



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2025

Cáncer de ovario



Presentada con el apoyo de



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK®
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



National Comprehensive
Cancer Network®

¿Sabía que los principales centros oncológicos de los Estados Unidos colaboran para mejorar la atención oncológica? Esta alianza de los principales centros oncológicos se denomina National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Esta NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer epitelial de ovario/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, versión 3.2025, del 16 de julio de 2025.

Conozca cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients

[NCCN.org/patient-guidelines-process](https://www.nccn.org/patient-guidelines-process)

Ver NCCN Guidelines for Patients
gratis en internet

[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)

Buscar un centro oncológico de
NCCN cerca de usted

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros



YouTube



Quiénes nos apoyan



NCCN Guidelines for Patients cuenta con el apoyo financiero de
NCCN Foundation®

NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: AbbVie y GSK.

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente la guía de NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de esta NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan del contenido ni las recomendaciones que se incluyen en la presente guía.

Apoyo adicional proporcionado por



La National Ovarian Cancer Coalition (NOCC) es una entidad influyente que defiende a las pacientes con cáncer de ovario. La NOCC se compromete a proporcionar herramientas y recursos a pacientes y cuidadores ofreciendo programas educativos virtuales basados en pruebas, grupos de apoyo entre pares y servicios de apoyo directo a través de nuestro modelo regional en todo Estados Unidos. El enfoque de la NOCC centrado en la comunidad está en el centro de todo lo que hacemos, desde el financiamiento para investigaciones innovadoras que conduzcan a mejores resultados en la calidad de vida hasta la promoción de la defensa en acción a través de eventos de concientización y difusión de la enfermedad en comunidades como la suya. Para obtener más información, visite ovarian.org o llame al +1-888-OVARIAN.



La Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA) está comprometida con la cura del cáncer de ovario, la defensa de las pacientes y el apoyo a las supervivientes. La OCRA es la mayor organización benéfica contra el cáncer de ovario, con más de USD 138 millones invertidos en investigación. Nuestra conferencia internacional, seminarios web y sitio web ofrecen la información más actualizada sobre el diagnóstico, el tratamiento y la vida con cáncer de ovario y ginecológico. Nuestros programas incluyen la línea de apoyo a pacientes, el programa de mentores entre pares, los servicios de asistencia de Staying Connected, el asesoramiento individual, talleres científicos y psicoeducativos, el asesor de ensayos clínicos y el programa de pruebas genéticas. La OCRA crea una comunidad a través de la defensa, la investigación, la colaboración y el apoyo. Para obtener más información, visite ocrahope.org o llame al +1-212-268-1002.

Para hacer una donación u obtener más información, visite la página web o envíe un correo electrónico.

NCCNFoundation.org/Donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4	Nociones básicas sobre el cáncer de ovario
8	Pruebas para detectar el cáncer de ovario
18	Tratamiento de los cánceres de ovario más frecuentes
42	Tratamiento de los cánceres de ovario menos frecuentes
53	Supervivencia
57	Otros recursos
61	Palabras que debe conocer
65	Colaboradores de NCCN
66	Centros oncológicos de NCCN
68	Índice

© 2025 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. 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, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

NCCN Foundation tiene como objetivo apoyar a los millones de pacientes y familias afectados por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y distribución de NCCN Guidelines for Patients. NCCN Foundation también se compromete a avanzar en los tratamientos contra el cáncer subsidiando a los médicos prometedores del país en el centro de innovación en cuanto a investigación del cáncer. Para obtener más detalles y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients).

National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y NCCN Foundation
3025 Chemical Road, Suite 100, Plymouth Meeting, PA 19462, EE. UU.

1

Nociones básicas sobre el cáncer de ovario

- 5 ¿Qué son los ovarios?
- 5 ¿Qué es el cáncer de ovario?
- 6 ¿Quiénes forman parte de mi equipo?
- 7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Si bien la mayoría de los cánceres de ovario se encuentran en la superficie de los ovarios, muchos comienzan en las trompas de Falopio, cerca de donde estas se unen al ovario. En este recurso, se describe el tratamiento para los tipos de cáncer de ovario comunes y poco frecuentes.

¿Qué son los ovarios?

Los ovarios son pares de glándulas que generan óvulos necesarios para la reproducción sexual. Además, hasta la menopausia, liberan las hormonas que afectan el crecimiento de los senos, la forma del cuerpo y el ciclo menstrual (el período).

Cada ovario tiene la forma y el tamaño aproximado de una uva. Un ovario está a la izquierda del útero y el otro está a la derecha. Cada uno está rodeado por un conducto largo y delgado llamado trompa de Falopio.

Para que ocurra la menstruación y el embarazo, se necesita el útero y, como mínimo, un ovario y una trompa de Falopio.

¿Qué es el cáncer de ovario?

El cáncer de ovario comienza cuando las células microscópicas en los ovarios o las trompas de Falopio cambian y comienzan a crecer de forma descontrolada.

Como la mayoría de los cánceres de ovario se encuentran en la superficie externa de las trompas de Falopio (el epitelio), se denominan cánceres epiteliales de ovario. Los siguientes son los tipos más frecuentes de cáncer epitelial de ovario:

Los ovarios

Los ovarios son un par de glándulas que se ubican en la pelvis. Hasta la menopausia, liberan las hormonas que afectan el crecimiento de los senos, la forma del cuerpo y el ciclo menstrual (períodos).



©2021 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos

- Carcinoma seroso de alto grado (HGSC)
- Carcinoma endometriode de alto grado

Los tipos de cáncer de ovario poco frecuentes se denominan cánceres de ovario menos frecuentes (LCOC). Pueden comenzar en el epitelio, en los tejidos que sostienen los ovarios o en las células reproductoras (óvulos) del ovario.

¿Quiénes forman parte de mi equipo?

El tratamiento del cáncer de ovario requiere un equipo de expertos. La cirugía suele ser el primer tratamiento. Cuando sea posible, un oncólogo ginecólogo debe realizar la cirugía inicial. Esta clase de médico es un experto en cirugía y quimioterapia para cánceres ginecológicos.

Su equipo de atención también puede incluir un médico oncólogo. Este médico es experto en el tratamiento del cáncer con quimioterapia y otros medicamentos.

Cáncer peritoneal primario

El cáncer peritoneal primario se forma en el tejido que recubre la pared abdominal y cubre los órganos abdominales. La información sobre el tratamiento incluida en esta guía también se aplica al cáncer peritoneal primario y al cáncer de trompas de Falopio.

También puede recibir atención de enfermeros certificados, enfermeros practicantes, asociados médicos, trabajadores sociales, asesores genéticos, expertos en salud sexual y otros profesionales.

Pida que los nombres y la información de contacto de sus profesionales de atención médica estén incluidos en el plan de tratamiento.

El tratamiento del cáncer de ovario requiere un equipo de expertos. El tratamiento que usted y su equipo de atención médica acuerden debe anotarse en el plan de tratamiento, junto con los posibles efectos secundarios. No obstante, tenga en cuenta que su plan puede cambiar según los resultados de nuevas pruebas, los nuevos efectos secundarios y sus preferencias.



El tratamiento del cáncer puede mejorar con la participación de su profesional de atención primaria. Este puede brindar ayuda para controlar otros problemas de salud que puedan verse afectados por el tratamiento del cáncer.

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

Luche por usted. Usted tiene un papel importante que desempeñar en su cuidado. Muchas personas se sienten más satisfechas cuando participan activamente en la planificación de su atención oncológica.

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica. Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo.

Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Hay mucho que aprender, y no sabe qué le depara el futuro.

Utilice esta guía para obtener la información y el apoyo que necesita.

Los pacientes, los médicos y otros profesionales de la salud confían en las NCCN Guidelines for Patients. En esta guía, se utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer y están elaboradas por expertos respetados en el campo. Las recomendaciones se basan en las últimas investigaciones y prácticas de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. Al leer esta guía, conocerá los tratamientos que probablemente le ofrezcan los mejores resultados. Además, tendrá una mejor preparación para hablar con su equipo de atención médica.

2

Pruebas para detectar el cáncer de ovario

- 9 Examen abdominal y pélvico
- 10 Estudios de diagnóstico por imágenes
- 12 Biopsia
- 13 Análisis genéticos para el riesgo de cáncer hereditario
- 14 Pruebas de biomarcadores
- 15 Salud nutricional y del tracto digestivo
- 15 Análisis de sangre
- 17 Puntos clave
- 17 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describen las pruebas utilizadas para conocer más sobre la sospecha de cáncer de ovario, incluida la posibilidad de tratamiento mediante cirugía o quimioterapia.

El cáncer de ovario puede causar cambios en el cuerpo que usted puede sentir o notar, que se denominan síntomas. Sin embargo, es posible que no tenga síntomas hasta que el tumor haya crecido o el cáncer se haya extendido. Estos son los síntomas más frecuentes:

- Sensación de hinchazón
- Acidez estomacal e indigestión
- Dolor o presión en la pelvis o el vientre
- Problemas para comer o llenarse rápido
- Necesidad imperiosa de orinar o hacerlo con más frecuencia
- Dolor durante las relaciones sexuales

Estos síntomas también pueden ser causados por cambios hormonales u otros problemas de salud frecuentes. Es más probable que se trate de cáncer de ovario si los síntomas:

- comenzaron menos de 1 año atrás;
- se presentan durante más de 12 días al mes;
- se agravan con el tiempo.

Si su profesional de atención médica sospecha que tiene cáncer de ovario según sus síntomas, se le realizarán las pruebas que se describen en este capítulo. Las pruebas ayudan a determinar el estadio clínico (previo al tratamiento). 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.

Las pruebas también ayudan a determinar si la cirugía es el mejor tratamiento. En función del tamaño y la ubicación del tumor, o debido a otros factores de salud, quizá no sea posible realizar una cirugía en primer lugar.

Examen abdominal y pélvico

Su profesional de atención médica palpará diferentes zonas de su vientre. Esto se llama examen abdominal. Se hace para comprobar si los órganos tienen un tamaño normal, están blandos o duros o si duelen cuando se los toca. El médico también buscará signos de acumulación de líquido (ascitis) en la zona abdominal o alrededor de los ovarios.

También comprobará si se han producido cambios anormales en el tamaño, la forma o la posición de los ovarios, el cuello uterino y el útero. Esto se llama examen pélvico. Mediante el uso de un instrumento dilatador especial, llamado espéculo, se hará un examen visual de la vagina y el cuello uterino. Es posible que se tome una muestra de las células para examinarlas. Esto se conoce como Papanicolaou. Se utiliza para detectar el cáncer o precáncer de cuello uterino, no el cáncer de ovario.

En ocasiones, una biopsia del revestimiento uterino (una biopsia de endometrio) puede formar parte de la evaluación inicial durante el examen pélvico. Esta prueba puede permitir descartar el cáncer de útero.

También puede realizarse un examen conjunto del recto y la vagina para comprobar si hay cáncer en el espacio entre el recto y la vagina. Esto se llama examen rectovaginal.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden mostrar la ubicación, el tamaño y la forma de un tumor de ovario. También pueden mostrar si el cáncer se extendió fuera de los ovarios. Su equipo de atención médica le indicará cómo prepararse para los estudios de diagnóstico por imágenes.

Ecografía pélvica

Con frecuencia, la ecografía es el primer estudio de diagnóstico por imágenes que se utiliza para detectar el cáncer de ovario. Usa ondas sonoras para tomar imágenes de áreas del interior del cuerpo. 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.

A continuación, se describen los dos tipos de ecografía pélvica que pueden utilizarse para detectar el cáncer de ovario. Ambas pruebas se realizan mediante el uso de un dispositivo manual que se llama sonda ecográfica.

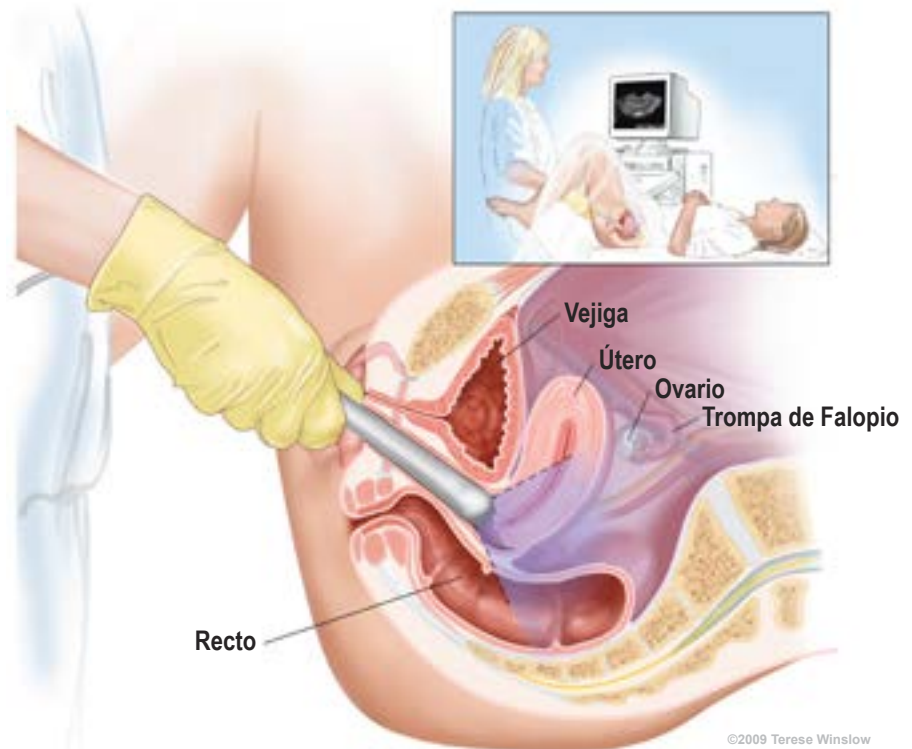
Para una ecografía transabdominal, primero se aplica un gel sobre el abdomen y la pelvis que ayuda a conducir el sonido. El técnico colocará la sonda sobre su piel y la pasará hacia un lado y otro sobre el gel.

La ecografía transvaginal puede ayudar a que el médico evalúe los ovarios con más claridad. Con este método, el médico insertará suavemente la sonda por la vagina. Es posible que sienta algo de molestia cuando se inserta la sonda, pero por lo general, las ecografías son indoloras.

Ecografía pélvica

Si su médico sospecha que hay cáncer de ovario en función de los síntomas que presenta, la ecografía suele ser el primer estudio de diagnóstico por imágenes que se realiza.

En una ecografía transvaginal (que se muestra aquí), el profesional de atención médica inserta suavemente una sonda por la vagina.



©2009 Terese Winslow
El Gobierno de los EE. UU.
tiene determinados derechos

TC

Los estudios de diagnóstico por imágenes para detectar el cáncer de ovario pueden incluir tomografías computarizadas (TC) del tórax, el abdomen y la pelvis.

La TC es una buena opción para determinar si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios y también puede mostrar si los ganglios linfáticos cercanos son más grandes de lo normal. Los ganglios linfáticos agrandados pueden ser un signo de que el cáncer se ha extendido.

Si este es el caso, se usa una sustancia, llamada medio de contraste, para que las imágenes sean más claras. Antes de la exploración se le pedirá que beba un vaso grande del medio de contraste oral. También se le inyectará un medio de contraste por vía venosa. El medio de contraste puede producir rubor o urticaria. Avise a su equipo de atención si anteriormente ha tenido reacciones alérgicas al medio de contraste.

RM

Si las imágenes de la ecografía no son claras, es posible que le realicen una resonancia magnética (RM) del abdomen y la pelvis. Se le podría realizar una RM del tórax o el hígado para detectar signos de que el cáncer se ha extendido. En la RM, no se utiliza radiación. Usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías de áreas del interior del cuerpo.

Realizarse una exploración por RM es parecido a una TC, pero lleva más tiempo. Al igual que en una exploración por TC, se puede utilizar un agente de contraste para que las imágenes sean más claras. Durante el estudio, se recostará en una camilla que se desliza dentro de un túnel largo en la máquina (el resonador).

La máquina es más cerrada que un escáner de TC. Informe a su equipo de atención si siente nervios en espacios cerrados. Es posible que le administren algún tipo de sedante para que pueda relajarse.

TC

Los estudios de diagnóstico por imágenes para detectar el cáncer de ovario pueden incluir la tomografía computarizada (TC).

La TC es una buena opción para determinar si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios y si los ganglios linfáticos cercanos son más grandes de lo normal.



TEP

En ocasiones, la TC o la RM se combinan con la tomografía por emisión de positrones (TEP). La TEP muestra cómo usan las células una forma simple de azúcar, lo que puede ser útil para identificar el cáncer. Se introduce un radiomarcador de azúcar en el organismo a través de una vena. El radiomarcador emite una pequeña cantidad de energía que detecta la máquina encargada de tomar las imágenes. Las células cancerosas aparecen más brillantes porque utilizan el azúcar más rápidamente que las células normales.

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.

Observación del interior del abdomen

Si el cáncer es avanzado, es posible que le realicen una laparoscopia diagnóstica antes del tratamiento. El objetivo es saber cuánto cáncer hay en el abdomen. Con este estudio, los médicos pueden decidir si la cirugía puede ser el primer tratamiento, o si se debe administrar quimioterapia en primer lugar.

Este procedimiento mínimamente invasivo consiste en hacer un pequeño corte en el abdomen. Se utiliza un tubo delgado con una luz y una cámara (laparoscopia) para ver el revestimiento del abdomen y la superficie de los órganos del abdomen. Se toman muestras de tejido y se analizan en un laboratorio para detectar células cancerosas.

Biopsia

Para diagnosticar el cáncer de ovario y determinar el tipo de cáncer, es necesario extraer tejido tumoral del organismo y analizarlo. Si primero se planifica la cirugía, se analizará el tumor y otros tejidos extirpados por el cirujano durante la intervención.

Si el cáncer se ha extendido demasiado como para extirparlo mediante cirugía, por lo general, primero se suele planificar la quimioterapia. En este caso, se le realizará una biopsia antes de comenzar cualquier tratamiento. Estos son los tipos de biopsias:

- En una aspiración con aguja fina (AAF), se usa una aguja muy delgada para retirar una pequeña muestra de tejido del tumor.
- En una biopsia central, se extraen muestras de tejido con una aguja hueca.
- En la paracentesis, se usa una aguja larga y delgada, que se inserta a través de la piel del vientre para retirar una muestra de líquido.

Un médico experto, llamado anatomopatólogo, examina las muestras con un microscopio. Si las células son cancerosas, el anatomopatólogo observa su aspecto y otras características, incluso el tipo específico de tumor de ovario.

También determina el grado del cáncer (que no debe confundirse con el estadio del cáncer). El grado es una escala que indica el grado de anormalidad de las células cancerosas bajo el microscopio. Los cánceres de alto grado crecen y se extienden más rápidamente que los de bajo grado.

Cáncer detectado durante la cirugía o biopsia previa

El cáncer puede haberse detectado durante una cirugía o biopsia realizada por otro médico. En este caso, su equipo de atención médica deberá revisar los resultados de cirugías y estudios

previos. Un anatomopatólogo 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 aún tiene cáncer en su cuerpo.

Análisis genéticos para el riesgo de cáncer hereditario

Cerca de 1 de cada 6 cánceres de ovario está causado por diferencias en los genes que se transmiten de padres a hijos. Las diferencias genéticas con las que se nace se denominan **variantes de estirpe germinal**.

El cáncer de ovario hereditario suele deberse en gran medida a las variantes de estirpe germinal en el gen del cáncer de mama 1 (*BRCA1*) o en el gen del cáncer de mama 2 (*BRCA2*). El síndrome de Lynch también puede causar cáncer de ovario hereditario y es la causa más común de cáncer de colon y de útero hereditario.

Se recomiendan los análisis genéticos en todas las personas con diagnóstico de cáncer epitelial de ovario (incluidos el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal) a cualquier edad. Las pruebas se realizan con tejido normal, ya sea sangre, saliva o hisopado de mejilla.

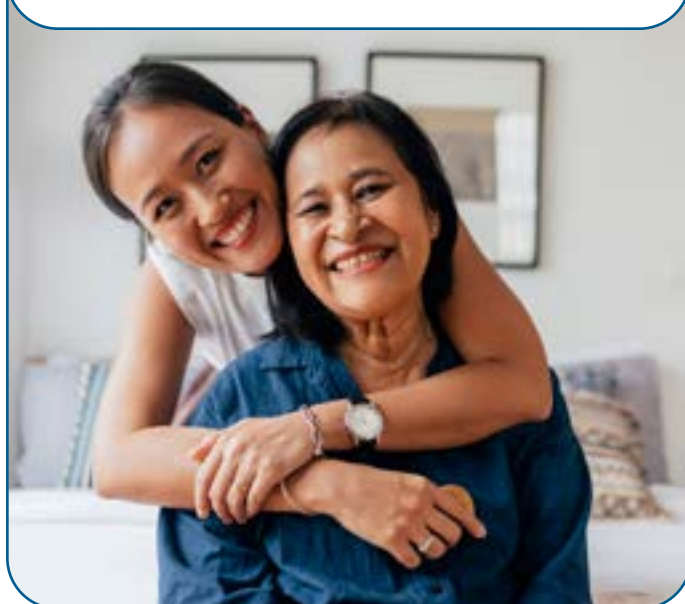
Existen muchos otros síndromes hereditarios además de la mutación del gen *BRCA* y el síndrome de Lynch. Los estudios genéticos suelen detectar todos ellos.

Los cambios genéticos que ocurren después de la concepción se denominan **mutaciones somáticas**. Además de los análisis de sangre y saliva para detectar variantes hereditarias del gen *BRCA*, se debe analizar el tumor para detectar mutaciones en el gen *BRCA* y otros genes relacionados. Esto se denomina prueba de biomarcadores, y se explica con más detalle en la página a continuación.

Para obtener más información sobre las pruebas para detectar cáncer de ovario hereditario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Análisis genéticos para cáncer hereditario de mama, ovario, páncreas y próstata*.



Los estudios genéticos se recomiendan a todas las personas diagnosticadas con cáncer de ovario. A través de estos, es posible determinar si usted tiene alguna de las diferencias heredadas en los genes *BRCA* u otros genes que cumplen una función en el cáncer hereditario.



Pruebas de biomarcadores

Los biomarcadores son características del tumor que pueden ayudar a guiar su tratamiento. Muchos son mutaciones (cambios) en el ADN de las células cancerosas. Los cambios genéticos que ocurren después de la concepción se denominan **mutaciones somáticas**.

La prueba de biomarcadores implica el análisis de un fragmento de tejido tumoral en un laboratorio o de una muestra de sangre. Los resultados pueden utilizarse para determinar si puede participar en determinados ensayos clínicos y si puede beneficiarse de terapias de mantenimiento específicas.

BRCA y HRD

Además de los análisis de sangre y saliva para detectar variantes hereditarias del gen *BRCA*, se deben analizar todos los tumores de ovario para detectar mutaciones somáticas en el gen *BRCA* y otros genes relacionados.

Las mutaciones del gen *BRCA* son una forma de deficiencia de recombinación homóloga (HRD). Esto significa que los tipos de cáncer con una mutación en el gen *BRCA* también son de recombinación homóloga deficiente o HRD positivo. Sin embargo, también se puede tener un tumor HRD positivo sin una mutación en el gen *BRCA*. Otros cambios en el ADN del tumor pueden convertirlo en deficiente en recombinación homóloga.

Los estados de *BRCA* y HRD del tumor son biomarcadores importantes que se utilizan para guiar las decisiones sobre la terapia de mantenimiento después del tratamiento inicial.

Otros biomarcadores

El momento de realizar las pruebas de los biomarcadores que se describen a continuación puede variar. Algunos profesionales realizan estas pruebas (además de las del *BRCA*) al principio del

proceso de tratamiento. Otros quizá solo analicen el *BRCA* y esperen a ver si se necesitan terapias que requieran otros biomarcadores.

Sin embargo, las pruebas de estos biomarcadores suelen recomendarse para el cáncer de ovario que reaparece después del tratamiento (recurrencia). Las pruebas se realizan en el tejido tumoral extirpado.

- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Reparación de desajustes (MMR)
- Expresión de HER2
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Mutación V600E de *BRAF*
- Expresión del receptor de folato alfa (FR α)
- Mutaciones del gen *RET*
- Fusión del gen *NTRK*

Salud nutricional y del tracto digestivo

Es posible que su profesional de atención médica le pregunte por su dieta y sus hábitos alimentarios. Los síntomas del cáncer de ovario incluyen hinchazón, dolor en la pelvis o el abdomen, dificultad para comer y sensación de saciedad rápida.

Estos síntomas pueden hacer que coma menos en general o que ingiera alimentos carentes de nutrientes. Su estado de salud general y su nivel de nutrición pueden influir en el éxito de la cirugía y en los resultados de otros tratamientos. Si necesita ayuda para la planificación de alimentos saludables o tiene preguntas sobre este tema, pídale al profesional de atención médica la derivación a un nutricionista registrado.

Es posible que su médico quiera examinar su tracto gastrointestinal (GI) mediante un estudio de diagnóstico por imágenes. El tracto gastrointestinal está formado por los órganos por los que pasan los alimentos cuando come. Esto incluye el estómago, el intestino delgado y el intestino grueso (recto y colon).

Para examinar estos órganos, se utiliza un endoscopio, un instrumento de diagnóstico por imágenes. El endoscopio es un tubo largo y fino con una luz y una cámara que puede guiarse hasta el interior del cuerpo.

Para examinar el tracto GI superior, se introduce un endoscopio por la garganta hasta el esófago, el estómago y el intestino delgado. Esto se llama endoscopia superior.

La colonoscopia se utiliza para examinar el intestino grueso. Consiste en introducir un tubo por el ano y guiarlo a través del recto y el colon.

Análisis de sangre

Los siguientes análisis no se usan por sí solos para diagnosticar el cáncer de ovario, pero los resultados anormales podrían indicar problemas de salud.

Marcadores tumorales

Un marcador tumoral es una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer. Junto con otra información, los marcadores tumorales pueden ayudar a diagnosticar el cáncer de ovario y a evaluar la respuesta al tratamiento.

La prueba del antígeno del cáncer-125 (CA-125) es la prueba de marcadores tumorales más común para el cáncer de ovario. Los niveles altos de esta proteína en la sangre podrían ser un signo de cáncer de ovario o de otros cánceres. La prueba de CA-125 no puede usarse por sí sola para confirmar el cáncer de ovario.

Hay otros problemas de salud, aparte del cáncer, como la endometriosis y la diverticulitis, que también pueden elevar el nivel de CA-125. Algunos cánceres de ovario no provocan un aumento del CA-125.

También es posible que le realicen un análisis de sangre para detectar los siguientes marcadores tumorales. Estos pueden encontrarse en cantidades superiores a las normales en personas con cánceres de ovario menos frecuentes.

- Inhibina (normalmente inhibina A e inhibina B)
- Gonadotropina coriónica humana beta (β-hCG)
- Alfafetoproteína (AFP)
- Lactato deshidrogenasa (LDH)
- Antígeno carcinoembrionario (ACE)
- CA 19-9
- HE4

Estado de salud general

El hemograma completo (HC) mide los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas en una muestra de sangre. Los glóbulos rojos transportan oxígeno a todo el cuerpo. Los glóbulos blancos combaten las infecciones. Las plaquetas ayudan a controlar el sangrado. Los resultados del hemograma podrían ser demasiado altos o bajos debido al cáncer o a otras afecciones de salud.

El perfil bioquímico sanguíneo mide los niveles de distintas sustancias químicas que afectan a los riñones, los huesos y otros órganos y tejidos. Los niveles que son 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. Este análisis también puede proporcionar información sobre la ingesta de nutrientes, como los niveles de proteínas.

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.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer.

Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.

[NCCN.org/patients/feedback](https://www.nccn.org/patients/feedback)

Puntos clave

- Con frecuencia, la ecografía abdominal o vaginal es el primer estudio de diagnóstico por imágenes que se realiza ante la sospecha de cáncer de ovario. Si las imágenes no son claras, es posible que le realicen una resonancia magnética (RM) del abdomen y la pelvis.
- Si es necesario, la tomografía computarizada (TC) es una buena opción para determinar si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios y si los ganglios linfáticos cercanos son más grandes de lo normal. Se recomiendan exploraciones del tórax, abdomen y la pelvis.
- La biopsia para diagnosticar el cáncer de ovario suele realizarse durante la primera cirugía para extirpar el tumor. Si su equipo de atención médica recomienda la quimioterapia antes de la cirugía, primero se le realizará la biopsia para confirmar el tipo de cáncer.
- La causa más frecuente del cáncer de ovario hereditario son las variantes de estirpe germinal (diferencias heredadas) en los genes *BRCA*. El síndrome de Lynch también puede causar cáncer de ovario y otros tipos de cáncer.
- Todas las personas que recibieron un diagnóstico de cáncer epitelial de ovario (incluido el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal) a cualquier edad deben someterse a pruebas genéticas de sangre o saliva para detectar variantes de estirpe germinal en los genes *BRCA* y genes relacionados.

- El tumor de ovario en sí debe analizarse para detectar mutaciones somáticas (cambios) en los genes *BRCA* y genes relacionados. Los tipos de cáncer con una mutación en el gen *BRCA* también son de recombinación homóloga deficiente o HRD positivo.
- Los análisis de sangre que se realizan cuando se sospecha cáncer de ovario incluyen un HC, un perfil bioquímico, pruebas de la función hepática y análisis de marcadores tumorales. La prueba de CA-125 es la prueba de marcadores tumorales más común para el cáncer de ovario.

Preguntas para hacer

- ¿Por qué debo esperar hasta después de la cirugía para saber qué tipo de cáncer de ovario tengo?
- Tengo antecedentes de cáncer de ovario en mi familia. ¿Tengo una variante de estirpe germinal del gen *BRCA*?

3

Tratamiento de los cánceres de ovario más frecuentes

- 19 Cirugía
- 22 Cuando la cirugía no es una alternativa
- 23 Estadificación
- 30 Quimioterapia
- 33 Terapia de mantenimiento
- 34 Vigilancia
- 35 Recurrencia
- 39 Ensayos clínicos
- 41 Puntos clave
- 41 Preguntas para hacer

Los tipos más frecuentes de cáncer de ovario son el carcinoma seroso de alto grado y el carcinoma endometriode de alto grado. Estos cánceres se tratan con cirugía y quimioterapia. Si el tratamiento funciona bien, la terapia de mantenimiento puede ser una opción para los cánceres más avanzados.

Cirugía

La cirugía suele ser el primer tratamiento si usted está dispuesta y en condiciones de hacerlo. A veces, primero se administra quimioterapia.

La cirugía debe ser realizada por un oncólogo ginecólogo. Se trata de un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores femeninos. Si su equipo recomienda quimioterapia antes de la cirugía, consulte la página 22.

Los principales objetivos de la cirugía son los siguientes:

- Extirpar todo el cáncer o la mayor cantidad posible.
- Determinar cuánto se ha extendido el cáncer.

Histerectomía y SOB

La intervención quirúrgica más común para el cáncer de ovario es la histerectomía y la salpingooforectomía bilateral (SOB). Una histerectomía es una cirugía para extirpar el útero. Cuando, además del útero, se extirpa el cuello uterino, el procedimiento se llama histerectomía total o completa. La SOB extirpa ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

Después de una histerectomía, no es posible quedar embarazada. La cirugía con conservación de la fertilidad (descrita más adelante) puede ser una opción para algunos cánceres de ovario muy incipientes que no se han extendido más allá de los ovarios.

Si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios, el cirujano tratará de retirar tanto como sea posible. Este procedimiento se llama citorreducción o cirugía citoreductora. La extensión de esta cirugía depende de cuánto se ha extendido el cáncer. Se puede retirar todo o parte de los órganos cercanos. También se deberían retirar los ganglios linfáticos que se vean anormales o sean más grandes de lo normal.

Cirugía con conservación de la fertilidad

Después de la extirpación del útero, no es posible quedar embarazada. Esto es difícil para quienes deseen quedar embarazadas en el futuro. La cirugía con conservación de la fertilidad puede ser una opción.

Consiste en extirpar uno o ambos ovarios y las trompas de Falopio, pero sin retirar el útero. La cirugía para extirpar un ovario y su trompa de Falopio se denomina salpingooforectomía unilateral (SOU). La SOU solo es una opción si el cáncer está en un ovario y es adecuado realizarla.

Después de una SOU, es posible que pueda quedar embarazada de forma natural si no ha iniciado la menopausia.

Si el cáncer está en ambos ovarios, una SOB (sin histerectomía) puede ser una opción. Aunque no es posible quedar embarazada de forma natural después de una SOB, el embarazo puede ser posible utilizando métodos de reproducción asistida. Uno de ellos es la fecundación *in vitro* (FIV).

En la FIV, los óvulos se fecundan con espermatozoides en un laboratorio para crear embriones. Los embriones se implantan en el útero o se congelan para un uso futuro. Los óvulos utilizados para la FIV pueden ser propios (extraídos del ovario antes de la cirugía) o de un donante. Los óvulos de donante se extraen de mujeres que se han sometido voluntariamente a un tratamiento hormonal para estimular la producción de óvulos en los ovarios.

Métodos quirúrgicos

La laparotomía es el método que se usa con más frecuencia para la cirugía del cáncer de ovario. Esta consiste en un corte quirúrgico largo en el abdomen. A menudo, se usa un corte vertical desde arriba del ombligo hasta el hueso pélvico.

Esto le permite al médico ver el tumor y los otros órganos y tejidos del abdomen y la pelvis. Este método se recomienda con mayor frecuencia cuando se planea la estadificación quirúrgica (descrita a continuación) o la cirugía citorreductora.

Con menor frecuencia, puede utilizarse un tipo de cirugía mínimamente invasiva, denominada laparoscopia. La cirugía se realiza a través de unos pequeños cortes en el abdomen. La laparoscopia puede usarse solo en algunos casos, por ejemplo, cuando el cáncer solo está en los ovarios. Esta cirugía solo debe realizarla un oncólogo ginecólogo con experiencia en este método.

Histerectomía y SOB

La intervención quirúrgica más utilizada para el cáncer de ovario extirpa el útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.



Estadificación quirúrgica

Si parece que el cáncer no se ha extendido, debe realizarse una estadificación quirúrgica. La estadificación quirúrgica es la forma más precisa de determinar el estadio del cáncer de ovario. Consiste en tomar muestras durante la cirugía de los órganos y tejidos en los que suele extenderse el cáncer de ovario. Las muestras se analizan para detectar células cancerosas.

Su cirujano también tomará muestras de los tejidos cercanos que parezcan no tener cáncer. 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.

En ocasiones, también se retirarán el epiplón y los ganglios linfáticos cercanos. El epiplón es la capa de tejido graso que cubre los órganos del vientre (abdomen). Los ganglios linfáticos son grupos de células que combaten las enfermedades y en los que también puede extenderse el cáncer. Si hay acumulación de líquido en el abdomen, también se tomarán muestras del líquido. Si no tiene acumulación de líquido, es posible que el médico “lave” el interior de su vientre con un líquido especial. Esto se denomina lavado peritoneal. Luego, las muestras de ese líquido se analizarán en busca de células cancerosas.

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, deberá quedarse en el hospital durante algunos días o algunas semanas para recuperarse. Es posible que sienta 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.

Menopausia prematura

Si no ha entrado en la menopausia, la intervención quirúrgica que extirpa ambos ovarios la provocará. Es lo que se conoce como menopausia quirúrgica. Se genera por la caída repentina de estrógenos en el organismo. Esta caída puede causar los siguientes síntomas de la menopausia:

- Sofocos
- Problemas para dormir
- Sudores nocturnos
- Aumento de peso
- Cambios de humor
- Adelgazamiento, sequedad e irritación del revestimiento vaginal (atrofia vaginal)

Cuando la causa de la menopausia es quirúrgica, los síntomas pueden ser repentinos y más intensos. La falta de estrógenos también conlleva riesgos a largo plazo. Entre ellos, se encuentran los problemas cardíacos o vasculares (enfermedades cardiovasculares) y la pérdida de masa ósea (osteoporosis).

Si tiene síntomas de menopausia quirúrgica, su médico puede sugerirle medicamentos no hormonales o un tratamiento de reemplazo hormonal (TRH). Se recomienda hablar con un equipo especializado en síntomas de la menopausia para determinar si el TRH es adecuado para usted.

Otros riesgos y efectos secundarios

Con cualquier tipo de cirugía, existen riesgos para la salud y efectos secundarios. Los efectos secundarios frecuentes son dolor, hinchazón y cicatrices. Los efectos secundarios frecuentes de la cirugía de cáncer de ovario son hinchazón de las piernas, problemas para orinar y estreñimiento.

El cáncer y la cirugía abdominal reciente son factores de riesgo de formación de coágulos sanguíneos, también conocidos como trombosis venosa profunda (TVP). A muchos pacientes se les administran anticoagulantes (orales o inyectables) hasta cuatro semanas después de la cirugía para prevenir la formación de coágulos.

Cuando la cirugía no es una alternativa

A veces, la cirugía no es la primera opción. Quizás se deba al tamaño o la ubicación del tumor o a otros problemas de salud. En este caso, primero se administra quimioterapia para reducir el tamaño del cáncer. Esto se denomina **tratamiento neoadyuvante**.

Antes de comenzar la quimioterapia, se le realizará una biopsia para confirmar que el tumor es definitivamente cáncer de ovario. Actualmente, la pauta terapéutica **preferida** de tratamiento neoadyuvante es paclitaxel y carboplatino. También se puede incluir bevacizumab (Avastin). Si no puede seguir esta pauta terapéutica preferida, hay otras opciones recomendadas.

Si el cáncer mejora después de 2 a 3 meses de quimioterapia, se recomienda la cirugía citorreductora de intervalo (CCI). El objetivo es extirpar tanto cáncer como sea posible, así como los ovarios, las trompas de Falopio y el útero. Durante la cirugía, se puede calentar el medicamento de quimioterapia y, luego, hacerlo circular por el abdomen para alcanzar los espacios entre los órganos. Esto se llama quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

Si no hay cambios en el cáncer después de la quimioterapia, su médico podría recomendar continuar con la cirugía o con la quimioterapia durante algunos ciclos más para ver si se produce una mejoría.

Tras la cirugía, suele administrarse más quimioterapia. Una vez que el cáncer esté en remisión, puede seguir una terapia de mantenimiento. Estos temas se abordan más adelante en este capítulo, después de la estadificación.

Estadificación

La información que se obtenga durante la cirugía y la estadificación quirúrgica se usará para determinar el estadio anatomopatológico (posquirúrgico). El estadio anatomopatológico ofrece la estimación más precisa de cuánto se ha extendido el cáncer. Se utiliza para guiar el tratamiento después de una intervención quirúrgica.

Un sistema de estadificación es una forma estándar de describir la extensión del cáncer en el cuerpo. Existen dos sistemas de estadificación del cáncer de ovario. Uno fue desarrollado por el American Joint Committee on Cancer (AJCC) y el otro por 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. Los médicos registran los estadios del cáncer como I, II, III y IV. Los estadios también se dividen en grupos más pequeños, llamados subestadios. Las divisiones ayudan a describir con más detalle la extensión del cáncer.

Los estadios de la FIGO del cáncer de ovario se describen en las páginas siguientes. Los cánceres del mismo estadio suelen tener resultados similares. Los cánceres en estadio temprano suelen tener mejores resultados que los más avanzados. Otros factores que no se utilizan para la estadificación, tales como su estado de salud general, también son importantes.

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

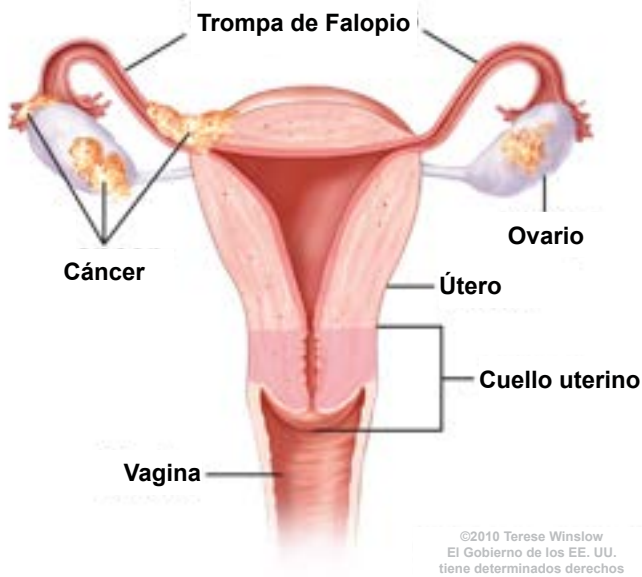
Hay cáncer en uno o ambos ovarios y ocurre una o más de las siguientes situaciones:

- 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 externa del ovario o la trompa de Falopio.
- Estadio 1C3: se detectaron células cancerosas en el líquido de la ascitis o los lavados.



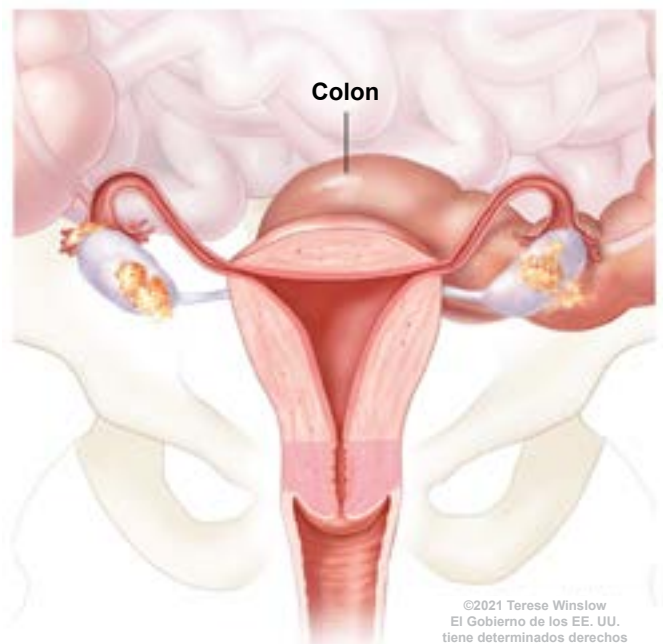
Estadio 2A

El cáncer está en uno o ambos ovarios.
El cáncer ha crecido o se han generado
implantes en el útero o las trompas de
Falopio.



Estadio 2B

El cáncer está en uno o ambos ovarios.
El cáncer ha crecido o se ha extendido a
otros órganos o tejidos de la pelvis, como
la vejiga, el colon o el recto, o ha generado
implantes en ellos.



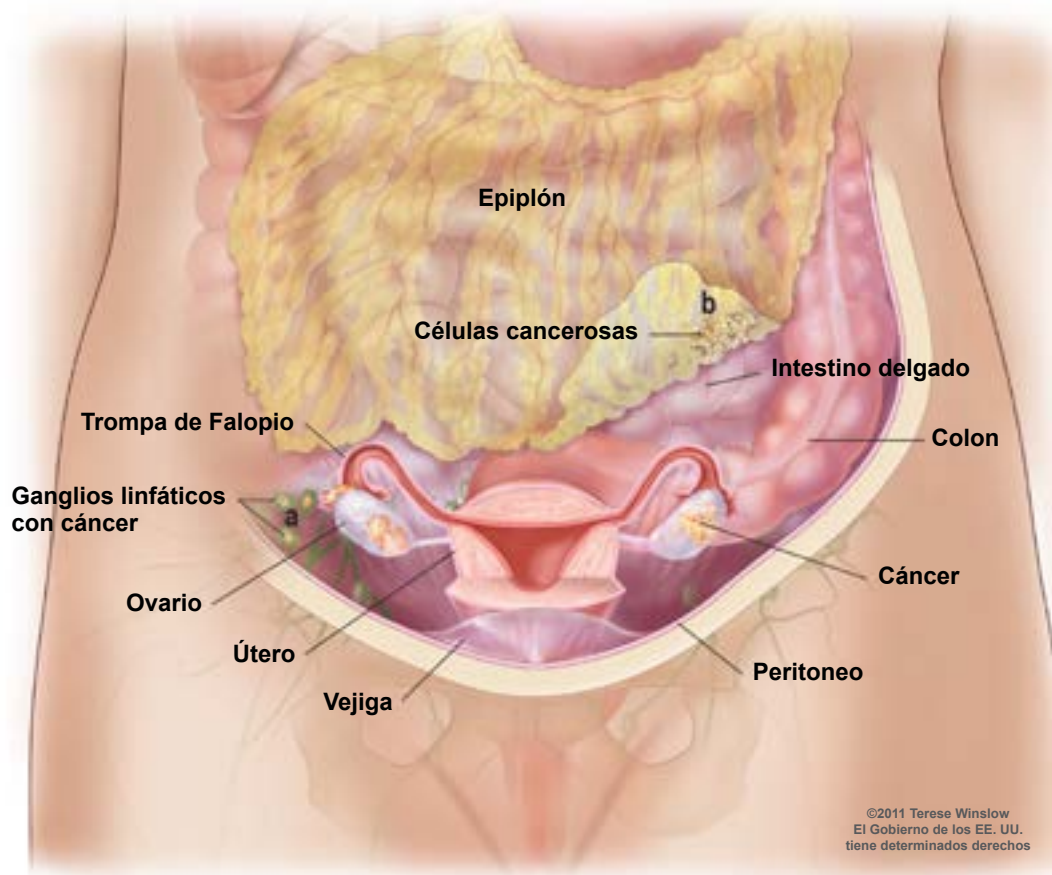
Estadio 3A1

El cáncer está en uno o ambos ovarios. El cáncer se ha extendido a los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen (ganglios linfáticos retroperitoneales).

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

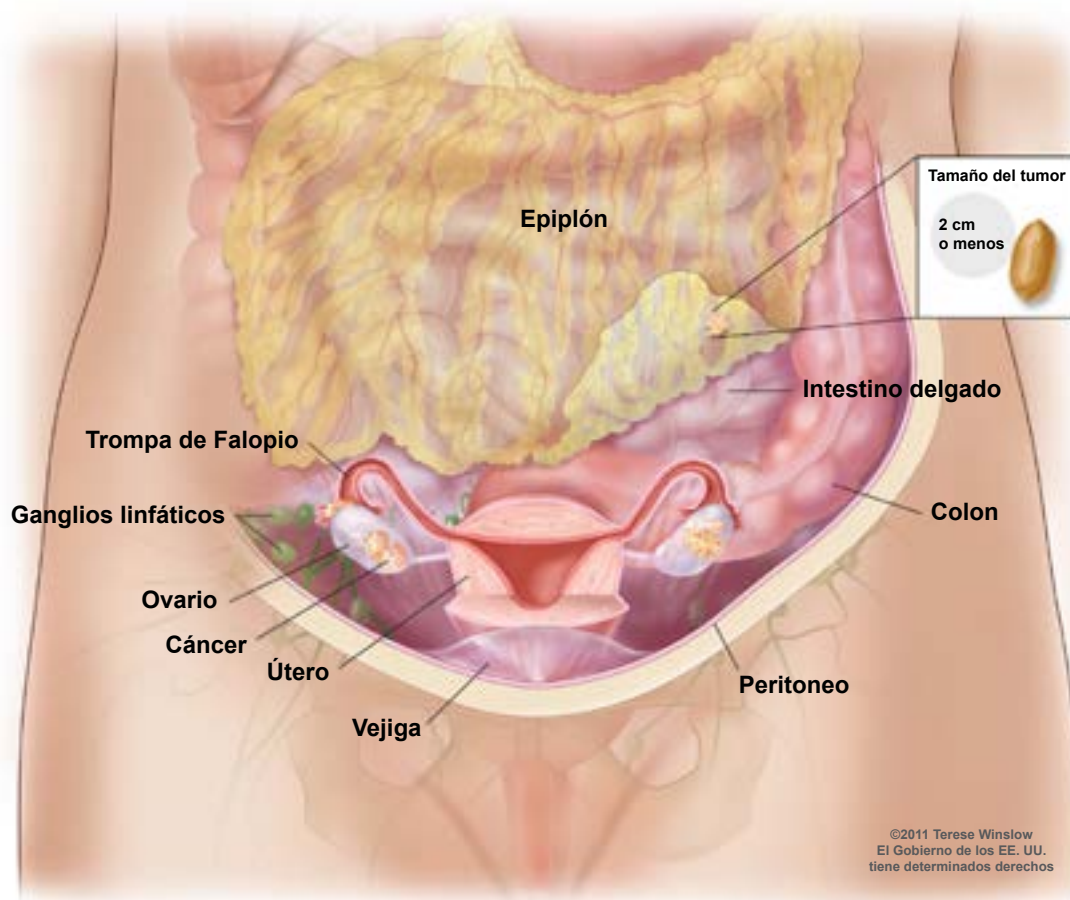
Estadio 3A2

El cáncer se ha extendido al tejido que recubre el abdomen. El cáncer es tan pequeño que solo puede verse con un microscopio. También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen.



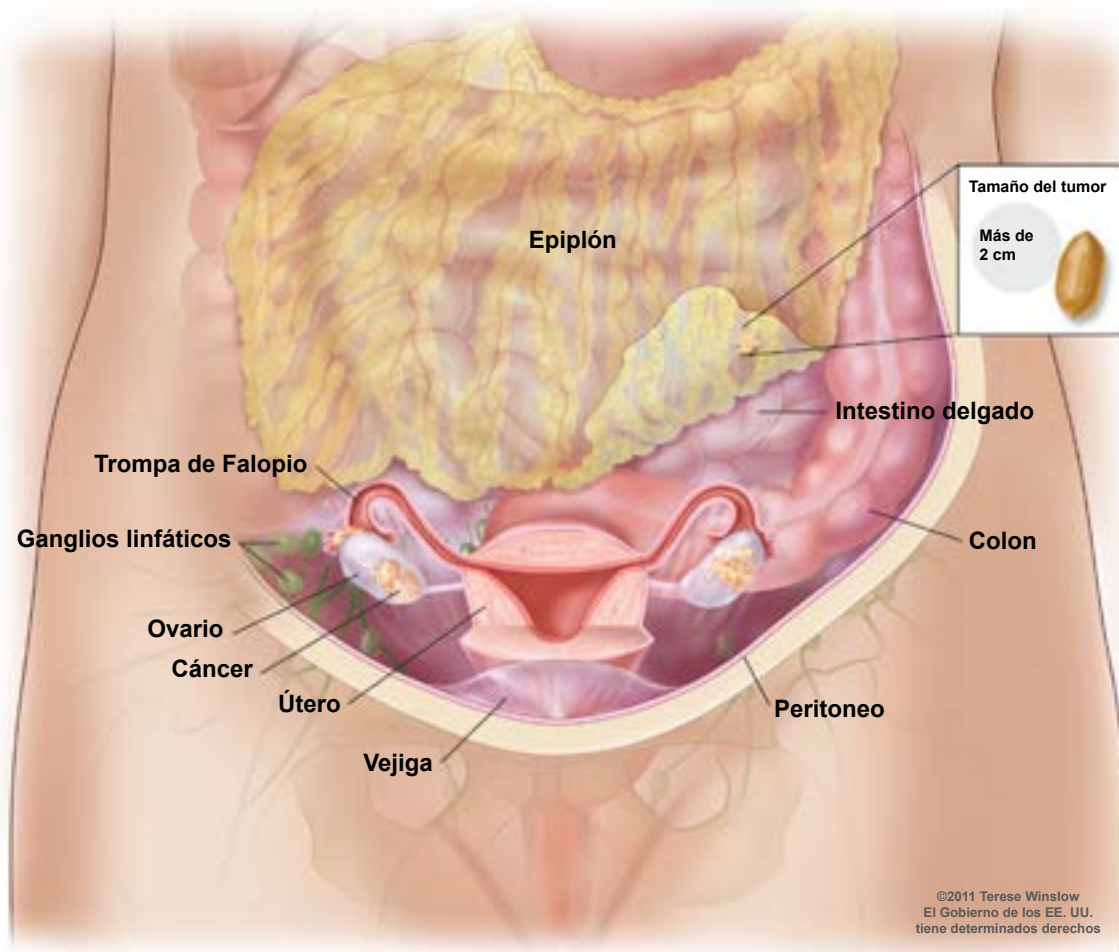
Estadio 3B

Se observa cáncer en el tejido que recubre el abdomen. El área del cáncer es más pequeña que un maní (unos 2 centímetros o menos). También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen.



Estadio 3C

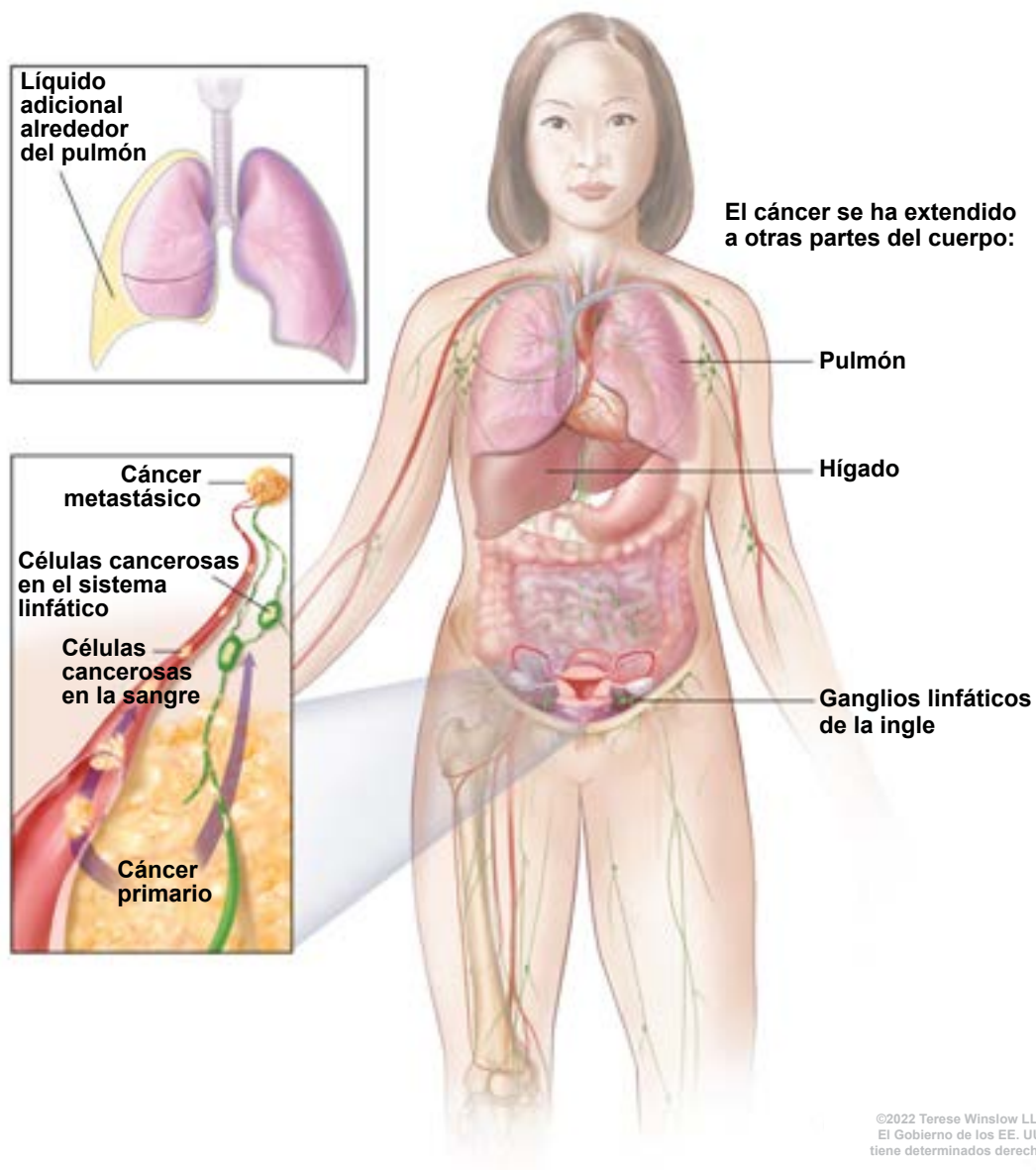
Se observa cáncer en el tejido que recubre el abdomen. El área del cáncer es mayor de 2 cm. Puede haber cáncer en los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen. También podría haberse extendido a la superficie externa del hígado o el bazo.



Estadio 4

El cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo.

- **Estadio 4A:** hay células cancerosas en el líquido que rodea los pulmones. Esto se llama derrame pleural maligno.
- **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.



Quimioterapia

La quimioterapia es el uso de medicamentos para destruir las células cancerosas. Cuando se administra antes de la cirugía, la quimioterapia se denomina tratamiento **neoadyuvante**. Cuando se administra después de la cirugía, se denomina quimioterapia **primaria o adyuvante**.

En el cáncer de ovario, se recomienda la quimioterapia con derivados del platino. Estos medicamentos contienen el metal platino. El carboplatino, el cisplatino y el oxaliplatino son algunos ejemplos. Uno de ellos suele administrarse con un tipo de quimioterapia denominada taxano. El paclitaxel y el docetaxel son taxanos.

Sus opciones de quimioterapia dependerán de su edad y su estado de salud general. Su profesional de atención médica también tendrá en cuenta su riesgo de sufrir daños en los nervios, lo que se denomina neuropatía periférica. Este efecto secundario frecuente del paclitaxel provoca dolor, hormigueo y entumecimiento, a menudo en las manos y los pies.

Estadio 1

Luego de la cirugía, se recomienda quimioterapia para la **mayoría** de los cánceres recientemente diagnosticados en estadio 1. La observación puede ser una opción para un tumor de bajo grado en estadio 1A o 1B. Pregunte a su médico si esto se aplica en su caso.

En este momento, la pauta terapéutica de quimioterapia **preferida** es paclitaxel con carboplatino, que se administra cada 3 semanas. Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y pueden ser más seguros que otros.

Para los tumores serosos de alto grado, se recomiendan seis ciclos de quimioterapia. Para todos los demás tumores en estadio 1, se recomiendan entre 3 y 6 ciclos. El número específico de ciclos necesarios depende del tipo de tumor y de otros factores.

Si no puede recibir paclitaxel y carboplatino, hay otras opciones recomendadas. Otros tratamientos recomendados pueden ofrecer resultados efectivos, pero es posible que tengan menos evidencia científica, produzcan más efectos secundarios o no sean tan eficaces como los tratamientos preferidos.

Guía 1

Cáncer de ovario en estadio 1: opciones de quimioterapia después de la cirugía

Nota: Estas pautas terapéuticas pueden cambiar a medida que se disponga de nueva información.

Paclitaxel + carboplatino cada 3 semanas (**opción preferida**)

Carboplatino + doxorubicina liposomal

Docetaxel + carboplatino

Estadios 2, 3 y 4

Para los tipos de tumor frecuentes, se recomienda la quimioterapia después de la cirugía para **todos** los cánceres de ovario en estadios 2, 3 y 4 recientemente diagnosticados.

En este momento, la pauta terapéutica de quimioterapia **preferida** es paclitaxel con carboplatino, que se administra cada 3 semanas. En los cánceres en estadio 2, 3 y 4, se administran seis ciclos. Si no puede seguir esta pauta, hay otras opciones recomendadas.

La quimioterapia puede combinarse con un fármaco llamado bevacizumab (Avastin). Este fármaco detiene el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos que alimentan el tumor.

Si la quimioterapia funciona bien, el siguiente paso puede ser la terapia de mantenimiento. Consulte la página 33 para obtener más información.

Cómo se administra la quimioterapia

La mayor parte de la quimioterapia para el cáncer de ovario se administra por vía intravenosa. Esto significa que el medicamento se introduce directamente en el torrente sanguíneo a través de una vena.

La quimioterapia se administra en ciclos de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del

Guía 2

Estadios 2, 3 y 4: opciones de quimioterapia después de la cirugía

Nota: Estas pautas terapéuticas pueden cambiar a medida que se disponga de nueva información.

Paclitaxel + carboplatino cada 3 semanas (**opción preferida**)

Paclitaxel + carboplatino + bevacizumab + bevacizumab de mantenimiento (**opción preferida**)

Paclitaxel + carboplatino (ambos semanalmente, o paclitaxel semanalmente y carboplatino cada 3 semanas)

Carboplatino + doxorrubicina liposomal

Docetaxel + carboplatino

Docetaxel + carboplatino u oxaliplatino + bevacizumab + bevacizumab de mantenimiento

Paclitaxel + cisplatino intraperitoneal (IP)/intravenoso (IV) (para algunos cánceres en estadio 2 o 3)

próximo tratamiento. La duración de los ciclos varía según los medicamentos que se utilicen.

Es posible que se coloque un puerto para recibir la quimioterapia. Se trata de un pequeño disco redondo que suele colocarse bajo la piel, en la parte superior del tórax. Se inserta durante una intervención quirúrgica menor y permanece en el cuerpo hasta que finaliza el tratamiento. Después del tratamiento, el puerto puede retirarse fácilmente. Una vez retirado el puerto, la piel cicatriza.

El medicamento de quimioterapia también puede inyectarse lentamente en el abdomen. Esto se llama quimioterapia intraperitoneal (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 se suele conectar a un puerto colocado dentro del abdomen durante una cirugía.

Pruebas durante la quimioterapia

El profesional controlará la eficacia de la quimioterapia y verificará los efectos secundarios. Es posible que tenga que realizarse un examen físico cada 1 a 3 ciclos. En ocasiones, es posible que se realice un examen pélvico y rectovaginal junto con el examen físico. Si es necesario, se solicitarán estudios de diagnóstico por imágenes y análisis de sangre. Pueden realizarse pruebas de CA-125 u otros marcadores tumorales antes de cada ciclo de quimioterapia.

¿Cuál es el siguiente paso?

Si el cáncer mejora como resultado de la quimioterapia, el siguiente paso suele ser la terapia de mantenimiento. Este es el siguiente tema de este capítulo. Si el cáncer no mejora o empeora, se recomienda el tratamiento para el cáncer de ovario persistente.

Efectos secundarios

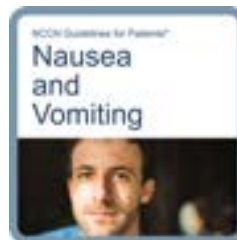
Estos son los efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia:

- Inapetencia
- Náuseas y vómitos
- Llagas en la boca
- Caída del cabello
- Fatiga
- Riesgo elevado de infección
- Dolores musculares
- Daño en los nervios

La quimioterapia intraperitoneal tiende a causar efectos secundarios más graves que la quimioterapia intravenosa. Esto incluye infecciones, daño a los riñones, dolor de vientre y daño en los nervios.

El control de los efectos secundarios es un esfuerzo compartido entre usted y su equipo de atención.

Puede encontrar más información sobre náuseas y vómitos en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.nccn.org/patientguidelines).



Terapia de mantenimiento

La terapia de mantenimiento es el uso de un tratamiento sistémico después de un tratamiento inicial exitoso del cáncer de ovario. Puede reducir el riesgo de que el cáncer reaparezca o prolongar el tiempo hasta que reaparezca o empeore. La terapia de mantenimiento es una opción para los cánceres en **estadios 2, 3 y 4** que responden bien a la cirugía y a la quimioterapia con derivados del platino.

Los inhibidores de PARP (iPARP) son una opción más reciente para la terapia de mantenimiento después del tratamiento inicial. Estas terapias orales dirigidas funcionan mejor en los cánceres con deficiencia de recombinación homóloga (HRD) positiva, incluidos los causados por una mutación del gen *BRCA*.

Los inhibidores de PARP que se utilizan actualmente como terapia de mantenimiento después del tratamiento inicial del cáncer de ovario son los siguientes:

- Olaparib (Lynparza)
- Niraparib (Zejula)
- Rucaparib (Rubraca)

Cuando la quimioterapia incluyó bevacizumab

Para los cánceres con deficiencia de recombinación homóloga y los cánceres con mutación del gen *BRCA*, la terapia de mantenimiento con bevacizumab y olaparib (un inhibidor de PARP) es una opción recomendada. Si no se puede administrar olaparib, en su lugar se administra niraparib. El olaparib como único fármaco también es una opción.

En el caso de los cánceres con mutación del gen *BRCA*, la terapia de mantenimiento con un inhibidor de PARP solo también es una opción.

No hay muchas investigaciones sobre la terapia de mantenimiento con un inhibidor de PARP después del tratamiento inicial del cáncer de ovario en estadio 2. Si su cáncer está en estadio 2 y reúne los requisitos para recibir terapia de mantenimiento, hable con su profesional de atención médica sobre sus opciones.

La terapia de mantenimiento con bevacizumab solo también es una opción para los cánceres no causados por una mutación del gen *BRCA*, o cuyo estado del *BRCA* se desconoce.

Cuando la quimioterapia no incluyó bevacizumab

Si tiene una variante hereditaria del gen *BRCA* o si el cáncer presenta una mutación del gen *BRCA*, se recomienda la terapia de mantenimiento solo con un inhibidor de PARP. Para algunos cánceres en estadio 2 con mutación del gen *BRCA*, la observación puede ser una opción.

Si no tiene una mutación del gen *BRCA* (o no se ha realizado una prueba del gen *BRCA*), la terapia de mantenimiento con niraparib o rucaparib puede ser una opción, especialmente si el cáncer es HRD positivo.

La observación también es una opción si hubo una respuesta completa a la quimioterapia. Esto significa que no hay signos de cáncer en el organismo.

¿Cuánto dura la terapia de mantenimiento?

La duración de la terapia de mantenimiento después del tratamiento inicial depende de los fármacos específicos.

El olaparib como único fármaco puede administrarse durante un máximo de 2 años. La combinación de olaparib + bevacizumab puede administrarse durante un máximo de 15 meses, continuando con olaparib hasta un total de 2 años. El niraparib como único fármaco puede administrarse durante un máximo de 3 años. El rucaparib como único fármaco puede administrarse durante un máximo de 2 años. Estas recomendaciones pueden cambiar en función de las investigaciones en curso.

Recuerde que cualquier terapia de mantenimiento se interrumpirá si el cáncer crece o se extiende. También se interrumpirá si los efectos secundarios son demasiado fuertes o hacen que no sea seguro continuar.

Vigilancia

Cuando no haya signos de cáncer después del tratamiento, acuda al oncólogo de manera periódica para realizarse exámenes físicos y pélvicos.

Primeros 2 años: cada 2 a 4 meses

Próximos 3 años: cada 3 a 6 meses

Después de 5 años: una vez al año

Su profesional de atención médica puede solicitarle análisis de sangre y estudios de diagnóstico por imágenes si presenta síntomas o si existen otros motivos para sospechar una recidiva.

Si su nivel de CA-125 (u otro marcador tumoral) era alto en un principio, es posible que se compruebe periódicamente después del tratamiento.

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Consulte el *Capítulo 5: Supervivencia* para obtener más información.

Recurrencia

La reaparición del cáncer después del tratamiento se llama recurrencia o recidiva. Los síntomas pueden ser un signo de recurrencia. Informe a su equipo de atención médica si presenta alguno de estos síntomas:

- Dolor o hinchazón en la pelvis o el vientre
- Disminución de peso inexplicable
- Malestar estomacal
- Estreñimiento
- Problemas para comer o llenarse rápido
- Fatiga
- Necesidad imperiosa de orinar o hacerlo con más frecuencia

La presencia de biomarcadores específicos ayuda a guiar el tratamiento del cáncer de ovario recurrente. Si aún no se ha realizado la prueba de los siguientes biomarcadores, se recomienda hacerlo ahora:

- Mutaciones en los genes *BRCA1* y *BRCA2*
- Estado de deficiencia de recombinación homóloga (HRD)
- Expresión de HER2
- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Reparación de desajustes (MMR)
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Mutación V600E de *BRAF*
- Receptor de folato alfa (FR α)
- Mutaciones del gen *RET*
- Fusiones del gen *NTRK*

Su médico puede optar por analizar incluso más biomarcadores que los enumerados.

Se recomienda a todas las personas con cáncer de ovario persistente o recurrente que consideren la posibilidad de participar en un ensayo clínico para su tratamiento.

Cáncer resistente a los derivados del platino

El cáncer de ovario se denomina resistente a los derivados del platino si:

- no mejora o empeora durante la quimioterapia con derivados del platino, o
- reaparece menos de 6 meses después de un tratamiento satisfactorio con quimioterapia con derivados del platino.

Como la quimioterapia con derivados del platino no mejoró su cáncer, se suele recomendar un tipo diferente de tratamiento para la recurrencia. Suele administrarse primero quimioterapia sin derivados del platino. Otra opción preferida es el bevacizumab (Avastin). También puede combinarse con la quimioterapia.

Para los tumores con niveles altos del receptor de folato alfa (FR α), se recomienda el tratamiento dirigido mirvetuximab soravtansina-gynx (Elahere) para la recurrencia. Se trata de un tipo de conjugado de anticuerpos y fármacos (ADC).

Otras opciones pueden incluir el tratamiento hormonal, el tratamiento dirigido o la inmunoterapia. Estas opciones se describen con más detalle a continuación. Se recomienda que se inscriba en un ensayo clínico si cumple los requisitos.

Cáncer sensible a los derivados del platino

Si ingresó en remisión completa después de recibir quimioterapia con derivados del platino y el cáncer regresa más de 6 meses después, el cáncer se considera sensible a los derivados del platino. Esto significa que los medicamentos de quimioterapia con derivados del platino funcionan bien contra el cáncer.

Como se obtuvieron buenos resultados, se suele recomendar la quimioterapia con derivados del platino para la enfermedad recurrente sensible a estos derivados. Esto es aplicable especialmente a la primera recurrencia. El bevacizumab como tratamiento dirigido puede combinarse con la quimioterapia.

En ciertas circunstancias, antes de iniciar el tratamiento de la recurrencia, el médico puede recomendar una cirugía para extirpar todo el

cáncer visible. Esto se llama cirugía citorreductora secundaria.

Si el tratamiento de la recurrencia con quimioterapia con derivados del platino funciona bien o muy bien, la terapia de mantenimiento es una opción. Si se incluyó bevacizumab en su pauta terapéutica de quimioterapia de la recurrencia, puede continuarse como único fármaco en la terapia de mantenimiento.

Un inhibidor de PARP también puede ser una opción para la terapia de mantenimiento si aún no ha recibido tratamiento con uno y existe una mutación del gen *BRCA*.

Después de una quimioterapia exitosa para el cáncer recurrente, la terapia de mantenimiento con un inhibidor de PARP puede continuarse hasta que el cáncer crezca o se extienda, o hasta que los efectos secundarios hagan que sea intolerable o poco seguro continuar.

Guía 3 Tratamiento basado en biomarcadores

Biomarcador	Tratamientos dirigidos disponibles
dMMR/MSI-H	- Dostarlimab-gxly (Jemperli) - Pembrolizumab (Keytruda)
Mutación V600E de <i>BRAF</i>	Dabrafenib (Tafinlar) + trametinib (Mekinist)
TMB-H	Pembrolizumab (Keytruda)
Fusión del gen <i>NTRK</i>	- Entrectinib (Rozlytrek) - Larotrectinib (Vitrakvi)

Tratamiento basado en biomarcadores

Si el cáncer presenta alguno de los biomarcadores que se enumeran en la **Guía 3**, el tratamiento dirigido o la inmunoterapia pueden ser una opción.

Para obtener información sobre los efectos secundarios de la inmunoterapia, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia: Inhibidores del punto de control inmunitario* en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Tratamiento hormonal

Los estrógenos y la progesterona son hormonas que producen los ovarios hasta la menopausia. A veces se administran hormonas para aliviar los síntomas de la menopausia, como los sofocos. Esto se conoce como hormonoterapia para la menopausia. Antes se llamaba tratamiento de reemplazo hormonal (TRH). Esto puede favorecer el crecimiento de algunos cánceres de ovario.

En algunos casos, el tratamiento puede bloquear la acción de estas hormonas o reducir sus niveles. El objetivo es ayudar a ralentizar el crecimiento del cáncer de ovario. Esto se denomina tratamiento hormonal o terapia antiestrogénica. Puede utilizarse para el cáncer de ovario persistente o recurrente, y con mayor frecuencia para tumores de grado bajo.

El tratamiento hormonal a menudo provoca síntomas de menopausia, como los siguientes:

- Sofocos
- Cambios de humor
- Sequedad vaginal
- Problemas para dormir
- Sudores nocturnos
- Flujo vaginal
- Aumento de peso

Otros efectos secundarios incluyen hinchazón de manos y 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.

Radioterapia para aliviar los síntomas

En función del tratamiento específico de la recurrencia que se haya planificado, también puede administrarse radioterapia para aliviar los síntomas. Puede utilizarse para tratar sangrados vaginales, zonas de cáncer en los huesos y zonas aisladas que causan dolor.

La radioterapia en la pelvis puede acortar y estrechar la vagina (estenosis vaginal). Esto puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a las exploraciones vaginales que realizan los médicos.

El uso de un dilatador vaginal puede prevenir o tratar la estenosis vaginal. Se trata de un dispositivo utilizado para estirar o ensanchar gradualmente la vagina. Puede empezar a utilizar un dilatador a partir de la segunda o cuarta semana después de haber finalizado la radioterapia y seguir utilizándolo todo el tiempo que desee.

Tratamiento complementario

El tratamiento complementario ayuda a mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El objetivo es prevenir o controlar los efectos secundarios y los síntomas, como el dolor y la fatiga relacionados con el cáncer. También aborda los problemas mentales, sociales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer.

El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida. También puede ayudar con lo siguiente:

- Toma de decisiones sobre el tratamiento
- Coordinación de la atención médica
- Pago de la atención médica
- Planificación anticipada de la atención y relacionada con el final de la vida
- Control de los síntomas



Reacciones de hipersensibilidad

Con el uso repetido de carboplatino o cisplatino, se incrementa el riesgo de presentar una reacción de hipersensibilidad (alérgica). Las siguientes son algunas preguntas para su equipo de atención médica sobre este riesgo:

- ✓ ¿Qué tan probable es que tenga una reacción alérgica a la quimioterapia?
- ✓ ¿Cómo puedo saberlo? ¿Cuáles son los síntomas?
- ✓ ¿El personal disponible sabe cómo manejar las reacciones alérgicas? ¿Contarán con el equipo médico adecuado?

Ensayos clínicos

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación médica. Después de desarrollar y analizar en un laboratorio nuevas formas posibles de combatir el cáncer, es necesario estudiarlas en las personas.

Si en un ensayo clínico se determina que un medicamento, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos habituales y los ensayos clínicos. Converse con su médico para evaluar si tiene sentido participar en un ensayo clínico.

Fases

La mayoría de los ensayos clínicos sobre el cáncer se centran en el tratamiento y se realizan por fases.

- En los ensayos de **fase 1**, se estudian la seguridad y los efectos secundarios de un fármaco en investigación o un método de tratamiento.
- En los ensayos de **fase 2**, se evalúa el grado en que un fármaco o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- En los ensayos de **fase 3**, se evalúa el fármaco o el método en comparación con el tratamiento habitual. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- En los ensayos de **fase 4**, se estudian la seguridad y el beneficio de un tratamiento aprobado por la FDA.



Buscar un ensayo clínico

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN

[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)

The National Cancer Institute (NCI)

cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)

ocra.careboxhealth.com

The U.S. National Library of Medicine (NLM)

clinicaltrials.gov

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer (Cancer Information Service, CIS) del NCI

+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)

cancer.gov/contact

¿Quién puede inscribirse?

Depende de las normas del ensayo clínico, denominadas criterios de elegibilidad. Las normas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estos garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

Los placebos (versiones inactivas de medicamentos reales) casi nunca se usan solos en los ensayos clínicos sobre el cáncer. Es común recibir el placebo con el tratamiento habitual o el medicamento nuevo con el tratamiento estándar. Antes de inscribirse, se le informará, verbalmente y por escrito, si el ensayo clínico tiene previsto el uso de un placebo.

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

No tiene que pagar nada para inscribirse en un ensayo clínico. El patrocinador del estudio paga los costos relacionados con la investigación, incluido el fármaco del estudio. Pero es posible que tenga que pagar otros servicios, como transporte o servicios de cuidado infantil, debido a las consultas adicionales. Durante el ensayo, continuará recibiendo la atención habitual contra el cáncer. Este tipo de atención a menudo está cubierta por el seguro.

“

Quizás no esté agradecida por tener cáncer, pero sí lo estoy por las lecciones que me ha enseñado y por la gente maravillosa que he conocido en el camino”.

—Sobreviviente de cáncer de ovario

Puntos clave

- La histerectomía con SOB es el primer tratamiento recomendado para el cáncer de ovario siempre que sea posible. La cirugía con conservación de la fertilidad puede ser una opción si el cáncer no se ha extendido más allá del ovario.
- El estadio del cáncer de ovario se determina durante la cirugía para extirpar el cáncer. Esto se llama estadificación quirúrgica.
- Para los tipos de tumores de ovario más frecuentes, se recomienda la quimioterapia con derivados del platino después de la cirugía para la **mayoría** de los cánceres en estadio 1 y para **todos** los cánceres en estadios 2, 3 y 4. Se puede agregar bevacizumab (Avastin).
- La terapia de mantenimiento se recomienda para muchos cánceres en estadios 2, 3 y 4 que responden bien al tratamiento inicial. Los inhibidores de PARP suelen ser una opción. Funcionan mejor en cánceres con una mutación del gen *BRCA* o en cánceres con HRD positivo.
- Si se incluyó en la quimioterapia, el bevacizumab puede administrarse solo o con un inhibidor de PARP como terapia de mantenimiento.
- Si aún no se han realizado, se recomienda realizar pruebas de biomarcadores tumorales a todas las personas con cáncer de ovario recurrente.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

Preguntas para hacer

- ¿Reúno los requisitos para someterme a una cirugía con conservación de la fertilidad?
- ¿Necesito terapia de mantenimiento?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios de los inhibidores de PARP?
- ¿Debería considerar un ensayo clínico?
¿Conoce alguno en el que pueda participar?

4

Tratamiento de los cánceres de ovario menos frecuentes

- 43 Carcinosarcoma
- 43 Carcinoma de células claras
- 44 Carcinoma mucinoso
- 44 Carcinoma endometrioide de grado 1
- 45 Carcinoma seroso de bajo grado
- 46 Tumores epiteliales serosos limítrofes de ovario
- 47 Tumores malignos de células germinales
- 49 Tumores malignos del estroma de los cordones sexuales
- 52 Puntos clave
- 52 Preguntas para hacer

Los cánceres de ovario menos frecuentes suelen diagnosticarse durante una cirugía u otro procedimiento. El tratamiento de estos cánceres poco frecuentes suele ser individualizado. Cuando sea posible, es muy recomendable recibir tratamiento como parte de un ensayo clínico.

Los cánceres de ovario menos frecuentes pueden comenzar en el epitelio, en los tejidos que sostienen los ovarios o en las células reproductoras (óvulos) del ovario. Si aún no se le ha realizado, es posible que primero se le practique una cirugía para extirpar cualquier resto de cáncer o para estadificarlo.

Si recibir tratamiento como parte de un ensayo clínico no es una opción, el tratamiento de los cánceres de ovario menos frecuentes debe ser individualizado. El hecho de que el cáncer presente algún biomarcador ayuda a guiar las decisiones de tratamiento. Los biomarcadores son características del cáncer que pueden ayudar a orientar su atención.

Carcinosarcoma

Los carcinosarcomas son el tipo más agresivo de un tumor de ovario. Estos cánceres también se conocen como tumores müllerianos mixtos malignos.

La cirugía con conservación de la fertilidad no es una opción de tratamiento, independientemente de su edad o del estadio del cáncer. Se recomienda el tratamiento con quimioterapia con derivados del platino. Una pauta terapéutica **preferida** para todos los estadios es paclitaxel y carboplatino, que se administra cada tres semanas. Para los tumores en estadio 2, 3 o 4, el tratamiento dirigido con bevacizumab puede administrarse con

quimioterapia. En ese caso, se suele continuar como terapia de mantenimiento.

Una vez finalizada la quimioterapia, comenzará el tratamiento de seguimiento de los tumores en estadio 1. En los tumores en estadio 2, 3 o 4 con mutación del gen *BRCA*, la quimioterapia puede ir seguida de una terapia de mantenimiento.

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 35.

Carcinoma de células claras

Entre los cánceres de ovario menos frecuentes, los carcinomas de células claras son los más comunes. Se consideran tumores de alto grado (de crecimiento rápido). La mayoría no tienen receptores de estrógenos. Esto significa que el tratamiento hormonal no suele ser útil contra estos cánceres.

Se recomienda la quimioterapia con derivados del platino para la mayoría de los carcinomas de células claras. Una pauta terapéutica **preferida** para todos los estadios es paclitaxel y carboplatino, que se administra cada tres semanas. Para los tumores en estadio 2, 3 o 4, el tratamiento dirigido con bevacizumab puede administrarse con quimioterapia. En ese caso, se suele continuar como terapia de mantenimiento.

Una vez finalizada la quimioterapia, comenzará el tratamiento de seguimiento de los tumores en estadio 1. En los tumores en estadio 2, 3 o 4 con mutación del gen *BRCA*, la quimioterapia puede ir seguida de una terapia de mantenimiento.

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 35.

Carcinoma mucinoso

Los tumores mucinosos pueden crecer tanto hasta el punto de ocupar el abdomen y la pelvis. Suelen diagnosticarse a una edad más temprana que los cánceres de ovario más frecuentes. La mayoría de las personas presentan la enfermedad en estadio temprano en el momento del diagnóstico.

Las pruebas suelen incluir una revisión del aparato gastrointestinal (GI). Esto puede ayudar a diferenciar entre un verdadero cáncer mucinoso de ovario y un cáncer que puede haberse extendido al ovario desde el aparato GI. Se recomienda realizar análisis de sangre para medir el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el CA 19-9.

Si aún no se le ha realizado, es posible que se le practique una cirugía para extirpar cualquier resto de cáncer y para estadificar quirúrgicamente el cáncer.

Algunos tumores mucinosos en estadio 1 pueden observarse sin administrar tratamiento. Para otros, se recomienda la quimioterapia. Esto depende, en parte, del aspecto de las células tumorales bajo el microscopio. Si se planifica la quimioterapia, las pautas terapéuticas preferidas se enumeran en la **Guía 4**.

La quimioterapia se recomienda para **todos** los tumores mucinosos en estadios 2, 3 y 4. **Consulte la Guía 4.**

Carcinoma endometriode de grado 1

En todos los carcinomas endometrioides de grado 1, se recomienda realizar pruebas para detectar un biomarcador (característica) denominado deficiencia de reparación de desajustes (dMMR)/inestabilidad microsatelital alta (MSI-H).

Los tumores en estadios 1A y 1B se observan sin tratamiento. Aunque la observación también es una opción para los tumores en estadio 1C,

Guía 4

Tumores mucinosos: opciones preferidas de quimioterapia

Nota: Estas pautas terapéuticas pueden cambiar a medida que se disponga de nueva información.

Estadio 1	• 5-FU + leucovorina + oxaliplatino • Capecitabina + oxaliplatino • Paclitaxel + carboplatino (cada 3 semanas)
Estadios 2, 3 y 4	• 5-FU + leucovorina + oxaliplatino con o sin bevacizumab • Capecitabina + oxaliplatino con o sin bevacizumab • Paclitaxel + carboplatino (cada 3 semanas) • Paclitaxel + carboplatino + bevacizumab + bevacizumab de mantenimiento

estos cánceres suelen tratarse con quimioterapia o tratamiento hormonal.

Para todos los tumores en estadio 2, 3 y 4, se recomienda el tratamiento con quimioterapia o tratamiento hormonal. Si se planifica la quimioterapia, se recomienda paclitaxel y carboplatino (administrados cada 3 semanas). Es posible sumar a la quimioterapia un tratamiento dirigido denominado bevacizumab. Su profesional médico podría sugerir tratamiento hormonal de mantenimiento después de la quimioterapia.

Carcinoma seroso de bajo grado

El carcinoma seroso de bajo grado no es lo mismo que el carcinoma seroso de alto grado, que se diagnostica con más frecuencia. Los carcinomas serosos de bajo grado tienden a diagnosticarse a una edad más temprana. Poco más de la mitad están relacionados con tumores serosos limítrofes, también llamados tumores de bajo potencial maligno.

Se recomienda la observación para todos los tumores en estadio 1A y 1B. Aunque la observación también es una opción para los tumores en estadio 1C, estos cánceres suelen tratarse con quimioterapia o tratamiento hormonal.

Para todos los tumores en estadio 2, 3 y 4, se recomienda el tratamiento con quimioterapia o tratamiento hormonal. Si se planifica la quimioterapia, se recomienda paclitaxel y carboplatino (administrados cada 3 semanas). Es posible sumar a la quimioterapia un tratamiento dirigido denominado bevacizumab.

La terapia de mantenimiento puede seguir después de la quimioterapia para tumores en estadios 2, 3 y 4. Se podría administrar tratamiento hormonal o, si se incluyó bevacizumab en la quimioterapia, se podría continuar solo como terapia de mantenimiento.

Después del tratamiento

Una vez finalizado el tratamiento, se recomiendan visitas de seguimiento cada 2 o 4 meses durante los 2 primeros años y, posteriormente, cada 3 o 6 meses durante 3 años. Después del quinto año, se programan una vez al año.

Se realizan análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes y exámenes físicos (incluido un examen pélvico) según sea necesario. Si aún no se han realizado pruebas de biomarcadores, se recomiendan en este momento. Si se obtuvieron niveles elevados de CA-125 u otros marcadores tumorales antes del tratamiento, se vigilarán después de él.

Recurrencia

Si el cáncer reaparece, estas pueden ser sus opciones de tratamiento:

- Tratamiento hormonal
- Tratamiento dirigido
- Quimioterapia (si no se administró antes)

Observar el cáncer sin administrar tratamiento también puede ser una opción.

Tumores epiteliales serosos limítrofes de ovario

Los tumores epiteliales serosos limítrofes también se denominan tumores de bajo potencial maligno (LMP). Estos tumores de crecimiento lento tienen características similares al cáncer, pero no invaden otros tejidos como la mayoría de los cánceres.

En comparación con otros tipos de cáncer de ovario más invasivos, las personas diagnosticadas con un tumor epitelial limítrofe suelen ser más jóvenes y a menudo presentan la enfermedad en estadio 1.

La cirugía es el principal tratamiento para los tumores serosos limítrofes. La cirugía con conservación de la fertilidad suele ser una opción, además de la cirugía estándar. Un oncólogo ginecólogo debe participar en la decisión sobre sus opciones de cirugía.

Cirugía previa incompleta

Si el cáncer no se extirpó en su totalidad o no se estadificó completamente durante una cirugía previa, esta se considera incompleta. En este caso, se recomienda otra cirugía (si es posible).

Si desea tener la opción de quedar embarazada, la extirpación de un solo ovario con cáncer y su trompa de Falopio, junto con cualquier resto de cáncer visible, puede ser una opción. Para algunas mujeres, puede ser una opción la extirpación de ambos ovarios y trompas de Falopio, pero sin retirar el útero.

Si no desea quedar embarazada, se realiza una **cirugía de finalización**. Esta implica la extirpación del útero junto con el ovario y la trompa de Falopio restantes. El cirujano también extirpará todo el cáncer que quede. También puede extirpar o no los ganglios linfáticos para su análisis posterior.

Después de la cirugía (con conservación de la fertilidad o de finalización), el equipo de patología analizará los tejidos extirpados. A veces, el tipo de tumor cambia como resultado de estas pruebas. Si los resultados finales confirman que es limítrofe, a continuación se describe la atención de seguimiento.

Cirugía completa previa

Si el cáncer se resecó completamente y no se encontró carcinoma seroso de bajo grado, se recomienda la observación.

Si se encontró un carcinoma seroso de bajo grado, se recomienda el tratamiento para este tipo de tumor.

Seguimiento

Los exámenes físicos, que pueden incluir un examen pélvico, se recomiendan cada 3 a 12 meses durante los primeros 5 años después del tratamiento.

Si los niveles de algún marcador tumoral eran elevados en el momento del diagnóstico, deberán controlarse en todas las consultas de seguimiento. Se realizan otros análisis de sangre y estudios de diagnóstico por imágenes según sea necesario.

Después de la cirugía con conservación de la fertilidad, es posible que se realicen ecografías para detectar la recurrencia precozmente. Hable con su médico sobre la cirugía de finalización después de dar a luz.

Recidiva

Si el cáncer reaparece después del tratamiento, la citorreducción para eliminar todo el cáncer visible se recomienda siempre que sea posible. Si el tipo de tumor cambia como resultado de la cirugía, se recomienda el tratamiento según el tipo de tumor actualizado.

Tumores malignos de células germinales

Aunque en general son muy poco frecuentes, los tumores de células germinales son el tipo más frecuente de cáncer de ovario diagnosticado en personas de 16 a 20 años. Estos tumores no epiteliales suelen diagnosticarse en la fase más temprana y tienen excelentes resultados de tratamiento.

Entre los tipos de tumores de células germinales se incluyen los siguientes:

- Disgerminoma
- Teratoma inmaduro
- Tumor embrionario
- Tumor del seno endodérmico (saco vitelino)

Los siguientes marcadores tumorales suelen encontrarse en cantidades superiores a las normales en las personas con un tumor maligno de células germinales:

- Alfafetoproteína (AFP)
- Gonadotropina coriónica humana beta (β-hCG)
- Lactato deshidrogenasa (LDH)

Cirugía con conservación de la fertilidad

Si desea la opción de quedar embarazada de forma natural después del tratamiento, se recomienda la cirugía con conservación de la fertilidad. El cáncer puede presentarse en cualquier estadio. Al mismo tiempo se realiza una estadificación quirúrgica completa.

La vigilancia después de la cirugía con conservación de la fertilidad incluye ecografías de manera periódica. Después de dar a luz, hable con su médico sobre la cirugía de finalización.

Cirugía de finalización

Si quedar embarazada no es una opción viable o no es una prioridad para usted, se recomienda la cirugía de finalización con estadificación quirúrgica completa.

Los tumores malignos de células germinales se estadifican con el mismo sistema utilizado para los cánceres de ovario comunes. En niños o adolescentes con tumores de células germinales en estadio temprano, puede omitirse la estadificación quirúrgica completa.

Quimioterapia después de la cirugía

Después de la cirugía, se recomienda la quimioterapia para la mayoría de los tumores malignos de células germinales. Estos incluyen los siguientes:

- Tumores embrionarios en cualquier estadio
- Tumor del seno endodérmico en cualquier estadio (tumor del saco vitelino)
- Disgerminoma en estadio 2, 3 o 4
- Teratoma inmaduro en estadio 1, grado 2 o 3
- Teratoma inmaduro en estadio 2, 3 o 4
- Coriocarcinoma no gestacional en cualquier estadio

Otros tumores de células germinales no necesitan quimioterapia después de la cirugía. La observación con vigilancia se recomienda en los casos siguientes:

- disgerminomas en estadio 1; y
- teratomas inmaduros en estadio 1, grado 1.

Para los tumores que necesitan quimioterapia, se prefieren de 3 a 4 ciclos de la **pauta terapéutica BEP** (bleomicina, etopósido y cisplatino).

La bleomicina puede dañar los pulmones. Antes de iniciar la quimioterapia, le harán pruebas para comprobar el funcionamiento de los pulmones. Si no puede recibir bleomicina, su equipo le informará sobre otras opciones recomendadas en su caso.

Después de la quimioterapia, se le indicarán estudios de diagnóstico por imágenes para determinar cómo ha respondido el cáncer. Si la respuesta a la quimioterapia es completa, deberá realizarse controles de seguimiento cada 2 a 4 meses durante 2 años.

Si los niveles de AFP y β -hCG eran altos en un principio, estos marcadores tumorales también se controlarán con un análisis de sangre. **Consulte la Guía 5** en la página siguiente.

Neoplasia residual o enfermedad recurrente

A veces, el tumor no desaparece por completo con el tratamiento. Esto se llama neoplasia residual. O bien, el tumor puede reaparecer después del tratamiento. Esto se llama enfermedad recurrente.

Si el tumor todavía se puede ver en los estudios de diagnóstico por imágenes después de la cirugía y la quimioterapia, y los niveles de marcadores tumorales son normales, su médico puede sugerir la cirugía para extirpar lo que queda del tumor. La observación con estudios de diagnóstico por imágenes también es una opción.

Si se planifica la cirugía, los siguientes pasos dependerán de los resultados de esta. Si no se ha podido extirpar todo el cáncer, su médico puede recomendarle dos ciclos más de quimioterapia con derivados del platino.

Para las personas con cáncer confirmado (residual o recurrente) después de la quimioterapia de primera línea y con marcadores tumorales anormales (AFP o β -hCG), las opciones para intentar curar el cáncer incluyen lo siguiente:

- Quimioterapia TIP (paclitaxel + ifosfamida + cisplatino)
- Quimioterapia de dosis alta con trasplante de células hematopoyéticas (TCH)

En algunas personas, un trasplante de células hematopoyéticas puede curar el cáncer. Si su médico considera que es posible la curación, la deben derivar a un centro de atención especializada para una consulta sobre quimioterapia de dosis alta y rescate de células madre. Las pautas terapéuticas específicas de quimioterapia de dosis alta utilizadas varían según los centros oncológicos.

Si el tratamiento con TIP o la quimioterapia de dosis alta no es posible o no se desea, la quimioterapia paliativa es una opción. El objetivo de atención es hacerla sentir más cómoda y mejorar su calidad de vida. Existen muchas opciones para la quimioterapia paliativa. Converse con su médico sobre cuál puede ser la opción más adecuada para usted.

Para los cánceres con los siguientes biomarcadores, la inmunoterapia con un inhibidor del punto de control también puede ser una opción.

- Inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)
- Deficiencia de reparación de desajustes (dMMR)
- Carga mutacional tumoral alta (TMB-H)

La radioterapia dirigida a la zona del tumor puede ayudar a aliviar los síntomas causados por el cáncer. Recuerde también que recibir solo tratamiento complementario sin ningún otro tratamiento es siempre una opción.

Tumores malignos del estroma de los cordones sexuales

Los tumores malignos del estroma de los cordones sexuales no son epiteliales. Estos tipos de tumores poco frecuentes incluyen los siguientes:

- Tumores de células de la granulosa (más comunes)
- Tumores de células de Sertoli-Leydig

El pronóstico (perspectiva) de ambos tipos es bueno. Para los tumores de células de la granulosa más comunes, la mayoría de las personas diagnosticadas tienen cáncer en estadio temprano y de crecimiento lento.

Estadificación quirúrgica

En los tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, se recomienda la cirugía para estadificar el cáncer. La estadificación quirúrgica de estos tumores por lo general no incluye la extirpación de los ganglios cercanos.

Si se desea conservar la fertilidad y el cáncer no se ha extendido más allá del ovario, se puede optar por una cirugía con conservación de la fertilidad y estadificación completa. Si se planifica esta cirugía, hable con su médico sobre la posibilidad de tener una cirugía de finalización después de tener hijos. En la cirugía de finalización, se extirpa el útero junto con el ovario y la trompa de Falopio restantes.

Guía 5 Vigilancia de los tumores malignos de células germinales

	Año 1	Año 2	Año 3	Años 4 a 5	Después de 5 años
Evaluación clínica (examen físico)	Cada 3 meses	Cada 3 meses	Cada 6 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses
Ecografía pélvica (si aún conserva un ovario)	Cada 3 meses	Cada 3 meses	Cada 6 meses		
Análisis de sangre para controlar los niveles de marcadores tumorales	Cada 2 meses	Cada 3 meses	Cada 6 meses	Cada 12 meses	Cada 12 meses por hasta 10 años
Radiografía de tórax				Cada 6 meses	Según sea necesario
TC de tórax, abdomen y pelvis	Cada 3 meses	Cada 3 meses	Cada 6 a 12 meses	Según sea necesario	Según sea necesario

Los tumores malignos del estroma de los cordones sexuales se estadifican con el mismo sistema utilizado para los cánceres de ovario comunes. Los próximos pasos en su tratamiento dependen del estadio del cáncer, que se determina mediante la cirugía.

Estadio 1

Se recomienda la observación después de la cirugía para los tumores en estadio 1 de bajo riesgo.

Los tumores en estadio 1 de riesgo medio o alto pueden observarse o tratarse con quimioterapia con derivados del platino. En este momento, la pauta terapéutica de quimioterapia **preferida** es paclitaxel y carboplatino.

Estadios 2, 3 o 4

Para las personas con un tumor en estadio 2, 3 o 4, las opciones de tratamiento incluyen quimioterapia con derivados del platino y radioterapia. La radiación es una opción solo si hay una cantidad limitada de cáncer en el cuerpo. De lo contrario, se suele administrar quimioterapia.

Vigilancia

Los tumores de células de la granulosa pueden reaparecer décadas después del tratamiento. Se recomienda la vigilancia a largo plazo.

Los exámenes físicos se realizan según sea necesario en función del estadio del cáncer. En el caso de los cánceres en estadio temprano y de bajo riesgo, suelen realizarse una o dos veces al año. Para las enfermedades de alto riesgo, los exámenes se realizan con mayor frecuencia (aproximadamente cada 4 a 6 meses).

Los tumores del estroma de los cordones sexuales, especialmente los tumores de células de la granulosa, pueden producir una proteína llamada inhibina. Si el nivel de inhibina en la sangre era alto en el momento del diagnóstico, es posible que su médico siga controlándolo después del tratamiento. Si el nivel aumenta, podría ser un signo de recidiva. Tenga en cuenta que un análisis de sangre por sí solo no puede confirmar que el cáncer haya reaparecido.

Las pruebas de CA-125 y otros marcadores tumorales son individualizadas. Si su médico se lo recomienda, la frecuencia de los análisis

“Creo sinceramente que tenemos que pasar por algo que nos cambie la vida para llegar a algo que logre reafirmarla”.

– Sobreviviente de cáncer de ovario



dependerá también del estadio del cáncer. Los análisis de sangre pueden solicitarse una o dos veces al año si el cáncer está en estadio temprano y es de bajo riesgo. En los casos de alto riesgo, los análisis pueden solicitarse cada 4 a 6 meses.

Los estudios de diagnóstico por imágenes no son necesarios de manera periódica después del tratamiento. Pueden solicitarse si aparecen síntomas de cáncer, si los niveles de marcadores tumorales son elevados o si se observan hallazgos preocupantes en el examen físico.

Recidiva

Una recidiva (también llamada recurrencia) es la reaparición del cáncer después de haber estado libre de este. Cuando sea posible, se recomienda participar en un ensayo clínico para su tratamiento. Pregunte a su equipo de atención médica sobre los ensayos disponibles en los que pueda inscribirse.

La mayoría de las personas con tumores del estroma de los cordones sexuales reciben quimioterapia en caso de recidiva. La pauta terapéutica **preferida** en este momento es paclitaxel y carboplatino. Existen otras opciones recomendadas que su profesional de atención médica puede sugerirle.

El tratamiento hormonal también es una opción para tratar la recidiva. Si se lo elige en vez de la quimioterapia, las opciones son las siguientes:

- Inhibidores de la aromatasa (anastrozol, exemestano, letrozol)
- Acetato de leuprolida o de goserelina (para tumores de células de la granulosa)
- Tamoxifeno



El tratamiento complementario está disponible para todas las personas con cáncer. No tiene por objeto tratar el cáncer, sino aliviar los síntomas y hacer que usted sienta más comodidad.

Su médico puede recomendarle otra cirugía para extirpar la mayor parte posible del cáncer. La radioterapia dirigida a la zona del tumor puede ayudar a aliviar los síntomas causados por el cáncer.

Recuerde que recibir solo tratamiento complementario sin ningún otro tratamiento es siempre una opción.

Puntos clave

- Los cánceres de ovario menos frecuentes suelen diagnosticarse durante una cirugía u otro procedimiento.
- Si aún no se le ha realizado, es posible que primero se le practique una cirugía para extirpar cualquier resto de cáncer y estadificarlo.
- Se recomienda encarecidamente recibir tratamiento como parte de un ensayo clínico si existe un ensayo abierto en el que sea elegible para participar.
- Si un ensayo clínico no es una opción, el tratamiento de estos cánceres poco frecuentes es individualizado y suele incluir quimioterapia.
- El tratamiento complementario está disponible para todos los pacientes con cáncer, ya sea que esté recibiendo otro tratamiento o no.

Preguntas para hacer

- ¿Qué tipo de cáncer de ovario poco frecuente tengo?
- ¿Mi tipo de cáncer es hereditario?
- ¿Cómo averiguo sobre los ensayos clínicos en los que puedo participar?

5

Supervivencia

- 54 Su profesional de atención primaria
- 54 Pago de la atención médica
- 54 Más información
- 56 Puntos clave
- 56 Preguntas para hacer

La supervivencia comienza desde el día en que se enteró que tenía cáncer de ovario. Se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.

Para muchas personas que padecieron la enfermedad, el final del tratamiento marca un momento de celebración, pero también de ansiedad. Esto es normal. Quizás necesite apoyo para tratar los problemas que surgen de no visitar regularmente a su equipo de atención oncológica.

Su profesional de atención primaria

Una vez finalizado el tratamiento contra el cáncer, su profesional de atención primaria y su oncólogo trabajarán juntos para ofrecerle la atención de seguimiento recomendada. La comunicación fluida entre sus médicos es una parte importante de la supervivencia.

Pida a su oncólogo un plan de atención a los sobrevivientes por escrito. Lo ideal es que el plan incluya lo siguiente:

- Un resumen de su historial de tratamiento del cáncer
- Una descripción de los posibles efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo
- Un cronograma de pruebas de seguimiento del cáncer
- Funciones y responsabilidades claras para sus profesionales de atención médica
- Recomendaciones de salud general y bienestar

Pago de la atención médica

Las personas que han padecido la enfermedad se enfrentan a una carga financiera extraordinaria. Pagar las consultas médicas, las pruebas y los tratamientos puede llegar a ser excesivamente oneroso, sobre todo para quienes tienen un seguro médico limitado o carecen de él. También puede tener otros gastos no relacionados directamente con el tratamiento, como los gastos de viaje y el costo del cuidado de los niños.

El término efectos secundarios financieros se utiliza para describir los problemas a los que se enfrentan los pacientes en relación con el costo de la atención médica. Los efectos secundarios financieros pueden afectar a su calidad de vida y al acceso a la atención médica necesaria.

Si necesita ayuda para pagar los cuidados oncológicos, es posible que disponga de asistencia financiera. Hable con un orientador de pacientes, con el trabajador social de su equipo de atención médica y con el departamento de servicios financieros de su hospital.

Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, visite [NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines):

- *Atención a los sobrevivientes para una vida saludable*
- *Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer*



Hábitos saludables para los sobrevivientes del cáncer



Siga las recomendaciones de su oncólogo y su profesional de atención primaria para detectar otros tipos de cáncer según su edad, sexo y nivel de riesgo.



Obtenga la atención médica recomendada según su edad, como controles de la presión sanguínea, pruebas de detección de la hepatitis C y vacunas (como la de la gripe).



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados. Pídale a su profesional médico la derivación a un nutricionista especializado en cáncer.



El alcohol puede aumentar el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer. Beba poco o nada de alcohol.



Muévase más; reduzca el sedentarismo. Trate de hacer ejercicio de intensidad moderada durante al menos 150 minutos por semana.



Mantenga un peso saludable. Hacer un seguimiento de su peso, alimentación, calorías y niveles de actividad podría ayudar a cumplir sus objetivos.



Deje de consumir tabaco. Pregunte al equipo de atención médica sobre opciones que le sirvan para dejar de fumar. La terapia psicológica y los medicamentos suelen ser algunas opciones disponibles.

Puntos clave

- La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.
- La atención a los sobrevivientes mejora si su oncólogo y su profesional de atención primaria trabajan juntos para proporcionarle los cuidados a largo plazo que necesita.
- El plan de atención a los sobrevivientes es útil al traspasar su cuidado al médico de cabecera.
- Los hábitos saludables desempeñan un papel fundamental para ayudar a prevenir otras enfermedades y segundos cánceres.
- Si le preocupa cómo pagar su atención oncológica, es posible que disponga de asistencia financiera.

Preguntas para hacer

- ¿Puede proporcionarme un plan de atención a los sobrevivientes por escrito?
- ¿Este centro de tratamiento cuenta con un programa de atención a los sobrevivientes?
- ¿Qué puedo esperar durante una consulta de atención a los sobrevivientes?

6

Otros recursos

- 58 Qué más hay que saber
- 58 Qué más hacer
- 58 Dónde obtener ayuda
- 59 Preguntas para hacer

¿Quiere saber más? Aquí le explicamos cómo obtener ayuda adicional.

Qué más hay que saber

En este libro, encontrará ayuda para conocer las opciones disponibles, de modo que pueda tomar decisiones informadas y mejorar su atención oncológica. Pero no es el único recurso que tiene.

Solicite toda la información posible y ayuda que necesite. A muchas personas les interesa saber más sobre los siguientes temas:

- Controlar los efectos secundarios, incluso los de la menopausia quirúrgica
- Obtener ayuda económica
- Buscar un programa de atención a los sobrevivientes
- Planificar la atención de forma anticipada

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Suelen disponer de recursos en las instalaciones para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas. Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

Además de la ayuda de sus profesionales de atención médica, los recursos enumerados en la siguiente sección proporcionan apoyo a muchas personas como usted.

Dónde obtener ayuda

Consulte la lista y visite los sitios web que se indican para obtener más información sobre estas organizaciones.

Bone Marrow y Cancer Foundation
bonemarrow.org

CancerCare
cancercare.org/

Cancer Hope Network
Cancerhopenetwork.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

GRACE
Cancergrace.org

Imerman Angels
Imermanangels.org

My Faulty Gene
Myfaultygene.org

National Ovarian Cancer Coalition (NOCC)
Ovarian.org

Ovarcome
ovarcome.org

Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)
ocrahope.org

PAN Foundation
Panfoundation.org

Sharsheret
sharsheret.org

Triage Cancer
Triagecancer.org

Unite for HER

uniteforher.org

Base de datos de ensayos clínicos de U.S.

National Library of Medicine

clinicaltrials.gov/

Preguntas para hacer

- ¿Con quién debo hablar sobre vivienda, preparación de comidas y otras necesidades básicas?
- ¿Qué ayudas existen para el transporte, el cuidado de los niños y la atención domiciliaria?
- ¿Hay otros servicios disponibles para mí y mis cuidadores?



¡Cuéntenos qué opina!

**Tómese un momento para completar
una encuesta en línea sobre NCCN**

Guidelines for Patients.

NCCN.org/patients/response



Palabras que debe conocer

anatomopatólogo

Un médico experto en el análisis de células y tejido para detectar enfermedades.

antígeno del cáncer-125 (CA-125)

Sustancia que puede encontrarse en cantidades elevadas en la sangre de pacientes con cáncer de ovario.

ascitis

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

asesoramiento genético

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

biomarcador

Características de un cáncer o tumor que pueden ayudar a guiar el tratamiento. Los biomarcadores en algunos cánceres de ovario incluyen mutaciones somáticas del gen *BRCA*, deficiencia de recombinación homóloga, MSI, MMR, expresión de HER2, TMB, mutación V600E del gen *BRAF*, expresión de FR α , mutaciones del gen *RET* y fusión del gen *NTRK*.

cáncer de ovario hereditario

Cáncer de ovario causado por variantes genéticas (heredadas) de la estirpe germinal transmitidas 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.

cánceres de ovario menos frecuentes (LCOC)

Entre los tipos de cáncer de ovario poco frecuentes se incluyen el carcinosarcoma, el carcinoma de células claras, las neoplasias mucinosas, los tumores endometrioides de grado 1, serosos de bajo grado, epiteliales limítrofes, malignos del

estroma de los cordones sexuales y malignos de células germinales.

cápsulas

Una capa delgada de tejido que rodea los ovarios.

carcinoma de células claras del ovario

Un tipo poco frecuente de cáncer epitelial de ovario, en el que el interior de las células parece transparente cuando se observa al microscopio.

carcinoma endometriode de ovario

Tipo de cáncer epitelial de ovario. Los tumores endometrioides de grado 2 y 3 son frecuentes. Los tumores endometrioides de grado 1 son cánceres de ovario menos frecuentes.

carcinoma mucinoso de ovario

Uno de los cuatro tipos de cáncer epitelial. Un tipo de cáncer de ovario menos frecuente.

cirugía con conservación de la fertilidad

Intervención quirúrgica para extirpar un ovario con su trompa de Falopio.

citorreducción

Intervención quirúrgica en la que se extirpa tanto cáncer como sea posible. También se llama cirugía citorreductora.

cuello uterino

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

deficiencia de recombinación homóloga (HRD)

Una característica de algunos cánceres de ovario que puede ayudar a guiar el tratamiento. Las mutaciones del gen *BRCA* son una forma de HRD. También se puede ser HRD positivo sin una mutación del gen *BRCA*.

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).

estadio clínico

El estadio previo al tratamiento de un cáncer. El estadio clínico ofrece una estimación de cuánto se ha extendido el cáncer.

estadio del cáncer

Una clasificación del crecimiento y la extensión del cáncer en el cuerpo, según lo determinado por la cirugía.

estadio quirúrgico

La extensión del cáncer, según lo determinado por la cirugía. También se denomina estadio anatomopatológico.

ganglios linfáticos

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

genes *BRCA1* o *BRCA2*

Genes que intervienen en la reparación del ADN. Los cambios anormales (mutaciones) en cualquiera de estos genes aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario.

grado del cáncer

Es una escala mediante la que se analiza el grado de anormalidad de las células cancerosas bajo un microscopio. Los cánceres de alto grado crecen y se extienden más rápidamente que los de bajo grado.

histerectomía

Una cirugía para extirpar el útero.

implante

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

inhibidor de PARP

Un tipo de tratamiento oral dirigido utilizado como terapia de mantenimiento en algunos cánceres de ovario.

marcador tumoral

Una sustancia que se encuentra en un tejido o fluido corporal que podría ser un signo de cáncer. CA-125 es un marcador tumoral de cáncer de ovario.

médico oncólogo

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

menopausia quirúrgica

La aparición de la menopausia causada por una cirugía. Es el resultado de una caída repentina de estrógenos en el organismo.

metástasis

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

metástasis microscópicas

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

mutación de la línea germinal

Cambio genético que se transmite de padres a hijos biológicos.

mutación somática

Un cambio no hereditario que se detecta en el cáncer. También se conoce como mutación tumoral o adquirida.

neuropatía periférica

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

oncólogo ginecólogo

Un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores femeninos. También puede administrar la quimioterapia. Un oncólogo ginecólogo debe realizar la cirugía del cáncer de ovario.

ovario

Uno de los dos órganos que producen óvulos para la reproducción y generan hormonas.

peritoneo

La capa de tejido que recubre el interior del vientre (abdomen) y la cavidad pélvica, y cubre la mayoría de los órganos internos.

pruebas genéticas

Análisis de sangre o saliva para detectar variantes genéticas de la estirpe germinal (hereditarias) que causan cáncer de ovario. Se recomienda a todas las personas diagnosticadas con cáncer de ovario.

quimioterapia

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

quimioterapia adyuvante

Quimioterapia que se administra después de una cirugía.

quimioterapia con derivados del platino

Tratamiento con dos o más medicamentos de quimioterapia en el que el medicamento principal es un derivado del platino. Algunos de estos medicamentos 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)

Tratamiento contra el cáncer que consiste en llenar la cavidad abdominal con fármacos quimioterapéuticos calentados.

quimioterapia neoadyuvante

Quimioterapia que se administra antes de una cirugía.

recidiva

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

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.

salpingooforectomía bilateral (SOB)

Intervención quirúrgica para extirpar ambos ovarios y ambas trompas 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

Tipo de cáncer epitelial de ovario. Los tumores serosos de grado 2 y 3 (alto grado) son los cánceres de ovario más frecuentes. Los tumores serosos de grado 1 (bajo grado) son cánceres de ovario menos frecuentes.

síndrome de Lynch

Cambios anormales en los genes que aumentan la probabilidad de sufrir cáncer rectal, endometrial, ovárico, de colon y de otros tipos.

taxano

Tipo de fármaco de quimioterapia. Suele administrarse con un fármaco de quimioterapia con platino para tratar el cáncer de ovario.

terapia de mantenimiento

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

tratamiento complementario

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

tratamiento dirigido

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

tratamiento hormonal

Es un tratamiento que agrega, bloquea o elimina hormonas. El objetivo es ayudar a ralentizar el crecimiento del cáncer de ovario. Puede utilizarse para el cáncer de ovario persistente o recurrente, y

con mayor frecuencia para tumores de grado bajo. También se denomina terapia antiestrogénica.

trompa de Falopio

Un tubo delgado a través del cual viaja el óvulo del ovario hacia el útero.

tumor de bajo potencial maligno (LMP)

Un tipo de cáncer de ovario menos frecuente que crece lentamente y no invade a otros tejidos. También llamado tumor epitelial limítrofe.

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer epitelial de ovario/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, versión 3.2025, del 16 de julio de 2025. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
Directora ejecutiva de Operaciones
de Información para Pacientes

Erin Vidic, máster en Artes
Redactora médica sénior, Información para
pacientes

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

El desarrollo de la NCCN Guidelines® para el cáncer epitelial de ovario/cáncer de las trompas de Falopio/cáncer peritoneal primario, versión 3.2025, del 16 de julio de 2025, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dra. Deborah K. Armstrong,
presidenta
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Ronald D. Alvarez, máster en
Dirección de Empresas/
vicepresidente
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Floor J. Backes
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Dra. Lisa Barroilhet
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

Dr. Kian Behbakht
University of Colorado Cancer Center

Dr. Andrew Berchuck
Duke Cancer Institute

Dra. Lee-may Chen
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Dr. Joshua Cohen
City of Hope National Medical Center

Marie DeRosa, enfermera registrada
Defensora de pacientes

Dr. Eric L. Eisenhauer
Mass General Cancer Center

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

Dra. Heidi J. Gray
Fred Hutchinson Cancer Center

Dra. Rachel Grisham
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dr. Ardeshir Hakam
Moffitt Cancer Center

Dra. Angela Jain
Fox Chase Cancer Center

Dr. Gottfried E. Konecny
UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center

Dr. Charles A. Leath III, máster en
Salud Pública
O'Neal Comprehensive
Cancer Center, UAB

Dr. Gary Leiserowitz
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Babak Litkouhi
Stanford Cancer Institute

* Dra. Joyce Liu, máster en Salud
Pública
Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center

Dra. Lainie Martin
Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania

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

Dr. Michael McHale
UC San Diego Moores Cancer Center

Dr. David S. Miller
UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center

Dr. John Moroney
The UChicago Medicine
Comprehensive Cancer Center

Dra. Sanja Percac-Lima, doctora en
Medicina
Mass General Cancer Center

Dra. Elena Ratner, máster en
Dirección de Empresas
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Sharon Robertson, máster en
Salud Pública
Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Dra. Kerry Rodabaugh
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dr. John Schorge
St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center

Dra. Premal H. Thaker
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

Shitanshu Uppal, licenciado en
Medicina y Cirugía, máster en
Dirección de Empresas
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dr. Roberto Vargas
Case Comprehensive Cancer Center/University
Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

* Dra. Andrea Wahner Hendrickson
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

* Dra. Theresa L. Werner
Huntsman Cancer Institute,
University of Utah

Dra. Emese Zsiros, doctora en
Medicina
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

NCCN

Emily Kovach
Especialista en Diseño de Guías

Swathi Ramakrishnan, doctora en
Medicina
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.nccn.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania

+1 800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center and
Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute
Cleveland, Ohio

UH Seidman Cancer Center

+1 800.641.2422 • uhhospitals.org/services/cancer-services

CC Taussig Cancer Institute

+1 866.223.8100 • my.clevelandclinic.org/departments/cancer

Case CCC

+1 216.844.8797 • case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center

Duarte, California

+1 800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center |
Mass General Cancer Center

Boston, Massachusetts

+1 877.442.3324 • youhaveus.org

+1 617.726.5130 • massgeneral.org/cancer-center

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

Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Omaha, Nebraska

+1 402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center

Seattle, Washington

+1 206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute, University of Utah

Salt Lake City, Utah

+1 800.824.2073 • healthcare.utah.edu/huntsmancancerinstitute

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center

Indianápolis, Indiana

+1 888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Baltimore, Maryland

+1 410.955.8964

www.hopkinskimmelcancercenter.org

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Phoenix/Scottsdale, Arizona

Jacksonville, Florida

Rochester, Minnesota

+1 480.301.8000 • 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

+1 888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

Birmingham, Alabama

+1 800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center,
Northwestern University

Chicago, Illinois

+1 866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Búfalo, Nueva York

+1 877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine

San Luis, Misuri

+1 800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital/
The University of Tennessee Health Science Center

Memphis, Tennessee

+1 866.278.5833 • stjude.org

+1 901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute

Stanford, California

+1 877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Columbus, Ohio

+1 800.293.5066 • cancer.osu.edu

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Chicago, Illinois

+1 773.702.1000 • uchicagomedicine.org/cancer

The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Houston, Texas

+1 844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis Comprehensive Cancer Center

Sacramento, California
+1 916.734.5959 • +1 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center

La Jolla, California
+1 858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

Los Ángeles, California
+1 310.825.5268 • uclahealth.org/cancer

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

University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Madison, Wisconsin
+1 608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dallas, Texas
+1 214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Nashville, Tennessee
+1 877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

New Haven, Connecticut
+1 855.4.SMILOW • yalecancercenter.org



**Comparta su
opinión con
nosotros.**

**Complete nuestra encuesta y
contribuya para que
NCCN Guidelines for Patients sea
mejor para todos.**

NCCN.org/patients/comments

Índice

antígeno carcinoembrionario (ACE) 15, 44

CA-125 15, 32, 34, 45, 51

carga mutacional tumoral (TMB) 14, 35-36, 48

cirugía con conservación de la fertilidad 19, 43, 46-47

deficiencia de recombinación homóloga (HRD) 14, 33, 35

ensayo clínico 14, 39-40, 43, 51

fusión del gen *NTRK* 14, 35-36

genes *BRCA* 13-14, 33, 35-36, 43

HER2 14, 35

HIPEC 22

inestabilidad microsatelital (MSI) 14, 35-36, 44, 48

inhibidor de PARP 33, 36

inmunoterapia 35, 37, 48

menopausia quirúrgica 21, 58

mutaciones del gen *RET* 14, 35

prueba de biomarcadores 14, 35-37, 43-45, 48

pruebas genéticas 13

receptor de folato alfa (FR α) 14, 35

reparación de desajustes (MMR) 14, 35-36, 44, 48

terapia de mantenimiento 14, 19, 22, 31-34

tratamiento complementario 38, 48, 51

tratamiento hormonal 35, 37, 43, 45, 51

V600E del gen *BRAF* 14, 39-40





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Cáncer de ovario 2025

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

La traducción de esta NCCN Guidelines for Patients
ha sido posible gracias al apoyo de AbbVie y GSK.



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