

**SIMPOSIO
ESTÁNDARES EN
GINECOLOGÍA
ONCOLÓGICA
SYMPOSIUM
STANDARDS IN
GYNECOLOGIC
ONCOLOGY**

1. Ginecólogo Oncólogo

Conflictos de interés: El autor declara no tener conflictos de interés con el presente artículo

Financiamiento: propio

Recibido: 28 agosto 2018

Aceptado: 31 agosto 2018

Correspondencia:

✉ doctorgaldos@yahoo.es

Citar como: Galdos Kajatt O. Estándares en ginecología oncológica. Introducción al simposio. Rev Peru Ginecol Obstet. 2018;64(3):433-435. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2108>

**Estándares en ginecología oncológica.
Introducción al simposio
Standards in Gynecologic Oncology.
Introduction to the Symposium**

Oscar Galdos Kajatt¹

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v64i2108>

En este simposio tratamos algunos puntos de actualidad en la ginecología oncológica, como son las vacunas contra el virus papiloma humano (VPH), la cirugía mínimamente invasiva en cáncer ginecológico y la valoración preoperatoria de la masa anexial. Además, se revisan los síndromes genéticos más importantes.

La Organización Mundial de la Salud el 2017 se ha pronunciado respecto a las vacunas contra el VPH, declarándolas muy seguras y recomendando la vacunación universal en niñas de 9 a 14 años⁽¹⁾. Ello exige a los médicos en general y especialmente a pediatras, ginecólogos y ginecólogos oncológicos conocer bien la información de la seguridad y eficacia de dichas vacunas y su correcto manejo, más aun contando con un programa nacional de vacunación contra el VPH gratuito a cargo del Ministerio de Salud. Es importante que la población reciba la información veraz y clara del conocimiento médico actual sobre estas vacunas, despejando los temores infundados que aún existen en nuestro medio. Solo aunando las mejores estrategias de prevención primaria y secundaria será posible revertir la alta morbimortalidad del cáncer de cuello uterino en nuestro país; de ahí la importancia de esta revisión. Se trata de un nuevo estándar en la práctica médica⁽²⁾.

Uno de los aspectos más importantes en la práctica quirúrgica de la ginecología oncológica en las últimas tres décadas ha sido el desarrollo de la cirugía mínimamente invasiva. Inicialmente fue desarrollada en Francia, encabezada por Daniel Dargent⁽³⁾. Esto se inició gracias al permanecer, a lo largo de los años, la práctica de la histerectomía radical vaginal (Shauta) en la escuela francesa, a lo que hábilmente se añadió el uso del laparoscopia para realizar la linfadenectomía pelviana. Posteriormente, en los Estados Unidos Joel Childers desarrolló la linfadenectomía periaórtica laparoscópica⁽⁴⁾. Con estos dos aspectos quedaron establecidos los pilares de la cirugía mínimamente invasiva en la práctica de la ginecología oncológica. Luego de extenderse la práctica de la cirugía laparoscópica vino la cirugía robótica, iniciada en los Estados Unidos, dando mayor confort y precisión a los procedimientos. Los altos costos de la cirugía robótica aún no han permitido su uso en nuestro país. La cirugía mínimamente invasiva es estándar en el tratamiento quirúrgico del cáncer de endometrio. En este simposio se revisa la información más relevante que así lo sustenta. Por el contrario, a la fecha se está evaluando en algunos países como el nuestro el uso de la cirugía mínimamente invasiva en el tratamiento del cáncer de cérvix, debido a una mayor tasa de recurrencia de esta enfermedad recientemente detectada⁽⁵⁾, aunque para muchas escuelas ya es un estándar por obtener los mismos resultados de sobrevida que la cirugía convencional.

Por otro lado, está el cáncer de ovario, que no es muy frecuente en nuestro país. Por el contrario, la masa anexial sí es un problema al cual



nos debemos enfrentar con frecuencia. Se resalta que en el cáncer de ovario la cirugía inicial sigue siendo el punto de partida fundamental para establecer el pronóstico de control de la enfermedad. Si la cirugía inicial es insuficiente, el pronóstico de vida es muy malo, sobre todo en los tumores epiteliales⁽⁶⁾. La masa anexial debe ser valorada en forma adecuada en el preoperatorio. En este simposio se revisan las metodologías actuales disponibles. Esto permite actuar en forma prudente en la cirugía de la masa anexial y ofrecer a la paciente con cáncer de ovario la mejor opción de sobrevida.

Finalmente, se revisan los síndromes genéticos más relevantes en el cáncer ginecológico. Estos estudios ya están disponibles en nuestro país, así como la consejería genética a cargo de médicos genetistas. La identificación de estos síndromes genéticos permite prevenir o detectar tempranamente algunas neoplasias ginecológicas.

STANDARDS IN GYNECOLOGIC ONCOLOGY: INTRODUCTION TO THE SYMPOSIUM

In this symposium, we develop some current issues in gynecologic oncology, such as vaccines against the human papilloma virus (HPV), minimally invasive surgery in gynecological cancer and preoperative assessment of the adnexal mass. In addition, we review the most important genetic syndromes.

In 2017, the World Health Organization addressed the topic of vaccines against HPV, declaring them very safe and recommending universal vaccination in girls from 9 to 14 years old⁽¹⁾. This calls for physicians in general and especially pediatricians, gynecologists and gynecologic oncologists to have a good understanding of the safety and efficacy of these vaccines and their proper management, especially in the light of the free national program of vaccination against HPV implemented by the Ministry of Health. It is important that the population receives accurate and clear information regarding the current medical knowledge about these vaccines, to assuage the unfounded fears that still exist in our setting. Only by combining the best primary and secondary prevention strategies will it be possible to reverse the high morbidity and mortality of cervical cancer in our country, hence the importance of this review. This is a new standard in medical practice⁽²⁾.

One of the most important aspects of surgical practice in gynecologic oncology in the last three decades has been the development of minimally invasive surgery. It was initially developed in France, headed by Daniel Dargent⁽³⁾. The practice of radical vaginal hysterectomy (Shauta's intervention) had prevailed in the French school for a long time; the use of the laparoscope to perform the pelvic lymphadenectomy was skillfully added. Later, in the United States, Joel Childers developed the laparoscopic periaortic lymphadenectomy⁽⁴⁾. With these two aspects, the pillars of minimally invasive surgery in the practice of gynecological oncology were established. After the expansion of the practice of laparoscopic surgery came the robotic surgery, which started in the United States and provided greater comfort and more precision to the procedures. The high costs of robotic surgery have not yet allowed its use in our country. Minimally invasive surgery is standard in the surgical treatment of endometrial cancer; in this symposium, we review the most relevant information that supports this. On the contrary, in some countries such as ours, the use of minimally invasive surgery for the treatment of cervical cancer is being considered due to a recently detected, higher rate of recurrence of this disease⁽⁵⁾. This procedure is already a standard of care for many countries with the same survival results as conventional surgery.

On another note, ovarian cancer is not very common in our country. Meanwhile, an adnexal mass is a problem that we must face frequently. We must emphasize that, in ovarian cancer, the initial surgery continues being the fundamental starting point to establish the prognosis of control of the disease. If the initial surgery is insufficient, life expectancy is short, especially in epithelial tumors⁽⁶⁾. The adnexal mass must be adequately evaluated in the preoperative period. In this symposium, the current available methodologies are reviewed. This allows us to act prudently in the surgery of the adnexal mass and offer the patient with ovarian cancer the best option for survival.

Finally, the most relevant genetic syndromes in gynecological cancer are reviewed. These studies are already available in our country, as well as genetic counseling by medical geneticists. The identification of these genetic syndromes allows to prevent or detect early gynecological malignancies.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017. *Wkly Epidemiol Rec* 2017 May 12;92(19):241-68.
2. Globocan 2012: Estimate Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. Globocan.iarc.fr/pages/fact_sheets_cancer.aspx.
3. Dargent D. A new future for Schauta operation through presurgical retroperitoneal pelviscopy. *Eur J Gynecol Oncol*. 1987;8:292-6.
4. Childers JM, Brzechffa PR, Hatch KD, Surwit EA. Laparoscopically assisted surgical staging (LASS) of endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 1993 Oct;51(1):33-8. doi: 10.1006/gyno.1993.1242.
5. Ramirez P, Frumovitz M, Pareja R, Lopez A, Vieira MA, Ribeiro R. Phase III randomized trial of laparoscopic or robotic versus abdominal radical hysterectomy in patients with early-stage cervical cancer: LACC Trial. *Gyn Oncol*. 2018 June; 149 (S1):245. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ygyno.2018.04.552>.
6. Chi DS, Eisenhauer EL, Lang J, Huh J, Haddad L, Abu-Rustum NR, et al. What is the optimal goal of primary cytoreductive surgery for bulky stage IIIC epithelial ovarian carcinoma (EOC)? *Gynecol Oncol*. 2006 Nov;103(2):559-64. doi: 10.1016/j.ygyno.2006.03.051.

