Complete nuestra encuesta en Internet en NCCN.org/patients/survey

NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

2019

Cáncer de ovario

Cáncer epitelial de ovario

Presentada con el respaldo de NCCN FOUNDATION Guiding Treatment. Changing Lives. NOCC NATIONAL OVARIAN CANCER COALITION

Disponible en Internet en NCCN.org/patients

Es fácil perderse en el mundo del cáncer

Deje que las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients® sean su guía

- ✓ Guías paso a paso para conocer las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados
- ✓ Basadas en las pautas para el tratamiento usadas por los profesionales de la atención médica en todo el mundo
- ✓ Diseñadas para ayudarla a hablar sobre el tratamiento del cáncer con sus médicos

Información adicional

National Comprehensive Cancer Network®

Las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients® fueron desarrolladas por National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

NCCN

- Una alianza de 28 centros oncológicos de gran importancia en los Estados Unidos dedicados a la atención de los pacientes, la investigación y la educación

Centros oncológicos que forman parte de NCCN:
NCCN.org/cancercenters

Pautas de NCCN para la práctica clínica en oncología (Pautas NCCN® Guidelines)

- Desarrolladas por los médicos de los centros oncológicos de NCCN por medio de las investigaciones más recientes y su larga experiencia
- Para profesionales de tratamiento oncológico de todo el mundo
- Recomendaciones de expertos para la detección, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer

Versión gratuita en línea en
NCCN.org/guidelines

Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients

- Presentan la información de las Pautas NCCN Guidelines en un formato que facilita el aprendizaje
- Para las personas con cáncer y sus grupos de apoyo
- Explica las alternativas de tratamiento para el cáncer que tienen más probabilidades de dar buenos resultados

Hojas de la Guía Rápida NCCN Quick Guide™

- Muestran los puntos claves de las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients

Versión gratuita en línea en
NCCN.org/patientguidelines

NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

con el apoyo financiero de NCCN Foundation®

Estas pautas se basan en las Pautas de NCCN para la práctica clínica en oncología (Pautas NCCN Guidelines®) para el cáncer de ovario (Versión 1.2019, 8 de marzo de 2019).

© 2019 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. Las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, ni médicos ni pacientes, está autorizada a utilizar las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients con fines comerciales, ni puede declarar, de forma implícita o explícita, que las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients que hayan sido modificadas de cualquier manera fueron derivadas de las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients ni que se basan, se relacionan o surgen de ellas. Las Pautas NCCN Guidelines son un proyecto en curso y pueden modificarse siempre que se descubra información nueva. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso de modo alguno.

La **NCCN Foundation®** tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer por medio de la financiación y distribución de las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®. La NCCN Foundation también está comprometida con el desarrollo de tratamientos para el cáncer por medio de la financiación de los médicos prometedores del país en el centro de innovación para la investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite NCCN.org/patients. Nos financiamos solo con donaciones para crear las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients. Si desea hacer una donación, visite NCCNFoundation.org/Donate.

National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) y NCCN Foundation®
3025 Chemical Road, Suite 100 | Plymouth Meeting, PA 19462 | +1 215.690.0300

Nos respaldan:

National Ovarian Cancer Coalition

The National Ovarian Cancer Coalition® se enorgullece de haber ofrecido una importante financiación para la producción de las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®: cáncer de ovario. Creemos que las pautas son un recurso importante que informa a los pacientes y promueve las mejores prácticas para los profesionales de la salud; además, las pautas coinciden con nuestra misión de "salvar vidas luchando sin tregua para prevenir y curar el cáncer de ovario y mejorar la calidad de vida de las sobrevivientes". Si desea recibir apoyo o más información sobre nuestra historia y nuestro trabajo sin precedentes para respaldar a nuestra comunidad, visite www.ovarian.org o llámenos al +1-888-OVARIAN. **www.ovarian.org**

Avalado por

Ovarcome

Cada hora, 28 mujeres reciben el diagnóstico de cáncer de ovario en el mundo. El cáncer ginecológico más mortal todavía no cuenta con prácticas de detección confiables. Las Pautas NCCN Guidelines para mujeres con cáncer de ovario es un recurso invaluable para las pacientes y para las familias y cuidadores. Hablar sobre el cáncer de ovario, alzar la voz sobre esta enfermedad "silenciosa" y ayudar a las mujeres diagnosticadas son una parte ineludible de nuestra misión. Le agradecemos a NCCN por ofrecer esta orientación tan valiosa y por acercarle a la comunidad de cáncer de ovario información tan útil. ovarcome.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered

Somos la principal organización nacional al servicio de la comunidad de cáncer de seno y cáncer de ovario hereditarios. En FORCE nos enorgullecemos de apoyar la Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®: cáncer de ovario. Esta guía ofrece información valiosa, basada en evidencia y revisada por expertos sobre los tratamientos de referencia, lo cual les permite a las pacientes tomar decisiones informadas sobre su tratamiento. facingourrisk.org

Sharsheret

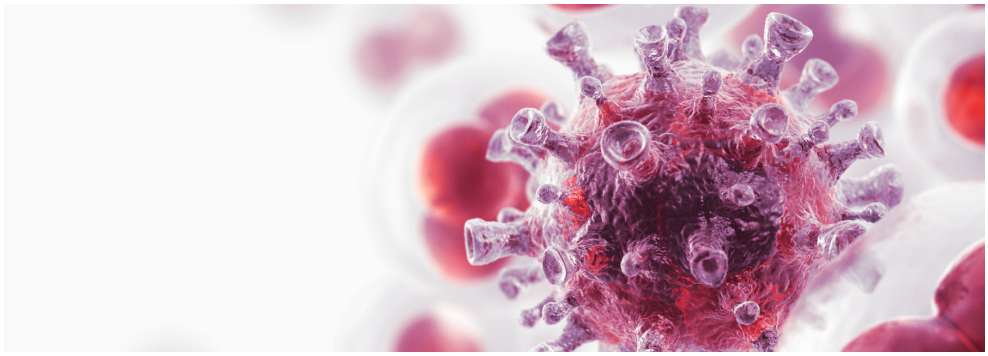
Sharsheret se enorgullece en avalar este importante recurso: las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®: cáncer de ovario. Al contar con esta herramienta fundamental, las mujeres de todo el país adquieren los conocimientos que necesitan para cooperar con su equipo de atención de salud a medida que recorren el a menudo difícil camino del tratamiento de cáncer de ovario y para tomar decisiones informadas. sharsheret.org

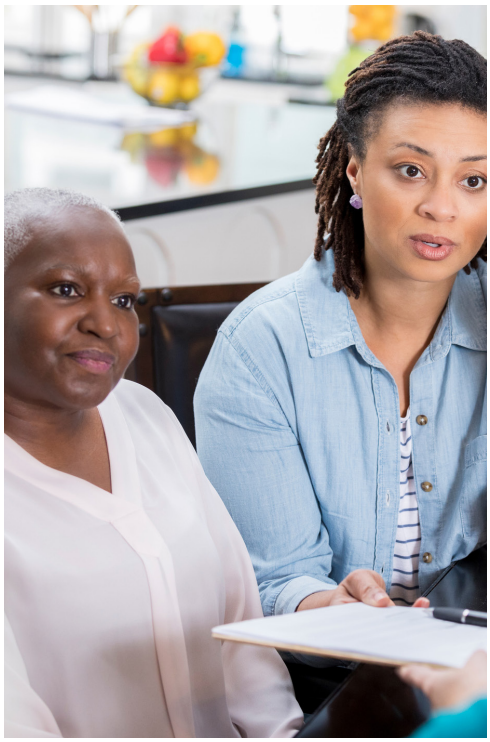
Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)

La Ovarian Cancer Research Alliance, la organización más grande del país dedicada a la investigación del cáncer de ovario, y a la defensa y el apoyo de las pacientes, reconoce a NCCN por brindar un recurso tan importante y útil para nuestra comunidad. ocrahope.org

Ovarian & Breast Cancer Alliance del estado de Washington

Las Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®: cáncer de ovario es una herramienta integral y educativa basada en evidencia que les ofrece a las pacientes la información que necesitan para participar en su atención como miembros informados del equipo. La Ovarian & Breast Cancer Alliance avala las Pautas NCCN Guidelines como un recurso valioso para las pacientes con cáncer de ovario y sus cuidadores. knowthesymptoms.org





Índice

6 Nociones básicas sobre el cáncer de ovario

11 Pruebas para detectar el cáncer de ovario

20 Estadificación del cáncer

28 Descripción general de tratamientos para el cáncer

37 Guía de tratamiento: Estadio 1

42 Guía de tratamiento: Estadios 2 a 4

50 Fin del tratamiento

58 Toma de decisiones acerca del tratamiento

67 Palabras que debe saber

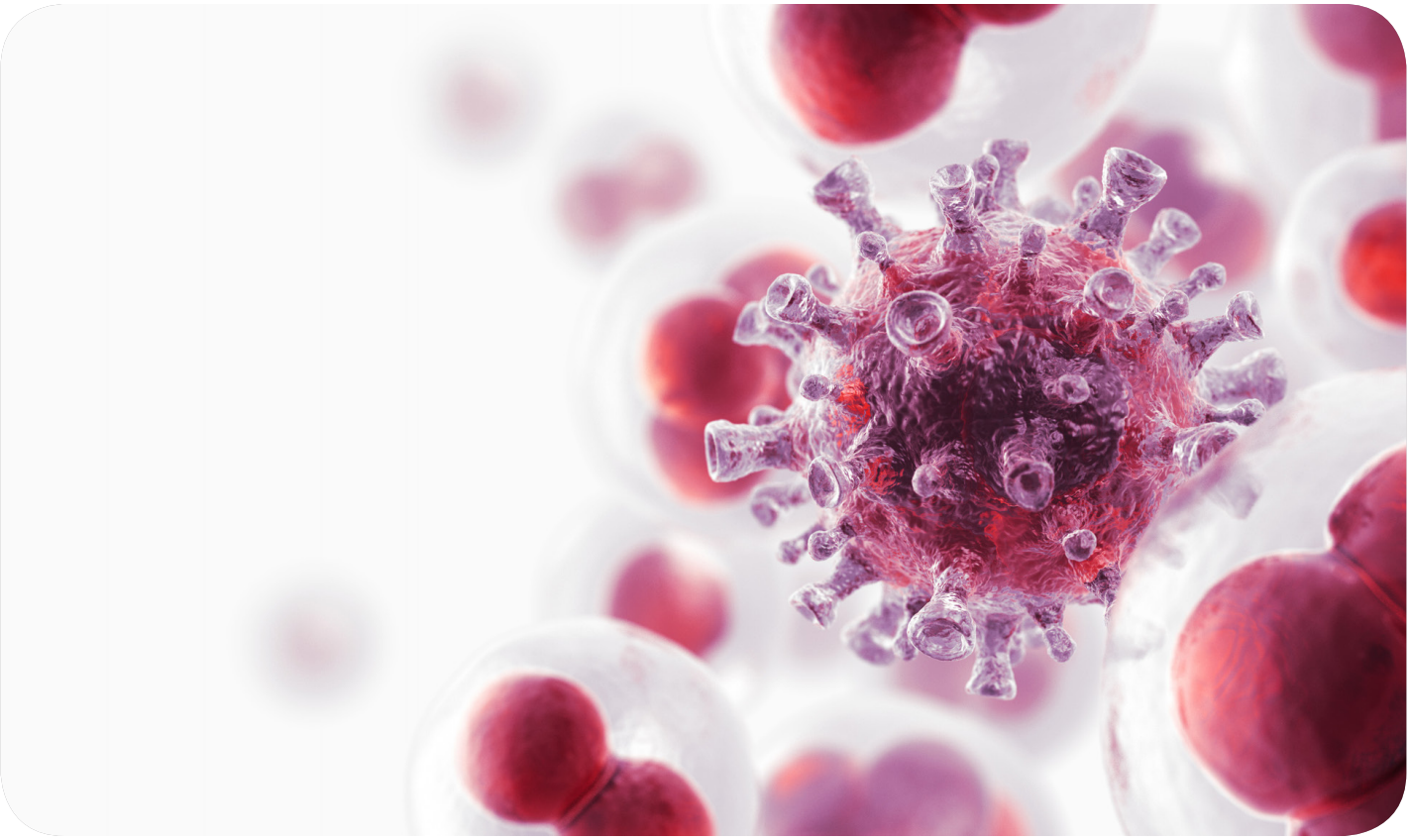
72 Colaboradores de NCCN

73 Centros oncológicos de NCCN

74 Índice

1
Nociones básicas sobre el cáncer de ovario

7	Los ovarios
8	Tipos de cáncer de ovario
9	Células cancerosas
10	Síntomas
10	Repaso



Enterarse de que tiene cáncer puede resultar abrumador. Este capítulo ofrece información básica sobre el cáncer y sobre cómo afecta a los ovarios.

Los ovarios

Los ovarios son órganos que forman parte del aparato reproductor femenino. El aparato reproductor es el grupo de órganos que permite la reproducción sexual. En las mujeres, este aparato está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

Cada ovario tiene la forma y el tamaño aproximado de una uva. Los ovarios se encuentran en la pelvis, que es el área debajo del vientre (abdomen) y entre los huesos de la cadera. Un ovario está a la izquierda del útero y el otro está a la derecha. Cada ovario está conectado al útero por un conducto largo y delgado llamado trompa de Falopio. **Ver Figura 1**.

Los ovarios fabrican óvulos para permitir la reproducción sexual. También generan las hormonas femeninas que afectan el crecimiento de los senos, la forma del cuerpo y el ciclo menstrual. Los óvulos salen del ovario y viajan por la trompa de Falopio hacia el útero. El útero es el lugar donde crecen y se desarrollan los bebés por nacer durante el embarazo. También se lo llama “matriz”. Para que una mujer tenga su ciclo menstrual y pueda quedar embarazada, es necesario que tenga al menos un ovario y el útero.

Figura 1 El aparato reproductor femenino

El aparato reproductor es un grupo de órganos que se encarga de la reproducción sexual. El aparato reproductor femenino está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

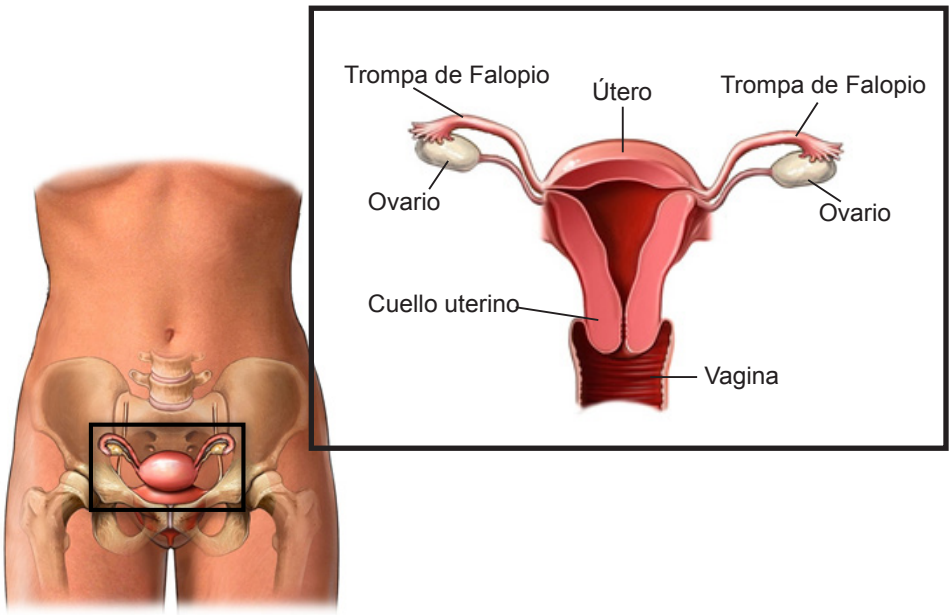


Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Tipos de cáncer de ovario

Cáncer epitelial de ovario

Los ovarios están recubiertos por una capa de tejido llamada “epitelio”, que está formada por células epiteliales. El cáncer que se inicia en estas células se denomina cáncer epitelial de ovario. **La mayoría de los cánceres de ovario comienzan en las células epiteliales.** Dado que el cáncer epitelial de ovario es el tipo más común, a menudo se lo conoce simplemente como “cáncer de ovario”. **Ver Figura 2.**

Cánceres de ovario menos frecuentes

Además de las células epiteliales, en los ovarios hay otros tipos de células. Por eso, hay otros tipos de cáncer de ovario, menos frecuentes. **Tenga en cuenta que este libro solo brinda información sobre el cáncer epitelial de ovario.**

A continuación se detallan estos tipos menos frecuentes de cáncer de ovario, solo como referencia. Es posible que escuche que se los llama histopatologías ováricas menos frecuentes (LCOH). En este libro, no se cubre el tratamiento de estos tipos de cáncer de ovario.

- El carcinosarcoma, también denominado tumor mülleriano mixto maligno (TMMM)
- Carcinoma de células claras del ovario
- Carcinoma mucinoso de ovario
- Carcinoma endometrioide de grado 1
- Carcinoma seroso de bajo grado
- Tumores epiteliales limítrofes de bajo potencial maligno
- Tumores malignos de estroma de cordón sexual
- Tumores malignos de células germinales

Figura 2 Cáncer epitelial de ovario

La mayoría de los cánceres de ovario comienzan en las células epiteliales. Las células epiteliales forman la capa exterior de tejido que rodea los ovarios. Esta capa de tejido se llama epitelio. El cáncer que comienza en estas células se denomina cáncer epitelial de ovario.

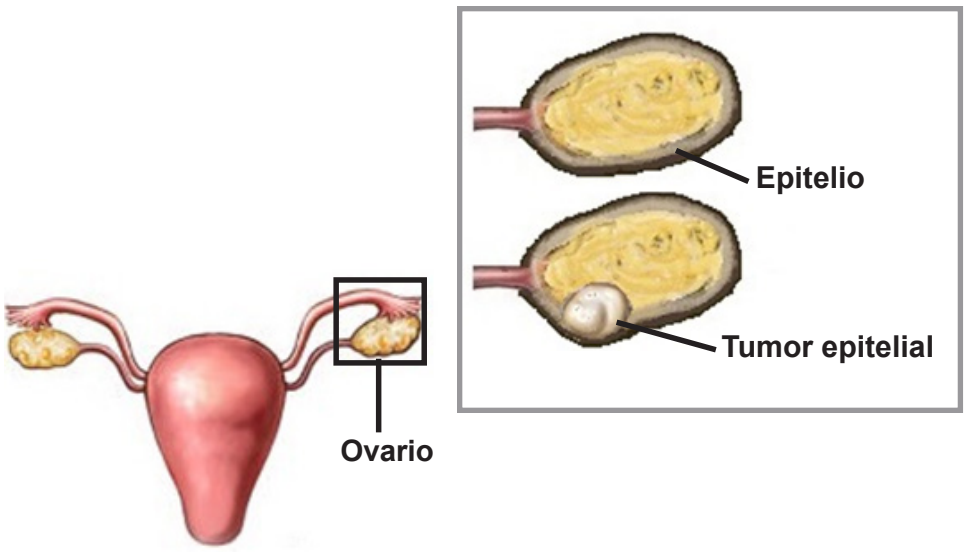


Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Células cancerosas

Las células cancerosas se comportan distinto de las células normales en tres aspectos claves. En primer lugar, las células cancerosas crecen sin control. A diferencia de las células normales, las células cancerosas producen células nuevas cuando no es necesario y no se mueren cuando deberían. Las células cancerosas se acumulan hasta formar un tumor primario.

En segundo lugar, las células cancerosas pueden entrar en otros tejidos (invadirlos). Esto se llama "invasión". Las células normales no se comportan así. Con el tiempo, el tumor primario puede crecer e invadir tejidos que están fuera del ovario. El cáncer de ovario con frecuencia invade las trompas de Falopio y el útero.

Tercero, al contrario de las células normales, las células cancerosas pueden expandirse a otras partes del cuerpo. Este proceso se llama metástasis. Las células de cáncer de ovario pueden desprenderse del tumor primario y formar nuevos tumores en la superficie de los órganos y tejidos cercanos. A estos nuevos tumores, se los llama "implantes" o "semillas". Los implantes que se desarrollan en los tejidos estructurales de los órganos cercanos se llaman "implantes invasivos".

Las células cancerosas también se pueden esparcir a través de la sangre o los vasos linfáticos. La linfa es un líquido transparente que lleva agua y alimento a las células. También contiene glóbulos blancos que combaten gérmenes. Viaja por pequeños conductos (vasos) hacia los ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos son pequeños grupos de células que combaten enfermedades al retirar los gérmenes de la linfa. Los vasos y ganglios linfáticos están en todo el cuerpo. **Ver Figura 3**.

Figura 3
Ganglios y vasos linfáticos

Los vasos y ganglios linfáticos están en todo el cuerpo. Los ganglios linfáticos son pequeños grupos de células especiales que combaten las enfermedades. Están conectados unos con otros por una red de pequeños conductos llamados vasos linfáticos.

Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Síntomas

El cáncer de ovario podría causar ciertos síntomas en sus primeras etapas o cuando se hace más grande. Estos son algunos de los síntomas más frecuentes de cáncer de ovario:

- Sentirse hinchada
- Indigestión. Es posible que a muchas pacientes les digan que tienen indigestión o acidez estomacal y que las traten por estas afecciones antes de que les realicen más pruebas.
- Dolor en la pelvis o el vientre (abdomen)
- Problemas para comer o llenarse rápido (saciedad precoz)
- Necesidad de orinar con frecuencia o muy urgente

Estos síntomas también pueden ser causados por otras afecciones frecuentes. Es más probable que se trate de síntomas de cáncer de ovario si:

- Son nuevos (comenzaron menos de 1 año atrás)
- Son frecuentes y ocurren durante más de 12 días por mes

Si sus síntomas tienen estas características, hable sobre ellos con su médico. Desafortunadamente, el cáncer de ovario podría no causar síntomas hasta que se haya vuelto muy grande o se haya extendido.

Se podrían producir otros síntomas si la masa es grande o si se acumula líquido en su abdomen. El médico podría sentir una masa durante el examen pélvico o abdominal. La acumulación de líquido se llama “ascitis” y puede hacer que se hinche el abdomen.

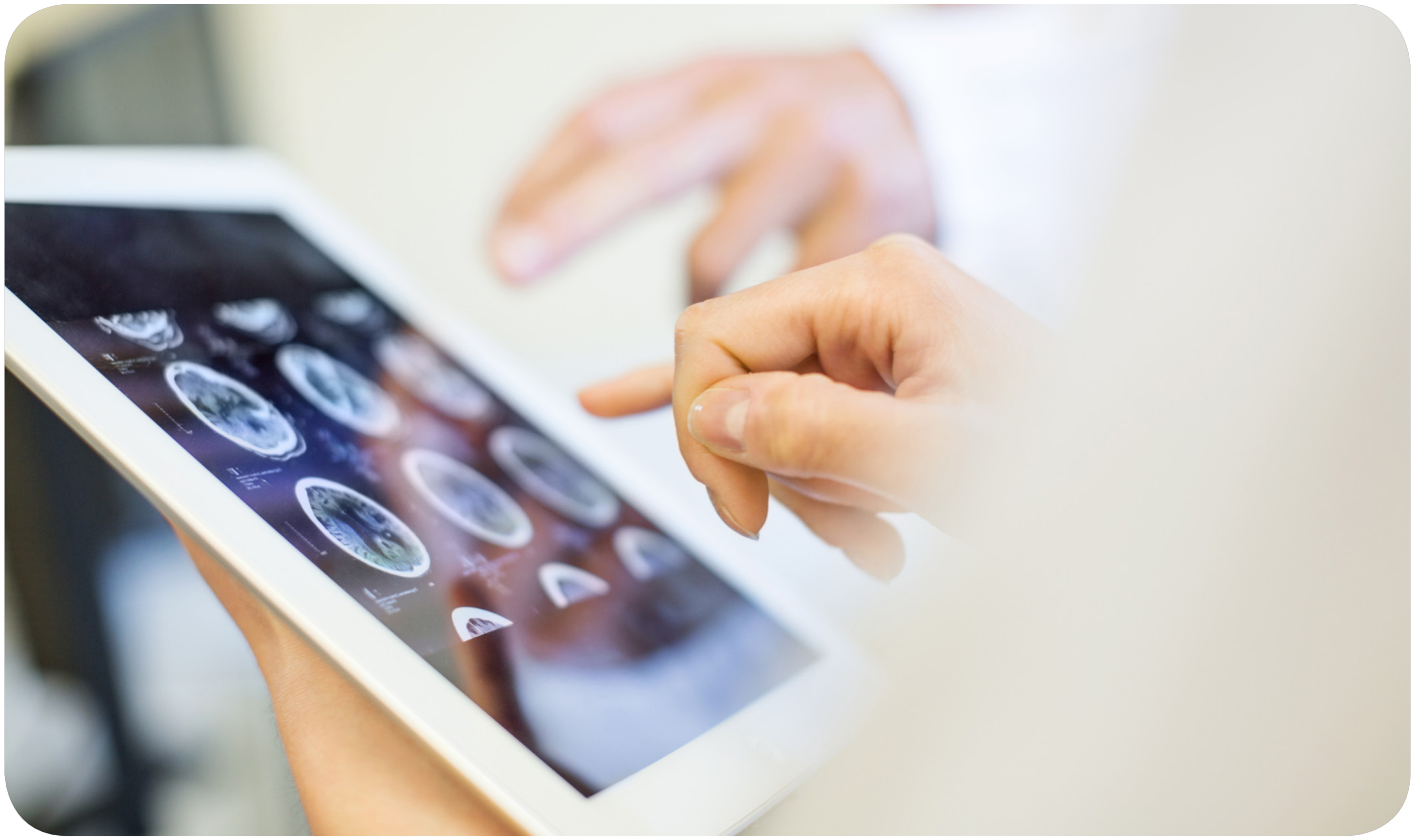
Es posible que su médico sospeche que usted tiene cáncer de ovario en función de estos signos y síntomas. No obstante, muchas otras afecciones podrían causarlos. Por lo tanto, su médico le indicará más pruebas y exámenes para confirmar o descartar la presencia de cáncer de ovario. Este proceso se describe en el próximo capítulo.

Repaso

- Los ovarios son órganos que generan óvulos para la reproducción sexual. También generan hormonas.
- El cáncer de ovario a menudo comienza en las células que forman la capa exterior de tejido que rodea los ovarios. Este tipo de cáncer se llama cáncer epitelial de ovario.
- Las células cancerosas forman un tumor porque no mueren como deberían.
- Las células cancerosas se pueden desprender del primer tumor (tumor primario) y esparcirse a otros tejidos y órganos del cuerpo (metástasis).
- Estos son algunos síntomas de cáncer de ovario: hinchazón, indigestión, dolor en la pelvis o el vientre, problemas para comer y necesidad de orinar a menudo o con urgencia.
- Es posible que a muchas pacientes les digan que tienen indigestión o acidez estomacal y que las traten por estas afecciones antes de que les realicen más pruebas.

2
Pruebas para detectar el cáncer de ovario

12	Pruebas de salud general
14	Pruebas de diagnóstico por imágenes
17	Análisis de sangre
17	Análisis de marcadores tumorales
18	Pruebas de tejido
19	Repaso



Este capítulo describe las pruebas que se realizan para detectar, diagnosticar y planificar el tratamiento del cáncer de ovario. También se usan para controlar su salud y verificar los resultados del tratamiento.

Es posible que su médico sospeche que usted tiene cáncer de ovario si tiene ciertos síntomas. También es posible que se haya detectado cáncer de ovario en una cirugía previa. Para confirmar (diagnosticar) el cáncer de ovario es necesario realizar varias pruebas. La Guía 1 detalla los distintos tipos de análisis que se usan para el cáncer de ovario. Lea las páginas que siguen para descubrir más información sobre estas pruebas, incluso cuándo y por qué se recomienda cada una. Algunas pruebas se hacen durante la consulta inicial y otras poco tiempo después del diagnóstico. Es útil preguntarle a su médico qué pruebas le harán y cuándo estarán los resultados.

Pruebas de salud general

Antecedentes médicos y familiares

Sus antecedentes médicos incluyen todos los acontecimientos médicos de su vida y los medicamentos que haya tomado. Los médicos le preguntarán sobre sus enfermedades, síntomas y otras pruebas o cirugías que se haya hecho. Puede resultar útil tener una lista de medicamentos nuevos y anteriores para llevarla al consultorio médico.

Guía 1. Pruebas que se realizan cuando se sospecha cáncer de ovario

Tipo de prueba		Pruebas recomendadas
Pruebas de salud general		• Antecedentes médicos y familiares • Asesoramiento y análisis genéticos • Control del estado nutricional • Examen abdominal y pélvico
Análisis de sangre		• Hemograma completo • Perfil bioquímico sanguíneo con pruebas de función hepática • Nivel total de proteína en suero • El CA-125 y otros marcadores tumorales
Pruebas de diagnóstico por imágenes		• Pruebas de diagnóstico por imágenes del abdomen y la pelvis por ecografía, TC o IRM • Radiografía o TC del pecho (tórax) • Evaluación gastrointestinal
Pruebas de tejido		• Biopsia • Revisión del tejido tumoral

El cáncer de ovario, como otras enfermedades, puede ser hereditario. Por eso, los médicos también le preguntarán sobre los antecedentes médicos de sus familiares consanguíneos. Es importante que conozca las enfermedades que son frecuentes en su familia. Esta información se llama antecedentes familiares.

Cuando le pregunte sobre sus antecedentes médicos y familiares, es posible que el médico también le consulte sobre su nutrición. Querrá saber cómo es su dieta. Es importante seguir una dieta saludable. Esto es válido para cualquier diagnóstico de cáncer. Hable con su médico o enfermero sobre sus hábitos alimenticios. Si necesita ayuda para llevar una dieta saludable o tiene preguntas sobre este tema, pídale al médico que la derive a un nutricionista registrado.

Asesoramiento y análisis genéticos

A menudo el cáncer de ovario ocurre por razones desconocidas. Sin embargo, 15 de cada 100 cánceres de ovario se deben a cambios genéticos que se transmiten de padres a hijos. Este tipo de cáncer se llama cáncer de ovario hereditario. Teniendo en cuenta su edad, sus antecedentes médicos y sus antecedentes familiares, su médico evaluará qué probabilidad hay de que usted tenga cáncer de ovario hereditario.

Los expertos de NCCN también recomiendan asesoramiento genético para todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario. El asesoramiento genético es una charla con un experto, en general un asesor genético, sobre el riesgo de padecer una enfermedad en función de ciertos cambios en los genes.

Un asesor genético tiene capacitación especial para ayudar a los pacientes a comprender los cambios en los genes que se relacionan con enfermedades. Este especialista puede informarle qué tan probable es que usted desarrolle cáncer de ovario hereditario. También puede sugerirle que se realice análisis genéticos para detectar cambios en los genes que aumentan la probabilidad de que tenga cáncer de ovario hereditario.

BRCA1 y *BRCA2*

La causa más frecuente del cáncer de ovario hereditario son los cambios (mutaciones) en los genes *BRCA1* y *BRCA2*. Las familias con antecedentes de síndrome de Lynch, también llamado cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis, también podrían tener más riesgo de tener cáncer de ovario y otros tipos de cáncer. Tanto las mutaciones en los genes *BRCA* como el síndrome de Lynch incrementan el riesgo de cáncer de ovario en una edad temprana en las mujeres. Cuando son normales, estos genes ayudan a evitar el crecimiento anormal de las células al reparar las células dañadas. Un análisis genético puede descubrir si usted tiene una mutación en los genes *BRCA* u otros genes que cumplen una función en el cáncer hereditario. Más adelante se ofrece información adicional sobre las mutaciones genéticas y los tratamientos.

Examen abdominal y pélvico

Los médicos suelen realizar un examen físico mientras averiguan los antecedentes médicos. El examen físico es una revisión de su cuerpo para ver si hay signos de enfermedad. Durante este examen, su médico escuchará sus pulmones, el corazón y los intestinos para evaluar su estado de salud general. También observará y tocará partes de su cuerpo para detectar cualquier cambio anormal.

Le realizarán un examen físico en el vientre (abdomen) y la pelvis (el área entre los huesos de la cadera). Esto se llama examen abdominal y pélvico.

Durante el examen abdominal, el médico tocará distintas partes de su vientre. Esto se hace para ver si los órganos tienen tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando se los toca. El médico también buscará signos de acumulación de líquido, un fenómeno que se llama ascitis. La ascitis puede ocurrir en el área del vientre o alrededor de los ovarios.

Durante el examen pélvico, el médico la tocará para detectar cambios en el tamaño, la forma o la posición

de los ovarios y el útero. Se usará un instrumento especial para poder ver la vagina y el cuello uterino. Se podría tomar una muestra para un Papanicolaou.

Pruebas de diagnóstico por imágenes

En las pruebas de diagnóstico por imágenes, se toman fotografías del interior del cuerpo. Los médicos usan estas pruebas de diagnóstico por imágenes para ver si hay un tumor en los ovarios. Las fotografías pueden mostrar el tamaño, la forma y la ubicación del tumor. También pueden mostrar si el cáncer se extendió fuera de los ovarios. Se usan distintas pruebas de diagnóstico por imágenes para detectar el cáncer de ovario, planificar el tratamiento y verificar los resultados del tratamiento.

Generalmente es fácil hacerse este tipo de pruebas. Antes del procedimiento, es posible que le pidan que no coma ni beba nada por algunas horas. Podría tener que sacarse los elementos de metal que tenga en el cuerpo. A continuación se describen los tipos de pruebas de diagnóstico por imágenes que se usan para el cáncer de ovario.

Ecografía

Este procedimiento usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo. Con frecuencia es la primera prueba de diagnóstico por imágenes que se indica para detectar el cáncer de ovario. Las ecografías son muy útiles para mostrar el tamaño, la forma y la ubicación de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y los tejidos cercanos. También puede mostrar si hay una masa en el ovario y si la masa es sólida o está llena de líquido.

En esta prueba, se usa un dispositivo manual que se llama sonda ecográfica. La sonda emite ondas sonoras que rebotan en los órganos y tejidos produciendo ecos. La sonda también recoge estos ecos. La computadora usa los ecos para crear una imagen que se muestra en la pantalla. Hay dos tipos de ecografías que se pueden usar para detectar el cáncer de ovario: la transabdominal y la transvaginal. **Ver Figura 4.**

Para la ecografía transabdominal, le colocarán un gel sobre la piel en el área cercana a los ovarios. Esto incluye el vientre (abdomen) y el área entre los huesos pélvicos (pelvis). El gel ayuda a que las imágenes sean más claras. El médico le colocará la sonda sobre la piel y la pasará hacia un lado y otro sobre el gel.

En la ecografía transvaginal, el médico colocará la sonda dentro de su vagina. Es posible que esto le permita ver sus ovarios con más claridad. Las ecografías en general no provocan dolor, pero quizás sienta alguna molestia cuando le inserten la sonda.

Tomografía computada (TC)

La TC usa rayos x para tomar imágenes del interior del cuerpo. Toma varias radiografías de la misma parte del cuerpo desde distintos ángulos. Todas las imágenes de rayos x se combinan para formar una imagen detallada de esa parte del cuerpo.

Junto con las pruebas iniciales, es posible que le indiquen una TC del pecho (tórax), el abdomen o la pelvis para detectar el cáncer de ovario. Este tipo de examen es útil para ver si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios. Sin embargo, no sirve para mostrar tumores pequeños. Una TC también puede mostrar si los ganglios linfáticos cercanos son más grandes de lo normal, lo cual podría ser un signo de que el cáncer se ha extendido.

Antes de la TC, le podrían dar un medio de contraste (tinta) para que las imágenes sean más claras. Este medio de contraste se podría poner en un vaso con agua para que usted la beba, o se podría inyectar en la vena, o ambas. El medio de contraste puede producir rubor o urticaria. En raros casos, pueden producirse

Figura 4
Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo. La sonda ecográfica envía ondas sonoras. Para la ecografía transabdominal, la sonda se colocará sobre la piel de su vientre. Para la ecografía transvaginal, el médico colocará la sonda dentro de su vagina.

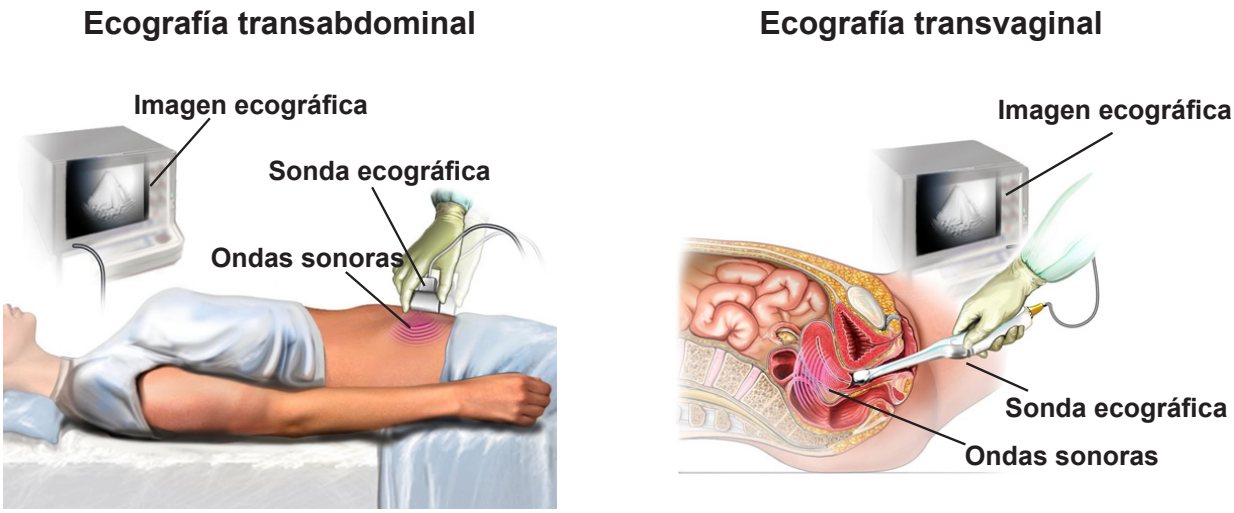
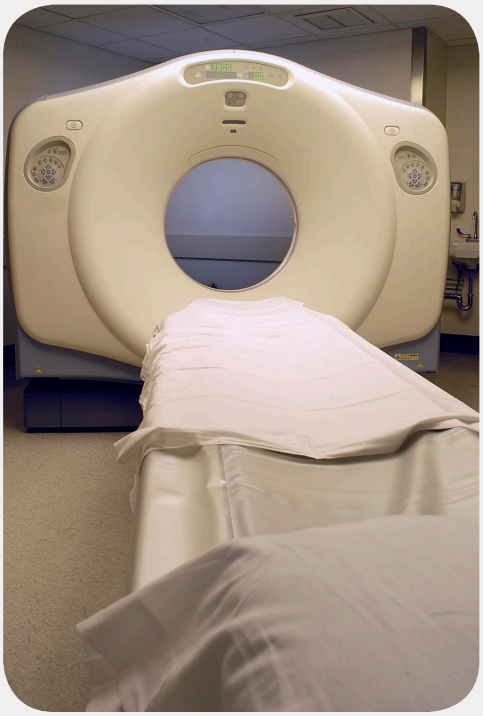


Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Figura 5
Tomógrafo para la TC

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. Durante el examen, estará acostada boca arriba sobre una tabla que se desliza lentamente hacia dentro de un túnel en el equipo.



reacciones alérgicas graves. Avise a sus médicos si ha tenido reacciones adversas en el pasado.

El tomógrafo es una máquina grande que tiene un túnel en el centro. **Ver Figura 5.** Durante el examen, estará acostada boca arriba sobre una tabla que se desliza hacia dentro de un túnel en el equipo. El escáner hará rotar un haz de rayos x alrededor de su cuerpo para tomar imágenes de varios ángulos. Puede escuchar sonidos como zumbidos, chasquidos o chirridos mientras esté en el túnel.

Una computadora combinará todas las imágenes radiográficas para formar una sola imagen detallada. Es posible que no le den los resultados hasta algunos días después porque un radiólogo debe ver las imágenes. El radiólogo es experto en la lectura de imágenes provenientes de las pruebas de diagnóstico por imágenes.

Imagen por resonancia magnética (IRM)

Una IRM usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo. No usa rayos x. Este tipo de examen es útil para ver la columna vertebral y los tejidos blandos, como el cerebro.

También se podría usar una IRM de abdomen y pelvis para detectar el cáncer de ovario si la ecografía no fue concluyente. Se le podría realizar una IRM del pecho para detectar signos de que el cáncer se ha extendido. Este examen también se podría usar para evaluar los resultados del tratamiento y determinar si el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo.

Realizarse una IRM es parecido a una TC. La diferencia es que las IRM toman más tiempo. El procedimiento completo puede tomar una hora o más. Para el examen necesitará recostarse en una camilla que se desliza dentro de un túnel largo en la máquina (el resonador). Es posible que sienta calor en el cuerpo durante el procedimiento. Al igual que en una TC, se puede utilizar un medio de contraste para que las imágenes sean más claras. Es posible que no le den los resultados hasta algunos días después porque un radiólogo debe ver e interpretar las imágenes.

Tomografía por emisión de positrones (TEP)

Una TEP muestra cómo usan sus células una forma simple del azúcar. Para crear las imágenes, primero se coloca en su cuerpo un radiomarcador para el azúcar, por medio de una inyección en una vena.

El radiomarcador emite una pequeña cantidad de energía que detecta la máquina que toma las imágenes. Las células cancerosas activas usan el azúcar más rápido que las células normales. Por lo tanto, las células cancerosas se ven más brillantes en las imágenes.

Una TEP es muy útil para mostrar grupos pequeños de células cancerosas. Este examen también puede servir para mostrar si el cáncer se ha extendido. A veces, la TEP se combina con una TC y se llama “exploración por TEP/TC”.

Radiografía de tórax

Para obtener una radiografía se usan pequeñas cantidades de radiación para tomar imágenes de los órganos y los tejidos dentro del cuerpo. Un tumor cambia la manera en la que se absorbe la radiación y se verá en la radiografía. La radiografía de tórax se puede usar para ver si el cáncer se ha extendido a los pulmones. Podrían indicarle este examen junto con otros exámenes iniciales ante la primera sospecha de cáncer de ovario o su diagnóstico. También se puede utilizar después del tratamiento para verificar sus resultados. Las radiografías de tórax no son dolorosas y llevan alrededor de 20 minutos.

Evaluación gastrointestinal (GI)

El tracto gastrointestinal (GI) está formado por los órganos por los que pasan los alimentos cuando come. Incluye el estómago, el intestino delgado, el intestino grueso y el recto. Una evaluación GI es una prueba de diagnóstico por imágenes en la que se

observa su tracto GI. Podría usarse en ciertos casos para evaluar si el cáncer se ha extendido.

Esta prueba de diagnóstico por imágenes usa un endoscopio para ver el interior de su tracto GI. Un endoscopio es un tubo largo y delgado que se introduce en el cuerpo a través de la boca, el ano o un corte quirúrgico. Un extremo del endoscopio tiene una pequeña luz y una cámara para ver el interior del cuerpo. El otro extremo es un visor que le permite a su médico ver las imágenes que captura la cámara.

Análisis de sangre

Los médicos analizan la sangre en busca de signos de enfermedades y para evaluar su estado de salud general. Estos análisis no se usan para diagnosticar el cáncer de ovario, pero los resultados anormales podrían indicar problemas de salud.

CBC (Hemograma completo)

Un CBC (**h**emograma **c**ompleto) mide la cantidad de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. Su médico podría necesitar saber si tiene suficientes glóbulos rojos para llevar oxígeno al cuerpo, glóbulos blancos para combatir infecciones y plaquetas para controlar el sangrado. Sus recuentos sanguíneos podrían ser anormales (demasiado altos o bajos) por el cáncer o por otra afección.

Perfil bioquímico sanguíneo

El perfil bioquímico sanguíneo mide los niveles de distintas sustancias químicas en la sangre. Las sustancias químicas de la sangre vienen del hígado, los huesos y otros órganos y tejidos. Los médicos usan esta prueba para evaluar la salud de ciertos órganos, como el hígado y los riñones.

Los niveles anormales en la química sanguínea (demasiado altos o bajos) podrían ser un signo de que su organismo no está funcionando bien. Los niveles anormales pueden estar causados por la extensión del cáncer o por otras enfermedades. El médico tendrá en cuenta su estado de salud y el perfil completo al evaluar los resultados del análisis de sangre.

Pruebas de función hepática

El hígado es un órgano que hace muchas tareas importantes, como eliminar las toxinas de la sangre. Las pruebas de función hepática miden sustancias químicas que se fabrican o procesan en el hígado. Si los niveles están demasiado altos o bajos podrían indicar daño hepático o que el cáncer se ha extendido. Las pruebas de función hepática a menudo se hacen junto con el perfil bioquímico sanguíneo.

Análisis de marcadores tumorales

Un marcador tumoral es una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

CA-125

Este es el análisis de marcadores tumorales más utilizado para detectar el cáncer de ovario. CA-125 es una proteína que tiene unidas moléculas de azúcar y la fabrican las células normales y las células del cáncer de ovario. Los niveles altos de CA-125 en la sangre podrían ser un signo de cáncer de ovario o de otra afección.

La prueba de CA-125 mide la cantidad de CA-125 en la sangre. Este análisis aislado no puede usarse para confirmar el cáncer de ovario. Sin embargo, puede hacerse junto con otras pruebas iniciales si el médico sospecha la presencia de cáncer de ovario. También se puede utilizar durante y después del tratamiento para verificar sus resultados.

También le podrían hacer análisis de otros marcadores tumorales, que se describen a continuación.

Inhibina
La inhibina es una hormona que producen ciertas células en los ovarios llamadas “células de la granulosa”. Evaluar los niveles de inhibina podría ayudar a diagnosticar algunos de los tipos menos frecuentes de tumores ováricos, como los tumores de células de la granulosa y los tumores epiteliales mucinosos.

Gonadotropina coriónica humana beta (β-hCG)
En las pacientes con cáncer de ovario y otros tipos de cáncer, podrían aumentar los niveles de la hormona β-hCG. Medir la cantidad de β-hCG podría ayudar a diagnosticar (confirmar) el cáncer de ovario en las mujeres en las que se sospecha esta afección. También podría indicar cómo está funcionando el tratamiento del cáncer.

Alfafetoproteína
Esta es una proteína que, en general, solo se detecta en la sangre de mujeres embarazadas porque es producida por el feto. Un aumento del nivel de alfafetoproteína en mujeres no embarazadas podría indicar la presencia de un tumor de células germinales.

Lactato deshidrogenasa (LDH)
Un aumento en el nivel de esta enzima podría ser un signo de un tumor de células germinales en el ovario. Medir los niveles de LDH también podría ser útil para controlar la respuesta al tratamiento.

Antígeno carcinoembrionario (ACE)
La mayoría de los adultos tienen un nivel muy bajo de esta proteína en la sangre. Este nivel puede aumentar en personas con cáncer de ovario u otros tipos de cáncer.

CA 19-9
Este marcador tumoral con frecuencia se asocia con el cáncer de páncreas, pero un nivel mayor de lo normal también podría indicar un tumor ovárico.

Análisis de los genes de reparación de desajustes del ADN
Algunas personas tienen ciertos problemas con los genes que les impiden reparar el ADN (ácido desoxirribonucleico) cuando se daña. En células normales, el proceso denominado “reparación de desajustes” (MMR) arregla los errores que ocurren cuando el ADN se divide y hace una copia de sí mismo. Si el sistema de reparación de desajustes de una célula no funciona bien, los errores se acumulan y hacen que el ADN se vuelva inestable. Esto se denomina “inestabilidad microsatelital” (MSI).

Hay dos tipos de análisis de laboratorio para detectar este defecto genético. Según el método que se use, el resultado será MSI-H (inestabilidad microsatelital alta) o dMMR (reparación de desajustes deficiente) si usted tiene este defecto genético. Ambos resultados quieren decir lo mismo.

El objetivo de analizar este marcador tumoral es descubrir si el tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario podría ayudarla. Si su cáncer tiene MSI-H o dMMR, esto no significa que el tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario es una buena alternativa para usted. Hay otros factores que los médicos deben tener en cuenta para determinar si este tratamiento es adecuado en su caso.

Pruebas de tejido

Biopsia
Para confirmar que tiene cáncer de ovario, es necesario tomar una muestra de tejido de su cuerpo y analizarla. Esto se llama biopsia. Los médicos evalúan el tejido tumoral para detectar las células cancerosas y observar cuáles son sus características. A menudo, la biopsia se hace durante la cirugía en la que se extirpa el ovario.

A algunas pacientes les podrían hacer una biopsia antes del tratamiento. Esto podría hacerse, por ejemplo, si el cáncer se ha extendido y ya no es posible extirparlo con una cirugía inicial. En ese caso, se podría realizar una biopsia por aspiración con aguja fina (AAF) o una paracentesis. En una biopsia por AAF, se usa una aguja muy delgada para retirar una pequeña muestra de tejido del tumor. En la paracentesis, se usa una aguja larga y delgada, que se inserta a través de la piel del vientre (abdomen) para retirar una muestra de líquido.

Las muestras de la biopsia se envían a un patólogo para su análisis. Un patólogo es un médico experto en el análisis de células para descubrir enfermedades. Revisará las muestras bajo un microscopio para buscar células cancerosas. También observará las características de las células cancerosas.

Revisión del tejido tumoral

A veces, el cáncer de ovario se confirma por medio de una cirugía o biopsia previas realizadas por otro médico. En ese caso, su médico necesitará ver todos los resultados anteriores: los resultados de la cirugía, la biopsia y los análisis del tejido que se extirpó. Un patólogo examinará el tejido tumoral con un microscopio para verificar que se trate de cáncer de ovario. Los médicos también querrán averiguar si después de la cirugía todavía tiene cáncer en el cuerpo. Esta información ayudará a sus médicos actuales a planificar el tratamiento, evaluarla antes y después de realizarlo y controlar sus resultados.

Repaso

- Las pruebas de diagnóstico por imágenes, los análisis de sangre y los análisis de marcadores tumorales se usan para planificar el tratamiento del cáncer de ovario.
- Los expertos de NCCN recomiendan asesoramiento genético para todas las mujeres con diagnóstico de cáncer de ovario. El asesoramiento genético podría ayudarla a decidir si desea hacerse pruebas para determinar si se trata de un cáncer de ovario hereditario.
- La causa más frecuente del cáncer de ovario hereditario son las mutaciones en los genes *BRCA1* y *BRCA2*. Las familias con antecedentes de síndrome de Lynch también tienen más riesgo de padecer cáncer de ovario y de otros tipos.
- Los niveles altos de CA-125 en la sangre podrían ser un signo de cáncer de ovario. Si su médico sospecha que tiene cáncer de ovario, le podrían hacer un análisis de sangre para medir su nivel de CA-125. También se puede utilizar durante y después del tratamiento para verificar sus resultados.

3
Estadificación del cáncer

21	Estadificación quirúrgica
23	Sistemas de estadificación
23	Estadios del cáncer de ovario
25	Grados de cáncer y subtipos de células
26	Plan de tratamiento oncológico
27	Repaso

La estadificación del cáncer es el proceso que permite averiguar cuánto ha crecido el cáncer y cuánto se ha extendido en el cuerpo. El estadio del cáncer es una medición de su alcance. Los médicos usan la estadificación del cáncer para planificar los tratamientos que son mejores para usted. Este capítulo describe el proceso de estadificación y define cuáles son los estadios del cáncer de ovario.

Lo que debe saber...

- ✓ Los expertos de NCCN recomiendan que sea un oncólogo ginecólogo quien realice la estadificación quirúrgica.
- ✓ Un oncólogo ginecólogo es un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores de las mujeres.

Estadificación quirúrgica

A menudo, el cáncer se estadifica dos veces. El **estadio clínico** se basa en estudios que se realizan antes del tratamiento. Puede darles a sus médicos una idea de cuánto se ha extendido el cáncer. Sin embargo, para saber la extensión real del cáncer de ovario se necesita una cirugía. El **estadio anatomopatológico** se basa en los resultados de la cirugía y las pruebas del tejido extirpado durante ella. Es el estadio más importante y es el que se usa para planificar el tratamiento.

Durante la cirugía para extirpar el cáncer, su médico realizará varias pruebas para averiguar exactamente cuánto se ha extendido. Este procedimiento se llama “estadificación quirúrgica”. Es la forma más completa y precisa de determinar el estadio del cáncer de ovario.

Durante la estadificación quirúrgica, su médico revisará exhaustivamente los tejidos y órganos cercanos al tumor para ver dónde se ha extendido el cáncer.

Se retirará tejido para analizarlo en busca de células cancerosas. Esto incluye extirpar el epiplón y los ganglios linfáticos cercanos.

- La cirugía para retirar el epiplón se llama omentectomía.
- La cirugía para retirar los ganglios linfáticos cercanos se llama disección de ganglios linfáticos.

Los procedimientos de estadificación quirúrgica que le realicen dependerán de cuánto consideran los médicos que se ha extendido el cáncer.

Su médico también hará biopsias de los tejidos cercanos que parezcan no tener cáncer. El objetivo es buscar células cancerosas que se hayan esparcido, pero que solo puedan verse con un microscopio. Se llaman “metástasis microscópicas”. Con frecuencia, el cáncer de ovario se esparce a los mismos lugares y el médico tomará muestras de ellos. **Ver la Figura 6** en la página siguiente.

La cantidad de muestras que se tomen dependerá de cuánto piense su médico que se ha extendido el cáncer. Estos son algunos de los lugares de los que podrían tomarse biopsias:

- **Ganglios linfáticos cercanos:** grupos de células que combaten las enfermedades
- **Pelvis:** el área debajo del vientre (abdomen) y entre los huesos de la cadera
- **Abdomen:** la zona del vientre entre el pecho y la pelvis
- **Diafragma:** lámina de músculos debajo de las costillas que ayuda a respirar a las personas
- **Epiplón:** capa de tejido adiposo que cubre los órganos en el abdomen
- **Peritoneo:** el tejido que recubre el interior del abdomen y la pelvis y cubre la mayoría de los órganos que se encuentran en ese espacio
- **Ascitis:** acumulación de líquido en el abdomen

Si no tiene ascitis, es posible que el médico "lave" el interior de su vientre (cavidad peritoneal) con un líquido especial. Esto se denomina lavado peritoneal. Luego, las muestras de ese líquido se analizarán en busca de células cancerosas.

Figura 6
Posibles lugares de biopsia en el abdomen y la pelvis

Para la estadificación del cáncer de ovario, se utiliza cirugía. Se hace una biopsia para tomar muestras del tumor y de otros órganos y tejidos cercanos a los ovarios. Entre ellos, el diafragma, el epiplón, el peritoneo, la ascitis y los ganglios linfáticos cercanos.

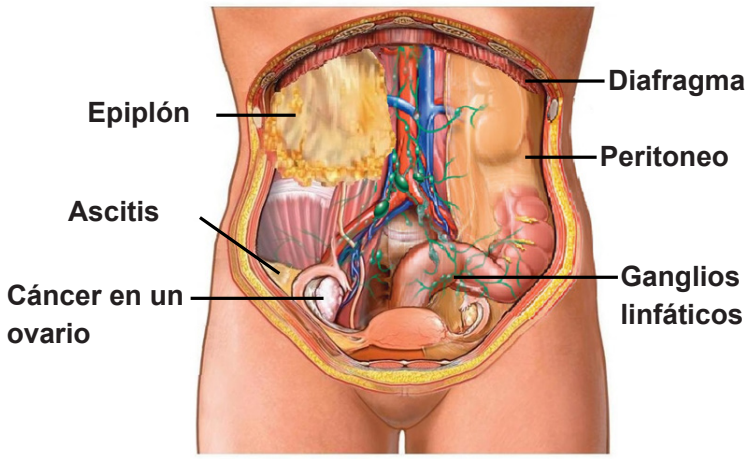


Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Sistemas de estadificación

Un sistema de estadificación es una forma estándar de describir la extensión del cáncer en el cuerpo. Existen dos sistemas de estadificación para el cáncer de ovario: el de la American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el de la International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Estos sistemas son muy similares, pero el que se usa con más frecuencia es el de la FIGO.

En el sistema de la FIGO, el estadio del cáncer se define por las tres áreas principales de progresión del cáncer:

- La extensión del primer tumor (primario)
- La extensión del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos
- La extensión del cáncer a lugares distantes

Los estadios del cáncer de ovario se numeran del 1 al 4. Cada estadio está dividido en grupos más pequeños. Las divisiones ayudan a describir con más detalle la extensión del cáncer. La sección que sigue describe cada estadio del cáncer según la definición del sistema de estadificación de la FIGO.

Estadios del cáncer de ovario

Los cánceres de ovario del mismo estadio tienden a tener el mismo pronóstico. El pronóstico es la evolución y el resultado probables de una enfermedad. En general, los primeros estadios del cáncer tienen mejor evolución. Otros factores que no se utilizan para estadificar el cáncer, tales como su salud general, también son muy importantes. A continuación se describen los estadios de la FIGO para el cáncer de ovario.

Estadio 1

El cáncer solo está en uno o ambos ovarios. No se ha extendido a otros órganos ni tejidos.

Estadio 1A

El cáncer está en un ovario. El saco externo (cápsula) del ovario está intacto. No hay cáncer en la superficie exterior del ovario. No se detectaron células cancerosas en el líquido de la ascitis o el lavado.

Estadio 1B

El cáncer está en ambos ovarios. Las cápsulas están intactas y no hay cáncer en la superficie exterior de los ovarios. No se detectaron células cancerosas en el líquido de la ascitis o el lavado.

Estadio 1C

Hay cáncer en uno o ambos ovarios y ocurre una o más de las siguientes situaciones:

- **Estadio 1C1:** la cápsula del ovario se rompió durante la cirugía. Esto se llama derrame quirúrgico.
- **Estadio 1C2:** la cápsula del ovario se rompió antes de la cirugía, o hay cáncer en la superficie exterior del ovario o la trompa de Falopio.
- **Estadio 1C3:** se detectaron células cancerosas en el líquido de la ascitis o el lavado.

Estadio 2

Hay cáncer en uno o ambos ovarios y se ha extendido a otros órganos o tejidos de la pelvis. No se ha extendido fuera de la pelvis ni a ningún ganglio linfático.

Estadio 2A

El cáncer se ha extendido o ha generado implantes en el útero, las trompas de Falopio, los ovarios o todas estas áreas.

Estadio 2B

El cáncer se ha extendido a otros órganos o tejidos de la pelvis, o ha generado implantes en ellos. Los órganos que podrían verse afectados son la vejiga, el colon sigmoide, el recto o el peritoneo dentro de la pelvis. El peritoneo es el tejido que recubre el interior del abdomen y la pelvis y cubre la mayoría de los órganos que se encuentran en ese espacio.

Estadio 3

El cáncer está en uno o ambos ovarios. Se ha extendido por fuera de la pelvis a los tejidos del vientre (abdomen). También ha ocurrido una o más de las siguientes situaciones: 1) el cáncer se ha extendido al tejido que recubre el interior del abdomen (peritoneo); o 2) el cáncer podría haberse extendido a los ganglios linfáticos de la parte trasera del abdomen, detrás del peritoneo.

Estadio 3A1

El cáncer se ha extendido por fuera de la pelvis, pero solo a los ganglios linfáticos de la parte trasera del abdomen, llamados ganglios linfáticos retroperitoneales.

- **Estadio 3A1 (i):** el cáncer en los ganglios linfáticos es de 10 mm (milímetros) o menos.
- **Estadio 3A1 (i):** el cáncer en los ganglios linfáticos es de más de 10 mm.

Estadio 3A2

El cáncer se ha extendido al tejido que recubre el abdomen, pero es tan pequeño que solo puede verse con un microscopio. También podría haberse extendido a los ganglios linfáticos de la parte trasera del abdomen.

Estadio 3B

El cáncer se ha extendido al tejido que recubre el abdomen y puede verse sin un microscopio. Las áreas en las que el cáncer se ha extendido son de 2 cm (centímetros) o menos. También podría haberse extendido a los ganglios linfáticos de la parte trasera del abdomen.

Estadio 3C

El cáncer se ha extendido al tejido que recubre el abdomen y puede verse sin un microscopio. Las áreas a las que se ha extendido el cáncer son de más de 2 cm y podría haberse extendido a los ganglios linfáticos en la parte trasera del abdomen. También podría haberse extendido a la superficie exterior del hígado o el bazo.

Estadio 4

El cáncer se ha extendido a áreas lejanas a la pelvis y el abdomen, como los pulmones, el cerebro o la piel. También podría haberse extendido al interior del hígado o el bazo. También podría haberse extendido a ganglios linfáticos fuera del abdomen, llamados ganglios linfáticos distantes.

Estadio 4A

Hay células cancerosas en el líquido que rodea los pulmones. Esto de llama “derrame pleural”. El cáncer no se ha extendido a ningún lugar fuera del abdomen.

Estadio 4B

El cáncer se ha extendido al interior del hígado o el bazo, a los ganglios linfáticos distantes o a órganos fuera del abdomen.

Grados de cáncer y subtipos de células

El cáncer de ovario también se clasifica en función de cómo se ven las células cancerosas cuando se las observa bajo un microscopio. Un patólogo examinará las células cancerosas para determinar el grado de cáncer y el subtipo celular. Un patólogo es un médico experto en el análisis de células bajo el microscopio para identificar enfermedades. La única forma de averiguar el grado de cáncer y el subtipo celular es evaluar las células cancerosas del tejido extirpado durante una cirugía.

Grados de cáncer

El grado de cáncer es una escala que indica cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales. El grado es un signo que muestra qué tan rápido es probable que crezca y se extienda el cáncer. Según las características de las células cancerosas, el patólogo le dará al cáncer un grado de 1, 2, o 3.

- Las células cancerosas de **grado 1** se ven similares a las células normales. Se trata de un grado bajo. Estas células cancerosas crecen lentamente y es menos probable que se extiendan.
- Las células cancerosas de **grado 2** se ven más anómalas que las de grado 1, pero no tanto como las de grado 3. Estas células cancerosas crecen a una velocidad intermedia. Tienen más tendencia a extenderse que las de grado 1, pero menos que las de grado 3.
- Las células cancerosas de **grado 3** se ven muy distintas de las células normales. Se trata de un grado alto. Estas células cancerosas crecen rápidamente y es más probable que se extiendan.

Algunos patólogos solo describen a las células en dos grados: alto o bajo. El grado bajo corresponde a la definición de grado 1. El grado alto incluye las definiciones de grado 2 y 3.

Subtipos celulares de cáncer de ovario

El cáncer de ovario se divide (clasifica) en grupos más pequeños, denominados subtipos celulares. El subtipo celular se basa en las características de las células cancerosas. Un patólogo revisará las células cancerosas bajo un microscopio para determinar el subtipo celular. Hay cuatro subtipos celulares principales del cáncer epitelial de ovario. El más frecuente es el seroso. Los otros subtipos celulares principales son mucinoso, endometrioide y de células claras. Sin embargo, los cuatro subtipos se tratan de la misma manera.

Plan de tratamiento oncológico

Su equipo de tratamiento

Es posible que un equipo formado por un oncólogo ginecólogo y oncólogos médicos participe en el tratamiento del cáncer. Los expertos de NCCN recomiendan que, siempre que sea posible, sea un oncólogo ginecólogo quien realice la cirugía inicial para el cáncer de ovario. Su oncólogo ginecólogo es un experto en cirugía y quimioterapia para cánceres ginecológicos. En ocasiones, el oncólogo médico, que es un experto en el tratamiento de cáncer con quimioterapia, podría administrarle el tratamiento.

Su médico de cabecera también puede formar parte del equipo. Ellos pueden ayudarla a expresarle al equipo cómo se siente con respecto a los tratamientos. Si su médico de cabecera sabe que está recibiendo tratamiento oncológico, podrá tratar mejor otros problemas médicos que tenga. Además de los médicos, también podría recibir atención por parte de enfermeros, trabajadores sociales y otros especialistas en la salud. Pida que los nombres y la información de contacto de todos los proveedores de atención médica esté incluida en su plan de tratamiento.

Tratamiento del cáncer

No hay un único tratamiento que sea mejor para todos los pacientes. A menudo, hay más de una opción, que incluyen los ensayos clínicos. Los ensayos clínicos evalúan cómo funcionan los tratamientos y si son seguros.

El tratamiento que elijan usted y su médico debe informarse en el plan de tratamiento. También es importante describir el objetivo del tratamiento y cuáles son las probabilidades de que se obtengan buenos resultados. Se deben detallar todos los efectos secundarios y el tiempo que se necesitó para tratarlos.

Si surge información nueva, es posible que su plan de tratamiento cambie. Usted puede cambiar de opinión con respecto al tratamiento. Las pruebas podrían encontrar resultados nuevos. Podría cambiar la forma en la que funciona el tratamiento. Cualquiera de estos cambios podría requerir que se elabore un nuevo plan de tratamiento.

Planificación anticipada de la atención

Hablar con su médico sobre su pronóstico puede ayudarle a planificar el tratamiento. Si no se puede controlar o curar el cáncer, se puede elaborar un plan de atención para las etapas finales. La planificación anticipada de la atención tiene muchos beneficios, como por ejemplo:

- Saber qué puede esperar;
- Aprovechar el tiempo que le quede;
- Reducir el estrés de los cuidadores;
- Garantizar que se cumplan sus deseos;
- Tener una mejor calidad de vida; y
- Obtener una atención satisfactoria.

La planificación anticipada de la atención comienza con una conversación honesta entre usted y sus médicos. No es necesario que sepa todos los detalles de su pronóstico. Solo necesita tener una idea general para poder planificar. Con esta información, puede decidir en qué momento quiere dejar de recibir quimioterapia u otros tratamientos, si eso es lo que desea. También puede decidir qué tratamientos querría para aliviar sus síntomas, como cirugía o medicamentos.

Otra parte de la planificación incluye los cuidados en un hospicio. El cuidado de hospicio no incluye tratamiento para combatir el cáncer, sino para reducir los síntomas que causa. El cuidado de hospicio podría iniciarse si usted ya no quiere recibir más tratamiento para el cáncer, si no hay más tratamientos disponibles o si está demasiado enfermo para recibirlos.

Este tipo de cuidado le permite tener la mejor calidad de vida posible. La atenderán todo el día, todos los días de la semana. Puede elegir recibir cuidados de hospicio en su hogar, o en un centro que los brinde. Un estudio concluyó que los pacientes y los cuidadores tienen una mejor calidad de vida cuando se comienza con el cuidado de hospicio en forma temprana.

Una directiva anticipada describe el tratamiento que usted desea que le brinden, en caso de que no pueda expresarse por sí mismo. También puede nombrar a una persona para que tome esas decisiones por usted. Es un documento legal que los médicos están obligados a obedecer. Puede describir sus deseos sobre las máquinas que se usan para mantener a los pacientes con vida, como las sondas de alimentación. También puede incluir sus deseos con respecto al tratamiento si su corazón o sus pulmones dejaran de funcionar. Si ya tiene una directiva anticipada, quizás deba actualizarla para que sea legalmente válida.

"El mejor consejo que puedo darle a alguien que enfrenta una enfermedad es mantenerse positivo, sin importar qué tan difícil sea, pelear por la vida que merece y ser proactivo, porque nadie a ninguna edad, de ninguna clase social o raza, es invencible ante el cáncer y las enfermedades".

– Christa
Sobreviviente de cáncer de ovario

Repaso

- La estadificación es una forma en que los médicos describen la extensión del cáncer en el cuerpo.
- La estadificación del cáncer es una clasificación de cuánto ha crecido y se ha extendido el cáncer.
- El cáncer de ovario se agrupa en estadios para planificar el tratamiento.
- El estadio del cáncer de ovario se determina durante la cirugía para extirpar el cáncer y este procedimiento se llama estadificación quirúrgica.
- El grado de cáncer es una escala que indica cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales. El grado muestra qué tan rápido o lento es probable que crezca y se extienda el cáncer.
- El tratamiento del cáncer de ovario requiere un equipo de expertos. Los oncólogos ginecólogos y los oncólogos médicos trabajan generalmente juntos para elaborar el mejor plan de tratamiento para el cáncer de ovario.
- Su plan de tratamiento debería incluir un cronograma para realizar las pruebas de seguimiento del cáncer, el tratamiento de los efectos secundarios a largo plazo y el cuidado de su salud general.

4

Descripción general de tratamientos para el cáncer

29 Cirugía
32 Quimioterapia
33 Tratamiento selectivo
34 Inmunoterapia
34 Hormonoterapia
35 Ensayos clínicos
36 Repaso

Este capítulo describe los principales tipos de tratamiento para el cáncer de ovario. Esta información la ayudará a entender las alternativas de tratamiento que se describen en los capítulos que siguen. También podría ser útil para saber qué podría esperar durante el tratamiento. No todas las mujeres con cáncer de ovario recibirán todos los tratamientos que se mencionan aquí.

Cirugía

La cirugía es el primer y principal tratamiento que se realiza en la mayoría de los cánceres de ovario. Los expertos de NCCN recomiendan que sea un oncólogo ginecólogo quien realice la cirugía para el cáncer de ovario. Un oncólogo ginecólogo es un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores de las mujeres.

Hay dos objetivos principales del tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario:

- Determinar cuánto se ha extendido el cáncer.
- Retirar todo el cáncer de su cuerpo, o retirar tanto como sea posible. Para hacerlo, se retira el tumor junto con otros órganos y tejidos en los que se ha extendido el cáncer, o a los que podría haberse extendido.

Durante el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario, se podrían realizar varios procedimientos. El tipo de cirugía que le realicen, y su alcance, depende de muchos factores. Esto incluye el tamaño del tumor y su ubicación, y cuánto se ha extendido el cáncer. Otro factor clave es si usted desea quedar embarazada después del tratamiento.

Tipos de tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico a menudo implica retirar ambos ovarios, las trompas de Falopio y el útero.

- La **salpingooforectomía unilateral (SOU)** es una cirugía en la que se extirpa solo un ovario con su trompa de Falopio.
- La **salpingooforectomía bilateral (SOB)** es una cirugía en la que se extirpan ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.
- La **histerectomía abdominal total (HAT)** es una cirugía en la que se retiran el útero y el cuello uterino.

La SOU también se llama “cirugía con preservación de la fertilidad”. Eso significa que tendrá la posibilidad de quedar embarazada después de la cirugía si todavía no llegó a la menopausia. LA SOU solo puede hacerse si el cáncer solo está en un ovario.

Una histerectomía es una cirugía para extirpar el útero. Cuando se retiran el útero y el cuello uterino, el procedimiento se llama histerectomía total. A menudo el útero y el cuello uterino se retiran a través de una incisión quirúrgica en el vientre (abdomen). Esta es una HAT y se hace junto con una SOB. No podrá quedar embarazada después de realizarse una HAT con SOB.

Si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios, el médico tratará de retirar tanto como sea posible. Este procedimiento se llama *citorreducción* o *cirugía citorreductora*. Durante esta cirugía, su médico intentará retirar todo el cáncer visible. Si el cirujano logra retirar todos los tumores de 1 cm o más, la cirugía se considerará como una citorreducción óptima. Si se retiran todas las lesiones que puedan verse a simple vista, el procedimiento se considera una cirugía sin enfermedad macroscópica residual. La citorreducción óptima se asocia con mejores resultados del tratamiento, en particular si no hay enfermedad macroscópica residual.

Durante la citorreducción se puede retirar la totalidad o una parte de los órganos a los que se ha extendido el cáncer. **Ver Figura 8.** Se podrían retirar órganos como el bazo, la vesícula biliar y el apéndice. También se podría retirar parte del estómago, el hígado, el páncreas, la vejiga, el diafragma y los intestinos. También se deberían retirar los ganglios linfáticos que se vean diferentes o sean más grandes de lo normal.

Métodos quirúrgicos

La laparotomía es el método quirúrgico más frecuente. La laparotomía es un corte quirúrgico largo en el abdomen. A menudo se usa un corte vertical desde el obligo hasta el hueso pélvico. Esto le permite al médico ver el tumor y los otros órganos y tejidos del abdomen y la pelvis.

Este es el método preferido y el que se usa con más frecuencia para la cirugía del cáncer de ovario. Los expertos de NCCN recomiendan este método para realizar la estadificación quirúrgica o la citorreducción.

La laparoscopía es otro método quirúrgico que puede usarse en algunos casos. Durante este procedimiento, se hacen algunos cortes pequeños en el abdomen, en vez de hacer uno grande. Se insertan instrumentos pequeños a través de los cortes para realizar la cirugía. Una de estas herramientas se llama laparoscopio. Es un tubo largo que tiene una luz y una cámara en el extremo. La cámara le permite al médico ver sus ovarios y otros tejidos dentro de su abdomen. Las demás herramientas se usan para retirar tejido.

La laparoscopía puede usarse solo en algunos casos, por ejemplo, cuando el cáncer solo está en los ovarios. En pocos casos puede usarse cuando el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios. Esta cirugía solo puede realizarla un oncólogo ginecólogo con mucha experiencia.

Figura 8
Sitios quirúrgicos de citorreducción

La citorreducción retira tanto cáncer como es posible. La extensión de esta cirugía depende de cuánto se ha extendido el cáncer. Se puede retirar todo o parte de los órganos cercanos, como el hígado, el bazo, el estómago, la vesícula biliar, el páncreas, los intestinos, el apéndice y la vejiga.

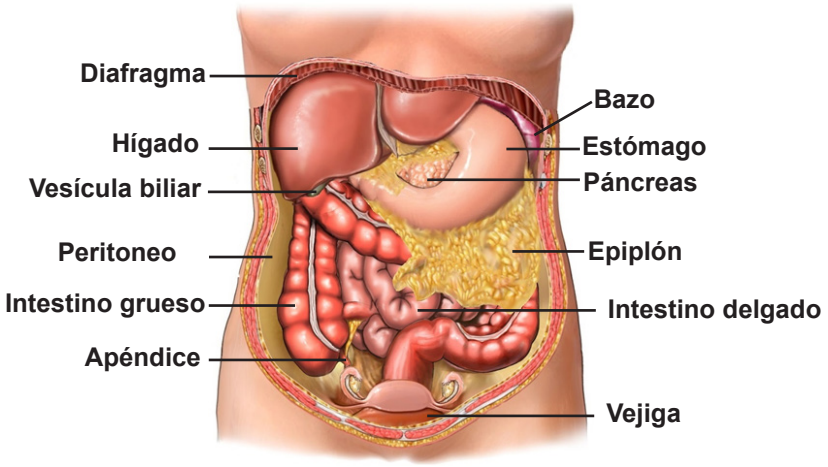


Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Preparación para la cirugía

Su equipo de tratamiento le dará instrucciones sobre cómo prepararse para la intervención. Es posible que le pidan que deje de tomar algunos medicamentos por un tiempo corto. No debe comer ni beber nada a partir de la medianoche anterior a la cirugía.

En el día de la cirugía, le darán medicamentos para que duerma profundamente y no sienta dolor. A esto se le llama “anestesia general”. La cirugía podría tomar tres horas o más. Se podría demorar más o menos, según la cantidad de tejido que se retire.

Después de la cirugía, necesitará quedarse en el hospital durante algunos días o algunas semanas para recuperarse. Podría sentir algo de dolor y dolor al contacto en el vientre y la pelvis. Este dolor podría durar algunos días o semanas. En un par de semanas, es posible que pueda volver a sus actividades normales. El tiempo que lleva recuperarse por completo varía de una persona a otra. También depende del alcance de la cirugía.

Riesgos y efectos secundarios de la cirugía

Las cirugías siempre implican riesgos para la salud y efectos secundarios. Un efecto secundario es un problema de salud o molestia causada por un tratamiento. Los efectos secundarios frecuentes de cualquier cirugía son el dolor, la hinchazón y las cicatrices. Sin embargo, los efectos secundarios de la cirugía pueden variar en cada persona. También varían en función del tipo de cirugía y su extensión.

Algunos efectos secundarios de la cirugía de cáncer de ovario son la hinchazón de las piernas, los problemas para orinar y el estreñimiento. Si no ha llegado a la menopausia, la cirugía para extirpar ambos ovarios causará la menopausia.

La menopausia es el momento en el que deja de tener períodos menstruales. Cuando la causa de la menopausia es quirúrgica, los síntomas pueden ser repentinos y más intensos. Los síntomas de menopausia incluyen sofocos, cambios de humor, problemas para dormir, sequedad vaginal, aumento de peso y sudores nocturnos.

Esta no es una lista completa de todos los efectos secundarios de la cirugía para el cáncer de ovario. Pida la lista completa de efectos secundarios comunes e infrecuentes a su equipo de tratamiento. Si la afecta un efecto secundario, dígaselo al equipo de tratamiento. Es posible que se puedan tomar medidas para ayudarlo a sentirse mejor.

“

Mi experiencia con el cáncer ha sido un viaje de autoconciencia. En el camino conocí mujeres inspiradoras que enriquecieron mi vida. A medida que se acerca el aniversario nro. 30 como sobreviviente, me doy cuenta de que la esperanza y el amor me sostuvieron durante esos días oscuros. No existen las falsas esperanzas: todos tenemos derecho a tener esperanza y a esperar que mañana sea un día mejor. Y, por supuesto, el amor de la familia y los amigos”.

– Risa
Sobreviviente de cáncer

Quimioterapia

La quimioterapia (que a veces se llama “quimio”) consiste en usar medicamentos para matar células cancerosas. Los medicamentos de quimioterapia matan las células que crecen rápido en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como las normales.

La mayoría de las mujeres con cáncer de ovario reciben quimioterapia después del tratamiento primario con cirugía. Esto se denomina “tratamiento adyuvante”. Su médico también podría llamarla “quimioterapia primaria”. En algunos casos, se podría dar quimioterapia antes de la cirugía para achicar el cáncer.

Los distintos tipos de medicamentos de quimioterapia atacan las células cancerosas de distintas formas. Algunos matan las células cancerosas al dañar su ADN (las moléculas que contienen instrucciones codificadas para fabricar y controlar las células). Otros interfieren con las partes de la célula necesarias para formar células nuevas.

Para el cáncer de ovario, se usan muchos tipos de medicamentos de quimioterapia. Dos de los principales son los derivados del platino y los taxanos. Los derivados del platino dañan el ADN de las células y les impiden crear células nuevas, lo que hace que mueran. Algunos derivados del platino que se usan para el cáncer de ovario son carboplatino, cisplatino y oxaliplatino.

Los taxanos bloquean ciertas partes de la célula y le impiden dividirse para formar dos células nuevas. Algunos taxanos que se usan para el cáncer de ovario son paclitaxel, paclitaxel unido a albúmina y docetaxel.

Dado que los medicamentos de quimioterapia funcionan de distintas maneras, es frecuente que se use más de uno. El régimen combinado es el uso de dos o más medicamentos. Cuando se usa solo un medicamento, se lo denomina agente único. Un régimen es un plan de tratamiento que especifica el medicamento, la dosis, los horarios y la duración del tratamiento.

La quimioterapia se administra en ciclos. Un ciclo consiste en días de tratamiento seguidos de días de descanso. Administrar la quimioterapia en ciclos le permite al cuerpo recuperarse antes del próximo tratamiento. La duración de los ciclos varía según los medicamentos que se utilicen. A menudo, los ciclos duran 7, 14, 21 o 28 días. La cantidad de días de tratamiento por ciclo y la cantidad de ciclos que se administra también varían según el régimen que se utilice.

Cómo se administra la quimioterapia

Quimioterapia intravenosa (IV)

La mayoría de los medicamentos de quimioterapia para el cáncer de ovario son líquidos que se inyectan lentamente en una vena. Esto se llama infusión IV.

Quimioterapia intraperitoneal (IP)

La quimioterapia también se puede administrar como un líquido que se inyecta lentamente en el abdomen (cavidad peritoneal). Esto se llama quimioterapia IP. Cuando se la administra de esta forma, se dan dosis más altas directamente a las células cancerosas que están en el área del vientre.

Este tipo de quimioterapia se administra a través de un tubo delgado que se llama catéter. El catéter a menudo se coloca dentro del abdomen durante una cirugía. Los estudios han demostrado que las pacientes viven más si pueden recibir parte de su quimioterapia de esta forma.

Quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica es una técnica novedosa en la que un medicamento de quimioterapia, llamado cisplatino, se calienta y se coloca en el espacio entre los órganos del abdomen durante la cirugía. **En este momento, los expertos de NCCN recomiendan que la HIPEC se considere como una de varias alternativas aceptables solo en las mujeres con cáncer epitelial de ovario de estadio 3.**

Efectos secundarios de la quimioterapia

Un efecto secundario es un problema de salud o una molestia física o emocional causados por un tratamiento. Cada tratamiento para el cáncer de ovario puede causar distintos efectos secundarios. No se puede anticipar completamente cómo responderá su cuerpo. Algunas personas pueden sufrir muchos efectos secundarios. Otras, unos pocos. Algunos efectos secundarios son muy graves mientras que otros solo son desagradables.

Los efectos secundarios de la quimioterapia dependen de muchos factores, como el medicamento, la dosis y los pacientes. En general, la causa de los efectos secundarios es la muerte de las células de crecimiento rápido, que se encuentran en los intestinos, la boca y la sangre. Como resultado, los efectos secundarios frecuentes incluyen no sentir hambre, náuseas, vómitos, llagas bucales, pérdida de cabello, fatiga, recuentos sanguíneos bajos, aumento del riesgo de infección, facilidad para sangrar o tener hematomas y daño en los nervios (neuropatía).

Algunos efectos secundarios son más probables o más graves con ciertos regímenes de combinación. El régimen con docetaxel y carboplatino tiene más probabilidades de aumentar el riesgo de infección. El régimen con paclitaxel y carboplatino tiene más probabilidades de causar neuropatía. La neuropatía es un problema en los nervios que causa dolor, hormigueo y entumecimiento en las manos y los pies. Los efectos secundarios también dependen de cómo se administra la quimioterapia. La quimioterapia IP tiende a causar efectos secundarios más graves que la IV. Esto incluye infecciones, daño a los riñones, dolor de vientre y daño en los nervios.

Aquí no se describen todos los efectos secundarios de la quimioterapia. No olvide pedirle la lista completa de efectos secundarios comunes e infrecuentes de los medicamentos que reciba a su equipo de tratamiento. Si la afecta un efecto secundario, dígaselo al equipo de tratamiento. Es posible que se puedan tomar medidas para ayudarlo a sentirse mejor.

Tratamiento selectivo

El tratamiento selectivo es un tratamiento con medicamentos dirigidos específicamente a una característica específica o única de las células cancerosas. Estos medicamentos detienen la acción de las moléculas que colaboran con el crecimiento de las células cancerosas. Es menos probable que el tratamiento selectivo dañe las células normales que la quimioterapia. A continuación se describen algunos medicamentos de tratamiento selectivo que están aprobados para el cáncer de ovario. Los distintos tipos de medicamentos atacan a las células cancerosas de distintas formas.

Bevacizumab

Bevacizumab es un tipo de tratamiento selectivo que se llama inhibidor de la angiogénesis. La angiogénesis es el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos. Como las células normales, las células cancerosas necesitan el alimento y el oxígeno presentes en la sangre para vivir y crecer. Las células cancerosas envían señales que hacen que crezcan nuevos vasos sanguíneos en el tumor para alimentarlo. Bevacizumab bloquea estas señales, de manera que no se formen nuevos vasos sanguíneos. Como resultado, las células cancerosas no recibirán la sangre que necesitan para vivir.

Olaparib, rucaparib y niraparib

Olaparib, rucaparib y niraparib son un tipo de tratamiento selectivo conocido como inhibidores de la poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP). La PARP es una proteína que ayuda a reparar el ADN dañado en las células.

Los genes *BRCA*1 y *BRCA*2 también ayudan a reparar el daño del ADN en las células. Sin embargo,

las mutaciones en estos genes impiden que cumplan su función de reparación. Cuando las células cancerosas tienen mutaciones en los genes *BRCA*, deben valerse solo de los inhibidores de la PARP para reparar su ADN. Estos medicamentos bloquean la acción de la PARP para que no pueda reparar el daño del ADN en las células. Si una célula no logra reparar su ADN dañado, muere.

Si bien los tres medicamentos funcionan, cada uno de ellos ha sido aprobado para ciertos usos en el tratamiento del cáncer de ovario. En general, las pacientes deben tener una mutación de línea germinal o una mutación en el tumor en los genes *BRCA*1 o *BRCA*2.

Pazopanib

Pazopanib es un tipo de tratamiento selectivo llamado inhibidor de la tirosina cinasa (TKI). Las tirosinas cinasas son proteínas celulares que son muy importantes en muchas funciones. Esto incluye enviar señales en las células para el crecimiento, la sobrevivencia y la muerte.

Algunas tirosinas cinasas envían señales que le dicen a las células cancerosas que deben crecer y dividirse para formar nuevas células. Algunas envían señales para que crezcan nuevos vasos sanguíneos en el tumor que le permitan sobrevivir. Pazopanib se dirige a varias tirosinas cinasas y bloquea las señales que ayudan a que el cáncer crezca y se extienda. Bloquear estas señales podría hacer que el cáncer crezca más lento.

Inmunoterapia

El sistema inmunitario es la defensa natural del cuerpo contra las infecciones y las enfermedades. Un nuevo tipo de tratamiento del cáncer, llamado inmunoterapia, aumenta la actividad del sistema inmunitario. Al hacerlo, mejora la capacidad de su cuerpo de detectar y destruir células cancerosas.

Pembrolizumab

Su sistema inmunitario tiene glóbulos importantes llamados linfocitos T. El principal trabajo de los linfocitos T es atacar las cosas que ponen al cuerpo en peligro, como las bacterias, los virus y el cáncer. Lo hacen con ayuda de una proteína en su superficie, llamada PD-1. Las células cancerosas tienen una proteína diferente en su superficie, llamada PD-L1. Cuando la PD-1 y la PD-L1 se encuentran, se forma un punto de control inmunitario. Al linfocito T le dan la “instrucción” de que debe dejar en paz a la célula cancerosa, en vez de atacarla.

Existe un tipo de medicamento que se llama inhibidor del punto de control inmunitario, que impide que estas dos proteínas se encuentren. Esto significa que los linfocitos T harán su trabajo y atacarán a las células cancerosas. Pembrolizumab es un ejemplo de un inhibidor del punto de control inmunitario. No todas las pacientes pueden recibir pembrolizumab. Le podrían ofrecer tratamiento con pembrolizumab si el cáncer de ovario regresó después del tratamiento y si su tumor es positivo para un marcador tumoral específico (MSI-H/dMMR).

Hormonoterapia

La hormonoterapia es un tratamiento que impide que su cuerpo fabrique ciertas hormonas o detiene su acción. No se usa como el tratamiento inicial para el cáncer de ovario. Pero podría usarse si el cáncer de ovario regresa después de haber realizado otros tratamientos.

El estrógeno y la progesterona son hormonas que ayudan a que crezcan algunos cánceres de ovario. La mayor parte del estrógeno es producida por los

ovarios, y las glándulas suprarrenales, el hígado y la grasa corporal fabrican una pequeña cantidad. La progesterona es producida principalmente por los ovarios. Al bloquear estas hormonas o reducir sus niveles se puede hacer más lento el crecimiento del cáncer de ovario.

Los distintos tipos de medicamentos para hormonoterapia funcionan de diferentes maneras. Estos son algunos de los medicamentos de hormonoterapia que podrían usarse para el cáncer de ovario:

- **Tamoxifeno.** Este medicamento detiene el efecto del estrógeno en el crecimiento de las células cancerosas. Pertenece a una clase de medicamentos llamados antiestrógenos.
- **Anastrozol, exemestano y letrozol.** Estos medicamentos disminuyen el nivel de estrógeno en el cuerpo. Pertenecen a una clase de medicamentos llamados inhibidores de la aromatasa.
- **Acetato de leuprolida.** Este medicamento hace que los ovarios generen menos estrógeno y progesterona. Pertenece a una clase de medicamentos llamados agonistas de la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH).
- **Acetato de megestrol.** Este medicamento detiene el efecto del estrógeno en el crecimiento de las células cancerosas. Pertenece a una clase de medicamentos llamados progestinas.

La hormonoterapia puede causar varios efectos secundarios. Un efecto secundario es un problema de salud o una respuesta no deseada a un tratamiento. Los efectos secundarios pueden ser leves o graves. Es frecuente experimentar síntomas de menopausia. Los síntomas de menopausia incluyen sofocos, cambios de humor, sequedad vaginal, problemas para dormir y sudores nocturnos. Otros efectos secundarios frecuentes de la hormonoterapia son el flujo vaginal, aumento de peso, hinchazón de las manos y los pies, fatiga y menos interés en el sexo. Los coágulos de sangre son un efecto infrecuente pero grave del tamoxifeno. Los inhibidores de la aromatasa pueden debilitar los huesos y causar dolor articular y muscular.

Esta no es una lista completa de todos los efectos secundarios de la hormonoterapia. Pida la lista completa de los efectos secundarios comunes e infrecuentes de todos los medicamentos que reciba a su equipo de tratamiento. Si la afecta un efecto secundario, dígaselo al equipo de tratamiento. Es posible que se puedan tomar medidas para ayudarlo a sentirse mejor.

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación en el que las personas eligen participar como parte de su tratamiento para el cáncer. Los ensayos clínicos les ayudan a los médicos a aprender cómo prevenir, diagnosticar y tratar una enfermedad como el cáncer. Gracias a los ensayos clínicos, los médicos encuentran formas seguras y útiles de mejorar el tratamiento del cáncer. Esta guía ofrece información sobre muchas de las pruebas y los tratamientos que se usan para ayudar a las personas con cáncer.

Los ensayos clínicos tienen distintos niveles o fases de investigación. Estas fases ayudan a que avance la investigación para descubrir qué funciona mejor en los pacientes con cáncer.

- **Fase I:** evalúa cuánto medicamento dar, sus efectos secundarios y con qué frecuencia se debe dar el tratamiento.
- **Fase II:** también evalúa los efectos secundarios y cómo funciona el tratamiento para un tipo específico de cáncer.

- **Fase III:** compara el tratamiento nuevo (o el nuevo uso de un tratamiento existente) con lo que se usa habitualmente.
- **Fase IV:** realiza un seguimiento de los efectos secundarios tardíos y determina si el tratamiento sigue funcionando a largo plazo.

Todos los ensayos clínicos siguen un plan y están bajo el control exhaustivo de un equipo médico. Los pacientes de un ensayo clínico, por lo general, tienen el mismo tipo de cáncer y estado de salud general. Solo puede participar de un ensayo clínico si cumple con ciertos requisitos (criterios de elegibilidad).

Si decide participar de un ensayo, deberá leer y firmar un documento llamado consentimiento informado. Este documento describe el ensayo clínico en detalle, incluyendo los riesgos y beneficios. Incluso una vez que firme el consentimiento, puede dejar de participar en el ensayo en cualquier momento.

Estos son algunos de los beneficios de participar en un ensayo clínico:

- Tendrá acceso al más avanzado tratamiento para el cáncer.
- Su equipo médico la controlará de cerca
- Puede ayudar a otros pacientes con cáncer.

Estos son algunos de los riesgos de participar en un ensayo clínico:

- Como cualquier estudio o tratamiento, puede haber efectos secundarios.
- Es posible que los estudios o tratamientos nuevos no sean útiles.
- Quizás tenga que hacer visitas al hospital con más frecuencia.

Pregúntele al médico o al enfermero si un ensayo clínico podría ser una alternativa para usted. Es muy importante mantener la mente abierta sobre los ensayos clínicos y hablar con su equipo de atención médica sobre cuál es la mejor opción para usted. Puede haber ensayos clínicos disponibles en el lugar donde recibe tratamiento o en otros centros cerca de su hogar. Además, puede encontrar ensayos clínicos en los sitios web que se detallan en la Parte 8, *Toma de decisiones acerca del tratamiento*.

Repaso

- El tratamiento primario es el tratamiento principal que se utiliza para eliminar el cáncer del cuerpo.
- La cirugía con frecuencia es el tratamiento inicial para el cáncer de ovario.
- Los medicamentos de quimioterapia matan las células que crecen rápido, tanto las cancerosas como las normales.
- Los medicamentos de tratamiento selectivo afectan a una característica específica o única de las células cancerosas.
- La hormonoterapia impide que su cuerpo fabrique ciertas hormonas o detiene su acción.
- Un ensayo clínico estudia una prueba o un tratamiento para determinar si es seguro y efectivo.

5
Guía de tratamiento: Estadio 1

38 Primeros pasos

38 Cirugía

40 Tratamiento después de la cirugía

40 Otros cuidados

Este capítulo presenta las alternativas de tratamiento recomendadas por los expertos de NCCN para mujeres con cáncer epitelial de ovario de estadio 1 recientemente diagnosticado. Se recomienda la cirugía como el primer tratamiento para las mujeres que así lo deseen, si están en condiciones de hacerlo.

Primeros pasos

El **estadio clínico (prequirúrgico)** se basa en los resultados de las pruebas iniciales que le realizaron para diagnosticar el cáncer de ovario. Es probable que se le realicen alguna o todas las pruebas que siguen. Estas pruebas se explican con más detalle en el capítulo *Pruebas para detectar el cáncer de ovario*, en la página 11.

- Un examen abdominal/pélvico
- Pruebas de diagnóstico por imágenes de su pelvis, abdomen y pecho
- Análisis de sangre (hemograma completo y perfil bioquímico con pruebas de función hepática)
- Pruebas de CA-125 u otros marcadores tumorales
- Evaluación gastrointestinal
- Revisión de sus antecedentes familiares
- Derivación a un oncólogo ginecólogo

Los resultados de estas pruebas ofrecen información importante que es necesaria para planificar el tratamiento. Su médico usa los resultados de estas pruebas iniciales para lo siguiente:

- **Determinar el estadio clínico (prequirúrgico).** El estadio clínico ofrece una “estimación” de cuánto se ha extendido el cáncer. Es solo una estimación porque es necesario realizar una cirugía para saber exactamente cuánto cáncer hay en el cuerpo.
- **Determinar si usted es una buena candidata para realizarse una cirugía.** Es posible que la cirugía inicial no sea lo mejor para algunas mujeres, según el tamaño y la ubicación del tumor. Realizarse una cirugía primero podría no ser una alternativa para las mujeres de edad avanzada, en estado frágil, con problemas para hacer sus actividades diarias o con otras afecciones graves. Si el médico decide que la cirugía inicial no es lo mejor para usted, consulte “Cuando la cirugía no es una alternativa” en la página 48. Si lo es, siga leyendo.
- **Determinar si la cirugía con preservación de la fertilidad es una alternativa para usted.** Si es una buena candidata para realizarse la cirugía y quiere tener la posibilidad de quedar embarazada, este procedimiento podría ser una opción para usted.

Cirugía

Se recomienda la cirugía como el primer tratamiento para las mujeres con cáncer de ovario en estadio 1 que así lo deseen, si están en condiciones de hacerlo. El tipo específico de cirugía que es el mejor para usted depende en parte de esto:

- si desea tener la posibilidad de quedar embarazada (aplica a mujeres premenopáusicas), y
- si el estadio clínico (prequirúrgico) es 1A, 1B o 1C.

Guía 2. Opciones quirúrgicas para el cáncer de ovario en estadio 1

Estadio prequirúrgico	Opciones de cirugía con preservación de la fertilidad	No se desea preservar la fertilidad
1A	Cirugía para extirpar un ovario y una trompa de Falopio (SOU)	Cirugía para extirpar ambos ovarios, ambas trompas de Falopio, el útero y el cuello uterino (HAT y SOB)
1B	Cirugía para extirpar ambos ovarios y ambas trompas de Falopio (SOB)	
1C	El tratamiento con preservación de la fertilidad podría ser una alternativa para algunas mujeres con enfermedad en estadio 1C.	

La cirugía que se usa con más frecuencia para el cáncer de ovario de estadio 1 consiste en realidad de dos cirugías: la HAT y la SOB. En estos procedimientos, se retiran ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el útero. La cirugía con preservación de la fertilidad puede ser una opción para algunas mujeres, y se la describe a continuación.

Cirugía con preservación de la fertilidad

Si se les extirpa el útero, las mujeres ya no pueden quedar embarazadas. Esta consecuencia puede ser difícil de aceptar para algunas mujeres jóvenes que reciben el diagnóstico de cáncer de ovario. En estos casos, es posible que la cirugía con preservación de la fertilidad sea una alternativa. En este procedimiento, se retiran uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, pero se deja el útero. Esto le permite intentar quedar embarazada más tarde con técnicas de reproducción asistida.

Si puede someterse a la cirugía y decide hacerlo, consulte la Guía 2 para conocer las alternativas.

Estadificación quirúrgica

Independientemente del tipo de cirugía que se realice, también le realizarán una estadificación quirúrgica. La estadificación quirúrgica consiste en hacer una biopsia para tomar muestras del tumor y los tejidos cercanos para determinar la presencia de células cancerosas. El objetivo es buscar células cancerosas que se hayan extendido fuera de los ovarios o la pelvis, pero que solo puedan verse con un microscopio. Se llaman “metástasis microscópicas”. Durante la estadificación quirúrgica, se realiza una biopsia para tomar muestras de los órganos y los tejidos a los que suele extenderse el cáncer de ovario. También se retirarán el epiplón y los ganglios linfáticos cercanos.

La información que se obtenga durante la cirugía y la estadificación quirúrgica se usará para determinar el **estadio patológico (posquirúrgico)**. El estadio patológico es muy importante porque describe mucho mejor cuánto se ha extendido el cáncer. El estadio patológico (posquirúrgico) también se usa para determinar cuáles son sus alternativas de tratamiento después de la cirugía.

Próximos pasos

- A continuación se analizarán las alternativas de tratamiento después de la cirugía. Muchas mujeres con cáncer de ovario en estadio 1 necesitarán quimioterapia después de la cirugía.
- Si no se ha realizado una evaluación de riesgo genético, los expertos de NCCN recomiendan realizarse una antes de comenzar la quimioterapia. El tumor también debe evaluarse para detectar mutaciones en los genes BRCA1/2.

Tratamiento después de la cirugía

Muchas mujeres con cáncer de ovario en estadio 1 necesitarán quimioterapia después de la cirugía. Las alternativas de tratamiento dependen de varios factores, entre ellos el estadio patológico (posquirúrgico), el grado del cáncer y el tipo de tumor (p. ej., endometrioide). Consulte la Guía 3.

Si le recomiendan quimioterapia después de la cirugía, debería recibir quimioterapia intravenosa con derivados del platino. Consulte la Guía 4 para ver los regímenes de quimioterapia con derivados del platino recomendados por los expertos de NCCN.

La cantidad de ciclos de quimioterapia que reciba dependerá del tipo de tumor. Para los tumores serosos de grado alto se recomiendan seis ciclos de quimioterapia. Para todos los otros tipos de tumor, se recomiendan de tres a seis ciclos de quimioterapia.

El mejor régimen terapéutico para usted depende de varios factores. Esto incluye la edad, su estado de salud general y su estado funcional (una medida de qué tan capaz es de realizar sus actividades cotidianas). Otro factor clave es su riesgo de padecer neuropatía periférica, que es un problema en los nervios que causa dolor, hormigueo y entumecimiento, en general, en las manos y los pies. La neuropatía es un efecto secundario frecuente de paclitaxel y, en menor medida, de carboplatino. Si tiene riesgo alto de sufrir problemas en los nervios, es posible que docetaxel y carboplatino sean una mejor opción para usted.

Algunos pacientes podrían no tolerar los efectos secundarios de la quimioterapia. Por ejemplo, las mujeres de más de 70 años, las que tienen otros problemas de salud o quienes tienen problemas para hacer sus actividades cotidianas. En estos casos, una alternativa es paclitaxel y carboplatino una vez por semana. Administrar estos medicamentos una vez por semana podría causar menos efectos secundarios que cuando se los administra una vez cada tres semanas. Otras pacientes pueden tolerarlo mejor.

Pruebas durante la quimioterapia

Durante el tratamiento, el médico debe controlar cómo está funcionando la quimioterapia y evaluar los efectos secundarios. A continuación se describen los procedimientos que se podrían usar para evaluarla.

- Se debe realizar un examen físico cada 1 a 3 ciclos. También se debe realizar un examen pélvico junto con el físico.
- Hemograma completo con medición del nivel de plaquetas (según sea necesario)
- Perfil bioquímico (según sea necesario)
- Pruebas de CA-125 u otros marcadores tumorales (según sea necesario antes de cada ciclo de quimioterapia)
- Pruebas de diagnóstico por imágenes (según sea necesario)

Otros cuidados

Control del estrés y los síntomas

El cáncer y su tratamiento causan síntomas molestos. El estrés de tener cáncer también provoca síntomas. Hay formas de tratar muchos de los síntomas, así que dígale a su equipo de tratamiento sobre cualquier molestia que tenga.

Los sentimientos de ansiedad y depresión son frecuentes entre las personas con cáncer. En su centro oncológico, encontrará asesores oncológicos, trabajadores sociales y otros expertos que pueden ayudarla. La ayuda puede incluir grupos de apoyo, terapia de conversación o medicamentos. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o relajándose.

Guía 3. Estadio 1: Alternativas de tratamiento después de la cirugía

Estadio posquirúrgico	Grado del cáncer	Tipo de tumor	Alternativas de tratamiento después de la cirugía
1A o 1B	2	Endometrioide	**Opción 1:** Observar y esperar (sin tratamiento) **Opción 2:** Quimioterapia intravenosa con derivados del platino
	3	Endometrioide	Quimioterapia intravenosa con derivados del platino
	Grado alto	Carcinoma seroso	Quimioterapia intravenosa con derivados del platino
1C	2 o 3	Endometrioide	Quimioterapia intravenosa con derivados del platino
	Grado alto	Carcinoma seroso	Quimioterapia intravenosa con derivados del platino

Guía 4. Estadio 1: Regímenes de quimioterapia después de la cirugía

Medicamentos del régimen	¿Con qué frecuencia?	¿Cuántos ciclos?
Paclitaxel y carboplatino **(preferido)**	Una vez cada 3 semanas	3 a 6 ciclos para los tumores endometrioides 6 ciclos para tumores serosos de grado alto
Carboplatino y doxorrubicina liposomal	Una vez cada 4 semanas	
Docetaxel y carboplatino	Una vez cada 3 semanas	

Es posible que no tenga trabajo o no pueda ir a trabajar durante el tratamiento. Quizás tenga un seguro de salud modesto, o no tenga uno. Hable con su equipo de tratamiento sobre los problemas que tenga con el trabajo, el seguro o las finanzas. En el plan de tratamiento, se incluirá información para ayudarla a gestionar sus finanzas y costos médicos.

Tratamiento de apoyo

El tratamiento de apoyo es el que se da para aliviar los síntomas de cáncer o los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Busca mejorar la calidad de vida y aliviar las molestias que tenga. El tratamiento de apoyo se puede dar solo o en combinación con el tratamiento del cáncer.

Próximos pasos

- Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50 para obtener información sobre cómo se controla que el cáncer de ovario no regrese y qué hacer si esto ocurre.

6
Guía de tratamiento: Estadios 2 a 4

43 Primeros pasos
43 Cirugía
44 Quimioterapia
45 Después de la quimioterapia
47 Otros cuidados
48 Cuando la cirugía no es una alternativa

Este capítulo presenta las alternativas de tratamiento recomendadas por los expertos de NCCN para mujeres con cáncer epitelial de ovario de estadio 2, 3 o 4 recientemente diagnosticado.

Primeros pasos

El **estadio clínico (prequirúrgico)** se basa en los resultados de las pruebas iniciales que le realizaron para diagnosticar el cáncer de ovario. Es probable que se le realicen alguna o todas las pruebas que siguen. Estas pruebas se explican con más detalle en el capítulo *Pruebas para detectar el cáncer de ovario*.

- Un examen abdominal/pélvico
- Pruebas de diagnóstico por imágenes de su pelvis, abdomen y pecho
- Análisis de sangre (hemograma completo y perfil bioquímico con pruebas de función hepática)
- Pruebas de CA-125 u otros marcadores tumorales
- Evaluación gastrointestinal
- Revisión de sus antecedentes familiares
- Derivación a un oncólogo ginecólogo

Los resultados de estas pruebas ofrecen información importante que es necesaria para planificar el tratamiento. Su médico usa los resultados de estas pruebas iniciales para lo siguiente:

- **Determinar el estadio clínico (prequirúrgico).** El estadio clínico ofrece una “estimación” de cuánto se ha extendido el cáncer. Es solo una estimación porque es necesario realizar una cirugía para saber exactamente cuánto cáncer hay en el cuerpo.
- **Determinar si usted es una buena candidata para realizarse una cirugía.** Es posible que la cirugía inicial no sea lo mejor para algunas mujeres, según el tamaño y la ubicación del tumor. Realizarse una cirugía primero podría no ser una alternativa para las mujeres de edad avanzada, en estado frágil, con problemas para hacer sus actividades diarias o con otras afecciones graves. Si el médico decide que la cirugía inicial no es lo mejor para usted, consulte “Cuando la cirugía no es una alternativa” en la página 48. Si lo es, siga leyendo.

Cirugía

- La cirugía es el primer tratamiento recomendado para el cáncer de ovario de estadio 2, 3 o 4, en las mujeres que así lo deseen y si están en condiciones de hacerlo. El oncólogo ginecólogo debe decidir esto antes de la quimioterapia.
- Se hacen una HAT y SOB al mismo tiempo para extirpar los ovarios, las trompas de Falopio y el útero.
- La estadificación quirúrgica se debe hacer durante el procedimiento. El objetivo es buscar células cancerosas que se hayan extendido fuera de la pelvis, pero que solo puedan verse con un microscopio. Durante la estadificación quirúrgica, se realiza una biopsia para tomar muestras de los órganos y los tejidos cercanos a los que suele extenderse el cáncer de ovario. También se retirarán el epiplón y los ganglios linfáticos cercanos.
- Es posible que durante la cirugía también se extirpen órganos o tejidos a los que se ha extendido el cáncer, o partes de ellos. Este procedimiento se llama *citorreducción* o *cirugía citorreductora*. Su objetivo es retirar todas las lesiones visibles de su cuerpo.

Próximos pasos

- En las páginas siguientes, se explica el tratamiento después de la cirugía para el cáncer de ovario de estadios 2 a 4.

Quimioterapia

Luego de la cirugía, se recomienda una quimioterapia con derivados del platino para todas las mujeres con cáncer de ovario de estadio 2, 3 o 4 recientemente diagnosticado. Vea la Guía 5 para consultar los regímenes de quimioterapia con derivados del platino recomendados por los expertos de NCCN.

La mayoría de los regímenes de quimioterapia se administran por vía intravenosa, lo que significa que el medicamento ingresa directo en su torrente sanguíneo a través de una vena. Uno de los regímenes (paclitaxel y cisplatino) también usa quimioterapia intraperitoneal, que quiere decir que el medicamento se coloca directo en el abdomen. Este régimen se llama "(IP/IV)", como se explica en la Guía 5. Es importante hablar sobre las diferencias entre la quimioterapia IV y la IP con su médico.

Pruebas durante la quimioterapia

Durante el tratamiento, el médico debe controlar cómo está funcionando la quimioterapia y evaluar los efectos secundarios. A continuación se describen los procedimientos que se podrían usar para evaluarla.

- Se debe realizar un examen físico cada 1 a 3 ciclos. También se debe realizar un examen pélvico junto con el físico.
- Hemograma completo con medición del nivel de plaquetas (según sea necesario)
- Perfil bioquímico (según sea necesario)
- Pruebas de CA-125 u otros marcadores tumorales (según sea necesario antes de cada ciclo de quimioterapia)
- Pruebas de diagnóstico por imágenes (según sea necesario)

Cirugía de finalización

Según cómo funcione la quimioterapia, es posible que algunas mujeres deban someterse a otra cirugía para retirar restos del cáncer de ovario. Este procedimiento se llama "cirugía de finalización". Los expertos de NCCN recomiendan que se realice una cirugía de finalización después de 3 ciclos de quimioterapia. No obstante, la cirugía podría realizarse tras 4 a 6 ciclos, según el criterio clínico del oncólogo ginecólogo.

Guía 5. Estadios 2, 3 y 4: quimioterapia después de la cirugía

Medicamentos incluidos en el régimen	¿Con qué frecuencia y por cuánto tiempo?
Paclitaxel y cisplatino **(IP/IV)**	Una vez cada 3 semanas durante 6 ciclos
Paclitaxel y carboplatino	**Opción 1:** Una vez cada 3 semanas durante 6 ciclos **Opción 2:** Una vez por semana durante 18 semanas (dosis más baja con más frecuencia)
Docetaxel y carboplatino	Una vez cada 3 semanas durante 6 ciclos
Carboplatino y doxorrubicina liposomal	Una vez cada 4 semanas durante 6 ciclos
Paclitaxel, carboplatino y bevacizumab	**Opción 1:** Los tres una vez cada 3 semanas durante 5 a 6 ciclos **Opción 2:** Paclitaxel y carboplatino una vez cada 3 semanas durante 6 ciclos. El bevacizumab se agrega en los ciclos 2 a 6 y puede continuarse solo por hasta 22 ciclos.

Después de la quimioterapia

El tratamiento después de la cirugía y la quimioterapia depende en parte de cómo funcionó la quimioterapia y de si el régimen que recibió incluía o no un medicamento de tratamiento selectivo llamado bevacizumab (Avastin®).

Un resultado o una mejora relacionados con el tratamiento se denomina "respuesta al tratamiento". Las cuatro posibles respuestas al tratamiento se describen a continuación.

- **Remisión completa** significa que no hay signos de cáncer en las pruebas de diagnóstico por imágenes, el examen físico ni los análisis de sangre para CA-125 realizados después del tratamiento.
- **Remisión parcial** significa que las pruebas muestran una disminución en la cantidad de cáncer, el tamaño del tumor o los niveles de CA-125. Significa que el cáncer mejoró, pero no desapareció por completo.
- **Enfermedad estable** significa que el cáncer no mejoró ni empeoró durante el tratamiento.
- **Progresión** significa que el cáncer continuó creciendo (progresando) durante o después del tratamiento.

Si la trataron con un régimen de quimioterapia que incluyó bevacizumab (Avastin®), consulte la Guía 6. Si el cáncer mejoró o siguió igual, tendrá la posibilidad de continuar el tratamiento con bevacizumab solo como terapia de mantenimiento.

Guía 6. Alternativas después de la quimioterapia con bevacizumab (Avastin®)

Experimentó remisión parcial o completa		
Opción 1: Terapia de mantenimiento con bevacizumab (Avastin®). **Opción 2:** Terapia de mantenimiento con olaparib (Lynparza®) (esta opción solo es para mujeres con mutaciones de *BRCA1/2*)	➔	Comenzar los controles para detectar la reaparición del cáncer. Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50.
El cáncer no mejoró ni empeoró (enfermedad estable)		
Terapia de mantenimiento con bevacizumab (Avastin®)	➔	Comenzar los controles para detectar la reaparición del cáncer. Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50.
El cáncer creció o se extendió (progresión)		
Comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente. Estas son sus alternativas: • Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos • Comenzar el tratamiento de apoyo • Comenzar el tratamiento de la recurrencia. El tratamiento de la recurrencia puede incluir medicamentos de quimioterapia, tratamiento selectivo, inmunoterapia y hormonoterapia. Consulte las Guías 9 y 11.		

Si la trataron con un régimen de quimioterapia que no incluyó bevacizumab (Avastin®), consulte la Guía 7.

Las mujeres con mutaciones en *BRCA1/2* que experimentaron remisión parcial o completa después de la quimioterapia (con o sin bevacizumab) tienen la opción de comenzar una terapia de mantenimiento con el inhibidor de la PARP olaparib (Lynparza®).

Si el cáncer siguió creciendo y extendiéndose (progresión) durante la quimioterapia (con o sin bevacizumab), se recomienda comenzar un tratamiento para la enfermedad persistente.

Guía 7. Alternativas después de la quimioterapia sin bevacizumab (Avastin®)

Experimentó remisión completa		
Opción 1: Participar de un ensayo clínico. **Opción 2:** Observar y esperar (sin tratamiento) **Opción 3:** Terapia de mantenimiento con olaparib (Lynparza®) (para mujeres con mutaciones de *BRCA1/2*)	➔	Comenzar los controles para detectar la reaparición del cáncer. Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50.

Experimentó remisión parcial

Opción 1: Terapia de mantenimiento con olaparib (Lynparza®) (para mujeres con mutaciones de *BRCA1/2*). Puede comenzar los controles para detectar la reaparición del cáncer. Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50.

Opción 2: Comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente. Estas son sus alternativas:

- Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos
- Comenzar el tratamiento de apoyo
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia. El tratamiento de la recurrencia puede incluir medicamentos de quimioterapia, tratamiento selectivo, inmunoterapia y hormonoterapia. Consulte las Guías 9 y 11.

El cáncer creció o se extendió (progresión)

Comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente. Estas son sus alternativas:

- Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos
- Comenzar el tratamiento de apoyo
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia. Las alternativas de tratamiento de la recurrencia pueden incluir quimioterapia, tratamiento selectivo, inmunoterapia y hormonoterapia. Consulte las Guías 9 y 11.

Otros cuidados

Control del estrés y los síntomas

El cáncer y su tratamiento causan síntomas molestos. El estrés de tener cáncer también provoca síntomas. Hay formas de tratar muchos de los síntomas, así que dígale a su equipo de tratamiento sobre cualquier molestia que tenga.

Los sentimientos de ansiedad y depresión son frecuentes entre las personas con cáncer. En su centro oncológico, encontrará asesores oncológicos, trabajadores sociales y otros expertos que pueden ayudarla. La ayuda puede incluir grupos de apoyo, terapia de conversación o medicamentos. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o relajándose.

Es posible que no tenga trabajo o no pueda ir a trabajar durante el tratamiento. Quizás tenga un seguro de salud modesto, o no tenga uno. Hable con su equipo de tratamiento sobre los problemas que tenga con el trabajo, el seguro o las finanzas. En el plan de tratamiento, se incluirá información para ayudarla a gestionar sus finanzas y costos médicos.

Tratamiento de apoyo

El tratamiento de apoyo es el que se da para aliviar los síntomas de cáncer o los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Busca mejorar la calidad de vida y aliviar las molestias que tenga. El tratamiento de apoyo se puede dar solo o en combinación con el tratamiento del cáncer.

Próximos pasos

- Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 50 para obtener información sobre cómo se controla que el cáncer de ovario no regrese y qué hacer si esto ocurre.

Cuando la cirugía no es una alternativa

Es posible que la cirugía inicial no sea lo mejor para algunas mujeres, según el tamaño y la ubicación del tumor. Realizarse una cirugía primero podría no ser una alternativa para las mujeres de edad avanzada, en estado frágil, con problemas para hacer sus actividades diarias o con otras afecciones graves.

Quimioterapia inicial

En estos casos, se podría iniciar con la quimioterapia para achicar el cáncer antes de realizar la cirugía. El nombre médico de este procedimiento es *quimioterapia neoadyuvante*. Es importante que un oncólogo ginecólogo participe en esta evaluación y en la decisión sobre el tratamiento. Es probable que le realicen una biopsia para confirmar que tiene cáncer de ovario antes de comenzar la quimioterapia.

Consulte la Guía 5 para ver los regímenes de quimioterapia con derivados de platino recomendados por los expertos de NCCN.

Si no la han derivado para una consulta con un asesor genético y no le realizaron las pruebas de *BRCA1/2,* esto se debería hacer en este momento.

Luego debe someterse a una cirugía, si es posible

Tras algunos ciclos de quimioterapia, su médico evaluará el estado del cáncer para determinar cómo funcionó la quimioterapia y si ahora es posible hacer una cirugía. El objetivo de la cirugía es retirar tanto cáncer como sea posible, así como los ovarios, las trompas de Falopio y el útero.

Si el cáncer **mejoró** después de tres ciclos de quimioterapia, se recomienda realizar una cirugía. Tras la cirugía, es probable que le den más quimioterapia, seguida de una terapia de mantenimiento.

Si el cáncer **siguió igual** después de 3 ciclos de quimioterapia, hay 3 opciones:

- Cirugía
- Continuar la quimioterapia (por un total de al menos 6 ciclos). Si el cáncer responde a la quimioterapia, se recomienda realizar la cirugía a continuación. Tras la cirugía, podría recibir más quimioterapia, seguida de una terapia de mantenimiento. Si el cáncer no responde, se debe comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente.
- Comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente

Si el cáncer **empeora (progresión)** se debe comenzar el tratamiento para la enfermedad persistente.

HIPEC

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) con cisplatino puede considerarse cuando se realice una cirugía a mujeres con enfermedad en estadio 3. Consulte la página 32 para obtener más información sobre este tipo de quimioterapia.

Enfermedad persistente

Si el cáncer continúa creciendo o extendiéndose durante la quimioterapia o la terapia de mantenimiento, se lo considera “enfermedad persistente”. Estas son algunas de las alternativas de tratamiento para el cáncer de ovario persistente:

- Participar en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos.
- Recibir el mejor tratamiento de apoyo. El tratamiento de apoyo es el que se da para aliviar los síntomas de cáncer o los efectos secundarios del tratamiento del cáncer. Busca mejorar la calidad de vida y aliviar las molestias que tenga. El tratamiento de apoyo se puede administrar solo. También puede recibirlo junto con el tratamiento para la recurrencia o dentro de un ensayo clínico.
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia. Las alternativas de tratamiento de la recurrencia pueden incluir quimioterapia, tratamiento selectivo, inmunoterapia y hormonoterapia. Consulte las Guías 10 y 11.

7
Fin del tratamiento

51 Controles para detectar la reaparición del cáncer

52 Seguimiento a largo plazo

53 Si el cáncer regresa

El tratamiento de seguimiento comienza cuando ya no hay signos de cáncer después de haber sido tratado. Se llama también cuidados de la supervivencia. Además de controlar que no regrese el cáncer, este seguimiento incluye el manejo de los efectos secundarios, mantenerse en contacto con su médico de cabecera y llevar un estilo de vida saludable.

Controles para detectar la reaparición del cáncer

Estar alerta al regreso del cáncer es tan importante como tratarlo. Si el cáncer de ovario regresa, detectarlo en forma temprana le dará más posibilidades de vencerlo.

Cuando termine el tratamiento, debe seguir viendo a su oncólogo de manera periódica. Durante los primeros dos años después del tratamiento, los expertos de NCCN recomiendan que consulte a su médico cada 2 a 4 meses. Durante los tres años siguientes, las visitas se pueden espaciar hasta que sean cada 3 a 6 meses. Luego, se recomienda una visita anual.

Muchas de las pruebas que se realizan para el seguimiento son las mismas que se usan para diagnosticar el cáncer de ovario. Muchas de las pruebas solo se hacen si es necesario. Esto significa que su médico decidirá si usted necesita alguna prueba específica de acuerdo con sus síntomas y otros factores.

El asesoramiento genético también se recomienda si no se hizo antes del tratamiento. El asesoramiento genético es una charla con un experto sobre el riesgo de padecer una enfermedad en función de ciertos cambios en los genes. Se recomienda hacerlo porque algunos problemas de salud, incluido el cáncer de ovario, pueden ser hereditarios. Es importante saber si tiene mutaciones genéticas, porque podría cumplir con los requisitos para recibir ciertos tratamientos selectivos nuevos.

Consulte la Guía 8 para consultar el cronograma recomendado de seguimiento y las pruebas que se usan para controlar la reaparición del cáncer.

Guía 8. Seguimiento después del tratamiento para todos los estadios

Cronograma de las visitas de seguimiento	Pruebas de seguimiento y otros cuidados
Después del tratamiento, debe realizar visitas de seguimiento de acuerdo con el siguiente cronograma: • **Primeros 2 años:** cada 2 a 4 meses • **Próximos 3 años:** cada 3 a 6 meses • **Después de 5 años:** una vez al año	• Examen físico y pélvico • Pruebas de diagnóstico por imágenes del pecho, el abdomen y la pelvis con TC, IRM, TEP/TC o TEP (según sea necesario) • Radiografía de tórax (según sea necesario) • Hemograma completo y perfil bioquímico (según sea necesario) • Análisis de sangre de CA-125 u otros marcadores tumorales (si sus niveles eran altos originalmente) • Derivación para evaluar el riesgo genético (si no la realizó) • Cuidado del bienestar general a largo plazo

Seguimiento a largo plazo

Además de controlar que no regrese el cáncer, este seguimiento incluye el manejo de los efectos secundarios, mantenerse en contacto con su médico de cabecera y llevar un estilo de vida saludable.

Usted es una sobreviviente de cáncer de ovario desde el día en que se enteró del diagnóstico. Para muchas sobrevivientes, el final del tratamiento activo marca un momento de celebración, pero también de ansiedad. Es normal sentirse así. Quizás necesite apoyo para tratar los problemas que surgen de no visitar regularmente a su equipo de atención oncológica. Además, su plan de tratamiento debería incluir un cronograma para realizar las pruebas de seguimiento del cáncer, el tratamiento de los efectos secundarios a largo plazo y el cuidado de su salud general.

Su médico de cabecera

Tras terminar el tratamiento del cáncer, su médico de cabecera jugará un papel importante en su atención. Su oncólogo y su médico de cabecera deben trabajar juntos para garantizar que usted reciba la atención de seguimiento que necesita. Su oncólogo debe crear un plan de supervivencia que incluya:

- Un resumen de todos los tratamientos oncológicos que se haya realizado (cirugías, quimioterapia, radiación, etc.).
- Una descripción de los efectos secundarios tardíos y a largo plazo que podría tener.
- Recomendaciones para los controles a fin de detectar la reaparición del cáncer.
- Información sobre cuándo se transferirá su atención a su médico de cabecera. El plan también debe indicar las responsabilidades específicas de su oncólogo y de su médico de cabecera.
- Recomendaciones para su salud y bienestar generales.

Vida saludable

Es importante no descuidar otros aspectos de su salud. Con solo hacer unas pocas cosas, hará una gran diferencia en su salud general, por ejemplo:

- Hágase pruebas de detección para otros tipos de cáncer. Su médico de cabecera le indicará qué otras pruebas de detección del cáncer debe hacerse de acuerdo con su sexo, su edad y su nivel de riesgo.
- Obtenga la atención médica recomendada para su edad y sexo, como el control de la presión sanguínea, pruebas de detección de la hepatitis C y vacunaciones (como la de la gripe).
- Mantenga un peso saludable y haga ejercicio con intensidad moderada al menos 30 minutos casi todos los días de la semana.
- Siga una dieta saludable con muchos alimentos vegetales y beba poco o nada de alcohol.
- Si fuma, ¡deje de hacerlo! Su equipo de tratamiento le ofrecerá o la pondrá en contacto con recursos para dejar de fumar

Si el cáncer regresa

La reaparición del cáncer después del tratamiento se llama recurrencia o recidiva. Su médico podría sospechar que el cáncer ha vuelto si:

- Sus niveles de CA-125 están subiendo pero no tiene síntomas y no se ve cáncer en las pruebas de diagnóstico por imágenes. Esto se denomina **recidiva bioquímica**.
- Se encontró cáncer en las pruebas de diagnóstico por imágenes de seguimiento. Esto se denomina **recidiva radiográfica**.
- Tiene síntomas de cáncer de ovario. Los síntomas pueden incluir dolor o hinchazón de la pelvis o el vientre, pérdida de peso sin motivo, molestias estomacales, estreñimiento, problemas para comer o llenarse rápido, fatiga o necesidad de orinar con frecuencia o con urgencia. Esto se denomina **recidiva clínica**.

Si no recibió quimioterapia

Si el cáncer regresa y todavía no se realizó quimioterapia, se tratará el cáncer como si el diagnóstico fuera nuevo. Esto significa que le realizarán una cirugía para extirpar el cáncer, y quizás luego le administren quimioterapia. El tipo de cirugía y su extensión dependen de cuánto se ha extendido el cáncer.

Si recibió quimioterapia

Si experimentó remisión completa después de la quimioterapia con derivados del platino y el cáncer regresó, sus alternativas de tratamiento dependen de lo siguiente:

- el tipo de recidiva (bioquímica, radiográfica o clínica), y
- cuánto tardó el cáncer en volver después de terminada la quimioterapia.

Si el cáncer regresa **más de 6 meses** después de completada la quimioterapia con derivados del platino, se lo llama *sensible a los derivados del platino*.

Si el cáncer regresa **menos de 6 meses** después de completada la quimioterapia con derivados del platino, se lo llama *resistente a los derivados del platino*.

Primeros pasos

Si se sospecha o confirma una recidiva, se harán más pruebas para obtener más información. A continuación se describen las pruebas que se le podrían realizar.

Pruebas de diagnóstico por imágenes

Si no se ha realizado pruebas de diagnóstico por imágenes recientemente, se las harán en este momento. Se podrían realizar una TC, una IRM, una TEP o una TEP/TC de su pecho, abdomen y pelvis.

Pruebas de marcadores tumorales

Si todavía no le han hecho análisis para detectar las siguientes mutaciones genéticas, debería hacérselos en este momento.

- Mutaciones en los genes *BRCA1* y *BRCA2*
- MSI o dMMR del ADN

Existe un marcador tumoral adicional que su médico podría evaluar, que se denomina *deficiencia en la recombinación homóloga*. Su médico podría evaluar este marcador tumoral porque el tratamiento con inhibidores de la PARP (como olaparib, rucaparib y niraparib) podría resultar particularmente efectivo en el tratamiento de cáncer de ovario en mujeres con deficiencia en la recombinación homóloga. En la Parte 2, *Pruebas para detectar el cáncer de ovario*, encontrará más información sobre los análisis de marcadores tumorales.

En las páginas que siguen, se explica el tratamiento del cáncer de ovario sensible y resistente a los derivados del platino que regresa después del tratamiento.

Cáncer de ovario sensible a los derivados del platino

Si experimentó la remisión completa después de recibir quimioterapia con derivados del platino y el cáncer regresó **más de 6 meses** después, el cáncer se considera "sensible a los derivados del platino". Esto significa que los medicamentos de quimioterapia derivados del platino funcionaron bien contra el cáncer. Por lo tanto, es posible que le indiquen nuevamente una quimioterapia con derivados del platino para tratar la recurrencia. Las alternativas para tratar la enfermedad sensible a los derivados del platino dependen de si usted tiene una recidiva bioquímica, clínica o radiográfica.

Guía 9. Tratamiento de la recurrencia para el cáncer epitelial de ovario sensible a los derivados del platino

Regímenes preferidos		
Quimioterapia		**Tratamiento selectivo**
• Carboplatino y gemcitabina • Carboplatino, gemcitabina y bevacizumab • Carboplatino y doxorrubicina liposomal con o sin bevacizumab	• Carboplatino y paclitaxel • Carboplatino, paclitaxel y bevacizumab • Cisplatino y gemcitabina	• Bevacizumab • Olaparib • Rucaparib

Otros regímenes recomendados				
Quimioterapia			**Tratamiento selectivo**	**Hormonoterapia**
• Altretamina • Carboplatino y docetaxel • Carboplatino y paclitaxel • Capecitabina	• Carboplatino • Cisplatino • Doxorrubicina • Ifosfamida • Irinotecán • Melfalán	• Oxaliplatino • Paclitaxel • Paclitaxel unido a albúmina • Pemetrexed • Vinorelbina	Pazopanib	• Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol) • Acetato de leuprolida • Acetato de megestrol • Tamoxifeno

Regímenes útiles en determinadas circunstancias	
Quimioterapia	**Inmunoterapia**
• Carboplatino y paclitaxel unido a albúmina (para hipersensibilidad a los taxanos) • Carboplatino y paclitaxel (para mujeres de más de 70 años)	Pembrolizumab (para tumores sólidos MSI-H o dMMR)

Recidiva clínica o radiográfica

Si tiene síntomas de cáncer de ovario (una recidiva clínica) o las pruebas de diagnóstico por imágenes muestran que el cáncer ha vuelto (recidiva radiográfica) después de la quimioterapia, su médico podría recomendar una cirugía para retirar todo el cáncer visible antes de aplicar otro tratamiento. Este procedimiento se llama "cirugía citorreductora". Las otras alternativas de tratamiento incluyen:

- Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos.
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia con quimioterapia con derivados del platino. **Esta es la alternativa de preferencia de los expertos de NCCN si esta es su primera recurrencia.** Consulte la Guía 9 para obtener información sobre los regímenes de quimioterapia para recurrencia con derivados del platino. Consulte la Guía 10 para saber los próximos pasos en función de cómo funcione el tratamiento de la recurrencia.
- Comenzar un tipo de tratamiento distinto para la recurrencia (que no sea quimioterapia con derivados del platino). Consulte la Guía 9 para conocer las alternativas. En este caso, también se podría administrar radioterapia para ayudar con los síntomas.

Recidiva bioquímica

Si sus niveles de CA-125 están aumentando gradualmente pero no hay otros signos de recurrencia (recidiva bioquímica), tiene algunas opciones:

- Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos.
- Esperar hasta tener síntomas (recidiva clínica) para comenzar a tratar la recurrencia.
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia con quimioterapia con derivados del platino de inmediato. La Guía 9 presenta los tratamientos para la recurrencia recomendados para el cáncer de ovario sensible a los derivados del platino. Consulte la Guía 10 para saber los próximos pasos en función de cómo funcione el tratamiento de la recurrencia.

Guía 10. Tratamiento después de la recurrencia con quimioterapia con derivados del platino

Respuesta	Alternativas de tratamiento
Respuesta completa o parcial	**Opción 1:** Terapia de mantenimiento con bevacizumab (Avastin™) (solo si el tratamiento de la recurrencia incluyó bevacizumab) **Opción 2:** Terapia de mantenimiento con un inhibidor de la PARP (si completó 2 o más rondas de tratamiento con derivados del platino). Niraparib (Zejula™), olaparib (Lynparza®) y rucaparib (Rubraca®) son otras opciones. **Opción 3:** Observar y esperar (sin tratamiento)
Sin respuesta o si el cáncer empeoró	**Opción 1:** Inscribirse en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos. **Opción 2:** Más tratamiento de la recurrencia. Consulte la Guía 8 para conocer las alternativas. También se podría dar radioterapia para ayudar con los síntomas. **Opción 3:** El mejor tratamiento de apoyo se puede combinar con cualquiera de las opciones anteriores.

Cáncer de ovario resistente a los derivados del platino

Si experimentó remisión completa y el cáncer regresó **menos de 6 meses** después de que terminó la quimioterapia con derivados del platino, el cáncer se considera "resistente a los derivados del platino". Esto significa que los medicamentos de quimioterapia derivados del platino, como cisplatino y carboplatino no funcionaron bien contra el cáncer. Por lo tanto, se recomienda un tipo distinto de medicamento para tratar la recurrencia. Estas son algunas de las alternativas para tratar el cáncer de ovario resistente a los derivados del platino:

- Participar en un ensayo clínico que esté evaluando medicamentos nuevos.
- Comenzar el tratamiento de la recurrencia. El tratamiento de la recurrencia puede incluir quimioterapia, hormonoterapia, inmunoterapia y medicamentos de tratamiento selectivo. También le pueden ofrecer radioterapia para ayudarla con los síntomas del cáncer.
- Recibir el mejor tratamiento de apoyo (se puede combinar con cualquiera de las opciones anteriores).

Guía 11. Tratamiento de la recurrencia para el cáncer epitelial de ovario resistente a los derivados del platino

Regímenes preferidos		
Quimioterapia		**Tratamiento selectivo**
• Ciclofosfamida (oral) y bevacizumab • Docetaxel • Etopósido (oral) • Gemcitabina • Doxorrubicina liposomal	• Doxorrubicina liposomal y bevacizumab • Paclitaxel (semanalmente) • Paclitaxel (semanalmente) y bevacizumab • Topotecán • Topotecán/bevacizumab	• Bevacizumab • Olaparib • Rucaparib

Otros regímenes recomendados				
Quimioterapia			**Tratamiento selectivo**	**Hormonoterapia**
• Altretamina • Capecitabina • Ciclofosfamida • Doxorrubicina • Ifosfamida • Irinotecán	• Melfalán • Oxaliplatino • Paclitaxel • Paclitaxel unido a albúmina	• Pemetrexed • Sorafenib y topotecán • Vinorelbina	Pazopanib	• Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol) • Acetato de leuprolida • Acetato de megestrol • Tamoxifeno

Regímenes útiles en determinadas circunstancias
Inmunoterapia
Pembrolizumab (para tumores sólidos MSI-H o dMMR)

DESTACADO:

Reacciones de hipersensibilidad

Al usar en forma repetida carboplatino o cisplatino, aumenta el riesgo de que tenga una reacción de hipersensibilidad (también llamada reacción alérgica), que podría poner en peligro su vida. Si su equipo de tratamiento no lo ha mencionado, aquí le presentamos algunas preguntas que puede hacerles para informarse más sobre este riesgo.

- ¿Qué tan probable es que tenga una reacción alérgica a la quimioterapia?
- ¿Cómo me doy cuenta si estoy experimentando una reacción alérgica? ¿Cuáles son los síntomas?
- ¿Sabe el personal cercano lo que debe hacer ante una reacción de hipersensibilidad?
- ¿Hay equipo médico adecuado disponible en caso de que tenga una reacción alérgica?

8
Toma de decisiones acerca del tratamiento

59	Es su decisión
59	Preguntas para los médicos
64	Cómo decidir entre varias opciones
65	Repaso
65	Sitios web

Descubrir que tiene cáncer puede ser muy estresante. Mientras acepta el hecho de que tiene cáncer, también debe aprender sobre los estudios y tratamientos. Además, podría resultarle poco el tiempo que tiene para decidirse por un plan de tratamiento. Este capítulo describe formas de facilitar su decisión sobre un plan de tratamiento.

Es su decisión

El papel que las pacientes desean desempeñar al elegir su tratamiento puede diferir. Es posible que se sienta incómoda teniendo que tomar decisiones acerca del tratamiento. Esto puede deberse al alto nivel de estrés. Puede resultar difícil oír o saber lo que dicen los demás. El estrés, el dolor y los medicamentos pueden limitar su capacidad para tomar buenas decisiones.Es posible que se sienta incómoda porque no sabe mucho sobre el cáncer. Nunca había oído las palabras que se utilizan para describir el cáncer, los estudios y los tratamientos. De igual modo, es posible que crea que su opinión no sea mejor que la de sus médicos.

Dejar que los demás decidan qué opción es mejor puede hacerla sentir más relajada. No obstante, ¿quién desea que tome las decisiones por usted? Puede confiar en los médicos para que ellos tomen las decisiones correctas. Sin embargo, es posible que sus médicos no le digan cuál elegir si hay diversas opciones buenas. También puede pedir ayuda a sus seres queridos. Ellos pueden recopilar información, hablar en su nombre y compartir la toma de decisiones con sus médicos. Aun cuando los demás decidan qué tratamiento recibirá, usted debe firmar un consentimiento.

Por otro lado, es posible que desee tomar la delantera o compartir la toma de decisiones. En el caso de compartir la toma de decisiones, sus médicos y usted comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo sobre un plan de tratamiento.

Sus médicos conocen la ciencia detrás de su plan, pero usted conoce sus intereses y objetivos. Al trabajar juntos, podrá decidirse por un plan que funcione para usted de acuerdo con sus necesidades y su salud personal.

Preguntas para los médicos

Probablemente se reúna con expertos de diferentes campos de la medicina. Es útil hablar con cada uno de ellos. Prepare las preguntas antes de su visita y haga preguntas si la información no es clara. También puede solicitar copias de su historia clínica. Podría resultarle útil tener a un familiar o amigo en estas visitas para que escuche con atención e incluso tome notas. Es posible que también pueda asistir un defensor o un orientador de pacientes. Pueden ayudarle a hacer preguntas y recordar lo que se dijo.

Las preguntas que siguen son sugerencias basadas en la información que contiene este libro. No dude en usar estas preguntas o crear las suyas y hacérselas a su médico o a otros miembros de su equipo de tratamiento.

Preguntas para los médicos sobre las pruebas

1. ¿Qué pruebas tendré que hacerme?
2. ¿Dónde me harán las pruebas? ¿Tendré que ir al hospital?
3. ¿Cuánto tardarán? ¿Estaré despierta?
4. ¿Alguna de las pruebas es dolorosa?
5. ¿Cuáles son los riesgos?
6. ¿Cómo me preparó para la prueba?
7. ¿Debo traer una lista de mis medicamentos?
8. ¿Debe acompañarme alguien?
9. ¿Cuándo sabré los resultados de las pruebas?
10. ¿Quién me explicará los resultados de las pruebas?
11. ¿Puedo llevarme una copia de los resultados y el informe del patólogo?
12. ¿Quién hablará conmigo sobre los próximos pasos? ¿Cuándo?

Preguntas para los médicos sobre el tratamiento

1. ¿Qué tratamientos recomienda?
2. ¿Me harán más de un tratamiento?
3. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de cada tratamiento? ¿Cuáles son los efectos secundarios?
4. Mi edad, mi estado de salud general y otros factores, ¿afectarán mis alternativas?
5. ¿Me ayudaría a buscar una segunda opinión?
6. ¿Cuándo debería comenzar el tratamiento? ¿Cuánto tiempo toma el tratamiento?
7. ¿Dónde me tratarán? ¿Debo quedarme en el hospital o podré irme a casa después de cada tratamiento?
8. ¿Qué puedo hacer para prepararme para el tratamiento?
9. ¿Cuáles podrían ser los síntomas durante el tratamiento?
10. ¿Cuánto cuesta el tratamiento? ¿Cómo puedo averiguar cuánto cubrirá mi compañía de seguro médico?
11. ¿Cuál es la probabilidad de que no tenga cáncer después del tratamiento?
12. ¿Cuál es la probabilidad de que vuelva el cáncer?
13. ¿Qué debo hacer después de finalizar el tratamiento?
14. ¿Hay servicios de apoyo que pueda usar? ¿Grupos de apoyo?

Preguntas para los médicos sobre los ensayos clínicos

1. ¿Qué ensayo clínico es el mejor para mí?
2. ¿Cuál es el objetivo del ensayo?
3. ¿Cuántas personas participarán en el ensayo clínico?
4. ¿Cuáles son las pruebas y tratamientos de este ensayo? ¿Con qué frecuencia se realizan?
5. ¿Se ha usado este tratamiento antes? ¿Se ha usado para otros tipos de cáncer?
6. ¿Qué efectos secundarios podría sufrir con este tratamiento? ¿Pueden controlarse los efectos secundarios?
7. ¿Por cuánto tiempo participaré en el ensayo clínico?
8. ¿Podré recibir otro tratamiento si este no funciona?
9. ¿Cómo sabrá que el tratamiento está funcionando?
10. ¿Quién me ayudará a entender los costos del ensayo clínico?

¿Qué experiencia tiene?

Cada vez más investigaciones demuestran que los pacientes tratados por médicos más experimentados obtienen mejores resultados. Es importante saber si un médico es experto en el tratamiento del cáncer que está ofreciendo.

1. ¿Tiene certificación de especialidad? Si es así, ¿en qué área?
2. ¿Cuántos pacientes como yo ha tratado?
3. ¿Cuántos procedimientos como el que me sugiere ha realizado?
4. ¿Este tratamiento es una parte importante de su ejercicio profesional?
5. ¿Cuántos de sus pacientes han sufrido complicaciones?

Cómo decidir entre varias opciones

Decidir qué opción es la mejor puede resultar difícil. Los médicos de diferentes campos de la medicina pueden tener diferentes opiniones sobre cuál es la mejor opción para usted. Esto puede ser muy confuso. Es posible que su cónyuge o pareja no coincidan con la opción que usted desea. Esto puede ser estresante. En algunos casos, no se ha demostrado que una opción sea más efectiva que otra y, por lo tanto, la ciencia no resulta útil. A continuación, se describen algunas maneras de decidir sobre el tratamiento.

Obtener una segunda opinión

Aún si se siente cómoda con su médico y confía en él, podría resultarle útil obtener una segunda opinión. Deberá mostrarle los resultados de sus pruebas a otro médico. Ellos podrán sugerir un plan de tratamiento o revisar el que usted haya recibido.

Puede prepararse de la siguiente forma:

- Verifique las normas sobre segundas opiniones de su compañía de seguro. Necesita estar al tanto de los costos que usted deberá pagar de su bolsillo por los médicos que no sean parte de su plan de seguro.
- Planifique que le envíen copias de todos sus registros al médico que verá para la segunda opinión. Haga esto bastante tiempo antes de su cita. Si tiene problemas para lograr que envíen sus registros, recójalos usted misma y llévelos a la cita.
- Si el nuevo médico le brinda otras recomendaciones, programe una cita con su primer médico para hablar sobre las diferencias. Haga todo lo necesario para sentirse confiada con su diagnóstico y su plan de tratamiento.

Cómo obtener apoyo

Los grupos de apoyo suelen incluir personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar en el proceso de toma de decisiones, mientras otras pueden haber terminado el tratamiento. En los grupos de apoyo, puede hacer preguntas y oír las experiencias de las demás personas con cáncer de ovario. Si no hay grupos de apoyo para mujeres con cáncer de ovario en su hospital o su comunidad, revise los sitios web de las páginas que siguen.

También puede comunicarse con un trabajador social o un psicólogo. Ellos pueden ayudarle a encontrar maneras de sobrellevar su afección y derivarla a servicios de apoyo. Estos servicios también podrían servirles a sus familiares, amigos y a quienes tengan niños para conectarse y recibir apoyo.

Puntos a recordar

- ✓ Cada opción de tratamiento tiene beneficios y riesgos. Tenga en cuenta esto cuando decida qué opción es la mejor para usted.
- ✓ Hablar con los demás podría ayudarla a identificar beneficios y riesgos en los que no había pensado.

Repaso

- La toma de decisiones compartida es un proceso en el cual usted y sus médicos planifican el tratamiento en conjunto.
- Hacer preguntas a los médicos es vital para obtener la información que necesita para tomar decisiones informadas.
- Obtener una segunda opinión, asistir a grupos de apoyo y comparar los beneficios y riesgos pueden ayudarle a decidir qué tratamiento es el mejor para usted.

Sitios web

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

National Ovarian Cancer Coalition
ovarian.org

Ovarcome
ovarcome.org

Ovarian & Breast Cancer Alliance del estado de Washington
knowthesymptoms.org

Ovarian Cancer Research Alliance
ocrahope.org

Sharsheret
sharsheret.org

Palabras que debe saber

AAF
aspiración con aguja fina

abdomen
La zona del vientre entre el pecho y la pelvis.

ACE
antígeno carcinoembrionario

ADN
ácido desoxirribonucleico

agente derivado del platino
Un medicamento para el cáncer que se hace con platino. Estos medicamentos dañan el ADN de las células y les impiden crear células nuevas, lo que hace que mueran.

análisis genéticos
Pruebas que buscan cambios en las instrucciones codificadas (genes) que aumentan el riesgo de sufrir ciertas enfermedades.

anestesia general
Pérdida controlada de la vigilia debido a los medicamentos.

antígeno del cáncer 125 (CA-125)
Es una proteína con moléculas de azúcar y la fabrican las células normales y las células del cáncer de ovario.

aparato reproductor
El grupo de órganos que se encarga de tener bebés. En las mujeres, este aparato está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

ascitis
Acumulación anormal de líquido en el vientre (abdomen) o la pelvis.

asesor genético
Un experto de la salud que tiene capacitación especial para ayudar a los pacientes a comprender los cambios en los genes que se relacionan con enfermedades.

asesoramiento genético
Una charla con un experto sobre el riesgo de padecer una enfermedad en función de ciertos cambios en los genes.

β-hCG
gonadotropina coriónica humana beta

biopsia
Extirpación de pequeñas cantidades de tejido del cuerpo que se estudian para comprobar si hay enfermedad.

cáncer de ovario hereditario
Cáncer de ovario causado por información codificada anormal en las células que se transmiten de padres a hijos.

cáncer epitelial de ovario
El cáncer que comienza en las células que forman la capa exterior de tejido que rodea los ovarios.

cápsula
Una capa delgada de tejido que rodea un órgano, como la piel de una manzana.

cavidad peritoneal
El espacio dentro del vientre (abdomen) que contiene los órganos como los intestinos, el estómago y el hígado.

célula clara
Uno de los cuatro subtipos celulares principales del cáncer de ovario.

célula estromal
Células que forman los tejidos conjuntivos y estructurales que sostienen el ovario.

célula germinal
Células reproductoras que se convierten en óvulos en las mujeres y en espermatozoides en los hombres.

células epiteliales
Las células que forman la capa exterior de tejido que rodea a los órganos del cuerpo.

ciclo menstrual
Cambios en el útero y los ovarios que preparan el cuerpo de las mujeres para el embarazo.

cirugía citorreductora
Cirugía en la que se retira tanto cáncer como es posible. También se llama citorreducción.

cirugía con preservación de la fertilidad
Una cirugía que solo extirpa un ovario y una trompa de Falopio, de manera que la paciente no pierda la capacidad de tener bebés.

cirugía de finalización
Cirugía en la que se extirpa lo que quede de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y el cáncer que puede verse.

citorreducción
Cirugía en la que se retira tanto cáncer como es posible. También se llama cirugía citorreductora.

cuello uterino
La parte baja del útero que se conecta con la vagina.

dMMR
reparación de desajustes deficiente

ecografía
Un procedimiento que usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo.

enfermedad persistente
Cáncer que permaneció igual (no mejoró ni empeoró) durante el tratamiento.

ensayo clínico
Investigación sobre un estudio o tratamiento para evaluar su seguridad y eficacia.

epiplón
Una capa de tejido graso que cubre los órganos del vientre (abdomen).

estadificación del cáncer
El proceso de clasificar y describir la extensión del cáncer en el cuerpo.

estadificación quirúrgica
El proceso de descubrir cuánto se ha extendido el cáncer realizando pruebas y procedimientos durante la cirugía para extirpar el cáncer.

estadio del cáncer
Una clasificación acerca de los tumores y la extensión del cáncer en el cuerpo.

evaluación gastrointestinal (GI)
Una prueba en la que se ven los órganos por los que pasan los alimentos cuando come.

examen pélvico
Un examen médico de los órganos femeninos de la pelvis.

ganglios linfáticos
Pequeños grupos de células especiales que combaten enfermedades que se encuentran en todo el cuerpo.

genes *BRCA1* o *BRCA2*
Información codificada dentro de las células que ayuda a evitar el crecimiento de tumores al arreglar las células dañadas y ayudar a las células a crecer normalmente. Los cambios anormales en estos genes aumentan las probabilidades de desarrollar cáncer de seno y ovario.

glóbulo blanco
Un tipo de célula sanguínea que ayuda a combatir las infecciones en el cuerpo.

grado del cáncer
Es una escala que indica cuánto se parecen las células cancerosas a las células normales.

hemograma completo (CBC)
Análisis de la cantidad de glóbulos sanguíneos.

histerectomía
Una cirugía para extirpar el útero.

hormona
Sustancias químicas en el cuerpo que activan células u órganos.

hormonoterapia
Un tratamiento que detiene la fabricación o la acción de las hormonas en el cuerpo.

imagen por resonancia magnética (IRM)
Una prueba que usa ondas sonoras e imanes potentes para tomar fotografías del interior del cuerpo.

implante
Células cancerosas que se desprenden del tumor primario y forman nuevos tumores en la superficie de los órganos y tejidos cercanos.

implante invasivo
Células cancerosas que se desprenden del tumor primario y crecen dentro del tejido estructural de los órganos cercanos (los invaden).

implante no invasivo
Células de cáncer que se desprenden del tumor primario y crecen en la superficie de los órganos y tejidos cercanos, pero que no crecen dentro de ellos (no los invaden).

infusión
Una forma de administrar medicamentos lentamente con una aguja que se coloca en la vena.

inhibidor de poli (ADP-ribosa) polimerasa (PARP)
Un tipo de tratamiento selectivo que bloquea una proteína celular llamada PARP que ayuda a reparar el ADN dañado.

intraperitoneal (IP)
Que se administra directamente dentro del vientre (abdomen) a través de un tubo delgado.

intravenoso/a (IV)
Que se administra con una aguja o un tubo (catéter) dentro de una vena.

laparotomía
Cirugía en la que se hace un corte largo y vertical en la pared del vientre (abdomen).

lavado
Muestra de líquido que se evalúa en busca de células cancerosas, luego de que este líquido se usó para "lavar" el interior del vientre (cavidad peritoneal).

lavado peritoneal
Una prueba en la cual se usa un líquido especial para lavar el interior del vientre (cavidad peritoneal) para buscar células cancerosas.

LCOH
histopatologías ováricas menos frecuentes

LDH
lactato deshidrogenasa

LHRH
hormona liberadora de la hormona luteinizante

linfa
Fluido transparente que contiene glóbulos blancos para luchar contra las infecciones y las enfermedades.

marcador tumoral
Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer.

medio de contraste
Sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico sean más claras.

menopausia
El momento en el que cesan los ciclos menstruales.

metástasis
Tumores formados por células cancerosas que se extendieron del primer tumor a otras partes del cuerpo.

metástasis
Diseminación de las células cancerosas del primer tumor a otra parte del cuerpo.

metástasis microscópica
Células cancerosas que se han extendido del primer tumor a otra parte del cuerpo, pero son muy pequeñas para verlas a simple vista.

microscopio
Una herramienta que usa lentes para ver cosas muy pequeñas que no se ven a simple vista.

MMR
reparación de desajustes

MSI
inestabilidad microsatelital

MSI-H
inestabilidad microsatelital alta

mutación
Un cambio anormal en las instrucciones en las células para fabricar y controlar las células.

neuropatía
Un problema en los nervios que causa dolor, hormigueo y entumecimiento en las manos y los pies.

observación
Un período de prueba en el que se evalúa si crece el cáncer.

oncólogo ginecólogo
Un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores de las mujeres.

oncólogo médico
Médico que se especializa en tratamiento de cáncer con medicamentos, como la quimioterapia.

ovario
Uno de los dos órganos femeninos que fabrican óvulos para la reproducción (hacer bebés) y genera hormonas.

ovarios
El par de órganos femeninos que fabrica óvulos para la reproducción (hacer bebés) y genera hormonas.

patólogo
Médico experto en el análisis de células y tejido para detectar enfermedades.

pelvis
El área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

perfil bioquímico sanguíneo
Una prueba que mide la cantidad de varias sustancias químicas en una muestra de sangre.

peritoneo
La capa de tejido que recubre el interior del vientre (abdomen) y la pelvis y cubre la mayoría de los órganos que se encuentran en ese espacio.

pronóstico
La evolución y el resultado probables de una enfermedad.

prueba de diagnóstico por imágenes
Estudios que toman fotografías (imágenes) del interior del cuerpo.

prueba de función hepática
Un análisis de sangre que mide las sustancias químicas que se fabrican o se procesan en el hígado con el fin de evaluar cómo funciona.

quimioterapia
Medicamentos que matan las células que crecen rápido en todo el cuerpo, tanto las cancerosas como las normales.

quimioterapia con derivados del platino
Tratamiento con dos o más medicamentos de quimioterapia en el que el fármaco principal es un derivado del platino. Algunos de estos fármacos son el cisplatino y el carboplatino.

quimioterapia intraperitoneal (IP)
Medicamentos de quimioterapia que se administran directamente dentro del vientre (abdomen) a través de un tubo delgado.

quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)
Un tratamiento del cáncer en el que se llena la cavidad abdominal con medicamentos de quimioterapia que antes se calientan.

quimioterapia intravenosa (IV)
Medicamentos de quimioterapia que se administran con una aguja o un tubo (catéter) dentro de una vena.

radiografía de tórax
Una prueba que usa rayos x para tomar imágenes del interior del pecho.

radiólogo
Médico experto en interpretación de pruebas de diagnóstico por imágenes (los estudios que toman fotografías del interior del cuerpo).

radiomarcador para el azúcar
Una forma de azúcar que se coloca en su cuerpo y libera una pequeña cantidad de energía que es absorbida por las células activas.

recidiva
La reaparición del cáncer después del tratamiento. También se llama recurrencia.

recidiva bioquímica
Una elevación en los niveles de CA-125 indica que el cáncer volvió después del tratamiento.

recidiva clínica
Signos físicos o síntomas que indican que el cáncer volvió después del tratamiento.

recidiva radiográfica
Las pruebas de diagnóstico por imágenes muestran que el cáncer regresó después del tratamiento.

recurrencia
La reaparición del cáncer después del tratamiento. También se llama recidiva.

régimen
Un plan de tratamiento que especifica el/los medicamento/s, la dosis, los horarios y la duración del tratamiento.

régimen combinado
El uso de dos o más medicamentos.

resistente a los derivados del platino
Cuando los medicamentos para el cáncer derivados del platino, como el cisplatino y el carboplatino, no funcionan bien contra la enfermedad.

respuesta al tratamiento
Un resultado o una mejora relacionados con el tratamiento.

respuesta completa
Todos los signos y síntomas de cáncer desaparecieron después del tratamiento.

salpingooforectomía bilateral (SOB)
Cirugía para extirpar ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

salpingooforectomía unilateral (SOU)
Cirugía para extirpar un ovario con su trompa de Falopio.

sensible a los derivados del platino
Cuando los medicamentos para el cáncer derivados del platino, como el cisplatino y el carboplatino, funcionan bien contra la enfermedad.

seroso
El subtipo celular más frecuente del cáncer de ovario.

síndrome de Lynch
Cambios anormales en los genes que aumentan la probabilidad de sufrir cáncer de colon, rectal, endometrial, ovárico y otros tipos. También se llama cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis.

sofocos
Una afección que se caracteriza por tener mucho calor y sudar por períodos cortos.

subtipo celular
Grupos más pequeños en los que se clasifica el tipo de cáncer en función de cómo se ven las células cancerosas bajo el microscopio.

taxano
Un tipo de medicamento para el cáncer que bloquea ciertas partes de la célula y le impiden dividirse para formar dos células nuevas.

TKI
inhibidor de la tirosina cinasa

TMMM
tumor mülleriano mixto maligno

tomografía computada (TC)
Una prueba que usa rayos x de varios ángulos para tomar imágenes del interior del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)
Una prueba que usa un radiomarcador para el azúcar (una forma de azúcar que se pone en su cuerpo y libera una pequeña cantidad de azúcar que es absorbida por las células activas) para ver la forma y el funcionamiento de los órganos y tejidos de su cuerpo.

tomografía por emisión de positrones (TEP)/ tomografía computada (TC)
Una prueba que usa un radiomarcador para el azúcar y rayos x de varios ángulos para observar la forma y el funcionamiento de los órganos y tejidos dentro de su cuerpo.

tracto gastrointestinal
El grupo de órganos por los que pasan los alimentos cuando come.

tratamiento adyuvante
El tratamiento que se utiliza después del principal para eliminar el cáncer del cuerpo.

tratamiento de apoyo
Tratamiento que se da para aliviar los síntomas de una enfermedad. También se le llama “cuidados paliativos”.

tratamiento de la recurrencia
El tratamiento que se da después de que los tratamientos anteriores no lograron eliminar todo el cáncer o evitar que regrese.

tratamiento de mantenimiento
Tratamiento que se da para continuar (mantener) los buenos resultados de un tratamiento anterior.

tratamiento selectivo
Un tratamiento con medicamentos dirigidos específicamente a una característica específica o única de las células cancerosas.

trompa de Falopio
Un tubo delgado a través del cual viaja el óvulo hacia el útero.

tumor
Una masa anormal formada por el crecimiento excesivo de las células.

tumor epitelial limítrofe (de bajo potencial maligno)
Un tumor formado por células anormales que se inicia en las células epiteliales del ovario. Este tipo de tumor crece lentamente y no invade otros tejidos.

tumor primario
La primera masa de células cancerosas en el cuerpo.

útero
El órgano femenino en el que crecen los bebés durante el embarazo. También se lo llama “matriz”.

vagina
El conducto muscular hueco de las mujeres a través del cual nacen los bebés.

vasos linfáticos
Tubos delgados que transportan la linfa, un fluido transparente que contiene glóbulos blancos para combatir las infecciones y las enfermedades en todo el cuerpo.

vena
Un vaso sanguíneo que lleva sangre de vuelta al corazón desde todo el cuerpo.

Colaboradores de NCCN

Estas pautas para pacientes se basan en las Pautas de NCCN para la práctica clínica en oncología (Pautas NCCN Guidelines®) para el cáncer de ovario. Fueron adaptadas, revisadas y publicadas con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, MS
Directora, Operaciones de información para pacientes

Laura J. Hanisch, PsyD
Redactora médica/Especialista en información para pacientes

Erin Vidic, MA
Redactora médica

Rachael Clarke
Correctora médica sénior

Tanya Fischer, MEd, MSLIS
Redactora médica

Kim Williams
Gerenta de servicios creativos

Susan Kidney
Especialista en diseño

Las Pautas de NCCN para la práctica clínica en oncología (Pautas NCCN Guidelines®) para el cáncer de ovario, versión 1.2019 fueron desarrolladas por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Deborah K. Armstrong, MD/Presidenta
The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

Ronald D. Alvarez, MD/Vicepresidente
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Jamie N. Bakkum-Gamez, MD
Mayo Clinic Cancer Center

* Lisa Barroilhet, MD
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Kian Behbakht, MD
University of Colorado Cancer Center

Andrew Berchuck, MD
Duke Cancer Institute

Jonathan S. Berek, MD, MMS
Stanford Cancer Institute

Lee-may Chen, MD
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Mihaela Cristea, MD
City of Hope National Medical Center

* Marie DeRosa, RN
Patient Advocate

* Adam C. ElNaggar, MD
St. Jude Children's Research Hospital/ University of Tennessee Health Science Center

David M. Gershenson, MD
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Heidi J. Gray, MD
Fred Hutchinson Cancer Research Center/ Seattle Cancer Care Alliance

Ardeshir Hakam, MD
Moffitt Cancer Center

Angela Jain, MD
Fox Chase Cancer Center

Carolyn Johnston, MD
University of Michigan Rogel Cancer Center

Charles A. Leath III, MD
O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB

Joyce Liu, MD
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

Haider Mahdi, MD, MPH
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Daniela Matei, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Michael McHale, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Karen McLean, MD, PhD
University of Michigan Rogel Cancer Center

David M. O'Malley, MD
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Richard T. Penson, MD, MRCP
Massachusetts General Hospital Cancer Center

Sanja Percac-Lima, MD
Massachusetts General Hospital Cancer Center

Elena Ratner, MD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Steven W. Remmenga, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

* Paul Sabbatini, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Theresa L. Werner, MD
Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Emese Zsiros, MD, PhD
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Personal de la NCCN

Jennifer Burns
Guidelines Coordinator

Anita Engh, PhD
Científica en oncología/Redactora médica

* Revisaron estas pautas para pacientes.
Para divulgaciones, visite www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania
+1 800.789.7366
pennmedicine.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 800.999.5465
nebraskamed.com/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
+1 800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
+1 866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
+1 216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Ángeles, California
+1 800.826.4673
cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
+1 877.332.4294
dfbwcc.org
massgeneral.org/cancer

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte
+1 888.275.3853
dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania
+1 888.369.2427
foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
at the University of Utah
Salt Lake City, Utah
+1 877.585.0303
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
+1 206.288.7222 • seattlecca.org
+1 206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center at Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
+1 410.955.8964
hopkinskimmelcancercenter.org

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
+1 866.587.4322
cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 800.446.2279 • Arizona
+1 904.953.0853 • Florida
+1 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
Nueva York, Nueva York
+1 800.525.2225
mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
+1 800.456.3434
moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
+1 800.293.5066
cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
+1 800.822.0933
uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, Nueva York
+1 877.275.7724
roswellpark.org

Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine
St. Louis, Misuri
+1 800.600.3606
siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 888.226.4343 • stjude.org
+1 901.683.0055 • westclinic.com

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
+1 877.668.7535
cancer.stanford.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
+1 858.657.7000
cancer.ucsd.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
+1 800.689.8273
cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
+1 720.848.0300
coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
+1 800.865.1125
rogelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
+1 800.392.1611
mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700
uwhealth.org/cancer

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
+1 800.811.8480
vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW
yalecancercenter.org

Índice

alfafetoproteína 18

antígeno carcinoembrionario (ACE) 18

asesoramiento genético 12 a 13, 19, 48, 51

CA 19-9 18

CA-125 12, 17, 19, 38, 40, 43 a 45, 51, 53, 55

cirugía con preservación de la fertilidad 29, 38 a 39

citorreducción 29 a 30, 43

deficiencia en la recombinación homóloga 53

ensayo clínico 26 a 36, 45 a 46, 49, 55 a 56, 62

estadificación quirúrgica 21, 22, 27, 30, 39, 43

genes BRCA 13, 19, 33 a 34, 39, 45, 46, 48, 53

gonadotropina coriónica humana beta 18

grado del cáncer 25, 27, 40, 41

histopatologías ováricas menos frecuentes (LCOH) 8

hormonoterapia 34 a 36, 45 a 46, 49, 54, 56

implante 9, 24

inestabilidad microsatelital (MSI) 18, 34, 53 a 54, 56

inhibina 18

inmunoterapia 34, 45 a 46, 49, 54, 56

lactato deshidrogenasa (LDH) 18

PD-L1 34

quimioterapia 32 a 33, 36, 39, 40 a 41, 44 a 46, 48 a 49, 53 a 57

quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) 32, 48

reparación de desajustes deficiente (dMMR) 18, 34, 53 a 54, 56

salpingooforectomía bilateral (SOB) 29, 39, 43

terapia de mantenimiento 45 a 46, 48 a 49, 55

tratamiento de apoyo 41, 45 a 47, 49, 55 a 56

tratamiento selectivo 33 a 34, 36, 45 a 46, 49, 51, 54, 56

NCCN GUIDELINES FOR PATIENTS®

Cáncer de ovario

Cáncer epitelial de ovario

2019

NCCN Foundation® agradece y reconoce el apoyo de nuestros colaboradores de la industria, AstraZeneca, Pfizer Inc. y Tesaro, Inc., por su respaldo para crear estas Pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients®. NCCN desarrolla y distribuye de forma independiente las pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients. Nuestros colaboradores no participan de la elaboración de estas pautas de la NCCN para pacientes NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan por el contenido ni las recomendaciones incluidos en el presente.

National Comprehensive Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
+1 215.690.0300

NCCN.org/patients – Para pacientes | NCCN.org – Para médicos

PAT-N-1156-0619