National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de cuello de útero



Presentada con el apoyo de

NCCN FOUNDATION
NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
Guiding Treatment. Changing Lives.

Disponible en Internet en NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para el cáncer de cuello de útero, versión 2.2026, 10 de noviembre de 2025.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

Apoyo adicional proporcionado por

La Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA) está comprometida con la cura del cáncer de ovario, la defensa de las pacientes y el apoyo a las supervivientes. Como la organización benéfica contra el cáncer de ovario más grande, la OCRA ha invertido más de 140 millones de dólares en investigaciones. A través de conferencias, seminarios web y programas educativos semanales, la OCRA ofrece la información más actualizada sobre el diagnóstico, el tratamiento y la vida con cánceres ginecológicos. Nuestros programas de apoyo personalizados ofrecen orientación emocional, conexiones entre pares, recursos prácticos y orientación para pacientes y cuidadores, incluso asesoramiento individual, mentoría entre pares y programas de apoyo a disposición. La OCRA crea una comunidad a través de la defensa, la investigación, la colaboración y el apoyo. Obtenga más información en ocrahope.org o llame al +1 212-268-1002.

Para hacer una donación, visite NCCNFoundation.org/Donate

Para obtener más información, visite la página NCCN.org/patientguidelines o envíe un correo electrónico a PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de cuello de útero

9 Capítulo 2
Estudios para detectar el cáncer de cuello de útero

17 Capítulo 3
Estadificación

29 Capítulo 4
Tipos de tratamiento

37 Capítulo 5
Tratamiento para los tipos comunes

52 Capítulo 6
Tratamiento para el carcinoma neuroendocrino de cuello uterino

57 Capítulo 7
Supervivencia

64 Capítulo 8
Otros recursos

67 Palabras que debe conocer

70 Colaboradores de NCCN

71 Centros oncológicos de NCCN

72 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados.

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients.

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Acerca del cáncer de cuello de útero

5 ¿Qué es el cáncer de cuello de útero?

6 ¿Hay más de un tipo?

7 ¿Quiénes tienen mayor riesgo?

7 ¿Cómo se trata el cáncer de cuello de útero?

8 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

La mayoría de los cánceres de cuello de útero se deben al virus del papiloma humano (VPH), una infección de transmisión sexual común. El tipo más común de cáncer de cuello de útero es el carcinoma de células escamosas (CCE).

El cuello del útero es el extremo inferior y estrecho del útero. El útero es el lugar donde crecen y se desarrollan los bebés durante el embarazo. Durante el parto, el cuello del útero se abre y se afina para permitir que el bebé pase por la vagina.

¿Qué es el cáncer de cuello de útero?

El cáncer de cuello de útero es una enfermedad que se origina cuando las células microscópicas del cuello del útero experimentan un cambio, generalmente por razones desconocidas.

Las células (ahora anormales) comienzan a replicarse constantemente. Con el tiempo, hay tantas células anormales que se forma un bulto llamado tumor.

Las células cancerosas pueden desprenderse del tumor y extenderse por el cuerpo a través de la sangre o de un líquido que combate las bacterias llamado linfa.

Su equipo de atención médica

El tratamiento del cáncer de cuello de útero suele requerir un equipo de expertos. Conozca a su equipo de atención médica y no dude en hacer preguntas.



¿Hay más de un tipo?

Sí. El tipo más común de cáncer de cuello de útero es el **carcinoma de células escamosas**. Este tipo se origina en la parte redondeada del cuello de útero que se extiende hasta la vagina, llamada ectocérvix.

El **adenocarcinoma** es el segundo tipo más habitual de cáncer de útero. Este tipo comienza en la parte interna del cuello uterino que forma un canal entre la vagina y el útero (endocérvix).

Los adenocarcinomas también suelen ser causados por el virus del papiloma humano (VPH) y pueden ser más difíciles de detectar que el carcinoma de células escamosas.

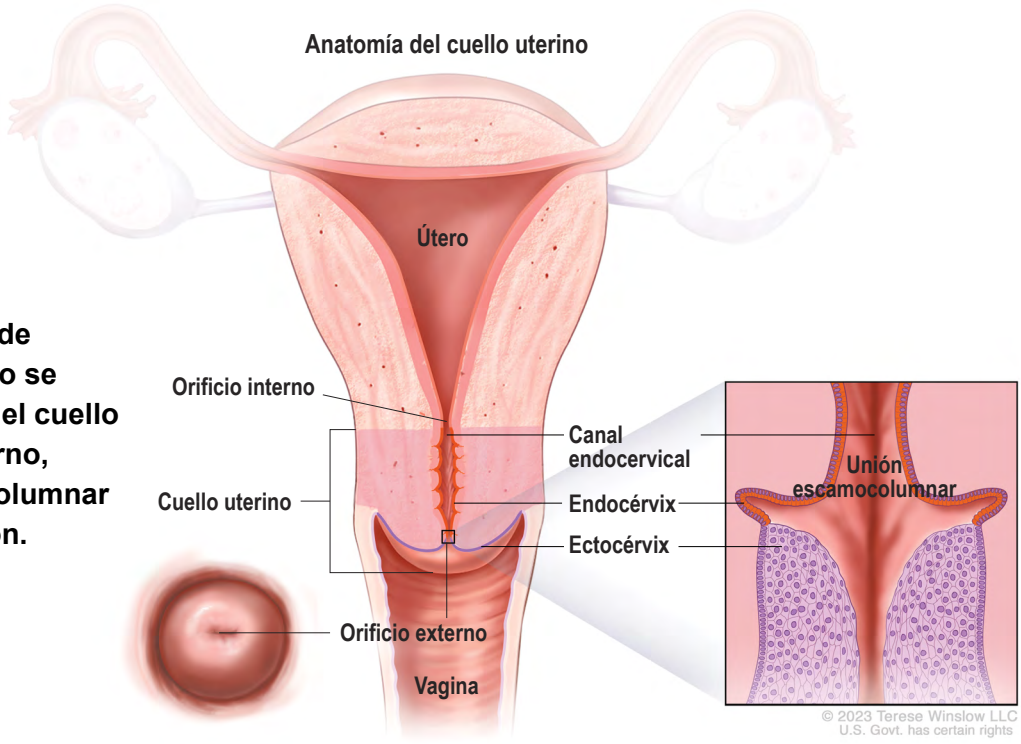
Con menor frecuencia, los cánceres de cuello de útero pueden contener tanto células escamosas como de adenocarcinoma. Estas se conocen como **carcinomas adenoescamosos** o tumores mixtos.

El tipo más raro y agresivo de cáncer de cuello de útero es el **carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU)**.

En esta guía, no se abordan los carcinomas de células vítreas, los sarcomas ni otros tipos poco comunes de tumores cervicales.

El cuello del útero

La mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero se originan donde se unen el cuello uterino interno y el externo, llamada unión escamocolumnar o zona de transformación.



¿Quiénes tienen mayor riesgo?

Como casi todos los cánceres de cuello de útero son causados por el VPH, las personas que han tenido VPH tienen mayor riesgo. El VPH es una infección de transmisión sexual común.

En la mayoría de las personas, el sistema inmunitario elimina el VPH del cuerpo. En otras personas, el virus causa cambios celulares a largo plazo que se transforman en cáncer, por lo general, mucho tiempo después. El VPH también causa cáncer de ano, de cabeza y cuello, de pene, de vagina y de vulva.

Existen más de 100 cepas (tipos) de VPH. La infección con ciertas cepas tiene más probabilidades de causar cáncer que otras. Algunas cepas pueden causar un crecimiento de piel anormal, lo que se conoce como verrugas, que se forman en el ano, los genitales u otras zonas. En Estados Unidos, existe una vacuna que protege contra las cepas de mayor riesgo (y otras).

Otros factores de riesgo para el cáncer de cuello de útero se dividen en dos categorías generales. Aumentan el riesgo de exposición al VPH o debilitan el sistema inmunitario, lo que puede dificultar que el cuerpo elimine la infección por VPH.

¿Cómo se trata el cáncer de cuello de útero?

El estadio del cáncer se utiliza para determinar las opciones de tratamiento. El estadio describe qué tan lejos se ha extendido el cáncer (probablemente) según los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas.

Cuando es posible, el tratamiento para tumores en estadio temprano suele implicar cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino (histerectomía total). Para algunos cánceres en estadio 1, el tratamiento con conservación de la fertilidad puede ser una opción si se desea.

En el caso de cánceres de cuello de útero más avanzados, pero no metastásicos, generalmente se recomienda el tratamiento con quimioterapia con derivados del platino y radioterapia (externa e interna). En el Capítulo 4, se proporciona información sobre estos tratamientos.

En el cáncer metastásico, el tratamiento sistémico ayuda a limitar el crecimiento del tumor y evitar que se siga extendiendo. Las pruebas de biomarcadores ayudan a elegir los mejores tratamientos para usted. Los tratamientos locales pueden ayudar a aliviar síntomas, como el dolor y el sangrado vaginal.

Para un tipo poco frecuente de cáncer de cuello de útero, llamado CNCU de células pequeñas, el tratamiento suele incluir quimioterapia y radioterapia (externa e interna). Se recomienda a todas las personas con este tipo de cáncer poco común considerar la participación en un ensayo clínico (si está opción está disponible).

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer y están elaboradas por expertos respetados en el campo. Las recomendaciones se basan en las investigaciones más recientes y prácticas de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lee esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2

Estudios para detectar el cáncer de cuello de útero

10 Primeros pasos

11 Biopsia de cuello uterino

11 Análisis de sangre

12 Biopsia de cono

13 Estudios de diagnóstico por imágenes

14 Fertilidad y embarazo

15 Su equipo de atención médica

16 Puntos clave

16 Preguntas para hacer

2 Estudios para detectar el cáncer de cuello de útero

En este capítulo, se describen las pruebas que se utilizan para diagnosticar el cáncer de cuello de útero y otras que se necesitan para crear su plan de tratamiento.

Primeros pasos

Si se sospecha o se confirma un cáncer de cuello de útero, el médico realizará un examen físico completo. Este suele incluir un examen ginecológico para comprobar el tamaño y la movilidad del útero.

Su médico le preguntará sobre su salud actual y pasada, y sobre los síntomas que podrían estar relacionados con el cáncer de cuello de útero.

Algunas personas con cáncer de cuello de útero en estadio temprano no presentan (ni notan) ningún síntoma. Otras pueden notar uno o más de los siguientes:

- Flujo vaginal acuoso
- Sangrado después de las relaciones sexuales
- Manchado (sangrado leve entre períodos)

Si tiene síntomas de cáncer de cuello de útero, se recomiendan las pruebas que se describen en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Guía 1
Pruebas para diagnosticar el cáncer de cuello de útero y planificar el tratamiento

Biopsia de cuello uterino o biopsia de cono.
Análisis de sangre: hemograma completo, perfil bioquímico sanguíneo, pruebas de función hepática, prueba de VIH.
Diagnóstico por imágenes: • RM pélvica para ver el tumor de cuello uterino y detectar cáncer en las estructuras cercanas. • TEP/TC (preferida) o TC para detectar cáncer en el hígado, los pulmones y el abdomen.
Una evaluación de su bienestar mental y nivel de malestar emocional.
Pruebas para detectar cáncer en la vejiga y el intestino (si es necesario).
Ayuda para dejar de fumar (si es necesario).
Planificación familiar y opciones para conservar la fertilidad (si es necesario).

Biopsia de cuello uterino

Una biopsia de cuello uterino consiste en extraer pequeñas muestras de tejido del cuello del útero. Es el procedimiento más común para diagnosticar el cáncer de cuello de útero. Su profesional médico puede extraer muestras de tejido del ectocérvix, del endocérvix o de ambos.

El anatomopatólogo examina el tejido extirpado. Este es un médico especializado que analiza células y tejidos con un microscopio para diagnosticar enfermedades. Busca zonas de cáncer o precáncer y, cuando sea posible, determina el tipo de cáncer de cuello de útero.

Análisis de sangre

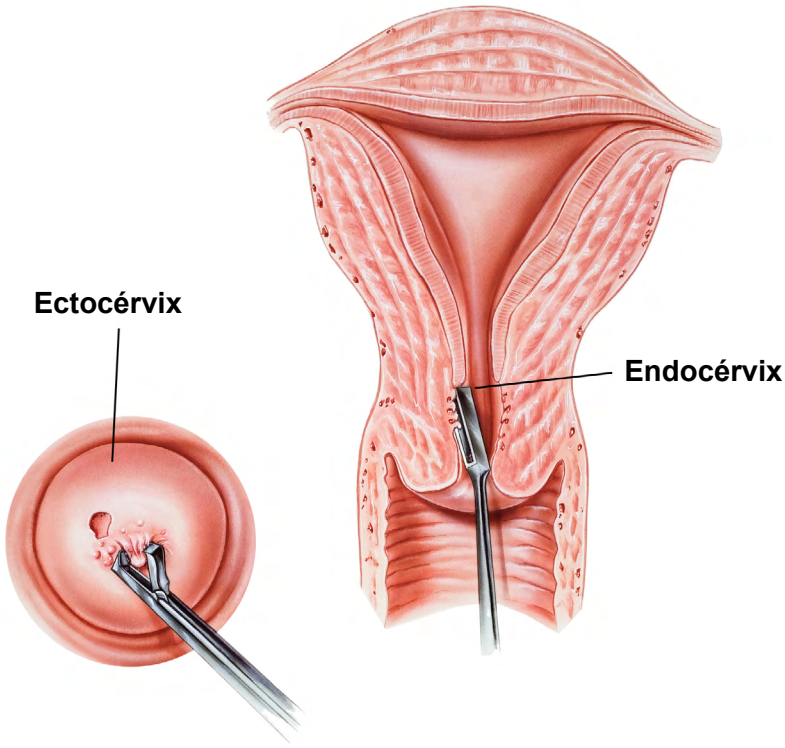
Las pruebas para detectar un posible cáncer de cuello de útero suelen incluir los siguientes análisis de sangre. Aunque no pueden diagnosticar el cáncer, estas pruebas proporcionan una visión general de su salud antes del tratamiento.

- Hemograma completo (HC)
- Perfil bioquímico sanguíneo
- Pruebas de función hepática

Si no se ha hecho la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), ya sea recientemente o nunca, su médico podría recomendársela. Si tiene VIH, consulte con su profesional médico para que realice una derivación a un especialista en VIH. Las opciones de tratamiento descritas en esta guía se aplican a personas con o sin VIH.

Biopsia de cuello uterino

La biopsia de cuello uterino es el procedimiento más común para diagnosticar el cáncer de cuello de útero. Se extrae una pequeña muestra de tejido del ectocérvix, el endocérvix o ambos.



Biopsia de cono

La biopsia de cono consiste en extirpar una porción en forma de cono del cuello uterino. Se extirpa toda la zona de transformación, donde se originan la mayoría de los cánceres de cuello de útero.

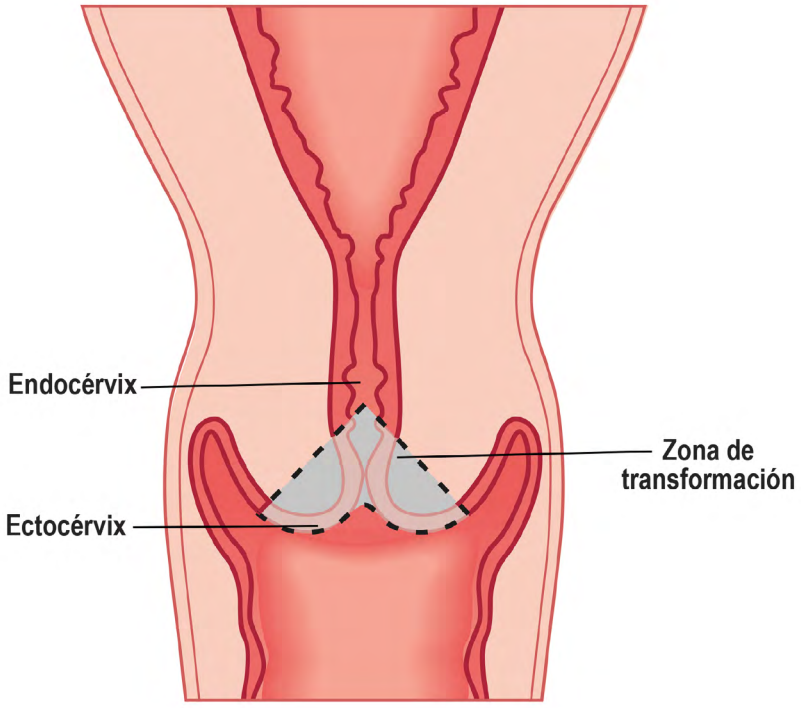
Su médico podría usar un bisturí para extirpar el tejido. Este método se denomina conización con bisturí frío. También podría usar un asa delgada de alambre electrificado (calentado). Esto se denomina procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP).

Después de extraer la muestra de tejido cónico, el médico puede usar una herramienta llamada legra, para raspar una muestra de tejido de la parte interna profunda del canal del cuello uterino. Esto se denomina legrado endocervical.

Un anatomopatólogo examina las muestras de tejido extraídas con un microscopio.

Biopsia de cono

Durante la biopsia de cono, se extrae una sección cónica del cuello uterino que incluye la zona de transformación. La biopsia de cono puede ser el único tratamiento necesario para algunos cánceres de cuello de útero en estadio temprano.



Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes ayudan a determinar las ubicaciones exactas y el tamaño del cáncer.

Para que las imágenes sean más nítidas, se suele administrar un agente de contraste. Esta sustancia similar a un tinte puede administrarse en el torrente sanguíneo por vía intravenosa, como bebida, o ambas. El contraste produce en algunas personas enrojecimiento o picazón y manchas rojas en la piel.

RM de pelvis

Para ver el tumor de cuello uterino y detectar cáncer en las estructuras cercanas, se prefiere realizar una RM de la pelvis para la mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero. La RM es efectiva para mostrar si el cáncer se ha extendido a zonas como la vagina, el recto y la vejiga.

TEP/TC

Para determinar si el cáncer se ha extendido al hígado, los pulmones u otros órganos, se prefiere realizar una TEP junto con una TC, para la mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero. Una TC es un tipo de radiografía más detallada.

Aproximadamente una hora antes de la exploración por TEP, se le inyectará una pequeña cantidad de una sustancia radioactiva llamada marcador. El marcador hace que las células cancerosas se vean más brillantes que las células normales. Se explorará la zona desde el cuello hasta la ingle.

Si no puede realizarse una TEP, se recomienda una TC de tórax, abdomen y pelvis para detectar la extensión del cáncer.

RM de pelvis

Se recomienda una RM de la pelvis como parte de las pruebas iniciales del cáncer de cuello de útero. Puede mostrar el tumor de cuello uterino y las estructuras cercanas en detalle. Si no puede hacerse una RM, se recomienda una ecografía transvaginal.

La RM no usa radiación y es más segura para la mayoría de las personas. Durante la exploración, estará acostada boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo que se asemeja a un túnel.



Fertilidad y embarazo

Si desea quedar embarazada más adelante, hable con su equipo de atención médica sobre el tratamiento para preservar la fertilidad. Solo suele ser una opción para tumores pequeños y en estadio temprano.

Pregunte también sobre la consulta con un endocrinólogo especializado en reproducción. Son médicos especializados en fertilidad. Aunque el embarazo natural no es posible en la mayoría de los casos, a continuación se describen algunas posibles opciones.

Transposición ovárica

El tratamiento para el cáncer de cuello de útero puede incluir radioterapia de haz externo (RTHE). La radiación daña los ovarios y hace que dejen de producir las hormonas necesarias para el embarazo natural. Esto puede provocar la aparición temprana de la menopausia, denominada menopausia prematura.

La transposición ovárica es una cirugía que desplaza uno o ambos ovarios fuera del alcance del haz de radiación. El nombre médico de este procedimiento es ooforopexia.

La transposición ovárica antes de iniciar la RTHE puede ser una opción si está en etapa premenopáusica y tiene el tipo más común de cáncer de cuello de útero, el carcinoma de células escamosas.

Congelación de óvulos o embriones

Es posible extraer los óvulos no fertilizados para almacenarlos congelados y usarlos más adelante. Este procedimiento también se conoce como preservación de ovocitos.

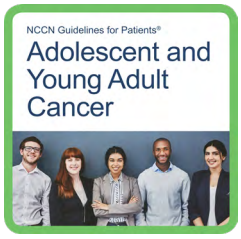
Subrogación

Si tiene óvulos (ovocitos) o embriones congelados, puede considerar recurrir a un vientre subrogado. Un vientre subrogado (por lo general, de una familiar o amiga) se ofrece voluntariamente para que se inserten los embriones en el útero. Esta persona lleva el embarazo y da a luz.

Más información

Las recomendaciones del tratamiento para preservar la fertilidad se encuentran en el *Capítulo 5: Tratamiento para los tipos comunes*.

Para obtener más información sobre la preservación de la fertilidad, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Cáncer en adolescentes y adultos jóvenes* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Su equipo de atención médica

En el tratamiento del cáncer de cuello de útero, suele participar un equipo de expertos, como un oncólogo ginecólogo, un médico oncólogo y un radiooncólogo.

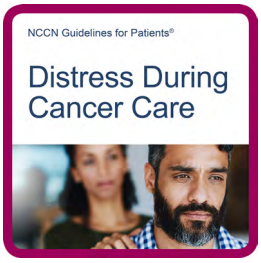
Su oncólogo ginecólogo es un experto en cirugía y quimioterapia para cánceres del aparato reproductivo femenino. Un médico oncólogo es experto en el tratamiento del cáncer con terapias sistémicas (medicamentos), como la quimioterapia. Un radiooncólogo es experto en el uso de la radioterapia para tratar el cáncer.

Otros profesionales de atención médica a quienes suele consultar también pueden formar parte de su equipo. Pueden ayudarla a expresarle al equipo cómo se siente con respecto al tratamiento. El tratamiento de otros problemas de salud puede mejorar si conocen su atención oncológica y participan en ella.

Malestar emocional

Es frecuente sentir depresión, ansiedad, miedo y angustia después de recibir un diagnóstico de cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Si siente preocupación, agobio o desesperanza, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y el malestar emocional en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Puntos clave

- El cáncer de cuello de útero se diagnostica con mayor frecuencia mediante una biopsia de cuello uterino. Se extraen muestras de tejido del cuello uterino y se analizan para detectar cáncer y precáncer.
- Puede que se realice una biopsia de cono para reunir más información después de una biopsia de cuello uterino o para tratar el cáncer de cuello de útero en estadio temprano. Consiste en extirpar una porción en forma de cono del cuello uterino.
- Los análisis de sangre proporcionan información útil sobre su salud general y el estado del hígado, los riñones y otros órganos antes del tratamiento.
- Para ver el tumor de cuello uterino y detectar cáncer en las estructuras cercanas, se prefiere realizar una RM de la pelvis para la mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero.
- Para determinar si el cáncer se ha extendido al hígado, los pulmones u otros órganos, se prefiere realizar una TEP/TC para la mayoría de los tipos de cáncer de cuello de útero.
- Puede que deba realizarse una cistoscopia, proctoscopia o ambos procedimientos para detectar cáncer en la vejiga y el intestino.

Preguntas para hacer

- ¿Los resultados de las pruebas del cáncer de cuello de útero pueden ser incorrectos?
- ¿Debería buscar una segunda opinión sobre mi diagnóstico?
- ¿Cuáles son las alternativas más recientes para ayudarme a dejar de fumar?
- Quiero quedar embarazada en algún momento. ¿Será posible?



Si fuma, pida ayuda para dejar de hacerlo

Fumar aumenta el riesgo de tener problemas pulmonares durante la quimioterapia o posteriormente. También aumenta el riesgo de desarrollar otros tipos de cáncer. Aprenda sobre las estrategias para dejar de fumar en *NCCN Guidelines for Patients: Cómo dejar de fumar,* disponible en NCCN.org/patientguidelines.

Para obtener ayuda en línea, consulte estos sitios web:

- SmokeFree.gov
- CDC.gov/tobacco

3
Estadificación

18 ¿Cómo se estadifica el cáncer de cuello de útero?

18 ¿Qué son los estadios?

28 Puntos clave

28 Preguntas para hacer

Los resultados de los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas se usan para determinar el estadio (extensión) del cáncer. Sus opciones de tratamiento dependerán del estadio del cáncer.

¿Cómo se estadifica el cáncer de cuello de útero?

La siguiente información se usa para estadificar el cáncer:

- El tamaño o la profundidad del tumor.
- Si algún ganglio linfático tiene cáncer.
- Si el cáncer se ha extendido a órganos cercanos, como la vejiga o el recto.
- Si el cáncer se ha extendido a órganos distantes, como el hígado, los pulmones o los huesos (metástasis).

¿Qué son los estadios?

Hay 4 estadios principales del cáncer de cuello de útero: I (1), II (2), III (3) y IV (4). Los estadios se dividen en subestadios que tienen letras y también pueden tener un número.

Los estadios se describen en las siguientes páginas. En general, las personas con cáncer en estadios más tempranos tienen mejores resultados, pero no siempre.

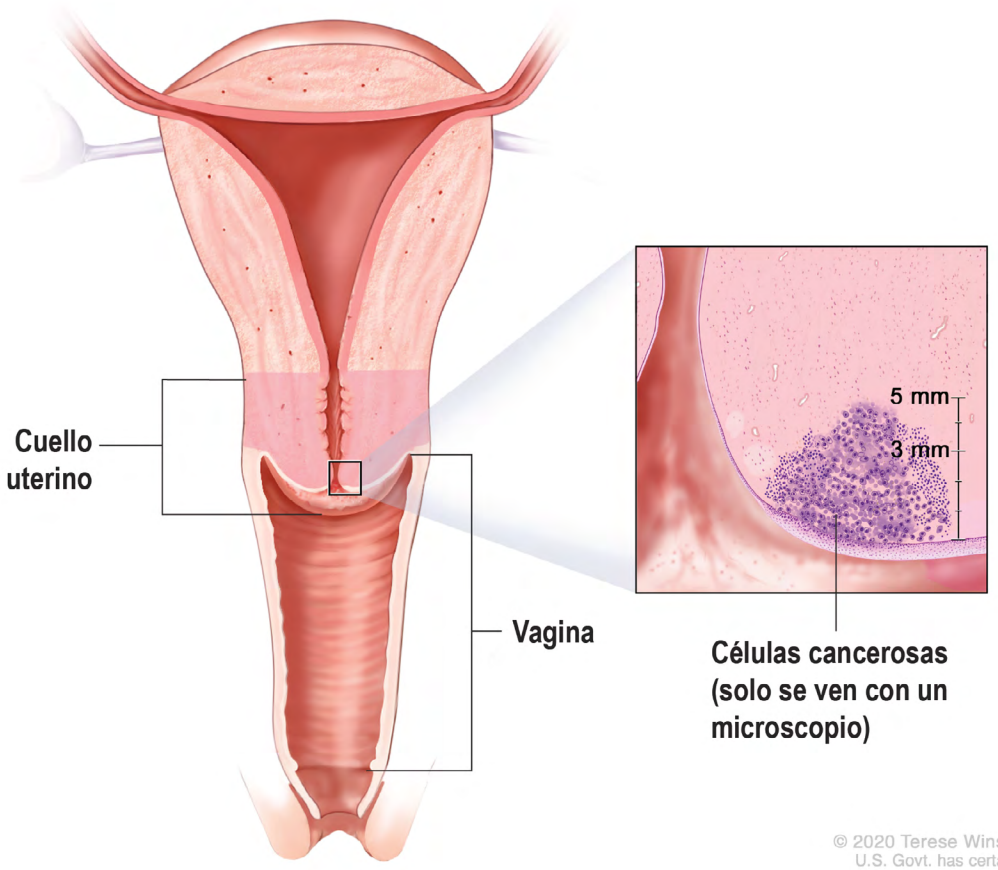
El tratamiento del cáncer de cuello de útero requiere un equipo de expertos. El tratamiento que usted y su equipo de atención médica acuerden debe anotarse en el plan de tratamiento, junto con los posibles efectos secundarios.



Cáncer de cuello de útero en estadio 1A

El cáncer mide 5 milímetros (mm) o menos. Este tamaño es similar al de la goma de borrar de un lápiz.

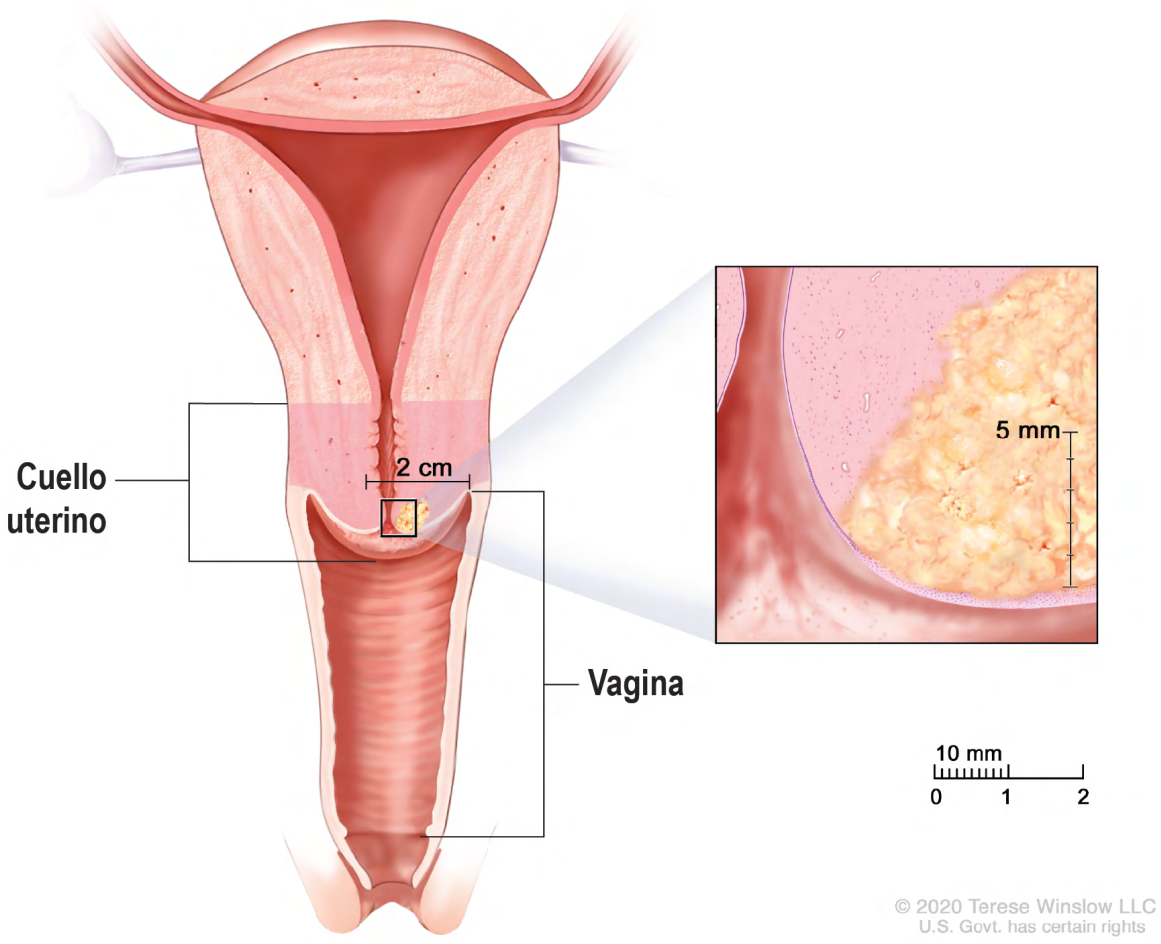
- **Los cánceres de 3 mm o menos son del estadio 1A1.**
- **Los cánceres entre 3 mm y 5 mm son del estadio 1A2.**



© 2020 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Cáncer de cuello de útero en estadio 1B1

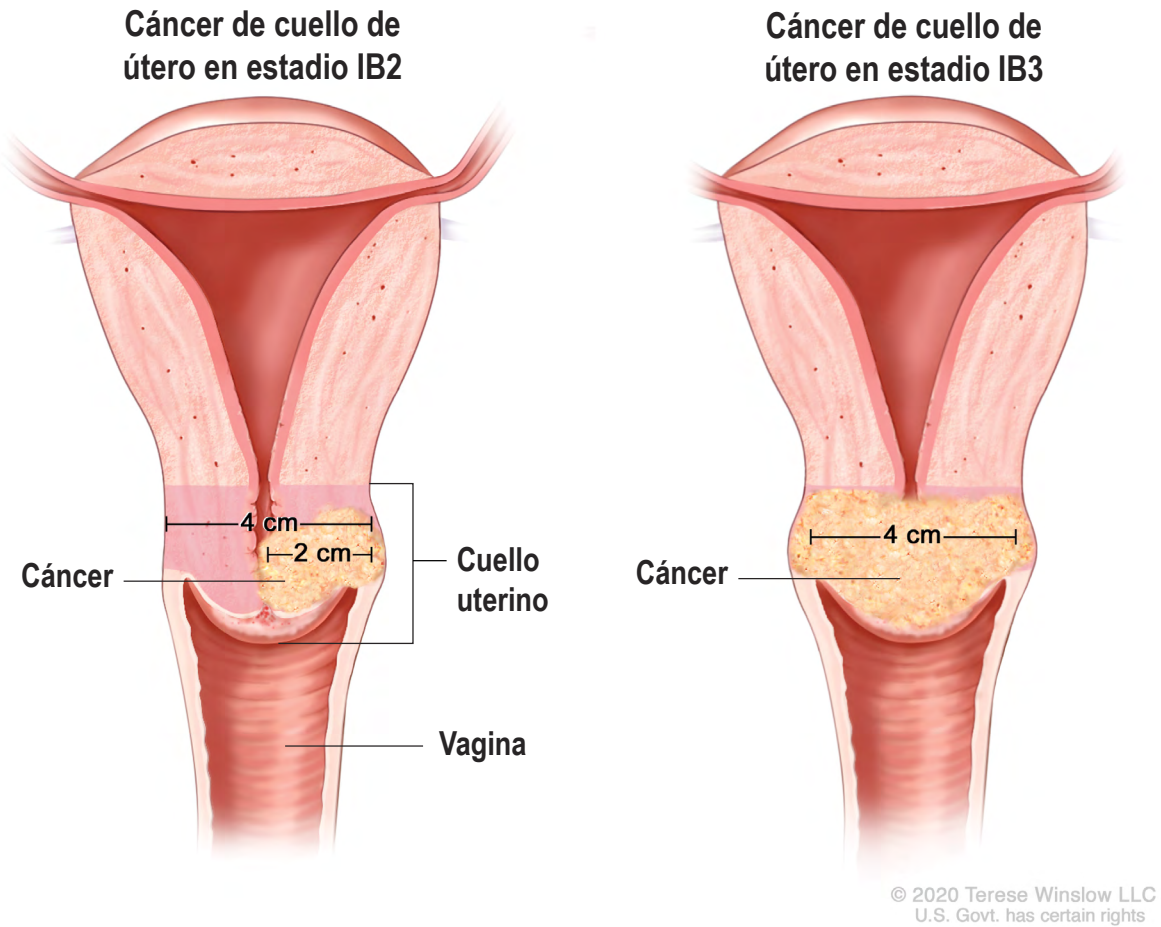
El cáncer mide más de 5 mm pero menos de 2 cm.



© 2020 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Cáncer de cuello de útero en estadio 1B2 y 1B3

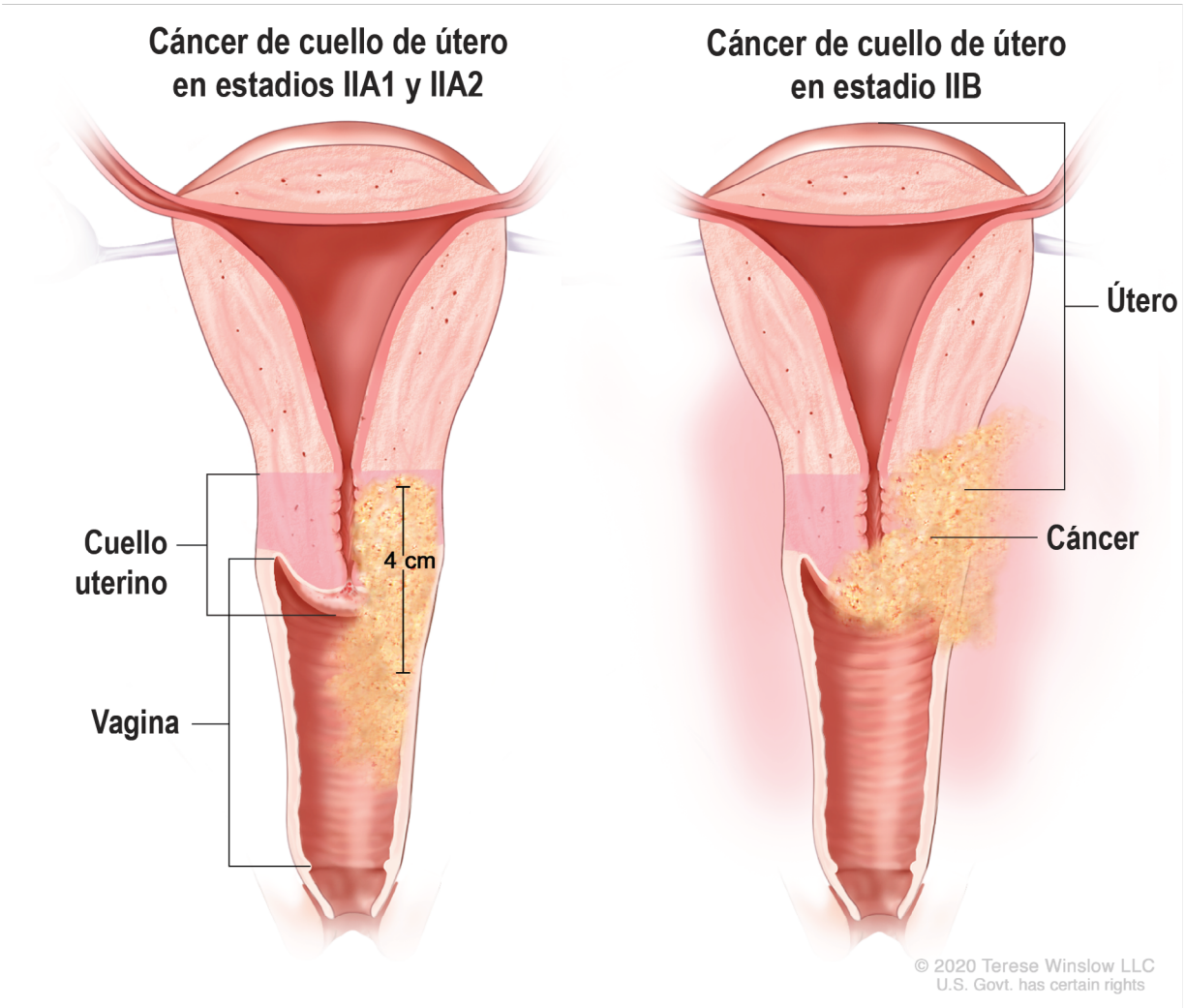
El cáncer solo se encuentra en el cuello uterino. En el estadio 1B2, el cáncer mide entre 2 y 4 cm. En el estadio 1B3, el cáncer mide más de 4 cm.



© 2020 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

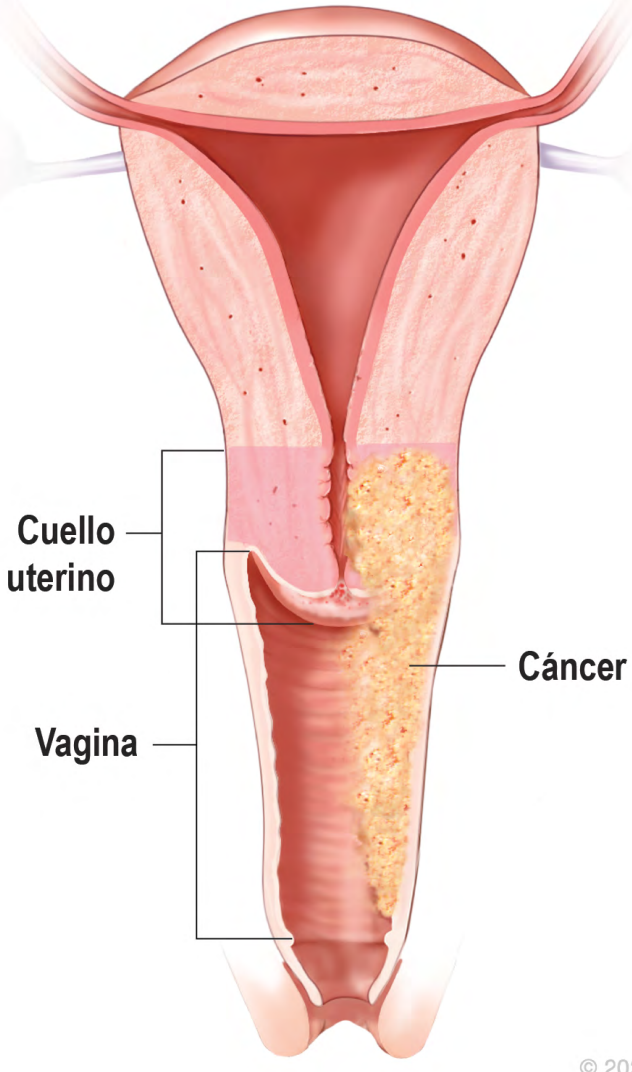
Cáncer de cuello de útero en estadio 2

El cáncer se ha extendido más allá del cuello uterino. Si el cáncer se ha extendido hacia la parte superior de la vagina, el estadio es 2A. Los cánceres en estadio 2A1 miden 4 cm o menos. Los cánceres en estadio 2A2 miden más de 4 cm. El cáncer en estadio 2B se ha extendido al parametrio. El parametrio es el tejido adiposo y conjuntivo que rodea el cuello uterino y el útero.



Cáncer de cuello de útero en estadio 3A

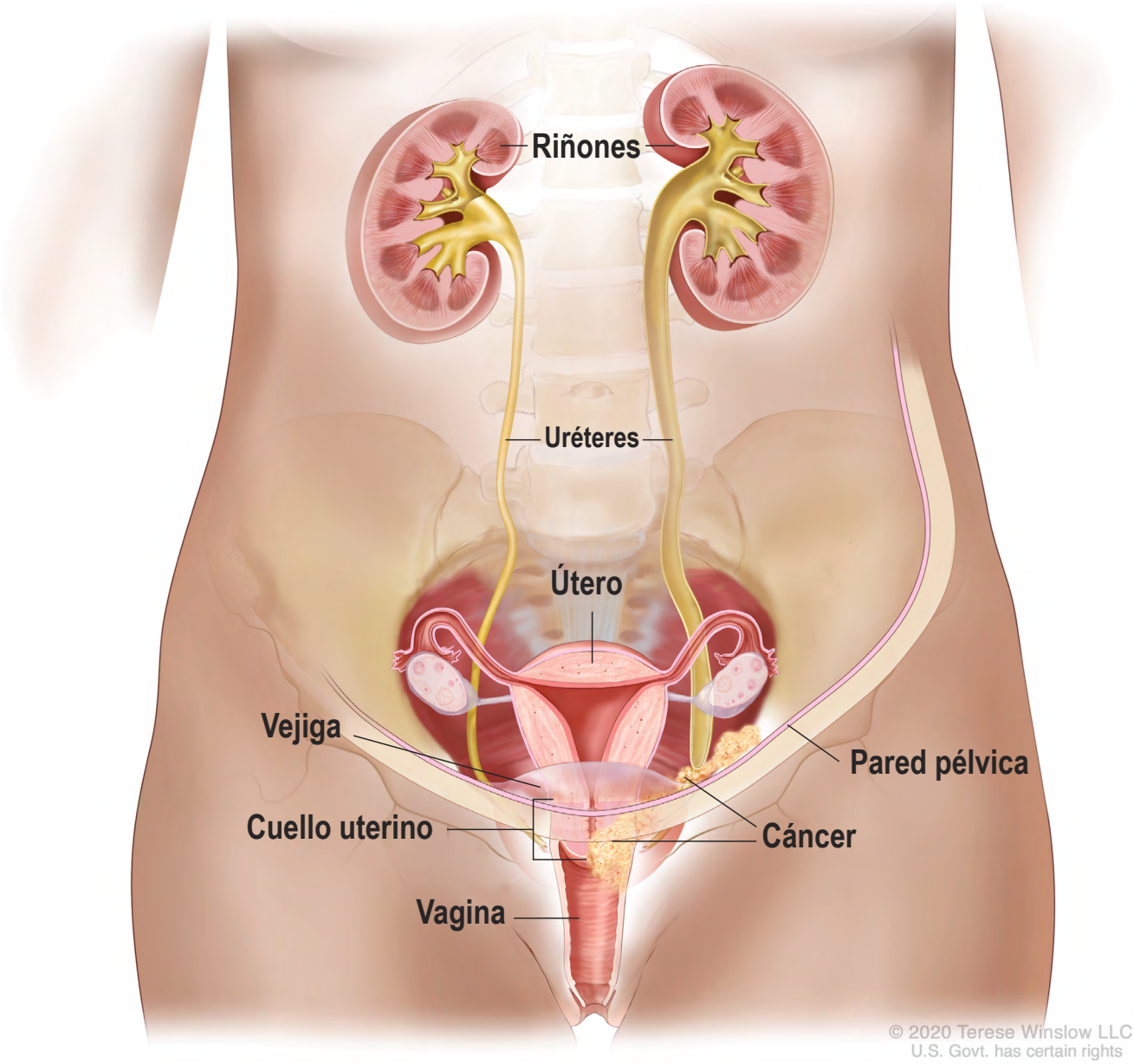
El cáncer se ha extendido hacia el tercio inferior de la vagina.



© 2020 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

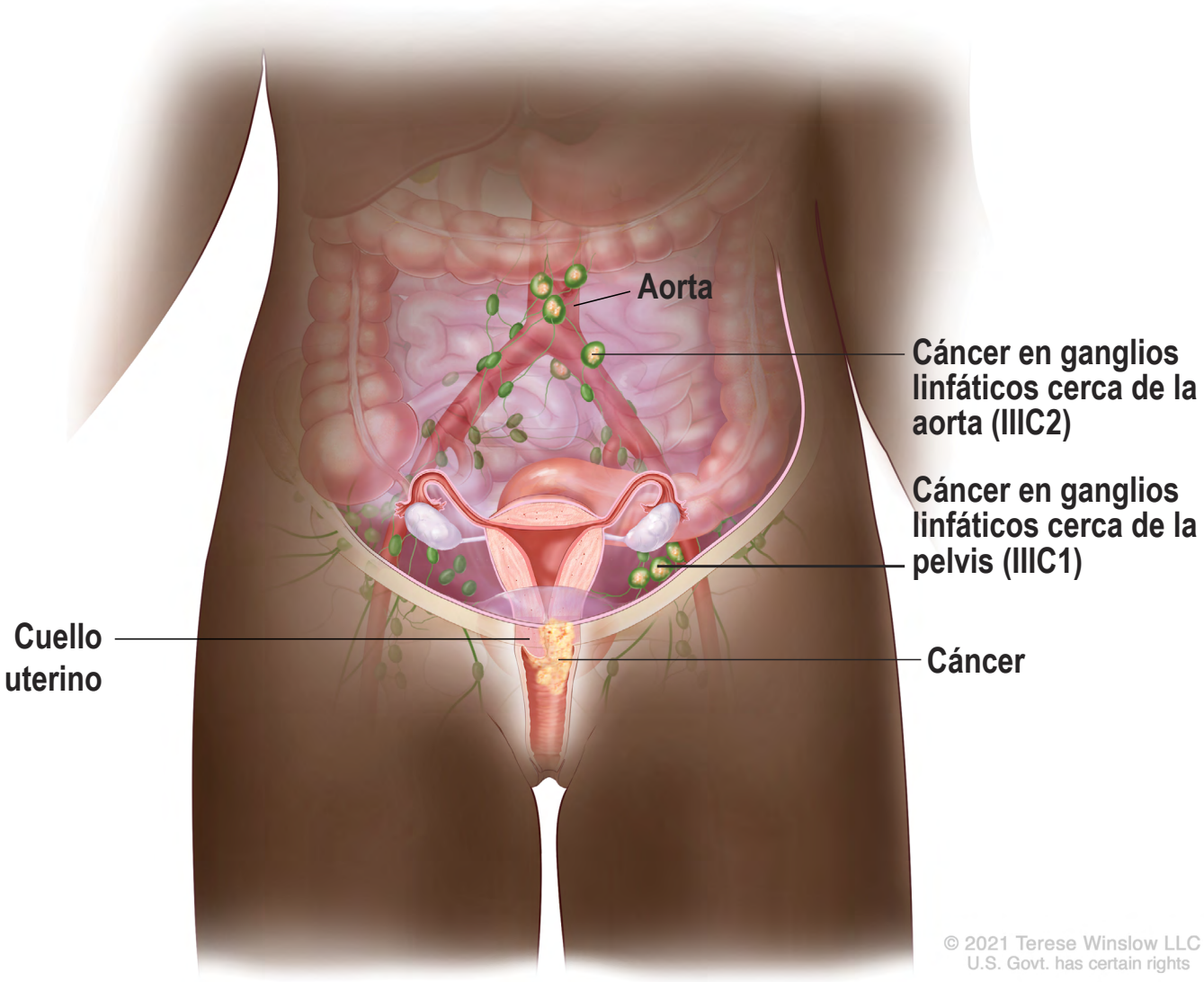
Cáncer de cuello de útero en estadio 3B

El cáncer se ha extendido hacia la pared pélvica o ha causado inflamación o insuficiencia renal.



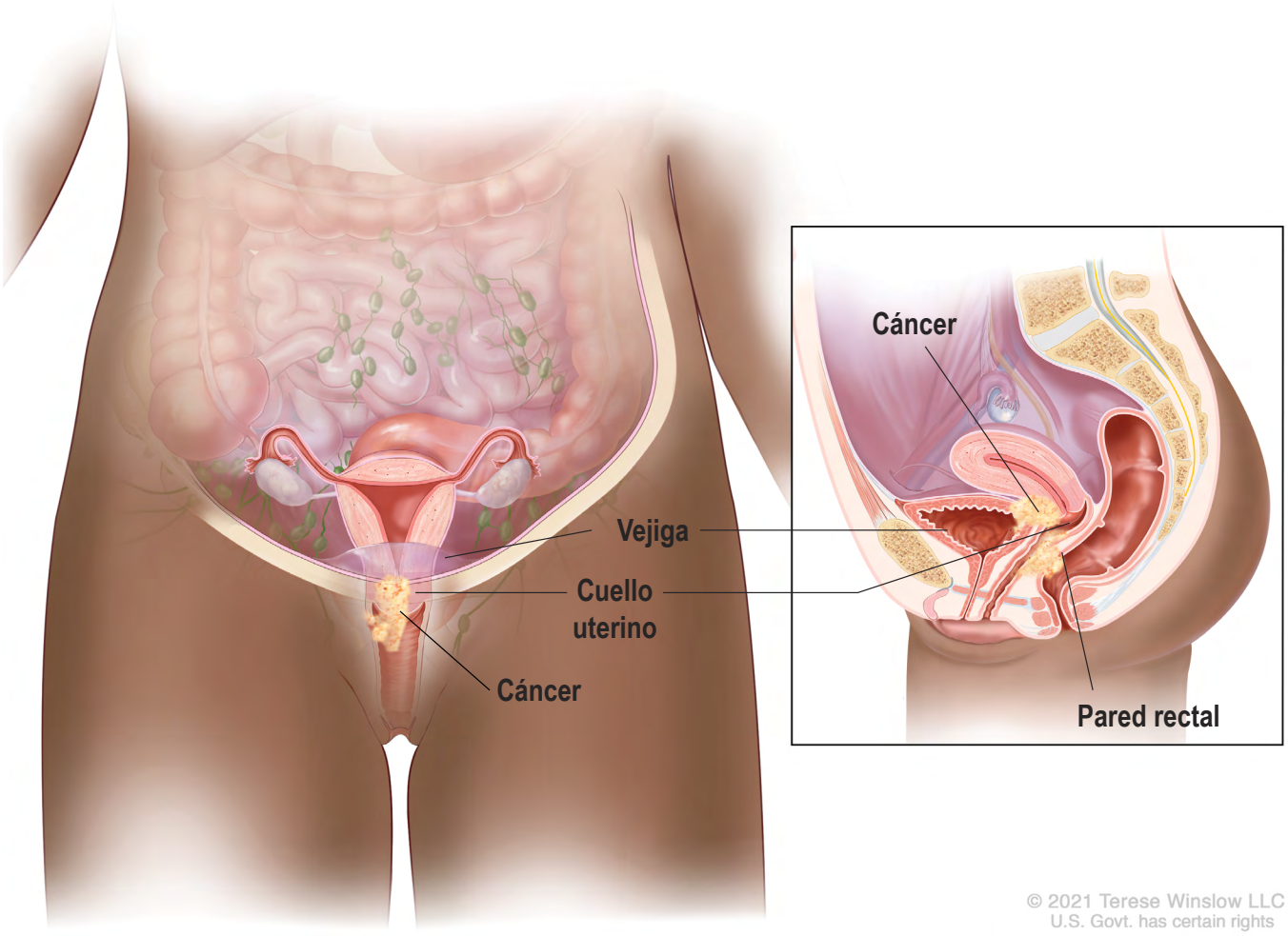
Cáncer de cuello de útero en estadio 3C

Hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos al cuello uterino (ganglios linfáticos pélvicos) o en los ganglios linfáticos del abdomen, llamados ganglios linfáticos paraaórticos.



Cáncer de cuello de útero en estadio 4A

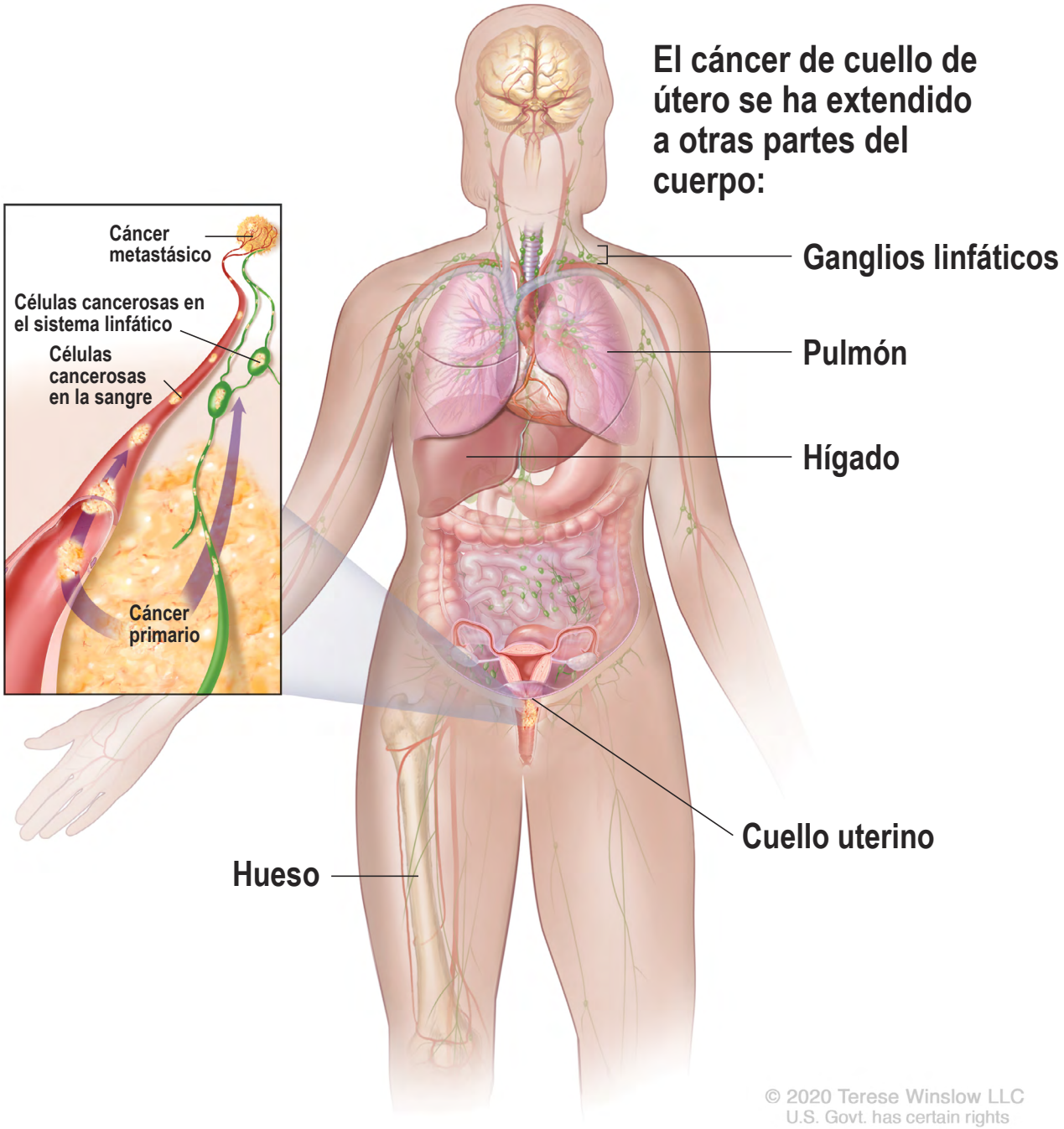
El cáncer se ha extendido a órganos cercanos, como la vejiga o el recto.



© 2021 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Cáncer de cuello de útero en estadio 4B

El cáncer es metastásico. Se ha extendido al hígado, los pulmones, el abdomen, los huesos o a otras zonas o ganglios linfáticos distantes.



Puntos clave

- Hay 4 estadios principales del cáncer de cuello de útero: I (1), II (2), III (3) y IV (4).
- El estadio describe qué tan lejos se ha extendido el cáncer (probablemente) según los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas.
- El estadio del cáncer se utiliza para determinar las opciones de tratamiento recomendadas.

Preguntas para hacer

- ¿En qué estadio se encuentra el cáncer?
- ¿Hay metástasis?
- Si el cáncer se extiende, ¿el estadio cambia?



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

4

Tipos de tratamiento

30 Cirugía

32 Radioterapia

34 Quimiorradiación

34 Tratamiento sistémico

35 Ensayos clínicos

36 Puntos clave

36 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describen los principales tratamientos para el cáncer de cuello de útero. Sus opciones de tratamiento dependerán de la extensión del cáncer y otros factores.

Cirugía

En la mayoría de los casos, la cirugía del cáncer de cuello de útero implica la extirpación completa del cuello uterino. Si bien el cuello uterino a veces se puede extirpar a través de la vagina, suele ser necesario realizar una incisión (corte) larga en el abdomen.

La cirugía mínimamente invasiva (también llamada laparoscopía) puede ser una opción. Este método implica realizar solo unas pequeñas incisiones en el cuerpo. En comparación con la cirugía en la que se realiza una incisión grande en el abdomen, la cirugía mínimamente invasiva suele causar menos dolor y cicatrices, y tiene un tiempo de recuperación más corto.

Biopsia de cono

La biopsia de cono implica la extirpación de una sección en forma de cono del cuello uterino que incluye tejido tanto del ectocérvix como del endocérvix. Es una opción de tratamiento recomendada para algunos tipos de cáncer de cuello de útero pequeños. Consulte el *Capítulo 2: Estudios para detectar el cáncer de cuello de útero* para obtener más información sobre la biopsia de cono.

Cervicectomía

La cervicectomía es una cirugía en la que se extirpa el cuello uterino y, a veces, parte de la vagina. El útero y los ovarios no se extirpan, lo que permite la posibilidad de un embarazo natural en el futuro.

En una cervicectomía simple, solo se extirpa el cuello uterino. En una cervicectomía radical, también se extirpan aproximadamente 2 centímetros (un poco menos de una pulgada) de tejido vaginal. Ambos tipos pueden realizarse por la vagina o por el abdomen.

Histerectomía

La histerectomía es una cirugía para extirpar el útero (incluso el cuello uterino). Según el tipo de histerectomía realizada, también se pueden extirpar otros tejidos cercanos.

En la **histerectomía tipo A (simple)**, se extirpa solo el útero (incluso el cuello uterino). Se realiza con mayor frecuencia en los casos de cáncer de cuello de útero en estadios muy tempranos. Este tipo de histerectomía puede realizarse a través de la vagina, el abdomen o mediante un abordaje mínimamente invasivo.

En la **histerectomía radical tipo B**, se extirpan el útero (incluso el cuello uterino), parte del tejido conectivo que sostiene al cuello uterino y aproximadamente media pulgada (1,27 cm) o menos de la vagina. Este tipo de histerectomía se realiza a través del abdomen.

En la **histerectomía radical tipo C1**, se extirpan el útero (incluso el cuello uterino), gran parte del tejido conectivo que sostiene al cuello uterino y la tercera o cuarta parte superior de la vagina. Este tipo de histerectomía se realiza a través del abdomen.

Existen otras diferencias entre estos procedimientos. Si se prevé realizar una cirugía, su cirujano le explicará el procedimiento recomendado en detalle.

¿Me extirparán los ovarios?

Es posible que los ovarios se extirpen o no durante la histerectomía. En pacientes en etapa premenopáusica, la cirugía para extirpar los ovarios produce una caída repentina de estrógenos en el organismo. Esto se llama menopausia quirúrgica.

Los síntomas incluyen sofocos, problemas para dormir, sudores nocturnos, aumento de peso y cambios de humor. También es común que el revestimiento de la vagina se vuelva delgado, seco e inflamado. Esto se denomina atrofia vaginal.

Los riesgos a largo plazo de no tener suficiente estrógeno incluyen enfermedades cardíacas y debilitamiento de los huesos (osteoporosis). Si se está considerando una histerectomía, pregunte a su profesional médico los beneficios y riesgos de conservar los ovarios.

Control de ganglios linfáticos para detectar cáncer

Los ganglios linfáticos son glándulas con forma de frijol que ayudan al cuerpo a combatir infecciones y enfermedades. Durante la cirugía de cáncer de cuello de útero, es posible que se extirpen los ganglios linfáticos para estudiarlos a fin de detectar cáncer. Esto se denomina disección de ganglios linfáticos o linfadenectomía.

El estudio de los ganglios linfáticos extirpados ayuda a determinar la extensión (propagación) del cáncer. La extirpación de los ganglios también puede ayudar a limitar la extensión de células cancerosas a través de la linfa.

Los ganglios linfáticos más cercanos al cuello uterino son los ganglios pélvicos. Generalmente, el cáncer de cuello de útero se extiende primero a estos ganglios. En algunos casos, también se extirpan los ganglios linfáticos del abdomen, llamados ganglios paraaórticos.

Para identificar y extirpar los ganglios linfáticos con más probabilidades de presentar cáncer, se puede realizar una biopsia de ganglio linfático centinela. Esto consiste en inyectar un medio de contraste especial o una sustancia radiactiva en el cuello uterino cerca de la zona con cáncer. Con una cámara especial, es posible ver los ganglios linfáticos que tienen el medio de contraste o la sustancia. Estos ganglios tienen el riesgo más alto de extensión del cáncer y se denominan ganglios centinela.

Estadificación antes de la cirugía

Si el cáncer está muy avanzado como para extirparse mediante histerectomía, es posible extirpar los ganglios linfáticos de la pelvis o el abdomen y analizarlos antes de administrar cualquier tratamiento. Al poder determinar si los ganglios linfáticos tienen cáncer, su profesional médico puede ofrecer las recomendaciones más pertinentes para su atención.

Generalmente, se utiliza un enfoque mínimamente invasivo para acceder y extirpar los ganglios linfáticos. Esto se llama estadificación quirúrgica por laparoscopía.

Radioterapia

Los dos tipos más comunes de radioterapia utilizados para tratar el cáncer de cuello de útero son la radioterapia de haz externo (RTHE) y la braquiterapia.

Radioterapia de haz externo

En la RTHE, una máquina de gran tamaño dirige la radiación hacia la zona donde hay cáncer. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar al tumor y los ganglios linfáticos cercanos. Antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una sesión de planificación, denominada simulación. Pregunte a su equipo de atención médica qué puede esperar.

Los tipos de RTHE que puede recibir dependen de la zona del cuerpo que se tratará. La radioterapia de intensidad modulada (RTIM) administra una dosis alta de radiación al tumor de cuello uterino, al tiempo que limita la cantidad que llega al tejido normal que lo rodea y a los órganos cercanos. Esto ayuda a reducir los efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

La radioterapia estereotáctica corporal (RTEC) puede utilizarse para tratar el cáncer de cuello de útero metastásico que se ha extendido al hígado o los pulmones. Este método suele requerir solo 5 sesiones de tratamiento.

Menopausia precoz

Cuando los ovarios se ven afectados por el campo de radiación, se produce una menopausia prematura (temprana). Los síntomas son similares a los de la menopausia quirúrgica.

La transposición ovárica es una cirugía que desplaza uno o ambos ovarios fuera del alcance del haz de radiación. Este procedimiento puede ser una opción si ya se encuentra en la premenopausia y el cáncer es un carcinoma de células escamosas.

De lo contrario, su profesional médico podría sugerir el uso de tratamiento hormonal para la menopausia (THM) después de finalizar la radioterapia. El tratamiento hormonal para la menopausia ayuda a disminuir algunos de los efectos secundarios de la menopausia inducida por radiación. Este enfoque solía llamarse tratamiento de reemplazo hormonal o TRH.

Radioterapia de haz externo

Los efectos secundarios comunes durante las 5 a 6 semanas de RTHE incluyen fatiga, enrojecimiento e irritación de la piel, diarrea, náuseas y micción frecuente o dolorosa.



La radioterapia para el cáncer de cuello de útero también puede tener efectos secundarios a largo plazo y graves sobre la fertilidad, la salud sexual y la función de los intestinos y la vejiga.

Consulte el *Capítulo 7: Supervivencia* para obtener más información sobre los posibles riesgos a largo plazo.

Braquiterapia

También conocida como radioterapia interna, la braquiterapia consiste en el tratamiento con material radiactivo que se coloca dentro del cuerpo. La braquiterapia permite dirigir una dosis alta de radiación al tumor y, al mismo tiempo, limitar la cantidad de radiación sobre el tejido normal circundante. Es fundamental para el tratamiento de algunos cánceres de cuello de útero, ya que existe un límite en la cantidad de radiación externa que se puede utilizar.

Durante la braquiterapia, se colocan instrumentos en el cuello uterino, el útero y la vagina. Luego, se introduce un material radiactivo en estos instrumentos. Este método se conoce como braquiterapia intracavitaria. En ocasiones, se colocan otros instrumentos (catéteres o tubos huecos delgados) en el tumor o en los tejidos junto a este (braquiterapia intersticial).

En el tratamiento del cáncer de cuello de útero, la braquiterapia intracavitaria es la más utilizada. La braquiterapia intersticial es una técnica especializada que se utiliza para cánceres más avanzados que afectan el parametrio. Suele realizarse en centros oncológicos con experiencia en este método.

La braquiterapia para tratar el cáncer de cuello de útero puede administrarse en ráfagas cortas, lo que se denomina braquiterapia de alta tasa de dosis (HDR), o en ráfagas largas, lo que se denominada braquiterapia de baja tasa de dosis (LDR). Actualmente, la mayoría de los centros utilizan braquiterapia de HDR. El tratamiento suele administrarse de 3 a 5 sesiones durante 2 semanas.

Para aquellos que reciben tratamiento principalmente con radioterapia y tratamiento sistémico, se coloca en el útero un dispositivo llamado aplicador a través de la vagina. Para la braquiterapia de HDR, se suele utilizar un aplicador de tipo “tándem y anillo”. El tándem es un tubo largo y delgado que se extiende hasta el útero. El anillo es un círculo hueco que permanece en la vagina presionando contra el cuello uterino. Un aplicador de tipo “tándem y ovoide” utiliza cápsulas huecas y redondas en lugar de un anillo. El procedimiento suele requerir anestesia general o una sedación profunda, especialmente para la primera colocación del aplicador.

El aplicador se coloca alineado con el tejido que se debe tratar, a menudo con la ayuda de una técnica de diagnóstico por imágenes (RM o TC). Estas imágenes se utilizan para diseñar el plan de tratamiento de braquiterapia. El aplicador se conecta a una máquina de braquiterapia. Una fuente de radiación viaja desde la máquina a través de los tubos huecos hasta el aplicador. El tratamiento dura aproximadamente 10 minutos.

En ocasiones, la braquiterapia se administra como ciclos durante el transcurso de unos pocos días. En este caso, los instrumentos se colocan y se dejan en el cuerpo hasta que se hayan administrado todos los ciclos (1 o 2 días). Deberá permanecer en cama hasta que finalice el tratamiento para que los instrumentos no se muevan.

La braquiterapia suele iniciarse en la última semana o inmediatamente después de completar la RTHE. Al reducir el tamaño del tumor con RTHE en primer lugar, es posible colocar mejor los aplicadores de braquiterapia. El tratamiento con ambos tipos de radioterapia debe completarse preferiblemente en un plazo de 7 a 8 semanas.

Quimiorradiación

La RTHE y la quimioterapia suelen realizarse juntas durante el mismo período para tratar el cáncer de cuello de útero. Esta estrategia de tratamiento se llama quimiorradiación. La quimiorradiación se recomienda para la mayoría de los cánceres de cuello de útero localmente avanzados. Estos cánceres se extendieron más allá del cuello uterino, pero no se propagaron al hígado, los pulmones ni los huesos.

Como parte de la quimiorradiación, se suelen realizar 5 sesiones de tratamiento de RTHE por semana de 5 a 6 semanas. La quimioterapia con cisplatino se administra generalmente en ciclos de 7 días (una vez por semana) durante este período. Junto con la quimioterapia, también se puede administrar un tratamiento de inmunoterapia llamado pembrolizumab (Keytruda). La inmunoterapia refuerza el sistema inmunitario para combatir mejor el cáncer.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es el tratamiento con sustancias que circulan por el torrente sanguíneo y que alcanzan a las células de todo el organismo. La quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos de tratamiento sistémico.

La quimioterapia con derivados del platino es el tratamiento sistémico más utilizado para el cáncer de cuello de útero. Generalmente, se prefiere el cisplatino, pero se puede administrar carboplatino en su lugar si es necesario. El tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos más nuevos de tratamiento sistémico.

La mayoría de los tratamientos sistémicos se infunden lentamente en el torrente sanguíneo a través de una vena. Las infusiones suelen administrarse en ciclos con días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere entre cada ciclo.

Los efectos secundarios comunes del tratamiento sistémico incluyen náuseas, vómitos y llagas en la boca. Pida la lista de todos los posibles efectos secundarios a su equipo de atención médica. El cisplatino puede dañar los riñones y también causar zumbido en los oídos y problemas de audición.

Niveles de preferencia

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda

Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

The U.S. National Library of Medicine (NLM)
clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer
(Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es frecuente recibir un placebo o un medicamento nuevo junto con un tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

Puntos clave

- La histerectomía es una cirugía que extirpa el útero, incluso el cuello uterino. También se puede extirpar parte de la vagina y el tejido conectivo cervical. Los ovarios se pueden extirpar o dejar en su lugar. Su extirpación provoca la menopausia precoz (también llamada quirúrgica).
- La cervicectomía es una cirugía en la que extirpa el cuello uterino. Es un tipo de cirugía con conservación de la fertilidad. También se puede extirpar la parte superior de la vagina.
- La radioterapia utiliza rayos X de alta energía para destruir las células cancerosas. En la radioterapia de haz externo (RTHE), una máquina de gran tamaño dirige la radiación hacia el lugar del cáncer.
- La braquiterapia consiste en un tratamiento con material radiactivo que se coloca en el cuerpo. Administra una dosis alta de radiación directamente en el tumor.
- La quimioterapia con derivados del platino es el tratamiento sistémico más utilizado para el cáncer de cuello de útero.
- La RTHE y la quimioterapia con derivados del platino que se administran durante el mismo período constituyen una estrategia de tratamiento denominada quimiorradiación.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento sistémico?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de la RTHE? ¿Y de la braquiterapia?
- ¿Qué ocurre durante la sesión de simulación de la RTHE?
- ¿Debería considerar un ensayo clínico?

5
Tratamiento para los tipos comunes

38 Tratamiento con conservación de la fertilidad para el cáncer en estadio temprano

40 Tratamiento para el cáncer en estadio temprano (sin conservación de la fertilidad)

43 Tratamiento del cáncer rectal localmente avanzado

44 Pruebas para detectar la recidiva de forma temprana

45 Recidiva

48 Cáncer metastásico

50 Tratamiento complementario

51 Puntos clave

51 Preguntas para hacer

En este capítulo, se explica el tratamiento de los tipos comunes de cáncer de cuello de útero. La cirugía suele recomendarse para los tipos de cáncer en estadio temprano, mientras que los casos de cáncer localmente avanzado suelen tratarse con quimiorradiación.

Esta sección se aplica a los siguientes tipos de cáncer de cuello de útero:

- Carcinoma de células escamosas
- Adenocarcinoma
- Carcinoma adenoescamoso

El tratamiento se basa en el estadio del cáncer. El estadio describe qué tan lejos es probable que se haya extendido el cáncer según los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas.

Un factor de riesgo que determina el tratamiento del cáncer de cuello de útero es la presencia de células cancerosas en los vasos sanguíneos o linfáticos cercanos al tumor. Esto se denomina **invasión del espacio linfovascular (IELV)**.

Los cánceres con IELV tienen más probabilidades de extenderse a los ganglios linfáticos cercanos. La extirpación y el análisis de los ganglios linfáticos cercanos a la zona con cáncer formarán parte de su atención médica.

Tratamiento con conservación de la fertilidad para el cáncer en estadio temprano

El tratamiento quirúrgico para el cáncer de cuello de útero en estadio temprano suele implicar la cirugía para extirpar el útero (histerectomía). No es posible quedar embarazada después de la cirugía. Si el cáncer no se ha extendido más allá del cuello uterino, el tratamiento con conservación de la fertilidad puede ser una opción posible.

Se trata de una cirugía que no implica extirpar el útero ni los ovarios, lo que le permite quedar embarazada de forma natural en el futuro. En la página siguiente, se explica el tratamiento con conservación de la fertilidad en los cánceres en estadio 1A1, 1A2 y 1B1.

Si está considerando un tratamiento con conservación de la fertilidad, consulte a su profesional médico sobre la opinión de un endocrinólogo especializado en reproducción. Son médicos especializados en fertilidad.



Estadio 1A1

Se recomienda la biopsia de cono para todos los cánceres en estadio 1A1. Si se ha observado que el cáncer presenta IELV, el cirujano también extirpará los ganglios linfáticos cercanos para realizar pruebas.

Si los resultados de la biopsia de cono son positivos, no necesita más tratamiento. Si los resultados sugieren que el cáncer no se extirpó por completo, existen dos posibilidades: Su médico podría recomendar otra biopsia de cono o una cervicectomía.

Estadio 1A2

Se recomienda la biopsia de cono con extirpación de ganglios linfáticos para todos los cánceres en estadio 1A2. El cirujano extirpará los ganglios linfáticos cercanos de la pelvis para realizar pruebas.

Si se detecta cáncer en alguno de los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía, se recomienda la quimiorradiación. La braquiterapia vaginal puede combinarse con quimiorradiación. Consulte el *Capítulo 4: Tipos de tratamiento* para obtener información sobre estos tratamientos.

Estadio 1B1

Se recomienda la biopsia de cono para los cánceres en estadio 1B1 de riesgo bajo. Un riesgo bajo generalmente significa que no hay IELV y que el cáncer cumple con otros criterios de bajo riesgo. El cirujano también extirpará los ganglios linfáticos cercanos de la pelvis para realizar pruebas.

Para los cánceres en estadio 1B1 que no cumplen con los requisitos de la biopsia de cono, se recomienda la cervicectomía radical. Su cirujano también extirpará los ganglios linfáticos de la pelvis y, posiblemente, del abdomen para realizar pruebas.

Si no se detecta cáncer en los ganglios linfáticos ni en los tejidos extirpados fuera del cuello uterino, son buenas noticias. Sin embargo, es posible que necesite radioterapia de haz externo (RTHE) posteriormente. Su médico evaluará el tamaño del tumor y otras características para determinar si la RTHE resultaría útil. Si no necesita RTHE, comenzará la observación.

Si se detecta cáncer en alguno de los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía o en el tejido fuera del cuello uterino, se recomienda la quimiorradiación. La braquiterapia vaginal puede combinarse con quimiorradiación.

Estadio 1B2

La cirugía con conservación de la fertilidad no se realiza con frecuencia para los tipos de cáncer en estadio 1B2. Generalmente, se prefiere la cirugía abdominal.

Tratamiento para el cáncer en estadio temprano (sin conservación de la fertilidad)

En esta sección, se describe el tratamiento sin conservación de la fertilidad para los tipos de cáncer en estadio 1 y 2A. El cáncer en estadio 1 solo se encuentra en el cuello uterino. Los tipos de cáncer en estadio 2A se han extendido a la parte superior de la vagina.

Estadio 1A1

Los tipos de cáncer en estadio 1A1 generalmente se diagnostican mediante la biopsia de cono. Su próximo tratamiento depende de los resultados de la biopsia de cono y de si la histerectomía se puede realizar de forma segura. **Consulte la Guía 2**.

Guía 2
Estadio 1A1: el tratamiento sin conservación de la fertilidad después de la biopsia de cono

Resultados de la biopsia de cono	Tipo de histerectomía recomendada	Opciones no quirúrgicas si se necesitan o desean
Márgenes sin cáncer ni precáncer	Histerectomía tipo A (y extirpación de ganglios linfáticos, para cánceres con IELV)	Para cánceres sin IELV: • Observación Para cánceres con IELV: • RTHE más braquiterapia
Displasia (precáncer) en los márgenes	Histerectomía tipo A (y extirpación de ganglios linfáticos, para cánceres con IELV)	RTHE más braquiterapia
Carcinoma (cáncer) en los márgenes	Histerectomía radical tipo B y extirpación de ganglios linfáticos	Para cánceres sin IELV: • Otra biopsia de cono **(preferida)** • Braquiterapia, con o sin RTHE Para cánceres con IELV: • RTHE más braquiterapia

Estadios 1A2 y 1B1

La histerectomía tipo A se recomienda para los tipos de cáncer en estadios 1A2 y 1B1 de bajo riesgo. Un riesgo bajo generalmente significa que no hay IELV y que el cáncer cumple con otros criterios de bajo riesgo. El cirujano también extirpará los ganglios linfáticos cercanos para realizar pruebas.

Para todos los demás tipos de cáncer en estadio 1A2 y 1B1, se recomienda una histerectomía radical tipo C1. Durante la cirugía, el cirujano extirpará los ganglios linfáticos de la pelvis y, quizás, del abdomen.

Si la cirugía no es una opción, se recomienda el tratamiento con RTHE y braquiterapia. También podría administrarse quimioterapia con platino durante el mismo período.

Estadios 1B2 y 2A1

Para los tipos de cáncer en estadios 1B2 y 2A1, se recomienda una histerectomía radical tipo C1. Durante la cirugía, el cirujano extirpará los ganglios linfáticos de la pelvis y, quizás, del abdomen.

Si la cirugía no es una opción, se recomienda el tratamiento con RTHE y braquiterapia. También podría administrarse quimioterapia con platino durante el mismo período.

Estadios 1B3 y 2A2

Estos pueden tratarse como cánceres en estadio temprano (con cirugía) o localmente avanzados (con quimiorradiación y braquiterapia). Si se prevé el tratamiento con quimiorradiación y braquiterapia, es posible que primero se administre la quimioterapia. Esto se llama quimioterapia de inducción.

Si se prevé realizar una cirugía, se recomienda una histerectomía radical tipo C1. El cirujano extirpará los ganglios linfáticos de la pelvis y, quizás, del abdomen.

¿Necesito más tratamiento?

Tras la cirugía, se determina el estadio patológico (quirúrgico) del cáncer mediante el examen del tejido extirpado. Para los tipos de cáncer en estadio 1 y 2A, se describen a continuación los posibles pasos.

Si mediante los estudios no se detecta cáncer en el tejido más allá del cuello uterino ni en los ganglios linfáticos extirpados durante la cirugía, es posible que aún necesite más tratamiento. La RTHE se recomienda para los casos de cáncer con factores de riesgo.
Su profesional médico considerará el tamaño del tumor, la presencia de IELV y otros factores para determinar si la RTHE es una buena opción en su caso.

Si se prevé realizar la RTHE, se podría administrar quimioterapia con platino durante el mismo período. Esto se llama quimiorradiación.

Si se detecta cáncer en alguno de los ganglios linfáticos o el tejido fuera del cuello uterino extirpados, se recomienda el tratamiento con quimiorradiación. La braquiterapia vaginal también se puede realizar, además de la RTHE y la quimioterapia con derivados del platino.

Es importante cuidarse durante el tratamiento contra el cáncer. Intente mantenerse activa, comer alimentos nutritivos, beber mucho líquido y hacer actividades que le den energía.



Tratamiento del cáncer rectal localmente avanzado

El cáncer de cuello de útero que se expandió más allá del cuello uterino, pero que no se extendió al hígado, los pulmones ni los huesos, se describe como localmente avanzado. Los cánceres localmente avanzados no son metastásicos.

La información de esta sección se aplica a los siguientes estadios:

- Estadio 2B
- Estadio 3
- Estadio 4A

Control de ganglios linfáticos

Los cánceres localmente avanzados tienen más probabilidades de extenderse a los ganglios linfáticos que los cánceres en estadio temprano. Es posible que se le realicen otros estudios por imágenes para detectar los ganglios linfáticos con cáncer.

Otro enfoque consiste en extirpar quirúrgicamente y analizar los ganglios linfáticos antes de administrar cualquier tratamiento. Generalmente, se utiliza un método mínimamente invasivo para acceder y extirpar los ganglios linfáticos. Esto se llama estadificación quirúrgica.

Si se realiza una estadificación quirúrgica, generalmente se extirpan los ganglios linfáticos abdominales (ganglios paraaórticos). Es posible que se extirpen, o no, los ganglios linfáticos pélvicos.

Tratamiento

Para la mayoría de los cánceres de cuello de útero localmente avanzados, se recomienda el tratamiento con quimiorradiación y braquiterapia. Según el estadio del cáncer, también se puede administrar pembrolizumab (Keytruda) junto con la quimioterapia con platino que recibe para la quimiorradiación.

Antes de comenzar la quimiorradiación, es posible que reciba primero quimioterapia con carboplatino y paclitaxel combinados. Esto se llama quimioterapia de inducción.

Si se sabe o se sospecha que algún ganglio linfático abdominal tiene cáncer, la radiación se administrará en una zona de tratamiento más extensa que también incluya estos ganglios.

Pruebas para detectar la recidiva de forma temprana

Después de finalizar el tratamiento, se le realizarán estudios para detectar signos tempranos de posible recidiva. Esto se conoce como vigilancia. La siguiente información se aplica a la vigilancia de los tipos comunes de cáncer de cuello de útero y del carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU) de células pequeñas.

Exámenes físicos

Los exámenes físicos realizados por su oncólogo son una parte importante de la vigilancia, especialmente durante los primeros 5 años después del tratamiento. En estas visitas de seguimiento, informe a su profesional médico sobre cualquier cambio en su salud, como nuevos síntomas o síntomas que empeoran.

Los plazos recomendados para estas visitas de seguimiento se enumeran a continuación. Como el riesgo de recidiva no es el mismo en cada persona, suelen usarse rangos. Las personas con mayor riesgo de recidiva pueden beneficiarse de exámenes más frecuentes que quienes tienen menor riesgo.

- **Años 1 y 2**: cada 3 a 6 meses
- **Años 3, 4 y 5**: cada 6 a 12 meses
- **Después del año 5**: una vez al año (o según lo acordado con su profesional de atención oncológica de acuerdo con su riesgo personal de recidiva)

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes para la vigilancia a largo plazo no son necesarios después del tratamiento. Estos estudios suelen solicitarse si presenta síntomas nuevos o que empeoran, o si hay hallazgos que sugieren la recidiva o extensión. Los estudios de diagnóstico por imágenes de seguimiento según el estadio del cáncer se detallan en la **Guía 3**.

Pruebas de Papanicolaou

Dependiendo del tipo de cirugía a la que se haya sometido (si se realizó una), su médico puede recomendarle pruebas de Papanicolaou anuales después del tratamiento. La prueba de Papanicolaou es útil para detectar nuevas zonas de células anormales y precancerosas. No es tan eficaz para detectar cáncer de cuello de útero recidivante. La prueba de Papanicolaou también se conoce como citología cervical o vaginal.

Análisis de sangre

Si presenta síntomas o si un examen físico produce sospechas de una recidiva, su profesional médico podría solicitar análisis de sangre.

Además del hemograma completo (HC), las pruebas pueden medir los niveles de nitrógeno ureico en sangre (NUS) y creatinina. De este modo, se evalúa su función renal. También podrían solicitarse pruebas de función hepática.

Supervivencia

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Esto incluye mantenerse alerta ante los síntomas de la recidiva del cáncer.
Para obtener más información, consulte el *Capítulo 7: Supervivencia*.

Recidiva

En esta sección, se describe el cáncer de cuello de útero que no mejora con el tratamiento (persistente) o que regresa después de recibirlo (recidiva). Si su profesional médico sospecha que hay recidiva según sus síntomas o un examen físico, se le realizarán estudios de diagnóstico por imágenes.

Si es necesario, la cirugía exploratoria puede ayudar a orientar las decisiones sobre el tratamiento. Este procedimiento permite al cirujano observar el interior de su cuerpo y el cáncer de forma directa.

Pruebas de biomarcadores

Los biomarcadores son características del cáncer que pueden ayudar a orientar su tratamiento. Muchos son mutaciones (cambios) en determinados genes.

Las pruebas de biomarcadores se recomiendan en todos los casos de cáncer de cuello de útero recidivante. Los resultados pueden utilizarse para determinar si puede participar en determinados ensayos clínicos y si puede beneficiarse de terapias dirigidas específicas.

Algunos profesionales médicos solicitan pruebas de biomarcadores al inicio del tratamiento. Otros esperan y las solicitan solo si el cáncer regresa o se extiende.

Guía 3
Estudios de diagnóstico por imágenes recomendados después de finalizar el tratamiento

Estadio 1	**Después del tratamiento sin conservación de la fertilidad** • Si recibió radiación o quimiorradiación, o si el cáncer está en estadio 1B3, es posible que le realicen una TEP/TC entre los 3 y 6 meses después de finalizar el tratamiento. Suele explorarse la zona desde el cuello hasta la mitad del muslo. **Después del tratamiento con conservación de la fertilidad** • Es posible que le realicen una RM de la pelvis (con un medio de contraste) 6 meses después de la cirugía y, posteriormente, de forma anual durante 2 a 3 años.
Estadios 2, 3 y 4A	• Los estudios de diagnóstico por imágenes recomendados son una TEP/TC con FDG **(opción preferida)** o una TC con un medio de contraste de 3 a 6 meses después del tratamiento. Se explorará la zona desde el cuello hasta la mitad del muslo. • Otros estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir una RM pélvica (con y sin medio de contraste) de 3 a 6 meses después de finalizar el tratamiento.
Cáncer metastásico (estadio 4B o recidiva a distancia)	Los estudios de diagnóstico por imágenes se realizan principalmente para determinar la respuesta del cáncer al tratamiento sistémico. Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir la TC, RM o TEP/TC.

Siempre que sea posible, las pruebas deben realizarse a partir del tejido tumoral extirpado durante una biopsia o cirugía. De lo contrario, se puede analizar una muestra de sangre.

Se recomienda realizar una prueba de expresión de PD-L1 para todas las personas con cáncer de cuello de útero recidivante, metastásico o que empeora. Si el nivel de PD-L1 supera un valor de corte establecido, el cáncer se considera PD-L1 positivo.

Los biomarcadores que se enumeran a continuación son menos comunes en el cáncer de cuello de útero, pero aun así deben analizarse.

- HER2
- Reparación de desajustes (MMR)
- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Fusión del gen *NTRK* (para pacientes con sarcoma cervical)
- Fusión del gen *RET*

Cuando el cáncer reaparece en la pelvis

El cáncer de cuello de útero que solo reaparece en la pelvis se conoce como recidiva local o regional. Si la zona no se ha tratado con radiación y el cáncer puede extirparse quirúrgicamente, generalmente se prefiere la cirugía. Después de la cirugía, se recomiendan la RTHE y el tratamiento sistémico. También se puede realizar la braquiterapia.

Si la zona ya se ha tratado con radiación y ya no es una opción, las posibles opciones de tratamiento se enumeran a continuación. Las mejores opciones para su caso dependerán de la ubicación específica del nuevo crecimiento de cáncer en la pelvis.

- Cirugía de exenteración pélvica
- Histerectomía radical
- Braquiterapia
- RTHE individualizada y posible tratamiento sistémico
- Tratamiento sistémico
- Resección del nuevo crecimiento de cáncer

La histerectomía radical y la braquiterapia solo suelen considerarse en algunas pacientes seleccionadas con especial atención.
Los tratamientos complementarios siempre son una opción, ya sea que esté en tratamiento o no.

Exenteración pélvica

La exenteración pélvica es una cirugía radical que consiste en extirpar todos los órganos restantes del aparato reproductor. Esto incluye el útero, las trompas de Falopio, los ovarios y la vagina. También se pueden extirpar órganos cercanos, como la vejiga, el recto y el ano. El objetivo es curar el cáncer con la extirpación de todos los órganos a los que se ha extendido o podría extenderse el cáncer.

Con frecuencia, es posible reconstruir la vagina después de una exenteración pélvica. Un cirujano puede crear una vagina artificial utilizando músculo de otra zona del cuerpo; por lo general, de un músculo de la parte inferior del abdomen.

Si se extirpan la vejiga o los órganos que intervienen en la función intestinal, generalmente se realiza una derivación. Las derivaciones son procedimientos quirúrgicos que redirigen la orina y las heces a nuevas aberturas por donde salen del cuerpo.

Si se extirpa la vejiga, el cirujano usará una sección de intestino para crear un tubo que permita el drenaje de los riñones. Esto se denomina derivación ileal o incontinente.
La orina saldrá del cuerpo a través de una pequeña abertura llamada estoma. Una pequeña

bolsa desechable adherida al abdomen recoge la orina. Esto se denomina bolsa de ostomía.

Si extirpa la vejiga, otra opción es una vejiga artificial o bolsa de Indiana. Este tipo de derivación no requiere una bolsa de ostomía. En este método, el cirujano crea una bolsa dentro del cuerpo con una sección de intestino para contener la orina. Para drenar la orina, se inserta un catéter a través de un pequeño estoma en la pared abdominal (o, a veces, el ombligo).

Si se extirpa el recto, se puede realizar una colostomía permanente. La colostomía conecta el colon restante con la parte exterior del abdomen. Las heces salen del cuerpo a través del estoma y se depositan en una bolsa adherida a la piel.

En algunos casos, el colon restante puede conectarse a lo que queda del recto o el ano. En este caso, es posible que no se requiera una colostomía permanente y se pueda conservar una función intestinal casi normal. Sin embargo, si se extirpa el ano, siempre se requerirá una colostomía permanente.

Cáncer metastásico

El cáncer de cuello de útero que no se diagnostica a tiempo suele extenderse al hígado, los pulmones o los huesos. Si esto ocurre, el cáncer se describe como metastásico.

Si el cáncer ya había hecho metástasis al momento de su detección, se encuentra en estadio 4B. Si el cáncer regresa y hace metástasis después del tratamiento, se denomina recidiva a distancia. La siguiente información se aplica a ambos casos.

Se recomienda tratamiento sistémico para el cáncer metastásico. Ayuda a limitar el crecimiento del tumor y evitar que se siga extendiendo. La elección de los mejores tratamientos sistémicos para usted comienza con la prueba de biomarcadores si aún no se ha realizado. El hecho de que el cáncer tenga el biomarcador PD-L1 juega un papel clave en la selección de un régimen de primera línea. Las opciones preferidas se enumeran en la **Guía 4**.

Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros. Si no puede recibir los tratamientos preferidos que se enumeran en la **Guía 4**, existen otras opciones recomendadas para el tratamiento de primera línea.

Tratamientos locales

Los tratamientos locales suelen ser una opción para tratar o controlar el cáncer metastásico, ya sea solos o con un tratamiento sistémico. Estos métodos eliminan o destruyen el nuevo crecimiento del cáncer en la zona donde se forma. La resección (cirugía), la radioterapia externa y las terapias ablativas son tipos de tratamientos locales.

Los tratamientos ablativos destruyen las zonas con cáncer que tienen poco daño y el tejido circundante. Suele administrarse mediante una sonda o electrodo que se coloca directamente en el tumor o junto a él.

La radioterapia estereotáctica corporal (RTEC) es un tipo de radioterapia altamente especializada que puede utilizarse para tratar tumores en el

Guía 4
Tratamientos de primera línea preferidos para el cáncer recidivante o metastásico

Opciones preferidas para tumores con el biomarcador PD-L1	• Cisplatino, paclitaxel más pembrolizumab (Keytruda) • Carboplatino, paclitaxel más pembrolizumab (Keytruda) Estos regímenes también pueden incluir bevacizumab (Avastin), un tratamiento biológico diseñado para combinarse con quimioterapia.
Opción preferida para todos los demás tipos de tumores comunes	• Cisplatino, paclitaxel más bevacizumab • Carboplatino, paclitaxel más bevacizumab • Cisplatino, paclitaxel más atezolizumab (Tecentriq) más bevacizumab • Carboplatino, paclitaxel más atezolizumab (Tecentriq) más bevacizumab

hígado, los pulmones o los huesos. Solo se necesitan unas pocas sesiones de tratamiento.

Si el tratamiento de primera línea no funciona bien o deja de hacerlo

Es posible que el primer tratamiento sistémico que reciba no controle el crecimiento ni la extensión del cáncer. Tiene otras opciones que puede probar, como el tratamiento de segunda línea.

La inmunoterapia es el tratamiento de segunda línea preferido para tumores con ciertos biomarcadores. Para todos los demás tumores, se prefiere un tipo de tratamiento llamado conjugado anticuerpo-fármaco. **Consulte la Guía 5.**

Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros. Si no puede recibir los tratamientos preferidos de la **Guía 5**, existen otras opciones recomendadas para el tratamiento de segunda línea (y posteriores).

También puede considerar la posibilidad de inscribirse en un ensayo clínico. Pregunte a su equipo de atención si hay algún ensayo clínico al que pueda incorporarse.

Si se prevé administrar inmunoterapia, consulte *NCCN Guidelines for Patients sobre Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Guía 5
Tratamientos de segunda línea preferidos para el cáncer recidivante o metastásico

Opción preferida para tumores con cualquiera de estos biomarcadores: • **PD-L1 positivo** • **TMB-H** • **MSI-H/dMMR**	Pembrolizumab (Keytruda)
Opción preferida para todos los demás tipos de tumores comunes	Tisotumab vedotin-tftb (Tivdak)

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También se conoce como cuidados paliativos.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o maneja los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, como el dolor y la fatiga relacionada con la enfermedad. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, como las siguientes:

- Tomar decisiones sobre el tratamiento.
- Coordinación de la atención médica.
- Pago de la atención médica.
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida.

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Planificación anticipada de la atención

Hablar con su médico sobre su pronóstico puede permitirle planificar el tratamiento. Si no se puede controlar ni curar el cáncer, se puede elaborar un plan de atención para las etapas finales. Entre los beneficios de la planificación anticipada de la atención médica se incluyen los siguientes:

- Saber qué puede esperar.
- Aprovechar el tiempo que le quede.
- Reducir el estrés de los cuidadores.
- Garantizar que se cumplan sus deseos.
- Tener una mejor calidad de vida.

La planificación anticipada de la atención comienza con una conversación honesta entre usted y sus médicos. Tener una idea general de su pronóstico la ayudará a decidir en qué momento puede interrumpir el tratamiento, si es que lo hace.

Puntos clave

- El tratamiento con conservación de la fertilidad es una opción para algunos tipos de cáncer de cuello de útero en estadio 1, si así lo desea. Suele consistir en una biopsia de cono o una cervicectomía radical.
- El tratamiento sin conservación de la fertilidad para el cáncer de cuello de útero en estadio temprano suele incluir una histerectomía. Después de la cirugía, se puede administrar radioterapia de haz externo (RTHE) o quimiorradiación. Si no puede someterse a una cirugía, se recomiendan la RTHE y la braquiterapia.
- En los cánceres localmente avanzados, se pueden realizar otros estudios de diagnóstico por imágenes o la estadificación quirúrgica para determinar si hay cáncer en los ganglios linfáticos. Para la mayoría de los cánceres de cuello de útero localmente avanzados, se recomienda el tratamiento con quimiorradiación y braquiterapia.
- La vigilancia posterior al tratamiento incluye exámenes físicos y mantenerse alerta ante síntomas de recidiva o extensión.
- Se recomienda realizar estudios de diagnóstico por imágenes de seguimiento de 3 a 6 meses después de terminar el tratamiento para cánceres en estadios 2, 3 o 4A. Posteriormente, se solicitarán estudios de diagnóstico por imágenes si presenta otros posibles signos de recidiva.
- Si no recibió tratamiento con RTHE, suele administrarse para tratar el cáncer que regresa a la pelvis. Si el cáncer no se puede tratar con radiación, la cirugía de exenteración pélvica puede ser una opción.
- En el cáncer metastásico, el tratamiento sistémico ayuda a limitar el crecimiento del tumor y evitar que se siga extendiendo. La prueba de biomarcadores ayuda a elegir los mejores regímenes para usted. Los tratamientos locales pueden realizarse para eliminar o destruir el nuevo crecimiento de cáncer.

Preguntas para hacer

- Si se planifica la cirugía, ¿cumplo con los requisitos para un tratamiento con conservación de la fertilidad?
- ¿Cuáles podrían ser los síntomas durante el tratamiento?
- ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer regrese?
- ¿Se envió mi tumor para la prueba de biomarcadores? ¿Mi cáncer tiene algún biomarcador?

6

Tratamiento para el carcinoma neuroendocrino de cuello uterino

53 CNCU en estadio temprano

54 CNCU localmente avanzado

54 Recidiva o extensión

56 Puntos clave

56 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describe el tratamiento del carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU) de células pequeñas. Este tratamiento suele incluir quimioterapia y radioterapia. La cirugía puede ser una opción para los cánceres pequeños.

CNCU en estadio temprano

El carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU) que no se ha extendido más allá del cuello uterino se encuentra en estadio 1. El tratamiento se basa en el tamaño del tumor.

Tumores de 4 cm o menos

Los cánceres en estadios 1A1, 1A2, 1B1 y 1B2 miden 4 centímetros (cm) o menos.

Si puede someterse a una cirugía, el tratamiento preferido es la histerectomía radical. El cirujano extirpará los ganglios linfáticos cercanos de la pelvis (y, quizás, del abdomen) para evaluarlos. Después de la cirugía, se recomienda el tratamiento con quimioterapia o quimiorradiación.

Una segunda opción de tratamiento para los tumores de 4 cm o menos es la quimiorradiación y la braquiterapia. Al finalizar el tratamiento, su profesional médico podría recomendar más quimioterapia.

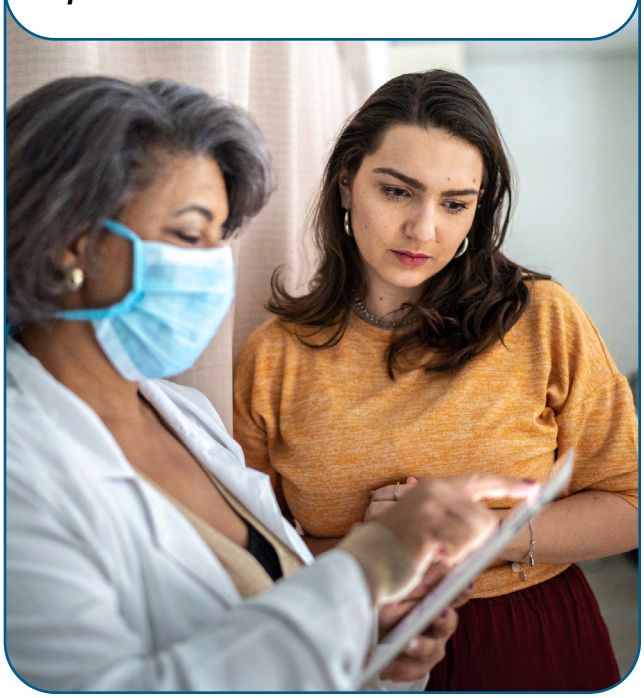
Tumores de más de 4 cm

Los tumores en el cuello uterino que miden más de 4 cm se encuentran en estadio 1B3. El plan de tratamiento preferido para estos tumores comienza con quimiorradiación y braquiterapia. Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Otra posibilidad es que se administre primero quimioterapia para intentar reducir el tamaño del cáncer. Si la quimioterapia funciona bien, el siguiente tratamiento podría ser la histerectomía radical. Si se somete a esta cirugía, es posible que se le administre posteriormente radioterapia de haz externo (RTHE) sola o quimiorradiación. Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Si no se realiza una histerectomía radical, el siguiente paso es el tratamiento con quimiorradiación y braquiterapia. Es posible que se indiquen más sesiones de quimioterapia.

Si se inscribe en un ensayo clínico, puede recibir tratamiento y ayudar a los investigadores a aprender más sobre este tipo de cáncer de cuello de útero poco frecuente. Para obtener más información sobre los ensayos clínicos, consulte la parte final del *Capítulo 4: Tipos de tratamiento*.



CNCU localmente avanzado

El cáncer de cuello de útero que se expandió más allá del útero, pero que no se extendió al hígado, los pulmones ni los huesos, se describe como localmente avanzado. En estadios 2, 3 y 4A, los CNCU son localmente avanzados. Estos cánceres no son metastásicos.

Actualmente, se prefiere el tratamiento con quimiorradiación y braquiterapia para el CNCU localmente avanzado. Al finalizar estos tratamientos, es posible que reciba más quimioterapia.

Otra estrategia de tratamiento para el CNCU localmente avanzado es la quimioterapia inicial, seguida de quimiorradiación y braquiterapia.

Si el enfoque seleccionado funciona bien, se iniciará la vigilancia. La vigilancia implica realizar pruebas para detectar signos tempranos de recidiva. La estrategia de vigilancia para los tipos comunes de cáncer de cuello de útero también se recomienda para el CNCU.

Cáncer persistente

El cáncer que no mejora con el tratamiento inicial se describe como persistente. El tratamiento sistémico suele ser la opción para el CNCU persistente.

La cirugía de exenteración pélvica también puede ser una opción para evaluar con su profesional médico. Esta cirugía radical implica la extirpación de todos los órganos de la pelvis a los que el cáncer se ha extendido (o podría extenderse).

El tratamiento complementario también está disponible para todas las personas con cáncer. Esta atención implica diversos recursos, como cuidados paliativos, acceso a especialistas en el manejo del dolor y apoyo emocional y espiritual.

Recidiva o extensión

El cáncer puede reaparecer en la misma zona general de la pelvis después del tratamiento. En este caso, las opciones de tratamiento sueles ser las siguientes:

- Tratamiento sistémico
- Cirugía de exenteración pélvica

Si se planifica el tratamiento sistémico, recibirá uno de los regímenes de la **Guía 6**.

Los expertos de NCCN recomiendan opciones de tratamiento sistémico según las investigaciones científicas y la seguridad. Cuando resulta útil, asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que funcionan mejor y pueden ser más seguros que otros.
- **Otros tratamientos recomendados** pueden no funcionar tan bien como los preferidos, pero también pueden ser útiles para tratar el cáncer.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para personas con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Los tratamientos preferidos y otros recomendados para el CNCU recidivante y metastásico se enumeran en la página siguiente.

Extensión al hígado o los pulmones

El cáncer puede reaparecer en zonas alejadas de la pelvis, como el hígado o los pulmones. Esto se llama recidiva a distancia. El cáncer es metastásico.

El tratamiento sistémico es el preferido para el CNCU metastásico. Ayuda a mantener el cáncer bajo control y a prevenir una futura extensión. Para su primer ciclo de quimioterapia, recibirá uno de los regímenes de la **Guía 6**.

Si el cáncer no mejora o reaparece, existen otras opciones efectivas de quimioterapia. Además, la inmunoterapia con inhibidores del punto de control es una opción más reciente para el tratamiento de segunda línea del CNCU recidivante o metastásico.

Si se prevé administrar inmunoterapia, consulte *NCCN Guidelines for Patients sobre Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Guía 6
CNCU recidivante o metastásico: primeras opciones recomendadas

Opciones preferidas	• Cisplatino, etopósido. • Carboplatino, etopósido.
Otras opciones recomendadas	• Cisplatino, etopósido más atezolizumab (Tecentriq) o durvalumab (Imfinzi). • Carboplatino, etopósido más atezolizumab o durvalumab. • Topotecán, paclitaxel más bevacizumab. • Cisplatino, paclitaxel (si ya recibió cisplatino, el carboplatino es el sustituto recomendado).

Puntos clave

- El carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU) de células pequeñas es un tipo de cáncer de cuello de útero poco frecuente y, por lo general, de rápido crecimiento.
- El tratamiento para el CNCU suele incluir quimioterapia, radioterapia de haz externo (RTHE) y braquiterapia. La cirugía (junto con otros tratamientos) también puede ser una opción para el CNCU en estadio 1.
- Las opciones para tratar el CNCU persistente o recidivante que se presenta solo en la cavidad pélvica incluyen tratamiento sistémico y, posiblemente, cirugía de exenteración pélvica.
- Los tratamientos complementarios son una opción para todas las personas con CNCU. Hable con su equipo de atención médica sobre los recursos disponibles.
- Aún hay mucho que aprender sobre los cánceres poco frecuentes, como el CNCU de células pequeñas. Considere participar en un ensayo clínico para su tratamiento.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía?
- ¿Conoce algún ensayo clínico disponible para el que sea elegible?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de los regímenes de los tratamientos sistémicos preferidos?



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

7
Supervivencia

58 Síntoma de recidiva o extensión

58 Cambios en los intestinos y la vejiga

58 Menopausia precoz

59 Salud sexual y vaginal

60 Salud mental y bienestar

61 Otros posibles efectos secundarios

61 Cuidado de la ostomía

61 Más información

63 Puntos clave

63 Preguntas para hacer

La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. La supervivencia comienza con el diagnóstico y continúa durante toda la vida.

Síntoma de recidiva o extensión

Si el cáncer de cuello de útero regresa, puede afectar a su cuerpo de formas que puede sentir o notar (síntomas). Los síntomas que pueden indicar que el cáncer de cuello de útero ha regresado o se ha extendido son los siguientes:

- Flujo vaginal o sangrado
- Sangre en la orina o en las heces
- Pérdida de apetito y de peso
- Dolor en la pelvis, cadera, espalda o piernas
- Tos
- Falta de aire
- Hinchazón del estómago o las piernas

Si nota alguno de estos síntomas, comuníquese con su equipo de atención médica de inmediato. No espere hasta su próxima visita programada.

Cambios en los intestinos y la vejiga

Tras una intervención quirúrgica o radioterapia por cáncer de cuello de útero, puede resultar más difícil retener la orina (pis) que antes. La necesidad de orinar también puede aparecer de forma más repentina e intensa.

Sus deposiciones pueden ser líquidas y más frecuentes. También puede notar sangre al orinar o al defecar.

La fisioterapia del suelo pélvico, que se describe a continuación, puede ayudar con los cambios en el intestino y la vejiga.

Fisioterapia del suelo pélvico

El suelo pélvico es un grupo de músculos que sostiene los órganos de la cavidad pélvica. Estos músculos desempeñan un papel clave en el control de los intestinos y la vejiga, así como en la función y la excitación sexual.

La fisioterapia del suelo pélvico puede fortalecer estos músculos antes y después del tratamiento. Puede incluir ejercicios caseros para tensar y soltar los músculos vaginales y anales (ejercicios de Kegel), así como técnicas manuales a cargo de un fisioterapeuta.

Pida ayuda a su equipo de atención médica para encontrar un especialista en suelo pélvico en su zona.

Menopausia precoz

Si se encuentra en la premenopausia, la extirpación de los ovarios o su exposición a radiación provoca una disminución repentina de los niveles de estrógeno y progesterona. Esto provoca infertilidad y, posiblemente, síntomas de menopausia. Es posible que se interrumpan sus períodos menstruales y experimente sofocos,

sudores nocturnos, aumento de peso y cambios de humor.

El revestimiento vaginal puede volverse más delgado, secarse e inflamarse. Esto se denomina atrofia vaginal. La falta de estrógeno también puede conllevar riesgos a largo plazo, como enfermedades cardíacas y pérdida ósea (osteoporosis).

Hormonoterapia para la menopausia

Cuando estos cambios hormonales causan síntomas de menopausia, el tratamiento hormonal para la menopausia (THM) puede ser una opción. Esta puede incluir estrógeno sistémico (oral o intravenoso) (combinado con progestinas para mujeres con un útero intacto) y aplicaciones vaginales de estrógeno. Hablar con un equipo especializado en síntomas de la menopausia puede ser útil para determinar si el THM es adecuado para usted.

Salud sexual y vaginal

Después del tratamiento del cáncer de cuello de útero, pueden presentarse los siguientes efectos secundarios sexuales:

- Disminución del deseo sexual (libido)
- Sequedad vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Estrechamiento y acortamiento de la vagina (estenosis vaginal)

Hidratantes vaginales

La edad avanzada, la menopausia y algunos tratamientos contra el cáncer de cuello de útero pueden hacer que la vagina se reseque y pierda elasticidad. Para contrarrestar este efecto secundario, se recomienda mucho el uso de cremas hidratantes vaginales a base de agua.

Los hidratantes vaginales devuelven la humedad a la vagina y ayudan a mantener sano el tejido vaginal. Los hidratantes vaginales se pueden usar a diario. Muchos incluyen aplicadores para facilitar su uso. Las cremas o comprimidos vaginales con

Menopausia prematura

Si está en la premenopausia, la extirpación quirúrgica de los ovarios o su exposición a la radiación pueden causar síntomas de la menopausia, como problemas para dormir. Se recomienda la consulta con un especialista en menopausia.



estrógeno pueden ser especialmente útiles en casos de adelgazamiento de los tejidos vaginales y vulvares debido a la pérdida de estrógeno.

Tratamiento con dilatadores vaginales

La radioterapia en la pelvis puede acortar y estrechar la vagina. Esto se denomina estenosis vaginal. La estenosis vaginal puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a los exámenes vaginales que realizan los médicos.

El uso de un dilatador vaginal puede prevenir o tratar la estenosis vaginal. Se trata de un dispositivo utilizado para estirar o ensanchar gradualmente la vagina. Puede empezar a utilizar un dilatador a partir de la segunda o cuarta semana después de haber finalizado la radioterapia y seguir utilizándolo todo el tiempo que desee.

Terapeutas de salud sexual

Aunque puede resultar incómodo hablar de salud sexual, tenga en cuenta que estos efectos secundarios son frecuentes y, a menudo, pueden controlarse o atenuarse. Considere la posibilidad de acudir a un terapeuta de salud sexual. Estos profesionales de la salud se especializan en ayudar a las personas que han padecido cáncer y a otras personas a superar y controlar los efectos secundarios que tiene el tratamiento oncológico en la sexualidad.

Muchos centros oncológicos cuentan con programas centrados exclusivamente en la salud sexual tras el tratamiento oncológico. Pregunte a su médico sobre los recursos disponibles a través de su centro oncológico que pueden ayudarle a minimizar el impacto del tratamiento del cáncer en su salud sexual.

Salud mental y bienestar

Puede ser difícil afrontar los efectos del cáncer y su tratamiento. Muchas personas que han padecido cáncer afirman tener una menor calidad de vida tras el tratamiento de la enfermedad. Es posible tener depresión, ansiedad, miedo a la recidiva y problemas para adaptarse a los cambios en el cuerpo.

Muchas personas tienen también factores de estrés económico, como preocupaciones o dudas sobre la reincorporación al trabajo y problemas de cobertura del seguro. Las relaciones personales, la sexualidad y la intimidad también pueden verse afectadas por el diagnóstico o el tratamiento del cáncer.

Si siente ansiedad, angustia, depresión o simplemente tiene problemas para afrontar la vida después del cáncer, recuerde que cuenta con apoyo. Su equipo de tratamiento seguramente le preguntará por su salud mental. Si no lo hace, dígale. Existen recursos que pueden ayudar.

Los trabajadores sociales de su centro de tratamiento suelen ser excelentes recursos para ayudarla a ponerse en contacto con recursos financieros y de salud mental.

Otros posibles efectos secundarios

Debilitamiento de los huesos

La radioterapia en la pelvis puede debilitar los huesos de esta zona, aumentando el riesgo de sufrir fracturas. Su médico podría indicar el control de la densidad de los huesos.

Daño en los nervios

La quimioterapia puede dañar los nervios sensoriales. Esto se conoce como neuropatía. A menudo comienza en las manos o los pies y empeora con el tiempo. El daño puede causar dolor, entumecimiento, hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. Si la lesión es dolorosa, la sensación suele describirse como un dolor punzante o ardiente.

Hinchazón en la parte inferior del cuerpo

El tratamiento para el cáncer de cuello de útero suele implicar la extirpación de los ganglios linfáticos durante la cirugía. Es posible que la linfa no drene correctamente tras la extirpación de los ganglios linfáticos. Esto puede provocar linfedema. El linfedema es una inflamación causada por la acumulación de líquido linfático en los tejidos. En las personas que han padecido cáncer de cuello de útero, suele aparecer en la parte inferior del cuerpo.

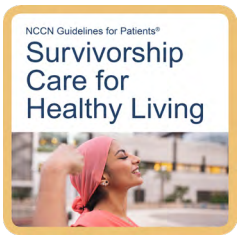
Cuidado de la ostomía

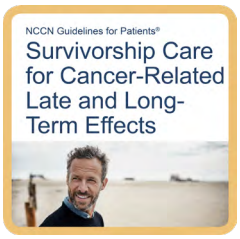
Si le realizaron una ostomía, le recomendamos unirse a un grupo de apoyo para pacientes con ostomías. Otra opción es consultar con un profesional de atención médica especializado en el cuidado de ostomías, como un enfermero experto en ellas. Las personas con ostomías pueden seguir llevando un estilo de vida activo. Considere consultar con un profesional especializado en ostomía antes de realizar actividad física intensa.

Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer:

- *Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*
- *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*





Hábitos saludables para las sobrevivientes del cáncer



Siga las recomendaciones de su profesional de atención primaria para la detección de otros tipos de cáncer de acuerdo con su edad, sexo y su nivel de riesgo.



Obtenga otro tipo de atención médica recomendada, como el control de la presión sanguínea, pruebas de detección de hepatitis C y vacunas (como la de la gripe).



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados.



El alcohol puede aumentar el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer. Beba poco o nada de alcohol.



Muévase más; reduzca el sedentarismo. Trate de hacer ejercicio de intensidad moderada durante al menos 150 minutos por semana.



Mantenga un peso saludable. Hacer un seguimiento de su peso, alimentación, calorías y niveles de actividad podría ayudar a cumplir sus objetivos.



Deje de consumir tabaco. Pregunte al equipo de atención médica sobre opciones que le sirvan para dejar de fumar. La terapia psicológica y los medicamentos suelen ser algunas opciones disponibles.



La radioterapia en la zona pélvica aumenta el riesgo de fracturas de la pelvis. Su médico puede comenzar a controlar su densidad ósea.

Puntos clave

- La atención de supervivencia tiene como objetivo mejorar la salud física, emocional y financiera de las sobrevivientes de cáncer. Consulte con su profesional de atención oncológica sobre un plan de atención de supervivencia.
- Intente estar alerta a los signos de posible recidiva o extensión, como flujo o sangrado vaginal, sangre en la orina o heces y pérdida de peso.
- Muchas sobrevivientes experimentan cambios en sus hábitos intestinales y en su función sexual después del tratamiento. Otros posibles efectos secundarios incluyen menopausia precoz, alteración de la fertilidad, insomnio, daño nervioso con dolor e inflamación de piernas.
- La fisioterapia del suelo pélvico, el tratamiento hormonal para la menopausia (THM) y los hidratantes y dilatadores vaginales pueden ayudar con algunos efectos secundarios. Los terapeutas de salud sexual ayudan a las sobrevivientes de cáncer y a otras personas a controlar los efectos secundarios relacionados con la actividad sexual.
- Es posible tener depresión, ansiedad, miedo a la recidiva y problemas para adaptarse a los cambios en el cuerpo después de tratar el cáncer de cuello de útero. Consulte a su equipo de atención médica sobre los recursos de salud mental disponibles.

Preguntas para hacer

- ¿Puede proporcionarme un plan de atención a los sobrevivientes por escrito?
- ¿Este centro de tratamiento cuenta con un programa de atención a los sobrevivientes?
- ¿Qué puedo esperar durante una consulta de atención a los sobrevivientes?
- ¿Pueden ponerme en contacto con grupos de apoyo u otras sobrevivientes?



Complete nuestra encuesta y contribuya para que NCCN Guidelines for Patients sea mejor para todos.

NCCN.org/patients/comments

8
Otros recursos

65 Qué más hay que saber

65 Qué más hacer

65 Dónde obtener ayuda

65 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En esta guía, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y la ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Control de los efectos secundarios
- Creación de un sistema de apoyo
- Cambios en el estilo de vida después del cáncer
- Conocimiento para afrontar otros problemas de salud
- Las últimas novedades en investigación sobre el cáncer

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas.
Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista a continuación y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

CancerCare
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Cervivor
cervivor.org

GRACE
cancergrace.org

HPV Cancers Alliance
hpvalliance.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)
ocrahope.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Hay otros servicios disponibles para mí y mis cuidadores?



Palabras que debe conocer

abdomen
La zona del vientre entre el tórax y la pelvis.

adenocarcinoma
Este es el segundo tipo más frecuente de cáncer de cuello de útero. Comienza en las células glandulares del endocérvix.

anatomopatólogo
Experto en el análisis de células y tejidos para detectar enfermedades.

biomarcador
Características de un cáncer que pueden ayudar a orientar el tratamiento. Muchos biomarcadores suelen ser mutaciones somáticas (cambios adquiridos) en el ADN de las células cancerosas.

biopsia de cono
Procedimiento en el que se extirpa una sección cónica de tejido anormal del cuello uterino. Puede utilizarse para obtener más información sobre la extensión de un cáncer o para tratar algunos cánceres de cuello de útero en estadio temprano. También se denomina conización cervical.

braquiterapia
Tipo de radioterapia en la que se coloca material radiactivo sellado en agujas, granos, alambres o catéteres directamente en un tumor o cerca de él. También se llama radioterapia interna.

carcinoma adenoescamoso
Un tipo de cáncer de cuello de útero menos común que contiene tanto células escamosas como glandulares.

carcinoma de células escamosas (CCE)
Es el tipo más frecuente de cáncer de cuello de útero. Comienza en el revestimiento de células escamosas del ectocérvix.

carcinoma neuroendocrino de cuello uterino (CNCU)
Un tipo de cáncer de cuello de útero poco frecuente que suele ser de rápido crecimiento.

cervicectomía
Una cirugía para extirpar el cuello uterino. También se puede extirpar la parte superior de la vagina y ciertos ganglios linfáticos pélvicos.

cuello uterino
La parte baja del útero que se conecta con la vagina.

ectocérvix
La parte externa y redondeada del cuello uterino que se extiende hasta la vagina. El ectocérvix está revestido por células escamosas.

endocérvix
La parte interna del cuello uterino que forma un canal entre la vagina y el útero. El endocérvix está revestido por células (glandulares) que producen moco.

ensayo clínico
Investigación sobre un estudio o tratamiento para evaluar su seguridad y eficacia.

estadio del cáncer
Una clasificación de la extensión del cáncer en el cuerpo.

exenteración pélvica
Cirugía radical que se realiza para tratar el cáncer de cuello de útero que regresa a la pelvis. Se extirpan el útero (incluido el cuello uterino), la vagina, los ovarios y las trompas de Falopio. También se pueden extirpar la vejiga, el recto y el ano.

ganglios linfáticos
Pequeños grupos de células que combaten enfermedades y que se encuentran en todo el cuerpo.

histerectomía radical tipo B
Cirugía para extirpar el útero (incluido el cuello uterino), parte del tejido conectivo que lo sostiene y aproximadamente media pulgada o menos de la vagina. La histerectomía tipo B se realiza a través del abdomen. También llamada histerectomía radical modificada.

histerectomía radical tipo C1
Cirugía para extirpar el útero (incluido el cuello uterino), gran parte del tejido conectivo que lo sostiene y la tercera o cuarta parte superior de la vagina. La histerectomía tipo C1 se realiza a través del abdomen.

histerectomía tipo A
Cirugía para extirpar únicamente el útero (incluido el cuello uterino). Suele realizarse con mayor frecuencia en los casos de cáncer de cuello de útero en estadios muy tempranos. También llamada histerectomía simple.

invasión del espacio linfovascular (IELV)
Presencia de células cancerosas en los vasos sanguíneos o linfáticos dentro del tumor. Los tipos de cáncer con IELV tienen un mayor riesgo de extenderse que aquellos que no la presenten.

linfa
Líquido transparente que contiene glóbulos blancos para luchar contra las infecciones y las enfermedades.

médico oncólogo
Médico que se especializa en el tratamiento de cáncer con tratamientos sistémicos, como la quimioterapia.

menopausia prematura
El inicio de la menopausia que se produce por la extirpación de los ovarios o por exponerlos a la radiación. Es el resultado de una caída repentina de estrógenos en el organismo.

neoplasia intraepitelial cervical (NIC)
Células anormales y potencialmente precancerosas en la superficie del cuello uterino. También llamada displasia de cuello uterino.

neuropatía
Un problema en los nervios que causa dolor, hormigueo y entumecimiento en las manos y los pies.

oncólogo ginecólogo
Un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores femeninos.

ovario
Una de las dos glándulas que producen hormonas y óvulos para la reproducción sexual.

parametrio
Tejido adiposo y conjuntivo que rodea el útero. El parametrio ayuda a conectar el útero a otros tejidos de la pelvis.

pelvis
Área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

quimioterapia con derivados del platino
Tratamiento con dos o más fármacos de quimioterapia en el que el fármaco principal es un derivado del platino.

quimioterapia de inducción
Quimioterapia administrada antes del tratamiento planificado con quimiorradiación.

radiooncólogo
Un médico que es un experto en el tratamiento del cáncer con radioterapia.

radioterapia de haz externo (RTHE)
Tratamiento con radiación recibida desde un equipo grande que se encuentra fuera del cuerpo. Los tipos de RTHE incluyen radioterapia de intensidad modulada (RTIM) y radioterapia estereotáctica corporal (RTEC).

radioterapia de intensidad modulada (RTIM)
Un tipo de radioterapia externa avanzada que suele usarse para tratar el cáncer de cuello de útero. Permite que una dosis alta de radiación llegue al tumor, a la vez que limita la cantidad que llega al tejido sano circundante y a los órganos y estructuras cercanos.

recidiva
La reaparición del cáncer después del tratamiento. También se llama recidiva.

transposición ovárica
Una cirugía que desplaza uno o ambos ovarios fuera del alcance del haz de radiación. También llamada ooforopexia.

tratamiento complementario
Una gama de recursos y cuidados para mejorar la calidad de vida de las personas que han padecido cáncer. También se le llama cuidados paliativos.

tratamiento dirigido
Un tratamiento con medicamentos dirigidos específicamente a una característica específica o única de las células cancerosas.

útero
Órgano donde crece y se desarrolla el feto durante el embarazo. También se lo llama “matriz”.

virus del papiloma humano (VPH)
Una infección de transmisión sexual común. Casi todos los cánceres de cuello de útero son causados por una infección prolongada por VPH.

zona de transformación
Área donde se unen el endocérvix y el ectocérvix. La mayoría de los cánceres y precánceres de cuello de útero comienzan en la zona de transformación. También llamada unión escamocolumnar.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para la detección del cáncer de cuello de útero, versión 2.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones de Información para Pacientes

Erin Vidic, máster en Artes
Redactora médica sénior, Información para pacientes

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de cuello de útero, versión 2.2026 fue elaborada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Nadeem R. Abu-Rustum
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Dra. Susana M. Campos, máster en Salud Pública, máster en Ciencias
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dra. Sudha Amarnath
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Rebecca Arend
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

* Dra. Emma Barber
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dra. Kristin Bradley
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Rebecca Brooks
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Junzo Chino
Duke Cancer Institute

Dra. Hye Sook Chon
Moffitt Cancer Center

Dra. Marta Ann Crispens
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Shari Damast
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Christine M. Fisher, máster en Salud Pública
University of Colorado Cancer Center

Dr. Peter Frederick
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. David K. Gaffney, doctor en Bioquímica
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Dra. Stephanie Gaillard, doctora en Medicina
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Robert Giuntoli II
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Scott Glaser
City of Hope National Medical Center

Dra. Brooke E. Howitt
Stanford Cancer Institute

Dra. Kari Kendra, doctora en Medicina/ enlace
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Lisa Landrum, doctora en Medicina
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Jayanthi Lea
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dra. Nita Lee, máster en Salud Pública
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dra. Gina Mantia-Smaldone
Fox Chase Cancer Center

Dr. Andrea Mariani
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. David Mutch
Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital y Washington University School of Medicine

Dra. Christa Nagel
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Larissa Nekhlyudov, máster en Salud Pública
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Dra. Chika Nwachukwu, doctora en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Mirna Podoll
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Kerry Rodabaugh
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Ritu Salani, máster en Dirección de Empresas
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

* Dr. John Schorge
St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center

Dr. Scott Schuetze, doctor en Medicina
University of Michigan Rogel Cancer Center

Jean Siedel, doctora en Medicina Osteopática, máster en Ciencias
University of Michigan Rogel Cancer Center

* Dra. Pamela Soliman, máster en Salud Pública
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

* Dra. Stefanie Ueda
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Renata Urban
Fred Hutchinson Cancer Center

* Emily Wyse
Defensora de pacientes

NCCN

Nicole McMillian, máster en Ciencias
Coordinadora principal de las Guías

Vaishnavi Sambandam, doctora en Medicina
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center | Mass General Cancer Center
Boston, Massachusetts

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
Nueva York, Nueva York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Búfalo, Nueva York

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital y Washington University School of Medicine
San Luis, Misuri

St. Jude Children's Research Hospital/ The University of Tennessee Health Science Center
Memphis, Tennessee

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute
Columbus, Ohio

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Míchigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

biomarcador 7, 45-46, 48-49

carga mutacional tumoral (TMB) 46, 49

cervicectomía 30, 39

displasia de cuello uterino 6-7

ensayo clínico 35-36, 45, 49, 53

fusión del gen *NTRK* 46, 49

fusión del gen *RET* 46, 49

HER2 46, 49

inestabilidad de microsatélites (MSI) 46, 49

inmunoterapia 34, 49, 55

menopausia prematura 14, 33-34, 58-59

PD-L1 46, 48-49

quimiorradiación 34, 38-39, 41-42, 43, 45, 53-55

radioterapia de haz externo (RTHE) 14, 31-34, 39-42, 46, 48, 53

radioterapia de intensidad modulada (RTIM) 32

radioterapia estereotáctica corporal (RTEC) 32, 48

reparación de los errores de desajustes (MMR) 46, 49

salud sexual 59-60

subrogación 14

supervivencia 44, 58-63

transposición ovárica 14, 32

tratamiento complementario 46, 50, 55

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) 12

virus del papiloma humano (VPH) 6-7



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de cuello de útero

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients - Para pacientes | NCCN.org - Para médicos

PAT-N-1936-0526