

Cáncer del ovario

*Guías de tratamiento
para las pacientes*

Versión I / junio de 2002

Ovarian Cancer
Treatment Guidelines for Patients



**Sociedad Americana
del Cáncer™**



Cáncer del ovario

*Guías de tratamiento
para las pacientes*

Versión I / junio de 2002

El objetivo de la asociación entre la *National Comprehensive Cancer Network*® (NCCN®) y la Sociedad Americana del Cáncer (*American Cancer Society*, o ACS, por sus siglas en inglés) es proveerle información sobre los tratamientos más modernos contra el cáncer a los pacientes y al público en general de una manera comprensible. El propósito de esta información, que se basa en las *Guías de práctica clínica* de la NCCN, es ayudarle en el diálogo con su médico. Estas guías no sustituyen la experiencia o juicio clínico de su médico. La situación de cada paciente debe evaluarse individualmente. Es importante que discuta con su médico las guías y toda la información relacionada con las opciones de tratamiento. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente de las guías, consulte la página en Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org), que ofrece información en español, o la de la NCCN (www.nccn.org). Para obtener la más reciente información también puede llamar a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información sobre el cáncer le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN.

Un panel de diversos expertos redactó las *Guías de práctica clínica* de la NCCN. Las guías son una declaración del consenso de sus autores con respecto a la evidencia científica y sus puntos de vista sobre los métodos de tratamiento aceptados actualmente. Las guías de la NCCN se van actualizando a medida que se dispone de nuevos datos significativos. La versión de *Información para las pacientes* se actualizará según los nuevos datos y estará disponible en Internet en las páginas de la NCCN y de la Sociedad Americana del Cáncer. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente, puede comunicarse con la Sociedad Americana del Cáncer o con la NCCN.

©2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN®) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la American Cancer Society. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para el uso personal y no comercial del lector.

Índice

Introducción	5
Cómo tomar decisiones sobre el tratamiento contra el cáncer del ovario	6
Información sobre los ovarios	7
Tipos de cáncer del ovario	8
Factores de riesgo conocidos del cáncer del ovario	9
Prevención del cáncer del ovario	10
Detección temprana del cáncer del ovario	12
Pruebas y exámenes para el diagnóstico y evaluación del cáncer del ovario	14
Etapas del cáncer del ovario	17
Tipos de tratamientos contra el cáncer del ovario	19
Otros aspectos a considerar durante y después del tratamiento	24
Información sobre los estudios clínicos	25
Evaluación y guías de tratamiento	29
Diagramas de toma de decisiones	
Evaluación y tratamiento para las mujeres que no se han sometido a una cirugía	30
Evaluación y tratamiento para las mujeres que se han sometido a una cirugía	34
Tratamiento adicional después de la cirugía	36
Cuidado de seguimiento o tratamiento después del tratamiento inicial contra el cáncer del ovario	38
Tratamiento si el cáncer regresa	40
Evaluación y tratamiento del cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)	44
Cuidado de seguimiento para el cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)	48
Glosario	50

Arthur G. James Cancer Hospital and
Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University

City of Hope Cancer Center

Dana-Farber Cancer Institute

Duke Comprehensive Cancer Center

Fox Chase Cancer Center

Fred Hutchinson Cancer Research Center

H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute
at the University of South Florida

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah

Memorial Sloan-Kettering Cancer Center

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University

Roswell Park Cancer Institute

St. Jude Children's Research Hospital

Stanford Hospital and Clinics

The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins

UCSF Comprehensive Cancer Center

University of Alabama at Birmingham
Comprehensive Cancer Center

University of Michigan Comprehensive Cancer Center

University of Texas M. D. Anderson Cancer Center

UNMC/Eppley Cancer Center
at the University of Nebraska Medical Center

Introducción

Este folleto les ofrece a las pacientes información de primera mano sobre cómo se trata el cáncer del ovario en los centros de cáncer principales de la nación. La Sociedad Americana del Cáncer (ACS) ha adaptado para el público en general estas guías de tratamiento, diseñadas inicialmente por la *National Comprehensive Cancer Network* (NCCN) para los especialistas en cáncer. Para obtener otra copia de estas guías, así como información adicional, llame gratis a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN, o visite las páginas en Internet de estas organizaciones: www.cancer.org (ACS) y www.nccn.org (NCCN).

Desde 1995, los médicos han consultado a la NCCN sobre los tratamientos contra el cáncer. Un diverso panel de expertos procedentes de 19 de los principales centros de cáncer de la nación redactó las *Guías de práctica clínica* de la NCCN. Las guías son una declaración de consenso de sus autores con respecto a la evidencia científica y a sus opiniones sobre los métodos de tratamiento aceptados en la actualidad. Las guías de la NCCN se actualizan a medida que va surgiendo nueva información relevante. La versión de información para las pacientes se actualizará respectivamente y estará disponible electrónicamente en las páginas de Internet de la NCCN y de la Sociedad Americana del Cáncer. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente, comuníquese con la Sociedad Americana del Cáncer o la NCCN.

Por más de 85 años el público ha confiado en la Sociedad Americana del Cáncer para obtener información sobre el cáncer. Los libros y folletos de la Sociedad les proveen información completa, actual y comprensible a cientos de miles de pacientes, sus familiares y amigos. Esta colaboración entre la NCCN y la Sociedad Americana del Cáncer le brinda una fuente fidedigna y comprensible de información sobre los tratamientos contra el cáncer al público general.

Estas guías para pacientes le ayudarán a entender mejor sus opciones de tratamiento contra el cáncer y las indicaciones y recomendaciones de su médico. Le instamos a que las discuta con su médico. Para que le saque el mayor provecho a esta información, a continuación le recomendamos algunas preguntas que le puede hacer:

- ¿Cuál es la etapa de mi cáncer?
- ¿Se extirpó todo el cáncer durante la cirugía?
- ¿Cuál es el grado de mi cáncer (qué tan anormales lucen las células)?
- ¿Cómo la etapa y el grado de mi cáncer afectan mi perspectiva de cura?
- ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
- ¿Cuáles son los riesgos o efectos secundarios asociados con cada una de mis opciones de tratamiento y cómo afectarán mi calidad de vida?
- ¿Qué debo hacer para prepararme para el tratamiento, minimizar los efectos secundarios y acelerar mi recuperación?
- ¿Cuándo podré regresar a mis actividades normales?

Cómo tomar decisiones sobre el tratamiento contra el cáncer del ovario

El cáncer del ovario es el sexto cáncer más frecuente en las mujeres, excluyendo los cánceres de la piel no melanomas. La Sociedad Americana del Cáncer calcula que este año se diagnosticarán aproximadamente 23,300 casos nuevos de cáncer del ovario en los Estados Unidos. El cáncer del ovario es el responsable de 4% de todos los cánceres en las mujeres.

La buena noticia es que la tasa de incidencia del cáncer del ovario ha venido disminuyendo lentamente desde 1991. La tasa de incidencia es la manera exacta en que los científicos describen si una enfermedad es común o no. La tasa de incidencia del cáncer del ovario se define como el número de casos nuevos diagnosticados cada año por cada 100,000 mujeres.

El cáncer del ovario ocupa el quinto lugar de muertes por cáncer entre las mujeres y es el responsable de más muertes que cualquier otro cáncer del sistema reproductor femenino. Se calcula que este año habrá más de 13,900 muertes por cáncer del ovario en los Estados Unidos.

Muchos tipos de tumores pueden comenzar a crecer en los ovarios. Algunos son benignos (no cancerosos) y nunca se propagan más allá del ovario. Las pacientes con estos tipos de tumores se pueden tratar con éxito mediante la extirpación quirúrgica de un ovario o de parte del ovario que contiene el tumor. Otros tipos de tumores ováricos son malignos (cancerosos) y se pueden propagar a otras partes del cuerpo. Su tratamiento es más complejo y se discute más adelante en este documento.

En general, los tumores ováricos reciben el nombre de acuerdo con el tipo de células del que se originó el tumor y si el tumor es benigno o canceroso. Existen tres tipos principales de tumores ováricos:

- Los tumores epiteliales se originan de las células que cubren la superficie externa del ovario (cápsula).
- Los tumores de células germinales se originan de las células que producen los óvulos.
- Los tumores estromales se originan de las células del tejido conectivo que sostienen el ovario y producen las hormonas femeninas *estrógeno* y *progesterona*.

La información en este documento se refiere únicamente a los tumores epiteliales porque constituyen por mucho el tipo más común de cáncer del ovario, particularmente en adultos.

Aunque el cáncer del ovario es una enfermedad grave, se puede tratar y curar. Es importante que reciba el cuidado de un equipo de profesionales de la salud que tenga experiencia en el tratamiento del cáncer del ovario. Este equipo podría incluir un ginecólogo, gineco-oncólogo, cirujano, oncólogo clínico, oncólogo especialista en radiación, patólogo, personal de enfermería, radiólogo y un trabajador social, generalmente junto con su médico de cabecera. El objetivo de estas guías es ayudarle a comprender sus opciones de tratamiento del cáncer del ovario para que usted y su equipo de profesionales médicos puedan colaborar en la identificación de la opción que mejor se adapte a sus necesidades médicas y personales.

En las siguientes páginas, encontrará diagramas de flujo que los médicos llaman “algoritmos”, “diagramas de toma de decisiones” o

“camino clínico”. Los diagramas representan las diferentes etapas del cáncer del ovario, y cada uno muestra cómo usted y su médico pueden tomar las decisiones necesarias sobre su tratamiento.

El entender algunos de los términos médicos que su médico usa le ayudará a tomar una decisión basada en la información. Es posible que usted ya se sienta familiarizada con la información, o quizás necesite referirse a las diversas secciones enumeradas en el índice. Usted no sólo encontrará información básica sobre el cáncer del ovario, sino que también se explican las etapas del cáncer del ovario, la evaluación diagnóstica y los tratamientos, todas las categorías que se usan en los diagramas de flujo. También le ofrecemos un glosario de los términos médicos que aparecen en itálicas en el texto.

Información sobre los ovarios

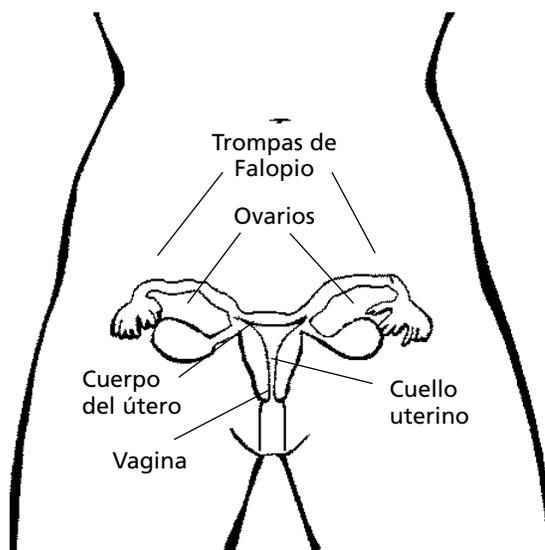
El cáncer ovárico es aquel que se origina en los ovarios. A cada lado del útero en la pelvis hay un ovario. Éstos se conectan al útero a través de las *trompas de Falopio*, que son los conductos a través de los cuales viajan los óvulos para ser fertilizados en el *útero* (matriz).

Los ovarios contienen tres tipos de tejidos. Contienen *células germinales* que producen los óvulos que se forman dentro del ovario (cada mes, desde la pubertad hasta la menopausia, las mujeres normalmente producen un óvulo que sale a la superficie en donde es liberado hacia la trompa de Falopio). Contienen también *células estromales*, que producen la mayoría de las hormonas femeninas, como el estrógeno y la progesterona. Por último, con-

tienen una capa de tejido llamada *epitelio* que cubre el ovario. La mayoría de los cánceres del ovario se origina en esta capa epitelial.

Debido a que los cánceres ováricos epiteliales se originan en la superficie del ovario, tienden a propagarse por toda la *pelvis* y el *abdomen*. Las células cancerosas se desprenden de la superficie del tumor y circulan por la cavidad abdominal, en donde se pueden implantar y comenzar a crecer. Pueden llegar tan lejos como la parte inferior del *diafragma* y se pueden propagar al *epiplón*, una capa de tejido adiposo que cubre los intestinos.

Debido a que el ovario contiene muchos *vasos linfáticos*, las células cancerosas también tienden a migrar hacia los *ganglios linfáticos* que se agrupan alrededor de la *aorta*. Los vasos linfáticos son similares a las venas, excepto porque son más delgados y delicados y transportan líquido linfático claro. Los ganglios linfáticos son grupos pequeños en forma de frijol de células inmunológicas que combaten las infecciones. La aorta pasa por detrás del abdomen.



Tipos de cáncer del ovario

Existen varios tipos de cáncer del ovario, pero este documento sólo trata de los tumores ováricos epiteliales.

Tumores ováricos epiteliales benignos: la mayoría de los tumores ováricos epiteliales son benignos, no se propagan y generalmente no conducen a enfermedades graves. Existen varios tipos de tumores epiteliales benignos, incluidos los adenomas serosos, los adenomas mucinosos y los tumores de Brenner.

Tumores de bajo potencial maligno: cuando se observan bajo el microscopio, algunos tumores ováricos epiteliales no lucen claramente cancerosos. Estos tumores se conocen como tumores de bajo potencial maligno (tumores LMP, por sus siglas en inglés) o como cáncer ovárico epitelial límite o fronterizo. Éstos se diferencian de los cánceres ováricos típicos en que no invaden el estroma ovárico (el tejido conjuntivo del ovario). Asimismo, si se propagan fuera del ovario, como por ejemplo a la cavidad abdominal, generalmente no invaden el tejido que recubre al abdomen.

Estos cánceres afectan a las mujeres a una edad más temprana que los cánceres ováricos típicos. Los tumores LMP crecen lentamente y también constituyen una enfermedad con menores probabilidades de ser mortal que la mayoría de los cánceres del ovario. Aunque pueden ser fatales, esto no sucede con frecuencia y, en caso de que así sea, ocurre generalmente muchos años después del diagnóstico inicial. Debido a esto, los tumores LMP se tratan de manera diferente, y en este folleto se presenta un diagrama de tratamiento separado.

Cánceres ováricos epiteliales: los tumores epiteliales cancerosos reciben el nombre de *carcinomas*. Aproximadamente 85% de los cánceres del ovario son carcinomas ováricos epiteliales. Las células del carcinoma ovárico epitelial tienen varias características que se pueden identificar bajo el microscopio. Estas características se usan para clasificar los carcinomas ováricos epiteliales en serosos, mucinosos, endometrioides y de células claras. Aunque estos cánceres pueden crecer de forma un poco diferente, se tratan de la misma manera. Otro tipo, el cáncer de célula de transición, se trata de la misma forma que los cánceres epiteliales.

Los carcinomas ováricos epiteliales *indiferenciados* no lucen como ninguno de estos cuatro subtipos y también tienden a crecer y propagarse más rápidamente. Además de su clasificación de acuerdo con el tipo de célula, a los carcinomas ováricos epiteliales también se les asigna un *grado* y una *etapa*.

El grado se clasifica en una escala del 1 al 3. Los carcinomas ováricos epiteliales de grado 1 se parecen más al tejido normal y tienden a tener un mejor pronóstico (perspectiva de supervivencia). Los carcinomas ováricos epiteliales de grado 3 se parecen menos al tejido normal y generalmente tienen un peor pronóstico.

La etapa del tumor describe la extensión de la propagación del tumor desde donde se originó en el ovario.

Factores de riesgo conocidos del cáncer del ovario

Un factor de riesgo es cualquier cosa que aumenta las probabilidades de una persona de contraer una enfermedad como el cáncer. Los diferentes tipos de cáncer tienen diferentes factores de riesgo. Por ejemplo, la exposición sin protección a la luz solar intensa es un factor de riesgo del cáncer de la piel, y fumar es un factor de riesgo del cáncer del pulmón, la boca, la laringe, la *vejiga*, el riñón y otros órganos.

Los investigadores han descubierto varios factores específicos que aumentan las probabilidades de una mujer de contraer cáncer ovárico epitelial. Estos factores de riesgo no aplican a otros tipos de cáncer del ovario menos comunes, como los tumores de células germinales y los tumores estromales.

La mayoría de las mujeres con cáncer del ovario no tiene ningún factor de riesgo conocido. Es importante recordar que los factores de riesgo aumentan las probabilidades de contraer la enfermedad pero no garantizan que se presentará. Sólo un pequeño porcentaje de mujeres que tienen estos factores de riesgo contraerá cáncer del ovario.

Edad: la mayoría de los cánceres del ovario se presenta después de la menopausia. Se considera que una mujer es menopáusica cuando ya ha pasado un año sin períodos menstruales. La mitad de los cánceres ováricos se detecta en las mujeres mayores de 65 años.

Antecedentes relacionados con la reproducción: las mujeres que empezaron a menstruar a una edad temprana (antes de los 12 años), que no hayan tenido hijos o que hayan

tenido el primer hijo después de los 30 años o que hayan experimentado la menopausia después de los 50 años pudieran tener mayor riesgo de contraer cáncer del ovario. Parece existir una relación entre el número de ciclos menstruales en la vida de una mujer y su riesgo de contraer cáncer del ovario.

Medicamentos para la fertilidad: el uso prolongado del medicamento para la fertilidad llamado citrato de clomifeno, especialmente si no queda embarazada, puede aumentar su riesgo de contraer tumores ováricos, particularmente del tipo conocido como tumores de bajo potencial maligno (tumores LMP [o cáncer ovárico epitelial fronterizo]). Si está tomando este medicamento, debe discutir los posibles riesgos con su médico. No obstante, la infertilidad también aumenta el riesgo de contraer cáncer del ovario, incluso sin el uso de medicamentos para la fertilidad.

Antecedentes familiares de cáncer del ovario, cáncer del seno (mama) o cáncer colorrectal: su riesgo de contraer cáncer del ovario aumenta si su madre, hermana o hija tiene, o tuvo, cáncer ovárico, especialmente si lo contrajo a una edad temprana. Usted puede heredar un mayor riesgo de cáncer del ovario de familiares tanto maternos como paternos. Alrededor de un 5% de todos los casos de cáncer del ovario son resultado de una tendencia heredada a contraer la enfermedad. Si usted tiene antecedentes familiares de cáncer debido a una *mutación* heredada del *gen BRCA1* o *BRCA2* del cáncer del seno, su riesgo de contraer cáncer del ovario será muy alto. Asimismo, una mutación que cause cáncer colorrectal hereditario también puede causar cáncer del ovario. La causa de muchos casos de cáncer ovárico epitelial familiar son las muta-

ciones genéticas hereditarias que se pueden identificar mediante pruebas genéticas.

Cáncer del seno: si usted ha tenido cáncer del seno, su riesgo de contraer cáncer del ovario es mayor. Esto se debe a varias razones. Algunos de los factores de riesgo del cáncer del ovario que están relacionados con la reproducción también aumentan el riesgo de cáncer del seno. Además, si usted tiene muchos antecedentes familiares de cáncer del seno, es posible que tenga una mutación hereditaria de los genes BRCA 1 o BRCA 2.

Polvo de talco: se ha señalado que el polvo de talco aplicado directamente al área genital o en toallas sanitarias pudiera ser carcinogénico para los ovarios (causante de cáncer). La mayoría de los estudios, pero no todos, indica un ligero aumento del riesgo de cáncer del ovario en las mujeres que usaron talco en el área genital. En el pasado, a veces el polvo de talco estaba contaminado con asbesto, un mineral reconocido como carcinogénico. Esto puede explicar su asociación con el cáncer del ovario en algunos estudios. Desde hace más de 20 años, por ley, los productos basados en polvo de talco para el cuerpo y la cara no pueden contener asbesto. No obstante, la seguridad de estos nuevos productos requerirá estudios de seguimiento con mujeres que los hayan usado durante muchos años. Actualmente no existen pruebas que asocien los polvos hechos de maicena con ningún cáncer en la mujer.

Terapia hormonal reconstitutiva: algunos estudios indican que las mujeres que usan estrógenos después de la menopausia podrían tener un riesgo levemente mayor de contraer cáncer del ovario, mientras que otros estudios no han encontrado ningún efecto en el riesgo de cáncer del ovario. En un estudio reciente se

indicó que el uso de la *terapia hormonal reconstitutiva* (HRT, por sus siglas en inglés) por más de 10 años aumenta en aproximadamente un 30% el riesgo de contraer cáncer del ovario y que usarla durante períodos más cortos aumenta el riesgo de cáncer del ovario en un 15%. Sin embargo, sí se cree actualmente que la terapia hormonal reconstitutiva tiene otros beneficios para la salud. La mujer y su médico deben tomar la decisión de usar la terapia hormonal reconstitutiva después de la menopausia, una vez que hayan sopesado los posibles riesgos y beneficios. Los factores a considerar incluyen sus otros factores de riesgo de enfermedades cardíacas, cáncer del ovario, cáncer del seno, *osteoporosis* (adelgazamiento y debilidad de los huesos) y la gravedad de los síntomas de la menopausia.

Prevención del cáncer del ovario

La mayoría de las mujeres tiene uno o más factores de riesgo de contraer cáncer del ovario. Sin embargo, la mayoría de los factores comunes aumentan el riesgo de la mujer sólo ligeramente, de manera que explican sólo en parte la frecuencia con que se presenta esta enfermedad. Hasta ahora, lo que se conoce sobre los factores de riesgo no se ha traducido en formas prácticas de prevenir la mayoría de los casos de cáncer del ovario.

Existen varias maneras en que usted puede reducir su riesgo de contraer cáncer ovárico epitelial. No obstante, algunas de estas estrategias reducen el riesgo sólo levemente, mientras que otras lo reducen mucho más. Algunas estrategias son fáciles de seguir, mientras que otras requieren de cirugía. Si le preocupa su

riesgo de cáncer del ovario, puede discutir esta información con los profesionales de la salud que le atienden. Ellos pueden ayudarle a considerar estas ideas en el contexto de su propia situación.

Anticonceptivos orales: usar anticonceptivos orales (píldoras anticonceptivas) reduce el riesgo de contraer cáncer del ovario, especialmente para las mujeres que los usan por varios años. En comparación con las mujeres que nunca tomaron anticonceptivos orales, las que sí los tomaron por más de cinco años tienen aproximadamente 60% menos riesgo de contraer cáncer del ovario.

Ligadura de las trompas o histerectomía: la ligadura de las trompas es una técnica quirúrgica en la que se “atan” las trompas de Falopio para prevenir el embarazo. Cuando se realiza después de haber tenido hijos, la ligadura de las trompas puede reducir las probabilidades de contraer cáncer del ovario. La *histerectomía* (extirpación del útero) también puede reducir su riesgo.

Si se someterá a una histerectomía por una razón médica válida y tiene fuertes antecedentes familiares de cáncer del ovario o seno, tal vez desee considerar la ooforectomía bilateral (extirpación de ambos ovarios) como parte de ese procedimiento. Si usted es una mujer posmenopáusica (ya pasó la menopausia) o *perimenopáusica* (se acerca a la menopausia), deben extirparle los ovarios cuando le hagan la histerectomía, aunque no tenga un riesgo mayor de cáncer del ovario. Si se someterá a la histerectomía, y tiene más de 40 años de edad, debe hablar con su médico sobre el tema de la extirpación de los ovarios.

Embarazo y lactancia: tener uno o más hijos, particularmente si da a luz a su primogénito antes de los 30 años de edad, más amamantar por un período prolongado (un año o más) también pueden reducir su riesgo. Aunque estas medidas reducen el riesgo ligeramente, no garantizan que estará protegida contra el cáncer del ovario. Los médicos no recomiendan tomar decisiones sobre cuándo tener un hijo específicamente con el propósito de reducir el riesgo de cáncer del ovario, en especial porque los anticonceptivos orales tienen un efecto mayor en este riesgo.

Alimentación: los resultados de algunos estudios indican que una dieta con alto contenido de grasa puede aumentar el riesgo de cáncer del ovario, aunque los de otros estudios no concuerdan con este dato. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda el consumo de una variedad de alimentos saludables, con énfasis en los de origen vegetal (frutas, ensaladas, verduras y productos de grano integral) y limitar el consumo de alimentos con un alto contenido de grasa, especialmente los que provienen de fuentes animales. Aunque todavía no se conoce el impacto que estas recomendaciones alimentarias puedan tener en el riesgo de cáncer del ovario, adoptarlas puede ayudar a prevenir varias enfermedades, incluidos algunos tipos de cáncer.

Estrategias de prevención para las mujeres que tienen antecedentes familiares de cáncer del ovario: mediante el asesoramiento genético se puede predecir si es probable que usted tenga una de las mutaciones genéticas asociadas con un mayor riesgo de cáncer del ovario. Si sus antecedentes familiares indican que podría tener una de estas mutaciones genéticas, pueden realizarse las pruebas.

Antes de someterse a las pruebas genéticas, usted debe hablar sobre sus beneficios y posibles desventajas. Las pruebas genéticas pueden determinar si usted o sus familiares tienen ciertas mutaciones genéticas que representan un alto riesgo de cáncer del ovario. Para algunas mujeres con fuertes antecedentes familiares de cáncer del ovario, saber que no tienen la mutación que aumenta su riesgo de esta enfermedad puede ser un gran alivio, tanto para ellas como para sus hijos. El hecho de saber que sí se tiene esa mutación puede ser muy estresante; sin embargo, para muchas mujeres esta información es muy útil para tomar decisiones importantes sobre ciertas estrategias preventivas para sí mismas y sus hijos.

Usar anticonceptivos orales es una forma de reducir el riesgo de cáncer del ovario si usted tiene un alto riesgo de contraer esta enfermedad. Sin embargo, algunos estudios han indicado que los anticonceptivos orales podrían aumentar su riesgo de contraer cáncer del seno si tiene fuertes antecedentes familiares de cáncer del seno. Por otra parte, en otros estudios no se ha encontrado ningún aumento en el riesgo de cáncer del seno en las mujeres con mutaciones del BRCA que toman anticonceptivos orales. Es necesario realizar más investigaciones para conocer más sobre los riesgos y beneficios que tomar anticonceptivos orales representa para las mujeres que tienen alto riesgo de contraer cáncer del ovario y del seno.

La *ooforectomía*, tanto preventiva como profiláctica, es una cirugía que se practica para extirpar ambos ovarios antes de que ocurra el cáncer del ovario. Esta operación es controversial porque causa la menopausia prematura en

las mujeres premenopáusicas y porque podría ser innecesaria. Generalmente se recomienda sólo para ciertas pacientes mayores de 40 años con muy alto riesgo. Esta operación reduce el riesgo de cáncer del ovario en gran medida, pero no lo elimina por completo. Algunas mujeres que tienen un riesgo muy alto de cáncer del ovario (debido a fuertes antecedentes familiares), y a las que se les han extirpado ambos ovarios, pueden contraer cáncer en las células de la membrana que recubre la cavidad pélvica donde se encontraban los ovarios. Este tipo de cáncer, conocido como carcinoma peritoneal primario, les ocurre con mayor frecuencia a las mujeres que tienen mutaciones del gen BRCA. Algunos estudios recientes indican que la extirpación de ambos ovarios puede también reducir el riesgo de contraer cáncer del seno para las mujeres con mutaciones del gen BRCA.

Como se indicó en la sección sobre los factores de riesgo conocidos de cáncer del ovario, estas *pruebas de detección* podrían ser útiles para las mujeres con mutaciones genéticas de alto riesgo y para las mujeres que tienen fuertes antecedentes familiares y que no se han realizado las pruebas genéticas.

Detección temprana del cáncer del ovario

Alrededor de 25% de los cánceres del ovario se detecta en sus etapas iniciales. La detección temprana mejora las probabilidades de que se pueda tratar con éxito la enfermedad.

Examen pélvico de rutina: los exámenes pélvicos anuales y las pruebas de Papanicolaou para examinar el área pélvica, tanto interna como externamente, deben empezar a reali-

zarse a los 18 años de edad o cuando la mujer empieza a tener relaciones sexuales, lo que suceda primero. Durante este examen, el médico palpa los ovarios y el útero para examinar su tamaño, forma y consistencia.

Aunque la prueba de Papanicolaou es eficaz para detectar temprano el cáncer del cuello uterino, no puede detectar la mayoría de los cánceres del ovario. La mayoría de los casos de cáncer del ovario que se detectan mediante la prueba de Papanicolaou ya están avanzados. Aunque un examen pélvico se recomienda a manera de rutina porque puede detectar en una etapa temprana algunos tipos de cáncer del aparato reproductor, hasta para el examinador más hábil le es difícil, o incluso imposible, palpar la mayoría de los tumores ováricos en sus etapas iniciales.

Obtener atención médica si presenta síntomas: el cáncer del ovario en etapas iniciales tiende a causar síntomas que son relativamente indeterminados. Estos síntomas incluyen hinchazón del abdomen (debido a una masa o acumulación de líquido), sangrado vaginal poco usual, presión en la pelvis, dolor de espalda, dolor en las piernas y problemas digestivos como gas, hinchazón, indigestión y dolor estomacal por un período prolongado. La mayoría de estos síntomas también se puede deber a otras condiciones menos graves.

Para cuando se considera que una posible causa de estos síntomas pudiera ser el cáncer del ovario, puede ser que ya se haya propagado más allá de los ovarios. También, algunos tipos de cáncer del ovario pueden propagarse rápidamente a la superficie de los órganos que le quedan cerca. De cualquier forma, si los síntomas se atienden sin demora, las probabilidades de que la enfermedad se diagnostique en

sus etapas iniciales y de que se trate con éxito podrían ser mayores. Si cree que tiene síntomas de cáncer del ovario, infórmeles de inmediato a su médico.

Pruebas de detección del cáncer del ovario:

las pruebas de detección se refieren a las pruebas y exámenes que se utilizan para detectar una enfermedad, como el cáncer, en las personas que no tienen ningún síntoma. A las mujeres con alto riesgo de contraer cáncer ovárico epitelial, como aquellas que tienen fuertes antecedentes familiares de esta enfermedad, se les podría hacer análisis de sangre y la prueba de detección llamada *ecografía transvaginal* (prueba de ultrasonido realizada con un pequeño instrumento colocado en la vagina).

La ecografía transvaginal es útil para detectar masas en los ovarios, pero no indica con precisión cuáles masas son cáncer y cuáles se deben a enfermedades benignas del ovario.

Los análisis de sangre para detectar el cáncer del ovario pueden incluir medir la cantidad de CA-125. La cantidad de esta proteína aumenta en la sangre de muchas mujeres que tienen cáncer del ovario. Sin embargo, algunas enfermedades de los ovarios, que no son cancerosas, también pueden aumentar los niveles de CA-125 en la sangre, y algunos tipos de cáncer del ovario podrían producir cantidades insuficientes de CA-125 como para que los resultados de los análisis sean positivos. Cuando los resultados de estos análisis son positivos, podría ser necesario realizar más estudios con *rayos X* o tomar muestras de líquido del abdomen o tejido de los ovarios para averiguar si realmente se trata de cáncer.

En los estudios preliminares con mujeres que tienen un riesgo promedio de contraer cáncer del ovario, estas pruebas no disminuyeron la cantidad de muertes producidas por el cáncer del ovario. Por lo tanto, la ecografía transvaginal y el análisis de sangre del CA-125 no se recomiendan como pruebas de detección de cáncer del ovario para las mujeres que carecen de fuertes factores de riesgo conocidos. Se está realizando investigación adicional para mejorar las pruebas de detección del cáncer del ovario. Se espera que después de realizar algunas mejoras, estas pruebas puedan ser lo suficientemente eficaces como para reducir la tasa de mortalidad por cáncer del ovario.

Pruebas y exámenes para el diagnóstico y evaluación del cáncer del ovario

Si existe alguna razón para sospechar que usted pudiera tener cáncer del ovario, el médico usará uno o más métodos para descubrir si realmente tiene la enfermedad. Si estas pruebas detectan cáncer del ovario, se harán más pruebas para determinar hasta dónde se ha propagado el cáncer.

Historia médica y examen físico

Cuando su médico “anota su historia”, él o ella le hace una serie de preguntas sobre sus síntomas y factores de riesgo. El cáncer del ovario puede causar varias señales y síntomas. Sin embargo, algunas enfermedades *benignas* (no cancerosas) y los cánceres de otros órganos también pueden causar la mayoría de ellos.

- Hinchazón prolongada del abdomen (debido a una masa o acumulación de líquido llamada ascitis)

- Problemas digestivos que incluyen gas, pérdida del apetito, distensión abdominal, dolor abdominal por períodos prolongados e indigestión
- Sangrado vaginal inusual: es una señal poco frecuente de cáncer del ovario. Aunque es una fuerte advertencia de algún tipo de anomalía, no necesariamente indica cáncer del ovario. El sangrado más profuso o prolongado de lo normal durante la menstruación, así como el sangrado entre períodos menstruales, se considera anormal. En ningún caso es normal que durante la *posmenopausia* haya sangrado, que la mujer manche la ropa interior de sangre o que tenga secreción vaginal persistente. Las mujeres que tienen sangrado vaginal inusual, independientemente de su edad, deben informarle esto a su médico de inmediato.
- Presión pélvica (sentir todo el tiempo deseos de orinar o defecar)
- Dolor pélvico: es un síntoma indeterminado que puede deberse a cáncer del ovario, a otro tipo de cáncer o a una de varias condiciones benignas.
- Dolor en las piernas
- Dolor de espalda

Si hubiera alguna razón para sospechar que usted podría tener cáncer del ovario, su médico utilizará uno o más métodos para estar absolutamente seguro de que se trata de esa enfermedad y, de ser así, para determinar en qué etapa está.

Consulta con un especialista

Si su examen pélvico u otras pruebas indican que usted podría tener cáncer del ovario, necesitará consultar a un médico o cirujano que se

especialice en tratar a las mujeres que padecen este tipo de cáncer. Éste podría ser un *gineco-oncólogo*, que es un ginecólogo especialmente capacitado en tratar cánceres del aparato reproductor femenino.

Análisis de sangre

Ciertos análisis de sangre son útiles para evaluar el cáncer del ovario. El más sencillo es un recuento sanguíneo completo (CBC, por sus siglas en inglés). Esta prueba detecta la anemia (debido a la poca cantidad de glóbulos rojos), que pudiera ser resultado de sangrado interno. También detecta si está produciendo una cantidad normal de glóbulos blancos que combaten infecciones, así como de plaquetas (partículas sanguíneas que ayudan a evitar el sangrado). Una segunda prueba es un análisis bioquímico general de la sangre. Esta prueba provee información sobre el funcionamiento del hígado y los riñones y el balance mineral de la sangre.

Su médico también le ordenará una prueba de sangre del CA-125. El CA-125 es un marcador tumoral, una sustancia que se encuentra en grandes cantidades en la sangre de muchas mujeres que tienen cáncer del ovario. Muchas veces es muy alta cuando el cáncer está avanzado. Después del tratamiento, regresará a su nivel normal si el cáncer pasa a estar en remisión o si se extirpa completamente mediante cirugía.

Estudios por imágenes

Las técnicas de *estudios por imágenes*, como la *tomografía computarizada* (CT, por sus siglas en inglés), las *imágenes por resonancia magnética* (MRI) y los estudios por ecografía pueden confirmar si hay alguna masa pélvica. Aunque estos estudios no pueden confirmar si

la masa es cáncer, son útiles para ver si el cáncer del ovario se ha propagado a otros tejidos y órganos.

Ecografía: la *ecografía* o ultrasonido usa ondas sonoras para crear una imagen en una pantalla de vídeo. Una pequeña sonda colocada en la vagina o en la superficie del abdomen de la mujer emite las ondas sonoras. Estas ondas sonoras crean ecos a medida que van entrando a los ovarios y a otros órganos. La misma sonda detecta los ecos que rebotan, y una computadora traduce el patrón de ecos y lo convierte en una imagen. Debido a que los tumores del ovario y el tejido ovárico normal a menudo reflejan las ondas sonoras en formas distintas, esta prueba puede ser útil para detectar tumores y determinar si una masa es sólida o un *quiste* lleno de líquido.

Tomografía computarizada (CT): es un procedimiento radiológico que produce imágenes transversales detalladas de su cuerpo. En vez de tomar una fotografía, como lo hace la radiografía convencional, la máquina (escáner) de tomografía computarizada toma muchas fotografías al tiempo que rota a su alrededor. Luego, una computadora combina estas fotografías en una imagen de una sección de su cuerpo. La máquina creará múltiples imágenes de la parte de su cuerpo bajo estudio.

Después de tomar el primer grupo de imágenes, es posible que usted reciba una inyección intravenosa de un “tinte”, o *agente de radiocontraste*, que ayuda a delinear mejor las estructuras en su cuerpo. Luego se toma un segundo grupo de imágenes. Después de administrar el tinte, algunas personas pueden presentar una erupción cutánea o, en raras ocasiones, reacciones alérgicas más graves como dificultad para respirar y baja presión

arterial. Asegúrese de decirle al médico si alguna vez ha tenido una reacción a cualquier material de contraste usado para las radiografías. La tomografía computarizada proporciona información precisa sobre el tamaño, forma y posición de un tumor y puede ayudar a detectar inflamación de los ganglios linfáticos que pudieran contener cáncer que se haya propagado desde los ovarios. Aunque los ganglios linfáticos inflamados que se observan en las tomografías computarizadas de una mujer que tiene cáncer del ovario usualmente contienen células cancerosas, también es cierto que pudieran estar inflamados debido a otras causas.

Imágenes por resonancia magnética (MRI): en esta prueba se usan ondas radiales e imanes potentes en vez de rayos X. Se absorbe la energía de las ondas radiales y luego se libera en un patrón formado por el tipo de tejido y ciertas enfermedades. Una computadora traduce el patrón de ondas radiales emitido por los tejidos en una imagen transversal muy detallada de las partes del cuerpo. Se puede inyectar un material de contraste, de la misma forma que en la tomografía computarizada.

Radiografía de tórax: se puede tomar una radiografía de tórax para determinar si el cáncer del ovario se ha propagado (hecho metástasis) a los pulmones. Esta propagación puede causar uno o más tumores en los pulmones y a menudo hace que se acumule líquido alrededor de los pulmones. Esta acumulación de líquido, llamada *derrame pleural*, se puede observar en una radiografía de tórax.

Muestras de tejidos

La única forma en que puede determinarse con seguridad si un tumor de la región pélvica es

canceroso es extrayendo una muestra del área sospechosa y examinándola bajo un microscopio. Este procedimiento se llama *biopsia*.

Un *patólogo*, que es un médico especializado en las pruebas de laboratorio para diagnosticar enfermedades como el cáncer, examina las muestras. Si tiene alguna pregunta sobre sus resultados patológicos, o sobre cualquier otro aspecto del proceso de diagnóstico, no dude en hacérsela a su médico. Para obtener una segunda opinión de sus muestras, lo que se conoce como *evaluación patológica*, se le puede enviar a un patólogo consultor en algún centro de la NCCN, o a otro laboratorio que le recomiende su médico, las laminillas que contengan una pequeña porción de su muestra de tejido.

Aunque para muchos tipos de cáncer la biopsia se hace usualmente antes de la cirugía, para las mujeres con cáncer del ovario la extracción de la muestra de tejido generalmente ocurre durante la cirugía. Dependiendo de la extensión de la enfermedad, el procedimiento quirúrgico puede ser una *laparotomía* (cirugía que se practica a través de una incisión abdominal) o *laparoscopia* (cirugía que se practica a través de un tubo iluminado insertado por una incisión muy pequeña en la pelvis).

Durante la operación, el médico no sólo extirpará el ovario completo para examinarlo, sino que también realizará otras biopsias. El cáncer del ovario tiende a “sembrarse” o implantarse por todo el abdomen y en la superficie de otros órganos como el hígado. Muchas veces el cirujano no puede determinar que esto ha sucedido sin hacer una biopsia. El cirujano tratará de descubrir si el cáncer se ha propagado y, de ser así, hasta dónde, por medio de la extrac-

ción de una pequeña cantidad de tejido que parezca normal en muchas secciones del abdomen. Luego, el patólogo examinará estas muestras bajo un microscopio. Esto forma parte del proceso de clasificación por etapas del cáncer del ovario.

Algunas veces, en las pacientes con ascitis (acumulación de líquido dentro del abdomen), también se pueden usar las muestras de líquido para diagnosticar el cáncer.

El objetivo de la cirugía inicial del cáncer del ovario es obtener muestras de tejido para efectuar el diagnóstico y la clasificación por etapas y para extraer todos los depósitos de cáncer que sean mayores de 1 cm (aproximadamente media pulgada). Otro método diagnóstico es obtener muestras pequeñas del cáncer usando una tomografía computarizada o una ecografía para guiar una aguja fina de biopsia. Este método se podría utilizar si la paciente no puede someterse a una cirugía debido a que su cáncer está muy avanzado o a otra condición médica grave.

Nivel de funcionamiento

Debido a que los efectos secundarios de la quimioterapia son muchos más graves para las personas con una mala condición de salud, se toma en cuenta el estado general de salud de la paciente para decidir si se le administrará quimioterapia. Los médicos de la NCCN usan definiciones precisas de “buena salud” y “mala salud”, según las definiciones de una herramienta de medición llamada *ECOG Performance Scale*. La *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Scale* clasifica, en una escala del 0 al 4, la salud de las personas que tienen cáncer. Una clasificación de 0 significa que el paciente puede llevar a

cabo las mismas actividades que hacía antes de su diagnóstico de cáncer. En el otro extremo de la escala, una clasificación de 4 significa que el paciente no puede encargarse de las actividades para cuidarse a sí mismo (tales como alimentarse, bañarse, vestirse o ir al baño) y no puede levantarse de una silla o de una cama. Una clasificación de 3 significa que el paciente puede realizar algunas actividades de cuidado personal, pero pasa la mayoría del día en la cama o sentado porque se siente muy enfermo o débil. En los diagramas de toma de decisiones que se presentan en este folleto, “mala salud” se refiere a los pacientes que tienen una clasificación de 3 ó 4 en la escala de funcionamiento ECOG.

Etapas del cáncer del ovario

La *clasificación por etapas* es el proceso de descubrir hasta dónde se ha propagado el cáncer. La mayoría de los cánceres del ovario, que evidentemente no se ha propagado, se le asigna una clasificación y un grado al momento de la cirugía. Aunque su médico pudiera intentar estimar la etapa de su cáncer utilizando los exámenes y estudios por imágenes (llamada etapa clínica), no siempre es precisa. La etapa patológica, que se evalúa durante y después de la cirugía, es mucho más importante. Se toman muestras de tejido de diferentes partes de la pelvis y del abdomen y se examinan bajo el microscopio. La clasificación por etapas es muy importante porque los cánceres del ovario tienen diferentes pronósticos en las diversas etapas y se tratan de forma diferente. La precisión de la clasificación por etapas puede determinar si un paciente se curará o no. Si el cáncer no se clasifica correctamente, entonces se podría pasar por alto y

no tratar el cáncer que se ha propagado fuera del ovario.

Pídale al equipo médico que le atiende que le explique el proceso de clasificación por etapas. Después de la cirugía, pregunte sobre la etapa de su cáncer para que participe activamente en la toma de decisiones basadas en la información sobre su tratamiento. Las etapas que se describen a continuación son las etapas patológicas, no las etapas clínicas. Éstas se determinan según los resultados de su cirugía.

Significado de las etapas del cáncer del ovario

El cáncer del ovario se clasifica usando el sistema FIGO (*International Federation of Gynecologists and Obstetricians*).

Etapa I

El cáncer continúa dentro del ovario (u ovarios).

Etapa Ia: el cáncer se originó en un ovario, y el tumor está limitado dentro del ovario. No hay cáncer en la superficie externa del ovario. No se encontraron células cancerosas en los análisis de laboratorio de los lavados del abdomen y la pelvis.

Etapa Ib: el cáncer se originó en los dos ovarios sin ningún tumor en sus superficies externas. No se encontraron células cancerosas en los análisis de laboratorio de los lavados del abdomen y la pelvis.

Etapa Ic: el cáncer está presente en uno o ambos ovarios, y una o más de las siguientes características está presente:

- El cáncer se encuentra en la superficie externa de al menos uno de los ovarios.

- En el caso de los tumores quísticos (llenos de líquido), la cápsula (la pared externa del tumor) se rompió (se reventó).
- Mediante los análisis de laboratorio se encontraron células cancerosas en el líquido o lavados del abdomen.

Etapa II

El cáncer se encuentra en uno o ambos ovarios y ha afectado otros órganos dentro de la pelvis (como el útero, trompas de Falopio, vejiga, *colon sigmoide* o el recto).

Etapa IIa: el cáncer se ha propagado o en realidad ha invadido el útero, o las trompas de Falopio o ambos. No se encontraron células cancerosas en los análisis de laboratorio de los lavados del abdomen.

Etapa IIb: el cáncer se ha propagado a los órganos cercanos de la pelvis, como la vejiga, el colon sigmoide o el *recto*. No se encontraron células cancerosas en los análisis de laboratorio del líquido del abdomen.

Etapa IIc: el cáncer se ha propagado a los órganos pélvicos como en las etapas IIa o IIb, y se encontraron células cancerosas en los análisis de laboratorio de los lavados o el líquido del abdomen.

Etapa III

El cáncer está afectando uno o ambos ovarios, y una o ambas de las siguientes características está presente: (1) el cáncer se ha propagado más allá de la pelvis a la membrana peritoneal que recubre al abdomen; (2) el cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos (las glándulas que combaten las infecciones y que producen algunos tipos de células sanguíneas).

Etapa IIIa: durante la operación para la clasificación por etapas, el cirujano puede ver el cáncer que está afectando al ovario o los ovarios, pero no se puede detectar cáncer en el abdomen, y el cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos. Sin embargo, cuando se examinan las biopsias bajo el microscopio, se detectan depósitos diminutos de cáncer en la membrana que recubre a la parte superior del abdomen (*peritoneo*).

Etapa IIIb: se detecta cáncer en uno o ambos ovarios, y se detectan en el abdomen depósitos de cáncer lo suficientemente grandes como para que el cirujano los vea, pero más pequeños de 2 cm de diámetro (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada). El cáncer no se ha propagado a los ganglios linfáticos.

Etapa IIIc: el cáncer se encuentra en uno o ambos ovarios, y una o ambas de las siguientes características está presente:

- El cáncer se ha propagado a los ganglios linfáticos.
- Se detectan en el abdomen depósitos de cáncer mayores de 2 cm de diámetro (aproximadamente $\frac{3}{4}$ de pulgada).

Etapa IV

Esta es la etapa más avanzada del cáncer del ovario. El cáncer se encuentra en uno o ambos ovarios. Se detectan *metástasis* a distancia (propagación del cáncer al hígado, los pulmones o a otros órganos localizados fuera de la cavidad peritoneal). La detección de células cancerosas ováricas en el líquido pleural (en la cavidad que rodea a los pulmones) constituye también una prueba de que la enfermedad se encuentra en etapa IV.

Cáncer recurrente del ovario: esto significa que la enfermedad ha recurrido (regresado) después de finalizado el tratamiento.

Tipos de tratamientos contra el cáncer del ovario

Después de realizar las pruebas diagnósticas, el equipo de profesionales médicos que le atiende le recomendará una o más opciones de tratamiento. Estudie todas las opciones sin prisa alguna. Si hay algo que no entiende, pida que se lo expliquen. La selección del tratamiento depende en gran medida del tipo de cáncer y de la etapa de la enfermedad. En el caso de las pacientes que no se sometieron a una cirugía como su tratamiento inicial, tal vez no se conozca la etapa exacta; por lo tanto, el tratamiento se basa en otra información disponible.

Entre los otros factores que podrían influir en la selección del mejor plan de tratamiento se incluyen su estado general de salud, si planea tener hijos y otras consideraciones personales. La edad por sí sola no es un factor determinante ya que varios estudios han indicado que las mujeres de edad avanzada toleran bien los tratamientos contra el cáncer del ovario. Asegúrese de comprender todos los riesgos y efectos secundarios de todos los tratamientos antes de tomar una decisión.

Los tratamientos principales contra el cáncer del ovario son la cirugía, *quimioterapia* y *radioterapia*. En algunos casos, se podrían recomendar dos o incluso todos estos tratamientos.

Tenga presente que casi todos los tratamientos resultarán en la incapacidad de la mujer para tener hijos. Si se escoge la cirugía, la mayoría

de las veces el cirujano extirpará ambos ovarios y el útero, lo que traerá como consecuencia que no pueda quedar embarazada y también el inicio de la menopausia. Tanto la radiación como la quimioterapia causarán esterilidad. Si quiere seguir siendo fértil para poder tener una familia después de su recuperación del tratamiento, hable de esto con su médico. Aquellas situaciones en las que esto es posible se mencionan más adelante en los diagramas de toma de decisiones sobre los tratamientos.

Cirugía

La extensión de la cirugía depende de hasta dónde se ha propagado su cáncer y de su estado general de salud. En los casos de aquellas mujeres en edad fértil, que tienen ciertos tipos de tumores y el cáncer se encuentra en etapa inicial, se hará un esfuerzo para tratar la enfermedad sin extirpar ambos ovarios ni el útero.

Se usan varias técnicas quirúrgicas para tratar el cáncer del ovario. El término médico para estas operaciones se basa en los nombres en griego o en latín de los órganos que se extirpan. El término médico de una operación en la que se extirpa algo generalmente finaliza en “-ectomía”. Por lo tanto, la extirpación del útero es una histerectomía, la extirpación del epiplón es una epiplectomía y la extirpación de los ganglios linfáticos es una linfadenectomía (también se le denomina biopsia o resección de los ganglios linfáticos).

Debido a que hay dos ovarios y dos trompas de Falopio, se debe distinguir entre la extirpación de uno de éstos o ambos. A la extirpación de un ovario se le denomina ooforectomía unilateral (de un solo lado) y a la extirpación de

ambos ovarios se le denomina ooforectomía bilateral (de ambos lados). De igual forma, a la extirpación de una o ambas trompas de Falopio se le denomina *salpingectomía* unilateral o *salpingectomía* bilateral. A menudo, en una cirugía se extirpan varios órganos. Por ejemplo, a la extirpación de ambos ovarios y ambas trompas de Falopio se le denomina *salpingo-ooforectomía* bilateral.

Otro procedimiento quirúrgico importante es la reducción citológica o reducción del volumen del tumor. En este procedimiento, el cirujano extirpa la mayor parte posible del tumor, aunque no pueda extirparse por completo. La mayoría de los médicos considera que esto mejora en gran medida el pronóstico de la paciente (perspectiva de supervivencia).

Esperamos que esta lista parcial de nombres de cirugías le ayuden a entender la información que podría leer sobre el cáncer del ovario y también le ayude a dialogar sobre el cáncer con los profesionales de la salud que le atienden. No tema preguntarle al equipo de atención del cáncer a cargo de su caso que le explique su enfermedad y le recomiende los tratamientos usando palabras sencillas y sin términos médicos.

Es importante que su cirujano tenga experiencia en la cirugía de cáncer del ovario. Muchos ginecólogos generales no tienen la preparación para hacer la operación adecuada contra el cáncer, la cual requiere que el cáncer se clasifique con precisión según su etapa y, quizás, que se efectúe la reducción del cáncer. Pregúntele a su médico si tiene experiencia en el tratamiento del cáncer del ovario, si le clasificará correctamente el cáncer según su etapa y si puede realizar el procedimiento de reducción, de ser necesario. Si no se llevan a cabo

estos procedimientos correctamente, la tendrían que volver a operar.

Si le extirpan ambos ovarios, el útero, o todos, significa que no podrá quedar embarazada. También significa que entrará en la menopausia, si aún no se le ha presentado. La mayoría de las mujeres permanecerá hospitalizada por tres a siete días después de la operación y puede reanudar sus actividades usuales en cuatro a seis semanas.

La cirugía no cambia su capacidad de sentir placer sexual. No necesita un útero para alcanzar un orgasmo. Algunas mujeres se sienten menos femeninas después de una histerectomía; sin embargo, estas ideas no reflejan el resultado generalmente positivo en cuanto a la función sexual y el orgasmo.

Quimioterapia

En la quimioterapia sistémica se usan medicamentos contra el cáncer que se inyectan en la vena o se administran por vía oral. Estos medicamentos entran al torrente sanguíneo y llegan a todas las áreas del cuerpo, por lo que este tratamiento es potencialmente beneficioso en los casos en los que el cáncer ha hecho metástasis (se ha propagado) más allá del órgano en el que empezó.

En la quimioterapia intraperitoneal se inyectan los medicamentos directamente en el abdomen. Este método concentra la dosis de la quimioterapia que llega a las células cancerosas en la membrana que recubre al abdomen, pero la mayor parte de la quimioterapia sigue llegando al torrente sanguíneo desde el abdomen. Esto permite que la quimioterapia llegue a las células cancerosas que no están en el abdomen, y también significa que la quimioterapia causará efectos

secundarios que son casi iguales a los que se presentan cuando se administra por vía intravenosa.

Los medicamentos de quimioterapia destruyen a las células cancerosas, pero también dañan algunas células normales. Por lo tanto, debe prestarse mucha atención para evitar o minimizar los efectos secundarios, los cuales dependen del tipo de medicamento, la cantidad que se administre y la duración del tratamiento.

Los efectos secundarios temporales podrían incluir náuseas y vómitos, pérdida del apetito, caída del cabello, erupciones en las manos y los pies y llagas en la boca. Debido a que la quimioterapia puede dañar las células de la médula ósea que producen sangre, las pacientes podrían tener bajos recuentos de células sanguíneas. Esto puede tener como consecuencia:

- Mayores probabilidades de infección (debido a la escasez de glóbulos blancos)
- Sangrado o la formación de moretones después de cortaduras o lesiones menores (debido a la escasez de plaquetas)
- Cansancio (debido a los bajos recuentos de glóbulos rojos)

La mayoría de los efectos secundarios desaparece una vez terminado el tratamiento. El cabello volverá a aparecer después de que finalice el tratamiento, aunque podría tener una apariencia distinta a la anterior. Hay remedios para muchos de los efectos secundarios temporales de la quimioterapia. Por ejemplo, pueden administrarse medicamentos antieméticos para prevenir o reducir las náuseas y los vómitos. Para más información sobre estos efectos secundarios, comuníquese con la

Sociedad Americana del Cáncer o con la NCCN para obtener una copia de los folletos *Náuseas y vómitos – Guías de tratamiento para los pacientes con cáncer* y *El cansancio asociado con el cáncer – Guías de tratamiento para los pacientes*.

Muchos de los medicamentos quimioterapéuticos pueden dañar los ovarios temporal o permanentemente, lo que reduce su producción de hormonas si todavía usted no es menopáusicas. Esto afecta su fertilidad. Aún podría ser posible quedar embarazada, incluso si se interrumpió su ciclo menstrual. Las mujeres que no quieren quedar embarazadas deben siempre usar anticonceptivos.

Generalmente, las mujeres que están recibiendo quimioterapia presentan síntomas de menopausia temprana. Estos síntomas incluyen sofocos repentinos de calor, sequedad vaginal y estrechez durante las relaciones sexuales, y la ausencia o irregularidad de los períodos menstruales.

Las mujeres que están recibiendo quimioterapia a menudo tienen menos deseo sexual de lo normal. Los efectos secundarios físicos dejan poca energía para las relaciones. El deseo sexual regresa generalmente cuando la mujer se siente mejor.

En raras ocasiones, algunos medicamentos contra el cáncer podrían causar *leucemia* mieloide aguda, un tipo de cáncer de los glóbulos blancos que pone en peligro la vida. A esto se le llama cáncer secundario. Su equipo de atención del cáncer sabe cuáles medicamentos pueden ocasionar estos problemas y hablará con usted sobre esta posibilidad. Los posibles beneficios que estos medicamentos ofrecen para tratar el cáncer del ovario superan las

pocas probabilidades de que uno de éstos le ocasione leucemia.

El tratamiento típico con quimioterapia contra el cáncer ovárico epitelial consiste en seis ciclos. Un *ciclo de quimioterapia* es un programa en el que se suministran dosis regulares de un medicamento, seguido de un período de descanso. Los ciclos varían según los distintos medicamentos. Su *oncólogo* le recetará el ciclo o programa específico para su quimioterapia.

Por lo general, estos medicamentos se administran intravenosamente en un ciclo de tres a cuatro semanas. Si se selecciona el tratamiento de quimioterapia, probablemente recibirá una combinación de medicamentos. En Estados Unidos, la mayoría de los oncólogos considera que, para tratar el cáncer del ovario, la quimioterapia combinada es más eficaz que un solo medicamento.

El método convencional es la terapia combinada en la que se usa un compuesto de platino, como el cisplatino o carboplatino, y un taxano, como el paclitaxel. Son varias las razones por las que dos o más medicamentos dan mejores resultados que uno solo. Debido a que cada medicamento tiene determinados efectos secundarios, una combinación de medicamentos permite suministrar dosis más altas de quimioterapia sin el riesgo de experimentar la reacción extrema que causaría una cantidad equivalente de un solo medicamento. Además, las células cancerosas tienen la capacidad de crear una resistencia a los medicamentos; por lo tanto, al combinar medicamentos, se podrían reducir las probabilidades de que creen esta resistencia.

Aunque el cáncer ovárico epitelial tiende a reaccionar ante la quimioterapia, con el tiempo

las células podrían empezar a crecer otra vez. En ocasiones, la recurrencia del cáncer se trata con ciclos adicionales de un compuesto de platino, un taxano o ambos. En otros casos, la recurrencia se trata con agentes de segunda línea, tales como el topotecán, gemcitabina, ciclofosfamida, vinorelbina, hexametilmelamina, ifosfamida, etopósido, y antraciclinas tales como doxorrubicina liposomal.

Radioterapia

La radioterapia usa rayos X de alta energía para destruir las células cancerosas. Estos rayos X pueden administrarse mediante un procedimiento muy parecido al de una radiografía de diagnóstico.

Radiación externa: en este procedimiento, una máquina ubicada fuera del cuerpo, llamada acelerador lineal, emite la radiación enfocada en el cáncer. Este tipo de radioterapia se les recomienda a las mujeres que padecen cáncer del ovario. Los tratamientos se administran cinco días a la semana durante varias semanas. Cada tratamiento dura tan sólo unos cuantos minutos y es similar a realizarse una radiografía de diagnóstico. Al igual que con las radiografías, la radiación pasa por la piel y otros tejidos antes de llegar al tumor. La exposición a la radiación en sí es muy breve, y la mayor parte del tiempo se dedica a situar a la paciente en el lugar exacto de manera que la radiación se dirija con precisión al cáncer. Algunos médicos opinan que la radioterapia es un método aceptable para controlar el cáncer de bajo volumen en etapa III y IV.

Aunque en el pasado se usaba con frecuencia, ahora en este país la radioterapia se usa pocas veces como tratamiento principal contra el cáncer del ovario.

Durante la radioterapia, la piel en el área tratada podría lucir y sentirse como quemada por el sol. Esto desaparece gradualmente y regresa a su apariencia normal en seis a doce meses. Debido a que el abdomen y la pelvis son sensibles a la radiación, muchas mujeres también notan cansancio, náuseas o diarrea. Si está experimentando efectos secundarios causados por la radiación, discútalos con el equipo médico que le atiende. Es posible que haya algunas cosas que podría hacer para obtener alivio.

Cuidado paliativo y de apoyo

La mayor parte de este documento trata sobre las maneras de curar a algunas personas con cáncer del ovario y de ayudar a otras a vivir más tiempo mediante la extirpación o destrucción de las células cancerosas ováricas. Sin embargo, otra meta importante es mantener su calidad de vida. No dude en hablar con su equipo de atención médica sobre los efectos secundarios que está experimentando. Hay maneras seguras y eficaces de tratar el dolor, la mayoría de los síntomas del cáncer del ovario y la mayoría de los efectos secundarios causados por los tratamientos contra el cáncer del ovario.

Los tratamientos *paliativos* del cáncer son tratamientos que tienen como objetivo reducir o prevenir los síntomas causados por el cáncer, pero no se espera que lo curen. El cuidado paliativo puede incluir tratamientos de radiación o quimioterapia que alivian los síntomas mediante la reducción del tumor.

El cuidado de apoyo es similar pero no es exactamente igual al cuidado paliativo. El cuidado de apoyo usa medidas para aliviar los síntomas y mejorar la calidad de vida, pero no se espera

que destruya al cáncer. Los analgésicos son un ejemplo del cuidado de apoyo.

El dolor es una preocupación significativa para las pacientes con cáncer del ovario en etapa avanzada. El crecimiento del cáncer alrededor de ciertos nervios puede causar dolor intenso. Es importante que las pacientes les comuniquen a sus médicos si sienten dolor. En muchas pacientes, el tratamiento con morfina u otros de los llamados *opioides* reducirán considerablemente el dolor. Para obtener más información sobre el tratamiento contra el dolor, comuníquese con la Sociedad Americana del Cáncer o la NCCN para solicitar una copia del documento *El dolor asociado con el cáncer – Guías de tratamiento para los pacientes*.

Tratamientos complementarios y alternativos

Si está considerando usar tratamientos *complementarios* o *alternativos* no probados, lo mejor es que lo hable abiertamente con el equipo médico que le atiende y solicite información en la Sociedad Americana del Cáncer o el Instituto Nacional del Cáncer (*National Cancer Institute*). Algunos tratamientos que no han sido probados pueden interferir con los tratamientos médicos convencionales o pueden causar efectos secundarios graves.

Otros aspectos a considerar durante y después del tratamiento

Durante y después del tratamiento, es posible que pueda acelerar su recuperación y mejorar su calidad de vida si desempeña una función activa. Aprenda sobre los beneficios y desventajas de cada una de sus opciones de

tratamiento, y pregúntele a su equipo de atención del cáncer si hay algo que usted no entienda. Aprenda sobre los efectos secundarios del tratamiento, esté pendiente de ellos y repórtelos rápidamente a su equipo de atención del cáncer para que pueda tomar medidas para minimizarlos y acortar su duración.

Recuerde que su cuerpo es tan único como su personalidad y sus huellas digitales. Aunque el comprender la etapa de su cáncer y aprender sobre la eficacia de sus opciones de tratamiento puede ayudar a predecir los problemas de salud a los que pudiera enfrentarse, nadie puede anticipar cómo usted responderá al cáncer y su tratamiento.

Es posible que usted tenga fortalezas especiales tales como una historia excelente de nutrición y actividad física, una fuerte red de apoyo familiar o una fe profunda, y que estas fortalezas influyan en su respuesta al cáncer. De hecho, los científicos especialistas en la conducta descubrieron recientemente que algunas personas que aprovecharon algún sistema social de apoyo, como un grupo de apoyo del cáncer, lograron una mejor calidad de vida. También hay profesionales experimentados en servicios de salud mental, trabajo social y servicios pastorales que pueden ayudarle a sobrellevar su enfermedad.

Usted también puede contribuir con su propia recuperación del cáncer tomando decisiones saludables con respecto a su estilo de vida. Si usted usa tabaco, este es el momento para dejar de hacerlo. Dejar el tabaco mejorará su salud en general, y el recuperar completamente su sentido del olfato puede ayudarle a disfrutar de una dieta saludable durante la recuperación. Si consume alcohol, limite la cantidad que consume. No tome más de una o

dos copas al día. Una buena nutrición puede ayudarle a recuperarse después del tratamiento. Siga una dieta nutritiva y balanceada que incluya muchos alimentos de origen vegetal como frutas, ensaladas, verduras y alimentos de granos integrales. Pregúntele a su equipo de atención del cáncer si usted se beneficiaría con alguna dieta especial. Es posible que pueda ofrecerle recomendaciones especiales para las personas que han recibido radioterapia, quimioterapia o cirugía.

Si usted está bajo tratamiento contra el cáncer, debe estar consciente de la batalla que se está librando en su cuerpo. La radioterapia y la quimioterapia se suman al cansancio causado por la enfermedad en sí. Bríndele a su cuerpo todo el descanso que necesite para que pueda sentirse mejor a medida que transcurra el tiempo. Haga ejercicios una vez que sienta que ha descansado lo suficiente. Pregúntele a su equipo de atención del cáncer si su cáncer o sus tratamientos pudieran limitar su programa de ejercicios y sus demás actividades.

La cirugía y la radioterapia a veces pueden afectar cómo usted se siente con respecto a su cuerpo, y es posible que conlleven otros problemas físicos que pueden afectar la sexualidad. Su equipo de atención del cáncer puede ayudarle con estos problemas, así que no dude en compartir con éste sus preocupaciones.

Un diagnóstico de cáncer y su tratamiento son retos grandes en la vida, que les afectan tanto a usted como a todos sus seres queridos. Antes de que llegue al punto en que se sienta abrumada, considere asistir a una reunión de algún grupo local de apoyo. Si necesita ayuda individual de otra índole, comuníquese con el departamento de servicios sociales de su hospital o con la Sociedad Americana del Cáncer

para ponerle en contacto con algún asesor o con otros servicios.

Años después de terminado el tratamiento, los exámenes de seguimiento serán muy importantes para usted. Éstos pueden detectar la *recurrencia* (el regreso del cáncer). Asegúrese de reportarle a su médico inmediatamente cualquier síntoma nuevo o persistente.

Los exámenes de seguimiento usualmente incluyen un examen físico general riguroso y análisis de sangre para medir los *marcadores tumorales* y la función hepática (para ayudar a detectar la propagación al hígado). La selección de cuál análisis de sangre del marcador tumoral utilizar depende del tipo de cáncer. El CA-125 es el marcador tumoral que se usa en las mujeres con cáncer ovárico epitelial. Se podrían realizar estudios por imágenes como la radiografía de tórax, la tomografía computarizada y la ecografía, si los síntomas o los resultados de otras pruebas indican una recurrencia.

Información sobre los estudios clínicos

Propósito de los estudios clínicos: el estudio de tratamientos prometedores nuevos o experimentales en pacientes se conoce como estudios clínicos. Un estudio clínico se lleva a cabo solamente cuando existe algún motivo para creer que el nuevo tratamiento puede ser valioso para el paciente. Se ha encontrado con frecuencia que los tratamientos utilizados en los estudios clínicos producen beneficios reales. Los investigadores llevan a cabo estudios de tratamientos nuevos para contestar las siguientes preguntas:

- ¿Es beneficioso este tratamiento?
- ¿Cómo funciona este nuevo tipo de tratamiento?
- ¿Es más eficaz que los otros tratamientos que ya están disponibles?
- ¿Qué efectos secundarios causa el tratamiento?
- ¿Son mayores o menores los efectos secundarios que los del tratamiento convencional?
- ¿Compensan los beneficios a los efectos secundarios?
- ¿A qué tipo de pacientes es más probable que el tratamiento le resulte beneficioso?

Tipos de estudios clínicos: los estudios clínicos se llevan a cabo en tres fases en las que se estudia un tratamiento antes de que sea elegible para la aprobación de la FDA (*Food and Drug Administration*).

Estudios clínicos en la fase I: el propósito de un estudio en la fase I es buscar la mejor manera de administrar un tratamiento nuevo y qué cantidad de éste se puede administrar con seguridad. Los médicos observan cuidadosamente a los pacientes en busca de efectos secundarios nocivos. El tratamiento se ha probado muy bien en estudios de laboratorio y con animales, pero los efectos secundarios en los pacientes no se conocen del todo. Los médicos que dirigen el estudio clínico comenzarán administrándole dosis muy bajas del medicamento a los primeros pacientes y aumentarán la dosis en los grupos subsiguientes hasta que surjan los efectos secundarios.

Aunque los médicos esperan poder ayudar a los pacientes, el propósito principal de un estudio en la fase I es probar la seguridad del medicamento.

Estudios clínicos en la fase II: estos estudios están diseñados para ver si el medicamento es eficaz. Se les administra a los pacientes la dosis más alta posible que no cause efectos secundarios graves (establecida en el estudio en la fase I) y se les observa muy de cerca para ver si tiene algún efecto en el cáncer. Los médicos también estudiarán si hay efectos secundarios.

Estudios clínicos en la fase III: en estos estudios en la fase III participa una gran cantidad de pacientes. En algunos se pueden inscribir miles de pacientes. Un grupo (el grupo de referencia) recibe el tratamiento convencional (más aceptado). Los otros grupos reciben el nuevo tratamiento. Generalmente, los médicos estudian solamente un nuevo tratamiento para ver si es más eficaz que el tratamiento convencional, pero en ocasiones probarán dos o tres. A todos los pacientes que participan en un estudio en la fase III se les observa muy de cerca. El estudio se suspende si los efectos secundarios del nuevo tratamiento son muy graves o si alguno de los grupos presenta resultados mucho mejores que los demás.

Si usted está participando en un estudio clínico, recibirá un cuidado excelente. Usted tendrá un equipo de expertos que vigilará su progreso muy cuidadosamente. El estudio está diseñado especialmente para prestarle atención de cerca a usted.

No obstante, existen algunos riesgos. Ninguna de las personas que forman parte del estudio puede anticipar si el tratamiento funcionará o exactamente qué efectos secundarios ocurrirán. Eso es lo que se pretende descubrir con el estudio. Aunque la mayoría de los efectos secundarios desaparece con el tiempo, algunos pueden ser permanentes o incluso amenazar la vida. Sin embargo, tenga en cuenta que hasta los tratamientos convencionales pueden causar efectos secundarios. Usted pudiera decidir inscribirse en un estudio clínico después de considerar muchos factores.

Decisión para inscribirse en un estudio clínico: la decisión de participar en un estudio clínico es totalmente suya. Sus médicos y enfermeras le explicarán los detalles del estudio y le proveerán un formulario que deberá leer y firmar para expresar su deseo de participar. Este proceso se conoce como consentimiento válido. Aun después de haber firmado el formulario y después de que el tratamiento haya comenzado, usted tiene total libertad para abandonar el estudio en cualquier momento y por cualquier motivo. El participar en un estudio clínico no impedirá que usted reciba algún otro cuidado médico que pudiera necesitar.

Para más información sobre los estudios clínicos, pregúntele al equipo de profesionales que atiende su cáncer. Entre las preguntas que debe hacer se encuentran:

- ¿Cuál es el propósito del estudio?
- ¿Qué tipo de pruebas y tratamientos implica el estudio?

- ¿Qué hace este tratamiento?
- ¿Qué es probable que pase en mi caso con o sin este nuevo tratamiento bajo investigación?
- ¿Qué otras alternativas tengo y cuáles son sus ventajas y desventajas?
- ¿Cómo pudiera el estudio afectar mi vida diaria?
- ¿Qué efectos secundarios puedo esperar del estudio? ¿Pueden controlarse los efectos secundarios?
- ¿Tendré que permanecer en el hospital? Si es así, ¿con qué frecuencia y por cuánto tiempo?
- ¿Me costará algo el estudio? ¿Será gratis alguna parte del tratamiento?
- Si resultara perjudicada a consecuencia de la investigación, ¿a qué tratamiento tendría derecho?
- ¿Qué tipo de cuidado de seguimiento a largo plazo incluye el estudio?
- ¿Se ha utilizado el tratamiento contra otros tipos de cáncer?

Usted puede recibir una lista de los estudios clínicos vigentes llamando gratis al Instituto Nacional del Cáncer (NCI) al 1-800-4-CANCER o visitando la página en Internet del NCI para pacientes (www.cancer.gov/clinical_trials) o para profesionales de la salud (www.cancer.gov/cancer_information).

Evaluación y guías de tratamiento

Diagramas de toma de decisiones

Los diagramas de toma de decisiones, o *algoritmos*, que se presentan en las páginas siguientes representan opciones de tratamiento contra el cáncer del ovario según el tipo de cáncer (cáncer ovárico regular o cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno) y hasta dónde se ha propagado. Cada uno le muestra paso por paso cómo usted y su médico pueden determinar qué decisiones necesitan tomar sobre su tratamiento.

Tenga presente que no debe usar esta información sin contar con la experiencia de su médico quien conoce mejor su situación, historia médica y preferencias personales. También es recomendable que repase este folleto con su médico, pues él o ella le puede indicar cuál de los diagramas de toma de decisiones aplica en su caso. Hemos dejado algunos espacios en blanco en la sección de los diagramas de toma de decisiones para que usted o su médico tomen notas con respecto a los tratamientos. También puede usar ese espacio para añadir algunas preguntas que quiera hacerles a sus médicos sobre los tratamientos.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las pacientes con cualquier etapa de cáncer del ovario. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

Las guías de la NCCN se actualizan según surge información nueva significativa. Para asegurarse de que tiene la versión más reciente, consulte la página en Internet de la Sociedad Americana del Cáncer (www.cancer.org), que ofrece información en español, o la de la NCCN (www.nccn.org). Para obtener la información más reciente sobre estas guías y el cáncer en general, también puede llamar a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 (un especialista en información le atenderá en español) o a la NCCN al 1-888-909-NCCN.

Presentación clínica**Evaluación inicial****Diagnóstico según las señales y síntomas**

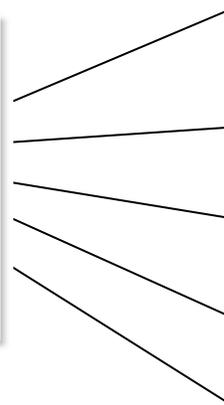
Masa, líquido, o ambos en la pelvis debido probablemente al cáncer del ovario

Otros síntomas que pudieran deberse al cáncer del ovario



Radiografía de tórax
Ecografía o tomografía computarizada del abdomen y la pelvis*
Enema de bario o colonoscopia si se sospecha la propagación al intestino grueso
Recuentos sanguíneos completos y análisis bioquímicos de la sangre
Prueba de sangre del CA-125
Posible asesoría genética, según los antecedentes familiares de cáncer del ovario o cáncer del seno

*La ecografía puede indicarle el tamaño del tumor. Una tomografía computarizada puede indicarle si otros órganos de la pelvis o el abdomen están afectados. El cirujano decidirá si las pruebas serían útiles.



Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

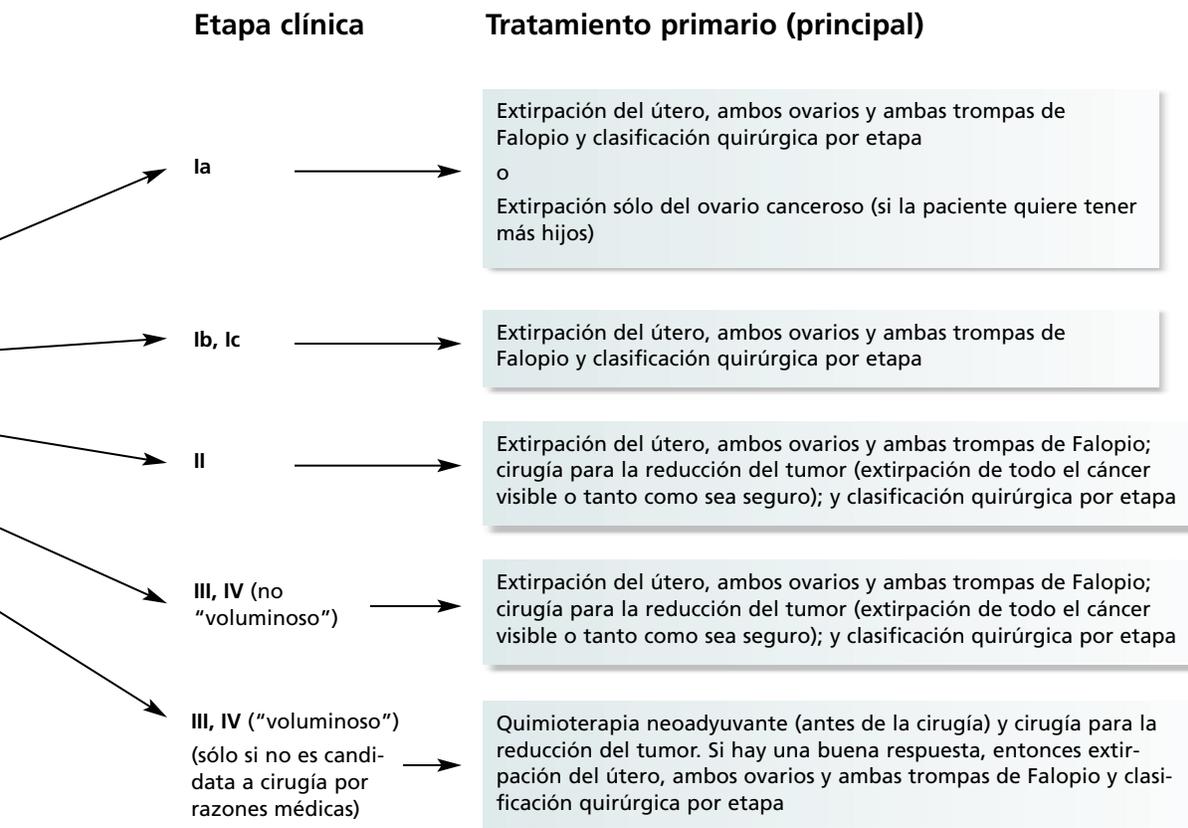
Evaluación y tratamiento para las mujeres que no se han sometido a una cirugía

Este diagrama de toma de decisiones comienza con la detección de una masa en la pelvis que probablemente se origine en el ovario, la detección de líquido en la pelvis o en el abdomen o de cualquier otro síntoma que pudiera indicar la presencia de cáncer del ovario.

El próximo paso es una serie de exámenes y pruebas que los médicos llaman evaluación inicial. La historia médica y el examen físico indicarán si tiene cáncer del ovario y hasta dónde se ha propagado. Es probable que luego se someta a un grupo de pruebas que están diseñadas para determinar la etapa del cáncer.

La radiografía de tórax indicará si hay líquido alrededor de los pulmones o si hay tumores en los pulmones. Una ecografía de la pelvis puede

Evaluación y tratamiento para las mujeres que no se han sometido a una cirugía



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

indicarle el tamaño de la masa y si está afectando otras estructuras pélvicas. La tomografía computarizada puede indicar mejor si el cáncer se propagó a otros órganos o estructuras pélvicas y abdominales. Un *enema de bario* o una colonoscopia puede determinar si el cáncer del ovario se ha propagado al *intestino grueso*. Si el intestino grueso está afectado, la cirugía será más complicada.

Se realiza una variedad de análisis de sangre para verificar el funcionamiento del hígado y los riñones y para tener la seguridad de que los recuentos sanguíneos no estén demasiado bajos. Los recuentos sanguíneos bajos o los problemas con los órganos internos puede significar que usted está especialmente vulnerable a complicaciones y efectos secundarios de ciertos tratamientos contra el cáncer del

ovario, por lo que se deben hacer estas pruebas antes de que comience su tratamiento.

Otra de las pruebas sanguíneas que se realizan es la del CA-125, que es un marcador tumoral del cáncer del ovario. Si su nivel está elevado, debería regresar a la normalidad después de la cirugía si se extirpa todo el cáncer. Si no lo hace, constituye una señal de que no se extirpó completamente el cáncer. Si usted tiene antecedentes familiares de cáncer del seno o cáncer del ovario, es posible que tenga una mutación del gen BRCA. Esto se debe evaluar para el beneficio de sus hijos o de cualquier familiar cercano y para ayudar a evaluar sus riesgos de contraer otros tipos de cáncer.

Los resultados de estas pruebas les ayudarán a sus médicos a planear su cirugía. Si después de revisar la información en este folleto tiene alguna pregunta sobre su etapa clínica, pregúntele a su médico. Él o ella puede estimar su etapa según los resultados de las pruebas, pero no lo sabrá con certeza hasta que realice la cirugía, observe realmente dentro de la pelvis y el abdomen y realice las biopsias de cualquier tejido que luzca anormal.

Si en el momento de la cirugía el cirujano determina que el cáncer del ovario está en etapa I, le extirpará ambos ovarios, el útero y las trompas de Falopio. El cirujano realizará también una biopsia de varias localizaciones

NOTAS

Evaluación y tratamiento para las mujeres que no se han sometido a una cirugía (continuación)

de la pelvis y el abdomen y extirpará parte del epiplón (tejido adiposo que recubre al intestino).

Si su tumor está en etapa Ia y usted desea tener hijos, entonces el cirujano puede extirpar sólo el ovario canceroso y la trompa de Falopio y dejar el otro ovario y el útero.

Si el cirujano detecta la propagación del cáncer fuera del ovario (etapa II, III o IV), intentará extirpar todo el cáncer (o reducirlo). El objetivo es dejar la mínima cantidad de cáncer posible. Incluso si su cáncer está en etapa IV, lo que significa que se ha propagado más allá de la pelvis o al interior del hígado, aún podría someterse a

una cirugía de reducción. El cirujano realizará esto sólo si la cantidad de cáncer que se ha propagado no es demasiado grande. Si pareciera haber mucho cáncer antes de la operación (etapa III o IV voluminosa), sus médicos podrían decidir realizar una biopsia primero. Si la biopsia confirma que tiene cáncer del ovario, le podrían recomendar que reciba quimioterapia para reducir el tamaño del tumor antes de la operación. Esto podría mejorar las probabilidades de que la cirugía sea exitosa. Después de la quimioterapia, realizarán la cirugía y extirparán todos los órganos femeninos y cuanto cáncer sea seguro extirpar.

NOTAS

Evaluación inicial

Diagnóstico
según los
resultados
de la cirugía
previa

Radiografía de tórax
Ecografía o tomografía computarizada del abdomen y la pelvis*
Recuentos sanguíneos completos y análisis bioquímicos de la sangre
Prueba de sangre del CA-125
Posible asesoría genética, según los antecedentes familiares de cáncer del ovario o cáncer del seno

*La ecografía puede indicarle el tamaño del tumor. Una tomografía computarizada puede indicarle si otros órganos de la pelvis o el abdomen están afectados. El cirujano decidirá si las pruebas serían útiles.

Cirugía previa adecuada para la clasificación por etapas y el tratamiento

Cirugía previa no adecuada para la clasificación por etapas ni el tratamiento porque:
No se extirpó el útero, o
No se extirparon completamente los ovarios ni las trompas de Falopio, o
No se extirpó el epiplón, o
Los registros de los procedimientos de clasificación por etapas no son correctos

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

Evaluación y tratamiento para las mujeres que se han sometido a una cirugía

Algunas veces las mujeres se someten a una cirugía contra un tumor ovárico y, durante la cirugía, el cirujano se da cuenta, según lo detectado, que no puede realizar la cirugía correcta. Cuando se finaliza la cirugía y usted se ha recuperado, tal vez le refieran a un ginecóncologo para obtener una segunda opinión. Su evaluación será la misma, como si no se

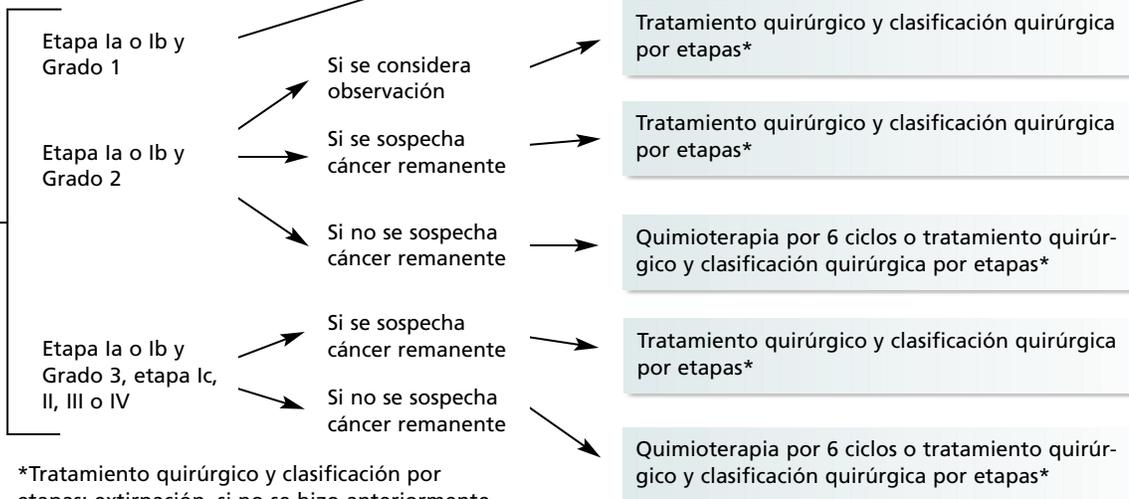
hubiese realizado la cirugía. El médico que está consultando realizará las pruebas que no se habían hecho antes y quizás repita algunas. El paso más importante será evaluar su historia para determinar si su cirugía previa fue la adecuada. Las preguntas que se necesitan responder son si se extirparon todos los órganos apropiados y si el cirujano previo realizó suficientes biopsias para determinar si el cáncer se ha propagado.

Evaluación y tratamiento para las mujeres que se han sometido a una cirugía

Determinar la etapa del cáncer según el examen del tejido extirpado durante la cirugía (continúa en la página 36)

Posible etapa y grado del cáncer

(según la cirugía previa y la evaluación inicial)



*Tratamiento quirúrgico y clasificación por etapas: extirpación, si no se hizo anteriormente, del útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio. Extirpación además de tanto cáncer visible como sea seguro. Realización de biopsias y lavados para determinar si el cáncer se ha propagado.

©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Si sus médicos opinan que la cirugía fue la adecuada, entonces usted pasará a los siguientes pasos del tratamiento. Si sus médicos opinan que la cirugía no fue la adecuada pero tiene cáncer en etapa Ia o Ib y cáncer de grado 1, recomendarán cirugía adicional para verificar esto, ya que, si verdaderamente está en esta etapa, no necesitará quimioterapia.

Independientemente de su etapa, si sus médicos opinan que en la primera cirugía no se

extirpó todo el cáncer, recomendarán otra operación. También se asegurarán de completar la clasificación por etapas en el momento de la cirugía. Si sus médicos opinan que tiene una etapa mayor que Ia o Ib y que la cirugía no fue la adecuada pero no se dejó cáncer remanente, podrían recomendar una segunda cirugía para determinar la etapa de su cáncer o podrían recomendar quimioterapia.

Etapa y grado

(resultados de la operación para la clasificación por etapas)

Etapa Ia o Ib, grado 1

**Primer tratamiento adyuvante (adicional)**

Cuidado de seguimiento metódico pero sin tratamiento adicional hasta que haya evidencia de que el cáncer ha regresado

Etapa Ia o Ib, grado 2

Cuidado de seguimiento metódico pero sin tratamiento adicional hasta que haya evidencia de que el cáncer ha regresado, o
Quimioterapia con paclitaxel y carboplatino por 3 a 6 ciclos (2-4 meses)

Etapa Ia o Ib, grado 3

Etapa Ic, cualquier grado

Etapa II, cualquier grado



Quimioterapia con paclitaxel y carboplatino por 3 a 6 ciclos (2-4 meses)

Etapa III o IV, cualquier grado

Quimioterapia con paclitaxel y carboplatino por 6 ciclos (4 meses)
Algunos podrían considerar la radioterapia a todo el abdomen y la pelvis para algunas pacientes en etapa III que tienen cáncer remanente que se puede observar solamente con un microscopio, o
Algunos podrían considerar quimioterapia administrada en el abdomen para algunas pacientes en etapa III que tienen pequeños depósitos de cáncer remanente*Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.**La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.**El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.***Tratamiento adicional después de la cirugía**

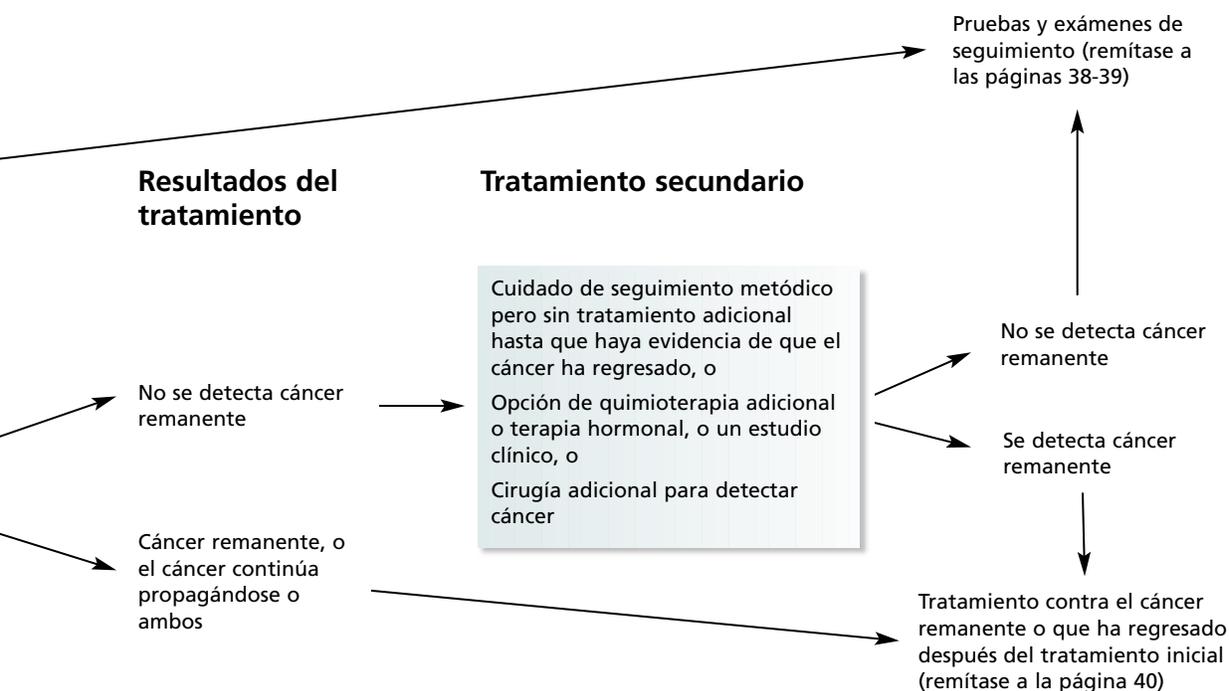
Si para el momento de la cirugía su cáncer está en etapa Ia o Ib y es de grado 1, no necesitará tratamiento adicional. Si es de grado 2, el tratamiento adicional es opcional y debe discutirlo con su médico. Si su cáncer es de grado 3, o etapa II, debe recibir quimioterapia con tres a seis ciclos de paclitaxel y carboplatino.

Si su cáncer está en etapa III o IV, debe recibir por vía intravenosa seis ciclos de paclitaxel y

carboplatino. Para las pacientes en etapa III con sólo muy pequeñas cantidades de enfermedad remanente, otras opciones que podría considerar son la radioterapia a todo el abdomen y la pelvis o la quimioterapia administrada en el abdomen.

No se recomienda tratamiento adicional después de la quimioterapia contra el cáncer en etapa I o II. Si el cáncer está en etapa III o IV y no se detecta cáncer después de la quimioterapia, tiene la opción de no recibir más tratamiento, algún tipo de tratamiento hor-

Tratamiento adicional después de la cirugía



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

monal (por ejemplo, *tamoxifeno*) o un estudio clínico. Algunos médicos podrían recomendar cirugía adicional para asegurarse de que el cáncer haya desaparecido por completo. Si el cáncer no ha respondido a la quimioterapia, lo que significa que sus médicos aún pueden ver evidencias del cáncer luego de seis ciclos de quimioterapia o que continúa creciendo, se recomendará un nuevo tratamiento (remítase a la página 40).

Regímenes aceptables como tratamiento inicial:

1. Carboplatino *más* paclitaxel
6 ciclos para la enfermedad en etapa III o IV; 3-6 ciclos para la enfermedad en etapa más baja

Alternativas para estos regímenes:

1. Cisplatino *más* paclitaxel
2. Radioterapia al abdomen y la pelvis contra la enfermedad microscópica, en ciertos casos
3. Carboplatino *más* docetaxel

Etapa

Etapa I, II, III, IV, respuesta completa

Etapa III y IV, evolución o respuesta parcial

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

Cuidado de seguimiento o tratamiento después del tratamiento inicial contra el cáncer del ovario

Si su cáncer estaba en etapa I, II, III o IV y no hay evidencia de que haya cáncer remanente después del tratamiento, no se recomienda tratamiento adicional. Debe ver a su médico cada dos a cuatro meses durante dos años y

cada seis meses durante los próximos tres años. En estas visitas, su médico le examinará, realizará análisis de sangre de rutina y análisis bioquímicos de la sangre y la prueba para medir el nivel de CA-125 en la sangre. Si su cáncer del ovario estaba en etapa III o IV, también podrían realizarle una tomografía del abdomen y la pelvis y una radiografía de tórax.

Cuidado de seguimiento o tratamiento después del tratamiento inicial contra el cáncer del ovario

Observación/seguimiento

→

Visitas cada 2-4 meses por 2 años, luego cada 6 meses por 3 años
Examen físico, incluyendo examen pélvico
Recuentos sanguíneos completos cada 12 meses y análisis bioquímicos de la sangre
Prueba de CA-125 en la sangre en cada visita, si el nivel estaba inicialmente elevado o para la etapa I o II
Tomografía abdominal-pélvica y radiografía de tórax, si se sospecha recurrencia

→

Quimioterapia* o

Para la etapa III, algunas personas pueden considerar radioterapia a todo el abdomen y pelvis

*Se puede administrar por vía intravenosa o directamente a la cavidad abdominal. A las pacientes que no se beneficien de dos regímenes de sólo un medicamento se les puede ofrecer cuidado de apoyo o que participen en un estudio clínico.

©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Si su cáncer estaba en etapa III o IV y no respondió completamente a la quimioterapia, podría recibir tratamiento con una nueva quimioterapia administrada de forma intravenosa o en el abdomen. Si su cáncer estaba en etapa III, otra opción para usted podría ser la radioterapia al abdomen y la pelvis. Si ya

recibió radioterapia como tratamiento inicial, se le administrará quimioterapia con platino, paclitaxel o ambos. Si no se beneficia de los dos regímenes de estos medicamentos solos, le podrían ofrecer cuidado de apoyo o un estudio clínico.

Señales de cáncer

El nivel de CA-125 está aumentando, no se administró quimioterapia previamente
o
Señales físicas, o en las radiografías, de cáncer recurrente y no se administró quimioterapia previamente

Cirugía exploradora con la extirpación de todo el tumor visible

Señales físicas, o en las radiografías, de cáncer recurrente y se administró quimioterapia previamente

El nivel de CA-125 está aumentando y se administró quimioterapia previamente

No se administra tratamiento hasta que haya señales (físicas o en las radiografías) de que el cáncer ha regresado, o
Comienzo de quimioterapia o tamoxifeno

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

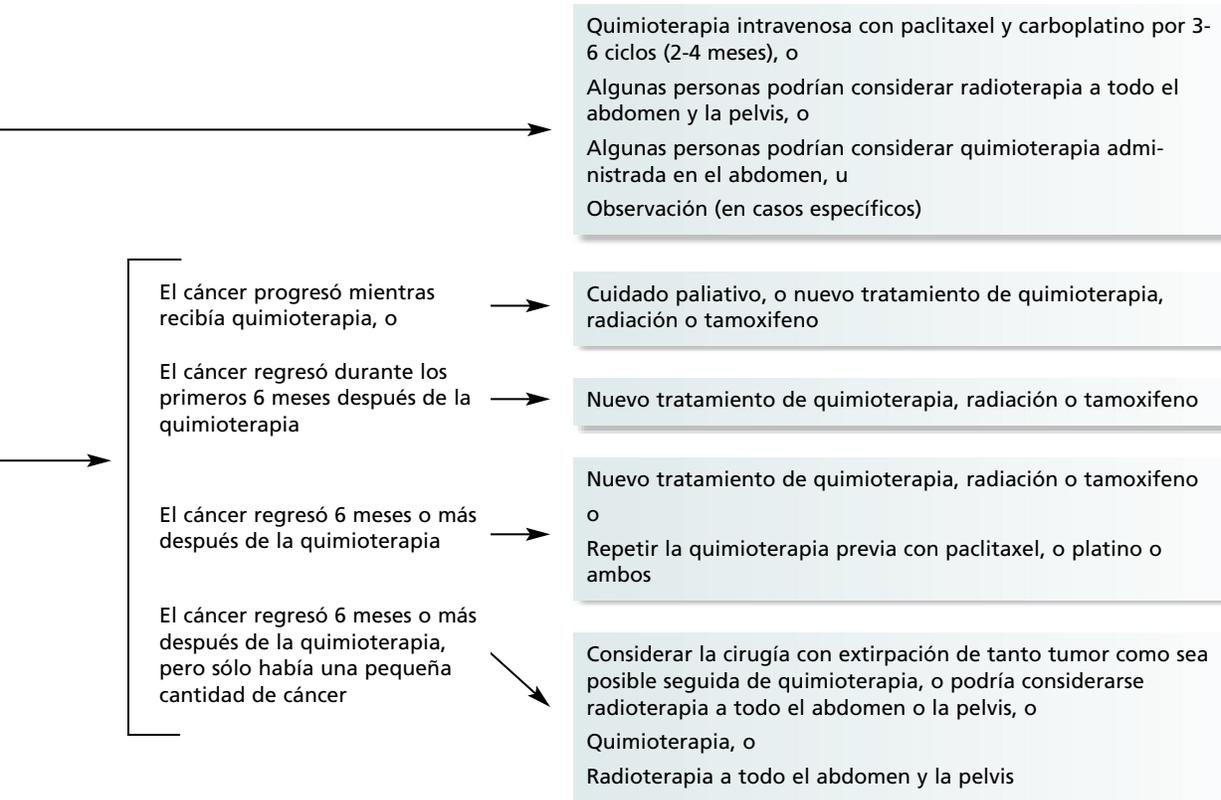
Tratamiento si el cáncer regresa

Si el nivel de CA-125 comienza a aumentar o las señales físicas o en las radiografías indican que el cáncer está regresando y usted no recibió quimioterapia anteriormente, estas guías le recomiendan que se someta a una cirugía exploradora para extirpar tanto del

tumor como sea posible. Después de la cirugía, debe recibir entre tres y seis ciclos de quimioterapia con paclitaxel y carboplatino por vía intravenosa, o, en ciertos casos, radioterapia dirigida al abdomen y la pelvis o quimioterapia en el abdomen.

Tratamiento si el cáncer regresa

Tratamiento



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Si recibió quimioterapia anteriormente, no se recomienda la cirugía si las señales físicas y en las radiografías indican que el cáncer está regresando. Si el cáncer regresó mientras recibía quimioterapia, entonces podría considerar el cuidado paliativo o de apoyo solamente, una nueva quimioterapia, tamoxifeno o radioterapia. Si el cáncer regresó durante los

primeros seis meses después de finalizada la quimioterapia, podría recibir tratamiento con una nueva quimioterapia, tamoxifeno o radiación. Si el cáncer regresó luego de más de seis meses de finalizada la quimioterapia, podría recibir tratamiento otra vez con la misma o con una nueva quimioterapia, radiación o tamoxifeno. Si más de seis meses

después de la quimioterapia sólo regresó una pequeña cantidad de cáncer, otra opción, además de la quimioterapia o la radiación, es la cirugía exploradora con la extirpación de todo el tumor visible.

Si la única señal de cáncer es que el nivel de CA-125 está aumentando y usted recibió quimioterapia anteriormente, puede esperar hasta que haya síntomas o señales del cáncer o puede comenzar la quimioterapia o tamoxifeno.

Con frecuencia, independientemente del tratamiento que recibió, el cáncer regresará y no responderá a un tratamiento nuevo o responderá y luego regresará nuevamente. En algún momento deberá escoger entre tomar medidas solamente para sentirse más cómoda y si recibirá tratamiento adicional. En otros momentos, no existen tratamientos adi-

cionales y las medidas para sentirse más cómoda son su única opción. Es importante que usted y su médico conversen sobre lo que se puede hacer para que se sienta cómoda.

El cáncer del ovario causa a menudo acumulación de líquido en el abdomen, en la cavidad torácica o en ambas localizaciones. El líquido pudiera hacerla sentir incómoda debido a la presión en el abdomen o en los pulmones. Su médico puede extraer el líquido colocando una aguja perforadora grande en el abdomen (*paracentesis*) o en el tórax (*toracentesis*). Estos procedimientos no causan dolor y pueden proveerle bastante alivio. Algunas veces el cáncer puede bloquear los conductos que drenan la orina desde los riñones (*uréteres*). Esto es mortal a menos que se inserte un tubo duro (*endoprótesis*) en los uréteres para abrirlos nuevamente.

NOTAS

Debido a que el cáncer del ovario puede propagarse a los intestinos, puede causar *obstrucción intestinal*. En esta situación, los alimentos, digeridos o no, no pueden pasar por los intestinos, y comer es muy doloroso ya que el intestino justo antes del bloqueo se ensancha para mantener los alimentos. Esto se puede aliviar algunas veces mediante cirugía, pero frecuentemente no se puede hacer nada. Usted puede decidir dejar de comer e incluso beber en este momento, lo que le conducirá a la muerte a menos que se alimente por otra vía. Algunas veces, los médicos pueden colocar un tubo en el tracto intestinal con una pequeña incisión que rodea el bloqueo, y se le puede administrar alimentos líquidos a través de este tubo. En otras ocasiones, sus médicos pueden colocar un catéter intravenoso en una vena grande en el tórax debajo de la clavícula y ali-

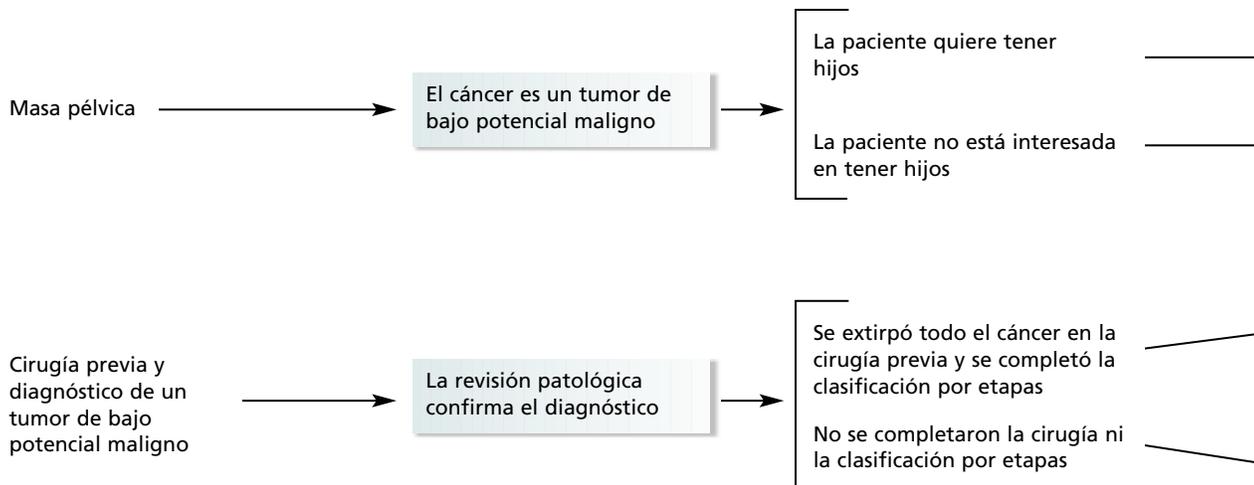
mentarle por vía intravenosa. Ambos métodos le permitirán vivir un poco más de tiempo. Será necesario que decida si eso es lo que quiere hacer.

El dolor también puede ser un problema significativo si no se puede controlar la propagación del cáncer. Una de las principales dificultades en la obtención de un buen control del dolor es la falta de franqueza con su médico al decirle que está experimentando dolor. Debe decirle a su médico si está padeciendo dolor y si el *analgésico* (medicina contra el dolor) que le prescribió está funcionando. Los analgésicos son muy eficaces y se pueden administrar por la boca, por infusión intravenosa o por inyecciones continuas debajo de la piel. Infórmele a su médico si está experimentando dolor que necesita alivio.

NOTAS

Presentación clínica

Resultados



Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

Evaluación y tratamiento del cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)

Un cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (o cáncer ovárico epitelial límite o fronterizo) se diferencia del cáncer ovárico regular porque es menos maligno. Aunque su apariencia maligna bajo el microscopio es igual a la del cáncer, no invade los tejidos normales ni se propaga tan fácilmente como el cáncer ovárico usual. Las mujeres con este tipo de cáncer del ovario tienden a ser más jóvenes, y con frecuencia el cáncer se diagnostica en

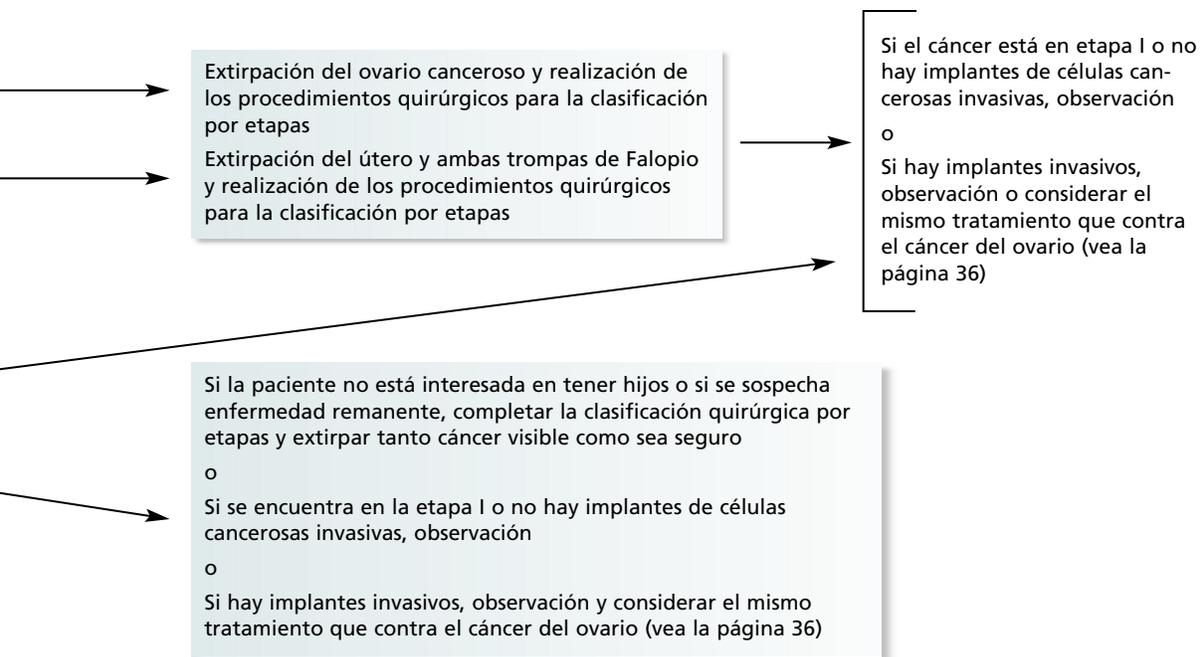
una etapa temprana. Los médicos tratan de forma diferente a este tipo de cáncer del ovario; por lo tanto, la NCCN creó una guía por separado para su tratamiento.

Este diagrama de toma de decisiones comienza cuando se detecta una masa en la pelvis que probablemente se origine en el ovario o cuando se observan otros síntomas que pudieran indicar la presencia de cáncer del ovario.

El próximo paso es una serie de exámenes y pruebas que los médicos llaman evaluación

Evaluación y tratamiento del cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)

Clasificación por etapas y tratamiento



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

inicial. La historia médica y el examen físico indicarán si usted pudiera tener cáncer del ovario y hasta dónde se ha propagado. Debido a que sus médicos tal vez no puedan determinar si usted tiene cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno, deberá realizarse un grupo de pruebas que están diseñadas para determinar la etapa del cáncer.

La radiografía de tórax mostrará si hay líquido alrededor de los pulmones. Una ecografía de la pelvis puede indicar el tamaño de la masa y si

afecta otras estructuras pélvicas. La tomografía computarizada puede indicar mejor si hay propagación a otros órganos o estructuras pélvicas y abdominales. Un enema de bario o una colonoscopia puede determinar si el cáncer del ovario está afectando al intestino grueso. En ese caso, la cirugía será más complicada.

Se realiza una variedad de análisis de sangre para verificar el funcionamiento del hígado y los riñones y para asegurarse de que los

recuentos sanguíneos no estén demasiado bajos. Los recuentos sanguíneos bajos o los problemas con los órganos internos pueden significar que usted está especialmente vulnerable a complicaciones y efectos secundarios de ciertos tratamientos contra el cáncer del ovario, por lo que se deben realizar estas pruebas antes de que comience el tratamiento.

Otra prueba sanguínea que se realiza es la del CA-125, que es un marcador tumoral del cáncer del ovario. Si su nivel está elevado, debería regresar a la normalidad después de la cirugía, si se extirpa todo el cáncer. Si no lo hace, constituye una señal de que no se extirpó completamente el cáncer. Si usted tiene antecedentes familiares de cáncer del seno o cáncer del ovario, es probable que tenga una mutación del gen BRCA. Esto se debe evaluar para el beneficio de sus hijos o de cualquier familiar cercano y para ayudar a evaluar sus riesgos de contraer otros tipos de cáncer.

Los resultados de estas pruebas les ayudarán a sus médicos a planear su cirugía. Si después de revisar la información en este folleto tiene alguna pregunta sobre su etapa clínica, pregúntele a su médico. Él o ella puede estimar su etapa según los resultados de las pruebas, pero no lo sabrá con certeza hasta que realice la cirugía, observe realmente dentro de la pelvis y el abdomen y realice las biopsias de cualquier tejido que luzca anormal.

El principal cambio del tratamiento usual contra el cáncer del ovario es que, si el cirujano

piensa que el cáncer está en etapa I, II, III o IV y usted quiere tener hijos, sólo se extirparán el ovario canceroso y cualquier otro tejido que contenga cáncer. Sus médicos dejarán el otro ovario y el útero. El cirujano también realizará una biopsia en varias localizaciones de toda la pelvis, el abdomen y en el epiplón (tejido adiposo que recubre al intestino). Por otra parte, si no desea tener hijos, su médico también le extirpará el otro ovario, el útero y las trompas de Falopio y realizará las biopsias correspondientes. Si el cirujano detecta que el cáncer se ha propagado fuera del ovario, tratará de extirpar todo el cáncer (o reducirlo). El objetivo es dejar la mínima cantidad de cáncer posible.

Evaluación y tratamiento para las mujeres con cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)

Algunas veces las mujeres se someten a una cirugía contra un tumor ovárico y, durante la cirugía, el cirujano se da cuenta, según lo detectado, que no puede realizar la cirugía necesaria. Cuando finaliza la cirugía y usted se ha recuperado, tal vez le refieran a un gineco-oncólogo para obtener una segunda opinión. Su evaluación será la misma, como si no se hubiese realizado la cirugía. El médico que está consultando ordenará las pruebas que no se habían hecho antes y quizás repita algunas. El paso más importante será evaluar su historia para determinar si su cirugía previa fue la adecuada. Las preguntas que se necesitan responder son si se extirparon todos los órganos apropiados y si el cirujano anterior realizó sufi-

Evaluación y tratamiento del cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP) (continuación)

cientes biopsias para determinar si el cáncer se ha propagado.

Si sus médicos opinan que la cirugía fue la adecuada, entonces pasará a los siguientes pasos del tratamiento (vea la página 45). Si su cáncer está en etapa I o si tiene implantes cancerosos, o células cancerosas que se han propagado desde el tumor canceroso primario, que no estaban invadiendo el tejido subyacente y fueron extirpadas durante la primera cirugía, no necesitará tratamiento adicional. Si usted en el momento de la cirugía tiene lo que se conoce como *implantes cancerosos invasivos* (células cancerosas que se han propagado desde el tumor canceroso primario y han comenzado a crecer en el tejido cercano den-

tro de la cavidad peritoneal), significa que tiene una forma más agresiva de este tipo de cáncer ovárico. Usted podría decidir entre permanecer “en observación” o recibir tratamiento como si tuviera el cáncer del ovario más común. Podría considerar el tratamiento con quimioterapia con tres a seis ciclos de paclitaxel y carboplatino. Esto se describe en la primera parte de este folleto.

Si sus médicos opinan que la cirugía no fue la adecuada y que es probable que haya cáncer remanente, se le realizará una cirugía adicional para extirparlo. Su médico también se asegurará de completar la clasificación por etapas de su cáncer en el momento de la segunda cirugía.

NOTAS

Observación/seguimiento

Si sólo se extirpó el ovario canceroso para que la paciente pudiera tener hijos, después de la edad fértil, considerar la cirugía para la extirpación de los órganos pélvicos remanentes

Visitas cada 2-4 meses por 2 años, luego cada 6 meses por 3 años

Recuentos sanguíneos completos cada 12 meses

Prueba de CA-125 en la sangre en cada visita, si el nivel estaba inicialmente elevado o para la etapa I o II

Análisis bioquímicos de la sangre, si hay algún problema médico nuevo

Considerar la asesoría genética, según los antecedentes familiares de cáncer del ovario o del seno

→ Si el cáncer regresa →

Tenga presente que esta información no debe usarse sin contar con la experiencia de su médico quien conoce su situación, historia médica y preferencias personales.

La participación en un estudio clínico es una opción adecuada para las personas con cáncer del ovario en cualquier etapa. La participación en un estudio no le impide recibir otros cuidados médicos que necesite.

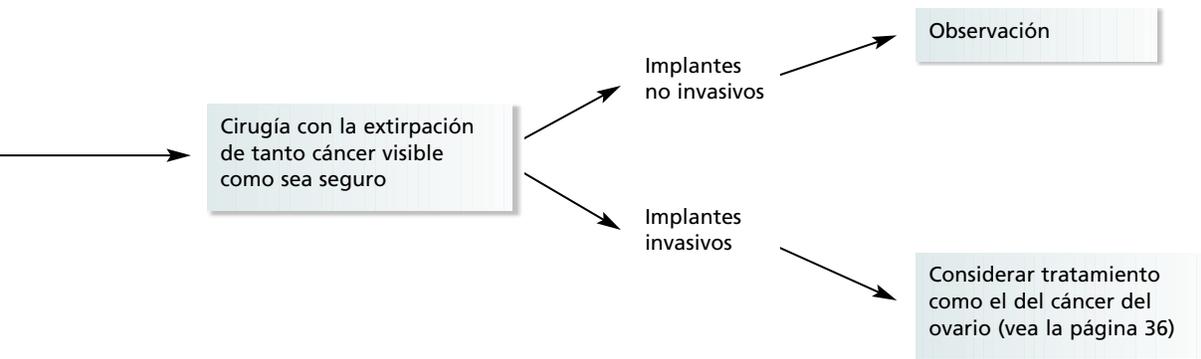
El orden en el que aparecen las opciones de tratamiento no implica una jerarquía.

Cuidado de seguimiento para el cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno (tumores LMP)

Si no le extirparon los otros órganos pélvicos, una vez que haya tenido todos los hijos que quiera, debería considerar la cirugía para extirpar el otro ovario, así como el útero y las trompas de Falopio. Independientemente del

tipo de tratamiento que recibió, una vez que se termine, debe ver al médico cada dos a cuatro meses durante dos años y cada seis meses durante los próximos tres años. En estas visitas, su médico le examinará, realizará los análisis de sangre, los análisis bioquímicos de rutina y la prueba del nivel de CA-125 en la sangre.

Cuidado de seguimiento del cáncer ovárico epitelial de bajo potencial maligno



©Copyright 2002 por la National Comprehensive Cancer Network (NCCN) y la American Cancer Society (ACS). Todos los derechos reservados. La información aquí incluida no se puede reproducir de manera alguna para propósitos comerciales sin la autorización expresa por escrito de la NCCN y de la ACS. Se pueden reproducir copias individuales de cada página para uso personal y no comercial del lector.

Tratamiento si el cáncer regresa

Si el nivel de CA-125 comienza a aumentar o las señales físicas o en las radiografías indican que el cáncer está regresando, estas guías recomiendan que se someta a una cirugía exploradora para extirpar tanto tumor como sea posible. Si el cáncer no está invadiendo el tejido subyacente, sus médicos le recomendarán la extirpación de tanto cáncer como sea posible y la observación sin recibir más

tratamiento. Si el cáncer está invadiendo el tejido subyacente, para extirpar todo el cáncer posible, usted podría considerar después de la cirugía el tratamiento con seis ciclos de quimioterapia con paclitaxel y carboplatino por vía intravenosa, o la radioterapia dirigida al abdomen y la pelvis, o una combinación de quimioterapia intravenosa y quimioterapia administrada en el abdomen.

Glosario

Abdomen

Parte del cuerpo entre el tórax y el hueso de la pelvis. Contiene al estómago, el intestino grueso y delgado, el hígado, la vesícula, el bazo y el páncreas.

Agente de radiocontraste

Material que luce opaco en las radiografías. Algunos se administran de forma intravenosa, mientras que otros, como el sulfato de bario, se administran ya sea por enema o por la boca.

Analgésico

Medicamento para tratar el dolor.

Aorta

Arteria principal del cuerpo, que baja desde el corazón hasta el tórax y la parte posterior del abdomen.

Benigno

No es cáncer; no es maligno.

Biopsia

Extracción de una muestra de tejido para determinar si las células cancerosas están presentes. A menudo en el cáncer del ovario, se obtienen las biopsias extrayendo quirúrgicamente un pedazo de la masa tumoral.

BRCA1/BRCA2

Genes que cuando están dañados (mutados) aumentan el riesgo que tiene una mujer de contraer cáncer del seno o cáncer del ovario.

CA-125

Proteína que se encuentra a un nivel elevado en la sangre de muchas mujeres con cáncer del ovario.

Cápsula

Membrana externa que recubre al ovario, pero este término también puede referirse a la membrana externa de una masa o tumor.

Carcinoma

Tumor maligno que se origina en la membrana o capa que recubre a los órganos (células epiteliales). Al menos 80% de todos los cánceres son carcinomas.

Célula germinal

Células reproductoras del cuerpo, es decir, los óvulos o los espermatozoides.

Células estromales

Células del ovario, además de las células germinales, que componen su interior.

Ciclo de quimioterapia

Secuencia fija de medicamentos quimioterapéuticos que se repite usualmente en un programa regular.

Clasificación por etapas

Proceso para determinar si el cáncer se ha propagado y, en ese caso, hasta dónde. Existe más de un sistema de clasificación por etapas.

Colon sigmoide

Parte inferior del intestino grueso.

Colonoscopia

Tubo delgado, flexible, hueco e iluminado de aproximadamente un dedo de grosor. Se inserta a través del recto hasta el colon. El colonoscopia se conecta a una cámara de vídeo y se muestra la imagen en un monitor para que el médico pueda observar de cerca el interior del colon.

Derrame pleural

Líquido que se acumula en la cavidad torácica.

Diafragma

Músculo grande y plano que separa a los pulmones del abdomen y que es el responsable de la respiración.

Ecografía

Método de estudio por imágenes en el que se usan ondas sonoras de alta frecuencia para delinear una parte del cuerpo. Los ecos de las ondas sonoras se recogen y se muestran en una pantalla de televisión. También se conoce como ultrasonido.

Ecografía transvaginal

Ecografía realizada colocando la sonda en la vagina. Prueba sensitiva para los tumores ováricos.

Enema de bario

Método usado para ayudar a diagnosticar el cáncer colorrectal o para determinar si el cáncer está invadiendo el colon. Se usa sulfato de bario, una sustancia parecida a la tiza, para llenar parcialmente y abrir el colon. Cuando el colon está lleno de bario hasta la mitad, se inserta aire para expandirlo, lo que permite tomar buenas radiografías.

Epiplón

Capa de tejido adiposo que recubre a los contenidos intestinales como una red.

Epitelio

Tejido que recubre a la mayoría de los órganos.

Estrógeno

Hormona femenina producida principalmente por los ovarios y, en pequeñas cantidades, por la corteza suprarrenal.

Estudios por imágenes

Término que aplica a los métodos usados para producir una imagen de las estructuras internas del cuerpo. Algunos métodos de estudios por imágenes que se usan para ayudar a diagnosticar el cáncer son las radiografías, la tomografía computarizada (CT, por sus siglas en inglés), las imágenes por resonancia magnética (MRI, por sus siglas en inglés) y la ecografía.

Ganglios linfáticos

Grupos pequeños en forma de frijol de tejido del sistema inmunológico, como los linfocitos, que se encuentran en los vasos linfáticos. Ayudan a combatir las infecciones y también tienen una función en la lucha contra el cáncer. También se conocen como glándulas o nódulos linfáticos.

Genes

Segmentos de ADN que contienen información sobre las características hereditarias como el color del cabello, el color de los ojos, la altura, así como la susceptibilidad de contraer ciertas enfermedades.

Gineco-oncólogo

Médico que se especializa en los cánceres de los órganos reproductores de las mujeres y que trata con cirugía y quimioterapia.

Grado

El grado de un cáncer refleja la apariencia anormal de las células bajo el microscopio. El sistema de clasificación por grados de las células cancerosas las divide en las de mayor anomalía, las de menor anomalía y las intermedias.

Histerectomía

Operación para extirpar el útero a través de una incisión en el abdomen para tratar el cáncer o a través de la vagina para tratar condiciones no cancerosas.

Imágenes por resonancia magnética (MRI)

Método de obtención de imágenes del interior del cuerpo. En vez de usar radiografías, en el procedimiento de las imágenes por resonancia magnética se usa un imán potente y se transmiten ondas radiales a través del cuerpo. Las imágenes aparecen en la pantalla de una computadora, así como en una película.

Implante invasivo

Células cancerosas que se han propagado desde el cáncer primario y que han comenzado a invadir el tejido dentro de la cavidad peritoneal.

Implante no invasivo

Células cancerosas que se han propagado desde el cáncer primario a una localización dentro de la cavidad peritoneal.

Indiferenciado

Término aplicado a un cáncer que cuando se observa bajo el microscopio no se parece ya al tejido de donde se originó. Generalmente implica un cáncer de crecimiento más rápido.

Intestino grueso

Parte inferior del tracto digestivo compuesto por el colon y el recto. El colon es un conducto muscular de aproximadamente cinco pies de largo (152 cm).

Invasivo

Significa que las células anormales están creciendo en tejidos normales, lo que es una señal de cáncer.

Laparoscopia

Operación realizada a través de aberturas pequeñas en el abdomen. El cirujano usa un dispositivo telescópico pequeño, llamado laparoscopio, para observar la estructura.

Laparotomía

Operación en la que se hace una incisión en el abdomen para realizar una biopsia o extirpar tejido anormal.

Leucemia

Cáncer de la sangre o de los órganos productores de sangre.

Marcadores tumorales

Sustancias (proteínas) producidas por las células cancerosas y algunas veces las células normales. Cuando las células cancerosas los producen, pueden indicar si el cáncer ha recurrido.

Metástasis

Propagación de las células cancerosas a áreas distantes del cuerpo a través del sistema linfático o torrente sanguíneo.

Mutación

Cambio en la composición química de un gen.

Nivel de funcionamiento

Medida del nivel de actividad del paciente. En los Estados Unidos se usan dos escalas: la ECOG, que va de 0 (la mejor) a 4, y la Karnofsky, que va de 100 (la mejor) a 0. El nivel de funcionamiento es un excelente factor para predecir el pronóstico de un paciente.

Obstrucción intestinal

Bloqueo, ya sea parcial o completo, de una parte del intestino.

Oncólogo

Médico con entrenamiento especial en el diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Ooforectomía

Cirugía para extirpar un ovario. La ooforectomía bilateral significa la extirpación de ambos ovarios.

Opioides

Medicamentos relacionados con el opio, como la morfina, que se usan para el tratamiento del dolor.

Osteoporosis

Adelgazamiento y debilitamiento de los huesos.

Paliativo

Tratamiento que alivia los síntomas, como el dolor, pero que no se espera cure la enfermedad. El objetivo principal es mejorar la calidad de vida del paciente.

Paracentesis

Extracción de líquido del abdomen mediante una aguja insertada a través de la pared abdominal.

Patólogo

Médico que diagnostica las enfermedades principalmente observando las muestras de tejido bajo el microscopio.

Pelvis

Parte del cuerpo debajo del abdomen dentro de los confines de los huesos pélvicos.

Perimenopausia

Período de tiempo en el que se detienen los períodos menstruales de una mujer.

Peritoneo

Membrana que recubre al abdomen.

Postmenopausia

Período de tiempo después de que se detienen los períodos menstruales de una mujer.

Progesterona

Hormona femenina liberada por los ovarios durante cada ciclo menstrual para preparar al útero para el embarazo y los senos para la producción de leche (lactancia).

Pruebas de detección

Búsqueda de una enfermedad, como el cáncer, en las personas sin síntomas.

Quimioterapia

Tratamiento con medicamentos para destruir las células cancerosas. La quimioterapia se usa a menudo con la cirugía para tratar el cáncer cuando se ha propagado, cuando ha regresado (recurrido) o cuando hay bastantes probabilidades de que pueda regresar.

Quiste

Masa llena de líquido que usualmente es benigna. El líquido se puede extraer para analizarlo.

Radioterapia

Tratamiento con rayos de alta energía (como los rayos X) para destruir o reducir las células cancerosas. La radiación puede provenir de fuera del cuerpo (radiación externa) o de materiales radiactivos implantados directamente en el tumor (radiación interna o por implante).

Rayos X

Una forma de radiación que puede usarse a bajos niveles para producir una imagen del cuerpo en una película o a altos niveles para destruir las células cancerosas.

Recto

Extremo del intestino grueso que lleva hacia el ano. Se encuentra dentro de la pelvis.

Recurrencia

Cáncer que regresó después del tratamiento. La recurrencia local significa que el cáncer regresó en la misma localización que el cáncer original. La recurrencia regional significa que el cáncer regresó en los ganglios linfáticos cerca de la primera localización. La recurrencia a distancia sucede cuando el cáncer hace metástasis después del tratamiento en los órganos o tejidos más lejanos de la localización primaria que los ganglios linfáticos regionales (como los pulmones, el hígado, la médula ósea o el cerebro).

Salpingectomía

Operación para extirpar una o ambas trompas de Falopio y que generalmente se realiza junto con la histerectomía y la ooforectomía.

Sistema linfático

Los tejidos y órganos (incluyendo los ganglios linfáticos, el bazo, el timo y la médula ósea) que producen y almacenan linfocitos (células que luchan contra las infecciones) y los canales que transportan el líquido linfático. Los cánceres invasivos algunas veces penetran los vasos linfáticos (canales) y se propagan (hacen metástasis) a los ganglios linfáticos.

Tamoxifeno

Medicamento que bloquea los efectos del estrógeno en muchos órganos. Se usa principalmente para tratar el cáncer del seno, pero algunas veces se usa para tratar el cáncer del ovario.

Terapia hormonal reconstitutiva

Uso de estrógeno y algunas veces progesterona en las mujeres que han experimentado la menopausia. Este tipo de terapia hormonal se administra a menudo para aliviar los síntomas de la menopausia y se ha demostrado que protege contra el adelgazamiento de los huesos (osteoporosis) en las mujeres después de la menopausia.

Tomografía computarizada

Estudio por imágenes en el que se toman muchas radiografías de una parte del cuerpo desde diferentes ángulos. Una computadora combina estas fotografías para producir imágenes transversales de los órganos internos. Excepto por la inyección de un tinte (necesario en algunos pero no en todos los casos), este es un procedimiento que no causa dolor y que se puede hacer en una clínica ambulatoria. A menudo se le llama por sus siglas en inglés “CT” o “CAT”.

Toracentesis

Procedimiento para extraer líquido de la cavidad torácica mediante la inserción de una aguja a través de la pared torácica entre las costillas.

Tratamiento alternativo

Uso de un tratamiento no probado en vez de los tratamientos convencionales (probados). Algunos tratamientos alternativos tienen efectos secundarios peligrosos o que incluso ponen en riesgo la vida, mientras que otros conllevan como peligro principal que el paciente pierde la oportunidad de beneficiarse del tratamiento convencional. La Sociedad Americana del Cáncer recomienda que los pacientes que están considerando el uso de tratamientos alternativos y complementarios lo discutan con su equipo de atención médica. Vea también tratamiento complementario.

Tratamiento complementario

Tratamiento usado además del tratamiento convencional. Algunos tratamientos complementarios pueden ayudar a aliviar ciertos síntomas del cáncer, aliviar los efectos secundarios del tratamiento convencional contra el cáncer o mejorar la sensación de bienestar del paciente. Vea también tratamiento alternativo.

Trompa de Falopio

Conducto delgado que transporta los óvulos desde el ovario hasta el útero, en donde pueden ser fertilizados por los espermatozoides.

Uréteres

Conductos largos y delgados que transportan la orina que se forma en los riñones hasta la vejiga.

Útero

La matriz. Órgano femenino en forma de pera que sostiene y alimenta al embrión y al feto en crecimiento. El útero tiene tres áreas: el cuerpo o parte superior, el istmo o el área central estrecha y el cuello uterino que es la porción inferior.

Vejiga

Órgano en donde se almacena la orina antes de ser eliminada.

Guías vigentes de tratamiento para los pacientes publicadas por la Sociedad Americana del Cáncer y la NCCN

Cáncer del seno – Guías de tratamiento para las pacientes

Breast Cancer Treatment Guidelines for Patients

El dolor asociado con el cáncer – Guías de tratamiento para los pacientes

Cancer Pain Treatment Guidelines for Patients

El cansancio asociado con el cáncer – Guías de tratamiento para los pacientes

Cancer-Related Fatigue Treatment Guidelines for Patients

Cáncer del colon y recto – Guías de tratamiento para los pacientes

Colon and Rectal Cancer Treatment Guidelines for Patients

Fiebre y neutropenia – Guías de tratamiento para los pacientes con cáncer

Fever and Neutropenia Treatment Guidelines for Patients with Cancer

Cáncer del pulmón – Guías de tratamiento para los pacientes

Lung Cancer Treatment Guidelines for Patients

Melanoma – Guías de tratamiento para los pacientes

Melanoma Cancer Treatment Guidelines for Patients

Náuseas y vómitos – Guías de tratamiento para los pacientes con cáncer

Nausea and Vomiting Treatment Guidelines for Patients with Cancer

Cáncer de la próstata – Guías de tratamiento para los pacientes

Prostate Cancer Treatment Guidelines for Patients

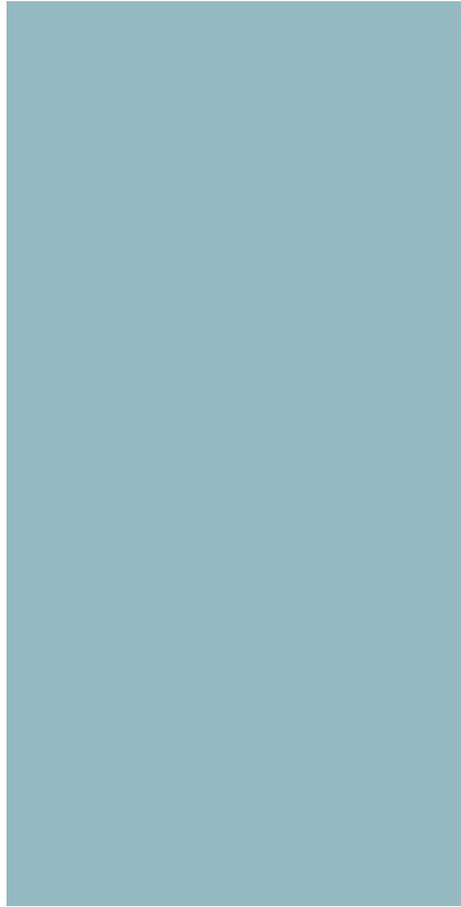
Llame a la Sociedad Americana del Cáncer al 1-800-227-2345 o la NCCN al 1-888-909-NCCN para recibir una guía.

Las *Guías de tratamiento para pacientes del cáncer del ovario* fueron redactadas por un grupo diverso de expertos y tienen como base las guías de práctica clínica de la NCCN. Estas guías para pacientes fueron traducidas al español por el Departamento de Traducción de la Sociedad Americana del Cáncer. Además, las siguientes personas colaboraron en la redacción, revisión y publicación de las guías:

Terri Ades, MS, APRN-BC, AOCN American Cancer Society	Armando Huaranga, MD Earnestine Johnson Patient Representative	Robert Morgan, Jr., MD, FACP City of Hope Cancer Center
Larry Copeland, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University	Herman Kattlove, MD American Cancer Society	Dia Taylor National Comprehensive Cancer Network
David Gershenson, MD University of Texas M.D. Anderson Cancer Center	Len Lichtenfeld, MD American Cancer Society	Rodger Winn, MD National Comprehensive Cancer Network
	Joan McClure, MS National Comprehensive Cancer Network	

Las *Guías de práctica clínica del cáncer del ovario* de la NCCN (*NCCN Practice Guidelines for Ovarian Cancer*) originales fueron redactadas por los siguientes miembros del Panel de la NCCN:

Ronald D. Alvarez, MD University of Alabama at Birmingham Comprehensive Cancer Center	Jeff Fowler, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University	Gershon Y. Locker, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University
Deborah K. Armstrong, MD The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center at Johns Hopkins	David K. Gaffney, MD Huntsman Cancer Institute at the University of Utah	Ursula Matulonis, MD Dana-Farber Cancer Institute
Larry Copeland, MD Arthur G. James Cancer Hospital & Richard J. Solove Research Institute at Ohio State University	David Gershenson, MD University of Texas M.D. Anderson Cancer Center	Kelly Molpus, MD UNMC Eppley Cancer Center at the University of Nebraska Medical Center
James Fiorica, MD H. Lee Moffitt Cancer Center & Research Institute at the University of South Florida	Benjamin E. Greer, MD University of Washington Medical Center	Robert Morgan, Jr., MD, FACP/Chair City of Hope Cancer Center
David A. Fishman, MD Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University	Carolyn Johnston, MD University of Michigan Comprehensive Cancer Center	Robert F. Ozols, MD, PhD Fox Chase Cancer Center
	Shashikant Lele, MD Roswell Park Cancer Institute	Paul Sabbatini, MD Memorial Sloan-Kettering Cancer Center
		Nelson Teng, MD, PhD Stanford Hospital and Clinics



American
Cancer
Society®

Sociedad Americana
del Cáncer™

1.800.227.2345
www.cancer.org

Esperanza.Progreso.Respuestas.



National
Comprehensive
Cancer
Network

1.888.909.NCCN
www.nccn.org