



Consenso de Mínimos Cáncer de Cérvix

Introducción

El cáncer de cérvix sigue siendo un problema significativo de salud pública a nivel mundial, especialmente en regiones con acceso limitado a programas de detección y tratamiento oportuno. La implementación de estrategias de prevención, diagnóstico y manejo clínico basadas en la mejor evidencia disponible es fundamental para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas a esta enfermedad.

Este documento presenta las conclusiones de un consenso de mínimos, elaborado por un grupo de expertos en oncología ginecológica dentro del grupo de trabajo de la SAGO, reunido el 21 de marzo de 2025 para su elaboración.

Las conclusiones aquí expuestas buscan ofrecer lineamientos prácticos y accesibles para mejorar la atención de las pacientes, promoviendo intervenciones eficaces que puedan ser adoptadas en las distintas áreas sanitarias de Andalucía.

Modulación de la radicalidad en el cáncer de cérvix

La conización debe emplearse como método de diagnóstico en estadios iniciales, pero no hay indicación para reducir tumor y poder así realizar un abordaje mínimamente invasivo.

Resulta esencial que el informe patológico de la conización incluya:

- Presencia o ausencia de invasión linfoscavular (IELV).
- Profundidad de invasión estromal.
- Tamaño tumoral.
- Márgenes quirúrgicos.

Debe utilizarse la Clasificación de radicalidad según Querleu-Morrow (2022)

1. Tratamiento para cáncer de cérvix en estadios IA1-IA2 sin invasión linfovascular (IELV)

Se puede realizar conización cervical o histerectomía simple si la paciente no desea preservar la fertilidad.

2. Histerectomía simple (Tipo A)

Indicada en:

- Estadios IA2 - IB1 (tumores de ≤ 2 cm).
- Profundidad de invasión estromal < 10 mm en LEEP/conización.
- Invasión estromal $< 50\%$ en resonancia magnética (MRI) preoperatoria.

Si la paciente ya tuvo una conización previa y cumple con los criterios del estudio SHAPE, se puede considerar la opción de cirugía mínimamente invasiva.

3. Tratamiento para estadio IB2

Histerectomía radical C1 con estudio intraoperatorio del ganglio centinela, pudiendo ser posible por laparoscopia el abordaje del ganglio centinela. Se acepta OSNA como métodos de estudio de ganglio centinela en cancer de cervix.

Deberíamos centralizar la cirugía si exige cirugía radical tipo B y C: ante el escaso número de casos de cáncer de cérvix quirúrgico y de cirugías de recaída, valorar crear centros de referencia.

SOLO HACER CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN CASO DE ESTAR EN UN ENSAYO CLINICO HASTA QUE SE PUBLIQUEN RESULTADOS QUE LO AVALEN Y SE DEBE INCIDIR EN LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN SI SE REALIZA ESTE ABORDAJE.

Conclusión:

Este enfoque permite una cirugía adaptada a cada caso, asegurando que el tratamiento sea lo menos invasivo posible sin comprometer la efectividad oncológica.

USO DEL PET-TC EN CÁNCER DE CÉRVIX

1. PET-TC en el estudio de extensión

El PET-TC debe considerarse básico en la evaluación inicial de pacientes con:

- Cáncer de cérvix localmente avanzado (estadios \geq IB3 – II–IVA).
- Sospecha de recaída tras tratamiento.

Su objetivo es:

- Valorar la afectación ganglionar pélvica y paraaórtica.
- Detectar metástasis a distancia no identificadas por TAC o RMN.
- Mejorar la estratificación del estadio y orientar la estrategia terapéutica (ej. ampliación del campo de radioterapia si hay afectación paraaórtica).

2. PET-TC en la recaída

En pacientes con sospecha clínica, analítica o radiológica de recaída, el PET-TC:

- Permite localizar con mayor sensibilidad la enfermedad activa.
- Es útil para descartar enfermedad diseminada si se plantea tratamiento local de rescate (cirugía o radioterapia).
- Ayuda a definir mejor el volumen tumoral en casos de tratamiento paliativo dirigido.

3. Valoración de la respuesta al tratamiento

En pacientes con enfermedad localmente avanzada o metastásica, el PET-TC es útil:

- Para valorar respuesta metabólica al tratamiento tras quimiorradioterapia (habitualmente a las 12 semanas).
- En enfermedad metastásica, ayuda a identificar progresión o respuesta sistémica a terapias (QT, inmunoterapia).
- Tiene valor pronóstico: la respuesta metabólica completa se asocia con mejor supervivencia.

Conclusión: el PET-TC es una herramienta clave en el manejo del cáncer de cérvix localmente avanzado y en recaída. Es fundamental tanto para el estudio de extensión inicial, como para la valoración de respuesta al tratamiento y la detección de recaídas. Su uso mejora la precisión diagnóstica, permite una mejor planificación terapéutica y aporta información pronóstica relevante.

CIRUGÍA DE RESCATE DEL CÁNCER DE CÉRVIX

1. Definiciones clave

- Enfermedad persistente o residual: Se considera cuando la enfermedad sigue presente dentro de los primeros seis meses después del tratamiento inicial.
- Recaída: Ocurre cuando la enfermedad reaparece después de seis meses del tratamiento inicial.

2. Cirugía adyuvante después de quimiorradioterapia (QT-RT)

Indicaciones:

- No se indica de forma sistemática. Se debe evaluar cada caso individualmente.
- Es esencial confirmar la recaída o persistencia de la enfermedad mediante estudios específicos.

Métodos de diagnóstico utilizados para la confirmación histológica:

- Imagenología: Resonancia magnética (MRI) o tomografía por emisión de positrones (PET-CT) para evaluar la lesión.
- Legrado endocervical: Puede ser útil en algunos casos para obtener tejido para análisis.
- Biopsia dirigida:
 - Trucut transvaginal (biopsia con aguja gruesa a través de la vagina).
 - Trucut transrectal (si la lesión está en una posición más posterior).

3. Cirugía en caso de recaída

Objetivo principal

- Obtener márgenes quirúrgicos libres y una resección R0 (sin enfermedad residual macroscópica).
- Evaluar la posible afectación ganglionar extrapélvica.
- Considerar la resección de una recaída oligometastásica en casos seleccionados. Opciones

de manejo según tratamiento previo:

- Si la paciente ya fue operada pero NO recibió radioterapia previa: se indica quimiorradioterapia (QT-RT) como tratamiento.
- Si la paciente ya recibió radioterapia previa: se considera cirugía como opción de tratamiento.

Las opciones quirúrgicas incluyen:

- Histerectomía: En casos de tumores pequeños (< 2 cm) y localizados en el cuello uterino.
- Exenteración pélvica: Si la enfermedad es más extensa y compromete otros órganos pélvicos.

Contraindicaciones quirúrgicas

La cirugía no es recomendable en los siguientes casos debido a la baja posibilidad de lograr una resección completa y la mala calidad de vida posterior:

- Infiltración de la pared pélvica lateral.
- Compromiso de la raíz del nervio ciático.
- Afectación de la base del sacro a nivel de S3 o superior.
- Carcinomatosis peritoneal (diseminación peritoneal de la enfermedad).
- Adenopatías aortocavas (ganglios comprometidos a nivel de la aorta y la cava, fuera del área pélvica).
- Enfermedad metastásica a distancia.

Se deben evaluar criterios estrictos antes de considerar la cirugía, con una selección estricta de las pacientes candidatas.

Factores importantes a valorar:

- Viabilidad de la cirugía en términos oncológicos y técnicos.
- Calidad de vida esperada tras la intervención.
- Estado funcional de la paciente (performance status) para asegurar que pueda tolerar el procedimiento.

Conclusión: el manejo quirúrgico del cáncer de cérvix recurrente o persistente requiere una evaluación individualizada basada en la extensión de la enfermedad, los tratamientos previos y el estado general de la paciente. La decisión de cirugía debe tomarse con criterios estrictos, priorizando el beneficio oncológico sin comprometer la calidad de vida.

PRESERVACIÓN DE LA FERTILIDAD EN EL CÁNCER DE CÉRVIX

1. Factores clave en la evaluación prequirúrgica

Antes de determinar el tipo de cirugía, es fundamental realizar una evaluación detallada mediante:

- Histología: Determinar el tipo de cáncer más frecuente (escamoso, adenocarcinoma, etc.).
- Resonancia Magnética (RM) o ecografía experta: Para evaluar el tamaño tumoral, la profundidad de invasión y la posible afectación de estructuras vecinas.
- Estadificación ganglionar: Conocer si hay afectación de ganglios linfáticos, lo que puede modificar el enfoque terapéutico.
- Preservación del tercio superior del cérvix: Para los procedimientos conservadores, se recomienda realizar una biopsia por congelación del borde interno para garantizar márgenes negativos.

2. Opciones quirúrgicas según el estadio y la invasión linfovascular (IELV)

a) Estadios iniciales sin invasión linfovascular (IA1 - IA2 sin IELV)

Opciones quirúrgicas:

- Conización: Procedimiento conservador que extirpa la lesión manteniendo la función reproductiva.
- Traquelectomía simple: Extirpación del cuello uterino, preservando el cuerpo uterino.

b) Estadios IA2 con IELV o mayor riesgo de diseminación

Opciones quirúrgicas:

- Conización o traquelectomía simple.
- Biopsia del ganglio centinela (BSGC): Permite evaluar si hay afectación linfática sin necesidad de una linfadenectomía extensa.

c) Estadio IB1 con IELV negativa

- Traquelectomía simple con BSGC si se cumplen estos criterios:
- Carcinoma escamoso de cualquier grado o adenocarcinoma G1-G2.
- Tumor menor de 2 cm.
- Invasión estromal menor de 10 mm.
- Márgenes libres de enfermedad.

d) Estadio IB1 con IELV positiva

Se requiere una traquelectomía radical con BSGC, ya que el riesgo de diseminación es mayor.

e) Estadio IB2 en pacientes que desean conservar la fertilidad

Traquelectomía radical con BSGC.

Actualmente, hay estudios en marcha que evalúan el uso de quimioterapia neoadyuvante (NACT) como alternativa, con resultados esperados este año.

3. Manejo postoperatorio y seguimiento

Consideraciones obstétricas

- Cerclaje obligatorio: Se coloca para evitar partos prematuros en pacientes que han conservado el útero.
- Gestación de alto riesgo: Debe ser vigilada de cerca debido al alto riesgo de complicaciones.
- Cribado de bacteriuria e infecciones vaginales asintomáticas: Importante para prevenir complicaciones durante la gestación.
- Finalización del embarazo por cesárea: Se recomienda para evitar el riesgo de lesión en el cérvix operado.

Tratamiento adyuvante y seguimiento

- Histerectomía total (HTS) no necesaria en estos casos.
- Seguimiento estricto con:
- Citología y test de VPH cada 6-12 meses para detectar recurrencias tempranas.

Preservación ovárica en mujeres jóvenes (< 45 años)

Se puede considerar la transposición ovárica para evitar daño por radioterapia si se prevé la necesidad de este tratamiento.

Este procedimiento se puede realizar en dos tiempos quirúrgicos, dependiendo de la planificación del tratamiento oncológico.

Conclusión: el manejo quirúrgico del cáncer de cérvix en mujeres jóvenes con deseo de fertilidad es altamente individualizado. Se priorizan procedimientos conservadores como la traquelectomía en estadios tempranos, siempre con un seguimiento estricto. La evaluación preoperatoria con imagenología, estadificación ganglionar y biopsias intraoperatorias es clave

para garantizar la seguridad oncológica. Además, en pacientes jóvenes, se considera la preservación ovárica para evitar los efectos secundarios de la radioterapia.

CÁNCER DE CÉRVIX AVANZADO: MANEJO MULTIDISCIPLINAR

1. Biomarcadores esenciales

- PD-L1: Solicitar en todos los casos de cáncer de cérvix en estadios avanzados y en recaída.
- HER2: Incluir en el informe anatomopatológico (AP), tanto en enfermedad localmente avanzada como en recaída.
- NGS (Next Generation Sequencing): Realizar en biopsia de cérvix para valorar inclusión en ensayos clínicos con terapias dirigidas.

2. Enfermedad localmente avanzada (Estadios III-IVA)

Inmunoterapia:

- Pembrolizumab (anti PD-1) según estudio Keynote A18.
- Indicado en combinación con QT-RT en pacientes con enfermedad localmente avanzada.
- Actualmente pendiente de aprobación de precio y reembolso en España.

3. Enfermedad metastásica o en recaída

Primera línea

QT estándar: Esquema basado en cisplatino + paclitaxel.

Terapia combinada (cuatriplete):

- Bevacizumab + Atezolizumab (estudio BeatCC): disponible como uso compasivo. Esquema con mayor impacto en PFS y OS (supervivencia libre de progresión y global).
- Pembrolizumab (estudio Keynote 826): Requiere CPS >1 en España, aunque el beneficio se ha demostrado en toda la población con intención de tratar.

Segunda línea

Inmunoterapia:

- Puede utilizarse en pacientes que no han recibido inmunoterapia en primera línea.
- Cemiplimab (estudio EMPOWER-Cervical 1) también está aceptado.
- Atezolizumab se puede solicitar como uso compasivo si CPS <1, ya que para su uso convencional en España se requiere CPS >1.

Quimioterapia:

Opciones de QT en segunda línea tras IO muestran beneficio limitado.

Terapias dirigidas / ADCs: Considerar ante progresión tras inmunoterapia o en casos seleccionados:

- Tisotumab-Vedotin: No aprobado por EMA actualmente.
- Trastuzumab-Deruxtecan:
 - En tumores HER2 positivos.
 - Estudio DESTINY-PanTumor02.

Puede solicitarse como uso compasivo en Andalucía.

4. Consideraciones especiales

Evitar Bevacizumab en pacientes con:

- Recaídas centrales.
- Nefropatía.
- Hipertensión arterial mal controlada.
- Alto riesgo de fístula.

Conclusión: el manejo del cáncer de cérvix en estadios avanzados y en recaída requiere un enfoque multidisciplinar y personalizado, basado en biomarcadores clave como PD-L1 y HER2, y en la incorporación de inmunoterapia y terapias dirigidas.

En enfermedad localmente avanzada, se abre una nueva vía con inmunoterapia concurrente (Keynote A18), pendiente de aprobación en España. En enfermedad metastásica o en recaída, el tratamiento de primera línea se basa en quimioterapia combinada, con opciones de añadir inmunoterapia (Keynote 826) o cuatripletas como en el estudio BeatCC. La inmunoterapia sigue jugando un papel relevante en segunda línea, y los ADCs emergen como alternativas prometedoras para pacientes seleccionados.

La selección terapéutica debe tener en cuenta el perfil molecular del tumor, la carga tumoral, el estado funcional del paciente, y la viabilidad de acceso a tratamientos en uso compasivo. En este contexto, el estudio molecular y la participación en ensayos clínicos resultan fundamentales para ofrecer opciones terapéuticas innovadoras y mejorar el pronóstico.

BRAQUITERAPIA INTERSTICIAL EN CÁNCER DE CÉRVIX

¿Qué es la braquiterapia intersticial?

Es una modalidad de tratamiento radioterápico en la que se colocan catéteres directamente en el tejido tumoral (en lugar de solo intracavitarios).

Permite una mejor conformación de la dosis, especialmente útil en tumores con invasión parametrial extensa, afectación vaginal baja, o formas irregulares del tumor donde la braquiterapia intracavitaria convencional no logra una cobertura óptima.

Indicaciones principales

La braquiterapia intersticial está indicada en pacientes con:

- Tumores voluminosos o con invasión parametrial asimétrica.
- Afectación vaginal inferior o extensión a tercio medio/distal.
- Tumores residuales tras quimiorradioterapia donde la anatomía ha quedado alterada.
- Imposibilidad técnica de colocar aplicadores intracavitarios estándar (ej. estenosis cervical, cirugía previa).
- En general, cuando no se puede alcanzar la dosis objetivo a CTV-HR (volumen de alto riesgo) con braquiterapia intracavitaria sola.

Importancia y necesidad en Andalucía

- La intersticial es una técnica altamente especializada, que mejora el control local y la supervivencia, especialmente en estadios localmente avanzados o tumores complejos.
- Actualmente ninguna provincia andaluza disponen de unidades con capacidad de realizar braquiterapia intersticial, lo que limita el acceso equitativo de las pacientes a un tratamiento óptimo.
- Se debe fomentar la creación y acreditación de unidades de braquiterapia avanzada (incluyendo intersticial) en centros de referencia de Andalucía.
- Promover formación específica, inversión en recursos técnicos y humanos, y creación de circuitos multidisciplinares (ginecología, radioterapia, física médica, enfermería especializada).

Conclusión: la braquiterapia intersticial no es una opción secundaria, sino un componente esencial en el tratamiento curativo del cáncer de cérvix avanzado en casos seleccionados. Su implementación requiere una apuesta clara por la creación de unidades especializadas en Andalucía, garantizando así la equidad en el acceso a tratamientos de alta complejidad y mejorando los resultados oncológicos en la comunidad.

CÁNCER DE CÉRVIX VPH NO DEPENDIENTE

Epidemiología y características generales:

- Representa el 3–11% de los cánceres de cérvix.
- Supone aproximadamente el 15% de los adenocarcinomas cervicales.
- Presenta peor pronóstico, con menor PFS y OS que los tumores VPH-dependientes.
- Subtipos histológicos principales
- Gastric-like (el más frecuente):

- Suele diagnosticarse en estadios avanzados.
- Asociado a síndrome de Peutz-Jeghers.
- Positivo para IELV (invasión endolinfática vascular).
- Mutaciones frecuentes: STK11 y p53.
- Origen endocervical: importante confirmar que la lesión es de origen cervical. Otros

tipos:

- Células claras.
- Mesonéfrico.
- Endometriode.

Diagnóstico y cribado

- En casos de citología H-SIL, ASC-H o ASC-G, se debe remitir a colposcopia, aunque el test de VPH sea negativo.
- Importante asegurar el origen cervical de la lesión antes de clasificarla.

Tratamiento

Se trata con los mismos esquemas que los tumores HPV positivos, pero con matices importantes:

- No son candidatas a preservación de fertilidad ni ovárica.
- Baja expresión de PD-L1: son tumores inmunológicamente fríos.
- Inmunoterapia (IO) no recomendada.
- Es fundamental buscar terapias dirigidas.
- Recomendaciones adicionales
- Realizar estudio NGS en todos los casos.
- Valorar inclusión en ensayos clínicos con terapias dirigidas.

Conclusión: el cáncer de cérvix VPH no dependiente es una entidad poco frecuente pero de gran relevancia clínica por su peor pronóstico, resistencia a inmunoterapia y presentación habitual en estadios avanzados. Su manejo requiere una alta sospecha diagnóstica, estudio histológico cuidadoso y enfoque terapéutico personalizado. Ante su carácter inmunológicamente frío y baja expresión de PD-L1, es esencial realizar un estudio molecular completo (NGS) y valorar su inclusión en ensayos clínicos con terapias dirigidas, ya que representa un reto para los esquemas de tratamiento convencionales.

PAPEL DE LA VACUNA EN EL CÁNCER DE CÉRVIX

En cuanto a la administración de la vacuna profiláctica en pacientes con cáncer ya diagnosticado, no existe evidencia robusta que avale su uso.

Aunque se ha observado que hasta el 75% de las pacientes negativizan el HPV tras el tratamiento, este aclaramiento viral se asocia con:

- Mejor supervivencia libre de progresión (PFS).
- Mejor supervivencia global (OS).

Sin embargo, existe un subgrupo de pacientes que recae y fallece a pesar del aclaramiento viral, lo que indica que la erradicación del VPH no garantiza la curación.

Diagnóstico de recaídas

- Las recaídas suelen diagnosticarse por imagen (TAC, PET-CT, RMN).
- El VPH positivo no es un marcador fiable para detección de recaídas, con evidencia bibliográfica discordante sobre su utilidad en el seguimiento.
- Posible efecto protector tras cirugía
- Se ha planteado un potencial beneficio inmunológico de la vacuna tras cirugía en estadios iniciales, como mecanismo para reducir el riesgo de reinfección o recurrencia.
- Sin embargo, no hay estudios que respalden formalmente su uso clínico en este contexto.

Vacunas terapéuticas

- Existen en investigación vacunas terapéuticas, diseñadas para estimular una respuesta inmunitaria antitumoral.
- Aunque se ha observado un aumento de inmunidad celular específica, aún no hay datos clínicos suficientes que avalen su eficacia ni su uso rutinario.

Conclusión: actualmente, la vacuna frente al VPH no tiene un papel establecido en el manejo de pacientes con cáncer de cérvix ya diagnosticado. Aunque la negativización del virus tras tratamiento se asocia con mejor pronóstico, esto no justifica el uso de la vacuna como parte del tratamiento oncológico. Las recaídas se detectan principalmente por imagen, y el valor del HPV como marcador de recurrencia sigue siendo controvertido. El papel de las vacunas terapéuticas permanece en investigación, sin datos concluyentes. Por tanto, su uso debe limitarse al contexto de ensayos clínicos.