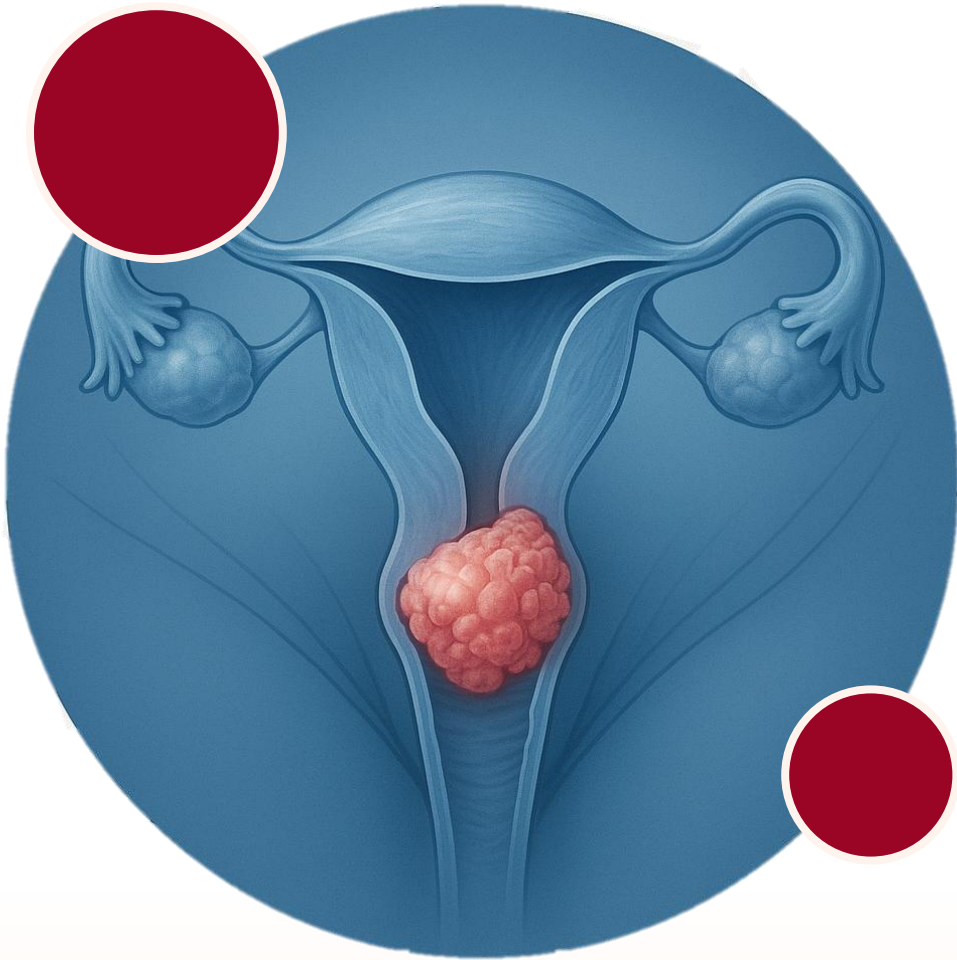




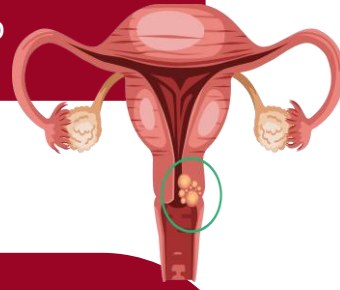
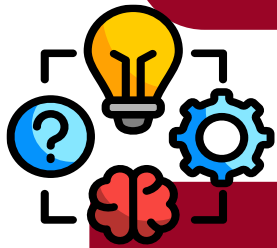
Buenas Prácticas en Obstetricia y Ginecología



Puntos de Buenas Prácticas en
Cáncer de Cuello Uterino Localmente Avanzado

3 de noviembre de 2025

sogvzla.org



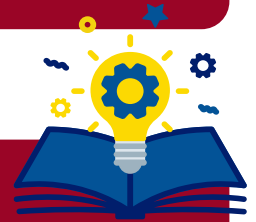
Punto Clave:

El cáncer de cuello uterino localmente avanzado se define como el tumor del cuello uterino invasivo, igual o mayor a 4cm en su diámetro mayor, que incluye desde el estadio IB3 hasta el IVA, según la clasificación FIGO 2018.

La confirmación histológica es necesaria, porque aunque el tipo histológico más frecuente es el carcinoma de células escamosas, existen otras histologías menos frecuentes como los adenocarcinomas, o las neoplasias neuroendocrinas que tienen un impacto importante en el pronóstico y tratamiento.

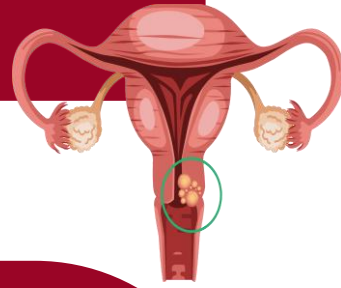
La estadificación FIGO 2018 permite el uso de cualquier estudio de imagen para tener información del tamaño tumoral, estatus ganglionar y compromiso local o sistémico. Es importante considerar que la resonancia magnética es el estudio de elección en tumores mayores de 10 mm.

Justificación:



1. El cáncer de cuello uterino representa la cuarta causa más frecuente de cáncer en mujeres a nivel mundial, y la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en mujeres en Venezuela. La mayoría de nuevos casos y muertes (85 y 90% respectivamente) ocurren en países de bajos y medianos ingresos.
2. El cáncer de cuello uterino es el resultado de una infección persistente del tracto genital inferior por genotipos de alto riesgo oncogénico del Virus de Papiloma Humano (VPH).
3. A pesar de la introducción de programas de prevención primaria y pesquisa, las cifras de cáncer de cuello uterino siguen aumentando, y 30% de las pacientes presentan enfermedad avanzada al momento del diagnóstico, y entre 30–50% recaen en los primeros 5 años post-tratamiento.
4. En pacientes con diagnóstico de cáncer de cuello uterino localmente avanzado, aún siendo posible, la cirugía como tratamiento inicial no se recomienda, debido a que más del 80% va a requerir radioterapia adyuvante o quimio-radioconcurrency, aumentando la morbilidad y comprometiendo la calidad de vida de las pacientes.
5. Hasta el momento, no se ha demostrado el beneficio oncológico de ofrecer tratamiento neoadyuvante a la paciente con cáncer de cuello uterino localmente avanzado, para luego realizar la histerectomía abdominal total. Este tipo de manejo aumenta la morbilidad de la paciente.





Recomendaciones basadas en la evidencia:

1. El tratamiento estándar del cáncer de cuello uterino localmente avanzado incluye la **radioterapia concurrente con quimioterapia, seguido de braquiterapia**, considerándose el tratamiento definitivo.
2. La braquiterapia es un componente esencial del tratamiento definitivo y no debe reemplazarse con BOOST de radioterapia externa.
3. La quimioterapia neoadyuvante en pacientes candidatas a tratamiento definitivo **no se recomienda** fuera de ensayos clínicos.
4. El uso de quimioterapia adyuvante no mejora la supervivencia e incrementa la toxicidad, **no debe aplicarse fuera de ensayos clínicos**.
5. La histerectomía posterior al tratamiento definitivo no se recomienda, debido a que **no mejora la supervivencia y se asocia con un incremento en la morbilidad perioperatoria y tardía**.
6. Pacientes con tumores persistentes de 3 a 6 meses después del tratamiento definitivo, sin evidencia de enfermedad regional o metastásica, deben ser referidas al especialista para evaluar la posibilidad de cirugía de rescate.

Punto Clave

- El tratamiento estándar del cáncer de cuello uterino localmente avanzado es la radioterapia concurrente con quimioterapia, seguida de braquiterapia.
- El manejo de la paciente debe realizarlo un equipo multidisciplinario, liderado por un ginecólogo oncólogo.

Advertencia:

Posterior al tratamiento definitivo, no se recomiendan la histerectomía o BOOST de radioterapia externa.

