

Resumen Cáncer Cervicouterino

Etiología · Tamizaje · Vacunación · Diagnóstico · Estadificación · Tratamiento

Ciclo 5 · Tema 2



1. Definición y Etiología

Neoplasia maligna del cuello uterino, causada casi siempre por infección **PERSISTENTE** de VPH de alto riesgo (16 y 18 = 70% de los casos).

Características clave

- Único cáncer ginecológico con agente causal identificado y **PREVENIBLE**.
- Tipo histológico más frecuente: carcinoma escamoso (70-80%). Adenocarcinoma: 15-20% (en aumento).

Carcinogénesis

- Oncoproteína E6 → inactiva p53.
Oncoproteína E7 → inactiva Rb.
- La **PERSISTENCIA** (no la infección transitoria) determina la progresión neoplásica.

2. Factores de Riesgo

Conducta sexual

Múltiples parejas sexuales, inicio temprano de relaciones sexuales.

Tabaquismo

Carcinogénico directo + inmunosupresión local.

Inmunosupresión

VIH/SIDA, trasplante.

Ausencia de tamizaje regular

El factor de riesgo más modificable a nivel poblacional.

No vacunación contra el VPH

Factor de riesgo prevenible mediante vacunación.

3. Historia Natural y Nomenclatura

Progresión lenta (10-20 años): VPH → CIN I → CIN II → CIN III → carcinoma invasor.

Citológico (Bethesda)	Histológico (CIN)
LSIL	CIN I tercio inferior del epitelio. Alta regresión espontánea (60-90%).
HSIL	CIN II-III hasta 2/3 o todo el espesor del epitelio.



CIN III (carcinoma in situ): todo el espesor del epitelio, membrana basal INTACTA → 0% riesgo de metástasis. Diferente del carcinoma invasor (atravesía la membrana basal).

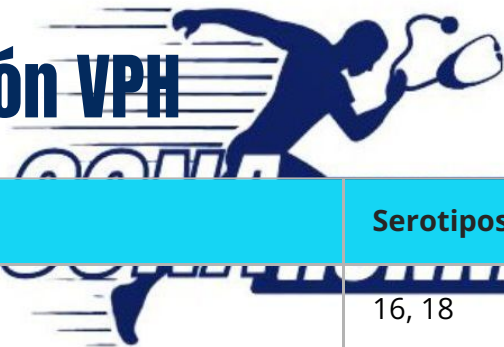
4. Tamizaje

Edad	Recomendación
< 21 años	NO tamizaje (independiente de la actividad sexual).
21-29 años	Citología sola cada 3 años.
30-65 años	VPH sola cada 5 años, o co-testing cada 5 años, o citología cada 3 años.
> 65 años	Suspender SI tamizajes previos adecuados y negativos.

 La vacunación NO sustituye el tamizaje.

 CIN II-III previo: seguimiento por al menos 25 años post-tratamiento.

5. Vacunación VPH



Vacuna	Serotipos
Bivalente	16, 18
Tetravalente	6, 11, 16, 18
Nonavalente	6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52, 58

Población objetivo
9-14 años (antes del inicio de la actividad sexual).

Esquema de dosis
< 15 años: 2 dosis (0 y 6-12 meses). ≥ 15 años o inmunocomprometidos: 3 dosis (0, 1-2, 6 meses).

Carácter PREVENTIVO
Es PREVENTIVA: no trata infecciones ni lesiones ya existentes.



6. Clínica y Diagnóstico

CIN y cáncer temprano = generalmente **ASINTOMÁTICOS**. Síntoma más característico del cáncer invasor: **sangrado intermenstrual/postcoital**.

Síntomas avanzados: dolor pélvico, dolor lumbar (hidronefrosis), edema de MMII, hematuria/rectorragia.

Paso diagnóstico	Detalle
Colposcopia	Visualización con ácido acético (lesiones acetoblancas) y/o yodo (Schiller).
Biopsia dirigida	GOLD STANDARD diagnóstico.
Conización	Si biopsia insuficiente o discordancia. También terapéutica en CIN II-III.



7. Estadificación FIGO 2018

⚠️ ⚠️ ÚNICA entre los cánceres ginecológicos: la estadificación es CLÍNICA, NO quirúrgica.

Estadio	Resumen
I	Confinado al cuello. IA: ≤ 5 mm profundidad. IB: visible o > 5 mm.
II	Más allá del útero, sin llegar a la pared pelviana ni 1/3 inferior vaginal.
III	Pared pelviana, 1/3 inferior vaginal, hidronefrosis, o ganglios + (IIIC).
IV	IVA: vejiga/recto. IVB: metástasis a distancia.



8. Tratamiento – Regla del Tamaño

CIN I: seguimiento. CIN II-III: LEEP/conización.

Estadio / tamaño	Tratamiento de elección
IA1, deseo de fertilidad	Conización (preserva el útero).
IA1 sin fertilidad / IA2	Histerectomía (simple o radical modificada) + linfadenectomía.
IB1-IIA1 (≤ 4 cm)	Histerectomía radical (Wertheim-Meigs) + linfadenectomía, O quimiorradioterapia. Equivalentes.
IB3-IVA (> 4 cm o avanzado)	QUIMIORRADIOTERAPIA CONCURRENTE (cisplatino semanal). NO cirugía.
IVB	Quimioterapia $\pm$ inmunoterapia. Paliativo.



9. ¡Ojo a estos datos! Runner

- ☐ VPH 16 y 18 = 70% de los casos. E6 inactiva p53; E7 inactiva Rb.
- ☐ NO tamizaje antes de los 21 años, sin importar la actividad sexual.
- ☐ 30-65 años: VPH cada 5 años / co-testing cada 5 años / citología cada 3 años.
- ☐ La vacuna NO sustituye el tamizaje ni trata lesiones existentes.
- ☐ CIN III = membrana basal intacta = 0% riesgo de metástasis.
- ☐ Colposcopia + biopsia = gold standard diagnóstico.
- ☐ Sangrado postcoital = síntoma más característico del cáncer invasor.
- ☐ Estadificación CLÍNICA (FIGO), no quirúrgica — único entre los cánceres ginecológicos.
- ☐ Tumores ≤ 4 cm: cirugía radical O quimiorradioterapia. Tumores > 4 cm o $\geq$ IIB: SOLO quimiorradioterapia.
- ☐ Cisplatino semanal = radiosensibilizador estándar.
- ☐ Conización = única opción que preserva la fertilidad (solo IA1 sin invasión linfovascular).