

## **CÁNCER DE CUELLO UTERINO: UNA GUÍA PARA PACIENTES**

### **INFORMACIÓN PARA LA PACIENTE BASADA EN LA GUÍA CLÍNICA DE LA ESMO**

Esta guía para pacientes ha sido elaborada por la Fundación Contra el Cáncer como un servicio a las pacientes, con el objetivo de servirles de ayuda, tanto a ellas como a sus familiares, para que comprendan con más exactitud la naturaleza del cáncer de cuello uterino y aprecien las mejores opciones de tratamiento a su disposición según el subtipo de su enfermedad. Recomendamos a las pacientes que pregunten a sus médicos qué pruebas o tipos de tratamiento son necesarios para su tipo y estadio de la enfermedad. La información médica descrita en este documento se basa en la guía de práctica clínica para profesionales de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) para el manejo del cáncer de cuello uterino. La guía para pacientes ha sido producida en colaboración con la ESMO y se divulga con su permiso. Ha sido elaborada por un médico y revisada por dos oncólogos de la ESMO, uno de los cuales es el autor principal de la Guía de Práctica Clínica para Profesionales. También ha sido revisada por representantes de pacientes del Cancer Patient Working Group (Grupo de trabajo de pacientes con cáncer) de la ESMO.

Más información acerca de la Fundación Contra el Cáncer: [www.fundacioncontraelcancer.org](http://www.fundacioncontraelcancer.org)

Más información acerca de la European Society for Medical Oncology: [www.esmo.org](http://www.esmo.org)

*Las palabras marcadas con asterisco figuran con su definición al final de este documento.*

## Índice

Definición del cáncer de cuello uterino.....	3
¿Es frecuente el cáncer de cuello uterino? .....	4
¿Qué causa el cáncer de cuello uterino?.....	5
¿Cómo se diagnostica el cáncer de cuello uterino? .....	7
¿Qué es importante saber para obtener el tratamiento óptimo? .....	10
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?.....	14
¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los tratamientos? .....	22
¿Qué pasa después del tratamiento?.....	25
Definiciones de palabras difíciles .....	27

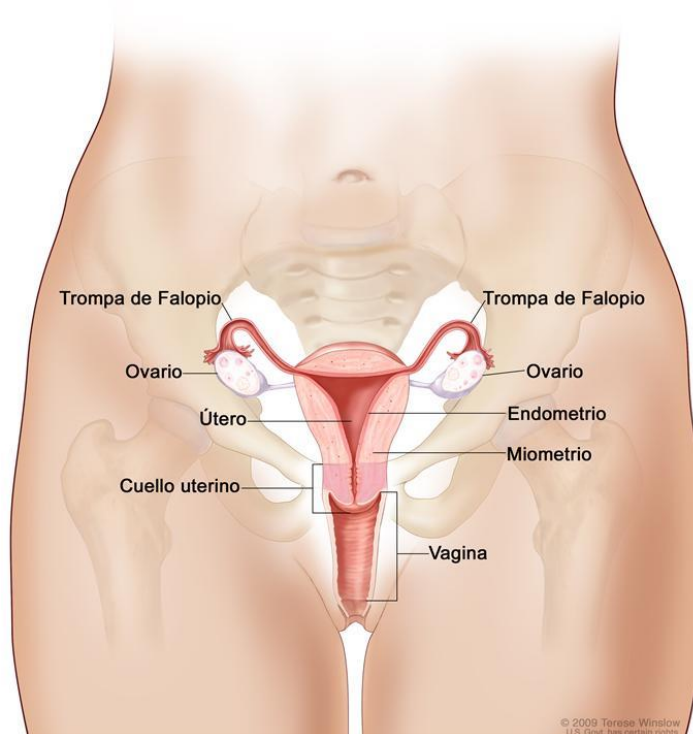
*Este texto fue escrito por el Prof. Jan Bernheim (Fundación Contra el Cáncer) y revisado por el Dr. Gauthier Bouche (Fundación Contra el Cáncer), la Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), la Dra. Christine Haie-Meder (ESMO), Prof. Cristiana Sessa (ESMO) y la Dra. Magdalena Grce (European Cervical Cancer Association).*

*Este documento fue traducido del inglés por un profesional en traducción científica y médica, posteriormente fue revisado por la Dra. Ana Ugarte (Fundación Contra el Cáncer).*

## DEFINICIÓN DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

*Esta definición se usa con permiso del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de los Estados Unidos*

Cáncer que se forma en los tejidos del cuello uterino, el órgano que conecta el útero con la vagina. Suele ser un cáncer de crecimiento lento que puede no producir síntomas pero que puede identificarse con los exámenes de Papanicolaou\* periódicos. Este es un procedimiento en el cual se raspan algunas células del cuello uterino y se observan al microscopio. El cáncer de cuello uterino casi siempre es resultado de una infección por el papilomavirus humano (PVH)\*.



*Anatomía del sistema reproductor femenino. Los órganos del sistema reproductor femenino incluyen el útero (cuerpo y cuello), los ovarios, las trompas de Falopio y la vagina. El útero tiene una capa exterior muscular denominada miometrio y un revestimiento interno denominado endometrio.*

### Nota importante relativa a otros tipos de cáncer de útero

En el cuerpo del útero pueden presentarse otros tipos de cáncer, la mayoría de los cuales son cánceres de endometrio. El diagnóstico y tratamiento de estos tipos de cáncer son diferentes de los del cáncer de cuello uterino. Puede obtener más información sobre el cáncer de endometrio [aquí](#).

Esta guía está dedicada exclusivamente al cáncer de cuello uterino.

## ¿ES FRECUENTE EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

---

El cáncer de cuello uterino es el tercer cáncer más frecuente en las mujeres. En 2008 se diagnosticó cáncer de cuello uterino en 10,6 mujeres de cada 100 000 en Europa, esto es aproximadamente el 4 % de todas las neoplasias diagnosticadas en mujeres. En Europa, cerca del 1 % de todas las mujeres desarrollará cáncer de cuello uterino en algún momento de su vida. Dado que ahora hay disponible una vacuna que protege contra los tipos más frecuentes de papilomavirus humano (PVH)\* implicados en el cáncer de cuello uterino, probablemente sea menos frecuente en el futuro.

El riesgo de cáncer de cuello uterino es superior en Europa oriental (especialmente en Serbia, Rumanía, Bulgaria y Lituania), por la falta de programas de cribado poblacional organizados. Por desgracia, la situación es mucho peor en los países en desarrollo, donde se produce el 85 % de los casos nuevos. Debido a la común falta de acceso al cribado y tratamiento en los países en desarrollo, la tasa de mortalidad es 10 veces superior a la de los países desarrollados. Además, en la actualidad el precio de la vacuna preventiva es tal que probablemente siga fuera del alcance de la mayoría de las mujeres en gran parte del mundo.

## ¿QUÉ CAUSA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

---

Se ha comprobado que básicamente todos los tipos de cáncer de cuello uterino son provocados por determinados tipos del virus del papiloma humano (VPH)\*, un grupo de virus similar al que produce las verrugas cutáneas o genitales. La infección por el VPH se produce mediante contacto directo y, en el caso del cuello uterino, suele derivar del contacto sexual o incluso solo del contacto con la piel. El VPH es muy frecuente en la población en general. Casi todas las mujeres adultas han contraído el VPH en algún momento de la vida pero, en su abrumadora mayoría, la infección por el VPH desaparece entre los seis meses y los dos años siguientes sin causar ningún signo de enfermedad. No obstante, en los casos raros en los que la infección por el VPH no desaparece o es persistente, el riesgo de aparición de lesiones cervicouterinas precancerosas (que preceden la aparición de cáncer de cuello uterino) es mayor. Para la aparición de este cáncer es necesaria una infección persistente con lo que se conoce como tipos de VPH de alto riesgo (carcinógenos), especialmente los tipos 16 y 18 del VPH, que son los más habituales en los casos de cáncer de cuello uterino en todo el mundo. Sin embargo, esto no es suficiente, ya que la aparición de las lesiones precancerosas y del cáncer de cuello uterino tarda varios años (décadas) en producirse. Es decir; para que surja el cáncer de cuello uterino también se necesitan otros factores, que se relacionan bien con el riesgo de infección por el VPH o con el riesgo de aparición de cáncer de cuello uterino una vez establecida la infección por el VPH.

- **Factores de riesgo de infección por el VPH\***
  - Coito sin protección, con varias parejas o coito con un varón que tiene varias parejas sexuales
  - Inicio temprano de la actividad sexual
  - Uso prolongado de anticonceptivos hormonales
  - Varios embarazos.
  - Malas condiciones higiénicas
  - Otras infecciones genitales de transmisión sexual, como *Chlamydia trachomatis* o el virus herpes simplex 2.
- **Factores de riesgo de aparición de cáncer de cuello uterino una vez presente la infección por el VPH\***

La reducción de las defensas inmunitarias, como la inmunodeficiencia\* causada por la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH\*) o los tratamientos farmacológicos que afectan al sistema inmunitario\*, porque este suele eliminar las infecciones por el VPH\* y reduce así el riesgo de aparición de cáncer.
- **Otros factores que debilitan el sistema inmunitario y el estado general de salud**, como tabaquismo, mala alimentación (por ejemplo, poca ingesta de frutas y verduras), patrón de sueño irregular y falta de ejercicio.

Debe recordarse que hay factores de riesgo que pueden no producir aumento del riesgo por sí mismos, sino que sencillamente se asocian con los verdaderos factores de riesgo. Por ejemplo: la anticoncepción hormonal es más frecuente en las mujeres con un inicio temprano de la actividad sexual, mientras que la pobreza y la residencia en un país en desarrollo constituye un factor de riesgo definido por no someterse a revisiones y cribados ginecológicos periódicos debido a la mayor dificultad de acceso a los servicios sanitarios.

La detección temprana del cáncer de cuello uterino puede realizarse con facilidad mediante el examen de los frotis de la superficie del cuello uterino que se obtienen durante una exploración ginecológica\*. Cuando se detecta temprano, el tratamiento del cáncer de cuello uterino es sencillo y efectivo. Por lo tanto, el principal factor de riesgo del cáncer de cuello uterino potencialmente mortal es la carencia de exámenes ginecológicos\* periódicos y exámenes de Papanicolaou\*.

## ¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER DE CUELLO UTERINO?

Debe sospecharse la presencia de cáncer de cuello uterino en las circunstancias que se indican a continuación:

- Anomalías en el examen ginecológico\*.
- Anomalías graves en los frotis del cuello uterino.
- Hemorragias o sangrado que no se relacionan a la menstruación.
- Hemorragia después del coito.

El diagnóstico de cáncer de cuello uterino se basa en las exploraciones que se indican a continuación:

### 1. Examen clínico

El examen clínico consiste en la inspección y palpación por el médico e incluye el examen ginecológico mediante exploración vaginal rectal bimanual\* para conocer la ubicación y el volumen del tumor, y si se ha extendido a otros órganos de la pelvis (examen pélvico\*). El médico visualiza directamente el cuello uterino tras introducir un espéculo\* en la vagina. En las mujeres sanas sin enfermedad aparente, el médico obtiene un frotis de la superficie del cuello cervicouterino para examinarlo al microscopio (exploración citológica\*). Si la exploración es difícil o no está clara la extensión del tumor, esta exploración puede hacerse con anestesia\*.

### 2. La prueba de Papanicolaou\*<sup>1</sup>

Pueden existir lesiones cervicouterinas precancerosas durante muchos años sin provocar ningún síntoma. Su crecimiento lento ofrece muchas oportunidades para la detección temprana y su fácil curación. El cuello uterino puede palparse y verse en una revisión ginecológica, de forma que el médico puede obtener con facilidad un frotis de su superficie para un examen citológico\* de las células que se desprenden de la superficie del cuello. Este examen se conoce como Papanicolaou\* (también citología vaginal o estudio citológico vaginal).



Las células del frotis se examinan en el laboratorio, lo cual permite un diagnóstico temprano de una lesión precancerosa, es decir, una anomalía de las células de la superficie del cuello uterino denominada displasia\* que, con los años, puede producir cáncer. Mediante el frotis también se detecta con facilidad el cáncer incipiente, antes de que se vuelva peligroso (maligno\*).

<sup>1</sup> En algunos países en desarrollo en los que no pueden realizarse los frotis para las pruebas de Papanicolaou, la inspección visual directa con ácido acético puede ser otra alternativa de cribado.

En el examen de laboratorio, las células en el frotis pueden:

- ser normales.
- revelar una displasia\* leve que suele deberse a infección por el PVH\*. Otros términos para describir la displasia\* leve son lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL, por sus siglas en inglés) y neoplasia intraepitelial cervicouterina\* de grado 1 (NIC 1). La displasia\* leve suele sufrir regresión\* de forma espontánea, pero puede progresar a un estadio más grave de displasia\*.
- revelar displasia\* moderada o grave. Otros términos para describir la displasia\* moderada o grave son lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL, por sus siglas en inglés) y neoplasia intraepitelial cervicouterina\* de grados 2 o 3 (NIC 2/3). Tales lesiones podrían progresar a cáncer de cuello uterino si se dejan sin tratar.
- revelar cáncer de cuello uterino.

Sufrir una infección vaginal puede impedir el examen correcto de las células de un frotis. En ese caso, se realiza un nuevo frotis después de que se haya curado la infección mediante el tratamiento adecuado.

Además de la citología, específicamente en el caso de diagnóstico citológico\* indeterminado, la presencia y el tipo del VPH\* puede analizarse en el laboratorio, lo que ofrecerá información sobre el riesgo de presentar anomalías asociadas con la infección por el VPH. Los resultados de la prueba del VPH no afectan en manera alguna los planes de tratamiento futuros.

Deben realizarse frotis cervicovaginales cada 3 a 5 años en mujeres de edades comprendidas entre los 25 y los 65 años de edad, con lo que un posible cáncer no tendrá tiempo suficiente como para crecer hasta un tamaño peligroso. Los programas de cribado garantizan que, si se detecta alguna anomalía, se llama a la mujer para que se le vuelva a realizar un frotis de control y, si fuera necesario, otros exámenes adicionales.

Un frotis sospechoso es una indicación de que es necesario realizar una biopsia\*, es decir, la extracción de una muestra de tejido tisular con todas las capas del cuello uterino y que permita, no solo la visualización de las células, como en el frotis, sino también de la estructura del tejido.

### 3. Colposcopia\*

En casos de anomalías graves o dudas sobre los resultados del frotis para Papanicolaou\*, debe efectuarse una colposcopia\* durante el examen clínico. La colposcopia es un procedimiento en el que la paciente se recuesta sobre la mesa de exploración, igual que durante la exploración pélvica\*. Se coloca un espéculo\* en la vagina para que el médico pueda visualizar el cuello uterino más fácilmente. El médico usará un colposcopio para explorar el cuello uterino. Un colposcopio es un instrumento con una lupa similar a unos binoculares. Desde el exterior del cuerpo, permite al médico ver el cuello uterino de cerca y con claridad. El médico aplica una solución diluida de ácido acético (como vinagre) al cuello uterino para poder ver cualquier zona anómala con más facilidad. Cuando se observa una zona anómala en el cuello uterino, se realiza una biopsia\*.



#### 4. Examen histopatológico\*

Cuando el Papanicolaou tiene resultados sospechosos, suele realizarse la extracción de una muestra de tejido del cuello uterino durante la colposcopia\* para confirmar los resultados del Papanicolaou. El examen histopatológico es el examen que se realiza en el laboratorio del tejido tumoral después de extirpar una muestra del tejido del tumor (biopsia\*). Un patólogo\* realiza este examen de laboratorio para confirmar un posible diagnóstico de cáncer de cuello uterino y proporcionar más información sobre las características de las lesiones precancerosas (NIC 1 a 3) y del cáncer. El médico obtiene la biopsia\* de forma manual mediante un dispositivo especial que se introduce en la vagina durante la colposcopia\*.



#### 5. Análisis rutinario de sangre y orina en el laboratorio

Se extraen muestras de sangre y orina para su análisis en el laboratorio para comprobar el estado de salud en general y diagnosticar posibles problemas sin diagnosticar, como anemia\*, trastornos de hígado o riñón, infección de orina, etc.

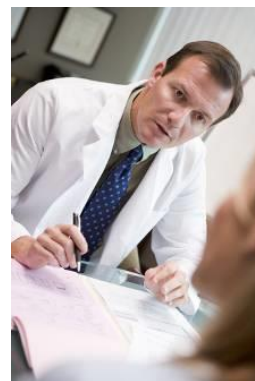
#### 6. Exámenes de imagenología

Se usan exámenes de imagenología para comprobar la extensión del tumor y excluir o detectar posibles metástasis\*. Se utilizan imágenes obtenidas por TAC\* e imágenes por resonancia magnética (RM)\* para ver la diseminación del tumor a la pelvis y en los ganglios linfáticos\* (situados a lo largo de los principales vasos en la pelvis y a lo largo de la aorta) que drenan el tumor y que pueden ser ubicaciones de metástasis\*. Se ha demostrado que el RM es superior al TAC\* para este propósito. Los exámenes complementarios básicos incluyen las radiografías del tórax. Para explorar el aparato urinario (incluyendo los uréteres, conductos que comunican los riñones con la vejiga, que pueden comprimirse por un cáncer de cuello uterino en expansión o por los ganglios linfáticos\*) se realiza un pielograma intravenoso\* (una visualización mediante radiografía\* del aparato urinario después de la inyección intravenosa\* de un medio de contraste\*). Un pielograma intravenoso únicamente puede realizarse tras la comprobación del funcionamiento del riñón mediante análisis de sangre, porque en el caso de mal funcionamiento, deben tomarse precauciones especiales (procedimientos y medicación que debe recetar el médico) con la inyección de contraste\* intravenoso\* para evitar los daños al riñón.



## ¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER PARA OBTENER EL TRATAMIENTO ÓPTIMO?

Los médicos necesitan recopilar diversos tipos de información concerniente a la paciente y al cáncer, para decidir cuál puede ser el mejor tratamiento.



### Información relevante sobre la paciente

- Edad y estado reproductivo, es decir, si la paciente ha hecho realidad su deseo de dar a luz o no. En la mayoría de los casos de cáncer de cuello uterino en estadio temprano, el útero puede conservarse, aunque en ocasiones aceptando un riesgo mínimo, por lo que continúa siendo posible un embarazo. Si la paciente no quiere tener niños, no se tiene en cuenta la conservación de la fertilidad en la elección de tratamiento y puede escogerse el tratamiento más sencillo y eficaz.
- Estado de salud en general y adecuación para la operación quirúrgica: edad, antecedentes de otros trastornos como diabetes\*, enfermedades del corazón o problemas respiratorios que deben tenerse en cuenta en la elección de tratamiento.

### Información relevante sobre el cáncer

- **Estadificación**

El estadio es el grado de diseminación de la enfermedad en el cuerpo. Los médicos utilizan la estadificación para evaluar los riesgos y el pronóstico\* asociados con la extensión del cáncer y las características específicas de la paciente y del cáncer para determinar cuál será el tratamiento apropiado. Cuanto menos avanzado sea el estadio, mejor será el pronóstico y, por lo tanto, menos agresivo será el tratamiento indicado. La estadificación se realiza dos veces: primero antes de realizar cualquier tratamiento, mediante exploraciones clínicas y por imagenología, para determinar el mejor tratamiento y una segunda vez, si el tratamiento incluyó una operación quirúrgica durante la cual se extirparon tejidos, para verificar que el tratamiento que se está administrando sea el adecuado. El examen histopatológico en laboratorio\* de los tejidos extirpados permitirá la verificación de la primera estadificación (prequirúrgica) y, en ocasiones, la hará más precisa. Por supuesto, los hallazgos posquirúrgicos pueden revelar situaciones que requieran la administración de más tratamiento.

La tabla que se incluye a continuación y que presenta los diferentes estadios del cáncer de cuello uterino se basa en el consenso de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). **Las definiciones son algo técnicas, por lo que se recomienda pedir más explicaciones a su médico.** La estadificación es completa y concluyente únicamente después de que se disponga de todos los resultados clínicos y de imagenología para su evaluación integral.

En la tabla que se incluye a continuación se incluyen la enfermedad en estadio precanceroso (estadio 0), cada estadio importante de cáncer (I a IV) y la subdivisión de estos estadios.

Estadio	Definición
<b>Estadio 0</b>	Es el estadio de <u>enfermedad precancerosa</u> , es decir, en el que se presentan lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino (que se asemeja a la piel). Tales lesiones también se conocen como carcinoma in situ* o neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)*. Los grados 1 a 3 de NIC se distinguen conforme a si la lesión se limita a la capa basal del epitelio de la superficie cervicouterina (NIC1), llega a la capa intermedia (NIC2) o se extiende a su capa superior (NIC3).
<b>Estadio I</b>	El primer estadio del <u>cáncer invasivo</u> , incluso cuando no sea visible a simple vista, pero que se ha determinado mediante el examen de las biopsias* con microscopio en laboratorio, presenta un crecimiento en profundidad en el estroma, es decir, el tejido bajo la capa superficial del cuello uterino. En su anchura, la lesión no se extiende más allá del cuello uterino en sí, es decir, no afecta la vagina ni los parametrios*. Dependiendo de las dimensiones de la lesión y de su visibilidad macroscópica (es decir, su visibilidad a simple vista), pueden distinguirse varios subestadios.
<b>Estadio IA</b>	<u>Cáncer invasivo microscópicamente</u> que no es visible de forma macroscópica y que ha crecido menos de 5 mm de profundidad en el estroma y que se ha extendido menos de 7 mm de ancho.
<b>Estadio IA1</b>	Invasión del estroma* inferior a 3 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a los 7 mm.
<b>Estadio IA2</b>	Invasión del estroma* entre 3 y 5 mm de profundidad y diseminación lateral inferior a 7 mm.
<b>Estadio IB</b>	<u>Cáncer visible a nivel macroscópico</u> o más 0invasivo a nivel microscópico que el estadio IA2
<b>Estadio IB1</b>	Lesión con diámetro máximo inferior a 4 cm.
<b>Estadio IB2</b>	Lesión con diámetro máximo superior a 4 cm.
<b>Estadio II</b>	El cáncer se extiende en los tejidos más allá del útero, pero no llega a los huesos de la pelvis ni al tercio inferior de la vagina.
<b>Estadio IIA</b>	<u>Cáncer visible a nivel macroscópico (visible a simple vista)</u> que se extiende más allá del cuello uterino, sin extensión a los parametrios*
<b>Estadio IIA1</b>	La lesión visible a nivel macroscópico tiene menos de 4 cm de diámetro máximo
<b>Estadio IIA2</b>	La lesión visible a nivel macroscópico tiene más de 4 cm de diámetro máximo
<b>Estadio IIB</b>	<u>Cáncer visible a nivel macroscópico</u> con extensión a los parametrios*.
<b>Estadio III</b>	El cáncer se extiende a la pared pélvica, los huesos y/o el tercio inferior de la vagina y comprime uno o ambos uréteres*
<b>Estadio IIIA</b>	No se extiende a las paredes laterales de la pelvis, pero sí afecta al tercio inferior de la vagina.
<b>Estadio IIIB</b>	El cáncer se extiende a la pared pélvica y/o comprime uno o ambos uréteres.
<b>Estadio IV</b>	Cáncer avanzado y metastásico*.
<b>Estadio IVA</b>	Invade los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) y/o se extiende más allá de la pelvis en sí misma, es decir, al abdomen o la ingle.
<b>Estadio IVB</b>	Con metástasis* distantes, es decir, a los pulmones o el hígado.

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 11

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

- **Examen en laboratorio de la biopsia\* y, si se ha realizado una operación quirúrgica, del material extirpado quirúrgicamente durante la operación**

Las muestras de tejido obtenidas mediante la biopsia\* diagnóstica inicial se explorarán en el laboratorio de histopatología\*. Cuando el tratamiento consiste en una operación quirúrgica (como en el caso de que la enfermedad se encuentre en los estadios tempranos e independientemente de la muestra quirúrgica que se haya extirpado: cono cervical\*, útero o ganglios linfáticos\* resecaos o en biopsia), se realizará un segundo examen histopatológico\* postoperatorio que implica la exploración del material extirpado. Esta exploración confirma el tipo de cáncer y permite la verificación y precisión de la primera estadificación de la enfermedad, para saber hasta qué punto ha avanzado. Esta información adicional es necesaria para decidir si se necesita más tratamiento y qué tratamiento. Los resultados del examen de la biopsia\* deben incluir:

- **Tipos histológicos\*** del cáncer de cuello uterino:
  - Escamocelular (también denominado epidermoide o espinocelular), que es el más frecuente (entre el 80 % y el 90 % de todas las pacientes de cáncer de cuello uterino), que surge de la parte exterior del cuello uterino y
  - Adenocarcinoma (del 10 % al 15 % de todas las pacientes con cáncer de cuello uterino), es el tipo que surge del tejido glandular\* del canal cervicouterino interno (endocervix). Su pronóstico\* es peor que el del tipo anterior.
  - Hay tipos histológicos\* más raros (como el carcinoma neuroendocrino y el carcinoma de células claras).
- El **grado** del cáncer es el grado de anomalía de las células y los tejidos tumorales al explorarlos al microscopio. También refleja el cálculo de su velocidad de crecimiento y su agresividad. Los diversos casos de cáncer pueden variar entre bien diferenciados (es decir, que son semejantes al tejido de origen) e indiferenciados (lo cual indica que han perdido el parecido con el tejido del cual proceden). Los tumores bien diferenciados suelen tener un mejor pronóstico\* que los indiferenciados.
- **Si el tumor se ha extirpado, deben realizarse los siguientes exámenes:**
  - **Márgenes:** se examinan los márgenes exteriores de la muestra de tumor extirpado quirúrgicamente para comprobar la presencia de células tumorales. Si hubiera alguna, se necesita continuar el tratamiento, porque se asume que el tumor no se extirpó por completo.
  - **Invasión linfovascular\*:** se examinan los vasos linfáticos y sanguíneos para verificar la presencia de células tumorales. Esto se debe a que el modo principal de diseminación del cáncer de cuello uterino es por medio de los vasos linfáticos\*, que drenan el cuello uterino y llegan hasta los ganglios linfáticos\*. La detección microscópica de células tumorales en los ganglios linfáticos denota riesgo de diseminación más allá de donde se encontraba el tumor extirpado y es una indicación para continuar el tratamiento con quimioterapia\* y radioterapia\*.
  - **Presencia de células tumorales en los ganglios linfáticos\*:** En este caso, puede recomendarse la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos en la pelvis (linfadenectomía pélvica\*) además de la intervención quirúrgica en el cuello uterino (o en el útero en su totalidad). Este es especialmente el caso cuando hay una invasión linfovascular\*, lo cual sugiere que las células cancerosas pueden haberse diseminado a los

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 12

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos en la pelvis se extirparán mediante operación quirúrgica para conocer si este es el caso o no.

- **Extensión a los parametrios\*:** Si se halla que los parametrios\* de cualquiera de los lados del útero contienen un tumor, esto eleva el estadio del tumor al estadio IIB y es una indicación de la necesidad de continuar el tratamiento con quimioterapia\* y radioterapia\*, porque existe un riesgo mayor de que algunas células cancerosas se hayan diseminado a los vasos y ganglios linfáticos\*.

## ¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

La planificación del tratamiento implica un equipo multidisciplinar de profesionales médicos con diferentes áreas de especialización. Esta reunión de diferentes especialistas se denomina opinión multi- o interdisciplinar\*, o revisión por el comité de tumores. En esta reunión se analizará la planificación del tratamiento usando la información relevante procedente de las exploraciones clínicas, por imágenes médicas y de laboratorio, y siguiendo los protocolos internacionales y los preceptos de la medicina basada en la evidencia.



La duración y el tipo del tratamiento dependerán del estadio del cáncer de cuello uterino, de las características del tumor y de los riesgos implicados.

En los estadios iniciales, basta con tratamiento quirúrgico local para curar la enfermedad. En estadios más avanzados, el tratamiento suele combinar quimio\* y radioterapia\*.

Los tratamientos indicados abajo tienen sus beneficios, sus riesgos y sus contraindicaciones\*. Se recomienda que pregunte a su oncólogo\* acerca de los beneficios y riesgos previstos de cada tratamiento para estar informado de sus consecuencias. En algunos casos se dispone de varias posibilidades de tratamiento y la opción elegida debe ser discutida en relación con el equilibrio entre beneficios y riesgos para cada paciente en particular.

### Estadios 0 y IA1

*El estadio 0 denota una lesión precancerosa, es decir, lesiones pequeñas confinadas a la capa superficial (epitelio) del cuello uterino. Tales lesiones incluyen el carcinoma in situ\* y la neoplasia intraepitelial cervicouterina\* (NIC1, NIC2 y NIC3 o CIN1, CIN2 y CIN3).*

*El estadio IA1 denota un cáncer invasivo que únicamente puede verse al microscopio, pero no a simple vista. No mide más de 3 mm de profundidad y 7 mm de ancho.*

### Conización\*:

El tratamiento habitual es quirúrgico y se denomina conización\*. No obstante, una lesión precancerosa NIC\* de grado 1 (o lesión intraepitelial escamosa de bajo grado o LSIL) tiene una elevada probabilidad de regresión\* sin tratamiento. Puede que solo requiera un seguimiento estrecho durante un año o menos. Así, únicamente se tratan con conización\* las lesiones NIC de grados 2 y 3 (o las lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado o HSIL).

En una conización\*, se extirpa un trozo de tejido de cuello uterino en forma de cono en torno al orificio uterino que conecta con la vagina y en profundidad de forma que se incluya el canal cervicouterino interno. Esto se hace con bisturí, por láser o mediante un procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa\*. Si al realizar el examen histopatológico\* de la muestra cónica extirpada no se halla ninguna invasión y los márgenes en la parte externa de la muestra no presentan células tumorales a nivel microscópico, el tratamiento fue curativo y no se necesita continuar con él.



**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 14

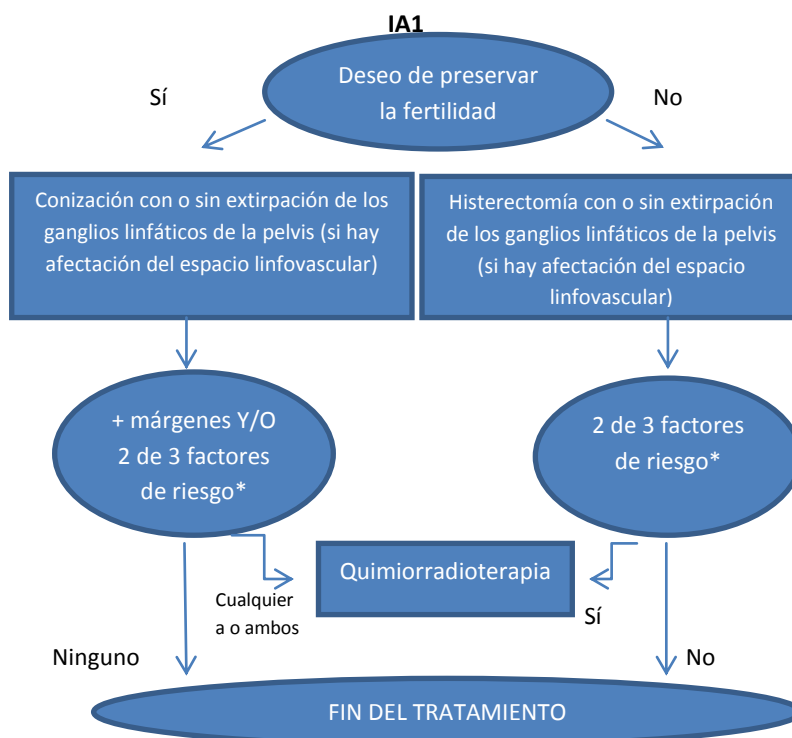
*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

Una alternativa a la conización\* es la extirpación del útero, lo que se denomina histerectomía simple\*. Esto puede proponerse a mujeres que ya no desean embarazarse. De esta forma se elimina todo riesgo de sufrir más tarde cáncer de útero.

Para un número limitado de casos, puede recomendarse la extirpación completa de todos los ganglios linfáticos\* en la pelvis, además de la intervención quirúrgica en el cuello uterino (o en el útero en su totalidad). Este es el caso cuando, durante el examen histopatológico\* de la biopsia\* inicial, se hallaron células cancerosas en los vasos linfáticos\* y sanguíneos en torno al tumor. Esto se conoce como invasión linfovascular\* e indica que las células cancerosas pueden haberse diseminado a los ganglios linfáticos. Suscita la sospecha de que el tumor puede estar en un estadio más avanzado que el estadio IA1. En este caso, los ganglios linfáticos en la pelvis se extirparán mediante operación quirúrgica para verificar si este es el caso o no.

**Tratamiento para pacientes con cáncer cervicouterino en estadio IA1**



\*Factores de riesgo

- Tumor más grande de lo esperado
- Invasión profunda del estroma
- Invasión linfovascular

Las complicaciones inmediatas, como una hemorragia excesiva, son raras y no son peligrosas. Sin embargo, si el tratamiento se realiza durante el embarazo, una hemorragia excesiva es más habitual y el riesgo de complicaciones posteriores en el embarazo, así como de parto prematuro se duplica. Con frecuencia el tratamiento del estadio 0 se posterga hasta después del embarazo.

Las complicaciones de la conización\* a largo plazo son muy raras. Pueden incluir incompetencia del cuello uterino, lo cual resulta en un aumento del riesgo de partos prematuros.

Las complicaciones de la conización\* a largo plazo son muy raras. Pueden incluir incompetencia del cuello uterino, lo cual resulta en un aumento del riesgo de partos prematuros.

Debe recordarse que la palabra conización\* se usa también como una biopsia escisional\*, es decir, un procedimiento diagnóstico en el que no se extirpa solo un fragmento de la lesión sospechosa, sino que la lesión es lo suficientemente pequeña y accesible como para poder extirparla en su totalidad. Dependiendo del estadio en el que se encuentre la muestra de la conización en el examen histopatológico\*, la conización diagnóstica puede ser curativa, sin necesidad de más tratamiento.

## Tratamiento adyuvante cuando existe riesgo de recurrencia\*

Un tratamiento adyuvante es un tratamiento administrado adicionalmente al tratamiento inicial, cuando hay sospecha de que el tratamiento inicial puede no haber sido curativo. Su propósito es curar el cáncer reduciendo el riesgo de recurrencia.

En el caso de que el cáncer de cuello uterino haya sido estadio IA1 antes de la cirugía, si el examen histopatológico\* de la muestra de la resección confirma el estadio IA1, el tumor está curado y no se necesita ningún tratamiento adyuvante. Sin embargo, el examen histopatológico\* de la muestra extirpada puede, en algunos casos, mostrar que el tumor se ha expandido más de lo previsto, es decir, que es de un estadio superior a IA1. Este será ciertamente el caso si la muestra extirpada indica una invasión superior a 3 mm y si los márgenes de la resección de la muestra de la conización\* indican la presencia de tejido tumoral. También debe sospecharse un estadio superior si el tumor ha invadido los espacios linfocelulares; en este otro caso estará indicado el tratamiento adyuvante.

En resumen; se recomienda tratamiento adyuvante si están presentes dos de los tres factores de riesgo: un tumor primario más grande de lo esperado, invasión profunda del estroma\* e invasión linfocelular\*. También estará indicado el tratamiento adyuvante si la invasión linfocelular en la biopsia inicial\* ha llevado a una histerectomía\* con extirpación de los ganglios linfáticos de la pelvis\* y después de la operación se descubre que el tumor los ha invadido y/o se encuentra tejido tumoral en los parametrios\*.

El tratamiento adyuvante será la quimiorradioterapia concomitante, es decir, la administración concomitante de radioterapia\* externa y quimioterapia\*. En la radioterapia externa, la radiación se produce en una fuente externa y se dirige a la zona de la pelvis donde se encontraba el tumor, junto con los vasos linfáticos\* y los ganglios linfáticos\*. La quimioterapia\* consiste en la administración de fármacos que pueden eliminar las células cancerosas de todo el cuerpo pero con la intención, en este caso, de eliminar las células cancerosas que estén posiblemente presentes en los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos en la pelvis y también para potenciar la acción de la radiación. Para la quimiorradioterapia concomitante del cáncer de cuello uterino, el régimen usado con mayor frecuencia es el de cisplatino\* 40 mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal una vez a la semana durante la radioterapia. Para evitar daños al riñón, se acompaña de la administración intravenosa\* de abundante líquido.



## Estadio IA2

*El estadio IA2 denota un cáncer invasivo que únicamente puede observarse al microscopio pero no a simple vista, y que mide entre 3 y 5 mm de profundidad y menos de 7 mm de ancho.*

## Cirugía

El tratamiento estándar es quirúrgico. Incluye una intervención quirúrgica en el útero y la extirpación de los ganglios linfáticos\* de la pelvis.

- Las pacientes jóvenes que desean embarazarse pueden someterse a una operación quirúrgica con conservación del útero. Se extirpa mediante conización\* un gran cono\* del cuello uterino o el cuello completo (un procedimiento denominado traquelectomía).

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 16

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*



- Otras pacientes pueden someterse a una extracción simple del útero, que se llama histerectomía\* simple o a una resección de los parametrios\*, los ovarios y la parte superior de la vagina, además del útero, lo que se conoce como una histerectomía radical\*.

### Tratamiento adyuvante

Los resultados del examen histopatológico\* del tejido extirpado mediante operación quirúrgica (tumor, útero y ganglios linfáticos\*) proporcionará la información necesaria para decidir si se necesita tratamiento adyuvante. Como se explicó en la sección sobre el estadio IA1, un tratamiento adyuvante es un tratamiento que se administra adicionalmente a la operación quirúrgica cuando se sospecha que no se ha eliminado todo el tejido canceroso, o si el cáncer se extiende a los tejidos adyacentes, como los parametrios\* o los ganglios linfáticos, con la intención de curar el cáncer. Igual que en el estadio IA1, cuando se hallan células cancerosas en los ganglios linfáticos de la pelvis que se habían extirpado mediante operación quirúrgica o cuando los márgenes en la parte externa del tejido del cuello uterino que se había extirpado no están libres de células tumorales a nivel microscópico (márgenes positivos), se recomienda un tratamiento adyuvante.

En estas situaciones, se administrarán de forma concomitante la radioterapia\* externa y la quimioterapia\*. En la radioterapia externa, la radiación se produce mediante una fuente externa y se dirige a la zona de la pelvis donde se encontraba el tumor, los vasos linfáticos\* y los ganglios linfáticos\*. La quimioterapia\* consiste en la administración de fármacos que pueden eliminar las células cancerosas de todo el cuerpo pero con la intención, en este caso, de eliminar las células cancerosas que estén posiblemente presentes en los vasos linfáticos y los ganglios linfáticos en la pelvis. Para el cáncer de cuello uterino, el régimen usado con mayor frecuencia en la quimiorradioterapia concomitante es de cisplatino\* 40mg/m<sup>2</sup> de superficie corporal una vez a la semana durante la radioterapia.

#### Tratamiento para pacientes con cáncer cervicouterino en estadio IA2



## Estadio IB1

El estadio IB1 denota cáncer visible a nivel macroscópico o invasivo a nivel microscópico superior al estadio IA2 y lesión inferior a 4 cm de diámetro máximo.

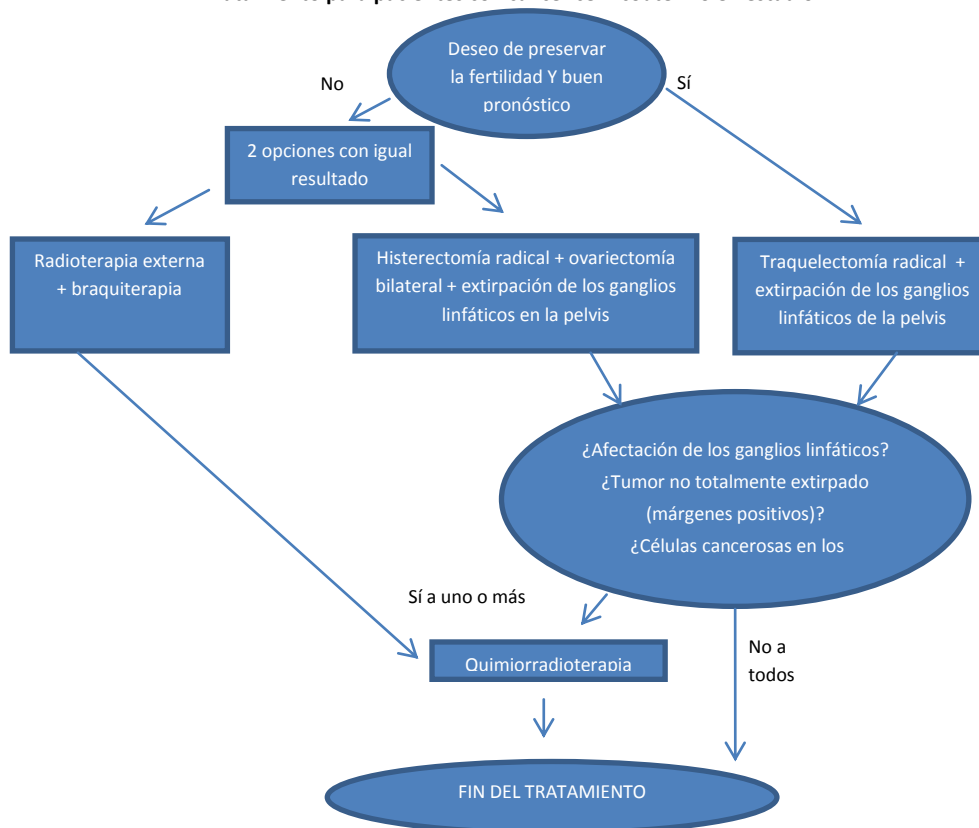
Para este estadio de cáncer de cuello uterino se dispone de varias opciones de tratamiento:

- cirugía únicamente;
- o radioterapia\* combinando irradiación externa y braquiterapia\*, que es una irradiación tópica desde una fuente radioactiva\* de alcance corto colocada en contacto con el tumor;
- o una combinación de radioterapia y cirugía.

En general, ninguno de estos métodos de tratamiento ha demostrado ser definitivamente superior a los demás. La elección entre ellos debe basarse en

- 1) Las características específicas de la enfermedad o la paciente en particular;
- 2) Las preferencias de la paciente, si las tuviera;
- 3) La especialización y experiencia del centro de tratamiento.

### Tratamiento para pacientes con cáncer cervicouterino en estadio IB1



La operación quirúrgica estándar consiste en la extirpación de todo el útero (histerectomía\*) con extirpación bilateral (a ambos lados) de los parametrios\* y los ovarios, además de la extirpación de los ganglios linfáticos\* de la pelvis (linfadenectomía\*), la llamada histerectomía radical\*.

Si el tumor presenta características pronósticas\* excelentes, puede considerarse la realización de una operación quirúrgica más limitada que conserva la fertilidad (*traquelectomía radical*, es decir, la

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 18

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

extracción exclusivamente del cuello uterino, con o sin los parametrios\*) en pacientes jóvenes que desean poder embarazarse en el futuro. Las características que permiten conservar el útero sin correr riesgos son: el diámetro máximo del tumor debería ser inferior a 20 mm, la exploración microscópica de la biopsia\* no debería mostrar ninguna célula tumoral en los ganglios linfáticos\* y los ganglios linfáticos\* no deberían presentar tumores desde el punto de vista clínico.

Según se describió para los tumores de los estadios IA, en pacientes tratadas con cirugía, si el examen de laboratorio de la muestra quirúrgica revela que la operación pudo no haber eliminado todo el tumor, se necesita continuar el tratamiento, con quimiorradiación, es decir, una combinación de quimioterapia\* y radiación simultáneamente. Este será el caso si se encuentran células tumorales en los márgenes de la muestra extirpada y si hay enfermedad en los parametrios\* o en los ganglios linfáticos\*.

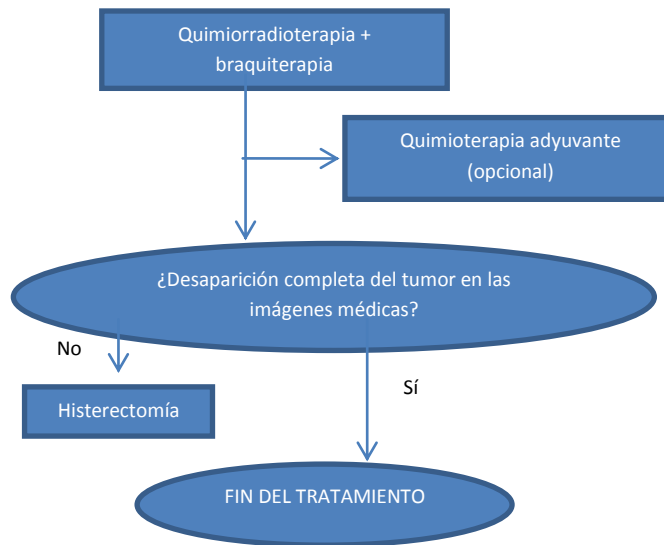
### **Estadios IB2 a IVA**

*El estadio IB2 denota cáncer visible a nivel macroscópico o invasivo a nivel microscópico superior al estadio IA2, o lesión con diámetro máximo superior a 4 cm.*

*El estadio IVA denota la invasión de los órganos pélvicos adyacentes (vejiga, recto) o la extensión más allá de la pelvis menor, es decir, en el abdomen o la ingle.*

El tratamiento estándar es la radioterapia\* junto con la quimioterapia\*. La radiación pretende eliminar el tumor principal y los ganglios linfáticos\* posiblemente afectados, y la quimioterapia\* tiene dos objetivos: aumentar la eficacia de la radioterapia y eliminar las células tumorales que se encuentran en otros lugares que no fueron irradiados. La quimioterapia\* más habitual se basa en el uso del fármaco cisplatino\* por sí solo cuando se asocia con radioterapia concomitante, pero los regímenes farmacológicos no basados en platino\* parecen ser tan eficientes como la quimioterapia basada en platino\*. La radioterapia consiste en la irradiación externa (con quimioterapia\* concomitante) y braquiterapia\*, que suele realizarse después de terminar la irradiación externa.

**Tratamiento para pacientes con cáncer cervicouterino en estadios IB2 a IVA**



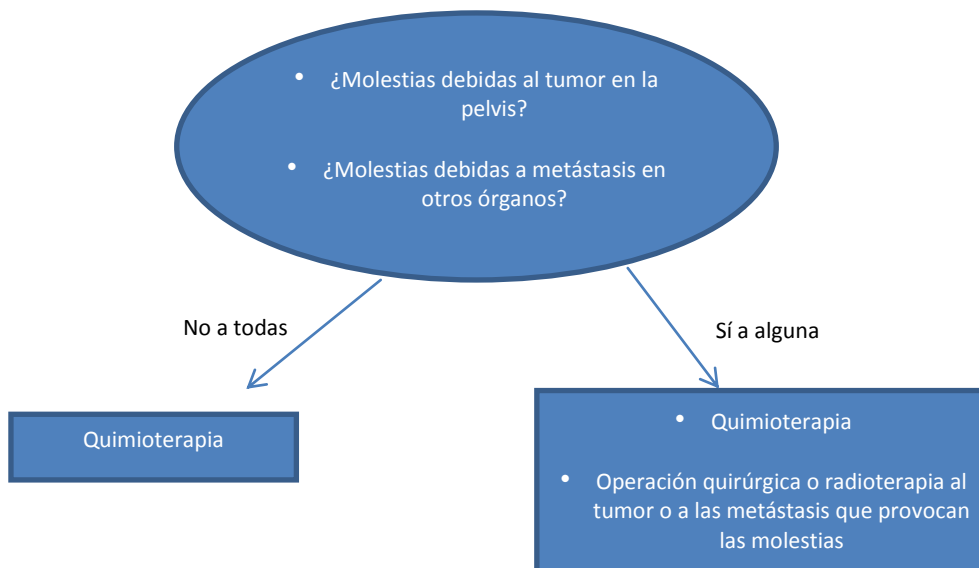
El tiempo total de tratamiento debería ser de 55 días. Si están afectados los ganglios para-aórticos\*, entonces la irradiación externa se extiende a la zona para-aórtica\*.

Si de acuerdo con los resultados imagenología, la enfermedad no ha desaparecido completamente después de terminar la radioterapia\* (incluyendo la braquiterapia\*) junto con la quimioterapia\*, hay opción de tratamiento adicional: la extirpación quirúrgica complementaria del útero completo (cirugía radical). En los casos más avanzados, incluso cuando la enfermedad parece que está controlada por completo después de la aplicación conjunta de radioterapia con quimioterapia\*, pueden quedar ciertos rastros de enfermedad residual no detectables que causarán una recaída. De acuerdo con algunos estudios, la continuación de quimioterapia adyuvante\* ofrece entonces más beneficios, pero no es una práctica estándar. Podría considerarse la quimioterapia adyuvante\* incluso si el tumor ha desaparecido, pensando en minimizar el riesgo de metástasis\*, pero la eficacia de la quimioterapia\* adicional no está establecida de forma sólida y, por lo tanto, su administración únicamente se recomienda en el marco de un ensayo clínico\*.

**Estadio IVB**

*El estadio IVB denota un cáncer avanzado que ha invadido los órganos distantes (metástasis\*), por ejemplo, los pulmones o el hígado.*

**Tratamiento para pacientes con cáncer cervicouterino en estadio IVB**



La quimioterapia\*, aunque no es curativa, es capaz de provocar remisiones o estabilizar la enfermedad. El pilar de la quimioterapia son los compuestos de platino, habitualmente cisplatino\*. La combinación de un compuesto de platino, por ejemplo, con topotecán\* o paclitaxel\*, aumenta la tasa de respuesta y el tiempo transcurrido hasta la progresión de la enfermedad, a costa de aumentar los efectos secundarios. La elección de los fármacos quimioterapéuticos tiene en cuenta los riesgos preexistentes de efectos secundarios graves, como trastornos de riñón, neurológicos\* y cardíacos. Esta quimioterapia suele administrarse como infusiones intravenosas\* en la unidad de día de quimioterapia. Para prevenir los efectos secundarios *inmediatos*, como los trastornos digestivos y las reacciones alérgicas, se administran justo antes de la quimioterapia un corticoesteroide\* (como la dexametasona\*) y un antiemético (fármaco para evitar los vómitos), y la quimioterapia se acompaña de la administración intravenosa\* de abundante líquido para evitar daños a los riñones, por el uso del cisplatino\*. Al igual que con la mayoría de otros regímenes quimioterapéuticos, también hay efectos secundarios a plazo *intermedio y más largo*. En las semanas siguientes a la administración, podrían producirse trastornos en la producción de glóbulos sanguíneos. Si los análisis de sangre revelan una reducción temporal excesiva en las cantidades de leucocitos o trombocitos\*, debe demorarse el siguiente curso de tratamiento y su dosis debe adaptarse. El cisplatino\* puede, en ocasiones, causar problemas nerviosos que afectan a las manos o los pies (sensación de hormigueo en la piel, entumecimiento o dolor) y cambios en la audición.

En algunos casos de enfermedad avanzada tratada con quimioterapia\*, el tumor principal que haya quedado en su lugar puede sangrar o infectarse o, en otros casos, provocar molestias importantes. Puede obtenerse entonces alivio mediante radioterapia paliativa\* o mediante extirpación quirúrgica. Lo mismo puede decirse para las lesiones metastásicas\* que podrían ser especialmente dolorosas, como las metástasis óseas\*.



## ¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS?

---

### Riesgos y efectos secundarios de las intervenciones quirúrgicas

Algunos riesgos son comunes a todas las intervenciones quirúrgicas realizadas con anestesia general\*. Estas complicaciones son poco frecuentes e incluyen trombosis venosa profunda\*, problemas cardíacos o respiratorios, hemorragia, infección o reacción a la anestesia\*.

Los órganos reproductores femeninos están situados en la pelvis junto con las vías urinarias inferiores y el tracto digestivo inferior. Durante la intervención quirúrgica, se corre el riesgo de que las vías urinarias y los intestinos resulten dañados.

Cuando se extirpan los ganglios linfáticos\* en la pelvis y a lo largo de la aorta, pueden dañar o bloquear el sistema linfático, lo cual resulta en linfedema, un trastorno en el que se acumula el líquido linfático en las piernas y las hace hincharse. Puede ocurrir justo después de la intervención o más tarde. Existe también el riesgo de linfocele, que es una acumulación de líquido linfático en la zona sometida a cirugía. Suele desaparecer espontáneamente.

Si se produce una compresión de los uréteres que pone en peligro el riñón, entonces puede restaurarse el flujo de orina mediante la inserción de un dispositivo (drenaje) en la pelvis renal, mediante el cual se establece un canal para la salida de orina (nefrostomía).

Someterse a una histerectomía\* también aumenta el riesgo de incontinencia urinaria y de prolapso vaginal años después de la intervención quirúrgica, porque puede dañar o debilitar los músculos del suelo pélvico.

Las mujeres operadas antes o durante la menopausia\* y las mujeres cuya operación incluyó la extirpación de los ovarios, sufrirán síntomas de menopausia poco después de la operación. Entonces son frecuentes los sofocos, cambios súbitos de humor, sudoración nocturna, sequedad vaginal y problemas de concentración.

Los efectos secundarios pueden aliviarse mediante la consulta y el asesoramiento adecuados de los oncólogos\* y los ginecólogos.

### Riesgos y efectos secundarios de los tratamientos no quirúrgicos

Los efectos secundarios más frecuentes de los tratamientos **no quirúrgicos** (radio y quimioterapia\*) suelen ser reversibles después del tratamiento. Disponemos de algunas estrategias para prevenir o aliviar algunos de estos efectos secundarios, que deben discutirse por adelantado con su médico.

#### Radioterapia pélvica

Los efectos secundarios de la radioterapia\* externa para tratar el cáncer de cuello uterino se deben principalmente a la irradiación de los órganos que rodean el cuello uterino y el útero. Los efectos de la radiación de las vías urinarias incluyen dolor al orinar, espasmos vesicales que resultan en una

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 22

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

necesidad urgente de orinar, ulceración o necrosis\* del revestimiento interno de la vejiga, presencia de sangre en la orina y obstrucción de las vías urinarias. Los efectos de la radiación sobre la parte inferior del intestino incluyen molestias rectales, diarrea, flujo de moco\* y sangre por el recto y, en escasas ocasiones, perforación de los intestinos. El estrechamiento vaginal es otro posible efecto tardío de la radioterapia pélvica. El oncólogo\* debería aconsejar el tratamiento de estas reacciones posteriores a la radiación. Las técnicas modernas en radioterapia externa, como la radioterapia de intensidad modulada\* (IMRT o TRIM) pretenden reducir su toxicidad.

## Braquiterapia

Los efectos secundarios de la radioterapia\* externa mencionados anteriormente pueden aparecer también con braquiterapia\*, pero con menos frecuencia, ya que este tipo de radioterapia está mejor enfocada. Es frecuente la sequedad vaginal después del tratamiento. El estrechamiento y la sequedad vaginal también pueden producirse y resultar en trastorno sexual a largo plazo. En las mujeres jóvenes, la radiación detiene el funcionamiento de los ovarios, lo cual puede provocar más sequedad vaginal y disfunción sexual. También puede resultar en un riesgo superior de osteoporosis\* o fracturas de los huesos de la pelvis. Las mujeres deben recibir los cuidados de un especialista por estos problemas. Puesto que el cáncer de cuello uterino no es hormonodependiente, en ausencia de contraindicaciones\* puede recetarse hormonoterapia (un tratamiento hormonal) para evitar estos efectos secundarios.

## Quimioterapia

Los efectos secundarios de la quimioterapia\* son muy frecuentes y dependerán de los fármacos administrados, las dosis y los factores individuales de las pacientes. Si ha sufrido otros problemas (como problemas cardíacos) antes, deben tomarse algunas precauciones o adaptarse el tratamiento. Las combinaciones de fármacos diferentes suelen provocar más efectos secundarios que el uso de un fármaco único.

Los efectos secundarios más frecuentes de los fármacos usados para la quimioterapia\* en el cáncer de cuello uterino son los daños al riñón, la pérdida de cabello y la reducción de la cantidad de glóbulos sanguíneos. Para evitar los daños al riñón por el cisplatino\*, se recomienda la administración intravenosa\* de abundante líquido. La quimioterapia con platino exclusivamente no provoca pérdida de cabello. La reducción de la cantidad de glóbulos sanguíneos puede resultar en anemia\*, hemorragias e infecciones. Una vez terminada la quimioterapia, el cabello vuelve a crecer y la cantidad de glóbulos sanguíneos vuelve a la normalidad.

Otros efectos secundarios incluyen, en orden descendiente de frecuencia:

- cansancio
- falta de apetito
- náuseas, vómitos y diarrea
- deshidratación
- cambios leves en las uñas y la piel (que desaparecen pronto)
- inflamación de zonas como el revestimiento de la boca
- pérdida del sentido del gusto
- hinchazón e inflamación dolorosas en el lugar de la inyección

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 23

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

- reacciones alérgicas, como enrojecimiento y sarpullido
- problemas nerviosos que afectan a las manos o pies (neuropatía periférica), que pueden provocar sensación de hormigueo en la piel, entumecimiento o dolor
- pérdida temporal o cambios en la vista
- zumbidos en los oídos o cambios en la audición
- presión arterial baja
- latidos cardíacos lentos,
- dolor muscular o articular
- convulsiones

Pueden producirse otros efectos secundarios más graves, aunque raros. Estos incluyen accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio\* y daños al funcionamiento de riñones e hígado.

Deben notificarse al médico acerca de todos los síntomas y anomalías lo más pronto posible.



## ¿QUÉ PASA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

No es inusual experimentar síntomas relacionados con el tratamiento una vez que este ha finalizado.

- En la fase posterior al tratamiento pueden ocurrir angustia, problemas para dormir o depresión; las pacientes que sufren estos síntomas pueden necesitar apoyo psicológico especial.
- La mayoría de los tratamientos quirúrgicos del cáncer de cuello uterino no afectan a la función sexual. La radioterapia\* puede debilitar los revestimientos de vejiga, recto y vagina, y provocar algunos problemas residuales, habitualmente reversibles, en la micción, la defecación y las relaciones sexuales.
- Algunos efectos habituales de la quimioterapia\* incluyen los trastornos de memoria, la dificultad para concentrarse o la fatiga, pero suelen desaparecer en algunos meses.



### Seguimiento médico

Después de terminar el tratamiento, los médicos proponen un programa de seguimiento que consiste en consultas periódicas que pretenden:

- Detectar la posible recurrencia\* del tumor:
  - Para un estadio 0 tratado, si tres pruebas de Papanicolaou\* secuenciales normales en dos años no muestran anomalías, el riesgo de recurrencia\* de la paciente no es superior al riesgo de que una mujer sana sufra carcinoma cervicouterino. Estas expacientes pueden, después de dos años, volver al cribado habitual que se practica en las mujeres sanas, es decir, pruebas de Papanicolaou cada 3 años.
  - Para estadios más elevados se recomienda que, durante los primeros 2 años, se realicen el examen clínico y ginecológico\* (incluyendo la prueba de Papanicolaou\*), cada 3 meses luego cada 6 meses durante los 3 años siguientes y, a partir de entonces, cada año
  - Para estadios avanzados, igualmente tratados, debería realizarse una anamnesis periódica, consultas sobre los síntomas, exploración física y otros análisis en caso de alguna anomalía.
- Evaluar los efectos adversos del tratamiento y tratarlos
- Ofrecer apoyo psicológico e información que ayude en el retorno a la vida normal

### Retorno a la vida normal

Puede ser difícil vivir con la idea de que el cáncer puede volver. Esto es extremadamente excepcional para los estadios iniciales si se utiliza el tratamiento correcto. Si la enfermedad inicial se encuentra en un estadio más avanzado, el riesgo es mayor. La recurrencia\* puede ser local (es decir, en la vagina o en la pelvis), regional (es decir, en los ganglios linfáticos\* de la ingle) o a distancia (es decir, metástasis\* hepáticas, óseas o pulmonares). Según lo que se sabe ahora, no puede recomendarse ninguna manera específica de reducir el riesgo de recurrencia después de terminar el tratamiento. Como resultado del propio cáncer y del tratamiento, el retorno a la vida normal puede no ser fácil

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 25

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

para algunas personas. Pueden provocar preocupación algunos aspectos relacionados con la imagen corporal, la sexualidad, la fatiga, el trabajo, las emociones o el estilo de vida. Puede ser de ayuda discutir estas cuestiones con familiares, amigos o médicos. En muchos países se ofrece el apoyo de los grupos de antiguas pacientes o servicios con líneas telefónicas de información.

## ¿Qué pasa si el cáncer regresa?

Si el cáncer vuelve, se denomina recurrencia\*. La recurrencia\* puede ser local (es decir, en el cuello uterino, la vagina o en la pelvis), regional (es decir, en los ganglios linfáticos\* de la ingle) o a distancia (es decir, metástasis\* hepáticas, óseas o pulmonares).

Las opciones de tratamiento dependerán de la extensión de la recurrencia. El tratamiento será el apropiado para el estadio que se ha alcanzado en la recurrencia. En el caso de recurrencia local, dependiendo del caso, todavía se puede obtener cura o control de la enfermedad mediante cirugía, radioterapia y quimioterapia\* o una combinación de estas. Por ejemplo, el tratamiento de una recurrencia de un tumor anteriormente tratado exclusivamente mediante cirugía suele implicar también radioterapia\* y quimioterapia\*. La braquiterapia\* anterior no impide necesariamente el uso de la radioterapia externa posteriormente. Si esta técnica se ha utilizado antes, puede volver a aplicarse en casos excepcionales.

Cuando el control local o regional de la enfermedad por estos medios ya no es posible, la quimioterapia\* paliativa (es decir, que ya no pretende curar, sino controlar temporalmente la enfermedad y prolongar la supervivencia) es una posible opción. En casos raros de recurrencia locorregional que afecte a los órganos pélvicos como la vejiga o el recto, puede proponerse su extirpación quirúrgica (exenteración pélvica). Entonces puede resultar necesario crear estomas o aberturas en la pared abdominal para la evacuación urinaria y fecal.

Si el cáncer recurre como cáncer metastásico\*, debería tratarse como cáncer en estadio IVB, con quimioterapia\*. En este caso y siempre que sea posible, debe obtenerse una biopsia\* de la lesión sospechosa para una exploración en laboratorio para así comprobar que es una metástasis del cáncer de cuello uterino y no una metástasis de otro cáncer o, sencillamente, no una metástasis en absoluto. Como en el caso del cáncer en estadio IVB inicial, también puede considerarse la cirugía o la radioterapia de cualquier metástasis aislada para controlar una lesión especialmente amenazadora y para mejorar la calidad de vida.

## DEFINICIONES DE PALABRAS DIFICILES

---

### **Anemia**

Afección que se caracteriza por una escasez de glóbulos rojos o hemoglobina. El hierro que contiene la hemoglobina transporta oxígeno desde los pulmones hacia todo el organismo, por lo tanto este proceso se ve afectado por la anemia.

### **Anestesia**

Estado reversible de pérdida de consciencia inducido de forma artificial por unas sustancias conocidas como anestésicos, en el que el paciente no siente dolor, no tiene reflejos normales y responde al estrés en menor medida. Puede ser general o local y permite someter al paciente a intervenciones quirúrgicas.

### **Biopsia**

Extracción de células o tejidos para su examen por un médico histopatólogo, quien puede estudiar el tejido con un microscopio o realizar otras pruebas y análisis en las células o el tejido. Hay muchos diferentes tipos de procedimientos de biopsia. Las más habituales incluyen: (1) biopsia por incisión, en la que únicamente se retira una muestra de tejido; (2) biopsia por escisión, en la que se retira un bulto completo o una zona sospechosa y (3) biopsia por punción con aguja, en la que se retira por medio de una aguja una muestra de tejido o de líquido. Cuando se utiliza una aguja gruesa, se denomina biopsia con trocar. Cuando se utiliza una aguja fina, se denomina biopsia por punción aspiración con aguja fina.

### **Biopsia en cono**

Operación quirúrgica para eliminar una parte de tejido en forma de cono del cuello uterino y del canal cervical. La biopsia en cono puede usarse para diagnosticar o tratar un trastorno cuello uterino. También se denomina *conización* \*.

### **Braquiterapia**

Un tipo de radioterapia\* en la que se coloca un material radiactivo sellado en agujas, semillas, cables o catéteres directamente en el tumor o cerca de este. También se llama radioterapia\* con implante, radioterapia\* interna y braquiterapia con radiación.

### **Carcinoma *in situ* (CIS)**

Estadio precoz del cáncer, en el cual las células cancerosas han invadido en una sola capa de tejido en el órgano afectado.

### **Cisplatino**

Medicamento que se usa para tratar varios tipos de cáncer. El cisplatino contiene el metal platino. Destruye las células cancerosas al dañar su ADN e impedir su multiplicación. El cisplatino es un tipo de alquilante.

### **Contraindicación**

Condición o síntoma que impide la administración de ciertos tratamientos o procedimientos al paciente. Las contraindicaciones pueden ser absolutas, lo que indica que el tratamiento nunca debe

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 27

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

administrarse a los pacientes con este trastorno o síntoma, o relativas, lo que indica que el riesgo puede verse superado por los beneficios en algunos pacientes con este trastorno o síntoma.

**Corticoesteroide**

Cualquier hormona esteroidea elaborada en la corteza suprarrenal (la parte exterior de la glándula suprarrenal). También se fabrican en el laboratorio. Los corticoesteroides tienen muchos efectos diferentes en el cuerpo y se usan para tratar afecciones muy distintas. Pueden usarse en tratamiento de reemplazo hormonal, para deprimir el sistema inmunitario y para tratar algunos efectos secundarios del cáncer y su tratamiento. Asimismo, los corticoesteroides se usan para tratar ciertos linfomas y leucemias linfoides.

**Colposcopia**

Procedimiento en el que el médico utiliza un colposcopio (instrumento con una lupa similar a los binoculares) para explorar el cuello uterino.

**(examen) Citológico**

De o relativo a la citología, que es la ciencia que estudia la estructura y función de las células.

**Descarga mucosa**

Liberación de moco o sustancia mucosa del cuerpo. La mucosa es un material similar al gel que suele humedecer y proteger las superficies internas del cuerpo.

**Dexametasona**

Esteroides sintéticos (similares a las hormonas esteroideas que se producen de forma natural en la glándula suprarrenal). Se usa para tratar la leucemia y el linfoma, y puede usarse para tratar algunos de los problemas causados por otros tipos de cáncer y su tratamiento.

**Diabetes**

Este término suele hacer referencia a la *diabetes mellitus*, en la que existe una concentración alta de glucosa (un tipo de azúcar) en la sangre porque el cuerpo no fabrica suficiente insulina o no la usa de la manera en que debería.

**Displasia (leve/grave)**

Células cuyo aspecto parece más o menos anómalo al microscopio, que no son cáncer, pero podrían ser sus precursores.

**Ensayo clínico**

Tipo de estudio de investigación que analiza los efectos de los nuevos métodos terapéuticos en las personas. En él se analizan los nuevos métodos de cribado, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad. También se les llama estudios clínicos.

**Espéculo**

Instrumento usado para ampliar la cavidad vaginal para facilitar la visualización de su interior.

**Examen histopatológico en laboratorio /exploración histopatológica**

Estudio de células y tejidos muertos usando un microscopio y otras herramientas y métodos.

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 28

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

### Exploración pélvica/ginecológica

Exploración física en la cual el profesional de atención sanitaria realizará la búsqueda táctil de bultos o cambios en la forma de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y el recto. El profesional de atención sanitaria también usará un espéculo\* para abrir la vagina y examinar el cuello uterino y tomar muestras para una prueba de Papanicolaou\*.

### Exploración vaginal rectal bimanual

Parte del examen ginecológico en el que el médico inserta el índice en la vagina y el dedo anular en el recto, mientras que con la otra mano palpa el abdomen de forma simultánea. Esta parte de la exploración, aunque ligeramente incómoda, ofrece información importante sobre las posibles anomalías en los órganos de la pelvis.

### Ganglio linfático

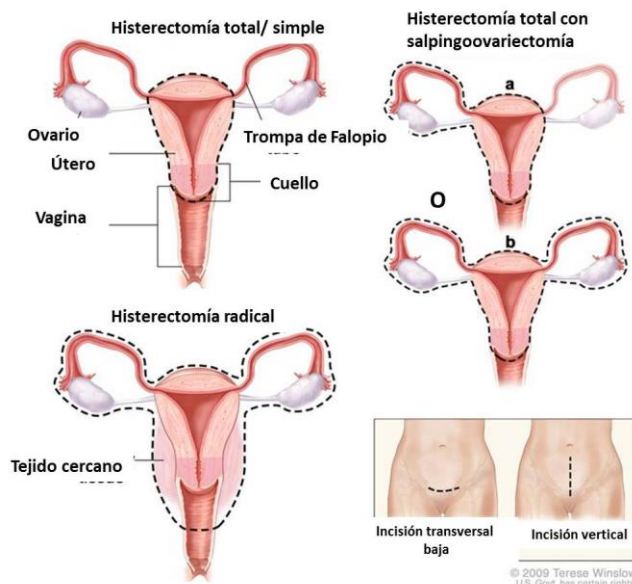
Masa redondeada de tejido linfático que está rodeada por una cápsula de tejido conectivo. Los ganglios linfáticos filtran la linfa y almacenan linfocitos. Se encuentran ubicados a lo largo de los vasos linfáticos.

### Gánglios paraaórticos/área paraaórtica

Grupo de ganglios linfáticos\* situados por delante de las vértebras lumbares cerca de la aorta. Estos ganglios linfáticos reciben drenaje del tubo gastrointestinal inferior y los órganos de la pelvis.

### Histerectomía (simple/radical)

Operación quirúrgica para extirpar el útero; y a veces, el cuello uterino. Si solo se extirpa el útero se la llama histerectomía parcial o supracervical. La histerectomía radical es la extirpación del útero, del cuello uterino y parte de la vagina. Los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos cercanos pueden también ser extirpados.



Histerectomía\*. Se extirpa el útero por medios quirúrgicos, con o sin otros órganos o tejidos. En una histerectomía total\* se extirpan el útero y el cuello uterino. En una histerectomía total\* con salpingoovariectomía, (a) se extirpan el útero y un conjunto (unilateral) de ovario y trompa de Falopio o (b) se extirpan el útero y ambos ovarios y trompas de Falopio. En una histerectomía

radical\*, se extirpan el útero, el cuello uterino, ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el tejido\* cercano. Estos procedimientos se realizan con una incisión transversa o vertical baja.

**Histopatología**

Estudio de las células y tejidos enfermos utilizando el microscopio.

**Imágenes por resonancia magnética (IRM/RM)**

Es una técnica médica para obtener imágenes mediante resonancia magnética. En ocasiones, se inyecta un fluido para resaltar el contraste entre los diferentes tejidos y obtener imágenes más visibles de las diferentes estructuras del cuerpo.

**Infarto de miocardio**

Un infarto de miocardio o ataque al corazón es la interrupción de suministro de sangre a una parte del corazón, lo cual causa la muerte de las células cardíacas. Si no se trata, un ataque al corazón puede causar un daño significativo en el músculo cardíaco o incluso la muerte.

**Inmunodeficiencia**

Reducción de la capacidad del cuerpo para luchar contra las infecciones y otras enfermedades.

**Radioterapia de intensidad modulada (RIM)**

Tipo de radioterapia tridimensional que usa imágenes creadas por una computadora para mostrar el tamaño y la forma de un tumor. Se dirigen haces delgados de radiación de diferentes intensidades y desde diferentes ángulos hacia el tumor. Este tipo de radioterapia reduce el daño a las células sanas que están cerca del tumor. También se llama radioterapia de intensidad modulada.

**Intravenoso**

Introducido en el interior de una vena. Por lo general, el término intravenoso hace referencia a la manera de administrar un medicamento u otra sustancia, por medio de una aguja o un tubo insertado en una vena. También se conoce por sus siglas IV.

**Invasión del estroma**

Extensión de las células cancerosas en el marco del tejido conjuntivo y los vasos sanguíneos que alimentan un órgano.

**Invasión linfovascular**

Diseminación del cáncer a los vasos linfáticos o a los vasos sanguíneos.

**Linfoadenectomía**

Procedimiento quirúrgico en el que se extirpan los ganglios linfáticos y se examina una muestra de tejido al microscopio para ver si hay signos de cáncer. Para una linfadenectomía regional, se extirpan algunos de los ganglios linfáticos en el área del tumor; para una linfadenectomía radical, se extirpan la mayoría o todos los ganglios linfáticos en el área del tumor. También se denomina disección de los ganglios linfáticos.

**Maligno**

Maligno se refiere a una enfermedad severa y que empeora progresivamente. Un tumor maligno es sinónimo de cáncer.

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 30

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

**Medio de contraste / Inyección de contraste**

Tinte u otra sustancia que contribuye a mostrar las zonas anómalas en el interior del cuerpo. Se administra mediante inyección en una vena, mediante un enema o por vía oral. El material de contraste puede usarse con radiografías\*, TC\*, RM\* u otros exámenes de imagenología.

**Menopausia**

Época en la vida de una mujer cuando los ovarios dejan de producir hormonas y se detienen los períodos menstruales. Por lo general, la menopausia natural se presenta a los 50 años de edad. Se dice que una mujer está en la menopausia cuando no ha tenido su menstruación durante 12 meses seguidos. Los síntomas incluyen sofocos, cambios del estado de ánimo, sudores nocturnos, sequedad vaginal, problemas para concentrarse y esterilidad.

**Metástasis**

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama *tumor metastático* o metástasis. El tumor metastático contiene células similares a las del tumor original (primario).

**Necrosis**

Término que hace referencia a la muerte de los tejidos vivos.

**Neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC o CIN)**

Crecimiento de células anómalas en la superficie del cuello uterino. Pueden usarse los números del 1 al 3 para describir en qué medida son anómalas algunas de las células y qué parte del tejido del cuello uterino está afectado.

**Neurológico**

Relativo a los nervios o al sistema nervioso.

**Oncólogo**

Médico especializado en el tratamiento del cáncer. Algunos oncólogos se especializan en un tipo especial de tratamiento antineoplásico. Por ejemplo, un oncólogo radiólogo se especializa en el tratamiento del cáncer utilizando radiación.

**Osteoporosis**

Trastorno marcado por una reducción en la masa y la densidad óseas, lo que hace que los huesos se vuelvan frágiles.

**Paclitaxel**

Fármaco usado para el tratamiento del cáncer de mama, el cáncer de ovario y el sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA\*. También se lo usa en combinación con otros fármacos en el tratamiento del cáncer de cuello uterino y en el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Está estudiándose también para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Bloquea el crecimiento celular al frenar la división celular y puede eliminar las células cancerosas.

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 31

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

**Parametrios**

Los espacios a ambos lados de la parte inferior del útero.

**Plaqueta**

Fragmento celular que juega un rol fundamental en la formación de coágulos en la sangre. Los pacientes con recuento de plaquetas bajo se encuentran en riesgo de tener hemorragias severas. Los pacientes con recuento de plaqueta alto tienen riesgo de tener una trombosis, que es la formación de coágulos que puede bloquear los vasos sanguíneos y resultar en un derrame cerebral u otros trastornos severos. Pueden también tener hemorragias severas debido al mal funcionamiento de sus plaquetas.

**Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP)**

Procedimiento en el que un cable delgado insertado en los tejidos administra corriente eléctrica de bajo voltaje para eliminar zonas anómalas del cuello uterino. Se usa anestesia\* local y, posteriormente, se aplica un producto químico para evitar la hemorragia.

**Examen de Papanicolaou**

Procedimiento en el que se raspan las células del cuello uterino para su exploración al microscopio. Se usa para detectar el cáncer y los cambios que pudieran derivar en él. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar otros problemas, como la infección o la inflamación, que no son cáncer. También se denomina citología vaginal o estudio citológico vaginal.

**Pronóstico**

Probable curso o desenlace de una enfermedad; posibilidad de recuperación, o de recurrencia o recidiva.

**Quimioterapia**

Literalmente, quimioterapia significa tratamiento con fármacos. Se suele utilizar para describir el uso sistemático de fármacos para eliminar células cancerígenas o evitar su crecimiento. Estos fármacos usualmente se administran al paciente por infusión lenta en una vena pero también pueden ser administrados por vía oral, por infusión directa en una extremidad o al hígado, de acuerdo a la localización del cáncer.

**Radioactivo**

Que desprende radiación.

**Radioterapia**

Terapia en la que se utiliza la radiación para el tratamiento del cáncer, siempre orientada a una zona específica donde se encuentra el cáncer.

**Rayos X**

Los rayos X son una forma de radiación utilizada para tomar imágenes del interior de los objetos. En medicina, los rayos X se utilizan normalmente para tomar imágenes del interior del cuerpo.

**Recurrencia**

Reaparición de un cáncer o una enfermedad (por lo general, de tipo autoinmune), habitualmente después de un periodo de tiempo durante el que no estuvo presente o no pudo detectarse. Esto

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 32

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*



puede suceder en el mismo lugar que el tumor original (primario) o en otro lugar del cuerpo. También se la conoce como cáncer o enfermedad recurrente.

**Tratamientos farmacológicos basados en platino**

Tratamiento que usa fármacos derivados del elemento platino. Incluye cisplatino\*, carboplatino y oxaliplatino.

**Regresión**

Reducción en el tamaño de un tumor o en la extensión del cáncer en el cuerpo.

**Reunión multidisciplinar**

Método de planificación del tratamiento en el que varios médicos expertos en diferentes especialidades (disciplinas) revisan y discuten el estado de salud y las opciones de tratamiento de un paciente. En el tratamiento contra el cáncer, una opinión multidisciplinar puede incluir la de oncólogo clínico (que ofrece tratamiento anticanceroso con fármacos), cirujano oncólogo (que ofrece operaciones quirúrgicas como tratamiento anticanceroso) y radiooncólogo (que ofrece radioterapia contra el cáncer). También se llama comité de tumores.

**Síndrome de deficiencia inmunitaria adquirida (SIDA)**

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad del sistema inmunitario humano\* causada por el virus de la inmunodeficiencia humano (VIH\*). El sistema inmunitario de las personas con SIDA se debilita y permite la aparición de las infecciones oportunistas y los tumores que raramente afectan a las personas con sistema inmunitario sano.

**Sistema inmunológico**

El sistema inmunológico es un sistema biológico de estructuras y procesos que protege al cuerpo de enfermedades mediante la identificación y eliminación de células tumorales e invasores extraños como virus y bacterias.

**Tipo histológico**

Categoría en la que se agrupa un tumor teniendo en cuenta las características de sus células y otras estructuras al microscopio.

**Tomografía computarizada (TC)**

Un método de radiografía en la que los órganos del cuerpo son escaneados con rayos X y los resultados se sintetizan por ordenador para generar imágenes de las partes del cuerpo.

**Topotecán**

Medicamento antineoplásico (anticanceroso) del grupo de “inhibidores de la topoisomerasa”. Bloquea una enzima denominada topoisomerasa I que participa en la división del ADN. Cuando se bloquea la enzima, se rompen las hebras de ADN, de forma que se impide que las células cancerosas se dividan y, en última instancia, se consigue que mueran.

**Trombosis venosa profunda**

Formación de un coágulo sanguíneo en una vena profunda de la pierna o de la parte inferior de la pelvis. Los síntomas pueden incluir dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en la zona afectada. También se denomina TVP.

**Cáncer de cuello uterino: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1** Página 33

*La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.*

*La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.*

**Vaso linfático**

Tubo delgado que lleva linfa (líquido linfático) y glóbulos blancos por el sistema linfático.

**Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)**

El virus de la inmunodeficiencia humana es el virus que causa el SIDA\*. Se transmite a través del sexo, la sangre contaminada, la lactancia o de las madres a sus hijos al nacimiento.

**Virus del papiloma humano (VPH)**

El VPH representa una familia de virus que produce infección de la piel o las mucosas a nivel local. Hay dos subgrupos de tipos de VPH que infectan las vías genitales: los tipos de bajo riesgo (que causan verrugas en las zonas genitales) y los de alto riesgo (que producen cáncer de cuello uterino, vagina, vulva y ano en las mujeres, y cáncer de pene y ano en varones).