P., Mella Laborde, M., Ballester Alfaro, J., & UcedaCarrascosa, P. (2012). Niveles de evidencia clínica y grados de recomendación. Revista de la sociedad Andaluz de traumatología y ortopedia, 20(1/2), 59- 72. Obtenido de https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/1568/6/Mella_Niveles.pdf

Las guías de práctica clínica (GPC) basadas en evidencia, son los documentos en los cuales se plasman las evidencias para ponerlas al alcance de todos los usuarios (médicos, paramédicos, pacientes, etc.).

En ellas, el lector encontrará al margen izquierdo de

1a los contenidos, el **nivel de evidencia 1a** (en números y letras minúsculas, con base en la tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) de los resultados de los estudios los cuales sustentan el **grado de recomendación de buena práctica clínica**, que se anota en el lado derecho del texto **A** (siempre en letras mayúsculas con base en la misma tabla del Centro de Medicina Basada en la Evidencia de Oxford) sobre los aspectos evaluados.

A

Las guías desarrollan cada temática seleccionada, con el contenido de las mejores evidencias documentadas luego de revisiones sistemáticas exhaustivas en lo que concierne a estudios sanitarios, de diagnósticos, terapéuticas farmacológicas y otras.

Las guías de práctica clínica no pretenden describir un protocolo de atención donde todos los puntos deban estar incorporados sino mostrar un ideal para referencia y flexibilidad, establecido de acuerdo con la mejor evidencia existente.

Las guías de práctica clínica basada en evidencia que se revisaron para la elaboración de esta guía, fueron analizadas mediante el instrumento AGREE (por sus siglas en inglés Appraisal of Guidelines, Research and Evaluation for Europe), el cual evalúa tanto la calidad de la información aportada en el documento como la propiedad de algunos aspectos de las recomendaciones, lo que permite ofrecer una valoración de los criterios de validez aceptados en lo que hoy es conocido como **“los elementos esenciales de las buenas guías”**, incluyendo credibilidad, aplicabilidad clínica, flexibilidad clínica, claridad, multidisciplinariedad del proceso, actualización programada y documentación.

En el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), el programa de elaboración de guías de práctica clínica es creado con el propósito de ser una herramienta de ayuda en el momento de



tomar decisiones clínicas. En una GPC no existen respuestas para todas las cuestiones que se plantean en la práctica diaria. La decisión final acerca de un particular procedimiento clínico, diagnóstico o de tratamiento dependerá de cada paciente en concreto y de las circunstancias y valores que estén en juego. **De ahí, la importancia del propio juicio clínico.**

Sin embargo, este programa también pretende disminuir la variabilidad de la práctica clínica y ofrecer, tanto a los profesionales de los equipos de atención primaria, como a los del nivel especializado, un referente en su práctica clínica con el cual poder compararse.

Para el desarrollo de cada tema se ha contado con el esfuerzo de los profesionales **–especialistas y médicos residentes–** que a diario realizan una labor tesonera en las diversas unidades de atención médica de esta institución, bajo la coordinación de la **Comisión de guías de práctica clínica** que pertenece a los proyectos educativos de la **Subgerencia de Prestaciones en Salud**, con el invaluable apoyo de las autoridades del Instituto.

La inversión de tiempo y recursos es considerable, pues involucra muchas horas de investigación y de trabajo, con el fin de plasmar con sencillez y claridad los diversos conceptos, evidencias y recomendaciones que se dejan disponibles en cada uno de los ejemplares editados.

Este esfuerzo demuestra la filosofía de servicio de esta institución, que se fortalece al poner al alcance de los lectores un producto elaborado con esmero y alta calidad científica, aplicable, práctica y de fácil revisión.

El IGSS tiene el alto privilegio de poner al alcance de sus profesionales, personal paramédico y de todos los servicios de apoyo, esta Guía con el propósito de colaborar en los procesos de atención a nuestros pacientes, en la formación académica de nuevas generaciones y de contribuir a la investigación científica y docente que se desarrolla en el diario vivir de esta noble institución.

*Comisión de guías de práctica clínica, IGSS,
Guatemala, 2022.*

Abreviaturas

| | |
|---------------|--------------------------------------------------------|
| EBRT | External Beam Radiation Therapy |
| FIGO | International Federation of Gynecology and Obstetrics. |
| IMRT | Intensity Modulated Radiation Therapy |
| ESMO | European Society for Medical Oncology |
| GY | GRAY |
| PET/CT | Tomografía por emisión de positrones |



Índice

| | | |
|----|----------------------------|----|
| 1. | Introducción | 1 |
| 2. | Objetivos | 3 |
| 3. | Metodología | 5 |
| 4. | Contenido | 7 |
| 5. | Anexos | 25 |
| 6. | Glosario | 27 |
| 7. | Referencias bibliográficas | 29 |



Guía de práctica clínica basada en evidencia sobre “Tratamiento del cáncer de cérvix localmente avanzado”

1. Introducción

El cáncer de cérvix representa la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial en mujeres y en Guatemala ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer. (Global Cancer Observatory, 2022)

El cáncer de cérvix es una entidad única, con factores de riesgo bien conocidos, con un agente etiológico bien establecido como lo es la infección por virus del papiloma humano de alto riesgo, y que a pesar de contar con un largo periodo pre invasivo que permite el cribado, (Juan, 2020) la mayoría de la población que consulta a las unidades del IGSS, se encuentra en etapas localmente avanzadas, evidencia de esto es que el 99% de la población con cáncer de Cérvix que es conocida por la Unidad de Oncología Médica pertenece a etapas localmente avanzadas, debido a que las pacientes son referidas para la administración de quimio radioterapia.

Sin embargo, a pesar del tratamiento concomitante con quimio radioterapia en los estadios localmente avanzados, las recurrencias no quirúrgicas o sistémicas siguen siendo un problema, en el manejo de las pacientes que usualmente son jóvenes y se encuentran en etapa económicamente activa. (Global Cancer Observatory, 2022).

La presente Guía fue asesorada y elaborada por el Encargado Docente de Oncología Médica y los

residentes de Oncología Médica, quienes se dedican al tratamiento de las pacientes, en el Hospital General de Enfermedades y en la Consulta Externa del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

La información plasmada en esta guía se fundamenta en el estudio de guías de práctica clínica existentes, así como en artículos científicos de publicaciones recientes.

Esta aportación de conocimientos en relación al cáncer es una respuesta a la realidad en cuanto que los conceptos evolucionan rápidamente obligando a los profesionales de la salud a mantener una actualización constante con el fin de poder brindar la atención de calidad que redunde en la mejor recuperación de las pacientes con estas patologías de orden oncológico.

Por tal razón es conveniente que la presente guía se revise, actualice y se divulgue periódicamente.



2. Objetivos

General

Proporcionar las bases actuales del tratamiento del cáncer de cérvix localmente avanzado, con el propósito de unificar criterios en el personal que presta atención a las pacientes del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social.

Específicos

1. Definir qué es cáncer de cérvix localmente avanzado.
2. Estandarizar el tratamiento de las pacientes con cáncer de cérvix localmente avanzado.
3. Dar a conocer las recomendaciones de la unidad de Oncología Médica en cuanto al manejo del cáncer de cérvix localmente avanzado.
4. Facilitar el Traslado de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado, de las unidades periféricas a la Unidad de Consulta Externa de Oncología Médica.

3. Metodología

Definición de preguntas

1. ¿Cómo se define el cáncer de cérvix localmente avanzado?
2. ¿Cuál es el tratamiento?
3. ¿Cuáles son las recomendaciones de la Unidad Oncología Médica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social?
4. ¿Cuáles son los criterios que deben de tener los pacientes para ser trasladados a la Unidad de Consulta Externa de Oncología Médica?

Criterios de inclusión de los estudios: Idiomas: español e inglés, fechas de las publicaciones: 2015 al 2022 y estudios con base científica confiable.

Criterios de exclusión de los estudios: artículos y publicaciones que impliquen algún costo económico.

Estrategia de búsqueda: www.pubmed.com, www.cochrane.org. Palabras clave: cáncer de cérvix, quimioterapia y radioterapia.

Población diana: pacientes afiliadas, derechohabientes, beneficiarias, pensionadas y jubiladas del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), con sospecha clínica y/o diagnóstico de cáncer de cérvix localmente avanzado.

Usuarios de la guía: profesionales médicos especialistas, médicos residentes, médicos generales, personal de enfermería y personal técnico profesional.

Implicaciones para la práctica: incidir en el manejo oportuno e integral del tratamiento de las pacientes con cáncer de cérvix localmente avanzado.

Fecha de la elaboración, revisión y año de publicación de esta guía

Elaboración durante 2022

Revisión junio 2022

Publicación año 2022

4. Contenido

Definición

El cáncer de cérvix, es el cáncer invasivo que se forma en los tejidos del cuello uterino.

1a

El virus del papiloma humano es imprescindible para el desarrollo del cáncer de cérvix y puede ser detectado en el 99.7 por ciento de cánceres cervicales. Las proteínas oncovirales E6 y E7 degradan a las proteínas de p53 y pRb respectivamente, anulando las 2 vías celulares principales de oncosupresión, permitiendo la proliferación celular incontrolada.

(Liontos, 2019)

A

Datos epidemiológicos

El cáncer de cérvix representa la cuarta neoplasia más frecuente a nivel mundial en mujeres y en Guatemala ocupa el segundo lugar en incidencia y mortalidad por cáncer. (Global Cancer Observatory, 2022)

1a

Según Globocan con datos reportados en el 2022, la incidencia anual es de 1555 casos y la mortalidad es de 872 casos por año, esto significa que aproximadamente más de la mitad de las mujeres que son diagnosticadas en Guatemala, fallecen a consecuencia de esta patología.

Se considera subregistro estadístico en cuanto a la incidencia y la mortalidad, ya que la causa de muerte

A

puede ser reportada como un proceso infeccioso o de etiología cardiovascular debido a diagnósticos inadecuados cuando se reporta la muerte de las pacientes.

Las mujeres en edad económicamente activa ocupan el 80% de la incidencia y el 72% de la mortalidad, y el 99% de las pacientes que son tratadas en la unidad de consulta externa de enfermedades y en el hospital presentan cáncer de cérvix localmente avanzado. Lo que se traduce en una alta carga económica para el IGSS.

Diagnóstico

El cáncer de cervix localmente avanzado incluye un grupo heterogéneo de tumores con diferentes etapas clínicas de la clasificación FIGO que va desde IB3 hasta IVA. (Juan, 2020)

Diagnóstico clínico

1a

El cáncer de cérvix es el único cáncer ginecológico que se estadia clínicamente según el tamaño del tumor, la afectación vaginal o parametrial, la extensión de la vejiga/recto y las metástasis a distancia. (ESMO, 2017)

A

La mayoría de casos se encuentran en países en desarrollo que en su mayoría, no cuentan con los recursos para hacer el cribado, estadificación y tratamiento adecuado de sus pacientes; sin

D

embargo, como unidad especializada, consideramos que nuestra institución cuenta con lo siguiente:

1. Medidas de prevención.
2. Estrategias de cribado, que es fundamental para el adecuado estadiaje de cada caso.
3. Se cuenta con los recursos para realizar un estadiaje como es recomendado en las guías internacionales.
4. Existe la capacidad de indicar el tratamiento estándar recomendado.

√

Examen físico

1a

Debe ser realizado por Ginecólogos y Oncólogos (National Comprehensive Cancer Network. , 2021) quienes de manera clínica evaluarán si la paciente se encuentra en un etapa localmente avanzada y quien ya no es candidata para cirugía.

A

1a

Exámenes de laboratorio y estudios especiales

De manera preferencial todas las pacientes, sin importar si ya recibieron tratamiento quirúrgico inicial, se les debe realizar resonancia magnética de pelvis con contraste para evaluar la extensión local de la enfermedad o enfermedad residual.

A

Se prefiere la resonancia magnética (RMN) a la tomografía axial computarizada, ultrasonido y al pielograma intravenoso, debido a que RMN permite

determinar el tamaño del tumor, el grado de penetración del estroma, la afectación parametrial, la extensión vaginal y la del cuerpo del útero con precisión, así como el compromiso tumoral de los parametrios y de los tejidos blandos, lo que proporciona información para el diseño de campos de radiación. (ESMO, 2017) (National Comprehensive Cancer Network. , 2021)

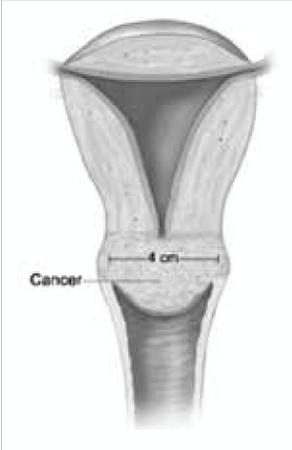
Para estudios de imagen del cuello, tórax y abdomen se recomienda utilizar PET/CT debido a que tiene el potencial de delinear con precisión la extensión de la enfermedad, particularmente en los ganglios linfáticos que no están agrandados y en sitios distantes, con alta sensibilidad y especificidad.

En estadios iniciales de la enfermedad, la PET/CT tiene una sensibilidad del 53-73% y una especificidad del 90 al 97% para la detección de afección de ganglios linfáticos, mientras que en estadios más avanzados la sensibilidad para detectar afectación de ganglios para aórticos aumenta al 75% con una especificidad del 95%. (ESMO, 2017)

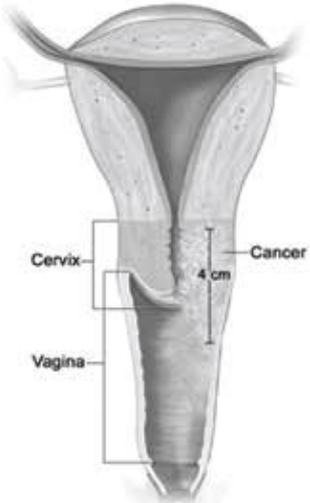
Ante la ausencia de PET/CT, se puede realizar tomografía axial computarizada (TAC) con medio de contraste. (National Comprehensive Cancer Network., 2021)

El cáncer de cuello uterino localmente avanzado se define por la presencia de cualquiera de los siguientes hallazgos:

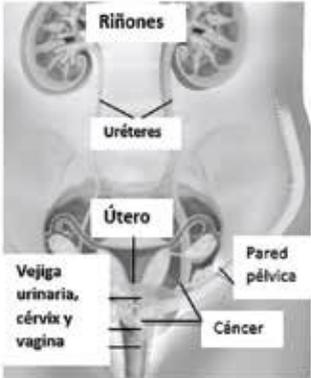
Cuadro 1. Estadificación de los tumores de cuello uterino por la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO)

| Etapa | Descripción | Ilustración (FIGO) |
|-------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <p>IB3</p> | <p>Confinado al cuello uterino con un tumor clínicamente visible > 4 cms. en su mayor dimensión</p> |  |

| Etapa | Descripción | Ilustración |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <p>II</p> | <p>El carcinoma cervical invade más allá de útero Pero no se ha extendido al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica</p> | |

| | | |
|-------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| IIA | Afectación limitada a los dos tercios superiores de la vagina sin afectación parametrial |  |
| IIA1 | Carcinoma invasivo ≤ 4 cms. en su mayor dimensión | |
| IIA2 | Carcinoma invasivo > 4 cms. en su mayor dimensión | |

| Etapa | Descripción | Ilustración |
|------------|------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| IIB | Con afectación parametrial, pero no hasta la pared pélvica |  |
| Etapa | Descripción | Ilustración |

| <p>IIIB</p> | <p>Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o Insuficiencia renal (a menos que se sepa que se debe a otra causa)</p> |  |
|---------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Etapa</p> | <p>Descripción</p> | <p>Imagen</p> |
| <p>IIIC</p> | <p>Compromiso de los ganglios linfáticos pélvicos y/o paraaórticos (incluidas las micrometástasis) independientemente del tamaño y extensión del tumor</p> |  |
| <p>IIIC1</p> | <p>Metástasis en los ganglios linfáticos pélvicos solamente</p> |  |

| | |
|---------------------|--------------------------------------------|
| <p>IIIC2</p> | <p>Metástasis en ganglios paraaórticos</p> |
|---------------------|--------------------------------------------|

Fuente: Estadificación de los tumores de cuello uterino por la Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique (FIGO) <https://www.cancer.gov/espanol/tipos/cuellouterino/pro/tratamiento-cuello-uterino-pdq>. Modificado por grupo de desarrollo 2022.

Recomendaciones del grupo de desarrollo

Se recomienda que cuando se realice el traslado de

avanzado debe de llevar resultados recientes de hematología, química sanguínea (Nitrógeno de Urea, Creatinina y Glucosa), Perfil de función Hepática (Transaminasas, bilirrubina total, albúmina), para poder agilizar la evaluación por el oncólogo médico quien podrá indicar en la consulta inicial, la primera quimioterapia.

D

√

Si la paciente cuenta con estudios de imagen realizados en su unidad no solo debe de llevar los resultados, sino también las imágenes para documentar la etapa clínica de la enfermedad, así como evaluar la necesidad de colocar nefrectomías una paciente con cáncer de cérvix localmente

1a



para asegurar la función renal.

Si la paciente cuenta ya con un reporte de patología extra institucional donde se documenta el **cáncer de cérvix**, deberá presentarlo al momento de su evaluación para adjuntarlo al expediente clínico y dejar constancia de este diagnóstico en el espacio digital correspondiente.

Tratamiento

Tratamiento según etapa

En el cáncer de cérvix, los tumores que expanden el cuello uterino más de 4 cms., el tratamiento primario debe ser quimioterapia y radioterapia concomitante.

| Etapa Clínica | Tratamiento |
|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IB3, II, III, IVA | Quimioterapia basada en Platinos concurrente con radioterapia de haz externo más Braquiterapia vaginal |
| IV | Radioterapia Paliativa |

Fuente: SEOM Clinical guidelines for cervical cancer

Radioterapia con quimioterapia concomitante

La administración de quimioterapia de manera simultánea con radioterapia es el estándar de atención para las pacientes que requieren radioterapia para el tratamiento del cáncer de cérvix (National Cancer

Institute, 2022).

En 1999 gracias a 5 estudios de fase III que evidenciaron una reducción del 50% del riesgo de recurrencia, la NCI en 1999 anunció que la quimiorradioterapia concurrente era el nuevo estándar de cuidado para los pacientes diagnosticados con cáncer de cérvix localmente avanzado.

1a

A

Este anuncio cambió a nivel mundial las prácticas clínicas y al final esta recomendación fue definitivamente sustentada en un metaanálisis que incluyó 13 estudios con un brazo control de solo RT, el cual confirmó beneficio de la quimioterapia y radioterapia concomitante.

El HR para SG y SLP fue de 0,83 y 0,78, respectivamente, lo que se traduce en una mejora

absoluta del 6 y el 8% en SG y SLP a 5 años, respectivamente. Teniendo un mayor beneficio de supervivencia absoluto para la quimiorradioterapia concomitante, en comparación con la radioterapia sola. (Juan, 2020)

El régimen estándar de quimiorradioterapia es cisplatino semanal. En pacientes que no son candidatos para cisplatino, se puede sustituir por carboplatino semanal. (Juan, 2020)

Es factible utilizar quimiorradioterapia con régimen trisemanal ya que ha demostrado ser eficaz en estadios avanzados. (Liontos, 2019)

Recurrencias locales y regionales

Toda paciente en la que se sospeche una recurrencia se le debe de realizar una evaluación detallada antes de tomar una decisión.

Recomendamos realizar un PET/CT o una RMN pélvica ya que ambos estudios cuentan con una alta sensibilidad y especificidad para detectar y evaluar la extensión de la recurrencia local y las metastasis distantes, lo cual puede tener un impacto en nuestro manejo clínico. (Juan, 2020)

Recomendación del grupo de desarrollo

El grupo revisor recomienda realizar un PET/CT o una RMN pélvica ya que ambos estudios cuentan con una alta sensibilidad y especificidad para detectar y evaluar la extensión de la recurrencia local y las metástasis distantes, lo cual puede tener un impacto en nuestro manejo clínico. (Juan, 2020)

D

√

Asimismo se recomienda que toda lesión sospechosa de recurrencia debe ser confirmada mediante estudio de patología, especialmente si son lesiones solas o aisladas.

Las pacientes con recurrencias loco-regionales limitadas deben ser consideradas para tratamiento potencialmente curativo. La decisión debe de realizarse tomando en cuenta el estatus performance, preferencias del paciente, tratamientos previos y la localización de la recurrencia de la enfermedad.

(Juan, 2020)

1a

Para las pacientes que recurren posteriormente a cirugía y que no recibieron quimiorradioterapia, el tratamiento de elección es quimiorradioterapia.

A

2b

Las pacientes que recurren posteriormente a quimiorradioterapia, deberán ser evaluadas en clínica de tumores para considerar una exenteración pélvica debido a la alta morbilidad de esta cirugía, pero si la lesión es pequeña y central las pacientes pueden ser tratadas con histerectomía radical, nuevamente deberán ser seleccionadas y evaluadas en clínica de tumores debido a que ya han sido irradiadas previamente.

B

4

Las pacientes que no sean candidatas a cirugía debido a comorbilidades o en las que no haya probabilidad de un R0, la reirradiación es una opción.

C

(Juan, 2020)

Cáncer de cérvix metastásico

A pesar de la existencia de programas de cribado para la detección temprana y la existencia de vacunas contra el virus de papiloma humano, aproximadamente el 6% de las mujeres con cáncer cervical presentan lesiones metastásicas de novo.

(Liontos, 2019)

El riesgo de recurrencia en el cáncer de cérvix en etapas localmente avanzadas es de hasta el 70%, la mayoría de recurrencias serán en los primeros dos años después del diagnóstico y el 50-60% de estas recurrencias serán fuera de la pelvis. (Juan, 2020)

El cáncer de cérvix metastásico es una situación sintomática y devastadora, así que los cuidados paliativos deben ser una prioridad en estos pacientes.

(Juan, 2020).

Recomendación del grupo de desarrollo

Para pacientes con metástasis óseas con riesgo de fractura se recomienda la radioterapia paliativa y el inicio de ácido zoledrónico, si la función renal lo permite.

- D** Para las pacientes con enfermedad metastásica se recomienda el tratamiento sistémico, siempre considerando tanto el estado general de la paciente como sus preferencias personales.

El grupo de desarrollo recomienda, en pacientes

metastásicas de novo, utilizar la combinación de Paclitaxel/Cisplatino ya que ha demostrado ser superior en supervivencia libre de progresión, mas no en supervivencia global por lo que el estudio GOG 204 que fue un estudio fase III trató de esclarecer cuál era el mejor doblete de Cisplatino, y a pesar de no ser estadísticamente significativo la combinación de cisplatino Paclitaxel evidenció una tendencia positiva en términos de supervivencia libre de progresión y supervivencia global, (Juan, 2020) (Liontos, 2019)

El beneficio de la terapia anti angiogénica en cáncer de cérvix, con bevacizumab se basa en los resultados del estudio GOG 240 que combinó de manera aleatoria a 452 mujeres con cáncer de cérvix recurrente, persistente o metastásico en 4 brazos: Cisplatino más Paclitaxel, topotecan más Paclitaxel con o sin Bevacizumab, el punto primario era

√

conocer si al añadir Bevacizumab mejoraría la supervivencia global.

1a

El estudio logró su objetivo principal. La incorporación de Bevacizumab mejoró significativamente la supervivencia global comparado con la quimioterapia sola (16.8 vrs 13,3 meses) HR 0.77 CI 0.62-0.95 p= 0.007 PFS (8.2 vs. 5.9 meses) HR.0.67 CI 0.54-0.82.

(Juan, 2020) (K, 2017)

A

Por lo que se considera que, añadir Bevacizumab deberá ser estándar en las pacientes previamente tratadas.

Sin embargo, deberá contemplarse, que la incidencia de fístulas fue del 15% en las pacientes que habían sido previamente radiadas, por lo que Bevacizumab no podrá indicarse en pacientes que ya presenten fístulas o filtraciones de fluidos corporales. (Juan, 2020)

Por tanto se recomienda que, en cáncer metastásico, utilizar Cisplatino, Paclitaxel y Bevacizumab.

Radioterapia definitiva para cérvix intacto

La radioterapia de haz externo es administrada utilizando múltiples campos conformacionales o técnicas de intensidad modulada, así como IMRT/terapia de arco volumétrico/modulada.

A pesar de que estas técnicas pueden ser útiles,

1a

para administrar dosis más altas en los ganglios linfáticos con enfermedad extensa, y al mismo tiempo administrar una dosis más baja para controlar la enfermedad microscópica de los otros objetivos, no deben utilizarse como alternativas de rutina de la braquiterapia para el tratamiento de la enfermedad principal en pacientes con cérvix intacto.

La prescripción de la dosis de radioterapia es a un volumen, el cual es delimitado por medio de las imágenes realizadas, preferiblemente resonancia magnética, y dirigida a sitios de compromiso tumoral conocidos como el tumor primario y los ganglios linfáticos regionales en riesgo, los cuales son típicamente tratados con radioterapia definitiva de haz externo con una dosis aproximada de 45 Gys (40-

50 Gy) la cual es ampliada posteriormente utilizando braquiterapia. (National Comprehensive Cancer Network. 2021)

A

por lo que antes de finalizar la radioterapia, deberá iniciarse el trámite para administrar la braquiterapia, preferentemente por la Unidad de Oncología Médica (IGSS).

D

En casos de cáncer de cérvix localmente avanzado no se recomienda la quimiorradioterapia concomitante de manera adyuvante ya que los estudios actuales han reportado resultados no adecuados y ninguno ha logrado demostrar superioridad sobre el tratamiento estándar. (Juan, 2020) (Gupta, 2018) (Kenter G, 2019).

√

El grupo de especialistas de la Unidad de Oncología Médica no considera adecuado que las pacientes con cáncer de cérvix localmente avanzado reciban tratamiento quirúrgico, pero debido a que las pacientes pudieron ser operadas en otra unidad de salud y posteriormente buscan ser tratadas en el IGSS, se consideran pertinentes las siguientes recomendaciones:

Deberán recibir radioterapia en un margen de 3 a 4 cms por arriba de la cúpula vaginal, los parametrios y los bacinetes de los ganglios adyacentes.

Ante la presencia de metástasis ganglionares documentadas, el borde superior del campo de radiación debe ser apropiadamente incrementado.

Una dosis de 45 a 50 Gys en fraccionamiento estándar de IMRT es generalmente recomendado.

Los ganglios involucrados con enfermedad extensa deberán ser evaluados para darle un aumento adicional de 10 a 20 Gys de EBRT. (National Comprehensive Cancer Network., 2021)

1a

La quimiorradioterapia concomitante basada en Cisplatino es el tratamiento de elección.

Cisplatino semanal el tiempo que dure la radioterapia es nuestra elección preferida.

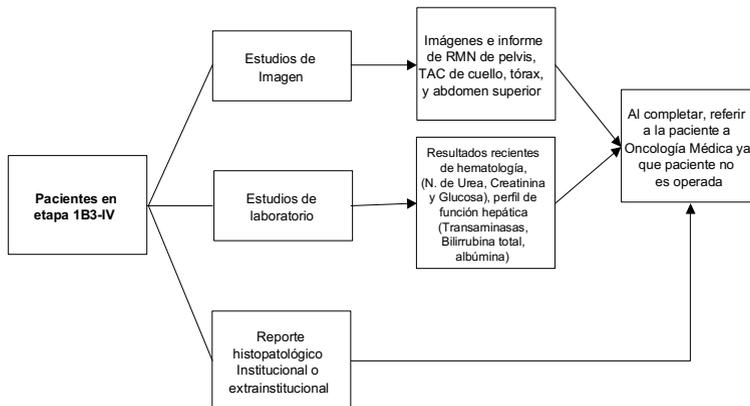
No se recomienda la quimioterapia neoadyuvante previo a una cirugía radical ante la presencia de cáncer de cérvix localmente avanzado.

A

24

5. Anexos

Algoritmo 1. Referencia de pacientes a la Unidad de Oncología Médica



6. Glosario

Braquiterapia: para el **cáncer** de cuello uterino consiste en la colocación de un aparato que contiene material radioactivo adentro de la vagina, el cuello uterino y a veces adentro del tejido aladaño al cuello uterino.

Supervivencia libre de enfermedad: tiempo que pasa después de finalizar el tratamiento para el cáncer, en el que la paciente sobrevive sin signos ni síntomas de cáncer. En un ensayo clínico medir la supervivencia sin enfermedad es una manera de determinar la eficacia de un tratamiento nuevo. ^{(National}

Cancer Insititute, 2022)

Sobrevida global: se define como el tiempo desde el diagnóstico o inicio de un tratamiento en pacientes con cáncer y el momento en el que se produce la muerte. ^(National Cancer Insititute, 2022)

Incidencia: Número de casos nuevos de una enfermedad que se diagnostica cada año. ^{(National Cancer}

Insititute, 2022)

Prevalencia: el número total de personas en un grupo específico que tienen (o tuvieron) cierta enfermedad, afección o factor de riesgo en un momento específico o durante un período determinado y estaban vivas.

^(National Cancer Insititute, 2022)

Mortalidad: el número de defunciones en cierto grupo de personas en determinado período. ^{(National}

Cancer Insititute, 2022)



Tratamiento antiangiogénico: acción antitumoral de forma indirecta mediante la inhibición de la vascularización del tumor e impidiendo de esta forma que se le aporten los nutrientes necesarios para su crecimiento y desarrollo.

7. Referencias bibliográficas

1. Global Cancer Observatory. (5 de Abril de 2022). Obtenido de World Health Organization: https://gco.iarc.fr/today/online-analysis-multi-bars?v=2020&mode=cancer&mode_population=countries&population=900&populations=320&key=asr&sex=2&cancer=39&type=0&statistic=5&prevalence=0&population_group=0&ages_group%5B%5D=0&ages_group%5B%5D=17&nb_items=10&
2. Gupta, S. (2018). Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Radical Surgery Versus Concomitant Chemotherapy and Radiotherapy in Patients With Stage IB2, IIA, or IIB Squamous Cervical Cancer: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Oncol*, 1548-1555.
3. Juan, A. d. (24 de Enero de 2020). Clinical and Translational Oncology. Obtenido de SEOM clinical guidelines for cervical cancer: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12094-019-02271-z>
4. K, T. (2017). Final Overall Survival of the Phase III Randomised Trial of Chemotherapy with and without Bevacizumab for Advanced. *Lancet*, 1654–1663.
5. Kenter G, G. (2019). Results from neoadjuvant chemotherapy followed by surgery compared to chemoradiation for stage Ib2-IIb cervical . *J Clin Oncol*.



6. Lontos, M. (Mayo de 2019). Systemic therapy in cervical cancer: 30 years in review. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1040842818303408?via%3Dihub>:
<https://doi.org/10.1016/j.critrevonc.2019.02.009>
7. Marth, C. (1 de JULIO de 2017). ESMO. Obtenido de ANNALS OF ONCOLOGY:
[https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534\(19\)42148-0/fulltext#%20](https://www.annalsofoncology.org/article/S0923-7534(19)42148-0/fulltext#%20)
8. National Cancer Insitute. (17 de Febrero de 2022). Cancer.gob. Obtenido de https://www.cancer.gov/types/cervical/hp/cervical-treatment-pdq#_454_toc
9. National Comprehensive Cancer Network. . (31 de Enero de 2021). Cervical Cancer Version 1.2021. Obtenido de nccn.org: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/cervical.pdf
10. Villalobos, M. (2016). Supervivencia de cáncer cervicouterino escamoso y adenocarcinoma en pacientes atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer, 2009-2013. Gaceta Mexicana de Oncología, 263-267.



Instituto Guatemalteco
de Seguridad Social

7a. avenida 22-72 zona 1
Centro Cívico, Ciudad de Guatemala
Guatemala, Centroamérica PBX: 2412-1224
www.igssgt.org



ISBN: 978-9929-795-32-7



9 789929 795327