

Cáncer de cuello uterino: importancia de la nueva estadificación FIGO

Uterine cervix cancer: Importance of the new FIGO staging

Ernesto Lara Velásquez¹, Franco Calderaro Di Ruggiero², Sunangela Escalona Bonilla³

RESUMEN

El cáncer de cuello uterino representa a nivel mundial la cuarta causa de cáncer en la población femenina, presentándose el mayor porcentaje de los casos en países de bajos ingresos, ocupando en Venezuela la segunda causa de incidencia y mortalidad por cáncer en la mujer. Por ello un adecuado sistema de estadificación que permita conocer la extensión de la enfermedad, establecer pronóstico y tratamiento, es fundamental. En el 2018 la FIGO publicó su nueva estadificación para esta patología, teniendo como principales cambios con respecto a la anterior: Permitir el uso de cualquier modalidad de imagen y/o hallazgos patológicos para asignar el estadio, modificación de los hallazgos microscópicos y las designaciones de tamaño en el estadio I y la inclusión

de la evaluación del estatus ganglionar pélvico y paraaórtico. Demostrando que la estadificación es un proceso continuo que responde a los avances en el conocimiento de la patología, por lo cual es de relevante importancia conocer la nueva modificación propuesta por la FIGO.

Palabras clave: Cáncer de cuello uterino, FIGO, estadio, pronóstico, tratamiento.

SUMMARY

Cervical cancer represents worldwide the fourth cause of cancer in the female population, presenting the highest percentage of cases in low-income countries, occupying in Venezuela the second cause of incidence and mortality from cancer in women. Therefore, an adequate system of staging that allows to know the extension of the disease, establish prediction and

DOI: <https://doi.org/10.47307/GMC.2021.129.s4.7>

ORCID: 0000-0001-5045-0120¹

ORCID: 0000-0002-7101-8481²

ORCID: 0000-0002-5658-9198³

Servicio de Ginecología Oncológica. Servicio Oncológico Hospitalario. Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Caracas, Venezuela.

¹Ginecólogo Obstetra, Ginecólogo Oncólogo. Adjunto del Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Domingo Luciani, Caracas, Venezuela.

Recibido: 4 de septiembre 2021

Aceptado: 8 de septiembre 2021

²Doctor en Ciencias de la Salud, Cirujano General - Oncólogo, Ginecólogo Oncólogo, Jefe del Servicio y Director de los Posgrados de Cirugía y Ginecología Oncológica (UCV), SOH - IVSS, Miembro Correspondiente Nacional (ANM), Puesto 41. Caracas, Venezuela.

³Ginecólogo Obstetra, Ginecólogo Oncólogo, egresada del Servicio Oncológico Hospitalario (IVSS), Caracas, Venezuela.

Correspondencia: Dr. Ernesto Lara. Servicio Oncológico Hospitalario - IVSS. Urbanización Los Castaños, Calle Alejandro Calvo Lairat, Piso 4, El Cementerio, Caracas, Venezuela.

Tel: 0424-842.53.20.

E-mail: ernestolarav@gmail.com

treatment, is fundamental. In 2018, the FIGO published its new staging for this pathology, having as main changes with respect to the previous one: allowing the use of any imaging modality and/or pathological findings to assign the stadium, modification of microscopic findings, and designations of Size in a stadium I and the inclusion of the evaluation of pelvic and paraaortic lymph node status. Demonstrating that staging is a continuous process that responds to advances in the knowledge of pathology, for which it is relevant to know the new modification proposed by FIGO.

Keywords: *Cervical cancer, FIGO, stadium, prognosis, treatment.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de cuello uterino representa la cuarta causa más frecuente de cáncer en las mujeres a nivel mundial y la segunda en países de bajos ingresos. Es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por cáncer, con una incidencia de 604 127 nuevos casos y 341 831 defunciones anualmente en el mundo entero (1). Se presenta en más del 85 % de los casos en países en vía de desarrollo (2). En EE.UU un estimado de 14 480 nuevos casos serán diagnosticados en 2021, y 4 250 mujeres morirán por esta enfermedad (3). En Venezuela ocupa la segunda causa de incidencia y mortalidad con 3 709 nuevos casos y 2 129 muertes (4).

La extensión o el estadio del cáncer en el momento del diagnóstico es un factor clave que define el pronóstico y es un elemento crítico para determinar el tratamiento apropiado. Además, es necesaria una estadificación precisa para evaluar los resultados de los tratamientos y los ensayos clínicos, para facilitar el intercambio y la comparación de información entre los centros de tratamiento y para servir como base para la investigación del cáncer (5).

Anteriormente, la estadificación del cáncer de cuello uterino propuesta por la FIGO en 2009, se basaba principalmente en el examen clínico con la adición de ciertos procedimientos que fueron permitidos para cambiar el estadio. Posteriormente el comité de ginecología oncológica determinó que, la clasificación necesitaba revisión para mantener la unanimidad en todo el mundo,

mejorar su utilidad y aplicabilidad, estableciendo que la evaluación por imágenes y patológica de la pelvis, así como de los ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos, debían incorporarse formalmente en la estadificación del cáncer de cuello uterino, al tiempo que se le da al médico la flexibilidad de usarlo de acuerdo con los recursos disponibles, publicando la FIGO en 2018 un nuevo sistema de estadificación (2,6).

La estadificación del cáncer es un proceso en evolución que responde a los avances en la tecnología, nueva información sobre factores pronósticos y datos de resultados obtenidos en el tratamiento del cáncer, por lo cual el motivo de la presente revisión consiste en precisar la importancia del nuevo sistema de estadificación propuesto por la FIGO para el cáncer de cuello uterino.

Evolución

Las reglas para clasificar y estadificar los tumores malignos del tracto genital femenino adoptadas por la FIGO, se originaron en el trabajo realizado por la subcomisión radiológica, de la comisión de cáncer, de la Organización de salud de la liga de naciones. En 1928, la subcomisión radiológica asigna la tarea de explorar la posibilidad de producir información estadística uniforme sobre los resultados de métodos de tratamiento radioterapéuticos para el cáncer de cuello uterino (7,8). Este objetivo que sería logrado si varias instituciones produjeran información estadística recolectada en una forma consistente para el análisis y evaluación, subrayando la necesidad absoluta de un método uniforme para describir la extensión de la enfermedad (9,10). Esto llevó a un sistema de clasificación internacional por grupos para pacientes con cáncer de cuello uterino, basado en el examen clínico y en la extensión anatómica. Esta clasificación por estadios fue designada imitando la historia natural de la enfermedad, es decir, representando en los diferentes estadios, el crecimiento progresivo del tumor.

Tales recomendaciones fueron publicadas en 1929, y se hizo conocida como clasificación de la liga de naciones para el cáncer de cuello uterino, recomendándose en 1934, que una publicación en forma de reporte médico, debería

ser emitida anualmente, analizando los resultados de tratamiento con radioterapia en pacientes con cáncer de cuello uterino, estimado después de una observación de no más de 5 años, siendo publicado con el nombre de “Anual Report” por la organización de salud de la liga de naciones, y es para 1958 cuando la FIGO asume de la publicación del Anual Report (11) modificándose gradualmente en los años sucesivos el sistema de estadificación del cáncer de cuello uterino y de los diferentes cánceres ginecológicos, conforme avanzan el conocimiento científico y las investigaciones en el campo de la oncología.

Nueva estadificación FIGO

El cáncer de cuello uterino se propaga por extensión directa a los parametrios, la vagina, el útero y los órganos adyacentes, es decir, la vejiga y el recto. También se disemina a lo largo de los canales linfáticos, a los ganglios linfáticos regionales, a saber, obturador, ilíaco externo e ilíaco interno, y de allí a los ganglios ilíacos comunes y paraaórticos. La metástasis lejana a los pulmones, el hígado y hueso por la vía hematológica, es un fenómeno tardío (6).

Anteriormente, la estadificación FIGO se basaba principalmente en el examen clínico con la adición de ciertos procedimientos que fueron permitidos por la FIGO para cambiar la estadificación. Para el año 2016 comenzó un proceso de análisis de la revisión bajo el liderazgo de la Profesora Neerja Bhatla, presidente del Comité de Oncología Ginecológica, de la FIGO, estableciendo las siguientes enmiendas en la estadificación del carcinoma de cuello uterino en el año 2018 (2):

1. Permitir el uso de cualquier modalidad de imagen y/o hallazgos patológicos para asignar el estadio.
2. En el estadio I, enmiendas a los hallazgos patológicos microscópicos y a las designaciones de tamaño, lo que permite el uso de imágenes y/o evaluación patológica del tamaño del tumor cervical.
3. En el estadio II, permitiendo el uso de imágenes y/o evaluación patológica del tamaño y la extensión del tumor cervical.
4. Del estadio I al III, que permite la evaluación

de los ganglios linfáticos retroperitoneales mediante imágenes y/o hallazgos patológicos y, si se consideran metastásicos, el caso se designa como un estadio IIIC (con notación del método utilizado para la asignación del estadio).

5. No hay recomendaciones para estudios de rutina, que se deben decidir sobre la base de los hallazgos clínicos y el estándar de atención.

Estadio I

El carcinoma está estrictamente confinado al cuello uterino.

- **IA:** carcinoma que puede ser diagnosticado solo por microscopía con una invasión profunda medida <5.0 mm (la participación de espacios linfovascuales no cambia el estadio). **IA1:** Invasión estromal $<3,0$ mm en profundidad. **IA2:** Invasión estromal ≥ 3.0 mm y <5.0 mm en profundidad (6).
- **IB:** carcinoma con invasión ≥ 5.0 mm de profundidad, limitado al cuello uterino. **IB1:** carcinoma con invasión $\geq 5,0$ mm de Profundidad y $<2,0$ cm en su mayor dimensión. **IB2:** carcinoma $\geq 2,0$ cm y $< 4,0$ cm en su mayor dimensión. **IB3:** carcinoma $\geq 4,0$ cm en mayor dimensión. (6)

En el estadio IA, la extensión lateral de la lesión ya no se toma en cuenta. En el estadio IB, se ha introducido un punto de corte adicional de 2,0 cm, basado en datos oncológicos de las cirugías preservadoras de fertilidad, incluida la conización en la etapa IA y la traquelectomía radical en la etapa temprana IB (2). Plante y col. (2011), en una revisión de 125 pacientes con cáncer de cuello uterino con lesiones <4 cm sometidas a traquelectomía radical, determinaron que este es un procedimiento oncológicamente seguro en estas pacientes bien seleccionadas, asociándose lesiones > 2 cm con mayor riesgo de recurrencia (12). Igualmente, Bentivegna y col. (2016), encontraron que en Tumores > 2 cm la traquelectomía radical presentaba un elevado riesgo de recurrencia (13). Coincidiendo con diferentes autores quienes demostraron tasas de recurrencia significativamente más

bajas en pacientes cuyo tumor mide < 2 cm en comparación con aquellos que miden entre 2 y 4 cm en su dimensión más grande (14-22).

Estadio II

El carcinoma invade más allá del útero, pero no al tercio inferior de la vagina ni a la pared pélvica.

- **IIA:** Compromiso limitado a los dos tercios superiores de la vagina sin compromiso parametrial. **IIA1:** carcinoma <4,0 cm en mayor dimensión. **IIA2:** carcinoma ≥4,0 cm en mayor dimensión (6).
- **IIB:** con invasión parametrial, sin llegar a la pared pélvica (6).

En el estadio II, el tamaño de la lesión se puede medir clínicamente, en imágenes o patología, como en el estadio I. También cualquier paciente con ganglios linfáticos positivos de inmediato aumenta el estadio a IIIC (2).

Estadio III

El carcinoma implica el tercio inferior de la vagina y/o se extiende a la pared pélvica y/o causa hidronefrosis o falló de la función renal y/o implica los ganglios linfáticos pélvicos y/o para aórticos (6).

- **IIIA:** El carcinoma compromete el tercio inferior de la vagina, sin extensión a la pared pélvica (6).
- **IIIB:** Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón que no funciona (6).
- **IIIC:** Compromiso de los ganglios linfáticos pélvicos y/o para aórticos, independientemente del tamaño y la extensión del tumor (con las notaciones de R y P). **IIIC1:** Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos solamente. **IIIC2:** Metástasis a ganglios linfáticos para aórticos (6).

La presencia de metástasis de ganglios linfáticos pélvicos o paraaórticos asigna el caso al estadio IIIC, independientemente de los otros hallazgos, ya que tienen una supervivencia más pobre en comparación con aquellos que no tienen

metástasis de ganglios linfáticos (23-25). Se debe colocar la notación de 'R' o 'P' dependiendo de si la determinación del compromiso ganglionar se asignó basado en estudios de imágenes o evaluación patológica, respectivamente. La presencia de micro metástasis en ganglios linfáticos se considera estadio IIIC, en cambio la presencia de células tumorales aisladas no cambia el estadio, pero su presencia debe ser reportada (26).

Estadio IV

El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis o ha involucrado (demostrado en biopsia) la mucosa de la vejiga o recto (6).

- **IVA:** propagación a órganos adyacentes.
- **IVB:** propagación a órganos distantes.

Este estadio permanece sin modificaciones.

CONCLUSIONES

La estadificación del cáncer de cuello uterino es especialmente un factor clave en la definición del pronóstico y un elemento fundamental para determinar el tratamiento, resaltando que es un proceso continuo, sujeto a cambios conforme avanza el conocimiento de esta patología, por lo cual es de relevante importancia conocer la nueva modificación propuesta por la FIGO para el cáncer de cuello uterino.

REFERENCIAS

1. Global Observatory of Cancer-GLOBOCAN. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. 2020. [Internet] [Consulta: 05/09/21] <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/23-Cervix-uteri-fact-sheet.pdf>.
2. Bhatla N, Berek JS, Cuello Fredes M, et al. Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri. Int Gyneacol Obstet. 2019;145:129-135.
3. Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. Cancer Statics, 2021. CA Cancer J Clin. 2021;71:7-33.
4. Global Observatory of Cancer-GLOBOCAN. Cancer Today. International Agency for Research on Cancer. 2020. [Internet] [Consulta: 05/09/21]. <https://gco.iarc>.

- fr/today/data/factsheets/populations/862-venezuela-bolivarian-republic-of-fact-sheets.pdf.
5. Compton CC, Byrd DR, Garcia-Aguilar J, Kurtzman SH, Olawaiye A, Washington MK. Purposes and principles of cancer staging. In: Compton C, Byrd D, Garcia-Aguilar J, Kurtzman S, Olawaiye A, Washington M, editors. *AJCC Cancer Staging Atlas*. New York, NY: Springer; 2012.p.3-22. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-2080-4_1
 6. Bhatla N, Aoki D, Sharma D, et al. Cancer of the cervix uteri. *Int J Gynecol Obstet*. 2018;143(Suppl 2):22-36.
 7. Petterson F. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. FIGO; 1988. Twentieth volume.
 8. Petterson F. Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. FIGO; 1995. Twenty - second volume.
 9. Benedet JL. History of the Annual Report. *Int J Gynecol Obstet*. 2006;95:1-2.
 10. Gospodarowicz MK, Benedet L, Hutter RV, Fleming I, Henson DE, Sobin LH. History and international developments in cancer staging. *Cancer Prev Control*. 1998;2:262-268.
 11. Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman, WT. History of the FIGO cancer staging system. *Inter J Gynecol Obstet*. 2008;101(2):205-210.
 12. Plante M, Gregoire J, Renaud MC, Roy M. The vaginal radical trachelectomy: An update of a series of 125 cases and 106 pregnancies. *Gynecol Oncol*. 2011;121(2):290-297.
 13. Bentivegna E, Maulard A, Pautier P, Chargari C, Gouy S, Morice P. Fertility results and pregnancy outcomes after conservative treatment of cervical cancer: A systematic review of the literature. *Fertil Steril*. 2016;106:1195-1211.
 14. Schmeler KM, Frumovitz M, Ramirez PT. Conservative management of early-stage cervical cancer: Is there a role for less radical surgery? *Gynecol Oncol*. 2011;120:321-325.
 15. Park JY, Joo WD, Chang SJ, Kim JH, Kim YM, et al. Long- term outcomes after fertility - sparing laparoscopic radical trachelectomy in young women with early – stage cervical cancer: An Asan Gynecologic Cancer Group (AGCG) study. *J Surg Oncol*. 2014;110:252-257.
 16. Ramírez PT, Pareja R, Rendón GJ, Millan C, Frumovitz M, Schmeler KM. Management of low - risk early-stage cervical cancer: Should conization, simple trachelectomy, or simple hysterectomy replace radical surgery as the new standard of care? *Gynecol Oncol*. 2014;132:254-259.
 17. Hauerberg L, Høgdall C, Loft A, Ottosen C, Bjoern SF, Mosgaard BJ, et al. Vaginal radical trachelectomy for early-stage cervical cancer. Results of the Danish National Single Center Strategy. *Gynecol Oncol*. 2015;138:304-310.
 18. Slama J, Cerny A, Dusek L, Fischerova D, Zikan M, Kocian R, et al. Results of less radical fertility -sparing procedures with omitted parametrectomy for cervical cancer: 5 years of experience. *Gynecol Oncol*. 2016;142:401-404.
 19. Plante M, Renaud MC, Sebastianelli A, Gregoire J. Simple vaginal trachelectomy: A valuable fertility – preserving option in early – stage cervical cancer. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27:1021-1027.
 20. Póka R, Molnár S, Daragó P, Lukács J, Lampé R, Krasznai Z, et al. Intention – to -treat analysis of radical trachelectomy for early- stage cervical cancer with special reference to oncologic failures: Single-institutional experience in Hungary. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27:1438-1445.
 21. Tomao F, Maruccio M, Preti EP, Boveri S, Ricciardi E, Zanagnolo V, et al. Conization in early-stage cervical cancer: Pattern of recurrence in a 10- year single – institution experience. *Int J Gynecol Cancer*. 2017;27:1001-1008.
 22. Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, et al. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility- sparing treatment of cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oncotarget*. 2017;8:46580-46592.
 23. Martimbeau PW, Kjorstad KE, Iversen T. Stage IB carcinoma of the cervix, the Norwegian Radium hospital. II. Results when pelvic nodes are involved. *Obstet Gynecol*. 1982;60:215-218.
 24. Stehman FB, Bundy BN, Di Saia PJ, Keys HM, Larson JE, Fowler WC. Carcinoma of the cervix treated with radiation therapy: I. A multivariate analysis of prognostic variables in the Gynecologic Oncology Group. *Cancer*. 1991;67:2776-2785.
 25. Cheng X, Cai S, Li Z, Tang M, Xue M, Zang R. The prognosis of women with stage IB1- IIB node- positive cervical carcinoma after radical surgery. *World J Surgical Oncol*. 2004;2:47.
 26. Corrigendum to “Revised FIGO staging for carcinoma of the cervix uteri” [*Int J Gynecol Obstet* 2019;145:129-135]. *Intern J Gynecol Obstet*. 2019;147(2):279-280.