GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA

SERIE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA N° 01-2025
MARZO 2025

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTADIOS TEMPRANOS

Guía en Versión Resumida

CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Diego Rolando Venegas Ojeda
Presidente Ejecutivo
INSTITUTO NACIONAL DE SALUD

Raúl Alonso Timaná Ruiz
Director
CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

David Victorino Jumpa Armas
Coordinador técnico
CENTRO DE EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

Subdirección de Guías de Práctica Clínica
Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud
Instituto Nacional de Salud
Av. Defensores del Morro 2268 (Ex Huaylas) – Chorrillos
Lima 11, Perú
Telf. (511) 7481111 Anexo 1909

Esta Guía de Práctica Clínica se desarrolló en respuesta a un requerimiento del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), como parte de la priorización de condiciones de salud para la elaboración de guías de práctica clínica de alcance nacional (Resolución Ministerial N° 362-2024-MINSA).

El Instituto Nacional de Salud es un Organismo Técnico Especializado del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la investigación de los problemas prioritarios de salud y de desarrollo tecnológico. El Instituto Nacional de Salud tiene como mandato el proponer políticas y normas, promover, desarrollar y difundir la investigación científica- tecnológica y brindar servicios de salud en los campos de salud pública, control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, alimentación y nutrición, producción de biológicos, control de calidad de alimentos, productos farmacéuticos y afines, salud ocupacional, protección del medio ambiente y salud intercultural, para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población. A través de Centro de Evaluación de Tecnología en Salud (CETS), participa en el proceso de elaboración de documentos técnicos, basados en la mejor evidencia disponible, que sirvan como sustento para la aplicación de intervenciones en Salud Pública, la determinación de Políticas Públicas Sanitarias y la Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

Mg. Francisco Berrospi Espinoza
Jefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

M.C. Adela Heredia Zelaya
Subjefe Institucional
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS

M.C. Ricardo Díaz Romero
Director General
DIRECCIÓN DE CONTROL DEL CÁNCER

Dr. Carlos E. Luque Vásquez Vásquez
Director General
DIRECCIÓN DE CIRUGÍA

M.C. Víctor Castro Oliden
Director General
DIRECCIÓN DE MEDICINA

M.C. Alberto Lachos Dávila
Director General
DIRECCIÓN DE RADIOTERAPIA

M.C. Yura Toledo Morote
Directora General
DIRECCIÓN DE SERVICIOS DE APOYO AL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos
Dirección de Control del Cáncer
Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas
Av. Angamos Este 2520, Surquillo
Lima 11, Perú
Telf. (511) 2016500

El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas es un Organismo Público Ejecutor del Ministerio de Salud del Perú dedicado a la promoción, diagnóstico, manejo, rehabilitación y seguimiento del cáncer en el país, dentro del marco de las políticas sectoriales, refiriéndose a estas como "normas técnicas oncológicas". El Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos de la Dirección de Control del Cáncer es la unidad orgánica encargada de consolidar, sistematizar y difundir las normas técnicas oncológicas, estándares de calidad y normas del soporte administrativo correspondiente, así como de controlar técnica y administrativamente a nivel nacional los servicios de salud oncológicos en cumplimiento de la misión asignada al INEN.

GRUPO ELABORADOR DE LA GUÍA

Expertos temáticos

Líder del grupo elaborador de la GPC

- Aldo López Blanco. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Director Ejecutivo del Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Expertos clínicos participantes en todas las etapas del desarrollo de la GPC

- Joan Flaubert Pérez Villena. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Ofelia Coanqui Gonzáles. Médico especialista en Oncología Médica. Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Katia Roque Pérez. Médico especialista en Oncología Médica. Departamento de Oncología Médica, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Karinthia Ballón Cervantes. Médico especialista en Radioterapia. Departamento de Radioterapia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Edgar Gustavo Lasteros Ayma. Médico especialista en Radioterapia. Departamento de Radioterapia, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Esperanza Milla Noblega. Médico especialista en Anatomía Patológica. Equipo Funcional de Patología Quirúrgica y Necropsia. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Patricia Elena Webb Linares. Médico especialista en Anatomía Patológica. Equipo Funcional de Patología Quirúrgica y Necropsia. Departamento de Patología, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Juan Carlos Lopez Blanco. Médico especialista en Radiología. Departamento de Radiodiagnóstico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Marycarmen Flores Dueñas. Médico especialista en Radiología. Departamento de Radiodiagnóstico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Virgilio Failoc Rojas. Unidad Funcional de Evaluación de Tecnología Sanitaria, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Pedro Marcelino Hernandez Morón. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Ginecología Oncológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte.
- Valeria Aguilar Vásquez. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Dirección de Control del Cáncer, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Norte.
- Danilo Aldo Baltazar Chacón. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Dirección de Control de Cáncer
- Jose Gustavo Falcón Maurate. Médico especialista en Cirugía Oncológica. Departamento de Cirugía Ginecológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Centro.
- Carlos Alberto Chávez Chirinos. Médico especialista en Cirugía Ginecológica. Coordinador del Servicio de Cirugía Ginecológica, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur.
- Eduardo Jesus Ocampo Díaz. Médico especialista en Radioterapia. Coordinador del Departamento de Radioterapia, Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas Sur.

Expertos clínicos invitados para el ajuste técnico de la GPC

- Roger Elías Ocon Roncal. Médico especialista en ginecología oncológica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza (HNAL).
- Manuel Jesús Álvarez Larraondo. Médico especialista en ginecología oncológica. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN).
- Diego Arom Díaz Bravo. Médico especialista en ginecología oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM).

Gestores invitados para el ajuste técnico de la GPC

- Andrea Matos Orbegozo. Obstetra. Dirección de Prevención y Control de Cáncer (DPCAN) - MINSA.
- Vladimir Flores Benites. Médico especialista en Gestión en Salud. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Flor Mirabal Veramendi. Enfermera. Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL)
- Miguel Armando Zúñiga Olivares. Médico especialista en Gestión en Salud. Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú – SaludPol.

Equipo metodológico

- Miguel Angel Béjar Torres. Tecnólogo Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jean Franco Rodriguez Alarcón. Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Aurora Elizabeth Medina Perez. Obstetra. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Naysha Yamilet Becerra Chauca. Obstetra. Magister en Salud Pública y Salud Global. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Elmer Jemoel Fiestas Saldarriaga. Médico. Candidato a Maestro en Efectividad Clínica con orientación en Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Evaluaciones Económicas. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Jhoselyn Cavero O'Higgins. Economista. Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Stefanny María Huamán Camacho. Economista. Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Stefany Sandra Fernandez Ortiz. Economista Equipo de Evaluaciones Económicas y Costos de la GPC. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Víctor Velásquez Rimachi. Médico. Magister en Epidemiología Clínica. Consultor metodológico, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Carlos Alva Díaz. Médico especialista en Neurología. Consultor metodológico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Coordinación para el desarrollo de la GPC de CETS – INS

- Miguel Angel Arce Huamani. Médico especialista en Administración y Gestión en Salud. Coordinador de Gestión. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

- Jorge Giusepi Huaringa Marcelo. Médico especialista en Medicina Interna. Coordinador Metodológico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Griseld Alejandrina Guimaray Tello. Administradora en salud. Asistente administrativo. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Karen Viviana Huamán Sánchez. Enfermera. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- José Manuel Montes Alvis. Médico. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.
- Ericson Leonardo Gutiérrez Ingunza. Médico Gestor en Salud. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud.

Coordinación para el desarrollo de la GPC de DNCC – INEN

- Ricardo Alberto Díaz Romero. Director Ejecutivo. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- Yoseline Nelly Del Pilar Aznarán. Coordinador Técnico. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos, Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.
- José Vallejos Gamboa. Médico Gestor. Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicios Oncológicos

REVISORES

Revisores externos

- Luis Yingherd García Bernal. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Arzobispo Loayza.
- Pedro Richard Aguilar Ramos. Médico especialista en Ginecología Oncológica. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins – EsSalud.

AGRADECIMIENTOS

Dirección de Cirugía - INEN

- Marco Sanchez Salcedo. Médico Especialista. Departamento de Cirugía Ginecológica.
- Bernabe Fora Chura. Médico Especialista. Departamento de Cirugía Ginecológica.

Dirección de Medicina - INEN

- Mivael Olivera Hurtado de Mendoza. Médico Especialista. Departamento de Oncología Médica.

Dirección de Radioterapia - INEN

- Alberto Lachos Dávila. Director General. Dirección de Radioterapia.
- Jenny Malca Vasquez. Médico Especialista. Departamento de Radioterapia.
- Juan Marquina Díaz. Médico Especialista. Departamento de Radioterapia.

Dirección de Servicios de Apoyo al Diagnóstico y Tratamiento - INEN

- Edu Gomez Orihuela. Médico Especialista. Departamento de Radiodiagnóstico.

Comité Farmacoterapéutico - INEN

- Karina Aliaga. Médico. Presidente del Comité Farmacoterapéutico.

Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas del Sur – IREN SUR

- Carlos Alberto Chávez Chirinos. Médico especialista ginecólogo oncólogo.

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) - MINSA

- Emanuel Dávila Espinoza. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.
- Juana Gómez Morales. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.
- Magaly Ruth Hernández Portal. Farmacéutico Clínico/ Especialista en Acceso y uso I.

Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

- Miriam Mosqueira Neira. Médico Especialista en Anatomía Patológica.

Otros agradecimientos

- Diego Odetto. Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital Italiano de Buenos Aires.
- Iván Gabor Reyes Armas. Médico Gineco Obstetra especialista en Reproducción Humana. Hospital Nacional Docente San Bartolomé.
- Luis Alberto Atuncar Ramos. Médico Ginecólogo Oncólogo. Hospital Santa Rosa.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los integrantes del grupo elaborador, así como las personas que participaron en la revisión de este documento, realizaron una declaración de intereses. Todos los participantes declararon no tener conflictos de interés en relación con los aspectos abordados en esta guía.

FINANCIAMIENTO

La presente Guía de Práctica Clínica fue financiada por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en colaboración con el Instituto Nacional de Salud del Perú (INS). La institución no tuvo ningún papel en la selección de las preguntas de la guía ni en la formulación de las recomendaciones.

Repositorio de guías de práctica clínica:
https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/tipos/217-guias-de-practica-clinica

http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/

Los derechos reservados de este documento están protegidos por licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International. Esta licencia permite que la obra pueda ser libremente utilizada sólo para fines académicos y citando la fuente de procedencia. Su reproducción por o para organizaciones comerciales sólo puede realizarse con autorización escrita del Instituto Nacional de Salud, Perú.

Cita recomendada:
Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Perú). Guía de Práctica Clínica para el estadiaje y tratamiento del cáncer de cuello uterino en estadio temprano en Versión Extensa. Lima: Subdirección de Guías de Práctica Clínica. Centro de Evaluación de Tecnologías en Salud, Instituto Nacional de Salud e Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, marzo del 2025. Serie Guías de Práctica Clínica N° 01-2025.

TABLA DE CONTENIDO

I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES 13
I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC 13
I.2 Interpretación de las recomendaciones 16
I.3 Flujogramas 17
II. GENERALIDADES 20
II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía 20
II.2 Objetivo y población de la GPC 22
II.3 Usuarios y ámbito de la GPC 22
III. MÉTODOS 23
III.1 Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG) 23
III.2 Formulación de preguntas 23
III.3 Búsqueda de GPC 23
III.4 Búsqueda y selección de la evidencia 24
III.5 Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos 24
III.6 Formulación de las recomendaciones 24
III.7 Revisión por expertos 26
III.8 Actualización de la GPC 26
IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES 26
IV.1 Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética (RM) con contraste en comparación con resonancia magnética (RM) sin contraste? 27
IV.2 Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar? 29
IV.3 Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B? 30
IV.4 Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B? 31
IV.5 Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C? 32

IV.6 Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical? 33

IV.7 Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical? 35

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 36

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL ESTADIAJE Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN ESTADIO TEMPRANO

GUÍA EN VERSIÓN RESUMIDA

I. LISTA DE PREGUNTAS CLÍNICAS Y RECOMENDACIONES

I.1 Listado de preguntas y recomendaciones de la GPC

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética con contraste en comparación con resonancia magnética sin contraste?		
En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, sugerimos utilizar la resonancia magnética con contraste. Consideraciones adicionales: • Esta prueba se solicitará según criterio clínico del médico tratante. No será considerada como prueba de rutina para todas las pacientes en estadios tempranos.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕◯◯◯)
Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, sugerimos realizar biopsia de ganglio centinela para determinar el compromiso ganglionar. Consideración adicional: • Para mujeres en estadio IA1, se realizará la evaluación mediante biopsia de ganglio centinela únicamente si existe invasión del espacio linfovascular.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕◯◯◯)
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 se debe considerar realizar biopsia de ganglio centinela con la técnica anatomopatológica de ultraestadiaje.	BPC	No aplica
En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.	BPC	No aplica

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, sugerimos realizar histerectomía tipo A.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕◯◯◯)
Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1, sugerimos realizar histerectomía tipo B.	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕◯◯◯)
En mujeres con cáncer de cuello uterino, estadio IA2 o IB1, se podría brindar histerectomía tipo A si cumple con todos los criterios descritos a continuación: • Tumores cervicales en estadio IA2 o IB1 según clasificación FIGO 2018. • Sin invasión del espacio linfovascular. • Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). • Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). • Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm. • Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. • Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.	BPC	No aplica
Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, realizar histerectomía tipo C.	BPC	No aplica
En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1 que presentan contraindicación para realizarse cirugía, realizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria.	BPC	No aplica
Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?		
En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, sugerimos realizar conización. <u>Consideraciones adicionales:</u>	Recomendación condicional a favor	Muy Baja (⊕◯◯◯)

Enunciado	Tipo	Certeza de la evidencia
• Esta recomendación está dirigida para mujeres en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular con deseo de preservar la fertilidad. • Para mujeres en estadio IA2 o IB1 esta recomendación se brinda solo en los casos que cumplan todos los criterios de conización: - Sin invasión del espacio linfovascular. - Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm). - Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2). - Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm. - Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN. - Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.		
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 o IA2 con invasión del espacio linfovascular y con deseo de preservar la fertilidad, considerar el uso traquelectomía radical.	BPC	No aplica
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IB1, con deseo de preservar la fertilidad y no cumplen los criterios para ser candidata a conización (mencionados en la consideración adicional de la recomendación), considerar el uso de traquelectomía radical.	BPC	No aplica
En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas, para luego tomar una decisión terapéutica compartida con la paciente.	BPC	No aplica
Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?		
El GEG considera importante señalar que para esta pregunta no se halló evidencia suficiente para emitir una recomendación. Por ende, en situaciones con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas.	BPC	No aplica

I.2 Interpretación de las recomendaciones

¿Cómo interpretar la fuerza y dirección de una recomendación?

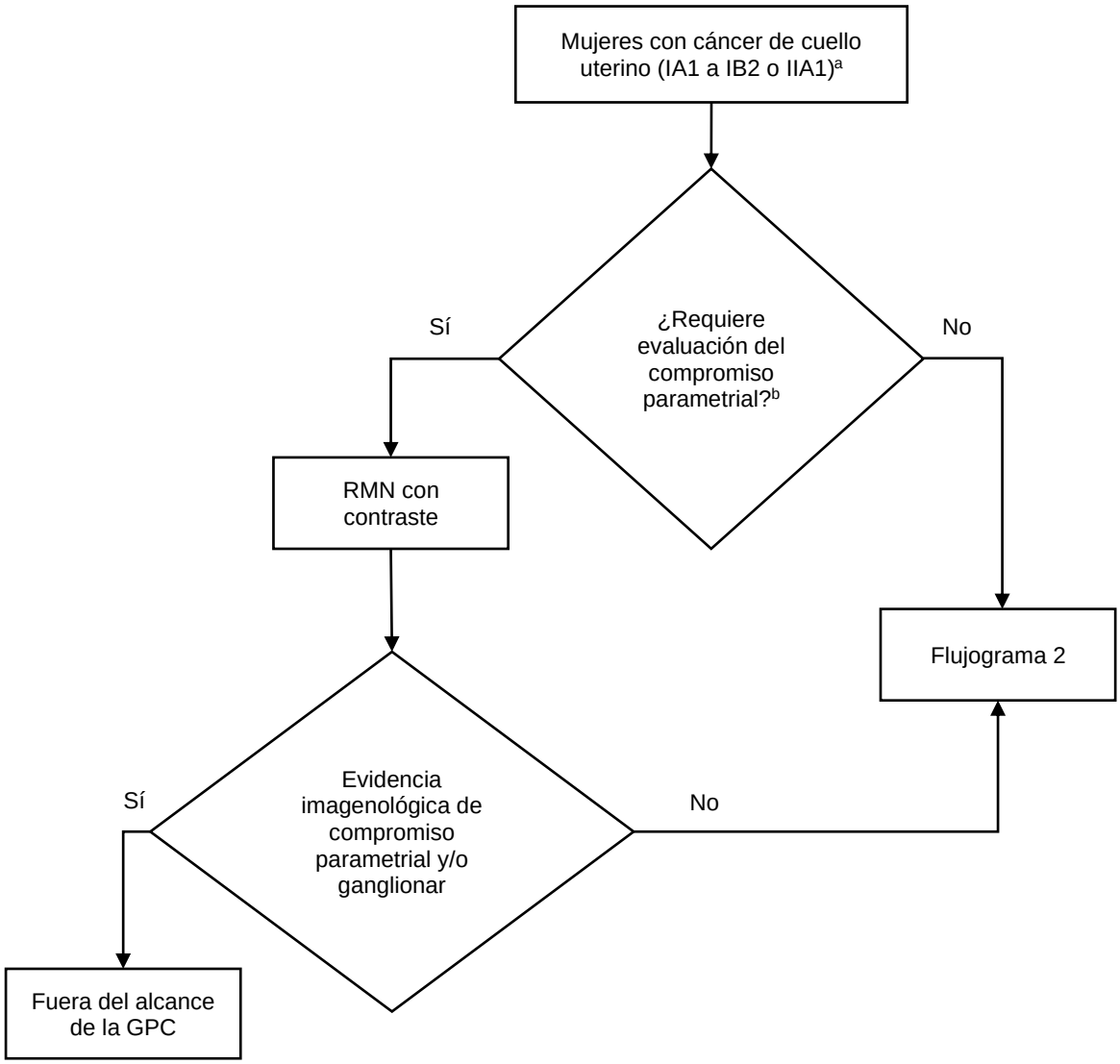
Fuerza y dirección de la recomendación	Significado
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños. Se usó el término "**Recomendamos**"
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes. Se usó el término "**Sugerimos**"

¿Cómo interpretar la certeza de la evidencia de una recomendación?

Certeza de la evidencia de la recomendación	Significado
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕◯◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕◯◯◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.

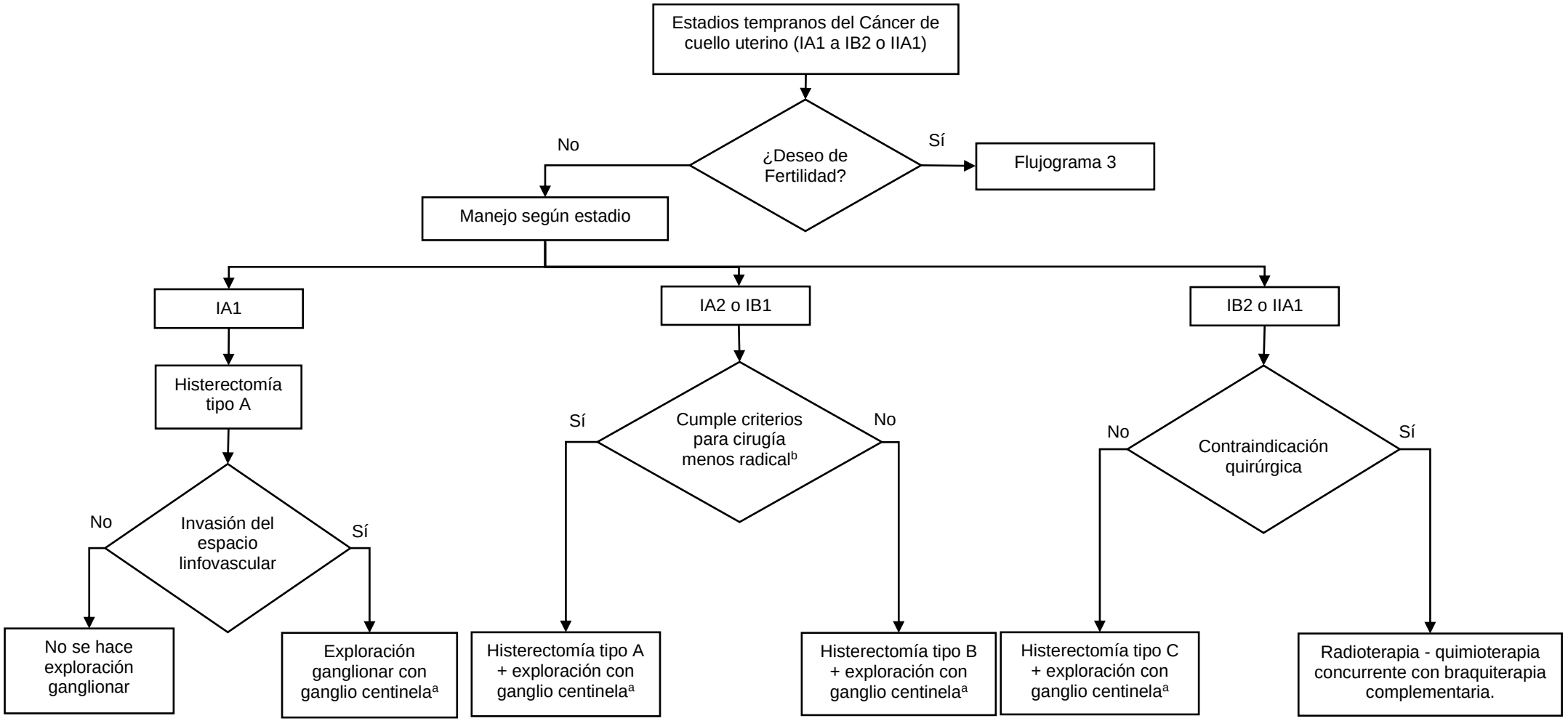
I.3 Flujogramas

I.3.1 Flujograma 1. Evaluación del compromiso ganglionar y parametrial.



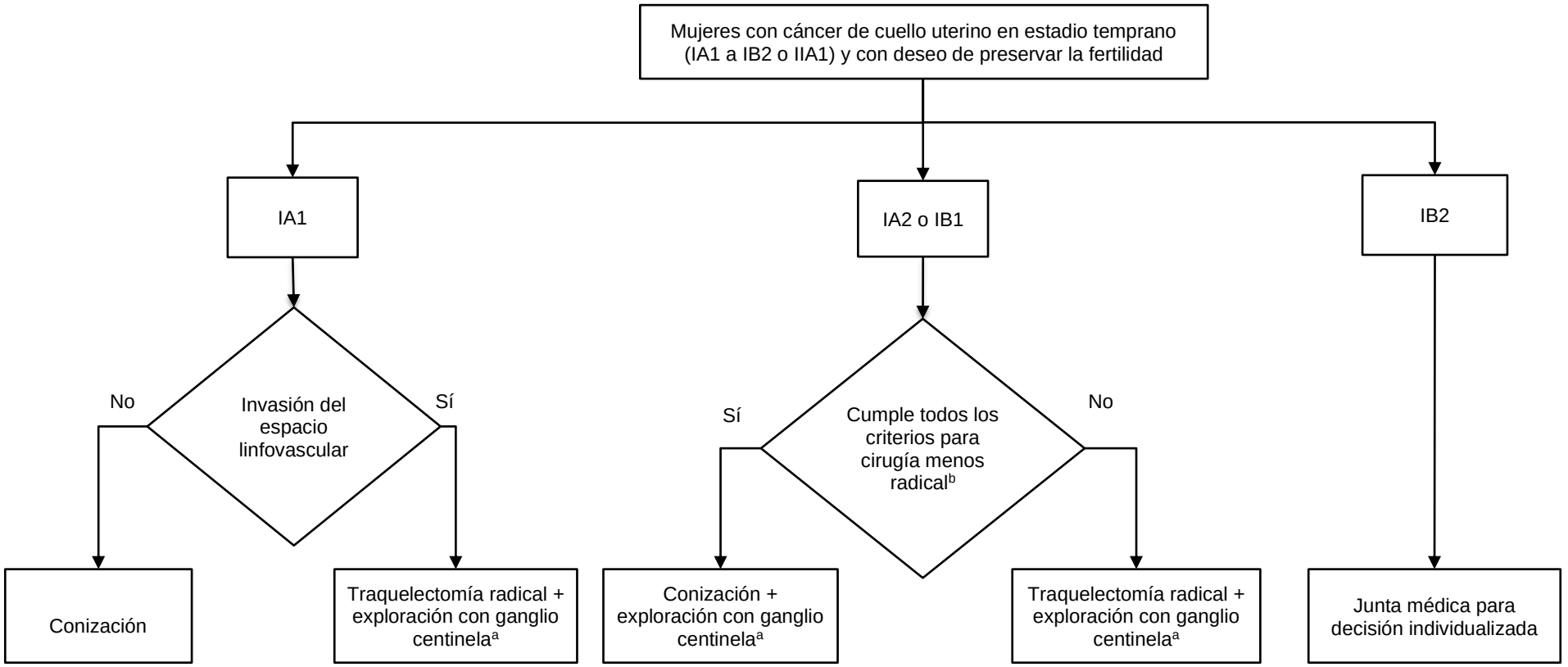
a.Estadiaje según FIGO 2018
b.RMN con contraste solo es necesaria cuando el médico tratante requiere evaluar el compromiso parametrial.

I.3.2 Flujograma 2. Manejo según estadio temprano en pacientes sin deseo de preservar la fertilidad.



a. Es conveniente realizar biopsia de ganglio centinela con ultraestadiaje. En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.
b. En estadio IA2 o IB1 según FIGO 2018, sin invasión del espacio linfovascular, biopsia de cono con márgenes negativos (mayor a 1 mm), histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2), tumor menor o igual a 2 cm, profundidad de la invasión estromal menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN e imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

I.3.3 Flujograma 3. Manejo según estadio temprano en pacientes con deseo de preservar la fertilidad.



a. Es conveniente realizar biopsia de ganglio centinela con ultraestadiaje. En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.
b. En estadio IA2 o IB1 según FIGO 2018, sin invasión del espacio linfovascular, biopsia de cono con márgenes negativos (mayor a 1 mm), histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2), tumor menor o igual a 2 cm, profundidad de la invasión estromal menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN e imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

II. GENERALIDADES

II.1 Presentación del problema y fundamentos para la realización de la guía

El cáncer de cuello uterino es una de las neoplasias ginecológicas más prevalentes a nivel mundial, con un impacto significativo en la salud de las mujeres, especialmente en países de bajos y medianos ingresos. Según estimaciones de *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) y Organización Mundial de la Salud (OMS), se reportaron aproximadamente 660,000 nuevos casos y 350,000 muertes por cáncer de cuello uterino en el mundo, lo que lo convierte en la cuarta causa de cáncer en mujeres y la principal causa de mortalidad por cáncer en varios países en desarrollo (1). En el Perú, este cáncer representa un grave problema de salud pública, con 4,809 nuevos casos y 2,545 muertes anuales, siendo la segunda neoplasia más frecuente en mujeres peruanas (2).

El cáncer de cuello uterino está asociado a diversos factores de riesgo que incrementan la probabilidad de su desarrollo. El principal factor es la infección persistente por el virus del papiloma humano (VPH), particularmente los tipos de alto riesgo, como el tipo 16 y 18, los cuales están presentes en la mayoría de los casos (3). El tabaquismo es otro factor relevante, ya que debilita el sistema inmunológico y favorece la progresión de lesiones precancerosas. El inicio temprano de relaciones sexuales y tener múltiples parejas sexuales también aumentan la exposición al VPH. Un sistema inmunológico comprometido, por condiciones como el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o el uso prolongado de medicamentos inmunosupresores, eleva adicionalmente el riesgo de desarrollar esta condición (4). La falta de acceso a programas de detección temprana, como la prueba de Papanicolaou, es un factor determinante en poblaciones con recursos limitados (3). La combinación de estos factores resalta la importancia de la prevención y la detección temprana para reducir la incidencia de esta enfermedad.

El manejo del cáncer de cuello uterino requiere un enfoque multidisciplinario que integre el tratamiento quirúrgico, la radioterapia, la quimioterapia y, en casos seleccionados, estrategias de preservación de la fertilidad (5). El tratamiento del cáncer de cuello uterino varía según el estadio de la enfermedad, el tamaño del tumor y el estado ganglionar y/o parametrial. En la presente guía, se usa como modelo de clasificación a la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO 2018) (6,7), la cual es ampliamente utilizada para estadificar la enfermedad. Esta clasificación es mostrada en la tabla a continuación:

Clasificación FIGO (2018)

ETAPA	DESCRIPCIÓN
I	**Carcinoma confinado al cuello uterino**
IA	Carcinoma invasivo diagnosticado solo por microscopia
IA1	Invasión estromal de ≤3 mm de profundidad y ≤7 mm de extensión horizontal
IA2	Invasión estromal de >3 mm y ≤5 mm de profundidad, y ≤7 mm de extensión horizontal

IB	Lesiones clínicamente visibles limitadas al cuello uterino o lesiones preclínicas mayores que IA
IB1	Lesión clínicamente visible de ≤2 cm en su mayor dimensión
IB2	Lesión clínicamente visible entre 2 a 4 cm en su mayor dimensión
IB3	Lesión clínicamente visible de >4 cm en su mayor dimensión
II	**El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no hasta la pared pélvica; afecta la vagina, pero no el tercio inferior**
IIA	Sin afectación parametrial
IIA1	Lesión clínicamente visible de ≤4 cm
IIA2	Lesión clínicamente visible de >4 cm
IIB	Con afectación parametrial
III	**El carcinoma se extiende hasta la pared pélvica y/o afecta el tercio inferior de la vagina y/o causa hidronefrosis o riñón no funcionante**
IIIA	Afecta el tercio inferior de la vagina sin extensión a la pared pélvica
IIIB	Extensión a la pared pélvica y/o hidronefrosis o riñón no funcionante
IIIC	Metástasis en ganglios linfáticos pélvicos o paraaórticos
IV	**El carcinoma se extiende más allá de la pelvis o afecta clínicamente (biopsia confirmada) la mucosa de la vejiga o el recto**
IVA	Extensión a órganos adyacentes
IVB	Metástasis a órganos distantes

Fuente: Elaboración propia tomando de referencia la clasificación de FIGO 2018 (6,7).

En relación con el tratamiento quirúrgico, se considera la clasificación de Querleu-Morrow (2008, actualizada en 2017) que permite categorizar los tipos de histerectomía radical según la extensión de la resección quirúrgica (8,9). La elección de esta clasificación se sustenta en el uso de la misma en las guías usadas como referencia.

Clasificación Querleu - Morrow

TIPO	DESCRIPCIÓN
A	Histerectomía simple o extrafascial. Resección mínima del parametrio
B	Histerectomía radical modificada. Resección parcial del parametrio lateral hasta el nivel del uréter. Preservación de los nervios hipogástricos.
C	Histerectomía radical completa. Resección completa del parametrio lateral más allá del uréter. División en C1 (preservación nerviosa) y C2 (sin preservación nerviosa)

D	Histerectomía radical extendida. Resección del parametrio lateral hasta la pared pélvica

Fuente: Elaboración propia tomando de referencia la clasificación Querleu – Morrow (8,9).

La presente guía se basa en una revisión sistemática de la literatura científica, incluyendo estudios clínicos, metaanálisis (MA) y consensos internacionales, garantizando que las recomendaciones estén respaldadas por evidencia sólida y accesible. Esta guía práctica clínica tiene como objetivo proporcionar recomendaciones basadas en evidencia científica actualizada, abordando los aspectos clave del tratamiento y la evaluación del cáncer de cuello uterino. Se priorizo abordar el manejo del estadio temprano que para fines de esta guía abarca los estadios IA1, IA2, IB1, IB2 y IIA1 según la clasificación mencionada, a fin de brindar un tratamiento adecuado que mejore la supervivencia y calidad de vida con impacto en la salud pública.

II.2 Objetivo y población de la GPC

Objetivo

Brindar a los profesionales de salud recomendaciones informadas en la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones sobre estadificación y tratamiento de mujeres mayores de 18 años con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2, IIA1).

Población diana

Mujeres mayores a 18 años con cáncer de cuello uterino en estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2, IIA1).

II.3 Usuarios y ámbito de la GPC

Usuarios de la GPC

La guía está dirigida a todo el personal de salud que tenga a su cargo la atención en estadiaje y tratamiento de cáncer de cuello uterino: médicos ginecólogos oncólogos, médicos oncólogos, médicos cirujanos oncólogos, gineco-obstetras, internistas, u otro profesional de la salud, así como profesionales gestores responsables de tomar decisiones a nivel institucional, regional o nacional, con el fin de facilitar el proceso de implementación.

Ámbito de aplicación

Esta GPC es una herramienta que ayuda en las decisiones del médico especialista para la asistencia médica de dichos pacientes, que debe basarse en criterios clínicos y las recomendaciones contenidas en la presente guía, primando el juicio clínico en caso de existir controversias. El ámbito de aplicación de esta guía es nacional, para las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) públicos, privados o mixtas, que estén involucrados en el manejo de esta patología.

Aspectos no cubiertos

La presente guía no cubre procesos de tamizaje para cáncer de cuello uterino; así como el estadiaje y tratamiento de los estadios avanzados o metastásicos de cáncer de cuello uterino. De igual manera, no se contemplan escenarios de pacientes con recurrencia de enfermedad.

Procedimiento por estandarizar

Nombre: Estadiaje y tratamiento del cáncer de cuello uterino en mujeres mayores de 18 años que se encuentren en estadios tempranos.

Código CIE-10: C53.9. Neoplasia maligna del cuello uterino, NOS.

III. MÉTODOS

El procedimiento seguido para la elaboración de la presente GPC está detallado en su versión extensa, la cual puede descargarse del repositorio de guías de práctica clínica del Instituto Nacional de Salud del Perú (https://www.gob.pe/institucion/ins/informes-publicaciones/tipos/217-guias-de-practica-clinica). En resumen, se aplicó la siguiente metodología:

III.1 Conformación del grupo elaborador de la guía (GEG)

Se conformó un GEG, que incluyó profesionales de salud, especialistas en gestión en salud y con experiencia en el desarrollo de guías de práctica clínica.

III.2 Formulación de preguntas

En concordancia con los objetivos y alcances de esta GPC, el GEG formuló 7 preguntas clínicas **(Tabla 1)**, cada una de las cuales pudo tener una o más preguntas PICO (*Population, Intervention, Comparator, Outcome*). A su vez, cada pregunta PICO pudo tener uno o más desenlaces (o *outcomes*) de interés.

III.3 Búsqueda de GPC

Se identificaron 7 GPC cumplieron con los criterios señalados en la versión extensa de esta GPC, por lo que fueron evaluadas por dos metodólogos de forma independiente, empleando el instrumento *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation* II (AGREE II) a fin de seleccionar aquellas GPC que fueran de buena calidad metodológica, es decir, que alcanzaron un puntaje mayor de 90% en la evaluación global y mayor del 60% en cada uno de los siguientes dominios: Alcance y objetivo (Dominio 1), Rigor en la elaboración (Dominio 3) y aplicabilidad (Dominio 5). En base a esta evaluación, se identificaron 3 GPC:

- Alberta Gynecologic Oncology Team (GYNE). Cancer of the Uterine Cervix. 2021.(10)
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. 2021.(11)

- Instituto de Evaluación de Tecnología sanitaria e investigación (IETSI). Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 O IIA1). 2020.(12)

III.4 Búsqueda y selección de la evidencia

Para cada pregunta PICO, durante el 2024 – 2025, se buscaron revisiones sistemáticas (RS) publicadas como artículos científicos (mediante búsquedas sistemáticas en MEDLINE/PubMed, Embase y CENTRAL) o realizadas como parte de una GPC previa (mediante una búsqueda sistemática de GPC). Cuando se encontraron RS de calidad aceptable según el instrumento *A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews-II* (AMSTAR-II)(13), se escogió una para cada desenlace de interés, la cual fue actualizada cuando el GEG lo consideró necesario. Cuando no se encontró ninguna RS de calidad aceptable, se realizó una búsqueda de novo de ECA y estudios primarios.

III.5 Evaluación de la certeza de la evidencia y cálculo de efectos absolutos

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó principalmente en los casos en que la revisión sistemática seleccionada no había evaluado los estudios incluidos o cuando la evaluación realizada carecía de calidad suficiente. También se efectuó cuando la evaluación cubría múltiples desenlaces y se anticipaba que los resultados podrían variar al centrarse en el desenlace específico de interés. Para esta evaluación, se emplearon las siguientes herramientas: la herramienta de riesgo de sesgo de Cochrane para ensayos clínicos aleatorizados (ECA) (14) y la herramienta QUADAS-2 para estudios de diagnóstico (15).

Para cada desenlace relacionado con las preguntas PICO, la certeza de la evidencia se evaluó siguiendo la metodología *Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation* (GRADE) (16). Además, se calcularon los efectos absolutos para cada desenlace, utilizando diferencias de riesgos para desenlaces dicotómicos y diferencias de medias para desenlaces numéricos. En el cálculo de las diferencias de riesgos, se utilizó la incidencia del desenlace en el grupo control tal como fue reportada en el conjunto de evidencia, salvo indicación contraria para alguna pregunta específica.

III.6 Formulación de las recomendaciones

El GEG revisó la evidencia seleccionada para cada pregunta clínica en reuniones periódicas, usando los marcos *Evidence to Decision* (EtD) de la metodología GRADE (16,17). Para ello, tuvo en consideración: 1) Beneficios y daños de las opciones, 2) Valores y preferencias de los pacientes, 3) Aceptabilidad por parte de los profesionales de salud y pacientes, 4) Equidad, 5) Factibilidad de las opciones, y 6) Uso de recursos. Luego de discutir estos criterios para cada pregunta, el GEG, por consenso o por mayoría simple, formuló cada recomendación, asignándole una fuerza (fuerte o condicional) y una certeza de la evidencia (alta, moderada, baja, o muy baja) (18) **(Tabla 2)**.

Significado de los niveles de certeza de la evidencia y de la fuerza de la recomendación

Enunciado	Significado
Certeza de la evidencia del resultado de un desenlace	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Estamos muy seguros de que el efecto real de la intervención se aproxima al efecto estimado en los estudios. "Al dar la intervención en lugar del comparador, ***estamos seguros que*** …"
Moderada (⊕⊕⊕◯)	Confiamos moderadamente en la estimación del efecto: lo más probable es que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es posible que sea sustancialmente diferente. "Al dar la intervención en lugar del comparador, ***probablemente*** …"
Baja (⊕⊕◯◯)	Nuestra confianza en la estimación del efecto es limitada: es posible que el efecto real se aproxime al estimado en los estudios, pero es probable que sea sustancialmente diferente. "Al dar la intervención en lugar del comparador, ***podría ser que*** …"
Muy baja (⊕◯◯◯)	Tenemos muy poca confianza en la estimación del efecto: lo más probable es que el verdadero efecto sea sustancialmente diferente del estimado en los estudios. "Al dar la intervención en lugar del comparador, ***la evidencia es muy incierta sobre*** …"
Certeza de la evidencia de una recomendación	
Alta (⊕⊕⊕⊕)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es alta.
Moderada (⊕⊕⊕◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es moderada.
Baja (⊕⊕◯◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es baja.
Muy baja (⊕◯◯◯)	Nuestra confianza en la evidencia usada para tomar la decisión es muy baja.
Fuerza de la recomendación	
Recomendación fuerte (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación debe aplicarse en todos o casi todos los casos, excepto en situaciones puntuales y justificadas. Por lo general, este tipo de recomendación se emite cuando los beneficios de una intervención superan ampliamente a los daños. Se usó el término "**Recomendamos**"
Recomendación condicional (a favor o en contra)	El GEG considera que esta recomendación es adecuada en la mayoría de los casos, pero implica que la decisión debe ser individualizada. Por lo general, esto puede depender de factores como el contexto clínico, las preferencias del paciente, la disponibilidad de recursos, entre otros criterios relevantes. Se usó el término "**Sugerimos**"

De creerlo necesario, se emitirán consideraciones y/o buenas prácticas clínicas (BPC), para las cuales no se efectúa una evaluación de la certeza de la evidencia ni se aplica

el marco EtD. Estas pautas deben distinguirse claramente de las recomendaciones. Las consideraciones son enunciados que apoyan la interpretación de las recomendaciones y pueden abarcar los subdominios de la estructura PICO (paciente/población, intervenciones, comparadores, desenlaces), así como las condiciones que enmarcan una o más recomendaciones específicas. Estos enunciados se justifican citando la evidencia correspondiente, como otras GPC, ensayos clínicos, entre otros.

De manera similar, las BPC deben estar debidamente justificadas en base a los siguientes criterios (19,20), para ser considerados como tal:

- No pueden ser incluidas en la GPC como preguntas clínicas, debido a que luego de realizar una búsqueda preliminar (al menos de RS y ECA) no se encontró evidencia directa o la evidencia directa es muy difícil de encontrar y no es concluyente (lo cual debe argumentarse comentando la evidencia indirecta o directa de haberla).
- Es una pauta accionable (debe orientar una decisión)
- Es una pauta relevante y necesaria para la práctica clínica actual (para ello, se pueden citar otras guías o protocolos que consensuen que esta es una práctica usual)
- Existen razones claras para pensar que su implementación resulta en un gran beneficio para el paciente (lo cual se debe argumentar claramente)

Además, se diseñaron los flujogramas que resumen las principales recomendaciones de la GPC.

III.7 Revisión por expertos

La presente GPC fue revisada por especialistas representantes de otras instituciones, y tomadores de decisiones del MINSA y otras instituciones prestadoras de salud. Asimismo, su versión extensa fue enviada por vía electrónica a expertos clínicos externos para su revisión. El GEG tomó en cuenta los resultados de estas revisiones y, cuando fue pertinente, se realizaron modificaciones a las recomendaciones finales.

III.8 Actualización de la GPC

La presente GPC tiene una vigencia de cinco años. Al acercarse al fin de este período, se procederá a realizar una RS de la literatura para su actualización, luego de la cual se decidirá si se actualiza la presente GPC o se procede a realizar una nueva versión.

IV. DESARROLLO DE LAS PREGUNTAS Y RECOMENDACIONES

La presente GPC abordó 7 preguntas clínicas, y se emitió 5 recomendaciones condicionales, 9 puntos de buena práctica clínica (BPC) y 3 flujogramas. A excepción de las BPC para la pregunta 5 y 7, no se incluyó la justificación de las BPC.

IV.1 Pregunta 1. En mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial y ganglionar, ¿se debería utilizar resonancia magnética (RM) con contraste en comparación con resonancia magnética (RM) sin contraste?

La evidencia se detalla según cada escenario. La presente pregunta clínica abordó las siguientes preguntas PICO:

PICO 1.1: RM con contraste vs RM sin contraste para mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso parametrial

Evidencia: Se encontró la RS de Xiao et al, 2019 (21) que evaluaba la exactitud diagnóstica de la RM con contraste y sin contraste para determinar el compromiso parametrial.

Sensibilidad: La sensibilidad de la RM con contraste fue 0.83 y la RM sin contraste fue 0.66. Considerando una prevalencia de cáncer de cuello uterino de 31%, por cada 100 mujeres que requieran evaluación del compromiso parametrial, si se realiza RM con contraste en lugar de realizarla sin contraste, podría ser que 6 mujeres más sean clasificadas correctamente como “con compromiso parametrial” (verdaderos positivos – VP), y 6 mujeres menos sean clasificadas incorrectamente como “sin compromiso parametrial” (falsos negativos – FN), aunque la evidencia es de muy baja certeza.

Especificidad: La especificidad de la RM con contraste fue 0.94 y la RM sin contraste fue 0.90. Considerando una prevalencia de cáncer de cuello uterino de 31%, por cada 100 mujeres que requieran evaluación del compromiso parametrial, si se realiza RM con contraste en lugar de realizarla sin contraste, podría ser que 3 mujeres más sean clasificadas correctamente como “sin compromiso parametrial” (verdadero negativo – VN), y 3 menos incorrectamente como “con compromiso parametrial” (falsos positivos – FP), aunque la evidencia es de muy baja certeza.

PICO 1.2: RM con contraste vs RM sin contraste para mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino con enfermedad clínica local que requieran evaluación del compromiso ganglionar

Evidencia: Se realizó un MA de “07” estudios que correspondían con la PICO: Subak 1995(22), Reinhardt 2001(23), Hertel 2002(24), Sahdev 2007(25), Hori 2008(26), Testa 2009(27) y Sarabhai 2018(28); los cuales evaluaban la exactitud diagnóstica de la RM sin contraste y con contraste para determinar el compromiso ganglionar.

Sensibilidad: La sensibilidad de la RM con contraste fue 0.66 y la RM sin contraste fue 0.57. Considerando una prevalencia de cáncer de cuello uterino de 15.8%, por cada 100 mujeres que requieran evaluación del compromiso ganglionar, si se realiza RM con contraste en lugar de realizarla sin contraste, podría ser que 1 mujer más sea clasificada

correctamente como “con compromiso ganglionar” (VP), y 1 mujer menos sea clasificada incorrectamente como “sin compromiso ganglionar” (FN), aunque la evidencia es de muy baja certeza.

Especificidad: La especificidad de la RM con contraste fue 0.87 y la RM sin contraste fue 0.90. Considerando una prevalencia de cáncer de cuello uterino de 15.8%, por cada 100 mujeres que requieran evaluación del compromiso ganglionar, si se realiza RM con contraste en lugar de realizarla sin contraste, podría ser que, 1 mujer más sea clasificada correctamente como “sin compromiso ganglionar” (VN), y 1 menos incorrectamente como “con compromiso ganglionar” (FP), aunque la evidencia es de muy baja certeza.

Recomendación: El GEG determinó que la resonancia magnética (RM) con contraste es una prueba precisa para evaluar el compromiso parametrial y ganglionar. En la evaluación del compromiso parametrial, el balance entre beneficios y daños probablemente favorece el uso de RM con contraste, dado su beneficio moderado. Sin embargo, en la evaluación del compromiso ganglionar, la RM con y sin contraste presentan beneficios y daños similares, sin una clara superioridad de la primera. Además, el GEG consideró que la implementación de ambas estrategias es factible y que sus costos son similares. Por lo tanto, el GEG decidió emitir una recomendación ***a favor*** del uso de la RM con contraste para determinar la evaluación del compromiso parametrial y ganglionar. Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, la disponibilidad de equipos para realizar RMN en el país y los tiempos de espera para acceder a una este estudio, se decidió emitir una recomendación ***condicional***.

Consideraciones adicionales:
Esta prueba se solicitará según criterio clínico del médico tratante. No será considerada como prueba de rutina para todas las pacientes en estadios tempranos.

IV.2 Pregunta 2. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1, ¿se debería realizar biopsia de ganglio centinela en comparación con linfadenectomía pélvica para determinar el compromiso ganglionar?

Evidencia: Se encontraron 2 artículos científicos: Favre et al 2021(29) y Mathevet et al 2021(30), ambos reportaron resultados del ensayo SENTICOL-2.

Beneficios: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 a las que se realice biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, podría ser que no modifiquemos la sobrevida global y la recurrencia, aunque la evidencia sea de muy baja certeza. Sin embargo, podría ser que evitemos 238 de todas las complicaciones de morbilidad linfática (IC 95%: -327 a -116), aunque la evidencia es de muy baja certeza. Considerando dichos desenlaces, el GEG consideró que los beneficios de realizar ganglio centinela son pequeños en comparación con realizar linfadenectomía pélvica.

Daños: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 a las que se realice biopsia de ganglio centinela en lugar de linfadenectomía pélvica, podría ser que no modifiquemos la incidencia de complicaciones mayores de morbilidad linfática, aunque la evidencia es de muy baja certeza. El GEG consideró que los daños asociados a la biopsia del ganglio centinela son insignificantes en comparación con la linfadenectomía pélvica, dado que los datos disponibles no muestran diferencias estadísticamente significativas en este desenlace.

Recomendación: El GEG determinó que la biopsia de ganglio centinela, en comparación con la linfadenectomía pélvica, probablemente ofrece un mejor balance entre beneficios y riesgos para evaluar el compromiso ganglionar. Ambas intervenciones presentan costos similares. Además, se considera que la biopsia de ganglio centinela probablemente sea aceptable para pacientes y profesionales de la salud, y es factible su implementación. Por ello, se emitió una recomendación ***a favor*** del uso de la biopsia de ganglio centinela para determinar el compromiso ganglionar. Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, y considerando que se evaluó los desenlaces de interés, se decidió emitir una recomendación ***condicional***.

Consideraciones adicionales: Para mujeres en estadio IA1, se realizará la evaluación mediante biopsia de ganglio centinela únicamente si existe invasión del espacio linfovascular.

BPC: En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB2 y IIA1 se debe considerar realizar biopsia de ganglio centinela con la técnica anatomopatológica de ultraestadiaje.

BPC: En contextos donde no sea factible realizar biopsia de ganglio centinela, considerar realizar linfadenectomía pélvica.

IV.3 Pregunta 3. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación histerectomía tipo B?

Evidencia: Se encontró una RS publicada como artículo científico: Viveros-Carreño et al. 2023(31). Se realizó una búsqueda de ECA para actualizar la RS y se encontró el ECA de Plante et al. 2024(32), el cual se adiciono como complemento a dicha RS.

Beneficios: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a las que se realice histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos la sobrevida global y la recurrencia, aunque la evidencia sea de muy baja certeza. En la tasa de infiltración parametrial, podría ser que disminuyamos 18 casos de infiltración parametrial, aunque la evidencia es de muy baja certeza. El GEG consideró que los beneficios de realizar histerectomía tipo A son triviales en comparación con realizar histerectomía tipo B.

Daños: Para las complicaciones mayores de morbilidad linfática, en mujeres con diagnóstico de cáncer cuello uterino estadio IA1 al realizar histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no se modifique, aunque la evidencia es de baja certeza (p = 0.77). El GEG consideró que los daños de realizar histerectomía tipo A son triviales en comparación con realizar histerectomía tipo B; sin embargo, existe un menor porcentaje reportado de daños en la histerectomía tipo A.

Recomendación: El GEG determinó que la histerectomía tipo A probablemente ofrece un mejor balance de riesgos y beneficios, dado que las posibles complicaciones intraoperatorias pueden identificarse y manejarse eficazmente mediante un enfoque interdisciplinario. Además, los costos fueron considerados similares, aunque algunos miembros del panel sugirieron que podrían ser inferiores a los estimados. Asimismo, la histerectomía tipo A sería probablemente aceptable para pacientes y personal de salud, y su implementación resultaría factible. Debido a esto, se emitió una recomendación ***a favor*** de la histerectomía tipo A. Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja y en consideración con que la evidencia hallada contempló a otra población con mayor riesgo para lo cual se realizó una estimación indirecta, esta recomendación fue ***condicional***.

IV.4 Pregunta 4. En pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estadio IA2 o IB1, ¿se debería realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B?

Evidencia: Se identificaron 2 RS que abordaban a la PICO establecida Taliento et al., 2024(33) y Zeng et al., 2024(34). El equipo metodológico decidió realizar un nuevo MA incluyendo solo los ECA. Este nuevo MA incluyó 4 estudios: Landoni et al, 2012(35), Chen et al, 2018(36), Carneiro et al, 2023(37) y Plante et al, 2024(32).

Beneficios: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 a las que se realice histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos la sobrevida global y la recurrencia, aunque la evidencia sea de muy baja certeza. El GEG consideró que los beneficios de realizar histerectomía tipo A son triviales en comparación con realizar histerectomía tipo B, ya que no se encontraron diferencias entre las comparaciones.

Daños: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA2 o IB1 a las que se realice histerectomía tipo A en lugar de histerectomía tipo B, podría ser que no modifiquemos las complicaciones quirúrgicas, aunque la evidencia sea de muy baja certeza. El GEG consideró que los daños de realizar histerectomía tipo A son triviales en comparación con histerectomía tipo B.

Recomendación: El GEG consideró balance de realizar histerectomía tipo A en comparación con histerectomía tipo B, probablemente favorece a la histerectomía tipo B, aunque la certeza de la evidencia fue considerada como muy baja. Asimismo, los costos fueron considerados como similares y se considera que ambas intervenciones son factibles y aceptables. Por lo tanto, el GEG decidió emitir una recomendación ***a favor*** de la histerectomía tipo B. Debido a que la certeza global de la evidencia fue muy baja y el mayor riesgo para esta población, esta recomendación fue ***condicional***.

BPC: En mujeres con cáncer de cuello uterino, estadio IA2 o IB1, se podría brindar histerectomía tipo A si cumple con todos los criterios descritos a continuación:

- Tumores cervicales en estadio IA2 – IB1 según clasificación FIGO 2018.
- Sin invasión del espacio linfovascular.
- Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm).
- Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2).
- Tamaño de tumor menor igual a 2 cm.
- Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN.
- Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

IV.5 Pregunta 5. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, ¿se debería utilizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria en comparación con histerectomía C?

Evidencia: Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de novo. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales. Sin embargo, después una exhaustiva búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library; al no encontrarse ninguna RS ni estudios primarios que incluyeran los componentes de nuestra pregunta PICO se decidió formular una buena práctica clínica para responder la pregunta clínica.

BPC: En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1, realizar histerectomía tipo C.

En el desarrollo de esta GPC, se revisaron exhaustivamente las directrices de la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) del 2025(5), y GYNE del 2021(10). Estas revisiones identificaron que para los estadios IB2 o IIA1, el manejo varía se torna más agresivo; por lo cual, en esta población se indica la realización de la histerectomía tipo C (5). El GEG evaluó pertinente que en esta población mantenga esta opción terapéutica, considerando que es el tratamiento estándar y el tipo de cirugía más agresivo que se tiene para esta condición en la actualidad. Además, esta intervención es eficaz en la reducción de la tasa de recurrencia.

BPC: En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 o IIA1 que presentan contraindicación para realizarse cirugía, realizar radioterapia - quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria.

En guías como *British Gynaecological Cancer Society* (BGCS) y NCCN se menciona que como alternativa al manejo quirúrgico se considera a la radioterapia – quimioterapia concurrente con braquiterapia complementaria (5,38) para mujeres en estadios IB1 o IIA1. Aunque no se considera el enfoque estándar, el GEG reconoce su utilidad en casos específicos con contraindicaciones para la cirugía.

IV.6 Pregunta 6. En mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería realizar conización en comparación con traquelectomía radical?

Evidencia: Se encontró un artículo científico: Zhang et al, 2017(39), el cual es una revisión sistemática donde se incluyeron estudios observacionales comparativos.

Beneficios: Por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplan con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se realice conización en lugar de traquelectomía radical, podría ser que no modifiquemos la sobrevida global y la tasa de embarazo, aunque la evidencia sea de muy baja certeza. Además, por cada 1000 mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplan con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, a las que se realice conización en lugar de traquelectomía radical, podrían ser que se evitemos 27 recurrencias (IC 95%: -36 a -9), 106 abortos espontáneos (IC 95%: -171 a -26) y 215 partos pretérmino (IC 95%: -273 a -124), aunque la evidencia sea de muy baja certeza. En consideración con los datos presentados para los desenlaces priorizados; el GEG consideró que los beneficios de realizar conización son pequeños en comparación con realizar traquelectomía radical, favoreciendo a la conización.

Daños: Con respecto al desenlace de tasa de eventos adversos serios, se realizó la búsqueda sistemática al igual que con los otros desenlaces priorizados para esta pregunta; sin embargo, no se encontró evidencia. Debido a esto, el GEG consideró la magnitud de los daños se desconocen.

Recomendación: El GEG determinó que, ante la incertidumbre sobre los posibles efectos adversos de la conización, que se consideraron como mínimos y tomando en cuenta el interés de las pacientes en preservar su fertilidad, los beneficios de este procedimiento en los desenlaces obstétricos son determinantes. Por ello, el balance de efectos favorece la conización sobre la traquelectomía radical. Además, los costos son similares, su implementación es factible. No obstante, la aceptación por parte del personal de salud y las pacientes puede variar según el estadio clínico, así como sus objetivos, valores y preferencias. Por ello, se emitió una recomendación ***a favor*** de realizar conización en mujeres con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad. Debido a que la certeza general de la evidencia fue muy baja, y teniendo en cuenta que no se evaluó todos los desenlaces de interés, se decidió emitir una recomendación ***condicional***.

Consideraciones adicionales: Para que la recomendación sea tomada en cuenta por los especialistas, se determinó en específico a que grupo poblacional debe ser dirigido en base al menor riesgo de progresión de la enfermedad, por lo cual se tiene que:

- Esta recomendación se brinda para mujeres en estadio IA1 sin invasión del espacio linfovascular con deseo de preservar la fertilidad.
- Para mujeres en estadio IA2 o IB1 esta recomendación se brinda solo en los casos que cumplan todos los criterios de conización:
  - Sin invasión del espacio linfovascular.
  - Biopsia de cono con márgenes negativos (Mayor a 1mm).
  - Histología celular escamosa (cualquier grado) o adenocarcinoma (solamente grado 1 o 2).
  - Tamaño de tumor menor o igual a 2 cm.
  - Profundidad de la invasión menor o igual a 10 mm en LEEP/cono; o menor al 50% por RMN.
  - Imágenes negativas para enfermedad locoregional o metastásica.

BPC: En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 o IA2 con invasión del espacio linfovascular y con deseo de preservar la fertilidad, considerar el uso traquelectomía radical.

BPC: En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IB1, con deseo de preservar la fertilidad y no cumplen los criterios para ser candidata a conización (mencionados en la consideración adicional de la recomendación), considerar el uso de traquelectomía radical.

BPC: En pacientes con cáncer de cuello uterino en estadio IA1 a IB1, con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas, para luego tomar una decisión terapéutica compartida con la paciente.

IV.7 Pregunta 7. En mujeres con cáncer de cuello uterino estadio IB2 con deseo de preservar la fertilidad y que cumplen con todos los criterios para cirugía conservadora de fertilidad, ¿se debería utilizar quimioterapia neoadyuvante seguida de traquelectomía en comparación con traquelectomía radical?

Evidencia: Para esta pregunta, se realizó una búsqueda de novo. Se priorizó la búsqueda de RS que incluyeran metaanálisis de ECA y/o estudios observacionales comparativos. Sin embargo, después una exhaustiva búsqueda en las bases de datos MEDLINE/PubMed, Embase y Cochrane Library; al no encontrarse ninguna RS ni estudios primarios que incluyeran los componentes de nuestra pregunta PICO se decidió formular una buena práctica clínica para responder la pregunta clínica.

BPC: El GEG considera importante señalar que para esta pregunta no se halló evidencia suficiente para emitir una recomendación. Por ende, en situaciones con deseo de preservar la fertilidad, se deberá informar claramente a la paciente sobre las opciones terapéuticas, los beneficios y riesgos, así como también considerar sus valores, preferencias y metas.

En este escenario clínico, ante la ausencia de evidencia que responda a la pregunta PICO y dada la controversia en el manejo de pacientes que buscan preservar la fertilidad, el GEG decidió no emitir una recomendación específica. No obstante, considera fundamental que cada caso sea evaluado en junta médica, priorizando el criterio clínico sin desatender el proyecto de vida de la paciente.

V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. J Ferlay, M Ervik, F Lam, M Laversanne, M Colombet, L Mery, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. International Agency for Research on Cancer.; 2024. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer https://gco.iarc.fr/today/en https://gco.iarc.who.int/media/globocan/factsheets/cancers/23-cervix-uteri-fact-sheet.pdf
2. World Health Organization (WHO). Global Cancer Observatory: Cancer Today. [Internet]. Disponible en: https://gco.iarc.who.int/today/en/dataviz/maps-heatmap?cancers=23&types=1&sexes=0&palette=Reds&mode=population
3. World Health Organization (WHO). Cervical Cancer [Internet]. Disponible en: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer
4. American Cancer Society. Risk Factors for Cervical Cancer [Internet]. Disponible en: https://www.cancer.org/cancer/types/cervical-cancer/causes-risks-prevention/risk-factors.html
5. National Comprehensiver Cancer Network. NCCN Guidelines in Cervical Cancer. 2025.
6. Odicino F, Pecorelli S, Zigliani L, Creasman WT. History of the FIGO cancer staging system. Int J Gynecol Obstet. mayo de 2008;101(2):205-10.
7. Bhatla N, Aoki D, Sharma DN, Sankaranarayanan R. Cancer of the cervix uteri: 2021 update. Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet. 2021;155 Suppl 1(Suppl 1):28-44.
8. Querleu D, Morrow CP. Classification of radical hysterectomy. Lancet Oncol. marzo de 2008;9(3):297-303.
9. Querleu D, Cibula D, Abu-Rustum NR. 2017 Update on the Querleu–Morrow Classification of Radical Hysterectomy. Ann Surg Oncol. octubre de 2017;24(11):3406-12.
10. Alberta Health Services. Alberta Gynecologic Oncology Team. Cancer of the Uterine Cervix. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/hp/cancer/if-hp-cancer-guide-gyne004-cervical.pdf
11. National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Minimally invasive radical hysterectomy for early-stage cervical cancer. [Internet]. 2021. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ipg686/resources/minimally-invasive-radical-hysterectomy-for-early-stage-cervical-cancer-pdf-1899874348799173
12. Instituto de Evaluación de Tecnologías en Salud e Investigación (IETSI). Guía de práctica clínica para el manejo de cáncer de cuello uterino estadios tempranos (IA1, IA2, IB1, IB2 o IIA1). [Internet]. 2020. Disponible en: https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/1835
13. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ. 21 de septiembre de 2017;j4008.
14. Higgins JPT, Altman DG, Gotzsche PC, Juni P, Moher D, Oxman AD, et al. The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ. 18 de octubre de 2011;343(oct18 2):d5928-d5928.

15. Whiting PF, Rutjes AWS, Westwood ME, Mallett S, Deeks JJ, Reitsma JB, et al. QUADAS-2: A Revised Tool for the Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies. Ann Intern Med. 18 de octubre de 2011;155(8):529-36.
16. Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, Pottie K, Meerpohl JJ, Coello PA, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation—determinants of a recommendation's direction and strength. J Clin Epidemiol. julio de 2013;66(7):726-35.
17. Alonso-Coello P, Oxman AD, Moberg J, Brignardello-Petersen R, Akl EA, Davoli M, et al. Marcos GRADE de la evidencia a la decisión (EtD): un enfoque sistemático y transparente para tomar decisiones sanitarias bien informadas. 2: Guías de práctica clínica. Gac Sanit. marzo de 2018;32(2):167.e1-167.e10.
18. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD, Alderson P, Dahm P, Falck-Ytter Y, et al. GRADE guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: the significance and presentation of recommendations. J Clin Epidemiol. julio de 2013;66(7):719-25.
19. Guyatt G, Oxman AD, Sultan S, Brozek J, Glasziou P, Alonso-Coello P, et al. GRADE guidelines: 11. Making an overall rating of confidence in effect estimates for a single outcome and for all outcomes. J Clin Epidemiol. febrero de 2013;66(2):151-7.
20. Dewidar O, Lotfi T, Langendam MW, Parmelli E, Saz Parkinson Z, Solo K, et al. Good or best practice statements: proposal for the operationalisation and implementation of GRADE guidance. BMJ Evid-Based Med. junio de 2023;28(3):189-96.
21. Xiao M, Yan B, Li Y, Lu J, Qiang J. Diagnostic performance of MR imaging in evaluating prognostic factors in patients with cervical cancer: a meta-analysis. Eur Radiol. marzo de 2020;30(3):1405-18.
22. Subak L, Hricak H, Powell C, Azizi E, Stern J. Cervical carcinoma: Computed tomography and magnetic resonance imaging for preoperative staging. Obstet Gynecol. julio de 1995;86(1):43-50.
23. Reinhardt MJ, Ehritt-Braun C, Vogelgesang D, Ihling C, Högerle S, Mix M, et al. Metastatic Lymph Nodes in Patients with Cervical Cancer: Detection with MR Imaging and FDG PET. Radiology. marzo de 2001;218(3):776-82.
24. Hertel H, Köhler C, Elhawary T, Michels W, Possover M, Schneider A. Laparoscopic Staging Compared with Imaging Techniques in the Staging of Advanced Cervical Cancer. Gynecol Oncol. octubre de 2002;87(1):46-51.
25. Sahdev A, Sohaib SA, Wenaden AET, Shepherd JH, Reznek RH. The performance of magnetic resonance imaging in early cervical carcinoma: a long-term experience. Int J Gynecol Cancer. mayo de 2007;17(3):629-36.
26. Hori M, Kim T, Murakami T, Imaoka I, Onishi H, Tomoda K, et al. Uterine Cervical Carcinoma: Preoperative Staging with 3.0-T MR Imaging—Comparison with 1.5-T MR Imaging. Radiology. abril de 2009;251(1):96-104.
27. Testa AC, Ludovisi M, Manfredi R, Zannoni G, Gui B, Basso D, et al. Transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging for assessment of presence, size and extent of invasive cervical cancer. Ultrasound Obstet Gynecol. septiembre de 2009;34(3):335-44.
28. Sarabhai T, Schaarschmidt BM, Wetter A, Kirchner J, Aktas B, Forsting M, et al. Comparison of 18F-FDG PET/MRI and MRI for pre-therapeutic tumor staging of patients

with primary cancer of the uterine cervix. Eur J Nucl Med Mol Imaging. enero de 2018;45(1):67-76.

29. Favre G, Guani B, Balaya V, Magaud L, Lecuru F, Mathevet P. Sentinel Lymph-Node Biopsy in Early-Stage Cervical Cancer: The 4-Year Follow-Up Results of the Senticol 2 Trial. Front Oncol. 17 de febrero de 2021;10:621518.
30. Mathevet P, Lécuru F, Uzan C, Boutitie F, Magaud L, Guyon F, et al. Sentinel lymph node biopsy and morbidity outcomes in early cervical cancer: Results of a multicentre randomised trial (SENTICOL-2). Eur J Cancer. mayo de 2021;148:307-15.
31. Viveros-Carreño D, Pareja R, Plante M. De-escalation of surgical radicality for non-fertility preserving management in patients with early-stage cervical cancer: a systematic review. Int J Gynecol Cancer. marzo de 2024;34(3):386-92.
32. Plante M, Kwon JS, Ferguson S, Samouëlian V, Ferron G, Maulard A, et al. Simple versus Radical Hysterectomy in Women with Low-Risk Cervical Cancer. N Engl J Med. 29 de febrero de 2024;390(9):819-29.
33. Taliento C, Scutiero G, Arcieri M, Pellecchia G, Tius V, Bogani G, et al. Simple hysterectomy versus radical hysterectomy in early-stage cervical cancer: A systematic review and meta-analysis. Eur J Surg Oncol. abril de 2024;50(4):108252.
34. Zeng S, Xiao S, Xu Y, Yang P, Hu C, Jin X, et al. Efficacy and safety analysis of non-radical surgery for early-stage cervical cancer (IA2 ~ IB1): a systematic review and meta-analysis. Front Med. 30 de abril de 2024;11:1337752.
35. Landoni F, Maneo A, Zapardiel I, Zanagnolo V, Mangioni C. Class I versus class III radical hysterectomy in stage IB1-IIA cervical cancer. A prospective randomized study. Eur J Surg Oncol EJSO. marzo de 2012;38(3):203-9.
36. Chen L, Zhang WN, Zhang SM, Gao Y, Zhang TH, Zhang P. Class I hysterectomy in stage Ia2-Ib1 cervical cancer. Wideochirurgia Inne Tech Maloinwazyjne Videosurgery Miniinvasive Tech. diciembre de 2018;13(4):494-500.
37. Carneiro VCG, Batista TP, Andrade MR, Barros AV, Câmara LHLD, Ramalho NM, et al. Proof-of-concept randomized phase II non-inferiority trial of simple versus type B2 hysterectomy in early-stage cervical cancer ≤2 cm (LESSER). Int J Gynecol Cancer. abril de 2023;33(4):498-503.
38. Reed N, Balega J, Barwick T, Buckley L, Burton K, Eminowicz G, et al. British Gynaecological Cancer Society (BGCS) cervical cancer guidelines: Recommendations for practice. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. enero de 2021;256:433-65.
39. Zhang Q, Li W, Kanis MJ, Qi G, Li M, Yang X, et al. Oncologic and obstetrical outcomes with fertility-sparing treatment of cervical cancer: a systematic review and meta-analysis. Oncotarget. 11 de julio de 2017;8(28):46580-92.