

COMPARACIÓN DE LA ESTADIFICACIÓN POR RESONANCIA MAGNÉTICA DEL CARCINOMA DE CUELLO UTERINO CON LA ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA DEFINITIVA

**17° Congreso Internacional de
Diagnóstico por Imágenes de Córdoba**

Autores: Santillán C., Tiscornia P., Diomedi
M., Sanchez G.

Sanatorio Allende
Junio 2019



Introducción

- El carcinoma de cuello de útero (CCU) es el segundo cáncer mas frecuente en las mujeres del mundo, mas del 80% ocurren en países en vía de desarrollo.
- El pronostico esta determinado por el tamaño tumoral, la extensión de la invasión miometrial, la invasión parametrial, la extensión a la pared pelviana, afección a ganglios linfáticos y metástasis a distancia.
- Hay cuatro estadios de la enfermedad como lo establece la clasificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia.
- La Resonancia Magnética(RM) es la modalidad de imagen de elección por su mayor resolución de contraste.

Tabla 6. Clasificación Ca de cérvix (FIGO).

Estadio 0: carcinoma in situ o carcinoma intraepitelial.

Estadio I: limitado al cuello.

Ia: Carcinoma preclínico. Sólo puede ser diagnosticada por biopsia.

Ia1: Invasión estromal < 3 mm y superficial <7 mm.

Ia2: Invasión estromal 3-5 mm y superficial <7 mm.

Ib: Lesiones mayores que las inducidas en el estadio Ia (MIR 00-01E, 181).

Estadio II: sobrepasa el cérvix sin llegar a la pared pélvica y/o extendido a vagina sin llegar al tercio inferior.

IIa: No están afectados los parametrios.

IIb: Están afectados los parametrios.

Estadios III: llega a la pared pélvica y/o al tercio inferior de vagina y/o causante de hidronefrosis o anulación funcional de un riñón.

IIIa: Extensión al tercio inferior de vagina.

IIIb: Extensión hasta pared pélvica o hidronefrosis o riñón funcionalmente anulado.

Estadio IV: sobrepasa pélvis, o afecta a la mucosa de la vejiga o recto.

IVa: Extensión a los órganos adyacentes (mucosa de la vejiga o recto).

IVb: Metástasis a distancia.

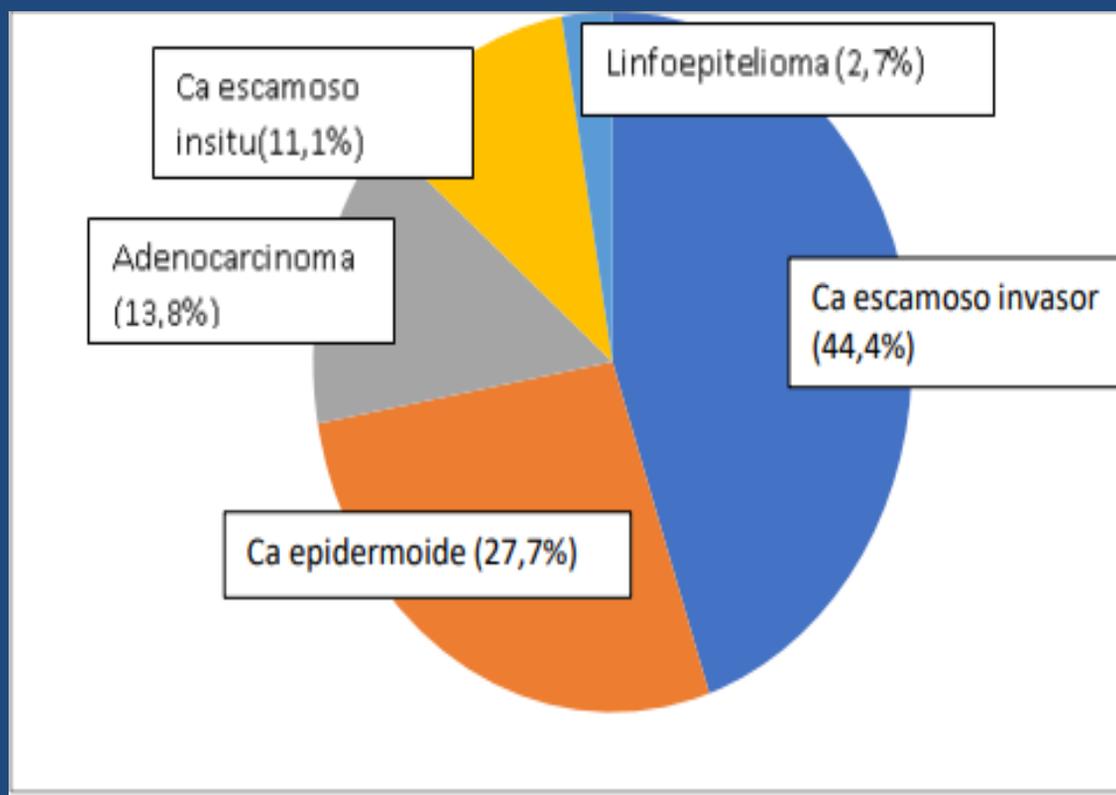
OBJETIVOS

- ✓ Comparación de la estadificación por RM del CCU con la estadificación quirúrgica definitiva.
- ✓ Evaluar la sensibilidad y especificidad del método para detectar infiltración de los parametrios y otros órganos.
- ✓ Describir imagenológicamente las diferentes formas de presentación del carcinoma cervical y determinar cuáles son los órganos o tejidos que se afectan más frecuentemente de manera secundaria.

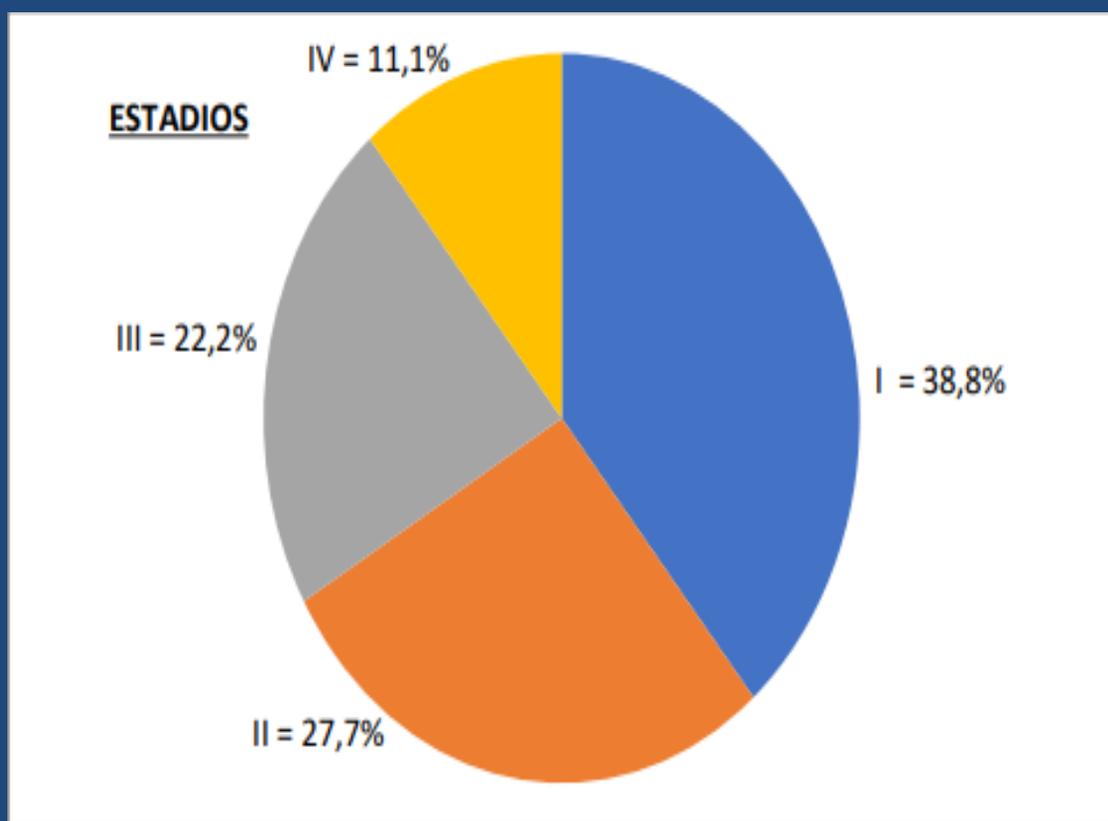
MATERIAL Y MÉTODO

- ✓ Estudio retrospectivo y prospectivo (2014-2018), utilizando el método Chi cuadrado.
- ✓ Se evaluaron 578 RMN de abdomen y pelvis .
- ✓ 67 RMN fueron realizadas para la estadificación del carcinoma de cuello uterino y solo 36 presentaron anatomía patológica.
- ✓ La edad promedio de las pacientes incluidas en el trabajo fue de 45 años, (25 – 85 años).

Tipos de Cáncer

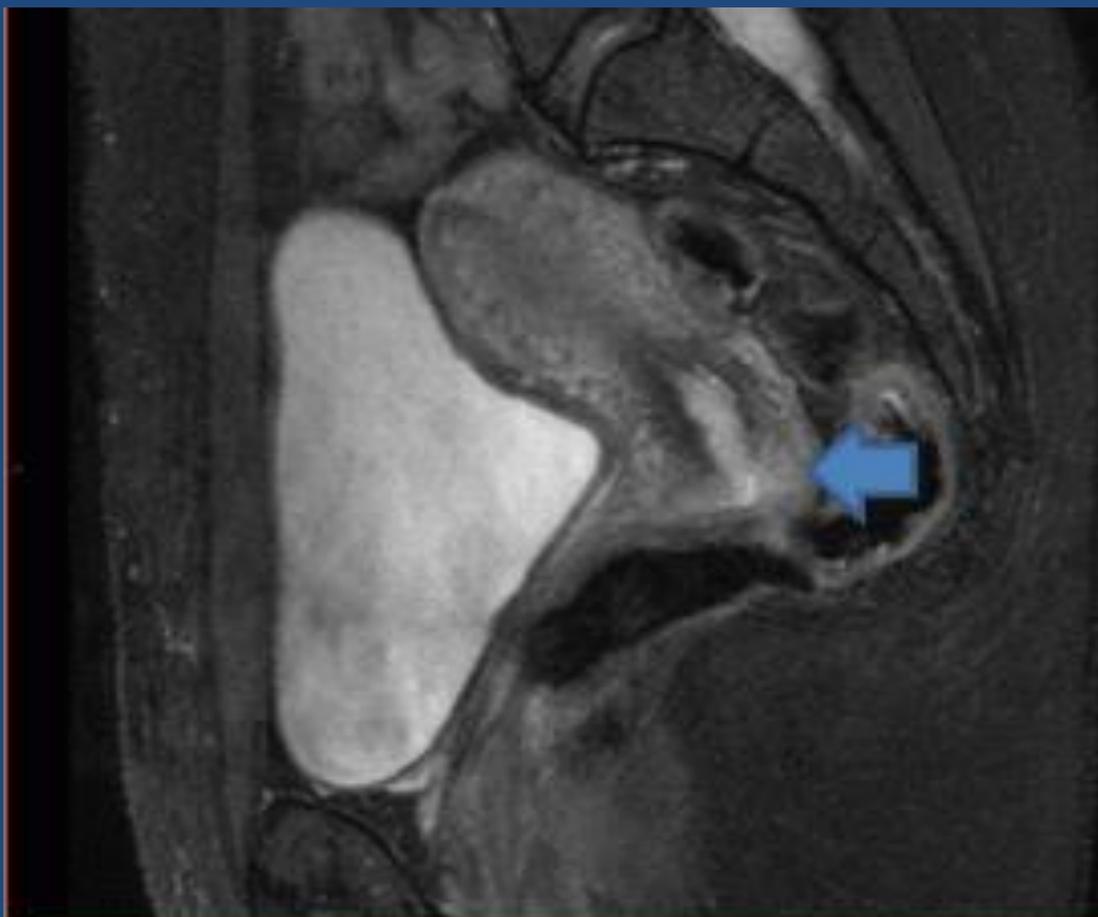
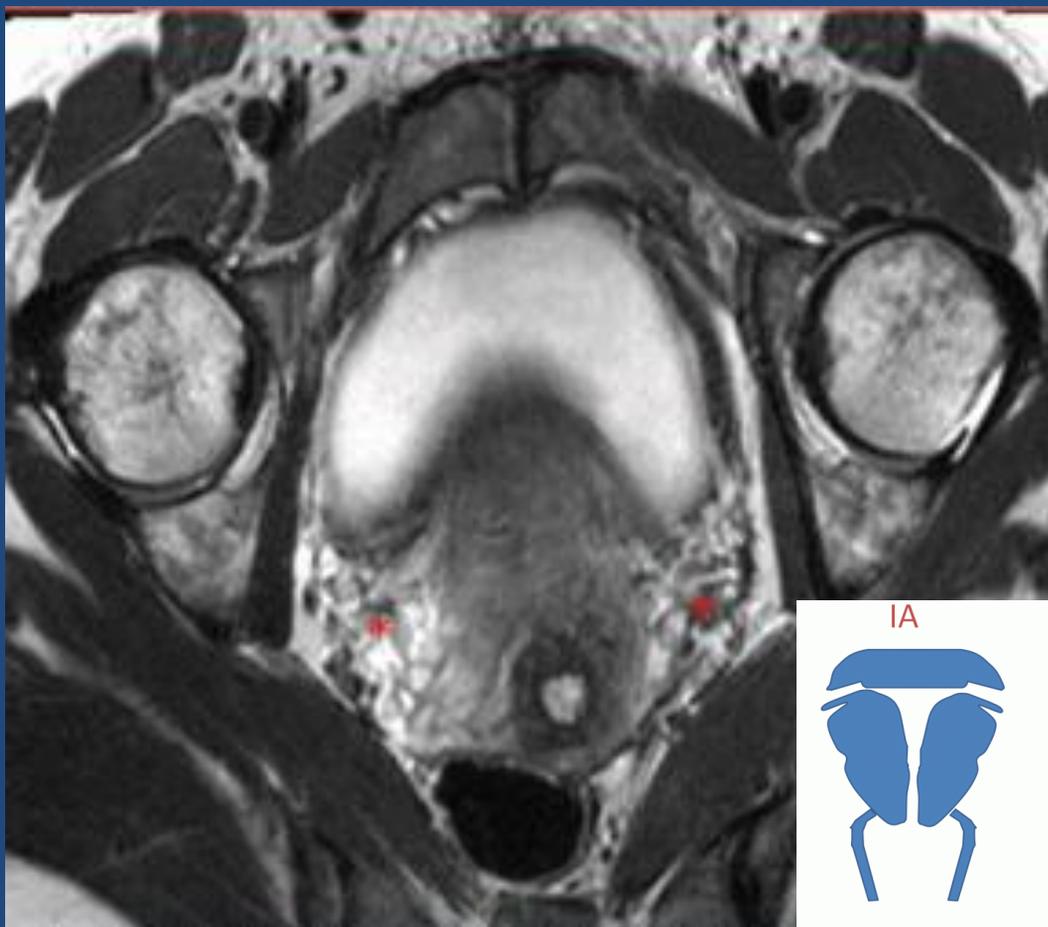


Estadios

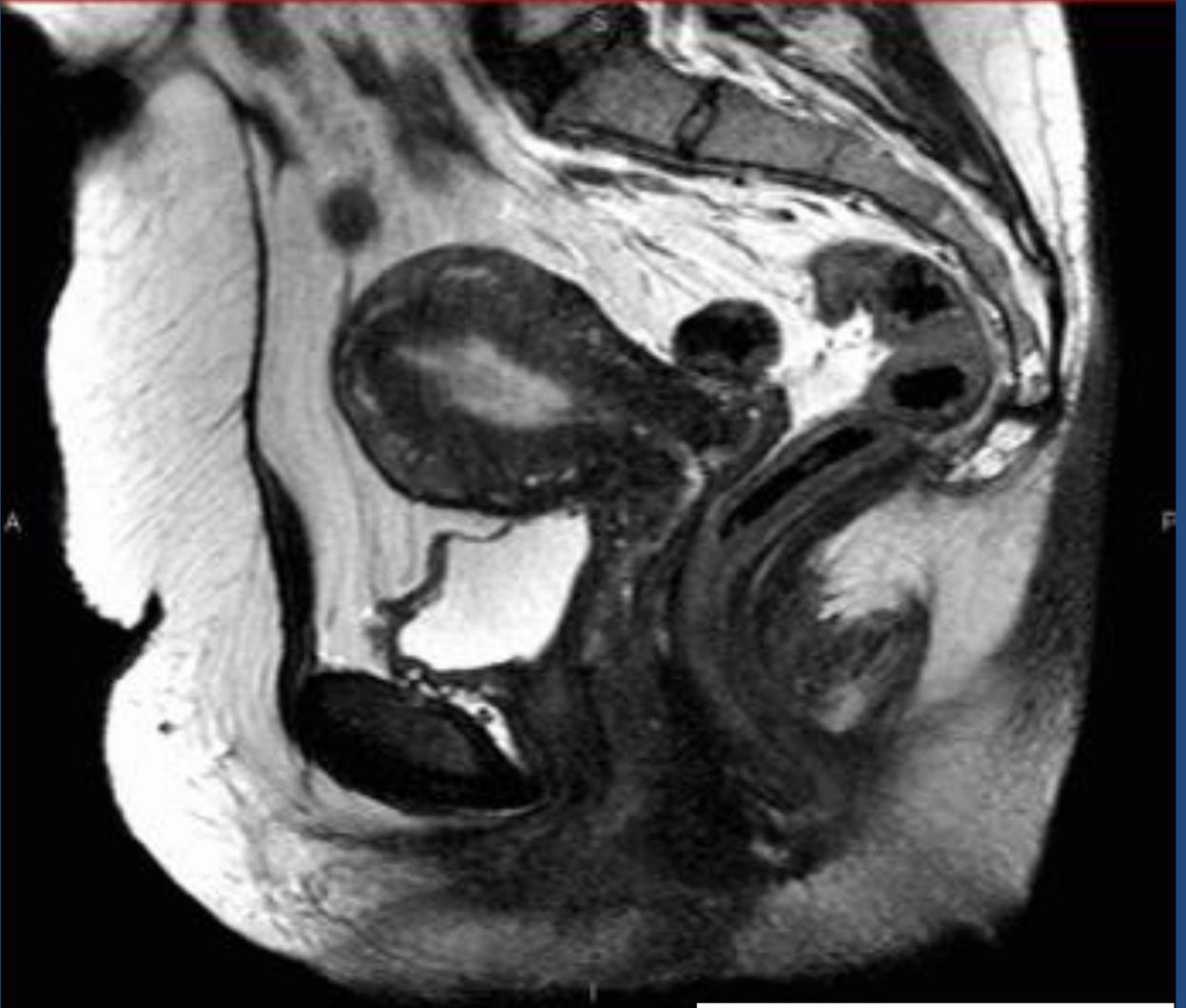


- ✓ Del total de las pacientes evaluadas, 20 fueron sometidas a cirugía (Linfadenectomía, Histerectomía simple, histerectomía radical) representando un 55,5% mientras que 16 pacientes realizaron radioterapia y/o quimioterapia representando el 44,4 %.
- ✓ En la correlación de los hallazgos imagenológicos con las biopsias quirúrgicas se puede decir que hubo coincidencia de 79,3 % , mientras que un 20,6 % no presentaron correlación.
- ✓ La sensibilidad y especificidad global de la RM de pelvis en la estadificación de carcinoma de cuello uterino fue de 92 % respectivamente con un VPP de 85 %,un VPN de 96 %.

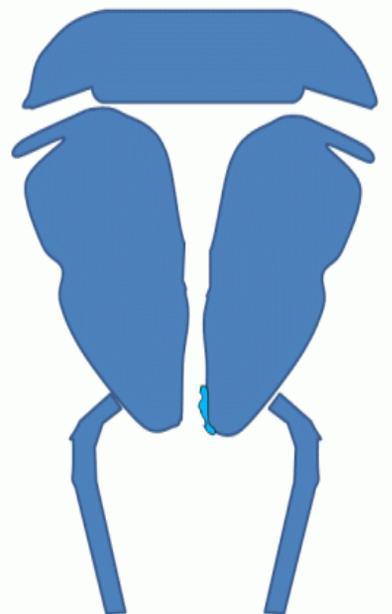
Estadio I



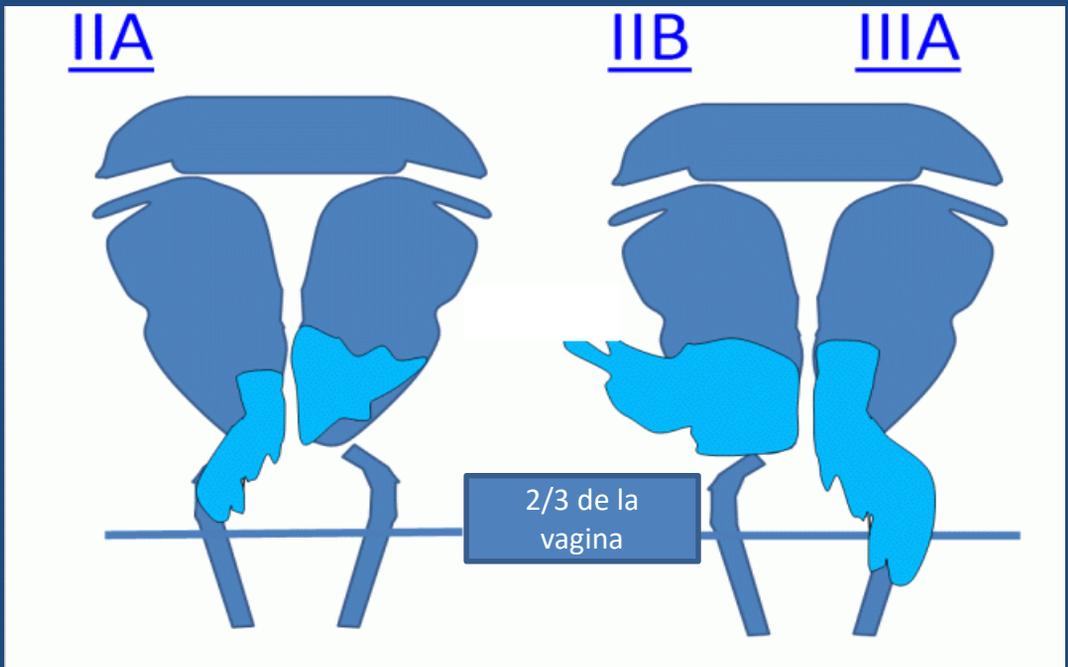
Estadio I



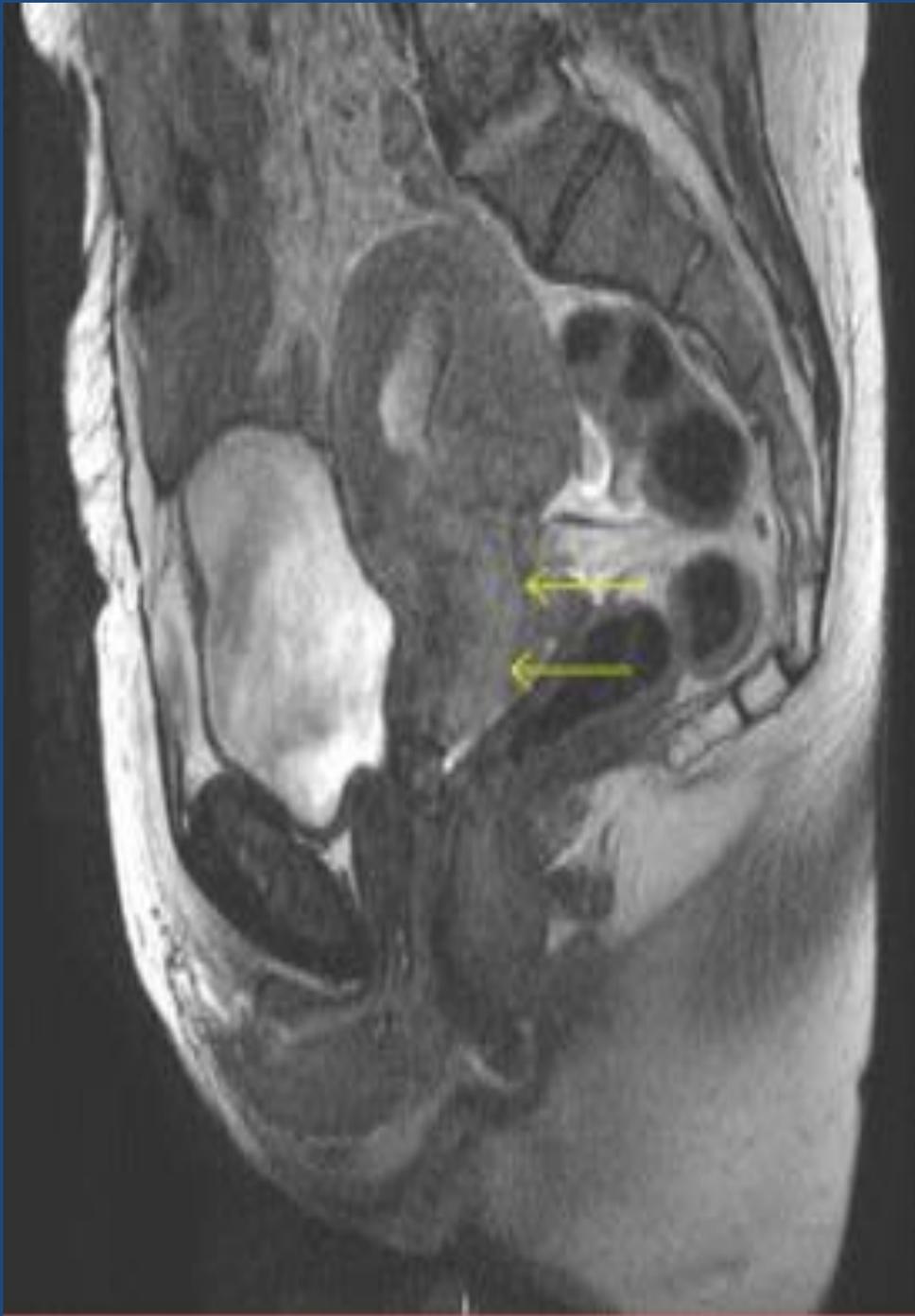
IB



Estadio II



Estadio III

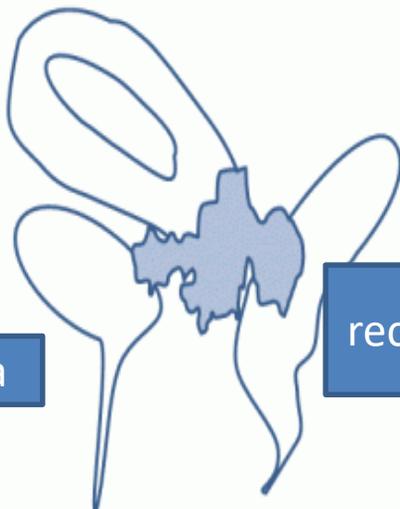


IIIB



uréter

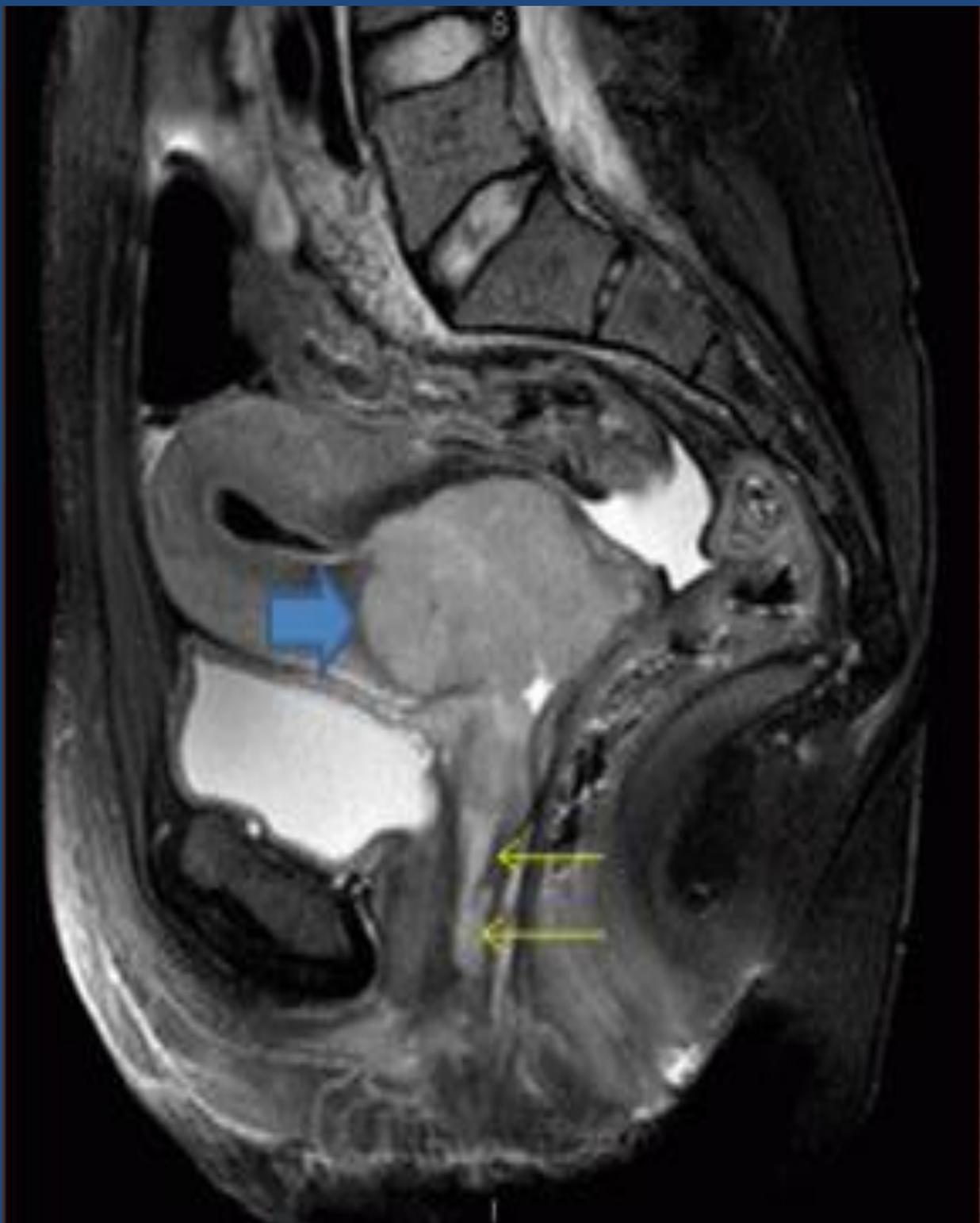
IVA



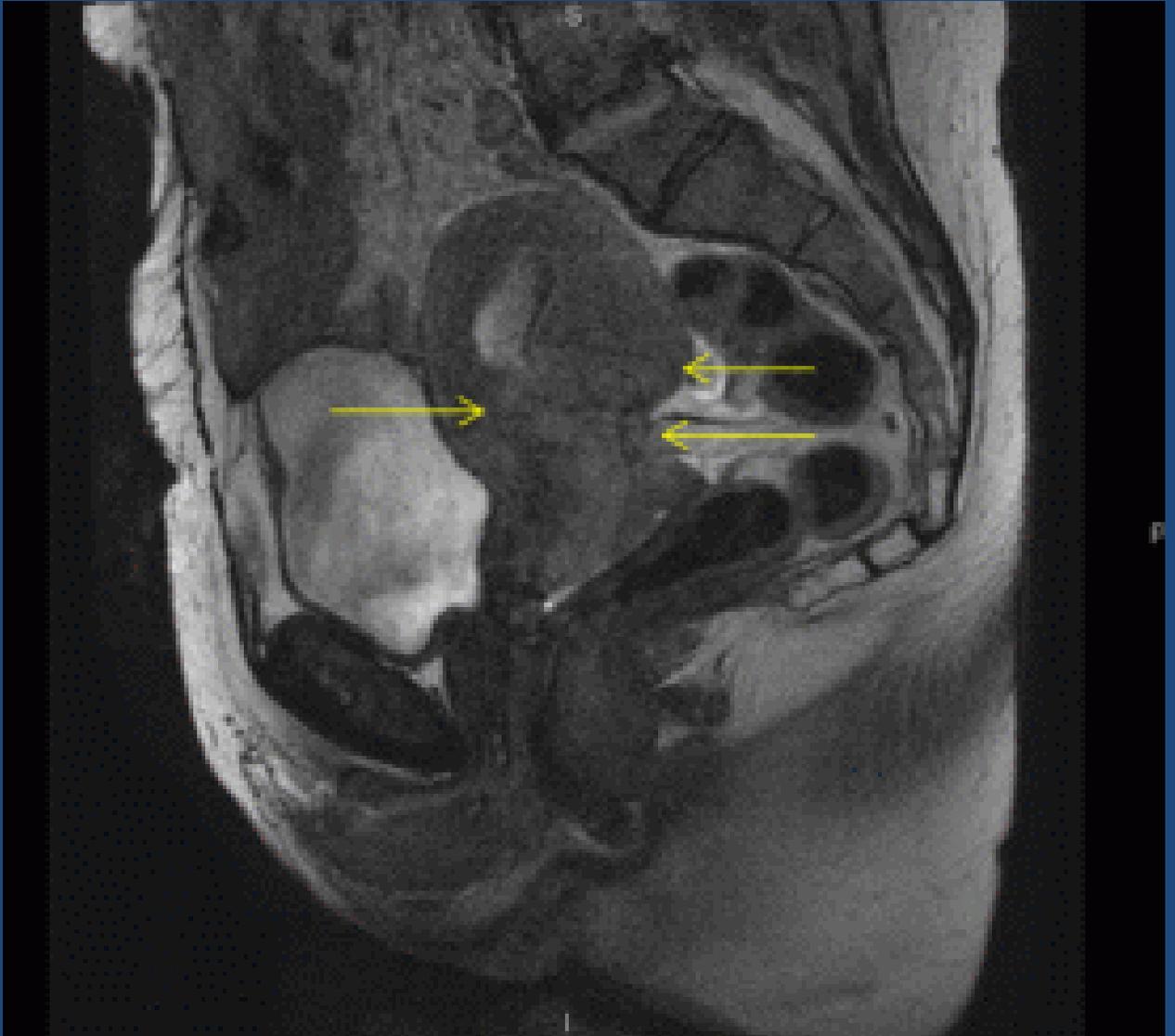
vejiga

recto

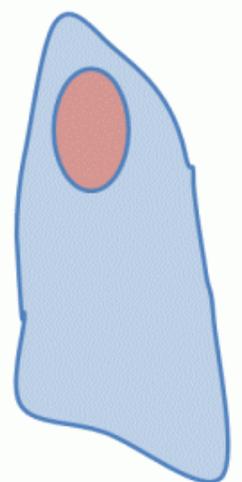
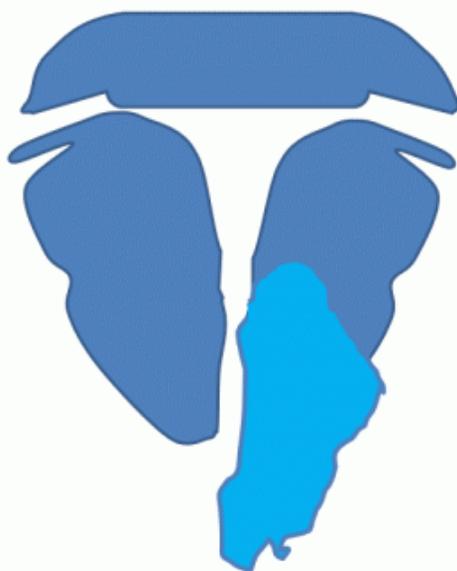
Estadio IV



Estadio IVb



IVB



METASTASIS

Discusión

- ✓ En la actualidad la RM es la técnica más utilizada para demostrar con precisión la extensión local del tumor, profundidad de la infiltración, volumen tumoral y compromiso de las estructuras adyacentes, para así poder decidir entre la operación primaria y la radioterapia.
- ✓ Sánchez y cols. exponen que el cáncer cervical muestra un primer pico de incidencia entre los 35 y 45 años; y un segundo pico entre los 60 y 64 años.
- ✓ González Ibáñez y col. coincide que el tipo histológico más frecuente es el epidermoide (85%); el adenocarcinoma es el segundo tipo histológico más frecuente (15%).

- ✓ En coincidencia con Oleaga y cols. consideran que la RM de pelvis con contraste es el método de diagnóstico por imágenes de elección para la valoración del carcinoma uterino, permitiendo valorar la pelvis con una alta sensibilidad y especificidad.
- ✓ Similar a esta serie, Sánchez Rubio y col. indicaron que la RM permite evaluar la relación entre el tumor y el orificio cervical interno en los estadios I y II con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 70- 90 %.

CONCLUSIÓN

- ✓ A pesar de no estar incorporada de manera oficial al sistema de estadificación de la FIGO, la RM es universalmente aceptada como la técnica de imagen más fiable y precisa para la estadificación, planificación terapéutica y seguimiento del carcinoma de cérvix ya que la misma ha demostrado una alta sensibilidad, especificidad y una excelente correlación con la estadificación quirúrgica.
- ✓ La RM tiene un papel primordial en la evaluación del carcinoma de cérvix, sobre todo a la hora de excluir la afectación del parametrio, lo que determinará qué pacientes tienen que someterse a una intervención quirúrgica y quiénes a radioterapia.

Bibliografía

1. Son H, Kositwattanakarn A, Hayes MP, et al. PET/CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics* 2010; 30:1251-8.
2. Ministerio de Salud de la Nación. Programa nacional de prevención de cáncer cérvico uterino <http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/> . Visitado 26/5/2017
3. Pannu HK, Corl FM, Fishman EK. PET/CT evaluation of cervical cancer: spectrum of disease. *RadioGraphics* 2001; 21:1155-68.
4. Frei K, Kinkel K. Cervical cancer. En: Hamm B, Forstner R. Eds. *MRI and CT of the female pelvis*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2007. p. 121-74.
5. Lagasse LD, Creasman WT, Shingleton HM, Ford JH, Blessing JA. Results and complications of operative staging in cervical cancer: experience of the Gynecologic Oncology Group. *Gynecol Oncol*. 1980;9:90-8.
6. Kaur H, Silverman PM, Iyer RB, et al. Diagnosis, staging, and surveillance of cervical carcinoma. *AJR Am J Roentgenol*. 2003;180:1621-31.
7. N Sánchez Rubia, P. Redondo Buil, N Fernández García, R Menéndez de Llano, Estadiaje por RM del carcinoma de cervix . SERAM 2012, Poster nº 0326.
8. S. E. González Ibáñez , A. Vera Gonzalez , M. Vaño Molina , La resonancia magnetica en el carcinoma de cervix uterino, SERAM 2012, Poster nº1120.
9. Laura Oleaga, Ana Carmen Vela, Javier Grande, José Luis del Cura, Domingo Grande. Staging of cervical carcinoma using magnetic resonance imaging. *Vol 41 N°7*. Septiembre 1999.