

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



**"GUÍAS DE MANEJO EN
GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA"**

OCTUBRE - 2005

Presentación



El **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la División Técnica Normativa, quién a través del Departamento de Normalización es la responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido, "**LAS GUIAS DE MANEJO EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA**", será un documento normativo que tendrá como objetivo guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta especialidad en su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



Ing. Jorge Mariano Pinto
Director General del ISSS

Instituto Salvadoreño del Seguro Social

SUB DIRECCIÓN DE SALUD

DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN



"GUÍAS DE MANEJO EN GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA"

OCTUBRE - 2005

COMITÉ NORMATIVO

JEFE
DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA

Dr. Simón Baltazar Agreda

JEFE DEPTO.
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN

Dr. Guillermo José Valdés Flores

COLABORADOR TÉCNICO MÉDICO
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.

Dr. Marco Antonio Salazar Castellanos

**MÉDICOS GINECOLOGOS ONCOLOGOS
QUE PARTICIPARON EN LA ELABORACION DE
LAS GUÍAS DE MANEJO EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA**

1	<i>Dr. Julio Cesar Raymundo</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
2	<i>Dra. Estela de Amaya</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
3	<i>Dra. Manuela de Jesús Arevalo</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
4	<i>Dra. Karla Callejas</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
5	<i>Dr. Francisco Hernandez</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
6	<i>Dr. Ángel Vázquez</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA
7	<i>Dr. Julio Cesar Leonor</i>	HOSP. DE ONCOLOGÍA

MÉDICOS QUE PARTICIPARON EN LA VALIDACION DE LAS GUÍAS DE MANEJO EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA

1	<i>Dra. Lidia Cordero De Munguía</i>	Coordinadora De Ginecología Y Obstetricia Um. Atlacatl
2	<i>Dra. Martha Violeta Rivas</i>	Coordinadora De Ginecología Y Obstetricia Um Ilopango
3	<i>Dr. Julio Cesar Raymundo</i>	Hospital Oncología
4	<i>Dra. Leonor Meléndez</i>	Monitoreo A La Gestión Local
5	<i>Dr. Mario Alberto Mejía</i>	Coordinador De Ginecología Y Obstetricia Um.15 De Sept.
6	<i>Dr. Carlos Pérez Arce</i>	Jefe Servicios Clínicos Hospital 1º De Mayo

7	Dr. Roberto Peña Chang	Jefe Departamento. Partos Y Emergencia Hospital 1º De Mayo
8	Dra. Maria Estela Ramos De A.	Hospital Oncología
9	Dra. Blanca Lorena Castillo	Coordinadora De Ginecología Y Obstetricia Um. Santa Tecla
10	Dr. Santiago Orellana Reyes	Jefe Oncologia Clínica
11	Dra. Delmy De Hernández	Directora Hospital De Oncología
12	Dr. Guillermo José Valdes	Jefe Departamento De Normalización
13	Dra. Mercedes Abrego De Aguilar	Hospital Amatepec
14	Dr. Eduardo Cordova	Jefe De Enseñanza H.1º De Mayo
15	Dra. Patricia Herrera	Coordinadora De Ginecología Y Obstetricia Um. Zacatecoluca
16	Dr. Angel Vasquez Barahona	Hospital Oncología
17	Dra. Armida Canizalez	Hospital De Oncología H. San Miguel
18	Dr. Marvin López	Ginecologo Oncologo H. Santa Ana
19	Dra. Rosa Vilma De Soto	Ginecologo Obstetra H. San Miguel
20	Dr. Rafael Olivares	Jefe Departamento De Ginecología Y Obstetricia H 1º De Mayo
21	Dr. Julio César Leonor	Ginecologo Oncologo H. De Oncología
22	Dr. Armando H. Lucha	Coordinador De Ginecología Y Obstetricia Um. San Jacinto
23	Dra. Alejandrina Figueroa	Coordinadora De Ginecología Y Obstetricia Um. De Apopa
24	Dr. Mauricio Campos	Coordinador De Ginecología Y Obstetricia Um. Zacamil
25	Lic. Susana Blanco	Colaborador Técnico En Salud Prevención En Salud
26	Dra. Georgina Santamaría Durán	Colaborador Técnico Médico Prevención En Salud
27	Dr. Nelson Martinez Alvarado	Coordinador De Ginec-Obst. Um. Aguilares
28	Dra. Mayra Miranda	Coordinador De Ginec-Obst. H. Sonsonate
29	Dr. Jaime Burgos	Jefe Depto. Gineco-Obstetricia. H. Roma
30	Dr. José Francisco Hernández	Hospital De Oncología
31	Dr. José Marvin Moreno	Hospital Amatepec
32	Dra. Manuela Arévalo	Hospital De Oncología
33	Dra. Karla Callejas	Hospital De Oncología

ÍNDICE

NOMBRE	No. PAG.
INTRODUCCION	1
OBJETIVO GENERAL	1
OBJETIVOS ESPECIFICOS	2
CAMPO DE APLICACIÓN	2
1. CARCINOMA INVASIVO DE CERVIX UTERINO	3
2. CÁNCER DE OVARIO	12
3. CANECER DE VULVA	20
4. CARCINOMA DE LA VAGINA	25
5. CANCER ENDOMETRIAL	28
6. CANCER DE MAMA	35
7. ENFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFOBlasto	45
OBSERVANCIA DE LAS GUIAS	56
BIBLIOGRAFÍA	56
VIGENCIA DE LAS GUIAS	57

Prefacio.

Dentro de la función básica y normativa del servicio de Ginecología Oncológica, podemos señalar el hecho de que éste se encarga de establecer las normas para la detección temprana, el diagnóstico, la evaluación pretratamiento, los métodos de tratamiento y el seguimiento, para las pacientes derecho habiente, que adolecen de Cáncer Ginecológico, entendiéndose como tal aquellas neoplasias preinvasivas e invasivas que afecten la mama femenina, el cuello del uterino, los ovarios, el endometrio, el miometrio, la vagina, la vulva, las trompas de Falopio y las derivadas del trofoblasto.

Estas normas deberán ser aplicadas en la institución a nivel local y nacional.

Son política médica del Instituto Salvadoreño del Seguro Social y estarán en concordancia con las que emanen del Comité Interinstitucional del cáncer Ginecológico a través de la Gerencia de Salud Integral para la Mujer del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

DISTRIBUCION ORGANICA, FUNCIONES ESPECÍFICAS:

Los niveles de atención que comprende el servicio de Ginecología Oncológica son los siguientes:

1. Consulta externa de Ginecología Oncológica.
2. Consulta externa de Colposcopia.
3. Consulta externa de Pre Quimioterapia.
4. Consulta externa de Morbilidad.
5. Atención Ambulatoria de Evaluaciones Oncológicas.
6. Hospitalización.
7. Sala de operaciones.

La responsabilidad primaria de la calidad de la atención médica que proporciona el Servicio de Ginecología Oncológica, recae en forma general sobre el Jefe del servicio. Este podrá ejercitar esta responsabilidad mediante la delegación de

autoridad, responsabilidad y funciones en los médicos agregados. Esta atención médica deberá seguir los lineamientos establecidos en las guías de manejo y en los protocolos de tratamiento y de investigación vigentes en el servicio.

El médico agregado asignado en cada uno de los servicios es el responsable del adecuado funcionamiento de los mismos.

Las disciplinas terapéuticas que el servicio de Ginecología Oncológica empleará para el manejo de sus pacientes serán: La Cirugía, la Quimioterapia, la Radioterapia, la Hormonoterapia y la Inmunoterapia.

Los protocolos de tratamiento y de investigación, específicos para cada una de las patologías, serán aplicados en el seno del servicio, estableciéndose para cada caso en particular, la integración de las diferentes disciplinas terapéuticas, los procedimientos quirúrgicos, esquemas de Quimioterapia, dosis de medicamentos, radioterapia, hormonoterapia, etc. que permitan obtener los mejores resultados posibles de control de la enfermedad.

Las presentes guías de manejo contienen el conocimiento básico de cada una de las patologías Gineco Oncológicas y persiguen establecer los lineamientos generales de manejo que en los diferentes servicios y centros de atención de la institución permitan al Médico Residente, al Médico General, al Ginecólogo y al especialista en cualquier disciplina de la medicina, iniciar la atención oportuna y dirigida de las derechohabientes con Cáncer Ginecológico, antes de ser referidas al servicio de Ginecología Oncológica.

1. INTRODUCCIÓN:

En el marco institucional y bajo el nuevo enfoque administrativo por procesos, corresponde al Departamento de Normalización y Estandarización la revisión, actualización y elaboración de guías de manejo de procesos mórbidos en los diferentes niveles de atención médica del ISSS.

Se espera que el presente documento "**GUIAS DE MANEJO EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA**", sirva de soporte a nivel nacional para que los médicos ginecólogos oncólogos proporcionen atención médica en forma uniforme, basada en evidencia científica y en la experiencia de ginecólogos oncólogos que laboran en el Instituto.

Es necesario reconocer que el ISSS proporciona, al derechohabiente, atención oportuna y eficiente en **GINECOLOGIA ONCOLOGICA**, sin embargo debe uniformizarse el manejo de los principales procesos mórbidos que se atienden en esta rama, a fin de reducir la variabilidad y darle la oportunidad al paciente de recibir una misma calidad de atención a lo largo y ancho del territorio nacional.

LAS GUIAS DE MANEJO EN GINECOLOGIA ONCOLOGICA se han elaborado con la participación de Ginecólogos Oncólogos con experiencia en el instituto, quienes revisaron los ensayos elaborados previamente y bibliografía basada en evidencia y para su validación participaron Ginecólogos Oncólogos del Hospital de Oncología del ISSS, de hospitales regionales de Santa Ana y San Miguel, Jefe de Oncología Clínica del Hospital de Oncología del ISSS, Dirección del Hospital de Oncología y médicos coordinadores de Ginecología y Obstetricia que representan a los diferentes Centros de Atención; conducidos por los Colaboradores Técnicos Médicos del Proceso de Normalización.

2. OBJETIVO GENERAL

Regular la calidad de la práctica clínica a través de la **estandarización** de los procedimientos de la atención en Ginecología Oncológica que permitan realizar una intervención adecuada, eficiente, oportuna e integral, mejorando el pronóstico y la recuperación del paciente.



3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Estandarizar los manejos médicos en todos los hospitales, para disminuir la variabilidad de la práctica clínica y quirúrgica.
2. Proporcionar a los médicos que atienden pacientes con compromiso médico en la institución, una herramienta que permita una atención adecuada, oportuna e integral.
3. Proporcionar a los médicos Ginecólogos Oncólogos un marco legal estandarizado para la práctica médica institucional.
4. Mejorar la calidad de vida de la población derechohabiente a través de una práctica clínica y quirúrgica eficaz y eficiente.

4. CAMPO DE APLICACIÓN

Estas guías son de observancia obligatoria para todo el personal de salud que labora en los Centros de Atención a nivel nacional, que brindan atención a la población derechohabientes del ISSS.



1. CARCINOMA INVASIVO DE CERVIX.

(CIE-10: C- 53)

DEFINICION

Es la presencia de células cancerosas en el exocervix o en el endocervix del cuello uterino que invaden la profundidad del estroma.

EPIDEMIOLOGÍA FRECUENCIA Y MOBIMORTALIDAD DEL CANCER DE CERVIX.

Es considerado un cáncer prevenible porque tiene un estado pre-invasivo largo, es una enfermedad progresiva que se inicia con cambios a nivel intraepitelial (displasia), los cuales pueden progresar a una lesión invasiva en un periodo de tiempo.

El carcinoma invasivo del cervix es la neoplasia ginecológica más frecuente en El Salvador. En el ISSS de acuerdo a los datos de registro del cáncer en los últimos cinco años ocupa el SEGUNDO lugar de los canceres ginecológicos y el TERCER lugar del total de canceres que se presentan y tratan en la Institución (después del de piel y el de mama). Se desconoce el impacto de esta enfermedad en la mortalidad tanto a nivel nacional como Institucional por carecer de los registros adecuados, pero no se duda de su relevancia, ni se desconoce la importancia que esta enfermedad tiene en nuestro medio, donde el cáncer del cervix ocupa un lugar importante dentro de las causas de muerte de nuestro país. Por ello es importante que tengamos programas de tamizaje poblacional que persiguen la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de esta enfermedad que pueden llegar a influenciar la incidencia y la mortalidad de la misma.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON EL DESARROLLO DEL CANCER CERVICAL.

Entre los factores que se ha asociado con un incremento del riesgo de cáncer del cuello uterino se encuentran:

- ⇒ Promiscuidad sexual.
- ⇒ Primer coito a temprana edad.



- ⇒ Antecedentes de infección por herpes virus o papiloma virus humano (HPV).
- ⇒ Hábito de fumar y la exposición pasiva al humo del cigarrillo.
- ⇒ Inmunodeficiencia.
- ⇒ Otras neoplasias ginecológicas como el Ca de vulva o vagina.
- ⇒ Factores masculinos (Ca de pene o antecedentes de compañera sexual con Ca de cervix).
- ⇒ La no asistencia a la citología Cervico vaginal ya sea de primera vez o periódica que aunque no es un factor de riesgo que favorezca el desarrollo del cáncer, es un factor presente de manera muy importante en los casos diagnosticados de enfermedad invasiva, el 50% nunca se han hecho una citología y en un 30% la ultima citología ha sido en un intervalo mayor de 3 años, esto ha permitido establecer grupos de riesgo a los cuales debe ir dirigida la toma de la citología Cervico vaginal de tamizaje.

ETIOLOGIA DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO.

Se considera como una enfermedad de transmisión sexual de uno o más agentes, posiblemente el herpes virus o el papiloma virus humano (HPV). Este último es el agente etiológico más probable del cáncer del cuello uterino.

Se han descrito en la actualidad más de 125 tipos de HPV. El comportamiento clínico más agresivo lo mostraron los **tipos 16 y 18**. Los estudios sugieren que los tumores que contienen estos tipos (16 y 18) pueden progresar a una enfermedad invasiva sin una fase pre-invasiva prolongada, por ello es importante la identificación de los tipos de HPV que presentan nuestras pacientes cuando se les diagnostica la neoplasia intra-epitelial cervical.

Actualmente la institución no cuenta con la tecnología para la identificación y tipificación del VPH; pero se hace necesario incorporar esta tecnología en el adecuado manejo de la NIC.



CRITERIOS DIAGNOSTICOS

El mejor método de tamizaje, para diagnosticar cáncer del cervix lo constituye la toma de la citología Cervico vaginal, la cual se debe realizar en toda paciente que ha iniciado actividad sexual.

Ante una citología anormal (NIC, infección por HPV o herpes virus) se debe realizar una colposcopia diagnóstica de acuerdo a las normas de manejo de la lesión intraepitelial cervical.

Toda paciente con diagnóstico histológico de cáncer invasivo del cuello uterino o tumor cervical clínicamente sospechoso, debe referirse urgentemente al Servicio de Ginecología Oncológica.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS

El carcinoma del cervix en estadíos iniciales se presenta de forma asintomática y usualmente es detectado en una toma de citología Cervico-vaginal de rutina.

En estadíos más avanzados es frecuente encontrar:

- ⇒ Hemorragia vaginal: Es el síntoma más frecuente. Más a menudo es hemorragia post-coital, pero puede ocurrir como metrorragia indolora e intermitente, hemorragia irregular o postmenopausica. A medida que crece el tamaño del tumor, los episodios de hemorragia se hacen más frecuentes, más importantes y de mayor duración.
- ⇒ Descarga vaginal mal oliente. (se presenta en pacientes con enfermedad avanzada y con tumores infectados).
- ⇒ Pérdida de peso.
- ⇒ Uropatía obstructiva. (uremia con inanición profunda).
- ⇒ Dolor referido al flanco o al miembro inferior, que suele ser secundario a la afectación de los uréteres, la pared pélvica y/o el recorrido del nervio ciático. Esto se presenta en estadíos avanzados.
- ⇒ Disuria, hematuria, rectorragia o estreñimiento. (debido a invasión vesical o rectal).



- ⇒ Edema persistente de uno o de ambos miembros inferiores. (resultado del bloqueo venoso y linfático debido a la afectación extensa de la pared pélvica).

EXPLORACIÓN FÍSICA

Es indispensable una buena historia clínica, complementada con un exhaustivo examen físico general y ginecológico. Durante la exploración general deben palparse los senos, los ganglios linfáticos supraclaviculares e inguinales para excluir enfermedad metastásica.

Al examen ginecológico debe explorarse el cuello para determinar el tamaño del tumor, consistencia, tipo de crecimiento endofítico, exofítico o en barril. Si hay tumor macroscópico debe tomarse biopsia para establecer el diagnóstico histológico en el lugar donde la paciente está siendo examinada, ya sea en el consultorio externo o en el de emergencia de cualquier nivel de atención; seguidamente se le colocará un tapón o mecha vaginal para impedir el sangrado y debe ser referida inmediatamente al servicio de Ginecología Oncológica para su respectiva evaluación o referida al Hospital de SEGUNDO nivel para su ingreso si el sangrado es profuso.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- ⇒ Ht - Hb, leucograma, plaquetas.
- ⇒ Típo y Rh.
- ⇒ VDRL.
- ⇒ HIV
- ⇒ Nitrógeno ureico y Creatinina.
- ⇒ Fosfatasa alcalina.
- ⇒ Transaminasa Glutámica Oxalacética(TGO) y Transaminasa glutámico Pirúvico (TGP)
- ⇒ Rx de tórax
- ⇒ Pielograma endovenoso (si es necesario)
- ⇒ Ultrasonografía hepática, renal y periaórtica.



- ⇒ Ultrasonografía pélvica.
- ⇒ Examen general de heces y de orina.
- ⇒ Glicemia en ayunas.
- ⇒ Cistoscopia, centellograma, TAC o cualquier otro examen más sofisticado se indicarán de acuerdo a cada caso se considera necesario.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.

Dentro de las patologías a tomar en cuenta están:

2. Fibroma cervical
3. Condiloma Acuminado
4. Fibroma Endocervical
5. Mioma Pediculado o abortado
6. Polipo Endocervical

CLASIFICACION HISTOLOGICA DEL CANCER DEL CERVIX

- ⇒ EPIDERMOIDE (más frecuente).
- ⇒ ADENOCARCINOMA.
- ⇒ ADENOESCAMOSO (peor pronóstico).

CLASIFICACION DEL CANCER DEL CERVIX, de acuerdo a figo

✓ **ESTADIO I**

ESTADIO I A:

Carcinoma invasivo identificado solo **microscópicamente**. La invasión al estroma tiene una profundidad máxima de 5 mm y no más ancha de 7 mm.

ESTADIO I AI:

Medida de la invasión estromal no mayor a los 3 mm de profundidad y no más ancha de los 7 mm.



ESTADIO I A2:

Medida de la invasión estromal mayor de 3 mm y no mayor de los 5 mm, y no más ancha de los 7 mm.

La profundidad de la invasión, no deberá ser mayor de 5 mm desde la base del epitelio, de su superficie o glandular del cual se origine.

El compromiso del espacio vascular, venoso o linfático no altera el estadio.

Todas las lesiones macroscópicas aun con invasión superficial corresponden al estadio I B.

ESTADIO I B:

Lesiones clínicas limitadas al cervix o lesiones preclínicas mayores al estadio IA.

ESTADIO I BI:

Lesiones clínicas no mayores de 4 cm de tamaño.

ESTADIO I B2:

Lesiones clínicas mayores de 4 cm de tamaño.

El Cáncer Oculto ("OCC") es un cáncer histológicamente invasivo que no puede ser diagnosticado por medio del examen clínico de rutina. En general se diagnostica en base a conización, o en el útero extirpado. Estos casos deben ser incluidos en el estadio I B.

✓ **ESTADIO II:**

Afectación de los dos tercios superiores de la vagina o infiltración a los parametrios sin llegar a la pared pélvica.

ESTADIO II A:

Afectación de la vagina sin evidencia de afectación parametrial.

ESTADIO II B:

Afectación de los parámetros sin afectación de la pared lateral de la pelvis.



✓ **ESTADIO III:**

Afectación del tercio inferior de la vagina o extensión a la pared lateral de la pelvis. Deben incluirse todos los casos con hidronefrosis o riñón no funcionando a no ser que dichos trastornos nefrológicos puedan atribuirse a otra causa conocida.

ESTADIO III A:

Afectación del tercio inferior de la vagina, pero no hay extensión del cáncer a la pared pélvica.

ESTADIO III B:

Extensión del tumor hasta la pared lateral de la pelvis y/o hidronefrosis o riñones no funcionantes.

✓ **ESTADIO IV:**

El carcinoma se ha extendido fuera de la pelvis verdadera o tiene clínicamente envuelta la mucosa de la vejiga o del recto.

ESTADIO IV A:

Invasión a la mucosa vesical o rectal. (Invasión a órganos adyacentes).

ESTADIO IV B:

Metástasis a distancia o enfermedad por fuera de los límites de la pelvis verdadera.

TRATAMIENTO

Las modalidades de tratamiento del cáncer del cuello uterino son:

1- RADIOTERAPIA.

Es el tratamiento de elección y puede ser utilizada en todas las etapas de la enfermedad

2- CIRUGIA

- a. Histerectomía con vaginectomía parcial (I A1)



- B. Har + lpb. Esta indicada solo en las etapas I a2, I b (tumor de 3 cm. Ó menos) y II a con invasión mínima a la vagina. Además el paciente debe de tener menos de 50 años, no debe tener enfermedades crónicas concomitantes, no ser obesa.
- C. Excentración pélvica (persistencia o recurrencia central).

3- QUIMIOTERAPIA

Puede utilizarse en tres modalidades:

- a) Neoadyuvante
- b) Radiosensibilizante.
- c) Tratamiento primario

De manera general las alternativas de tratamiento pueden resumirse como sigue:

A- ENFERMEDAD TEMPRANA.

(Tumor \leq 3 cms., invasión temprana de vagina)

- 1- HISTERECTOMÍA RADICAL (HAR) + LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL (LPB).
- 2- RADIOTERAPIA COMPLETA (TELETERAPIA + BRAQUITERAPIA)

B- ENFERMEDAD AVANZADA LOCAL Y REGIONAL.

(Tumor \geq 4 cms., invasión al tercio medio e inferior de la vagina, invasión parametrial)

- 1. a) Quimioterapia Neoadyuvante
 - b) Radioterapia completa
 - c) Histerectomía abdominal radical
- 2. Quimioterapia + Radioterapia concomitante

C- ENFERMEDAD DISEMINADA.

(Tumor de cualquier tamaño con invasión a vejiga, recto o metástasis distantes)



1. Quimioterapia adyuvante o paliativa.

2. Radioterapia.

SEGUIMIENTO

Toda paciente con cáncer invasivo de cuello uterino que ha finalizado su tratamiento pasará a la fase de seguimiento, la cual debe realizarse de por vida.

Durante el primer año se le verá en la consulta externa cada 2 meses; el segundo año cada 4 meses y del tercer año en adelante cada 6 meses. Los dos primeros años post-tratamiento son de mayor riesgo para recidiva de la enfermedad. En cada control se investigará la calidad de vida y cualquier sintomatología que sugiera actividad tumoral (perdida de peso, dolor, edema de miembros inferiores, rectorragia, etc.). Se hará un examen físico completo con toma de citología cervical y vaginal, se le dejarán los exámenes de laboratorio y gabinete que se consideren necesarios.

INCAPACIDADES

POR HISTERECTOMIA ABDOMINAL RADICAL: Son 45 días de incapacidad, si hubiere alguna complicación se incapacitara más tiempo.

POR RADIOTERAPIA: Se incapacita a la paciente durante todo el tiempo que esté recibiendo la radioterapia (de 5 a 6 semanas).

POR QUIMIOTERAPIA: La incapacidad dura desde que inicia la quimioterapia hasta que finaliza, ya sean 3 ciclos (3 meses) ó 6 ciclos (6 meses).

EDUCACIÓN

El ISSS debe hacer campañas enfocadas a prevenir esta enfermedad instruyendo a las pacientes acerca de la importancia de la toma de la Citología Cervico Vaginal anual y quienes están dentro del grupo de riesgo, se les debe facilitar la toma de la citología a las mujeres que laboran en las empresas, y se debe también proporcionar educación continua a los médicos en general para que puedan ellos referir tempranamente los casos sospechosos o diagnosticados de enfermedad invasiva.



2. CÁNCER DE OVARIO

(CIE-10: C- 56)

DEFINICIÓN:

Es difícil dar una definición de cáncer de ovario debido a la diversidad de tipos histogenéticos que se originan en la glándula.

Este cáncer se considera como todo una familia de neoplasias. El ovario es complejo en la embriología histología esteroidogenesis y en sus potenciales para desarrollar neoplasias malignas.

El ovario está constituido por epitelio germinal, células del estroma gonadal y células mesenquimatosas, cada una con su propio potencial para desarrollar un tumor.

Es un órgano singular no solo por originar una gran variedad de cánceres, sino por ser un sitio favorito de metástasis provenientes de otros órganos.

EPIDEMIOLOGÍA:

Aproximadamente el **23%** de los cánceres ginecológicos son de origen ovárico. El cáncer de ovario es el tercer cáncer mortal mas frecuente.

Las neoplasias malignas de los ovarios se presentan en todas las edades incluidas la infancia y la niñez. Los principales tipos histológicos se presentan dentro de límites de edad característica.

Los tumores malignos de células germinales se ven con mucha más frecuencia en mujeres de menos de 20 años, mientras que los cánceres epiteliales del ovario aparecen principalmente en mujeres de mas de 50 años.

Factores epidemiológicos que se relacionan con el cáncer de ovario:

- Edad
- Multiparidad
- Infertilidad
- Antecedente familiar de cáncer mamario
- Cáncer de colon
- Cáncer de ovario
- Factores del medio ambiente



CLASIFICACIÓN HISTOGENETICA DE LOS TUMORES EPITELIALES COMUNES DEL OVARIO:

Organización Mundial de la Salud. Sociedad de Patólogos en Ginecología Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia

Tumor seroso Benigno	<ul style="list-style-type: none"> - Cistadenoma y cistoadenoma papilar - Papiloma superficial - Adenofibroma o cistoadenofibroma
Limítrofe (borderline) Tumores de bajo potencial maligno	<ul style="list-style-type: none"> - Cistadenoma y cistadenoma papilar - Papiloma superficial - Adenofibroma o cistadenofibroma
Maligno	<ul style="list-style-type: none"> - Adenocarcinoma (adenocarcinoma papilar) - Cistadenocarcinoma papilar - Carcinoma papilar superficial
Tumores mucinoso Benigno	<ul style="list-style-type: none"> - Cistadenoma - Adenofibroma o cistoadenofibroma
Limítrofe (borderline) Tumores de bajo potencial maligno Maligno	<ul style="list-style-type: none"> - Cistadenoma - Adenofibroma o cistadenofibroma - Adenocarcinoma y cistadenocarcinoma - Adenofibroma maligno cistadenofibroma
Tumores endometrioides Benigno	<ul style="list-style-type: none"> - Adenoma y cistadenoma - Adenofibroma o cistadenofibroma
Limítrofe (borderline) Tumores de bajo potencial maligno Maligno	<ul style="list-style-type: none"> - Adenoma y cistadenoma - Adenofibroma o cistadenofibroma - Adenocarcinoma - Adenoacantoma - Carcinoma adenoescamoso
Tumores del estroma superficial Y estroma del ovario	<ul style="list-style-type: none"> - Adenosarcoma - Sarcoma del estroma - Tumor mixto mesodérmico (mülleriano) - Homólogo y heterólogo
Tumores de celulas claras Mesonefricos Benignos Limítrofe (borderline) Tumores de bajo potencial maligno Maligno	<ul style="list-style-type: none"> - Adenofibroma - Adenocarcinoma(carcinoma)
Tumores de células transicionales	<ul style="list-style-type: none"> - Tumor de brenner benigno - Límite (borderline) (proliferativo) - Tumor de brenner maligno - Carcinoma de celulas transicionales
Tumores mixtos epiteliales Carcinoma indiferenciado Tumoresepiteliales inclasificables	<ul style="list-style-type: none"> - Benignos, borderline, malignos

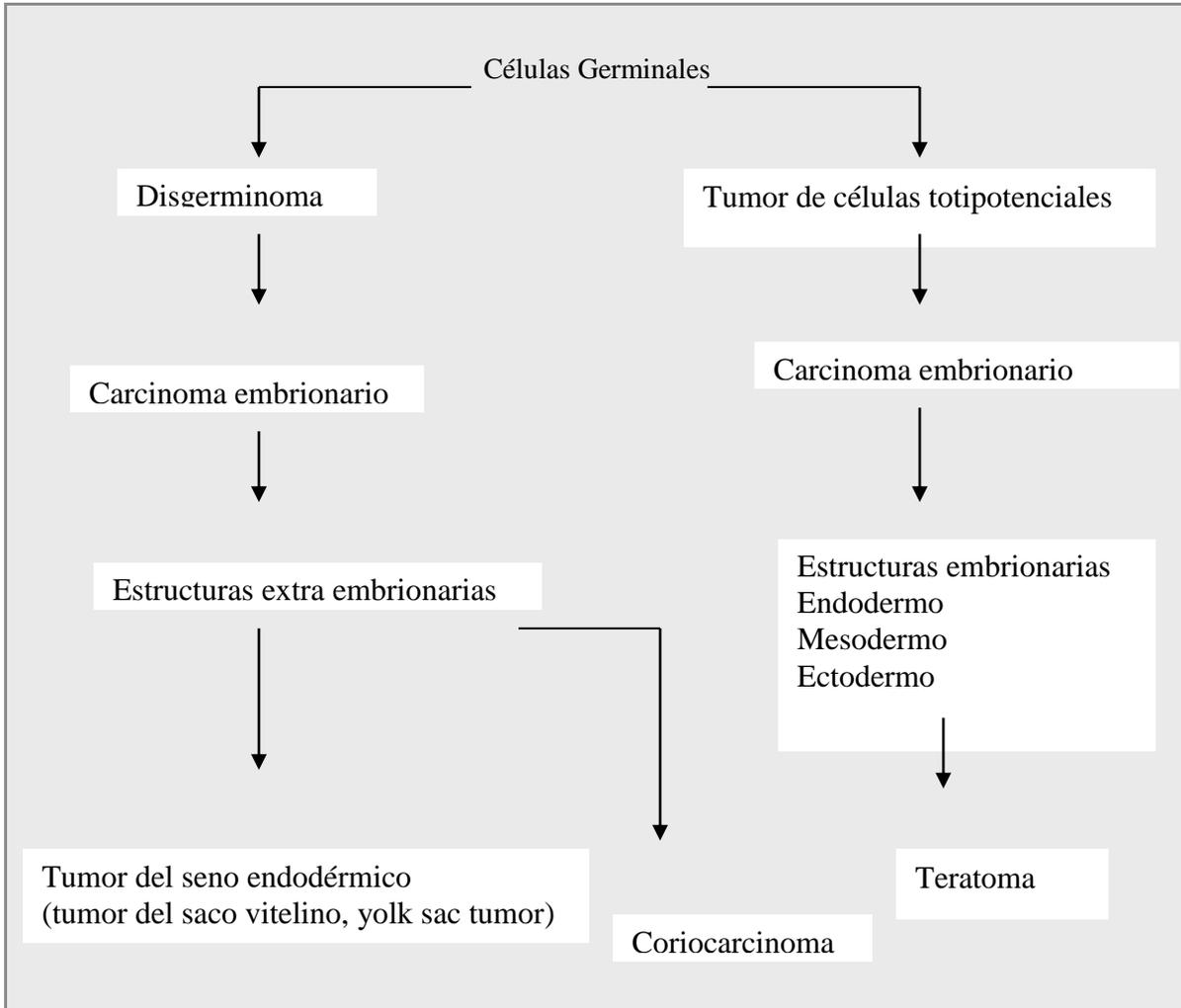


CLASIFICACION DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD OMS (WHO) Y NORRIS, O' CONNOR PARA LOS TUMORES DE LAS CELULAS GERMINALES DEL OVARIO

- Disgerminoma
- Tumor del seno endodérmico
- Carcinoma embrionario
- Poliembrioma
- Coriocarcinoma
- Teratoma
- Inmaduro
- Maduro
- Sólido
- Quístico
- Quiste dermoide (teratoma quístico maduro)
- Quiste dermoide con transformación maligna
- Monodermicos y altamente especializados
- Struma ovarii
- Carcinoide y adenocarcinoide
- Struma ovarii y carcinoide
- Otros
- Formas mixtas de células germinales y de cordones sexuales
- Gonadoblastoma
- Otros
- Tumores de células germinales que crecen en gónada
- Disgenética



HISTOGENESIS DE LOS TUMORES DE LAS CELULAS GERMINALES DEL OVARIO



CLASIFICACION CLINICA DE LAS ETAPAS DEL CARCINOMA PRIMARIO DEL OVARIO.

FIGO 1987

Am J Obstet Gynecol 1987; 156:263

ETAPA I	Tumor limitado a los ovarios.
ETAPA I A	Tumor limitado a UN ovario. No ascitis. No tumor a la superficie del ovario, cápsula intacta.
ETAPA I B	Tumor limitado a los DOS ovarios. No ascitis. No tumor a la superficie del ovario, cápsula intacta.
ETAPA I C	Tumor en ETAPA I A o en ETAPA I B con tumor en la superficie de uno o los dos ovarios, o con la cápsula rota. Ascitis con células malignas o células malignas presentes en el líquido del lavado peritoneal.
ETAPA II	Tumor en uno o los dos ovarios con invasión pélvica
ETAPA II A	Invasión o metástasis al útero y/o a las trompas de Falopio
ETAPA II B	Invasión a otros tejidos de la pelvis
ETAPA II C	Tumor en ETAPA II A o en ETAPA II B pero con tumor en la superficie de uno o los dos ovarios. Cápsula o cápsulas rota (s) o con ascitis con células malignas o células malignas presentes en el líquido del lavado peritoneal.
ETAPA III	Tumor en uno o los dos ovarios con implantes peritoneales fuera de la pelvis y/o metástasis a ganglios linfáticos retroperitoneales inguinales o metástasis hepáticas superficiales. El tumor puede estar limitado a la pelvis pero hay invasión al intestino delgado o al epiplón mayor.
ETAPA III A	El tumor está limitado a la pelvis con ganglios linfáticos negativos pero hay confirmación histológica de tumor en el peritoneo.
ETAPA III B	Hay tumor en uno o los dos ovarios y confirmación histopatológica de implantes en el peritoneo abdominal, ninguno de más de 2 cms. de diámetro. Ganglios linfáticos negativos
ETAPA III C	Implantes en peritoneo abdominal de más de 2 cms. de diámetro y/o ganglios linfáticos retroperitoneales o inguinales positivos.
ETAPA IV	Tumor en uno o los dos ovarios con metástasis a distancia, Si hubiera líquido pleural éste debe tener células neoplásicas.



CRITERIOS DIAGNOSTICO

Historia clínica y examen físico completo.

Aunque distintos tumores de ovario suelen manifestarse de forma similar, el diagnóstico de cáncer precoz del ovario es circunstancial.

Los síntomas consisten muchas veces en molestias abdominales vagas, dispepsia y otros trastornos digestivos.

Esta justificado un elevado índice de sospecha en todas las mujeres de 40 o más años que padecen síntomas gastrointestinales persistentes que no pueden ser diagnosticados.

Las neoplasias ováricas crecen rápidamente y de forma indolora. Todo aumento persistente del tamaño del ovario deberá constituir una indicación para investigar la causa, especialmente en pacientes pre y post menopáusicas.

La ultrasonografía doppler, color transvaginal permite valorar el flujo vascular, cuyo aumento puede ser indicador de malignidad y proporciona información adicional sobre el potencial de malignidad de las masas anexiales.

No existe aun evidencia disponible de que las pruebas actuales para la detección basada en el Ca-125 y la ecografía transvaginal pueden utilizarse como tamizaje para la detección precoz de la población general, para reducir la mortalidad por cáncer de ovario.

La exploración de la pelvis descubre solo un cáncer de ovario por cada diez mil mujeres asintomáticas, no obstante la exploración de la pelvis sigue siendo el medio mas practico para descubrir enfermedad precoz. El dolor sigue siendo una manifestación tardía viéndose solo en la enfermedad temprana cuando se asocia a una complicación de torsión.

SIGNOS Y SINTOMAS MÁS FRECUENTES:

- ⇒ Tempranamente la sintomatología es inespecífica: trastornos digestivos leves, dispepsia, aumento de frecuencia urinaria, Perdida de peso, dolor abdominal de intensidad variable.



- ⇨ Trastornos menstruales: amenorrea, hemorragias, polimenorreas, metrorragias, etc.
- ⇨ Masa pélvica uni o bilateral.
- ⇨ Ascitis
- ⇨ Anorexia
- ⇨ Distensión abdominal
- ⇨ Nauseas.

EXAMENES DE LABORATORIO.

- ⇨ Biometría hemática completa.
- ⇨ Química sanguínea
- ⇨ Examen general de orina mas urocultivos.
- ⇨ Rx. de tórax
- ⇨ Ecografía abdominal pélvico
- ⇨ TAC abdomino pélvico, según caso
- ⇨ P.E.V.
- ⇨ Proctosigmoidoscopia mas enema baritado
- ⇨ PAP.
- ⇨ Citología de ascitis.
- ⇨ Marcadores tumorales.

CRITERIOS DE INGRESO

- ⇨ Dolor abdominal
- ⇨ Ascitis a tensión.

TRATAMIENTO

Las disciplinas de tratamiento en cáncer de ovario son:

- ✓ Cirugía.
- ✓ Quimioterapia.
- ✓ Radioterapia.

Dependiendo de la etapa clínica así será el tratamiento:

- a. Laparotomía con fines citorreductivos y estadiaje. Debe de reducirse al máximo el volumen de tumor y practicar lavado peritoneal.



Histerectomía abdominal total mas SOB, apendicectomía, omentectomía y exploración de Ganglios pélvicos.

La incisión debe ser vertical y de longitud suficiente para extenderse por encima de los límites superiores del tumor, permitiendo un fácil acceso para explorar el área del hígado diafragma y peritoneo posterior.

- b. Quimioterapia se indicará el esquema de acuerdo al estadiaje, analizando cada caso en particular.
- c. Radioterapia a la pelvis se aplicará de acuerdo a la etapa clínica analizando cada caso en particular.

Los agentes quimioterapéuticos activos más utilizados son:

Cisplatino, carboplatino, Oxaliplatino, Ifosfamida más Uromitexan, Paclitaxel, Docetaxel, Gencitabina, Doxorubicina, ciclofosfamida, vincristina, etc.

CRITERIOS DE EGRESO

Finalizado el plan de tratamiento con respuesta completa al mismo, la paciente pasa a seguimiento en consulta externa del servicio de Ginecología Oncológica con un ***plan de seguimiento así:***

Primero y segundo año su control será de marcadores tumorales cada 2-3 meses con examen físico, Ca 125 sérico y uso liberal de las técnicas de imágenes. Posterior a los 3 años de tratadas, se controlarán cada 6 meses.

INCAPACIDAD

En la paciente cotizante, las incapacidades dependerán del plan de tratamiento propuesto y de la respuesta que la paciente tenga a dichos tratamientos.

La incapacidad oscilará de 45 días o más dependiendo de la evolución y respuesta al tratamiento de cada caso en particular.



3. CANCER DE VULVA

(CIE-10: C- 51)

DEFINICIÓN

Proliferación de células malignas dentro del compartimiento epitelial que invaden la profundidad del estroma.

EPIDEMIOLOGÍA

Las neoplasias de la vulva son lesiones raras que representan del **3 al 5%** de los tumores ginecológicos malignos.

La incidencia de esta enfermedad se aproxima a **1.8 por 100,000 habitantes**. Es una enfermedad de mujeres añosas que ocurre entra la **5ª y 8ª década de la vida** con un promedio de edad de **65 años**, sin embargo, cada vez se presentan más casos en mujeres jóvenes.

Muchos factores de riesgo se relacionan con el desarrollo de ésta neoplasia, principalmente el tabaquismo, número de parejas sexuales a lo largo de la vida, el antecedente de verrugas genitales y también es frecuente en mujeres inmunosuprimidas, hipertensas, obesas y de baja paridad.

La depresión del sistema inmunológico, en particular de la inmunidad celular, se relaciona con un aumento generalizado en la susceptibilidad para desarrollar ésta neoplasia.

CLASIFICACIÓN

Al igual que otras neoplasias ginecológicas, el sistema de estadificación de la FIGO para el cáncer de vulva, intenta colocar a las pacientes en estadios que reflejan un pronóstico de manera practica y aplicable a todas las pacientes, basándose para ello en el **SISTEMA T N M**

T: tumor.

N: nódulos inguinales.

M: metástasis.



CLASIFICACIÓN TNM:

TNM	FIGO	DEFINICIÓN
TIs	0	Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial.
T1	I	Tumor confinado a la vulva y/o perineo de 2 cm o menos en su dimensión máxima; los ganglios son negativos.
1a	Lesión	Menos de 1.0 Mm. de invasión
1b	Lesión	Mayor de 1.0 Mm. de invasión.
T2	II	Tumor confinado a vulva y/o perineo con dimensión mayor a 2 cms., los ganglios inguinales son negativos.
T3N0M0	III	Tumor de cualquier tamaño con invasión a las siguientes estructuras.
T3N1M0	III	Diseminación adyacente a uretra inferior, vagina o ano.
T1N1M0 T2N1M0	III	Metástasis a ganglios linfáticos regionales unilaterales.
	IV	Tumor de cualquier tamaño que invade cualquiera de los siguientes,
T1N2M0 T2N2M0 T3N2M0	IV A	Uretra superior, mucosa vesical, mucosa rectal y huesos pélvicos, y/o metástasis a ganglios linfáticos regionales bilaterales.
T4 con cualquier NM0 cualquier T Cualquier NM1	IV B	Cualquier metástasis a distancia incluidos los ganglios linfáticos de la pelvis.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Historia clínica y examen físico completo.

El diagnóstico de cáncer de vulva únicamente se hace con estudios histológicos. Generalmente existe retraso en el diagnóstico que se atribuye al rechazo propio de la paciente en acudir al médico así como también en la falta de acuciosidad del médico para poder estudiar la lesión vulvar.

SIGNOS Y SINTOMAS CLINICOS:

Prurito	71%
Lesión vulvar	58%
Ulceración	28%
Sangrado	26%
Dolor local	23%
Disuria	14%
Secreción vulvar	12%

Toda paciente con sospecha clínica de cáncer de vulva, debe ser referida a las clínicas de patología cervical para vulvoscofia y toma de biopsia

LABORATORIO Y GABINETE

Toda paciente con diagnóstico histológico de cáncer de vulva de be de ser sometida a los siguientes exámenes:

- Hemograma con plaquetas
- Nitrógeno ureico y creatinina
- Fosfatasa alcalina
- General de orina y urocultivo
- Transaminasas
- Tipeo y Rh
- HIV, VDRL
- Citología Cérvico vaginal



- Rx de tórax
- U.S.G. abdominal
- U.S.G. pélvica
- TAC abdomino pélvico (casos seleccionados)
- U.S.G. Ganglios Inguino-Femoral (casos seleccionados)

CRITERIOS DE INGRESO

El diagnóstico precoz generalmente pasa desapercibido y esto hace un reto para el clínico en hacer un diagnóstico más temprano. Anemias profusas, tumores fétidos y fungantes, linfedema de miembros inferiores así como el compromiso del sistema urogenital por infiltración del tumor es indicativo de ingreso.

TRATAMIENTO

El manejo del cáncer vulvar puede ser conceptualizado en dos componentes por separado: el tratamiento de la lesión primaria y el tratamiento de los nódulos linfáticos regionales.

Algunas lesiones pequeñas pueden requerir únicamente excisión de la lesión, mientras que en lesiones más extensas será necesario realizar Vulvectomía Radical más disección de los ganglios linfáticos regionales.

Para el tratamiento quirúrgico es muy importante tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Tamaño y localización de la lesión.
- b) Profundidad de invasión.
- c) Grado de diferenciación histológica.
- d) Condición de vida
- e) Estatus de nódulos linfáticos.



En base al sistema de clasificación podemos resumir el manejo de la siguiente manera:

Lesiones T1, T2 con ganglios clínicamente negativos: Manejo Quirúrgico.

Las Lesiones T3 T4 con ganglios clínicamente positivos: Manejo individualizado con Quimioterapia, Radioterapia previo a la cirugía.

CRITERIOS DE EGRESO

Una vez confirmado el diagnóstico histológico y con la paciente en condiciones hemodinámicamente estables con un plan de manejo a seguir de acuerdo a la etapa clínica, se podrá egresar **con** seguimiento en la consulta externa

SEGUIMIENTO

La paciente con remisión completa posterior al tratamiento pasará a seguimiento:

1er año --- citas cada 2-3 meses.

2º año --- citas cada 4 meses.

3er año en adelante ---Citas cada 6 meses.

INCAPACIDAD

La incapacidad dependerá de la etapa clínica de la enfermedad así como del tratamiento realizado en la paciente.



4. CARCINOMA DE LA VAGINA

(CIE-10: C- 52)

DEFINICIÓN

Es la neoplasia pre-invasiva o invasiva, en el espacio comprendido entre la vulva y el cervix o la cúpula vaginal cuando ya ha sido extirpado el útero. El carcinoma primario de vagina es raro, es menos del **2%** de las neoplasias malignas de los genitales femeninos.

EPIDEMIOLOGÍA

Recientemente, se ha considerado relación etiológica entre las lesiones multifocales del tracto genital inferior y el virus del papiloma humano, factores irritativos crónicos, la presencia de verrugas genitales, historia de patología cervical insitu o invasiva previamente tratada, principalmente posterior a la radioterapia por cáncer cervical hasta en el 30% de los casos de cáncer vaginal.

CLASIFICACIÓN

- ETAPA 0 : Carcinoma insitu o intraepitelial.
- ETAPA I : El carcinoma se limita a la pared vaginal.
- ETAPA II A : El carcinoma infiltra el tejido subvaginal sin afectar el parametrio.
- ETAPA II B : Hay infiltración parametrial, No se extiende a la pared pélvica.
- ETAPA III : El tumor se extiende a la pared pélvica.
- ETAPA IV : El tumor invade la mucosa de la vejiga o del recto y/o se extiende más allá de la pelvis verdadera.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS

Historia clínica y examen físico completo.

CLINICOS:

La mayoría de pacientes se presentan con sangrado vaginal o con salida de material serosanguinolento por la vagina, puede ser causa de dolor y malestar según el sitio



y tamaño, puede haber síntomas urinarios como disuria, frecuencia y retención, problemas al defecar que incluye tenesmo y/o rectorragia.

LABORATORIO Y GABINETE:

La evaluación pretratamiento debe incluir los siguientes exámenes:

- Hemograma con plaquetas
- Nitrógeno ureico y creatinina
- Típo y Rh
- PEV en casos de uropatía obstructiva
- Fosfatasa alcalina
- Rx de tórax
- Transaminasas
- U.S.G. pélvica
- General de orina y urocultivo
- U.S.G. abdominal
- HIV, VDRL
- Rectoscopia en sospecha de invasión de recto
- Citología Urinaria, Cistoscopia en sospecha de invasión a vejiga

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

- a) Condiloma acuminado.
- b) Granuloma piogeno.
- c) Vaginitis atrofica.
- d) Quiste de gardner.

CRITERIOS DE INGRESO

El estudio de extensión previo al tratamiento quirúrgico es ambulatorio y solo se ingresará en caso de:

- 1- hemorragia activa que no cede a tratamiento.
- 2- previo al tratamiento quirúrgico.



TRATAMIENTO

Protocolizado de acuerdo al estadio clínico que incluye:

- 1- **Excisión** quirúrgica y/o radioterapia.
- 2- Algunos estadios tempranos pueden ser tratados con Histerectomía Abdominal Radical + LPB + Vaginectomía parcial.
- 3- Quimioterapia **neoadyuvante** o de carácter paliativa según el caso.

CRITERIOS DE EGRESO:

Al estar resuelta la necesidad de atención hospitalaria,

Todo paciente estable hemodinámicamente se dará de alta y continuara su atención en consulta externa.

INCAPACIDAD

Si el tratamiento es quirúrgico será de 30 a 45 días en el caso de Histerectomías con Vaginectomías. Si es con radioterapia puede incapacitarse durante su tratamiento el cual es ambulatorio, excepto la braquiterapia que requiere hospitalización.

SEGUIMIENTO

Al haber completado el tratamiento, la paciente pasará a seguimiento en la consulta externa, así:

- 1er año --- citas cada 2-3 meses
- 2º año --- citas cada 4 meses
- 3er año en adelante ---Citas cada 6 meses



5. CANCER ENDOMETRIAL.

(CIE-10: C- 54.1)

DEFINICIÓN

Es una neoplasia maligna originada en el epitelio glandular endometrial, en el estroma o en ambos.

EPIDEMIOLOGÍA

Corresponde a cerca del **6%** de todos los cánceres que afectan a las mujeres; siendo la cuarta neoplasia ginecológica más reportada entre las derechohabientes del ISSS, pero con altos índices de curación debido a su sintomatología característica, manifiesta en estadios iniciales de la enfermedad. Predominantemente afecta a las post y perimenopáusicas, con una edad promedio entre los **55 y 60 años** al momento del diagnóstico.

FACTORES DE RIESGO:

Los factores más importantes son: antecedentes de infertilidad o baja paridad, terapia estrogénica sin la contra parte progestágena, diabetes, hipertensión, obesidad, menarquia temprana, menopausia tardía, terapia con tamoxifeno durante largos periodos, como en la terapia antiestrogénica del cáncer mamario.

CLASIFICACION

CLASIFICACION HISTOLOGICA:

I. Adenocarcinoma Endometriode (75 – 80%).

- a) Adenocarcinoma Ciliado
- b) Adenocarcinoma secretorio
- c) Adenocarcinoma Papilar o vellosoglandular.
- d) Adenocarcinoma con diferenciación escamosa:
 1. Adenocantoma
 2. Adenoescamoso



II. Adenocarcinoma Seroso-papilar (<10%)

III. Adenocarcinoma Mucinoso (1%)

IV. Adenocarcinoma de células claras (4%)

V. Carcinoma Mixto (10%)

VI. Carcinoma de células escamosas (<1%)

VII. Carcinoma Indiferenciado

(II y IV tienen el peor pronóstico, seguido por los indiferenciados y adenoescamosos con pobre diferenciación celular).

CLASIFICACION POR ESTADIOS:

La clasificación que más información brinda, es la obtenida mediante intervención quirúrgica, pero ésta no es posible realizarla en todos los casos de primera intención, sin que se afecte el proceso terapéutico y el pronóstico de las enfermas.

La siguiente clasificación ha sido adoptada por la Federación Internacional de Ginecología (FIGO) y el American Joint Comité on Cancer (AJCC). Y es la que se aplica en el Servicio de Ginecología Oncológica del ISSS.

ESTADIO I

El cáncer endometrial está confinado al cuerpo uterino.

IA G 1, 2, 3^{1*} : Tumor limitado al endometrio.

IB G 1, 2, 3 : Invasión a menos de la mitad del espesor miometrial

IC G 1, 2, 3 : Invasión a más de la mitad del espesor miometrial,

Sin Afectar la serosa uterina.

(*) G 1,2,3; está referido al grado de diferenciación celular del adenocarcinoma, tanto como bien, moderadamente o pobremente diferenciado respectivamente.



ESTADIO II

El cáncer endometrial involucra el cuello, pero no se extiende fuera del útero.

Estadio IIA G 1, 2, 3 : Involucra las glándulas endocervicales únicamente.

Estadio IIB G 1, 2, 3 : Invade el estroma cervical.

ESTADIO III

El cáncer endometrial se extiende fuera del útero, pero está confinado a la pelvis verdadera.

Estadio III A G 1, 2, 3: El tumor invade la serosa uterina y/o anexos y/o con lavado peritoneal positivo.

Estadio III B G 1, 2, 3: Metástasis vaginales.

Estadio III C G 1, 2, 3: Metástasis a ganglios linfáticos pélvicos y/o para-aórticos.

ESTADÍO IV

El cáncer endometrial invade la mucosa de la vejiga urinaria o intestinal, o ha metastatizado a distancia.

Estadio IVA G 1, 2, 3 : El tumor invade la mucosa vesical y/o rectal.

Estadio IVB : El cáncer endometrial ha metastatizado a distancia, incluyendo ganglios intraabdominales y/o inguinales

CRITERIOS DIAGNOSTICOS (Estudio Inicial y de Extensión de la neoplasia).

1. CLÍNICO, sospechado por:

- a) Historia
- b) Factores de Riesgo.

El cuadro típico, es el de una mujer peri o postmenopáusica con uno o varias de los factores de riesgo arriba mencionados, que presenta hemorragia uterina anormal, o a quien durante examen pélvico de rutina se le detecta aumento del volumen



uterino; acusa incremento en la frecuencia de las micciones y síntomas inespecíficos y vagos en el abdomen bajo, que corrientemente son atribuidos al “colon irritable”.

2. METODOLOGÍA DIAGNOSTICA.

Toda mujer mayor de 35 años, con hemorragia uterina anormal debe ser sometida a Ultrasonografía pélvica y posteriormente a:

- ⇒ Cepillado Endometrial o Biopsia Endometrial, si anatómicamente es factible y técnicamente realizable en el consultorio, ante la sospecha clínica y/o USG.
- ⇒ Legrado Fraccionado en sala de operaciones (Endometrio y Endocérvix). se tomarán biopsias del cervix si hay lesión macroscópica visible y sospechosa.
- ⇒ El diagnóstico definitivo de cáncer endometrial se establece histológicamente.

LABORATORIO Y GABINETE

Al tener el diagnóstico de cáncer endometrial se indicarán los siguientes exámenes:

- Hemograma con plaquetas
- Nitrógeno ureico y creatinina
- Típo y Rh
- PEV en casos de uropatía obstructiva
- Fosfatasa alcalina
- Rx de tórax
- Transaminasas
- U.S.G. abdominal y retroperitoneal
- HIV, VDRL
- Citología Urinaria, Cistoscopia en sospecha de invasión a vejiga



- TAC abdominal y pélvico ante la sospecha de Estadios III-IV con Ultrasonografías no concluyentes y/o por sugerencias del radiólogo.
- Cistouretrograma retrógrado y/o Cistoscopia, efectuada por urólogo, ante la sospecha de afectación vesical.
- Rectoscopia por gastroenterólogo, al sospechar afectación rectal.

CRITERIOS DE INGRESO

El estudio de extensión de la Neoplasia (laboratorio clínico y gabinete) en la mayoría de pacientes es posible realizarlo ambulatoriamente en los consultorios de consulta externa y con dichos análisis se elaborará una Nota de Evaluación Oncológica, la cual será explicada a la paciente y sus familiares más cercanos, quienes firmarán al pie de dicha nota, si aceptan que se implemente el esquema de tratamiento planteado.

Únicamente ingresarán las pacientes para estudio si tienen comprometido su estado físico por la enfermedad u otras enfermedades acompañantes, o si la paciente proviene de un poblado distante, con dificultades para acudir a las citas en los diferentes sitios de apoyo de atención

TRATAMIENTO

Todos los casos deberán ser referidos directamente al Servicio de Ginecología Oncológica en San Salvador o la clínica de Ginecología Oncológica de los Hospitales regionales de Santa Ana o San Miguel tan pronto como se haya obtenido el diagnóstico histológico o ante la evidente sospecha clínica; en donde serán tratadas en coordinación con los otros especialistas de la oncología, según se considere pertinente y siguiendo el protocolo correspondiente para cada estadio clínico de la enfermedad.

En términos generales:

Las pacientes con Estadío I A G1 y 2, tienen altas probabilidades de curarse únicamente con una Histerectomía Abdominal Total con Salpingo – ovariectomía Bilateral, Resección del Tercio Superior de la vagina y exploración con resección selectiva de los ganglios pélvicos sospechosos. Cuando el grado de diferenciación



celular es pobre o indiferenciado (G3) y/o hay infiltración del miometrio, debe complementarse con Radioterapia. Tele y Braquiterapia.

Los Estadíos II G1, 2, 3 deben recibir Radioterapia previo a la cirugía.

Los estadíos III G1, 2, 3 deben recibir inicialmente radioterapia sola o en combinación con agentes quimiosensibilizantes y el manejo quirúrgico posterior estará sujeto a la respuesta terapéutica obtenida en el abordaje inicial; pudiendo consolidarse con hormonoterapia con progestágenos.

El tratamiento del Estadío IV tiene un enfoque meramente paliativo y estará dictado por el sitio de la metástasis y los síntomas desarrollados; pudiéndose emplear terapias sistémicas con citostáticos y hormonoterapia con progestágenos; así como radioterapia focalizada para paliar metástasis distantes o prevenir hemorragias masivas. En este estadío la cirugía tiene utilidad muy limitada, efectuándose en casos muy seleccionados para escindir metástasis únicas en órganos de difícil acceso radioterápico y después de haber obtenido excelentes resultados a nivel pélvico.

SEGUIMIENTO

Finalizado el esquema de tratamiento seleccionado, será vista en la consulta externa de Ginecología oncológica cada 3 meses el primer año, cada 4 meses el segundo año y cada 6 meses a partir del tercer año; durante la consulta se le efectúa un examen físico completo, revisando con especial énfasis mediante examen recto vaginal los sitios que se consideren como santuarios de la enfermedad (ganglios, cúpula vaginal, paredes pélvicas, etc.); tomándole citología vaginal para coloración de papanicolao. Cada año deberá indicársele una radiografía de tórax, ultrasonografía abdominal y pélvica, en busca de metástasis viscerales y retroperitoneales; así como una mamografía.

Después de un período libre de enfermedad de cinco años consecutivos post tratamiento, podrá alternársele las citas semestrales con el consultorio de ginecología general cercano a su domicilio.



INCAPACIDAD

Las incapacidades podrán incluir el período durante el cual esta acudiendo a las citas para los estudios de extensión indicados en la primera visita. Si el tratamiento es exclusivamente quirúrgico, el período post operatorio de incapacidad será por los menos de 45 días y en quienes incluya tratamientos neoadyuvantes o adyuvantes con radio o quimioterapia, se extenderá hasta finalizarlos



6. CANCER DE MAMA

(CIE-10: C-50)

DEFINICION

Crecimiento incontrolado de células anormales, provenientes de los tejidos de la mama.

EPIDEMIOLOGIA, FRECUENCIA Y MORBILIDAD

Las mujeres en general tienen un riesgo de más del 12% de desarrollar cáncer de mama.

Este riesgo puede verse incrementado cuando se asocian otros factores considerados como de alto riesgo para el desarrollo de la enfermedad.

Las causas u origen del cáncer son desconocidas, pero se asocian dos condiciones importantes que determinan la mayoría de los casos:

1. Es una enfermedad hormona dependiente, determinada por un estímulo estrogénico persistente, por lo general no contrarrestado por el estímulo progestacional; a esta condición corresponden actualmente la mayoría de los casos (70%), y se señala en esta una tendencia familiar.
2. Es una enfermedad genética, determinada por alteraciones en algunos genes, actualmente identificados entre otros el HER 2 NEU, el BRCA 1 y el BRCA 2. El HER 2 NEU presente en + el 30% de los casos, lo que explica una tercera parte de los casos. La positividad de los BRCA determinan de manera absoluta el desarrollo de la enfermedad en las mujeres identificadas con dichas alteraciones. Se señala también en esta condición una tendencia familiar.
3. Los factores epidemiológicos asociados, que determinan un mayor riesgo para el desarrollo de la enfermedad son:
4. Edad, existe mayor incidencia entre los 40 y 60 años de edad.
5. Antecedente familiar de Cáncer de mama.
6. Antecedente personal de Cáncer de mama.



7. Menarquía temprana y menopausia tardía.
8. Nuliparidad, condiciones de infertilidad.
9. Primer hijo después de los 30 años de edad.
10. Antecedente de mastopatía fibroquística con hiperplasia canalicular con atipía.
11. Obesidad, tabaquismo, alcoholismo.
12. Uso de estrógenos exógenos.
13. Antecedente familiar o personal de cáncer de ovario, endometrio o colon.
14. Exposición a altas dosis de radiación antes de los 40 años de edad.
15. Dieta rica en grasas.

HISTORIA NATURAL Y CLASIFICACION HISTOLOGICA

Bajo los estímulos carcinógenos, la célula se vuelve atípica e inicia su crecimiento, proliferación y multiplicación incontrolada, con un relativo lento crecimiento, inicialmente identificado como una condición de Hiperplasia canalicular o lobulillar, cuya atipia celular progresara de leve a moderada y posteriormente a severa. A continuación se establecerá la condición de Carcinoma IN SITU (Ductal o lobulillar), para posteriormente extenderse al tejido vecino, desarrollándose la condición de invasión, formado así el carcinoma canalicular o lobulillar infiltrante.

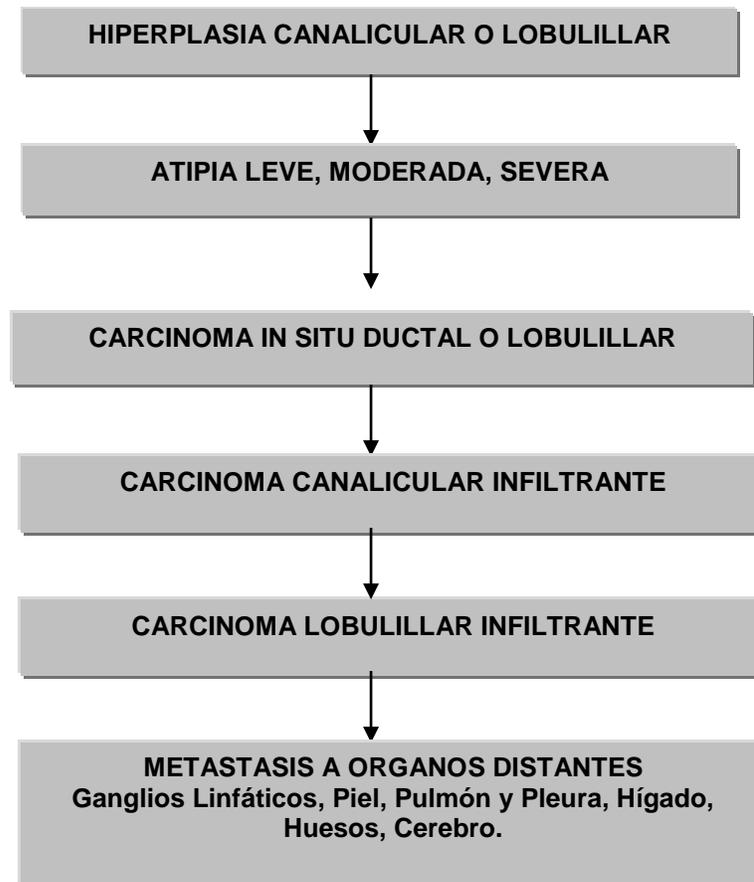
Para que este proceso se desarrolle, transcurren varios años, estableciéndose una etapa subclínica de la enfermedad en la cual la célula cancerosa se multiplicará hasta formar un tumor que podrá ser detectado clínicamente al tener 1 cm. de diámetro.

Se considera que existe un intervalo de 10 años para que la enfermedad se vuelva clínica, así mismo se considera que desde sus inicios la enfermedad es sistémica y que ya existen células tumorales circulando en el organismo las cuales desarrollaran en algún momento la formación de metástasis. La diseminación de la enfermedad ocurre a los siguientes órganos:

- Ganglios Linfáticos axilares o Supraclaviculares



- Piel
- Pulmón y Pleura
- Hígado
- Huesos
- Cerebro



CRITERIOS DIAGNOSTICOS

SIGNOS Y SINTOMAS

Durante la **etapa subclínica**, la enfermedad no da síntomas, en ocasiones pueden haber o detectarse signos a través de la **mamografía** conocidos como signos radiológicos de malignidad:

1. Micro calcificaciones agrupadas, irregulares.



2. Áreas de densidad asimétrica.
3. Zonas espiculadas, estrelladas o retraídas.
4. Alteraciones estructurales o arquitecturales.
5. Edema piel.
6. Pezón hundido o retraído.

Durante la **etapa clínica**, los signos y los síntomas se presentarán en relación a la extensión de la enfermedad, por lo general la enfermedad temprana no da síntomas, y la presencia de estos indica enfermedad avanzada:

1. Endurecimiento en el seno, único, firme, indoloro.
2. Enrojecimiento o inflamación en una porción de la piel del seno.
3. Tumor palpable en el seno.
4. Tumor palpable o dolor en la axila.
5. Poros muy agrandados en una porción de la piel del seno.
6. Retracción o depresión de la piel del seno.
7. Retracción o inversión del pezón.
8. Secreción sanguinolenta por el pezón.
9. Ulceración.
10. Nodulaciones dispersas en la piel del seno.

Al desarrollarse las metástasis, la sintomatología es referida al o los órganos afectados por la enfermedad

PARA LA DETECCIÓN TEMPRANA DE LA ENFERMEDAD SE RECOMIENDA:

1. El auto examen de las mamas.
2. El examen por el Medico.
3. La mamografía de tamizaje.



En casos **SOSPECHOSOS** la metodología de diagnóstico puede incluir la **citología por aspiración con aguja fina y la ultrasonografía de las mamas,**

El diagnóstico **DEFINITIVO** de la enfermedad debe de ser **histológico** y para la obtención del estudio se recomienda de manera general:

Biopsia excisional o excisión completa de la lesión con márgenes libres en tumores menores de 3 cm. (sin fragmentación)

Biopsia cerrada con aguja de trucut en tumores mayores de 3 cm.

La obtención del estudio histológico de manera específica, debe aplicarse a cada caso en particular y se recomienda en casos de sospecha de la enfermedad sea realizado por el especialista.

El estudio histológico además de definir el tipo histológico de la lesión, debe proporcionar información de los receptores hormonales y la determinación del HER 2 NEU.

EVALUACION PRETRATAMIENTO Y ESTADIFICACION

Toda paciente con diagnóstico histológico de cáncer de la mama debe ser sometida a los siguientes exámenes de laboratorio y gabinete.

1. Biometría hemática.
2. Recuento de plaquetas.
3. Química sanguínea que incluya nitrógeno ureico, creatinina, bilirrubinas, fosfatasa alcalina, transaminasas, proteínas sericas.
4. Rx. de tórax posteroanterior.
5. Ultrasonografía abdominal para estudio de hígado, vesícula, riñones, región periaortica.
6. Ultrasonografía pélvica para estudio de Útero y anexos.
7. Mamografía bilateral, en caso de no tener previamente al diagnostico histológico.
8. Ecocardiograma con medición de la fracción de eyección ventricular.



9. Centellograma óseo en casos de sospecha de metástasis óseas.

10. TAC pulmonar, hepático, cerebral en casos de sospecha de metástasis a estos órganos.

En base al diagnóstico histológico y la evaluación anterior se procederá a la estadificación de cada caso. Se utilizará la clasificación TNM, integrando con esta la clasificación de la FIGO.

Estadificado el caso se procederá a definir el plan de tratamiento a seguir, lo cual quedará asentado en la Nota de Evaluación Oncológica, durante la entrevista con la paciente y sus familiares

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Debe tenerse en cuenta todas aquellas entidades patológicas y no patológicas que afectan la glándula mamaria, por frecuencia se citan las siguientes:

1. Mastopatía fibroquistica.
2. Fibroadenoma mamario.
3. Tumor filodes.
4. Mastitis.
5. Lipomas
6. Galactocele

CRITERIOS DE INGRESO

Todo caso sospechoso, así como todo caso nuevo diagnosticado, serán manejados ambulatoriamente en sus diferentes fases de atención, en estas se incluyen la fase de diagnóstico, evaluación pretratamiento, evaluación oncológica (estadificación y plan de tratamiento) y tratamiento sistémico con Quimioterapia.

Son indicaciones de ingreso:

1. Todo caso sospechoso que será sometido a procedimiento quirúrgico diagnóstico bajo anestesia general.



2. Todo caso diagnosticado que será sometido a procedimiento quirúrgico terapéutico bajo anestesia general.
3. Todo caso con morbilidad por la Quimioterapia, que amenace la vida de la paciente.
4. Todo caso, cuyo cuadro clínico, condicionado por la enfermedad o por los efectos del tratamiento, requiera de atención hospitalaria para mejorar su condición de vida.
5. Todo caso sometido a Quimioterapia, cuyo cumplimiento requiera de cuidados hospitalarios.

TRATAMIENTO

El tratamiento del Cáncer de la mama requiere de las siguientes conductas terapéuticas:

1. Quimioterapia.
2. Cirugía.
3. Radioterapia.
4. Hormonoterapia.
5. Anticuerpos monoclonales.

Estas disciplinas terapéuticas se integran una con la otra de manera ordenada, para ofrecer la mejor expectativa de control de la enfermedad a cada caso en particular.

De manera general los lineamientos de manejo son como sigue:

A- Enfermedad Temprana (tumor \leq 3 cms., axila clínicamente negativa)

1. Tumorectomía + Disección Axilar
2. Radioterapia al seno
3. Quimioterapia Adyuvante
4. Hormonoterapia Adyuvante



B- Enfermedad localmente avanzada (tumor > 3 cms., axila clínicamente positiva)

1. Quimioterapia Neoadyuvante
2. Mastectomía Radical Modificada
3. Quimioterapia Adyuvante
4. Radioterapia a la parrilla costal y ganglios linfáticos supraclaviculares.
5. Hormonoterapia Adyuvante.

C- Enfermedad Metastásica

1. Quimioterapia Neoadyuvante.
2. Mastectomía Radical Modificada.
3. Quimioterapia Adyuvante.
4. Radioterapia a parrilla costal y ganglios linfáticos periféricos.
5. Radioterapia a sitios de metástasis.
6. Hormonoterapia Adyuvante.

Los esquemas de Quimioterapia utilizados son:

Primera Línea: FAC, FEC, AC, EC, CMF, MC, TAC, TEC

Segunda Línea: Taxanos + Platinados
Taxanos + Gencitabina
Mitoxantrona + platinados
Taxanos + Capecitabina

Tercera Línea: Capecitabina

Las líneas de Hormonoterapia utilizadas son:

Primera Línea: Tamoxifeno
Segunda Línea: Inhibidores de aromatasa
Tercera Línea: Acetato de medroxiprogesterona



En pacientes con HER 2 NEU positivas (3 +) ó Fish positivas, con enfermedad metastasica, se agrega el uso Trastuzumab en casos seleccionados.

Los aspectos específicos de cada lineamiento de tratamiento, así como las dosis de los medicamentos de quimioterapia, las dosis de radioterapia o de hormonoterapia se establecen cuando se planifica el tratamiento de cada caso en particular

CRITERIOS DE EGRESO

Al estar resuelta la necesidad de atención hospitalaria ya sea diagnostica, quirúrgica o terapéutica, la paciente será dada de alta y continuara su atención ambulatoria en la consulta externa.

INCAPACIDADES

1. Paciente sometida a procedimiento quirúrgico diagnostico hospitalario de 15 a 21 días.
2. Paciente sometida a procedimiento quirúrgico terapéutico hospitalario de 30 a 45 días.
3. Paciente sometida a tratamiento sistémico con Quimioterapia, deberá estar incapacitada el tiempo que dure el tratamiento, los certificados de Incapacidad serán extendidos a juicio del clínico por periodos de 30, 60 ó 90 días, hasta llegar al final del periodo requerido.

SEGUIMIENTO

Al haber finalizado el plan de tratamiento establecido, la paciente en remisión completa pasará a seguimiento como sigue:

1. Primer año, visitas cada 2-3 meses.
2. Segundo año, visitas cada 4 meses.
3. Tercer año, en adelante, visitas cada 6 meses.

La identificación de recidiva de la enfermedad, requiere de una nueva evaluación pre- tratamiento y de un nuevo plan de tratamiento a seguir, de acuerdo a la localización y magnitud de la enfermedad.



EDUCACION

1. Debe hacerse énfasis en que la mujer realice periódicamente la Autoexploración de las mamas y consulte oportunamente a la primera identificación de anomalías en las mamas.
2. Debe hacerse énfasis en que la mujer acuda periódicamente a sus chequeos ginecológicos que debe incluir el examen de las mamas, la toma de citología cervicovaginal y el examen de los órganos pélvicos (Útero y anexos).
3. Debe hacerse énfasis en la necesidad de que todo médico en el consultorio investigue sobre el estado de las mamas y la citología cervicovaginal.
4. Debe hacerse énfasis en que el Médico en el consultorio examine las mamas cuando la mujer acude a su chequeo ginecológico.
5. Debe hacerse énfasis en la práctica de la mamografía de tamizaje a los grupos de riesgo.
6. Debe hacerse énfasis en la necesidad de referir oportunamente a la paciente al ginecólogo oncólogo ante cualquier duda, anomalía o sospecha de una neoplasia maligna de la mama.



7. ENFERMEDAD GESTACIONAL DEL TROFOBLASTO.

(CIE-10: C-58, D-39.2)

1. DEFINICIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional constituye un grupo de alteraciones de la gestación, benignas y malignas, caracterizadas por la proliferación del trofoblasto, degeneración hidrópica de las vellosidades coriales, ausencia o disminución de vasos coriónicos y por la producción de la hormona gonadotropina coriónica (HCG), acompañada o no de embrión o feto.

2. ETIOLOGÍA

Factores genéticos,

Factores de riesgo: socioeconómicos, nutricionales, deficiencia de beta-carotenos, tabaquismo.

3. EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia en países es variable, desde 1 en 1700 a 1 en 87 embarazos. La incidencia observada en el Hospital Nacional de Maternidad es de 5 en 1000 y en el Hospital Materno-Infantil Primero de Mayo del ISSS es de 3 en 1000.

Los grupos de edad con riesgo de presentar un embarazo molar son las mujeres menores de 19 años y mayores de 35 años.

Generalmente la quinta parte de EGT primaria desarrollará una enfermedad maligna.

El coriocarcinoma ocurre de 1 en 20,000 a 1 en 40,000 embarazos, donde el 50% se desarrolla después de un embarazo de término. Mundialmente ha sido reportada la asociación entre los grupos ABO y la presencia de coriocarcinoma, el grupo A es el más frecuente.

Hay una serie **de factores de alto riesgo** ante un embarazo molar, los cuales incrementan la posibilidad de desarrollar una EGT maligna aproximadamente hasta un 30% y son:



1. BHCG mayor de 100,000 UI/L
2. útero > 16 semanas
3. Quistes teca-luteínicos bilaterales > 6 cms.
4. Paciente > 40 años

4. DIAGNÓSTICO

El diagnóstico presuntivo de EGT en cualquier mujer se hace mediante el hallazgo de títulos elevados de gonadotropina coriónica en orina o suero (marcador tumoral único) y ultrasonografía.

4.1 CLÍNICO:

El diagnóstico de EGT en la mitad de los casos se hace por la expulsión de las vesículas y en ausencia de este hallazgo puede presentarse el siguiente cuadro clínico sugestivo:

- 4.1.1** Hemorragia durante la primera mitad del embarazo con o sin dolor hipogástrico.
- 4.1.2** Crecimiento rápido del útero, tamaño uterino mayor del esperado para la fecha de Gestación
- 4.1.3** Ausencia de latido y partes fetales.
- 4.1.4** Titulaciones de BHCG mayores de lo esperado para la edad gestacional
- 4.1.5** Hiperémesis.
- 4.1.6** Toxemia antes de las 24 semanas de gestación.
- 4.1.7** Quistes ováricos bilaterales (teca-luteínicos)
- 4.1.8** Signos de hipertiroidismo
- 4.1.9** Sospecha clínica de coriocarcinoma: hemorragia uterina que persiste posterior a un legrado, crecimiento uterino sin relación actual a un embarazo, lesiones violáceas peri-uretrales, en vagina o vulva.



4.2 LABORATORIO Y GABINETE

4.2.1 Cuantificación de HCG, sub-unidad beta por radioinmunoensayo.

HCG sérica con valores de 100,000 UI/ml. son compatibles con mola.

4.2.2 Ultrasonografía con ausencia de embrión, presencia de vellosidades coriales vesiculares, imágenes en tormenta de nieve.

4.2.3 Rayos X de tórax. Como parámetro de base o para el diagnóstico de lesiones metastásicas

4.2.4 Sí se aúna el cuadro clínico, la ultrasonografía y la cuantificación de HCG, el diagnóstico se obtiene en un 90%.

5. CLASIFICACIÓN

5.1 Clasificación Histológica:

5.1.1 MOLA HIDATIDIFORME COMPLETA:

Benigna, sin desarrollo embrionario (fecundación de un óvulo enucleado), genéticamente constituida por un complemento cromosómico 46 XX con dos haploides paternos idénticos (YY), sin cromosoma materno. Menos frecuentemente también puede ser producto de la fecundación de un óvulo enucleado por dos espermatozoides (posible dotación XY) que se ha relacionado con mayor grado de malignidad.

5.1.2 MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL:

Concepción anormal benigna que puede tener o no elementos embrionarios o fetales y la placenta muestra vellosidades anormales que alternan con otras que tienen degeneración hidrópica e hiperplasia sincitial (con presencia de eritrocitos fetales intravellositarios). Genéticamente es consecuencia de la fecundación de un óvulo aparentemente normal (23X) por dos espermatozoides (23X y 23Y), conformándose un cariotipo de 69 cromosomas (triploidía diántrica, dispérmica). Pueden observarse también trisomías y tetraploidías.



5.1.3 MOLA INVASORA:

El trofoblasto penetra al espesor del miometrio y a las venas uterinas, lo que favorece su diseminación fuera del útero. Generalmente es benigna porque puede cursar con regresión espontánea, pero puede persistir y progresar a la malignidad. Sus hallazgos histológicos son similares a los de mola.

5.1.4 TUMOR DEL SITIO DE IMPLANTACION TROFOBLASTICO:

Proliferación maligna de tejido cito y sincitiotrofoblástico progresiva, rápidamente metastatizante y mortal.

5.2 CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

Dentro de los múltiples sistemas de clasificación clínicas; se encuentra la del National Institute of Health (NIH) de 1994, que se presenta a continuación.

ESTADIO 1	EGT BENIGNA	a) Mola hidatidiforme completa
		b) Mola hidatidiforme parcial

ESTADIO 2	EGT MALIGNA	a) ETG maligna NO metastásica	
		b) EGT Maligna Metastásicas	<p>1. Buen pronóstico o bajo riesgo Ausencia absoluta de todo factor de riesgo</p> <p>2. Mal pronóstico o alto riesgo. En presencia de factores de riesgo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Duración mayor de 4 meses desde concluido el evento gestacional. • Sub-unidad B de HCG de 40,000mU/ml. previo al inicio de la terapia. • Metástasis en cerebro o hígado. • ETG luego de embarazo a término. • Terapia fallida previa.



Sobre la base de la experiencia del Charing Cross Hospital (Bagshawe, 1976), la Organización Mundial de la Salud (OMS), adoptó un sistema de puntaje basado en muchos factores pronósticos, modificado en 1983.

SISTEMA DE PUNTAJE PRONÓSTICO DE LA OMS

FACTOR PRONOSTICO	PUNTAJE			
	0	1	2	4
EDAD (años)	<39	>39		
Antecedente de embarazo	Mola hidatiforme	Aborto Emb. Ectópico	Embarazo de Término	
Intervalo de tratamiento	< de 4 meses.	4-6 meses	7-12 meses	Más de 12 meses
HCG sub B inicial	<1,000 mU/mL.	1,000 a 10,000 mU/mL.	10,000 a 100,000 mU/mL.	Más de 100,000 mU/mL.
Grupos sanguíneos		OxA	AxO	B, AB
Tamaño de tumor	<3 cms.	3-5 cms.	Mayor de 5 cms.	
Sitios de metástasis	No detectadas Vagina, pulmon.	Bazo Riñón	Tracto Gastrointestinal	<u>Encéfalo</u>
Número de metástasis	0	1-4	4-8	<u>Más de 8</u>
Quimioterapia previa			Monodroga	<u>Dos o más</u>

La clasificación clínica depende del seguimiento que de la paciente marque el reporte patológico y se clasifican como:

5.2.1 Bajo riesgo cuando el puntaje es de 4 o menos,

5.2.2 Riesgo intermedio cuando el puntaje está entre 5 y 7,

5.2.3 Riesgo elevado cuando el puntaje es de 8 ó más.

6. CONDUCTA DE EGT BENIGNA.

6.1 Histerectomía con mola in situ en las siguientes condiciones:

6.1.1 Paciente mayor de 40 años con paridad satisfecha

6.1.2 Paridad satisfecha

6.1.3 Embarazo molar de alto riesgo



6.1.4 Perforación uterina.

Recordar que es posible preservar los ovarios al momento de la histerectomía y que si hay quistes teca-luteínicos se puede realizar la descompresión de los mismos sólo por aspiración. El seguimiento de las pacientes será igual que el de las pacientes con EGT benignas tratadas con legrado. En los casos de alto riesgo es conveniente aplicar quimioterapia profiláctica, iniciándola antes de hacer la histerectomía.

6.2 A toda paciente con EGT se deben realizar los siguientes exámenes:

6.2.1 Hemograma

6.2.2 Típo y grupo sanguíneo, prueba cruzada y orden de transfusión

6.2.3 Pruebas de coagulación: plaquetas, fibrinógeno, Lee-White, tiempo parcial de tromboplastina, tiempo y valor de protrombina.

6.2.4 Titulación de sub-unidad beta de HCG

6.2.5 General de orina

6.2.6 Creatinina sérica, nitrógeno ureico

6.2.7 Transaminasa glutámico-oxalacética y **pirúvica**

6.2.8 Radiografía de tórax (PA)

6.2.9 T3-T4-TSH (si hay síntomas tiroideos)

6.2.10 Electrocardiograma (si es necesario)

6.2.11 Ultrasonografía abdominal y pélvica

6.3 Si la paciente presenta un parto molar al momento de su consulta, pasar a legrado succión, si la paciente no presenta sangrado esperar a tener el reporte de los exámenes anteriores.

6.3.1 Realizar legrado succión con cánula N° 12, proceder a infusión endovenosa de oxitocina al haber vaciado el contenido del útero.

6.3.2 Luego de hacer el legrado succión, cuando se cree que ya se ha evacuado por completo la mola, se realizará un legrado instrumental para remover el tejido molar residual si es que lo hay.



6.3.3 En los casos de embarazo molar que cumpla con los criterios de alto riesgo, es válido el uso de quimioterapia profiláctica con metotrexate a 0.1 mg/kg dosis no superando los 25 mg. de dosis individual los días 1, 3,5 y 7 del legrado.

6.4 SEGUIMIENTO

6.4.1 Se tomará a las 48 horas del legrado:

1.4.1.1 Ultrasonografía

2.4.1.2 BHCG

3.4.1.3 **Si no hay restos por USG y BHCG ha disminuido en 50% ó más se dará el alta a la paciente y se tomará BHCG cada siete días hasta obtener tres valores consecutivos menores o iguales a 80 mUI/mL.**

4.4.1.4 Luego se tomará BHCG cada 15 días por dos meses

5.4.1.5 Luego BHCG cada mes por cuatro meses

6.4.1.6 Luego BHCG cada dos meses hasta completar un año

6.4.2 La paciente deberá tener planificación familiar por un año, la cual se iniciará después del primer legrado, así:

6.4.2.1 ACO si la paciente es confiable

6.4.2.2 Depo-provera cumpliendo antes del alta.

6.4.3 Sí en la USG que se tomó a las 48 horas del primer legrado se reportan restos ovulares:

6.4.3.1 Se realizará un segundo legrado succión instrumental.

6.4.3.2 Se tomará nueva USG y nuevos títulos de BHCG a las 48 horas;

6.4.3.4 Si corroboramos que el segundo legrado fue completo (es decir, no hay restos) se seguirá con protocolo de seguimiento anterior.



6.4.4 Si la paciente presenta alguna de las siguientes complicaciones:

6.4.4.1 Preeclampsia-eclampsia, edema agudo de pulmón, embolismo trofoblástico, síndrome de distress respiratorio, CID o crisis tiroidea, será objeto de manejo multidisciplinario en servicio de intermedios o UCI y posterior a su estabilización, se procederá inmediatamente a la evacuación de la mola según lo normado.

6.4.4.2 ALTA cuando la paciente se encuentre estable, y control en la consulta externa con el médico acreditado para el seguimiento de EGT.

6.4.5 SEGUIMIENTO EN CONSULTA EXTERNA:

6.4.5.1 El seguimiento de la EGT se realizará en la consulta externa por el médico acreditado donde se deberán cumplir los siguientes pasos:

- Se debe informar e instruir a la paciente acerca de la importancia de cumplir con sus controles.
- En cada consulta debe realizarse un examen físico completo, examen ginecológico minucioso para detectar posibles siembras de trofoblasto en mucosa vaginal, cervix. Se espera que el útero involucone a estado normal en seis semanas. Si el útero se mantiene subinvolucionado y con títulos de BHCG bajos se debe indicar USG pélvica.
- Los quistes teca-luteínicos involucionan en dos a tres meses.
- El examen pélvico debe realizarse cada tres semanas hasta los dos meses, luego bimensual hasta el año.

Rayos X de tórax a las 4 semanas post-evacuación y luego cada tres meses.



- Seguimiento de BHCG: Ver esquema anterior.
- Generalmente el tiempo de negativización posterior al legrado uterino instrumental inicial oscila entre 8 y 16 semanas. Diremos que la paciente entra en remisión temporal.
- Si después de este tiempo, los valores de BHCG no se normalizan, se estabilizan en meseta o se elevan o la paciente presenta cualquiera de los factores de alto riesgo, la paciente deberá ingresarse a oncología y catalogarse como PERSISTENCIA DE EGT.

7. EGT MALIGNA PERSISTENTE

Se diagnostica en base a un incremento mayor o igual del 10% o plateau (decremento menor o igual al 10%) en un mínimo de tres valores de BHCG en catorce días.

La presentación clínica de la EGTM es más importante en el pronóstico y el tratamiento que el diagnóstico histológico.

7.1 Las diferentes presentaciones clínicas de la EGTM son:

7.1.1 Alteración de la curva de regresión de la BHCG (explicada anteriormente)

7.1.2 Sangrado irregular

7.1.3 Quistes teca-luteínicos

7.1.4 Agrandamiento o sub-involución uterina

7.1.5 Niveles altos de BHCG mayor o igual a 20,000 después de las primeras 4 sem semanas del legrado

7.1.6 Abdomen agudo por perforación o torsión de los quistes

7.1.7 Pruebas histológicas de coriocarcinoma

7.1.8 Pruebas de metástasis al SNC, riñón, hígado, pulmón mayor de 2 cms. o tracto digestivo.



7.1.9 Si hay una curva de BHCG a las 4 semanas con valor menor de 20,000 pero que a las 8-12 semanas no ha alcanzado valores menores de 80 mUI/mL.

7.2 CONFIRME EL DIAGNÓSTICO E INDIQUE:

7.2.1 USG doppler

7.2.2 Titulación de HCG: cuantificación de la sub-unidad beta.

7.2.3 Otros exámenes para descartar metástasis:

7.2.4 Ecografía pélvica, tomografía de tórax, hígado y cerebro. El TAC será indicado individualizando cada caso. Además pruebas hepáticas, nitrógeno ureico y creatinina, hemograma completo.

8. EGT METASTÁSICO (Esquema de tratamiento)

TRATAMIENTO.

8.1 Bajo riesgo:

8.1.1 Quimioterapia primera línea: MTX-AF (si existe hepatotoxicidad, sustituir por ACT-D)

8.1.2 Segunda línea: MACIII.

8.2 Riesgo medio:

8.2.1 Quimioterapia de primera línea: MACIII.

8.2.2 De segunda línea: CHAMOCA.

8.3 Alto riesgo:

8.3.1 Quimioterapia de primera línea: CHAMOCA.

8.3.2 Segunda línea: EMA-CO.

MAC III: Metotrexate(MTX), ácido folínico (AF), Actinomicina D (ACT-D), ciclofosfamida (CF).

CHAMOCA: Hidroxiurea, vincristina, MTX, AF, CF, ACT-D.

EMA-CO: Etopóxido(VP-16),MTX, ACT-D, CF, oncovín.



9. EGT RECURRENTES

9.1 Diagnóstico: Toda elevación de los títulos de HCG tras tres determinaciones negativas consecutivas. Generalmente las recurrencias aparecen en los 36 primeros meses después de la remisión. En la mitad de los casos puede ocurrir en los 3 primeros meses. Su incidencia en EGT metastásica si la elevación de los títulos de HCG acontece pasado un año, debe descartarse embarazo normal o molar.

9.2 Tratamiento: Poliquimioterapia si fuera necesario

9.3 Prevención:

En los casos de EGT no metastásica de bajo riesgo, añadir un ciclo de quimioterapia tras la normalización de los niveles de HCG.

EGT metastásica o de riesgo elevado adicionar tres ciclos de tratamiento tras la normalización.

10. EMBARAZO DESPUÉS DE UNA EGT

Realizar exploración ecografía durante el primer trimestre.

Estudio anatomopatológico de la placenta o restos abortivos en caso de aborto.

Seguimiento de los niveles de HCG hasta transcurridas seis semanas de la resolución de la gestación.

10.1 PREVENCIÓN: Se debe evitar el embarazo hasta transcurrido un año de normalización de los títulos de HCG según el tipo de EGT.

10.2 NIVELES DE REFERENCIA: Toda paciente con diagnóstico clínico, histopatológico o de laboratorio de EGT deberá ser referida aun centro de atención hospitalaria de tercer nivel. La referencia se acompañará de un resumen clínico incluyendo las pruebas de laboratorio y el tratamiento recibido.



OBSERVANCIA DE LAS GUIAS

La vigilancia del cumplimiento de las presentes **“Guías de Manejo en Ginecología Oncológica”** corresponde a las direcciones de Centros de atención del ISSS a nivel nacional, donde se proporciona atención médica, en el ámbito de sus competencias.

BIBLIOGRAFIA

- ⇒ Te Linde ginecologia quirurgica octava edicion, cap. 49, pag. 1437-1517.
- ⇒ Ginecología de novak decima segunda edicion, cap. 32, pag. 111-1140.
- ⇒ practical gynecologic oncology Ionathan s. berek 1989, pag. 241 – 276.
- ⇒ cervical cancer and preinvasive neoplasia stephen rubin willi j. hoskins, 1996. pag. 171-455.
- ⇒ protocolo de manejo del cancer del cervix del grupo latinoamericano de curieterapia. glac pag. 153 – 157.
- ⇒ normas para el manejo de pacientes con carcinoma invasivo del cervix de ginecología oncologica del iss.
- ⇒ Disaia-creasman “oncología ginecológica clínica” quinta edición, madrid 1999.
- ⇒ h.r.k. barber. “manual de oncología ginecológica” segunda edición mc graw hill 1992.
- ⇒ oncología ginecológica, shingletón and all.
- ⇒ practical gynecologyc oncology, berek, hacker, fracog.
- ⇒ patología ginecologica y obstetricia novak, woodruff.
- ⇒ patología estructural y funcional, robbins, cotran.
- ⇒ selected schedules, baxter oncology, of terapia for malignat tumours
- ⇒ Guías clínicas de las principales morbilidades obstetricas en el tercer nivel de Atencion.



VIGENCIA

Las Presentes “**Guías de Manejo en Ginecología Oncológica**” del Instituto Salvadoreño de Seguro Social, entrarán en Vigencia a partir del mes de Octubre de 2005 y sustituye a todos los manuales o instructivos que han sido elaborados previamente por los diferentes Centros de Atención.

San Salvador, Octubre 2005.

AUTORIZACIÓN



Dr. Guillermo José Valdés F.
Jefe Depto. Normalización y Estandarización



Dr. Simón Balazar Agreda C.
Jefe División Técnica Normativa



Dra. Marjorie Fortín
Subdirectora de Salud ISSS.





DIVISIÓN TÉCNICA NORMATIVA
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN
2005.