



RECOMENDACIONES RADIOTERAPIA EN CÁNCER GINECOLÓGICO

CÁNCER DE CUELLO UTERINO:

1. **¿DEBE FAVORECERSE EL MANEJO CON QUIMIORADIOTERAPIA EN PACIENTES OPERABLES DE ESTADIO TEMPRANO?**

Esta opción es sugerida en nuestras guías con miras a evitar saturar UCI, pero queda a discusión con los ginecólogos oncólogos de cada grupo.

2. **¿LOS PACIENTES CON CRITERIOS DE RIESGO INTERMEDIO PARA ADYUVANCIA (TAMAÑO TUMORAL, ILV POSITIVA, INVASIÓN 1/3 DEL ESTROMA) PUEDEN DEJARSE EN OBSERVACIÓN?**



Las guías recomiendan diferir por 8 a 12 semanas los tratamientos adyuvantes, excepto si hay enfermedad activa, evaluando si el impacto favorable en desenlaces oncológicos justifica el riesgo de exposición a covid 19.

En nuestro concepto, las pacientes ancianas con comorbilidades deberían dejarse en observación. En pacientes menores de 60 años, diferir tratamiento de 8 a 12 semanas.

3. ¿PUEDE DIFERIRSE LA ADYUVANCIA EN PACIENTES CON FACTORES DE ALTO RIESGO?

En enfermedad completamente reseca se recomienda diferir a 8 a 12 semanas la adyuvancia, considerar tratar antes en enfermedad activa macro o microscópica.

4. ¿QUÉ ESTRATEGIAS SE RECOMIENDAN PARA ACORTAR EL TIEMPO TOTAL DE TRATAMIENTO DE TELETERAPIA?



El hipofraccionamiento no está lo suficientemente avalado por evidencia en cuello uterino, menos aún en el contexto de concomitancia, existiendo reparos por la posible toxicidad aguda o tardía.

Se sugiere considerar estrategias como el boost simultáneo integrado, teniendo en cuenta que se tenga curva en la técnica y se cuente con la tecnología adecuada para realizarla.

Podría considerarse hipofraccionar pacientes mayores de 60 años y comorbidas, no candidatas a quimioterapia, dosis 2.5 Gy hasta 40-45Gy.

-
5. ¿QUÉ RECOMENDACIONES HAY SOBRE EL TRATAMIENTO CON BRAQUITERAPIA? PUEDE REEMPLAZARSE POR OTRAS MODALIDADES DE TRATAMIENTO? PUEDE DIFERIRSE?



No debe diferirse por el impacto negativo en desenlaces oncológicos, y debe usarse como estándar a menos que técnicamente no sea posible su administración.

Se recomienda usar esquemas cortos, por ejemplo 4 fracciones de 6.5-7 Gy, según cumplimiento de constraints y teniendo en cuenta lo recibido en teleterapia, garantizando un EQD2 igual o mayor a 80Gy según respuesta tumoral. Evitar limitar el recurso de anestesiólogo.

6. ¿EN QUÉ CASOS SE RECOMIENDA OMITIR QUIMIOTERAPIA CONCOMITANTE?

Nuestras guías piden considerarlo en pacientes mayores a 70 años y comorbidas, queda a discusión con el oncólogo clínico de cada grupo, sopesando beneficio de quimioterapia vs riesgo de exposición.



CÁNCER DE ENDOMETRIO:

1. ¿DEBE FAVORECERSE OBSERVACIÓN EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO INTERMEDIO?

Considerando que el cáncer de endometrio es más frecuente en mujeres de edad avanzada, puede considerarse observación en pacientes clasificadas como riesgo intermedio, por beneficio vs riesgo de infección COVID 19.

En intermedio alto, si se considera adyuvancia con braquiterapia, diferir 8 a 12 semanas; plantear esquemas cortos (por ejemplo 3 fx de 7Gy)

2. EN PACIENTES CON FACTORES DE ALTO RIESGO, ¿PUEDE DIFERIRSE LA ADYUVANCIA?

Si, a menos que exista enfermedad activa o histología agresiva

CANCER DE OVARIO

La radioterapia en paciente con cáncer de ovario se puede diferir, en estas pacientes prima de ser necesario el manejo sistémico.



¿CÓMO DEBE SER EL TRATAMIENTO PALIATIVO DE LAS PACIENTES CON CÁNCER GINECOLÓGICO?

Si es por dolor óseo, optimizar manejo farmacológico.

Favorecer hipofraccionamiento, en lo posible dosis única 800cGy.

En caso de sangrado, preferir 20Gy en fraccionamiento de 4Gy.



BIBLIOGRAFIA

1. NICE GUIDELINE COVID-19 RAPID GUIDELINE: DELIVERY OF RADIOTHERAPY.
[HTTPS://WWW.NICE.ORG.UK/GUIDANCE/NG162](https://www.nice.org.uk/guidance/ng162)
2. "RADIOTHERAPY IN A TIME OF CRISIS" ESTRO.
[HTTPS://WWW.ESTRO.ORG/ABOUT/NEWSROOM/NEWS/RADIOTHERAPY-IN-A-TIME-OF-CRISIS](https://www.astro.org/about/newsroom/news/radiotherapy-in-a-time-of-crisis)
3. ASTRO COVID-19 RECOMMENDATIONS TO RADIATION ONCOLOGY PRACTICES
[HTTPS://WWW.ASTRO.ORG/DAILY-PRACTICE/COVID-19-RECOMMENDATIONS-AND-INFORMATION](https://www.astro.org/daily-practice/covid-19-recommendations-and-information)
4. RCR ROYAL COLLEGE OF RADIOLOGISTS CORONAVIRUS (COVID-19): CANCER TREATMENT DOCUMENTS. [HTTPS://WWW.RCR.AC.UK/COLLEGE/CORONAVIRUS-COVID-19-WHAT-RCR-DOING/CORONAVIRUS-COVID-19- RESOURCES/CORONAVIRUS-COVID-19-1.](https://www.rcr.ac.uk/college/coronavirus-covid-19-what-rcr-doing/coronavirus-covid-19-resources/coronavirus-covid-19-1)
5. GUÍA PRÁCTICA SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DE UN SERVICIO DE RADIOTERAPIA DURANTE EL BROTE DE CORONAVIRUS EN MÉXICO/SOMERA.
[HTTPS://WWW.SOMERA.ORG.MX/WPCONTENT/UPLOADS/2020/03/GUI%CC%81A-RADIOTERAPIA-COVID-19-V1.1.PDF.PDF](https://www.somera.org.mx/wpcontent/uploads/2020/03/GUI%CC%81A-RADIOTERAPIA-COVID-19-V1.1.PDF.PDF)
6. [CIBULA D](#), [ABU-RUSTUM](#), [FISCHEROVA](#). SURGICAL TREATMENT OF "INTERMEDIATE RISK" LYMPH NODE NEGATIVE CERVICAL CANCER PATIENTS WITHOUT ADJUVANT RADIOTHERAPY-A RETROSPECTIVE COHORT STUDY AND REVIEW OF THE LITERATURE. *GYNECOL ONCOL*. 2018 DEC;151(3):438-443. DOI: 10.1016/J.YGYNO.2018.10.018. EPUB 2018 OCT 20