

Actualización de la estadificación de cáncer de cuello uterino

Claudia Álvarez ⁽¹⁾, Ernesto Castro Nessim ⁽²⁾, Juan Martín Virginillo ⁽¹⁾, Gabriel Bruno ⁽¹⁾, Christian González ⁽¹⁾, Javier Vallejos ⁽¹⁾, Adriana Dieguez ⁽¹⁾

Resumen

A pesar de los avances en la detección y prevención del cáncer de cuello uterino, éste continúa siendo una gran amenaza para la salud de las mujeres a nivel mundial. Una correcta evaluación de los factores pronósticos es crucial para la elección y planificación de un tratamiento adecuado. La estadificación del cáncer de cuello uterino ha sufrido modificaciones en la 7ª edición del TNM, reflejando la nueva clasificación adoptada por la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). En este artículo presentamos el sistema actualizado y unificado de estadificación para cáncer de cuello uterino.

Palabras clave. Cáncer. Cuello uterino. TNM.

Abstract

Classification and staging of cervical cancer: an update. Despite advances in screening and prevention, cervical cancer remains a major threat to women's health worldwide. A correct evaluation of prognostic factors is crucial for choosing and planning the most appropriate treatment. Cervical cancer staging has undergone modifications in the 7th edition of TNM, reflecting the new classification adopted by the International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). In this paper we present the updated and consolidated system of cervical cancer staging.

Keywords. Cancer. Cervix. TNM.

A pesar de los avances en la detección y prevención del cáncer de cuello uterino, éste continúa siendo una gran amenaza para la salud de las mujeres: en la actualidad, por año, se constatan aproximadamente 150.000 muertes en todo el mundo ⁽¹⁾.

En la Argentina, el cáncer invasivo de cuello uterino es el segundo cáncer más frecuente en mujeres y se estima que cada año se diagnostican alrededor de 3.000 casos nuevos (alrededor de 1.800 mujeres mueren a causa de esta enfermedad) ⁽²⁾.

En los estadios tempranos, suele ser asintomático y es detectado por el examen ginecológico de rutina (examen periódico anual): especuloscopia o visión directa, además del papanicolaou y la colposcopia. En los estadios avanzados, los síntomas predominantes son: sangrado vaginal anormal, leucorrea -a veces fétida- y, más tardíamente, dolor pelviano asociado a la inflamación y propagación local del tumor.

El 80-90% de los carcinomas de cuello uterino tiene su origen en las células escamosas y la lesión precursora es la neoplasia intraepitelial del cuello uterino (CIN), la cual puede evolucionar a cáncer invasor y adoptar una configuración exofítica o endocervical.

A partir del cuello uterino, el tumor se propaga por extensión directa a través del espacio pericervical hacia los parametrios y/o a la vagina, pudiendo en algunos casos invadir el cuerpo uterino. El compromi-

so de los tejidos pericervicales incluye, además, la vejiga, el recto, los ganglios linfáticos regionales y la pared lateral pélvica.

La diseminación a distancia ocurre fundamentalmente por vía linfática y con mucha menor frecuencia por el torrente sanguíneo, pudiéndose observar enfermedad metastásica incluso en pacientes con un pequeño volumen tumoral primario.

El pronóstico del cáncer de cuello de útero está determinado por el tamaño tumoral, la extensión de la invasión miocervical (más de la mitad del espesor miocervical), la invasión parametrial, la extensión a la pared pelviana, la afectación de los ganglios linfáticos y la presencia de metástasis a distancia ⁽¹⁾.

Hay cuatro estadios de la enfermedad, tal como lo establece el sistema de clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), en el cual se basa el tratamiento. La correcta evaluación de cada una de estas fases es fundamental para determinar si la paciente se beneficiará con un tratamiento quirúrgico o con quimiorradioterapia concurrente. La cirugía se reserva para aquellos tumores menores o iguales al estadio IIA. Las mujeres con enfermedad en etapa temprana (en la cual no hay compromiso de los parametrios) pueden someterse a una histerectomía radical -denominada operación de Wertheim Meigs-, a una quimiorradioterapia concurrente o a ambas. Por

(1) Capítulo de Onco-Imágenes de la Sociedad Argentina de Radiología.
(2) Jefe de Sección Ginecología Oncológica, Hospital General de Agudos "J. A. Penna", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Correspondencia: Dra. Claudia Álvarez - claudiaalvarez@diagnosti-comaipu.com.ar

Recibido: febrero 2012; aceptado: marzo 2012
Received: february 2012; accepted: march 2012
©SAR

el contrario, aquellas que se encuentran en el estadio IIB o enfermedad avanzada con afectación parametrial sólo pueden ser tratadas con quimiorradioterapia concurrente.

La invasión metastásica de los ganglios linfáticos es un factor de mal pronóstico independiente, así como también la presencia de metástasis a distancia⁽³⁾.

Una correcta estadificación y evaluación de los factores pronósticos es crucial, por lo que el sistema TNM de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) ha sido integrado a los estadios aceptados por la FIGO. Estos métodos se basan en el examen físico de la pelvis y en estudios de diagnóstico por imágenes, ya que los ginecólogos tienen dificultades en la valoración del componente endomiocervical del tumor, la invasión parametrial, la evaluación de la pared lateral pélvica y de los ganglios linfáticos regionales y extrapélvicos.

Criterios a considerar en el informe médico de los estudios por imágenes

Es posible realizar la evaluación de la extensión tumoral mediante Tomografía Computada (TC) y Resonancia Magnética (RM), pudiéndose objetivar la obstrucción ureteral extrínseca, la invasión vesical y rectal, la presencia de adenopatías y la propagación a nivel extrapélvico. A su vez, por estos métodos, pueden monitorearse el tratamiento y la recurrencia del tumor.

Los factores más importantes a tener en cuenta en el informe de los estudios por imágenes deben incluir:

- 1) Tamaño del tumor.
- 2) Profundidad de la invasión miocervical.
- 3) Grado de extensión de la invasión parametrial (parametrios laterales y uterosacros), informando si llega hasta la pared pelviana.
- 4) Presencia de infiltración vaginal.

Tabla 1: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Tumor Primario (T).

Categoría TNM	Estadio FIGO	
TX		El tumor primario no puede evaluarse.
T0		No hay evidencia de tumor primario.
Tis*		Carcinoma <i>in situ</i> (carcinoma preinvasivo).
T1	I	Carcinoma cervical confinado al útero (la extensión al cuerpo no debe ser tenida en cuenta).
T1a**	IA	Carcinoma invasor diagnosticado sólo mediante microscopía. Invasión del estroma con una profundidad máxima de 5 mm y una extensión horizontal ≤ a 7 mm. El compromiso del compartimento vascular, venoso o linfático no afecta la clasificación.
T1a1	IA1	Invasión estromal ≤ 3 mm en profundidad y ≤ 7 mm de extensión horizontal.
T1a2	IA2	Invasión estromal > 3 mm y ≤ 5 mm en profundidad, con una extensión horizontal ≤ a 7 mm.
T1b	IB	Lesión clínicamente visible confinada al cuello uterino o lesión microscópica mayor que T1a/IA2.
T1b1	IB1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su mayor diámetro.
T1b2	IB2	Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor diámetro.
T2	II	Carcinoma cervical que invade más allá del útero, pero no compromete la pared pélvica o el tercio inferior de la vagina.
T2a	IIA	Tumor sin invasión de parametrios.
T2a1	IIA1	Lesión clínicamente visible ≤ 4 cm en su mayor diámetro.
T2a2	IIA2	Lesión clínicamente visible > 4 cm en su mayor diámetro.
T2b	IIB	Tumor con invasión de parametrios, sin llegar a la pared pelviana.
T3	III	Tumor que se extiende a la pared pélvica y/o compromete el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T3a	IIIA	El tumor compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica.
T3b	IIIB	El tumor se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o alteración de la función renal.
T4	IVA	El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis (el edema buloso no es suficiente para clasificar un tumor como T4).
* FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis).		
** Todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b/IB.		

Tabla 2: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Nódulos Linfáticos Regionales (N).

Categoría TNM	Estadio FIGO	
NX		Los ganglios linfáticos regionales no pueden ser evaluados.
N0		No hay ganglios linfáticos regionales metastásicos.
N1	IIIB	Presencia de ganglios linfáticos regionales metastásicos.

Tabla 3: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Metástasis a Distancia (M).

Categoría TNM	Estadio FIGO	
M0		No hay metástasis a distancia.
M1	IVB	Metástasis a distancia (incluyendo siembra peritoneal, ganglios linfáticos supraclaviculares, mediastinales o para-aórticos, pulmón, hígado o hueso).

Tabla 4: Estadificación de cáncer de cuello uterino de acuerdo a los criterios unificados de la AJCC y FIGO. Estadio anatómico - Grupos pronósticos (FIGO 2008).

Estadio	T	N	M
Estadio 0*	Tis	N0	M0
Estadio I	T1	N0	M0
Estadio IA	T1a	N0	M0
Estadio IA1	T1a1	N0	M0
Estadio IA2	T1a2	N0	M0
Estadio IB	T1b	N0	M0
Estadio IB1	T1b1	N0	M0
Estadio IB2	T1b2	N0	M0
Estadio II	T2	N0	M0
Estadio IIA	T2a	N0	M0
Estadio IIA1	T2a1	N0	M0
Estadio IIA2	T2a2	N0	M0
Estadio IIB	T2b	N0	M0
Estadio III	T3	N0	M0
Estadio IIIA	T3a	N0	M0
Estadio IIIB	T3b	Cualquier N	M0
	T1-3	N1	M0
Estadio IVA	T4	Cualquier N	M0
Estadio IVB	Cualquier T	Cualquier N	M1

* FIGO ya no considera el estadio 0 (Tis).

- 5) Evaluación de los ganglios linfáticos pelvianos y/o lumboaórticos desde la fosa obturatriz.
- 6) Evaluación de la infiltración del espacio véscico-cérvico-vaginal y/o del espacio recto-vaginal.
- 7) Evaluación de posibles metástasis a distancia.

La definición de TNM y la agrupación de los estadios han sido actualizados en la 7^o edición, reflejando la nueva estadificación adoptada por la FIGO, la cual ya no considera el estadio 0 (Tis). Asimismo, en la actualidad todas las lesiones visibles macroscópicamente, aun con invasión superficial, son consideradas como T1b/IB⁽⁴⁾.

Presentamos el sistema actualizado y unificado de estadificación para cáncer de cuello uterino (Tablas 1-4).

Bibliografía

1. Son H, Kositwattanarerk A, Hayes MP, et al. PET/CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics* 2010; 30:1251-8.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional de prevención de cáncer cérvico uterino. Disponible en (Available at): <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/>. Accedido (Accessed): enero 17, 2012.
3. Pannu HK, Corl FM, Fishman EK. PET/CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics* 2001; 21:1155-68.
4. American Joint Committee on Cancer. 7th edition – Cervix Uteri Cancer Staging. Disponible en (Available at): <http://www.cancerstaging.org/staging/posters/cervix24x30.pdf>. Accedido (Accessed): enero 17, 2012.

El autor y los colaboradores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.