



MINISTERIO
DE SALUD

UNIDAD DE POLÍTICAS DE PROGRAMAS SANITARIOS

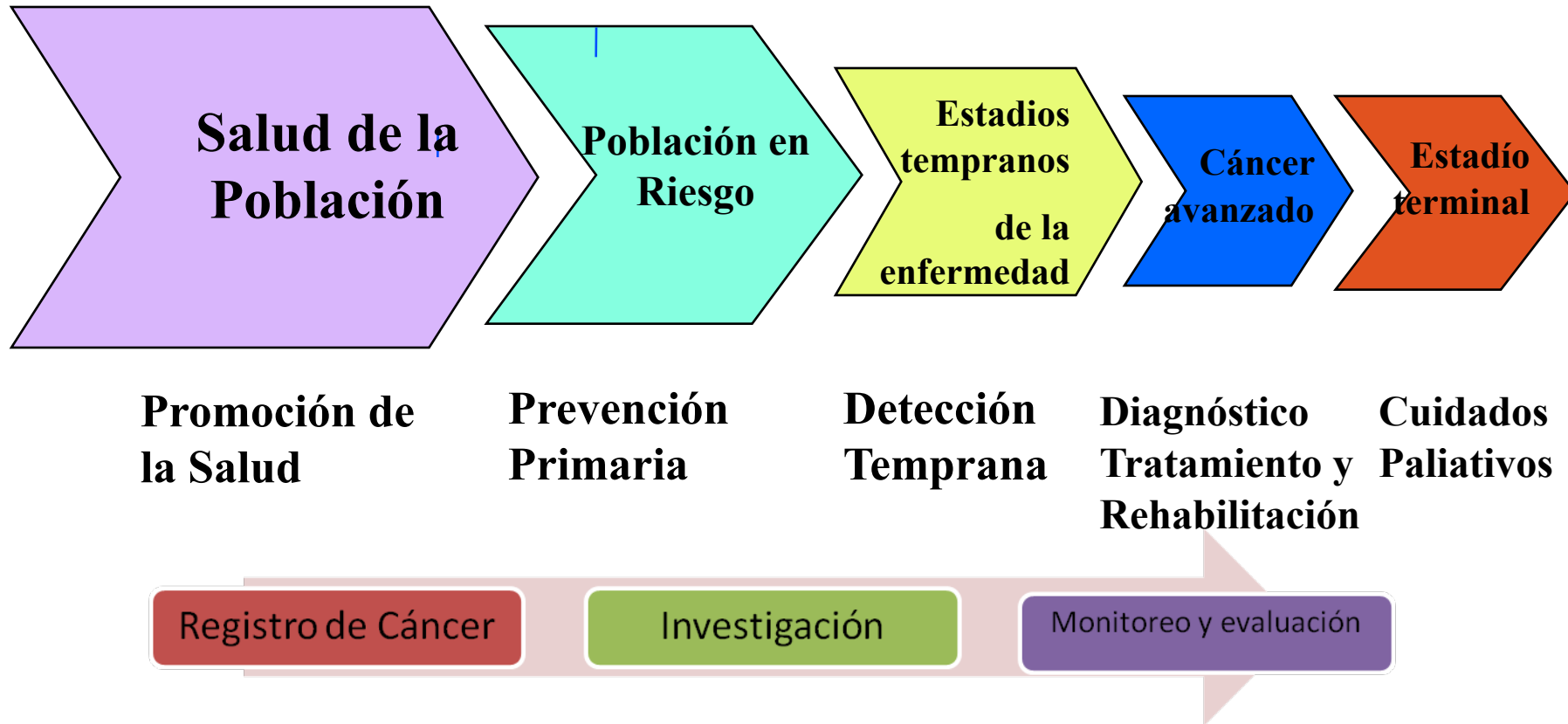
OENTP-CANCER
Cancer de Cervix



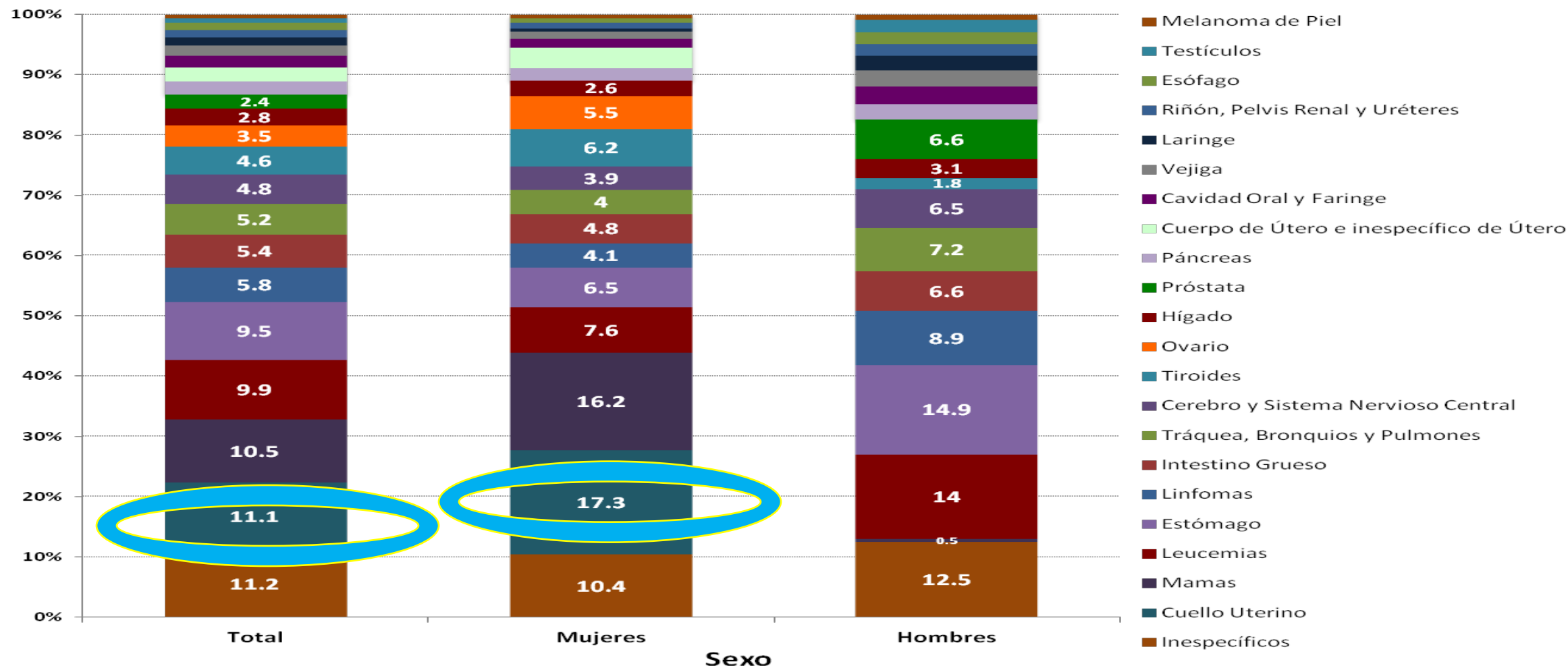
AGOSTO 2021

Enfoque propuesto para Plan Control cancer

Basado en principios OMS/OPS



Distribución por sexo y por ubicación. Período 2009-2013 El Salvador



Fuente: Construcción propia con base a depuración del SISMOW 2009-2013

La principal causa de egresos por cáncer en mujeres es debida a cáncer de cuello uterino (17%), seguido de mama (16%) y leucemias (8%).

En los hombres, la principal causa de egreso por cáncer es debida a estómago (15%), leucemias (14%) y linfomas (9%).

CÁNCER CERVICO UTERINO

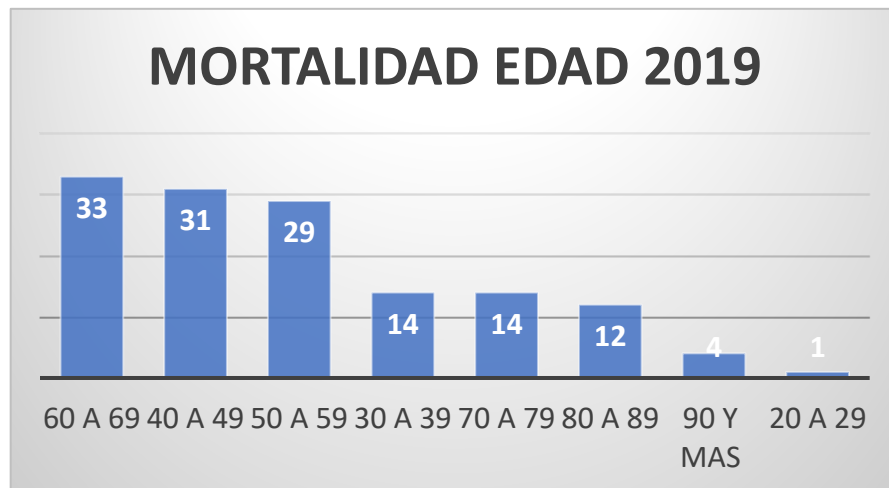
Los tipos de VPH con una mayor prevalencia en las lesiones precancerosas (VPH16, 18, 31, 33, 35, 45, 52 y 58)

Según las estimaciones del observatorio mundial de cáncer (GLOBOCAN) El Salvador espera para este año 770 casos nuevos para el año 2021.

En el año 2019 de 58,718 consultas por cáncer, el 73% (42,955 consultas) corresponden al sexo femenino, y de estas el 15% (6,464 consultas) corresponden a cáncer de cérvix.



El 87.7 % de mortalidad se agrupa en los departamentos de San Salvador, La Libertad, La Paz, Sonsonate , Cuscatlán y Cabañas. Salvador,



La mortalidad reportada en Estadísticas Vitales de SIMMOW es de 4 por 100,000 habitantes, para el año 2019. (No se toma 2020, por haber sido un año irregular).

El 87.7% de mortalidad esta agrupada entre las edades de 30 a 79 años.

ABORDAJE

90% mujeres con
tamizaje (+)
tratadas



TRATAMIENTO
OPORTUNO

CONTROL CACU: Línea Cuidado

PROMOCION
SALUD

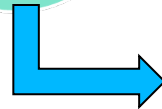
PREVENCIÓN:
EDUCACIÓN
VACUNACIÓN

90% niñas 9-10 años vacunadas



Tamizaje poblacional con prueba VPH a mujeres 30 a 59 años
Cobertura poblacional anual : 160 mil mujeres
Inversión anual: Anual 1.5 millones.
12 a13% Positividad
Pendiente R. Metropolitana.
Promedio Mujeres tamizadas a la fecha: 90 mil

DETECCIÓN Y
DX
TEMPRANO



Tamizaje innovador: 70%
mujeres de entre 30 a 59 años
con Prueba VPH

Objetivo 2030: Reducir a su
mínima expresión el CACU en El
Salvador

FLUJO DE ATENCION DE TAMIZAJE CON VPH ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL DE ATENCION.

SEGUNDO NIVEL

TERCER NIVEL

PROMOCION Y
TOMA DE MUESTRA

LAB. PROCESAMIENTO
MUESTRA VPH

EVALUACION VISUAL

COLPOSCOPIA , TRATAMIENTO,
CIRUGIA, CONTROLES,
REFERENCIA.

UNIDADES COMUNITARIAS

UCSF
LABORATORIO

UCSF
CENTRO TRIAGE

UNIDAD
COLPOSCOPIA
HOSPITAL

HOSPI
TAL
NACIO
NAL
DE LA
MUJER
CNRT

Prueba VPH tomada

PRUEBA (+). UCSF: INFORMA A PACIENTE
RESULTADO Y TRAMITA CITA PARA EVALUACION
VISUAL EN SU RED

Estrategia Mundial hacia la Eliminación del Cáncer Cervico-uterino

Todos los países alcancen < 4 casos por 100,000 mujeres-años

Metas de control para 2030

90%

De muchachas con la
vacuna HPV
completada a los 15
años

70%

de mujeres cribadas con
una prueba de alta
precisión a los 35 y 45
años de edad

90%

de mujeres identificadas
con enfermedad cervical
reciben tratamiento y
atención

SDG 2030: Objetivo 3.4 - Reducción del 30% de la mortalidad por cáncer de cuello uterino



PATOLOGÍA ANUAL ESTIMADA RELACIONADA CON VPH

- 4,5% de todos los cánceres
- 630.000 nuevos casos de cáncer (90% mujeres)
- 23 millones de lesiones precancerosas
- 29 millones de verrugas genitales

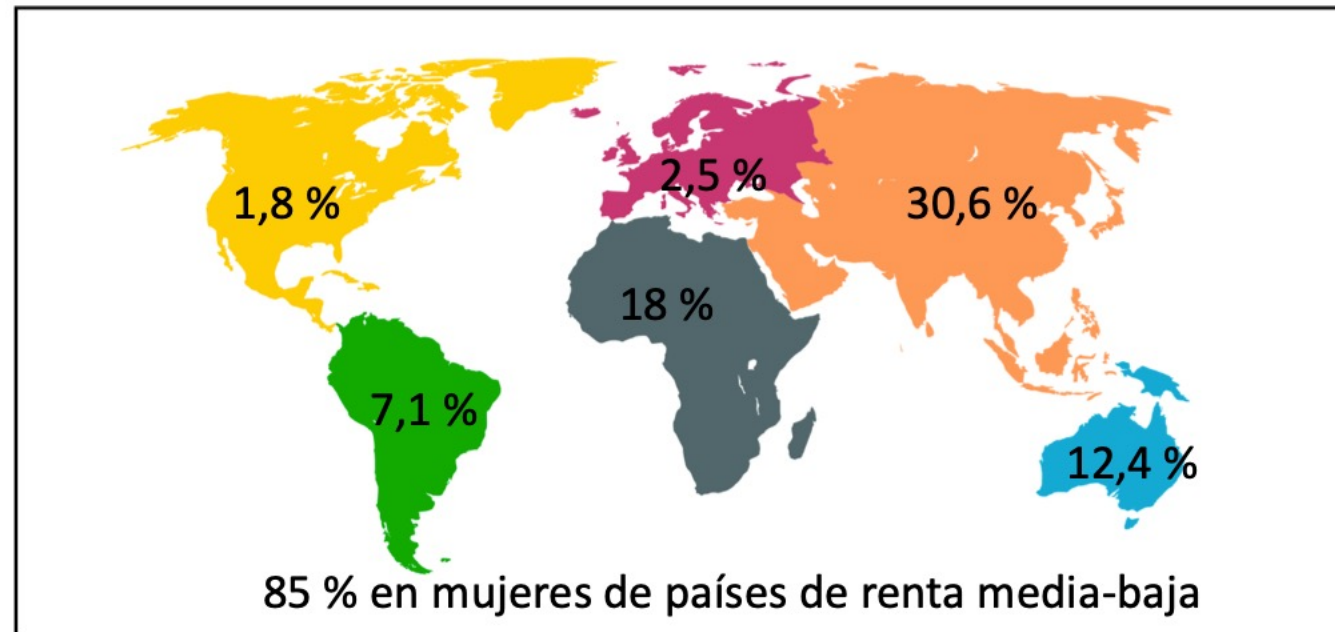
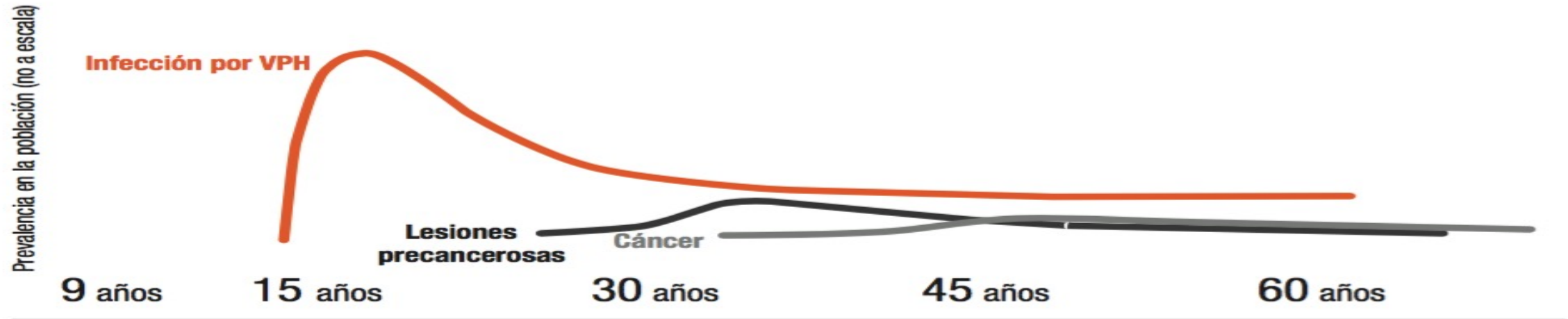


Figura 2.1: Enfoque integral de la OMS para la prevención y el control del cáncer cervicouterino: Panorama de intervenciones programáticas durante todo el ciclo vital para prevenir la infección por VPH y el cáncer cervicouterino



PREVENCIÓN PRIMARIA **Niñas de 9 a 13 años de edad**

Vacunación contra el VPH

Niñas y niños, según corresponda

- Información sanitaria y advertencias acerca del consumo de tabaco*
- Educación sobre la sexualidad, adaptada a la edad y la cultura
- Promoción y suministro de condones a los sexualmente activos
- Circuncisión masculina

PREVENCIÓN SECUNDARIA **Mujeres mayores de 30 años**

Tamizaje y tratamiento según sea necesario

- “Tamizaje y tratamiento” con tecnologías de bajo costo, por ejemplo, IVAA seguida de crioterapia
- Determinación de la presencia de tipos de VPH de alto riesgo (es decir, los tipos 16 y 18, y también los tipos 31, 33, 45 y 58)

PREVENCIÓN TERCIARIA **Todas las mujeres según sea necesario**

Tratamiento del cáncer invasor a cualquier edad

- Cirugía ablativa
- Radioterapia
- Quimioterapia
- Cuidados paliativos

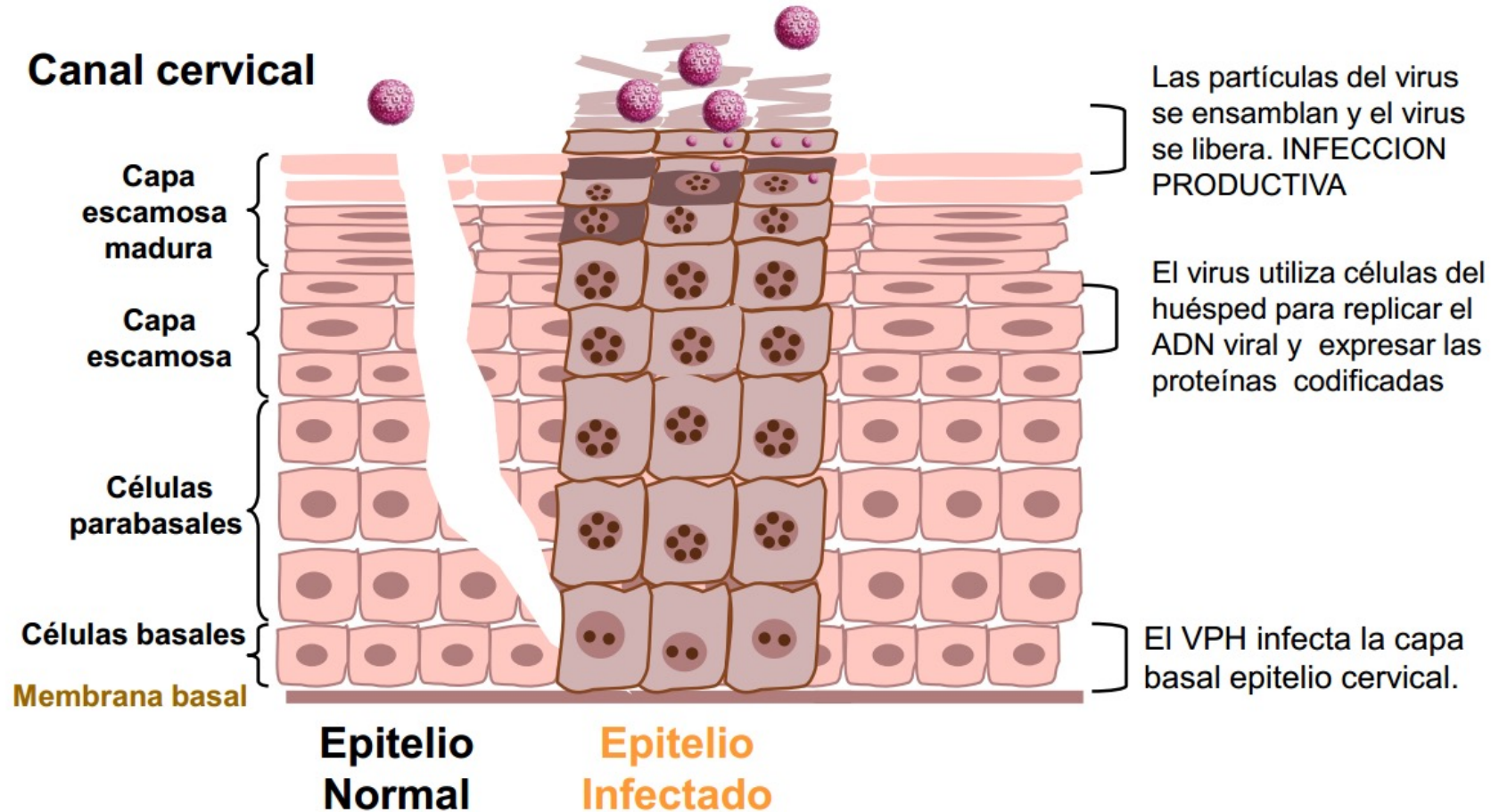
* El consumo de tabaco es otro factor

Adapted from WHO guidance note: comprehensive cervical cancer prevention and control: a healthier future for girls and women. Geneva: World Health Organization; 2013.

- El cáncer cervico uterino es causado por tipos de VPH de alto riesgo; 16 y 18, que juntos son responsables de aproximadamente un **70% de los casos de cáncer cervicouterino** en todos los países del mundo.
- Vacunas VPH tetravalente, también previene la infección por los tipos de VPH 6 y 11, que causan el 90% de las verrugas genito anales o condilomas.

- Las vacunas **no tratan una infección por VPH** preexistente ni otras enfermedades asociadas al VPH, por lo que se recomienda administrar la vacuna **antes del inicio de la actividad sexual**.
- Como las vacunas no protegen contra todos los tipos de VPH que pueden causar cáncer cervico uterino, **las niñas vacunadas contra VPH necesitarán someterse a tamizaje** de cáncer cervicouterino en años posteriores.

Ciclo de vida del HPV en el cérvix



El HPV usa la maquinaria biosintética de la célula

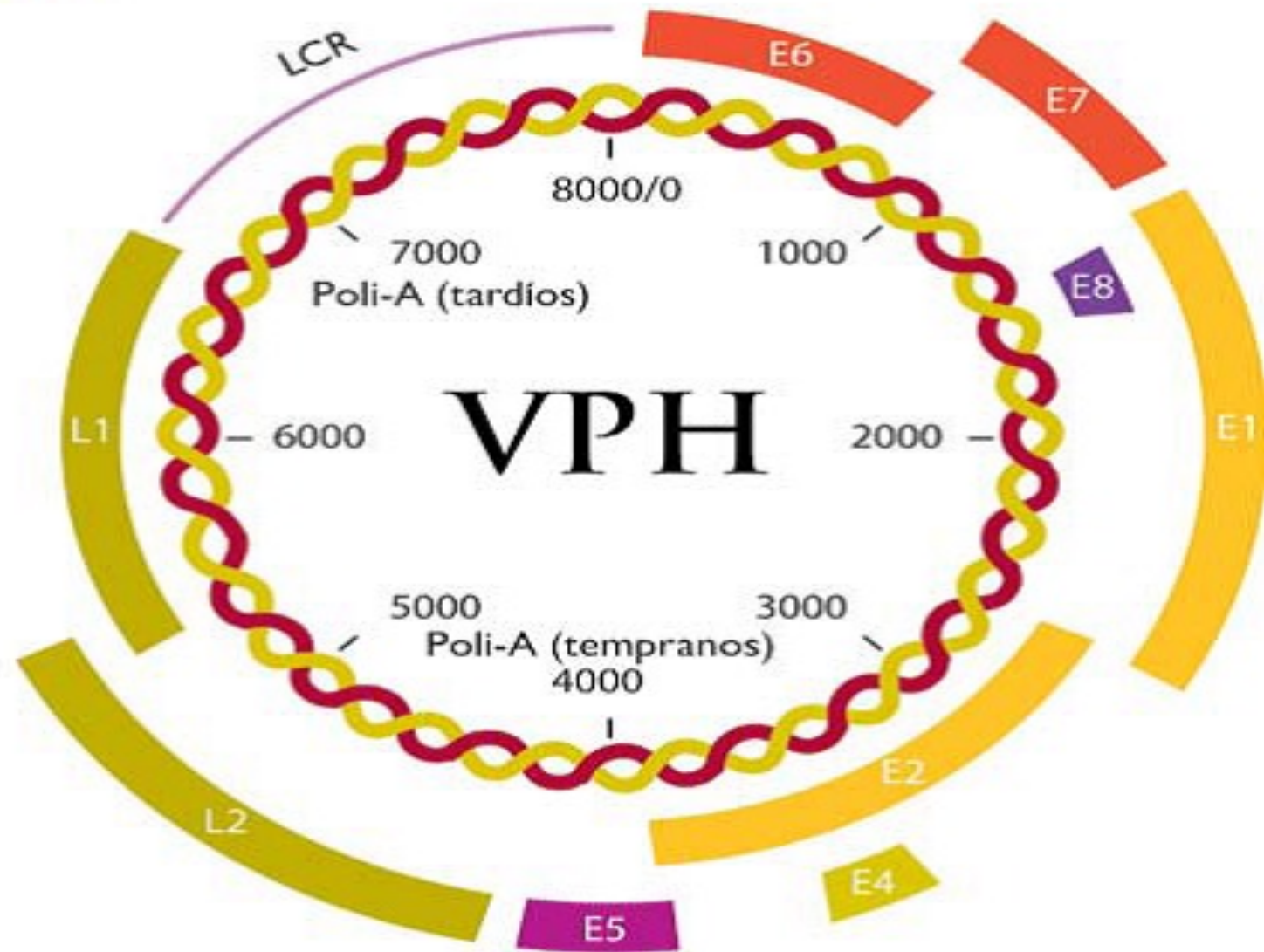
(Adaptado de Frazer IH. Nat Rev Immunol 2004; 4:46–54)

ORGANIZACIÓN DEL GENOMA DE VPH

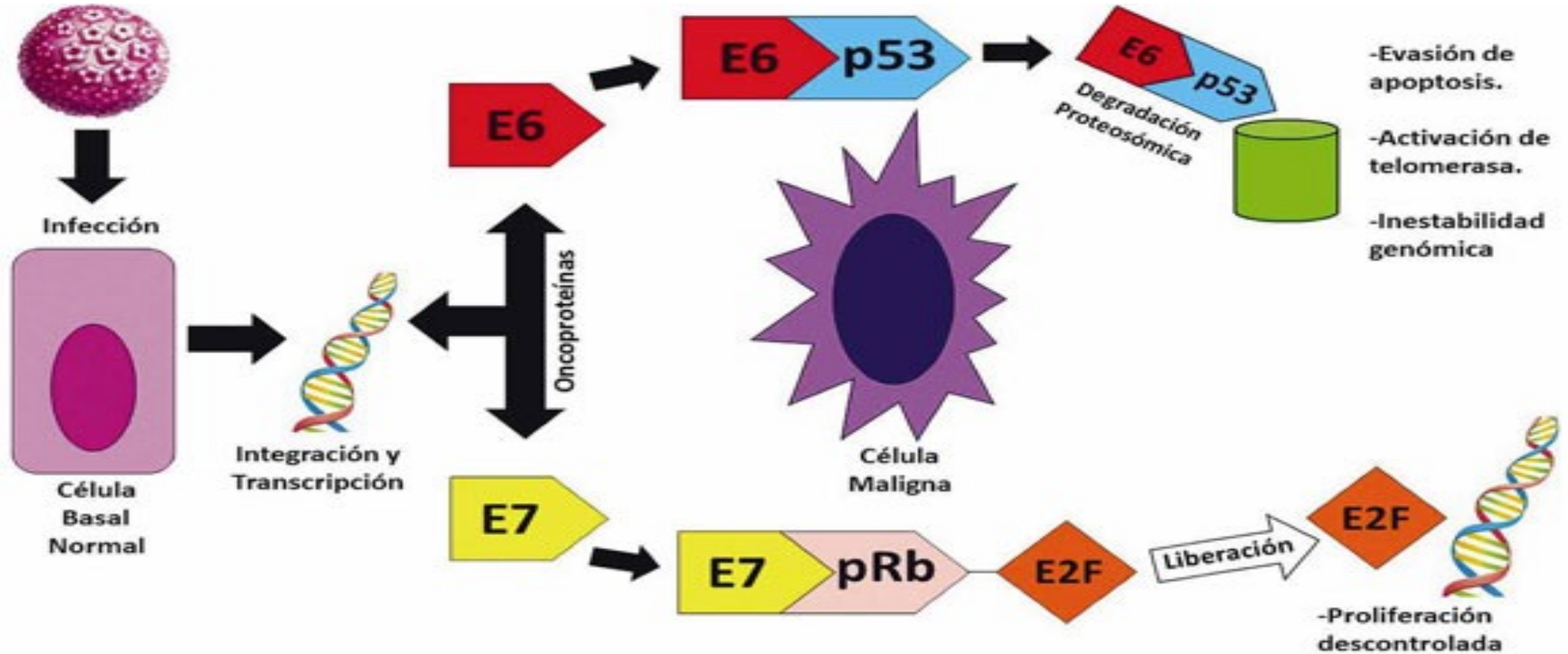
El genoma del VPH es una molécula de ADN circular de doble cadena. Se divide en tres regiones: la región larga de control, LCR, que no contiene marco de lectura alguno; la región temprana, que contiene a los genes E1 a E8; y la región tardía que contiene a los genes L1 y L2, los cuales constituyen la cápside. Con el permiso de impresión y modificación por parte de Taylor & Francis Books (UK).

Fuente:

The Health's Professional's HPV HAND-BOOK, 1: Human papillomavirus and cervical cancer. 2004. The European Consortium for Cervical Cancer education. Taylor & Francis Group



Que pasa con el VPH



Principales recomendaciones de la OMS sobre las vacunas contra VPH

Los países deben considerar la posibilidad de introducir la vacunación contra VPH si:

1. El cáncer cervicouterino u otras enfermedades relacionadas con el VPH, o ambos, constituyen una prioridad de salud pública
2. La introducción de la vacuna es programáticamente factible
3. Puede asegurarse un Financiamiento sostenible
4. se ha considerado la costo eficacia de las estrategias de vacunación en el país o en la región.

- La vacunación contra VPH debe introducirse como parte de **una estrategia integral coordinada para prevenir el cáncer cervico uterino** y otras enfermedades relacionadas con el VPH.
- La introducción de la vacunación contra VPH **no** debe **menoscabar** ni desviar el financiamiento del desarrollo ni el mantenimiento de programas eficaces de **tamizaje** de cáncer cervicouterino.

Principales recomendaciones de la OMS sobre las vacunas contra VPH

- La OMS recomienda vacunar contra VPH a las niñas de 9 a 13 años de edad
- El intervalo entre ambas dosis debe ser de seis meses.

Cuadro 4.1: Características de las vacunas contra VPH

Atributos	Tetravalente	Bivalente
Nombre comercial (fabricante) (véase la nota 1 al final del cuadro)	Gardasil®, Silgard® (Merck)	Cervarix® (GlaxoSmithKline)
Tipos de VPH en la vacuna	6, 11, 16, 18	16, 18
Protección contra enfermedades	verrugas genitales; cáncer cervicouterino	cáncer cervicouterino
Número de dosis (véase la nota 2 al final del cuadro)	dos dosis, la segunda seis meses después de la primera	dos dosis, la segunda seis meses después de la primera
Duración de la protección	no se ha observado disminución de la protección durante el período de observación	no se ha observado disminución de la protección durante el período de observación
Presentación	vial de una dosis	viales de una y de dos dosis
Método de administración	inyección intramuscular: 0,5 ml de suspensión líquida	inyección intramuscular: 0,5 ml de suspensión líquida

Atributos	Tetravalente	Bivalente
Administración junto con otras vacunas para adolescentes estudiadas y encontradas eficaces (véase la nota 3 al final del cuadro)	hepatitis B; difteria/tétanos/tos ferina; poliomielitis	difteria/tétanos/tos ferina; poliomielitis
Período máximo de almacenamiento (véase la nota 4 al final del cuadro)	36 meses, a una temperatura de 2 a 8 °C	vial de 1 dosis: 48 meses, a 2 a 8 °C; vial de 2 dosis: 36 meses, a 2 a 8 °C

Factores de riesgo para adquirir VPH

Factores de alto riesgo para adquirir la infección por el VPH	
Tener múltiples parejas sexuales o tener una pareja promiscua	A mayor número de parejas sexuales, mayor es el riesgo de infectarse con el VPH y de contagiar a otras personas. Incluye a las personas trabajadoras sexuales.
No usar preservativo durante las relaciones sexuales	El preservativo reduce pero no elimina el riesgo de infectarse con el VPH. Esto se debe a que el virus puede existir en la mayor parte del área ano genital, incluso en áreas no cubiertas por el condón masculino.
Sexo anal	Los lugares más susceptibles de infección viral son aquellos donde se producen procesos de rápida replicación y diferenciación celular, como la zona de transformación del cérvix (más activa aún en mujeres jóvenes) y la línea pectínea anal, desarrollando displasias y neoplasias en estas localizaciones.
Consumo de alcohol	El consumo de alcohol provoca desinhibición de la persona, lo que puede llevar a prácticas sexuales no seguras. Esto aumenta el riesgo de adquirir infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VPH.
Inicio temprano de las relaciones sexuales	Es necesario que el epitelio escamoso del cuello uterino o el epitelio de metaplasia escamosa presenten una micro abrasión para que el virus llegue al estrato basal del epitelio, siendo más susceptible el epitelio de metaplasia escamosa inmadura (típico de las mujeres adolescentes) por ser más delgado y frágil. Si no ocurre esto, la infección viral no se desarrolla, pues el virus no llega a reproducirse y se elimina. Tanto el inicio temprano de las relaciones sexuales como el parto vaginal a temprana edad pueden ser resultado de abuso sexual.
Abuso sexual	A través del abuso sexual puede adquirirse infecciones de transmisión sexual, incluido el VPH.

TAMIZAJE EN EL SALVADOR

Prueba de tamizaje	Edad de la mujer
Citología cervical convencional (PAP o Papanicolaou)	20 a 29 años 60 o más años
Prueba del VPH (Virus del Papiloma Humano)	30 a 59 años

Fuente: Adaptación de Instituto Nacional de Cáncer de Estados Unidos. "Cáncer de Cérvix", 2014.

Table 1: International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging of Cancer of the Cervix Uteri (2018)

Stage	Description
I	The carcinoma is strictly confined to the cervix (extension to the corpus should be disregarded).
IA	Invasive carcinoma that can be diagnosed only by microscopy with maximum depth of invasion ≤ 5 mm ^a
IA1	Measured stromal invasion ≤ 3 mm in depth
IA2	Measured stromal invasion > 3 mm and ≤ 5 mm in depth
IB	Invasive carcinoma with measured deepest invasion > 5 mm (greater than stage IA); lesion limited to the cervix uteri with size measured by maximum tumor diameter ^b
IB1	Invasive carcinoma > 5 mm depth of stromal invasion and ≤ 2 cm in greatest dimension
IB2	Invasive carcinoma > 2 cm and ≤ 4 cm in greatest dimension
IB3	Invasive carcinoma > 4 cm in greatest dimension
II	The cervical carcinoma invades beyond the uterus, but has not extended onto the lower third of the vagina or to the pelvic wall
IIA	Involvement limited to the upper two-thirds of the vagina without parametrial invasion
IIA1	IIA1 Invasive carcinoma ≤ 4 cm in greatest dimension
IIA2	Invasive carcinoma > 4 cm in greatest dimension
IIB	With parametrial invasion but not up to the pelvic wall
III	The carcinoma involves the lower third of the vagina and/or extends to the pelvic wall and/or causes hydronephrosis or non- functioning kidney and/or involves pelvic and/or paraaortic lymph nodes
IIIA	Carcinoma involves lower third of the vagina, with no extension to the pelvic wall
IIIB	Extension to the pelvic wall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney (unless known to be due to another cause)
IIIC	Involvement of pelvic and/or paraaortic lymph nodes (including micrometastases) ^c , irrespective of tumor size and extent (with r and p notations).
IIIC1	Pelvic lymph node metastasis only
IIIC2	Paraortic lymph node metastasis
IV	The carcinoma has extended beyond the true pelvis or has involved (biopsy proven) the mucosa of the bladder or rectum. A bullous edema, as such, does not permit a case to be allotted to stage IV
IVA	Spread of the growth to adjacent organs
IVB	Spread to distant organs

^aImaging and pathology can be used, when available, to supplement clinical findings with respect to tumor size and extent, in all stages. Pathological findings supercede imaging and clinical findings.

^bThe involvement of vascular/lymphatic spaces should not change the staging. The lateral extent of the lesion is no longer considered.

^cIsolated tumor cells do not change the stage but their presence should be recorded.

^dAdding notation of r (imaging) and p (pathology) to indicate the findings that are used to allocate the case to Stage IIIC. Example: If imaging indicates pelvic lymph node metastasis, the stage allocation would be Stage IIIC1r, and if confirmed by pathologic findings, it would be Stage IIIC1p. The type of imaging modality or pathology technique used should always be documented.

Reprinted from: Bhatla N, Berek JS, Fredes MC, et al. Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri. Int J Gynecol Obstet 2019;145:129-135 and Corrigendum to "Revised FIGO Staging for carcinoma of the cervix uteri" [Int J Gynecol Obstet 2019;145:129-135] Int J Gynecol Obstet 2019;147:279-280. Copyright 2019, with permission from International Federation of Gynecology and Obstetrics.

Version 1.2021, 10/02/20 © 2020 National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®), All rights reserved. NCCN Guidelines® and this illustration may not be reproduced in any form without the express written permission of NCCN.

9. Tratamiento del cáncer cérvico uterino

El tratamiento se debe realizar con base en el estadio clínico en el Tercer Nivel de Atención, de la siguiente manera:

a. Estadio 1A1 (diagnosticado por cono)

- Si la mujer es joven o adulta joven y desea preservar fertilidad, se debe realizar cono. Si los márgenes se reportan positivos al estudio patológico, se debe valorar la realización de un recono.
- Si la mujer tiene riesgo quirúrgico elevado, enviar a braquiterapia.
- Si la mujer ya no desea conservar fertilidad, se debe realizar histerectomía extrafascial.

b. Estadio 1A 2 (diagnosticado por cono)

- Histerectomía radical clase II y biopsia de ganglios pélvicos.
- Traquelectomía radical con disección linfática pélvica con o sin disección linfática para aórtica, si la estirpe es escamosa.

Fertility-Conserving Surgery for Young Women With Stage IA1 Cervical Cancer

Safety and Access

Jason D. Wright, MD, Ruvandhi Nathavithrana, MD, Sharyn N. Lewin, MD, Xuming Sun, Israel Deutsch, MD, William M. Burke, MD, and Thomas J. Herzog, MD

OBJECTIVE: To estimate the safety of fertility-conserving surgery for stage IA1 cervical cancer and to analyze predictors of access to conization.

METHODS: We analyzed women with stage IA1 cervical cancer aged 40 years or younger who were diagnosed between 1988 and 2005 and recorded in the Surveillance, Epidemiology, and End Results database. The outcomes of hysterectomy were compared with fertility-conserving conization. Clinical and demographic characteristics were compared using χ^2 . Multivariable logistic regression models were constructed to examine predictors of conization. Survival was examined using multivariable Cox proportional hazards models and the Kaplan-Meier method.

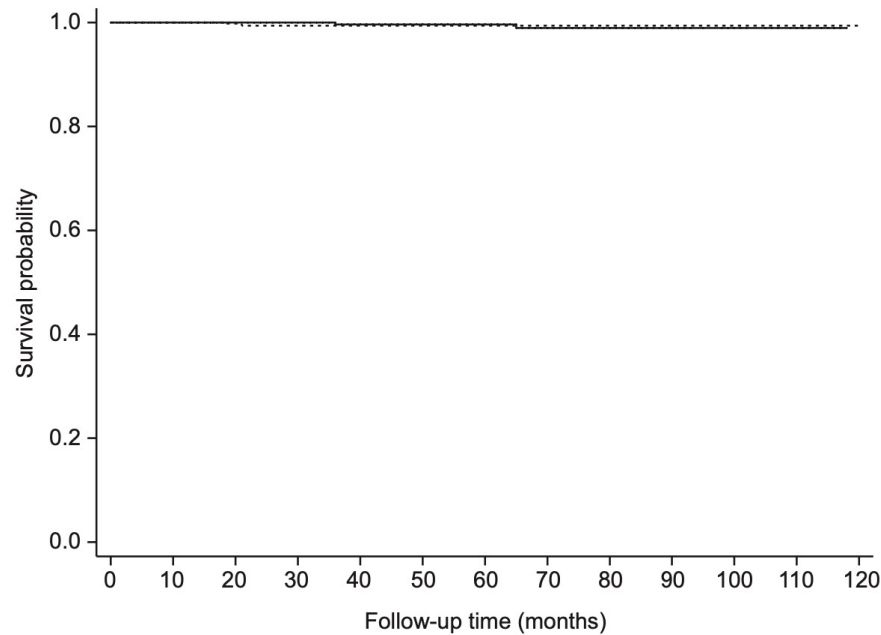


Fig. 1. Kaplan-Meier analysis of cancer-specific survival of patients with stage IA1 squamous cervical carcinoma stratified by hysterectomy (*dashed line*) compared with fertility-sparing surgery (*solid line*). Wright. *Safety and Access to Fertility.* Obstet Gynecol 2010.



Published in final edited form as:

Gynecol Oncol. 2012 February ; 124(2): 276–280. doi:10.1016/j.ygyno.2011.09.035.

Fertility sparing surgery for treatment of early-stage cervical cancer: open vs. robotic radical trachelectomy

Alpa M. Nick¹, Michael M. Frumovitz¹, Pamela T. Soliman¹, Kathleen M. Schmeler¹, and Pedro T. Ramirez^{1,*}

¹Department of Gynecologic Oncology, The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Table 4

Table 3

Comparison of postoperative morbidities by surgical modality

	Robotic (n=8)	Open (n=24)	p-value
Morbidity < 30 days from surgery	3 (38%)	9 (38%)	0.67
Fever	2 (25%)	3 (13%)	0.78
UTI or retention	1 (13%)	6 (25%)	0.81
Morbidity > 30 days from surgery	1 (13%)	14 (58%)	0.07
Cerclage erosion	0 (0%)	4 (17%)	0.54
Cervical stenosis	0 (0%)	3 (13%)	0.73
Irregular menstrual bleeding or amenorrhea	1 (13%)	7 (29%)	0.64

Obstetrical outcomes post-radical trachelectomy (n=30)

Women attempting pregnancy	11 (36%)
First trimester miscarriage	1 (9%)
Second trimester deliveries *	1 (9%)
Third trimester deliveries	1 (9%)
Pre-term	1 (100%)
Term	0 (0%)
Postoperative diagnosis of Infertility	7 (23%)

* Fetus with Down's syndrome and Tetralogy of Fallot delivered at 21 wks

Published in final edited form as:

Gynecol Oncol. 2014 July ; 134(1): 36–41. doi:10.1016/j.ygyno.2014.04.010.

Safety and Tolerance of Radical Hysterectomy for Cervical Cancer in the Elderly

Erin M. George, MD¹, Ana I. Tergas, MD, MPD^{1,3,4}, Cande V. Ananth, PhD, MPH^{1,3}, William M. Burke, MD¹, Sharyn N. Lewin, MD^{1,4}, Eri Prendergast, MS¹, Alfred I. Neugut, MD, PhD^{2,3,4}, Dawn L. Hershman, MD^{2,3,4}, and Jason D. Wright, MD^{1,3,4}

George et al.

Page 10

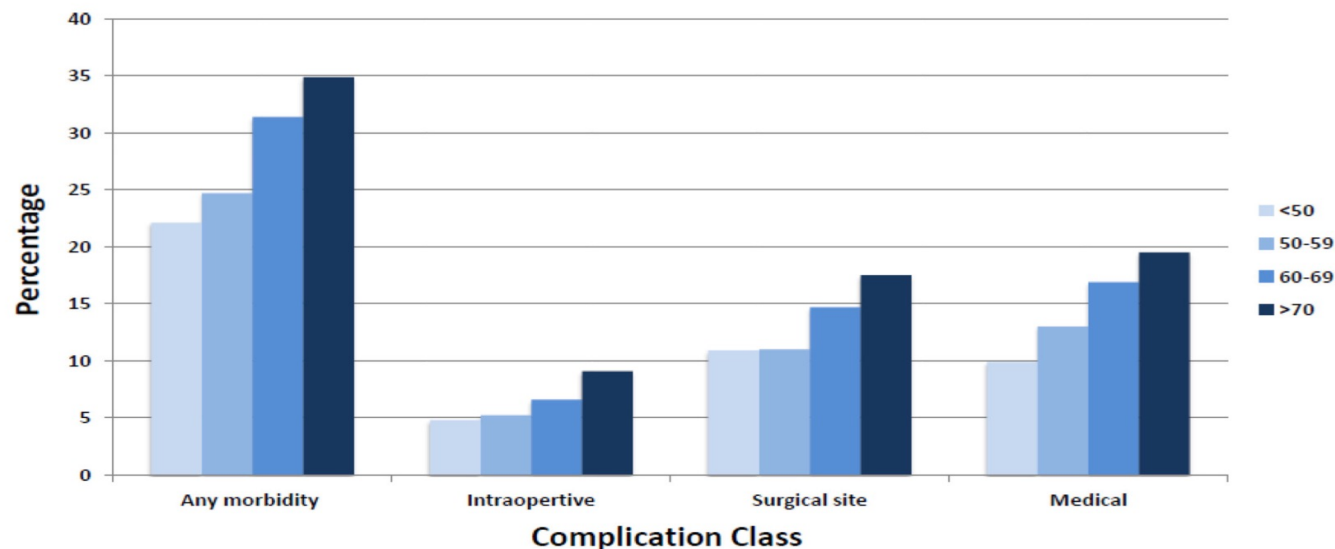


Figure 1.

Unadjusted rate of complications stratified by age.

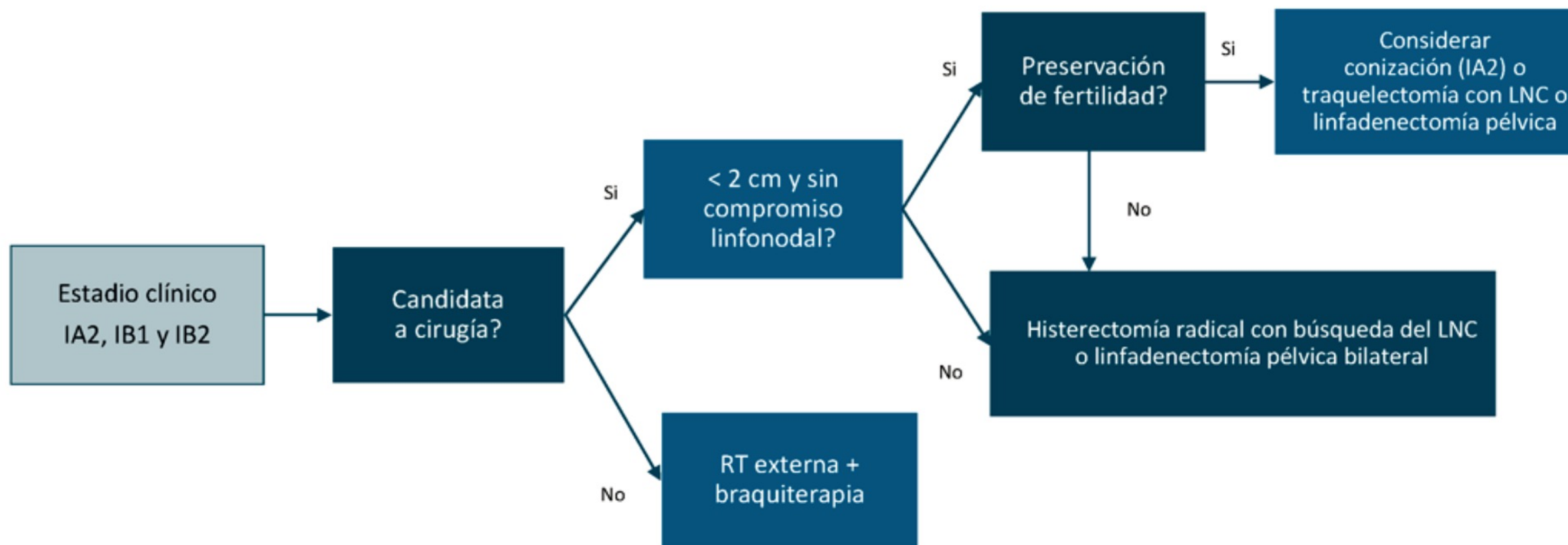
c. Estadio 1B1

- Histerectomía radical clase III y linfadenectomía pélvica y para aórtica.
- Traquelectomía radical con disección linfática pélvica con o sin disección linfática para aórtica: si la estirpe histológica es escamosa, y la lesión no mayor a 2 cm.
- Radioterapia radical más quimio concomitante a base de cisplatino: si paciente con riesgo quirúrgico elevado o ganglios positivos. (22)
- En caso de adenocarcinoma no quirúrgico inicial: se enviará a radioterapia-quimioterapia concomitante (basada en compuesto platinado o sus alternativas descritas anteriormente) y se evaluará histerectomía de rescate.

d. Estadio 1B2

- Radioterapia-quimioterapia concomitante.
- En casos seleccionados (discusión en Comité Técnico Oncológico), se manejará con quimioterapia neoadyuvante (combinaciones de poliquimioterapia), máximo 3 ciclos. Según respuesta a quimioterapia, se hará histerectomía radical clase II; si no cumple criterios quirúrgicos se enviará a radioterapia.

Estadios clínicos IA2, IB1 y IB2



RT: radioterapia; LNC: linfonodo centinela.

Stage IB1 Cervical Cancer: Role of Preoperative MR Imaging in Selection of Patients for Fertility-Sparing Radical Trachelectomy¹

Yulia Lakhman, MD
Oguz Akin, MD
Kay J. Park, MD
Debra M. Sarasohn, MD
Junting Zheng, MS
Debra A. Goldman, MS
Michael J. Sohn, CCRP
Chaya S. Moskowitz, PhD
Yukio Sonoda, MD
Hedvig Hricak, MD, PhD
Nadeem R. Abu-Rustum, MD

Purpose: To determine whether magnetic resonance (MR) imaging evaluation of key morphologic tumor characteristics can improve patient selection for radical trachelectomy.

Materials and Methods: The institutional review board approved and waived informed consent for this study of 62 patients (mean age, 32 years; age range, 23–42 years) with International Federation of Gynecology and Obstetrics stage IB1 cervical carcinoma who underwent attempted radical trachelectomy between November 2001 and January 2011 and had preoperative MR imaging. Retrospectively, two radiologists reviewed MR images for tumor presence and size, distance between tumor and internal os, and presence of deep cervical stromal invasion. Associations between MR imaging findings and surgery type were tested.

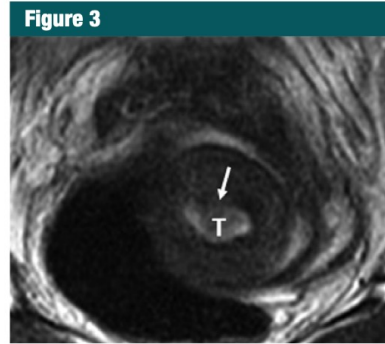


Figure 3: Invasive adenosquamous carcinoma of the cervix in a 30-year-old woman. Axial oblique T2-weighted fast spin-echo image shows superficial cervical stromal invasion by tumor (*T*) with subtle disruption of the inner cervical stroma (arrow). At final trachelectomy pathologic analysis, the depth of cervical stroma was 4 mm, while the total cervical stromal thickness was 18 mm.

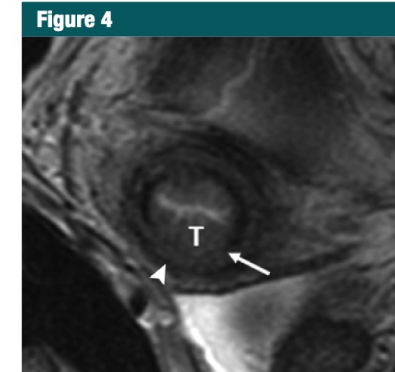


Figure 4: Invasive squamous cell carcinoma of the cervix in a 25-year-old woman. Axial oblique T2-weighted fast spin-echo image shows invasion of the middle third of the cervical stroma by tumor (*T*). Inner cervical stroma is interrupted (arrow), while the outer cervical stroma is preserved (arrowhead). At final trachelectomy pathologic analysis, the depth of cervical stromal invasion was 8 mm, while the total cervical stromal thickness was 18 mm.

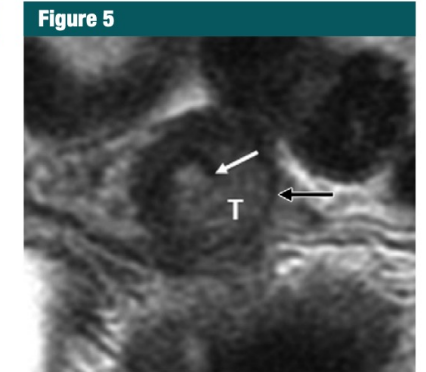


Figure 5: Invasive endocervical adenocarcinoma in a 34-year-old woman. Axial oblique T2-weighted fast spin-echo image illustrates intermediate-T2-SI tumor (*T*) disrupting inner (white arrow) and thinning outer cervical stroma (black arrow). At final pathologic analysis, the depth of cervical stromal invasion by tumor was 15 mm, while the total cervical stromal thickness was 18 mm.

separate scatter plots for each reader.

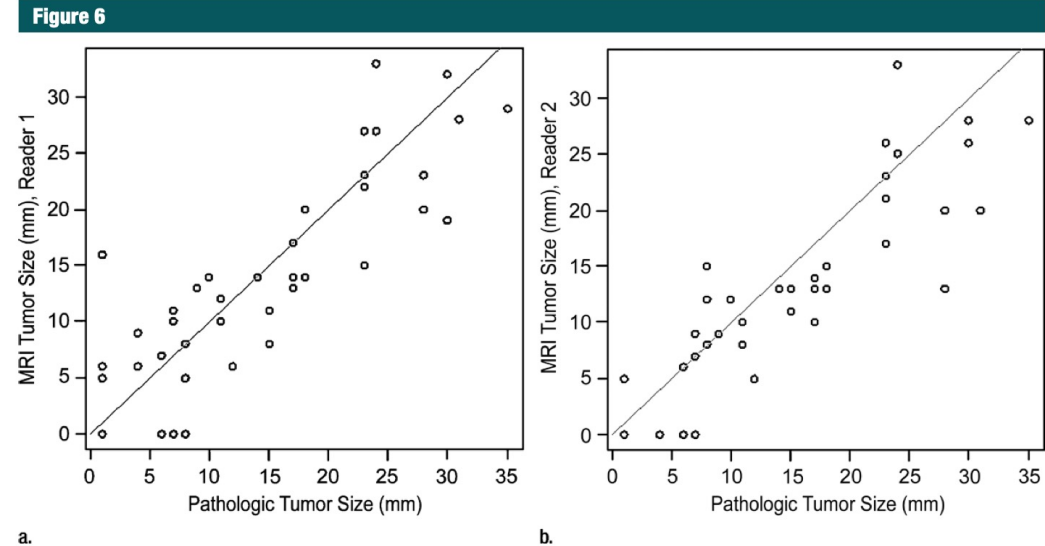
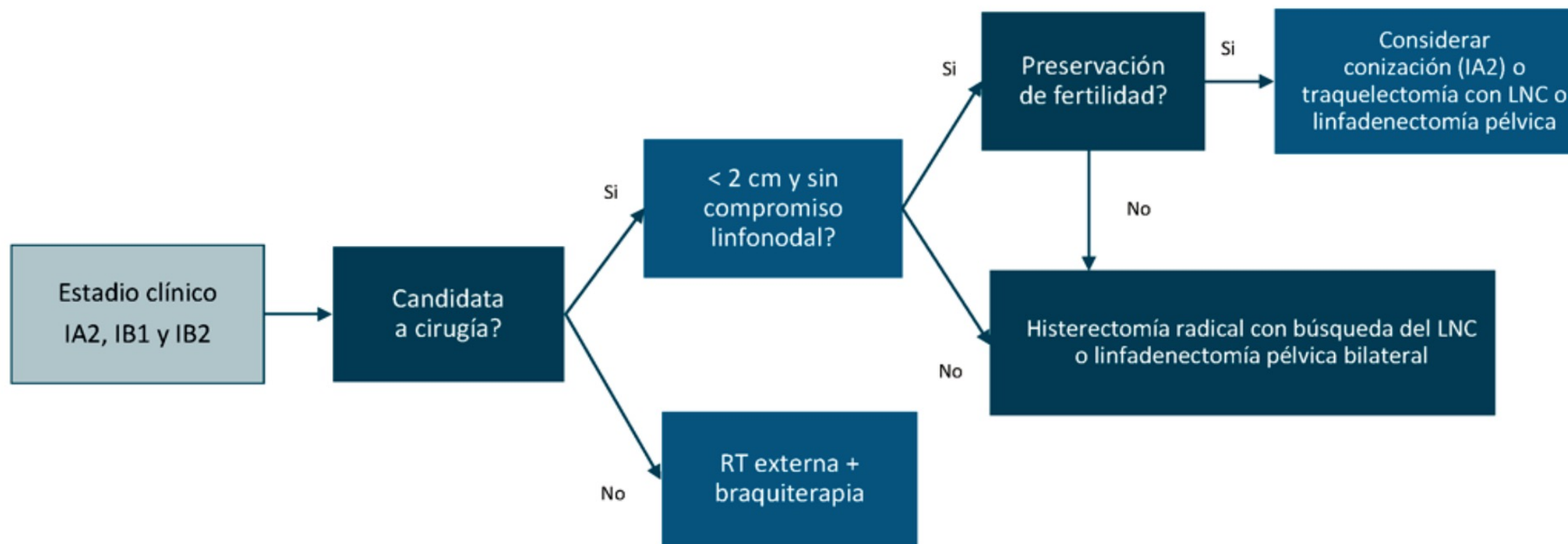


Figure 6: Scatter plots show differences in tumor sizes derived from MR imaging and pathologic analysis for (a) reader 1 and (b) reader 2.

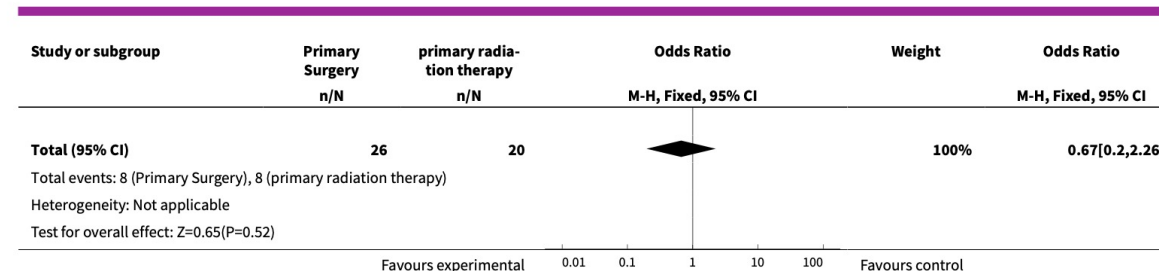
Estadios clínicos IA2, IB1 y IB2



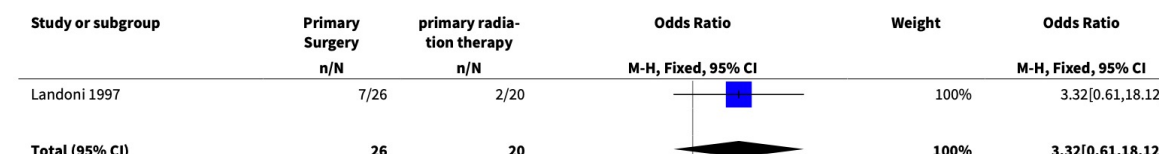
RT: radioterapia; LNC: linfonodo centinela.

Primary surgery versus primary radiation therapy with or without chemotherapy for early adenocarcinoma of the uterine cervix (Review)

Baalbergen A, Veenstra Y, Stalpers LL, Ansink AC



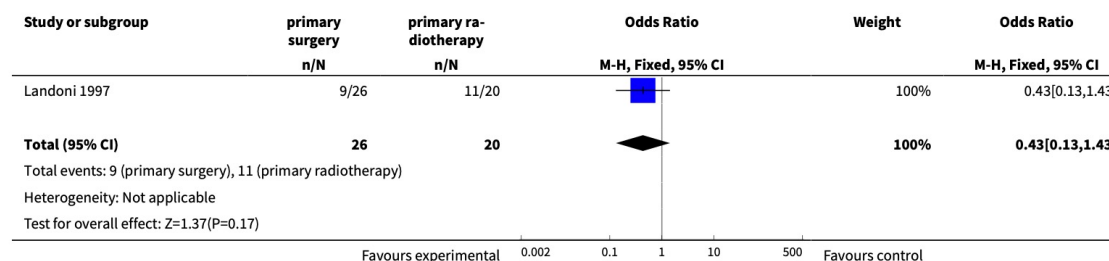
Analysis 1.2. Comparison 1 survival, Outcome 2 complication.

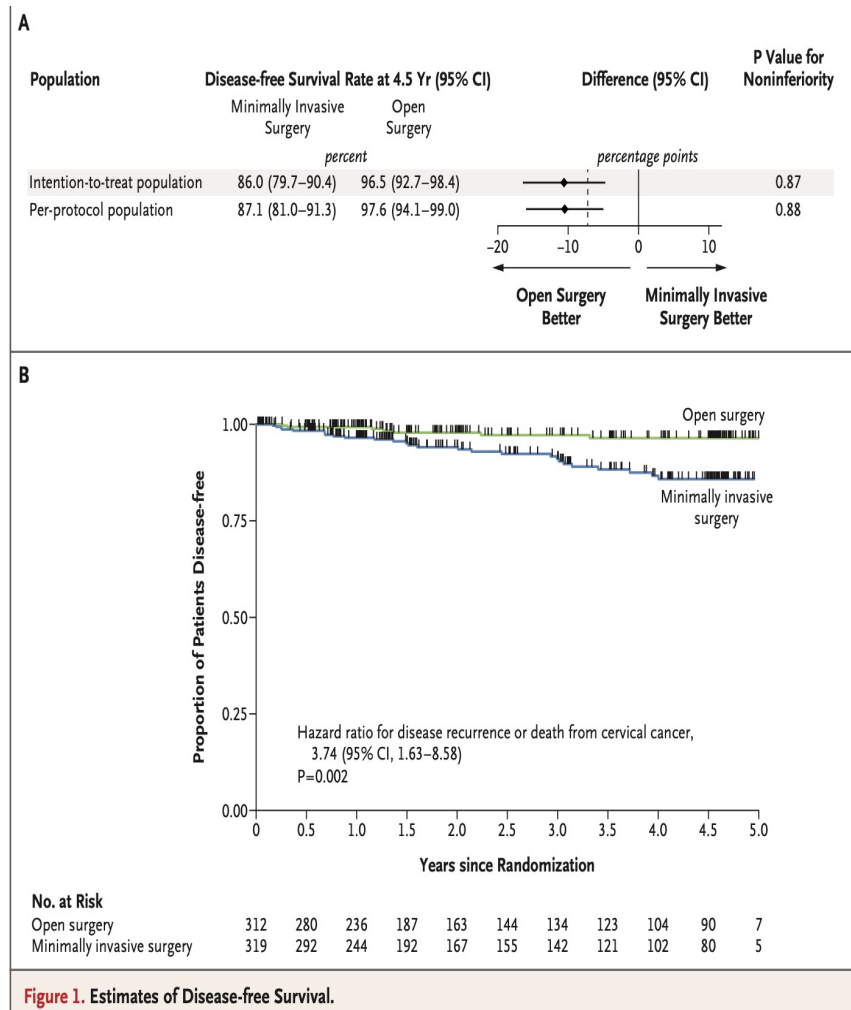


Comparison 2. disease-free survival

Outcome or subgroup title	No. of studies	No. of participants	Statistical method	Effect size
1 disease-free survival	1	46	Odds Ratio (M-H, Fixed, 95% CI)	0.43 [0.13, 1.43]

Analysis 2.1. Comparison 2 disease-free survival, Outcome 1 disease-free survival.





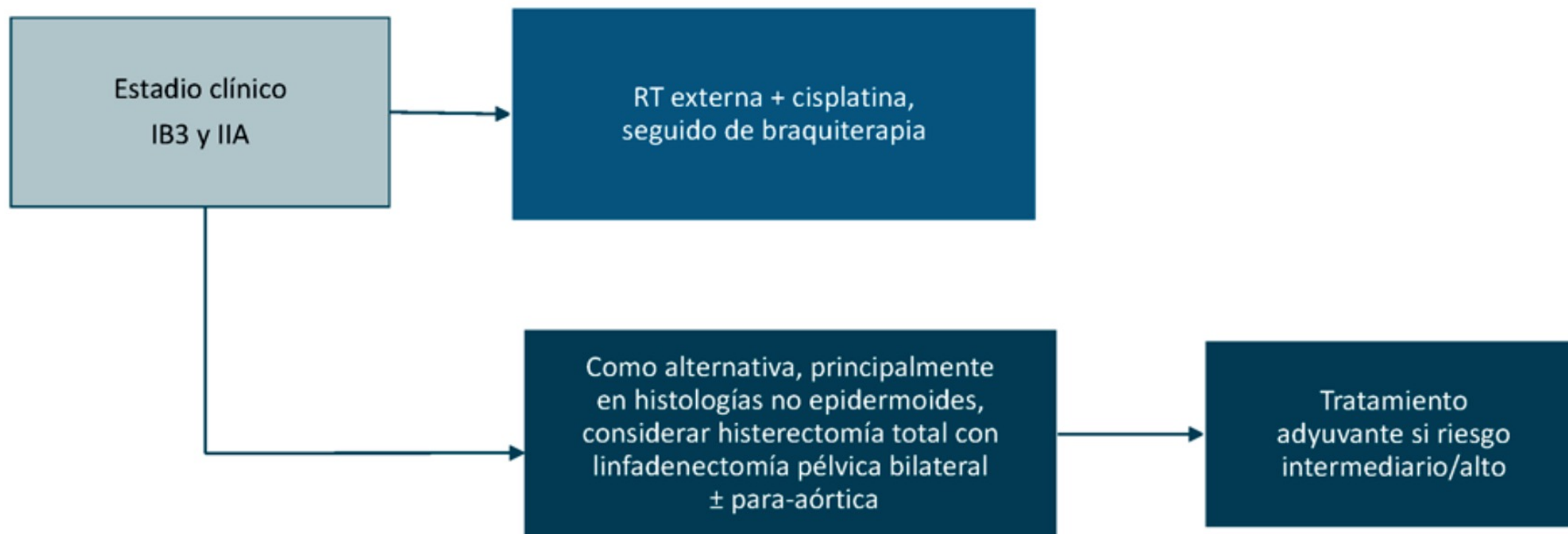
The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

ESTABLISHED IN 1812 NOVEMBER 15, 2018 VOL. 379 NO. 20

Minimally Invasive versus Abdominal Radical Hysterectomy
for Cervical Cancer

Pedro T. Ramirez, M.D., Michael Frumovitz, M.D., Rene Pareja, M.D., Aldo Lopez, M.D., Marcelo Vieira, M.D.,
Reitan Ribeiro, M.D., Alessandro Buda, M.D., Xiaojian Yan, M.D., Yao Shuzhong, M.D., Naven Chetty, M.D.,
David Isla, M.D., Mariano Tamura, M.D., Tao Zhu, M.D., Kristy P. Robledo, Ph.D., Val GebSKI, M.Stat.,
Rebecca Asher, M.Sc., Vanessa Behan, B.S.N., James L. Nicklin, M.D., Robert L. Coleman, M.D.,
and Andreas Obermair, M.D.

Estadios clínicos IB3 y IIA



RT: radioterapia.

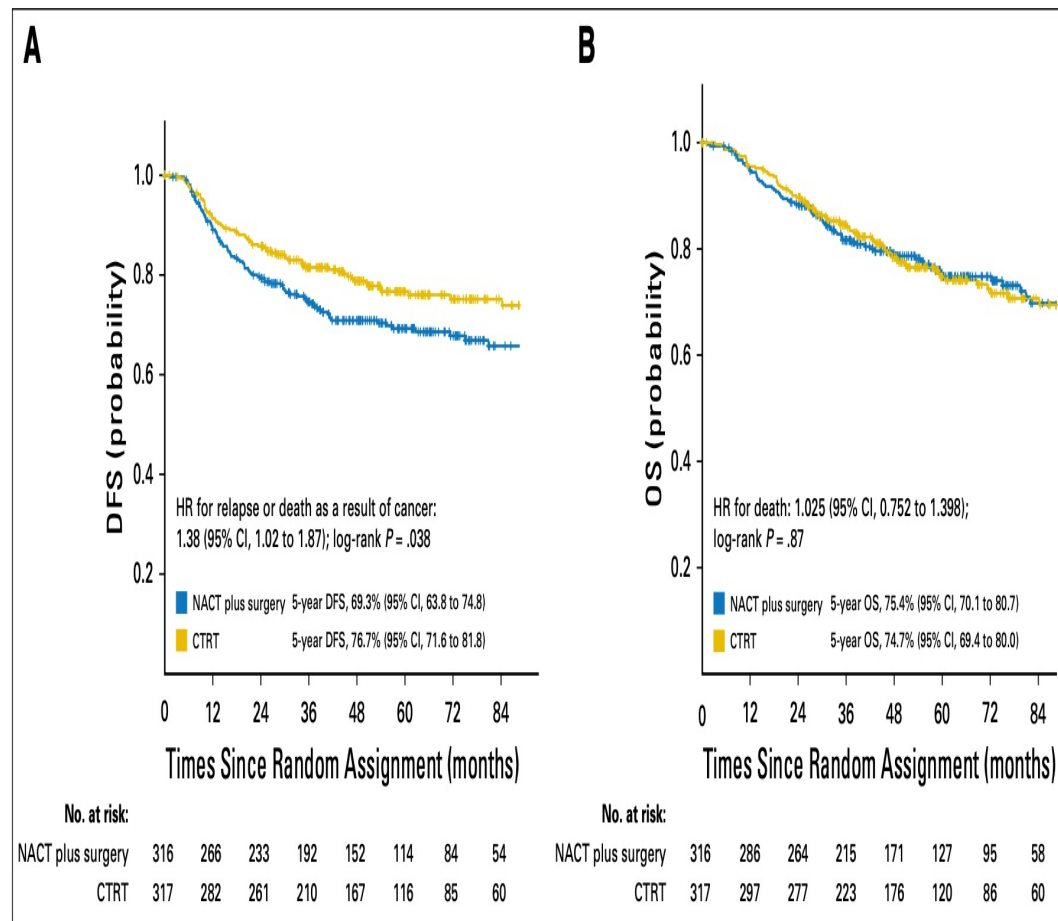


Fig 2. Kaplan-Meier plots for (A) disease-free survival (DFS) and (B) overall survival (OS) in the intent-to-treat population by study group. CTRT, concomitant chemoradiation; ECOG, Eastern Cooperative Oncology Group; HR, hazard ratio; NACT, neoadjuvant chemotherapy.

VOLUME 36 • NUMBER 16 • JUNE 1, 2018

JOURNAL OF CLINICAL ONCOLOGY

ORIGINAL REPORT

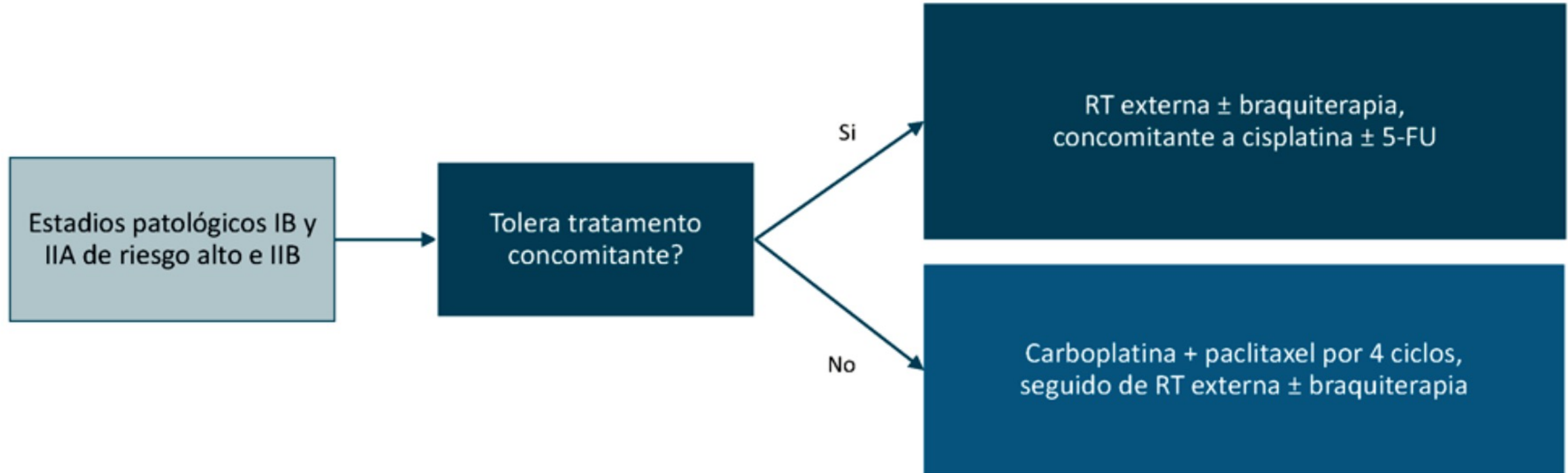


Check for updates

Neoadjuvant Chemotherapy Followed by Radical Surgery Versus Concomitant Chemotherapy and Radiotherapy in Patients With Stage IB2, IIA, or IIB Squamous Cervical Cancer: A Randomized Controlled Trial

Sudeep Gupta, Amita Maheshwari, Pallavi Parab, Umesh Mahantshetty, Rohini Hawaldar, Supriya Sastri (Chopra), Rajendra Kerkar, Reena Engineer, Hemant Tongaonkar, Jaya Ghosh, Seema Gulia, Neha Kumar, T. Surappa Shylasree, Renuka Gawade, Yogesh Kembhavi, Madhuri Gaikar, Santosh Menon, Meenakshi Thakur, Shyam Shrivastava, and Rajendra Badwe

Estadios patológicos IB y IIA de riesgo alto y IIB



RT: radioterapia.

RAPID PUBLICATION

Concurrent Chemotherapy and Pelvic Radiation Therapy Compared With Pelvic Radiation Therapy Alone as Adjuvant Therapy After Radical Surgery in High-Risk Early-Stage Cancer of the Cervix

By William A. Peters III, P.Y. Liu, Rolland J. Barrett II, Richard J. Stock, Bradley J. Monk, Jonathan S. Berek, Luis Souhami, Perry Grigsby, William Gordon, Jr, and David S. Alberts

1609

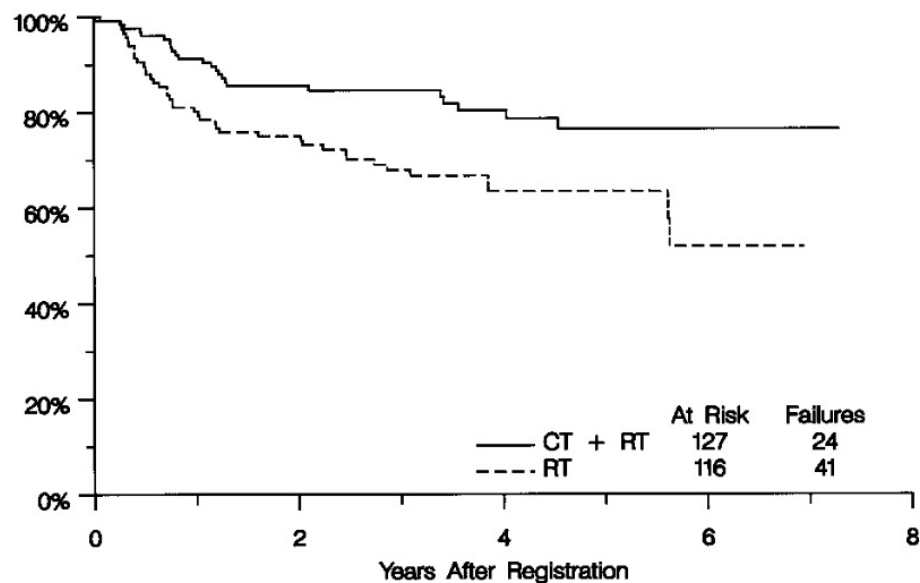


Fig 1. Progression-free survival for 127 patients randomized to receive CT + RT and for 116 patients randomized to receive RT alone.

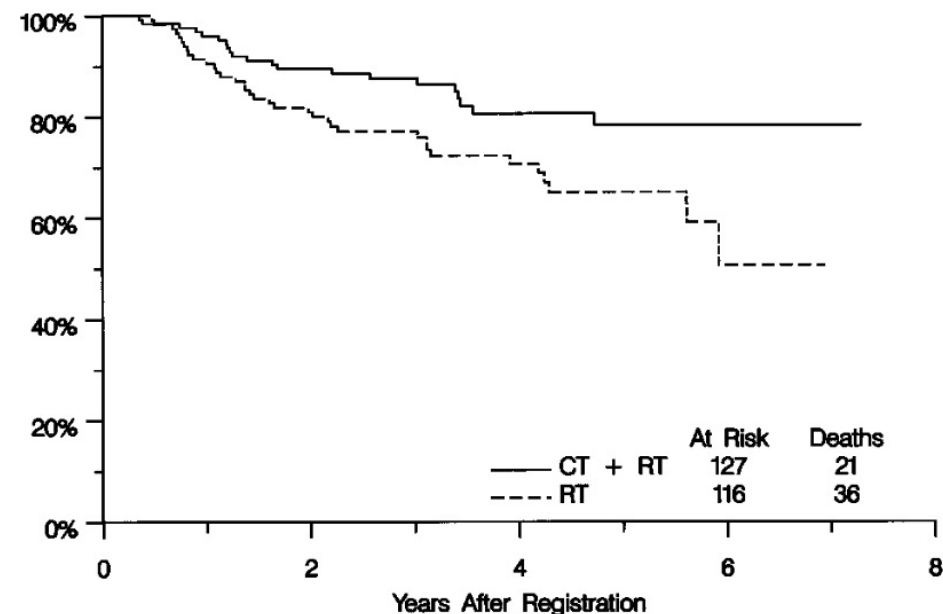


Fig 2. Overall survival for 127 patients randomized to receive CT + RT and for 116 patients randomized to receive RT alone.

e. Estadio IIA 1

Igual tratamiento que IB1(excepto la traquelectomía radical).

f. Estadio IIA 2

Igual tratamiento que IB2.

g. Estadio IIB, IIIA Y IIIB

- Radioquimioterapia, combinaciones a base de cisplatino/carboplatino, en monoterapia o en combinaciones con uno de los siguientes: paclitaxel, gencitabina, 5 fluoracilo.

Estadios clínicos IIB, III y IVA



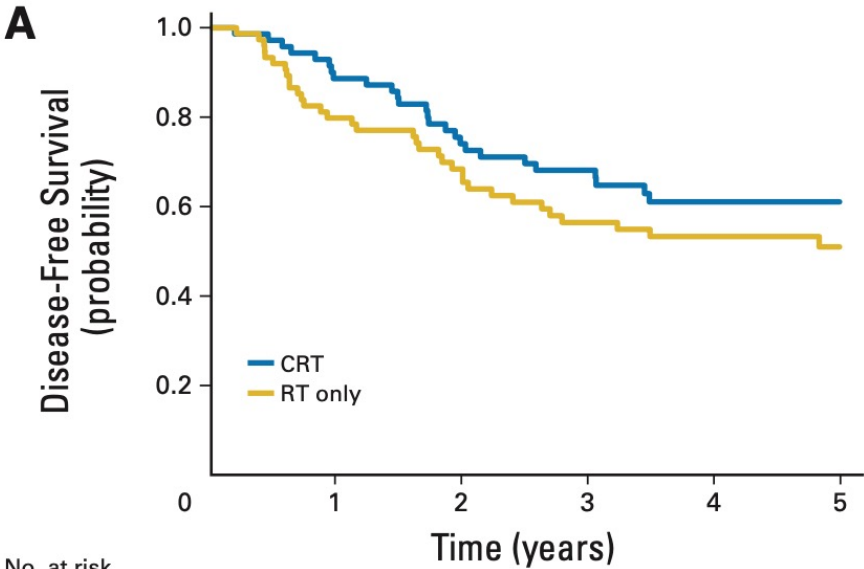
RT: radioterapia.

Concomitant Cisplatin Plus Radiotherapy and High-Dose-Rate Brachytherapy Versus Radiotherapy Alone for Stage IIIB Epidermoid Cervical Cancer: A Randomized Controlled Trial

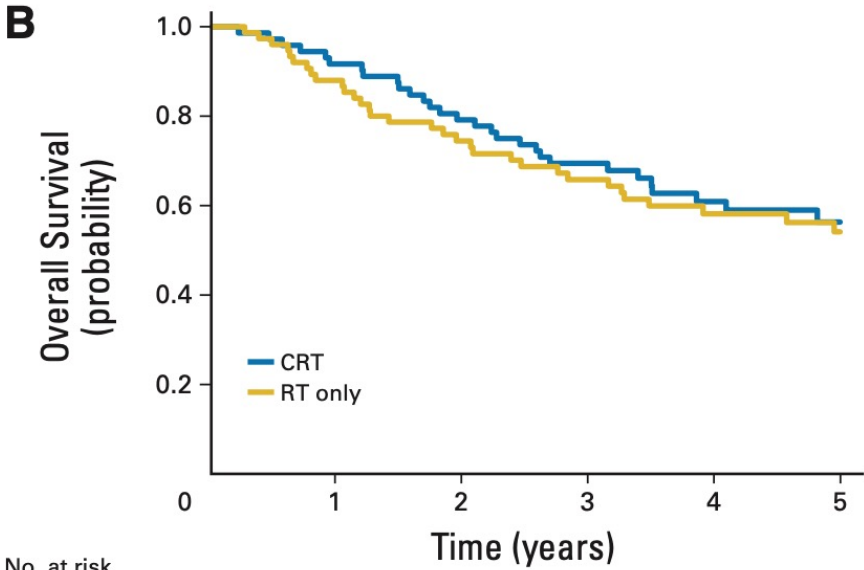
Antonio Carlos Zuliani, Sergio Carlos Barros Esteves, Luiz Carlos Teixeira, J lio C sar Teixeira, Gustavo Antonio de Souza, and Luis Ot vio Sarian

All authors: Campinas State University, Campinas, S o Paulo, Brazil.

ABSTRACT



No. at risk	72	63	51	41	34	23
CRT						
RT only	75	60	46	38	28	22



No. at risk	72	67	57	43	42	22
CRT						
RT only	75	66	51	45	34	26

Fig 2. (A) Disease-free survival and (B) overall survival curves for the chemoradiotherapy (CRT) and radiotherapy (RT) only treatment groups.

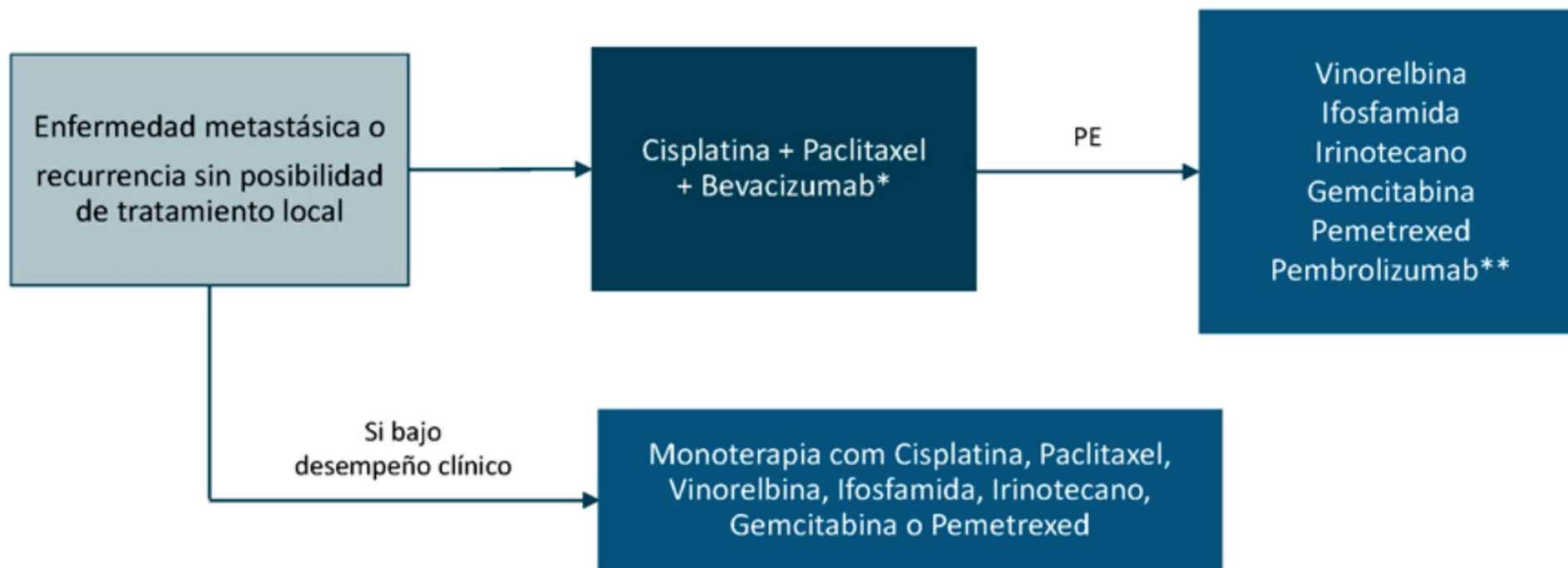
h. Estadio IVA

- Radioquimioterapia paliativa con radio sensibilizador (ejemplo: cisplatino, 5 fluoracilo, gencitabina).
- En casos seleccionados: Considerar cirugía exenterativa previa discusión en clínica de tumores gineco – oncológicos y consentimiento de paciente.

i. Estadio IVB

- Radioquimioterapia paliativa con radio sensibilizador (ejemplo: cisplatino, 5 fluoracilo, gencitabina).
- Quimioterapia sistémica paliativa, monoterapia con platino o en combinación con uno de los siguientes: paclitaxel, 5 fluoracilo, gencitabina. Considerar estado general y nutricional de la paciente además de las pruebas de función renal y hepáticas.

Estadio IVB o recidiva



PE: progresión de enfermedad

*En las pacientes que no pueden recibir platina, considerar Topotecán + Paclitaxel + Bevacizumab. Si contraindicación a Bevacizumab: Paclitaxel + Cisplatina o TIP.

**Considerar Pembrolizumab en pacientes con expresión de PDL-1 $\geq 1\%$.



NIH Public Access

Author Manuscript

Gynecol Oncol. Author manuscript; available in PMC 2015 September 01.

Published in final edited form as:

Gynecol Oncol. 2014 September ; 134(3): 546–551. doi:10.1016/j.ygyno.2014.06.034.

Overall survival after pelvic exenteration for gynecologic malignancy

Shannon N. Westin^{1,*}, Vijayashri Rallapalli¹, Bryan Fellman², Diana L. Urbauer², Navdeep Pal¹, Michael M. Frumovitz¹, Lois M. Ramondetta¹, Diane C. Bodurka¹, Pedro T. Ramirez¹, and Pamela T. Soliman¹

¹Department of Gynecologic Oncology, University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston TX, 77030

²Department of Biostatistics, University of Texas M. D. Anderson Cancer Center, Houston TX, 77030

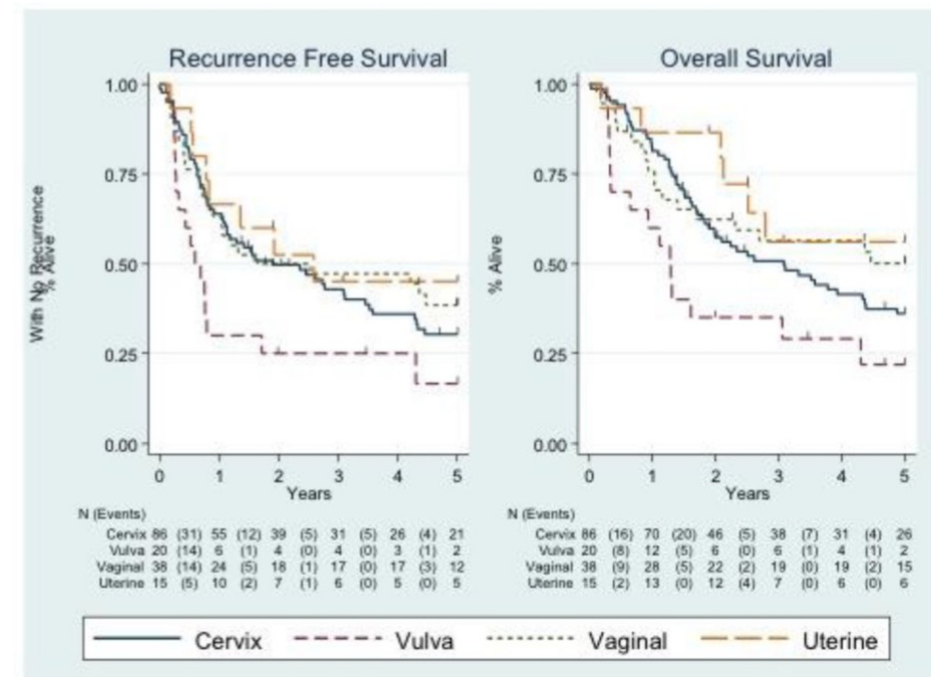


Figure 2.

Five-year recurrence-free survival and overall survival after pelvic exenteration by primary diagnosis.

GRACIAS



- NO ME RESIGNO A QUE,
- CUANDO YO MUERA,
- SIGA EL MUNDO COMO SI YO NO HUBIERA VIVIDO