



Bases en el manejo del cáncer cervical avanzado

Barroso Linares R, Ferreira Gutiérrez E, Martínez Nortes ME, Belando Plaza E, Luque Ufarte MM, Martínez Zarco A, Naranjo Díaz E, Varó Torrecillas O

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años que consulta en Urgencias por sangrado vaginal en cantidad mayor a regla e historia de coitorragia de un año de evolución. Última CCV en Mayo, sin hallazgos patológicos, en clínica privada. A la exploración física, sangrado vaginal en cantidad mayor a regla que parece proceder de masa cervical en labio anterior, friable al tacto, de aproximadamente 4 cm. A la palpación bimanual, cérvix de consistencia pétreo, con lesión de tacto irregular que alcanza fondo de saco vaginal. Anatomía Patológica: carcinoma escamoso no queratinizante e infiltrante, relacionado con VPH (p16 +).

Ecográficamente, se objetiva tumoración cervical de 55 x 48 x 40 mm, dependiente de labio anterior, altamente vascularizada y con contorno irregular, que infiltra todo el fondo de saco vaginal anterior y más allá del tercio superior de vagina. El tumor alcanza el segmento uterino, observándose el ovario derecho adherido a ese nivel. Infiltración de ambos parametrios. No deslizamiento anterior con plica vesical. Se observa, además, adenopatía ilíaca externa de 25 x 18 mm. En RM y TC, se observa masa cervical previamente descrita, de aproximadamente 6 cm, así como conglomerados adenopáticos en bifurcación ilíaca interna - externa izquierda, adenopatía ilíaca común izquierda, adenopatías pre - sacras milimétricas y mínima ascitis en pelvis.

Ante diagnóstico de carcinoma cervical escamoso relacionado con VPH, FIGO IIIC, se inicia tratamiento con: RT 50 Gy con boost sobre adenopatías afectas, BQT mediante cilindro vaginal (28 Gy), QT con Cisplatino semanal concomitante con RT.

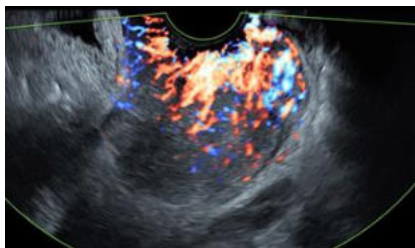


Figura 1: tumoración cervical altamente vascularizada.

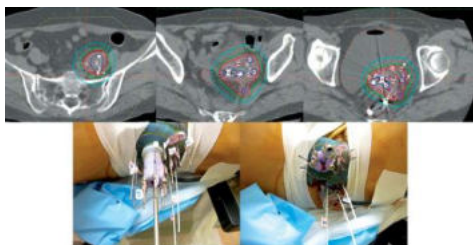


Figura 2: braquiterapia intersticial guiada por imagen.

RECOMENDACIONES ACTUALES EN EL MANEJO DEL CÁNCER CERVICAL AVANZADO (T1b3 - T4a)

- La radioterapia debe incluir quimioterapia concomitante siempre y cuando sea posible.
- La braquiterapia guiada por imagen es un componente esencial de la radioterapia y no debe ser sustituida por un boost externo. Deberá considerarse emplear braquiterapia dirigida con acceso intracavitario o técnicas intersticiales en caso de respuesta inicial limitada a la quimio - radioterapia.
- Se recurrirá al PET - TC para establecer los límites del tratamiento.
- Se recomienda alcanzar dosis de 45 Gy / 25 fracciones o 46 Gy / 23 fracciones.
- Se debe aplicar dosis adicionales de radiación a nódulos linfáticos sospechosos por previas de imagen, preferiblemente con boost.
- El tratamiento quimioterápico concomitante estándar es el Cisplatino semanal. Podría considerarse el Carboplatino semanal o la hipertermia como alternativas en pacientes no candidatas a Cisplatino.
- Se considerará la posibilidad de linfadenectomía para - aórtica inframesentérica en paciente seleccionados.
- No se recomienda de forma rutinaria la exéresis quirúrgica de los ganglios linfáticos pélvicos y/o para - aórticos patológicos previamente a la quimio - radioterapia definitiva.
- La quimioterapia adyuvante tras la quimio - radioterapia definitiva y braquiterapia guiada por imagen no mejora la supervivencia y aumenta la toxicidad.
- La histerectomía adyuvante tras la quimio - radioterapia definitiva y braquiterapia guiada por imagen no mejora la supervivencia se asocia a un aumento de la morbilidad y complicaciones tardías.
- Se considerará la cirugía de rescate en pacientes con tumor persistente 3 - 6 meses tras la quimio - radioterapia y braquiterapia sin evidencia de enfermedad regional o metastásica.

BIBLIOGRAFÍA:

Cibula D, Raspollini MR, Planchamp F, Centeno C, Chargari C, Felix A, et al. ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with cervical cancer – Update 2023*. International Journal of Gynecological Cancer. mayo de 2023;33(5):649-66.