National Comprehensive Cancer Network®

2026

NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de útero

Cáncer de endometrio

Sarcoma uterino



Presentada con el apoyo de

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

Disponible en Internet en
NCCN.org/patientguidelines



NCCN Guidelines for Patients®

La guía esencial para las personas que se enfrentan al cáncer.

Basada en las recomendaciones para la atención de destacados expertos en oncología.

Explica la atención oncológica de alta calidad que se brinda en centros oncológicos de vanguardia.

Revisada y corregida todos los años.

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

Como la atención oncológica está en constante evolución, NCCN elabora y actualiza con frecuencia recomendaciones basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones se conocen como NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®).

En NCCN Guidelines for Patients, se explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos, para que pueda hablar con su equipo de atención médica sobre la mejor atención para usted.

NCCN Guidelines for Patients se basa en NCCN Guidelines® para neoplasias uterinas, versión 2.2026, 14 de noviembre de 2025.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet: NCCN.org/patientguidelines

Buscar un centro oncológico de NCCN cerca de usted: NCCN.org/cancercenters

Conocer cómo se preparan las NCCN Guidelines for Patients: NCCN.org/patient-guidelines-process

Comuníquese con nosotros

@NCCNorg @NCCNVideo NCCN @NCCNorg

Quiénes nos apoyan

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

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

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

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

Apoyo adicional proporcionado por

Ovarian Cancer Research Alliance

La Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA) está comprometida con la cura del cáncer de ovario, la defensa de las pacientes y el apoyo a las supervivientes. Como la organización benéfica contra el cáncer de ovario más grande, la OCRA ha invertido más de 140 millones de dólares en investigaciones. A través de conferencias, seminarios web y programas educativos semanales, la OCRA ofrece la información más actualizada sobre el diagnóstico, el tratamiento y la vida con cánceres ginecológicos. Nuestros programas de apoyo personalizados ofrecen orientación emocional, conexiones entre pares, recursos prácticos y orientación para pacientes y cuidadores, incluso asesoramiento individual, mentoría entre pares y programas de apoyo a disposición. La OCRA crea una comunidad a través de la defensa, la investigación, la colaboración y el apoyo. Obtenga más información en ocrahope.org o llame al +1 212-268-1002.

Para hacer una donación, visite NCCNFoundation.org/Donate

Para obtener más información, visite la página NCCN.org/patientguidelines o envíe un correo electrónico a PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de útero

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el cáncer de útero

15 Capítulo 3
Tipos de tratamiento

29 Capítulo 4
Tratamiento para el cáncer de endometrio

41 Capítulo 5
Tratamiento del sarcoma uterino

50 Capítulo 6
Supervivencia

57 Capítulo 7
Otros recursos

61 Palabras que debe conocer

64 Colaboradores de NCCN

65 Centros oncológicos de NCCN

66 Índice

©2026 National Comprehensive Cancer Network, Inc. **Todos los derechos reservados.**

NCCN Guidelines for Patients, así como las ilustraciones aquí contenidas, no pueden ser reproducidas de ninguna forma ni con ningún propósito sin el consentimiento expreso por escrito de NCCN. Ninguna persona, incluidos los médicos y los pacientes, está autorizada a utilizar NCCN Guidelines for Patients con ningún fin comercial, ni puede afirmar, presuponer o implicar que NCCN Guidelines for Patients que se haya modificado de cualquier manera proviene o surge de NCCN Guidelines for Patients ni que se basa en esta o se relaciona con esta. NCCN Guidelines es un proyecto en curso y puede redefinirse siempre que se descubra información nueva importante. NCCN no ofrece garantía alguna en cuanto a su contenido, uso o aplicación, y se deslinda de cualquier responsabilidad por su aplicación o uso cualquiera sea el modo.

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

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

1

Acerca del cáncer de útero

5 ¿Qué es el cáncer de endometrio?

5 ¿Qué es el sarcoma uterino?

6 ¿Cómo se produce el cáncer de útero?

6 ¿Cómo se trata el cáncer de útero?

7 ¿Quiénes forman parte de mi equipo?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

El cáncer de endometrio es frecuente y, a menudo, puede curarse con tratamiento. El sarcoma uterino es un tipo de cáncer de útero poco frecuente pero tratable. Si bien ambos tipos suelen diagnosticarse después de la menopausia, pueden aparecer antes.

El útero es el lugar donde crecen y se desarrollan los bebés durante el embarazo. Tiene el tamaño y la forma de una pera y es hueco en el centro. El cuello uterino es la parte baja del útero que lo conecta con la vagina.

¿Qué es el cáncer de endometrio?

El cáncer de endometrio es el tipo más frecuente de cáncer de útero. Comienza en el revestimiento interno del útero (el endometrio) y suele detectarse antes de que se haya extendido fuera del útero.

El síntoma más común es el sangrado vaginal anormal. En las mujeres menopáusicas, cualquier sangrado vaginal es anormal y debe investigarse. El tratamiento para el cáncer de endometrio es el tema central del capítulo 4.

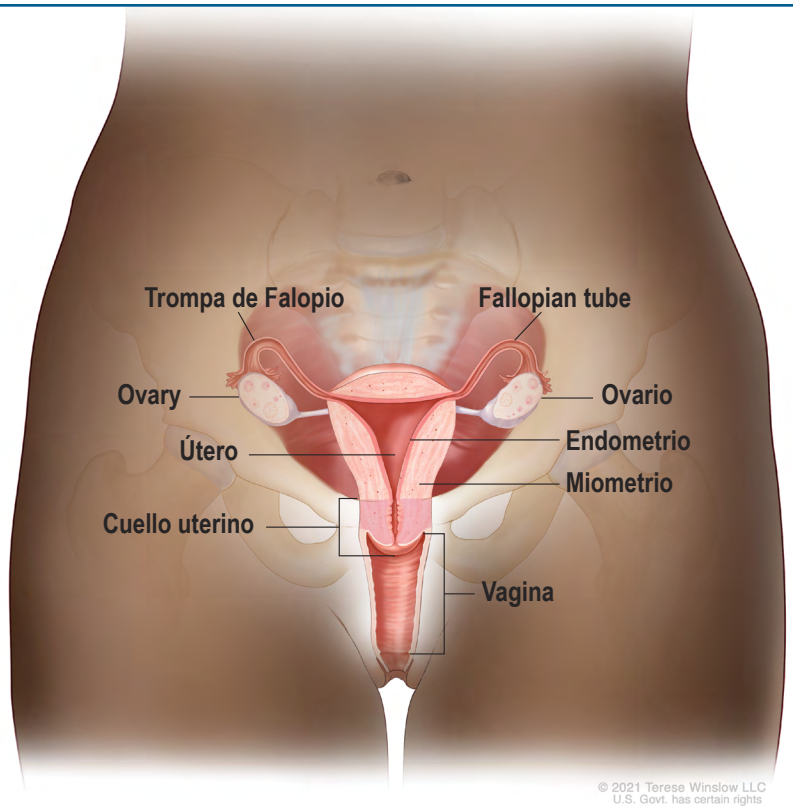
¿Qué es el sarcoma uterino?

El sarcoma uterino es un tipo de cáncer poco común que se origina en las capas más profundas del útero. Suele formarse en la capa muscular de la pared uterina (el miometrio) o en las células del tejido conjuntivo del endometrio.

¿Dónde comienza el cáncer de útero?

El cáncer de endometrio se origina en la capa fina de tejido que recubre el útero (el endometrio).

El sarcoma uterino comienza en capas más profundas, en la capa muscular de la pared uterina (el miometrio).



También conocidos como tumores mesenquimales malignos, los sarcomas uterinos son poco frecuentes y pueden ser difíciles de tratar.
El tratamiento del sarcoma uterino es el tema central del capítulo 5.

¿Cómo se produce el cáncer de útero?

El cáncer de útero comienza cuando las células microscópicas en el útero cambian y comienzan a crecer de forma descontrolada. Las células (ahora anormales) comienzan a replicarse constantemente. Con el tiempo, hay tantas células anormales que se forma un bulto llamado tumor.

Las células cancerosas pueden desprenderse del tumor y extenderse por el cuerpo a través de la sangre o de un líquido que combate las bacterias llamado linfa.

¿Cómo se trata el cáncer de útero?

El estadio del cáncer se utiliza para determinar las opciones de tratamiento. El estadio describe qué tan lejos se ha extendido el cáncer (probablemente) según los estudios de diagnóstico por imágenes y otras pruebas.

Cuando es posible, el tratamiento para el cáncer de útero implica una cirugía para extirpar el útero y el cuello uterino (histerectomía total).
En algunos cánceres de endometrio muy pequeños, el tratamiento con conservación de la fertilidad puede ser una opción si se desea. Si no quiere o no puede someterse a una cirugía, se recomienda el tratamiento con radioterapia (externa, interna o ambas).

Confíe en su equipo

Conozca a su equipo de atención médica. Confíe en sus habilidades, conocimientos y experiencia. Son uno de sus mayores recursos durante el tratamiento del cáncer.



En ciertos estadios y tipos de cáncer de útero, el tratamiento posterior a la cirugía suele incluir quimioterapia y radioterapia (externa e interna). Se recomienda participar en un ensayo clínico, especialmente para quienes padecen tipos poco frecuentes de cáncer de útero.

¿Quiénes forman parte de mi equipo?

Lo ideal es que su equipo de atención médica incluya expertos en diferentes áreas de la atención oncológica. Los siguientes profesionales suelen formar parte del equipo de atención médica para el cáncer de útero:

- Un oncólogo ginecológico (experto en el tratamiento de cáncer ginecológico mediante cirugía y quimioterapia)
- Un médico oncólogo (experto en el tratamiento del cáncer con quimioterapia)
- Un radiooncólogo (experto en el tratamiento del cáncer con radioterapia)

Además de los enfermeros oncológicos, otros miembros del equipo pueden incluir un asesor genético, un farmacéutico, un orientador de pacientes, un trabajador social, un profesional de la salud mental, un especialista en salud sexual y un nutricionista o dietista.

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

¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

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

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

Cómo puede ayudar esta guía

Tomar decisiones sobre la atención oncológica es estresante. Tiene mucho por aprender y no sabe lo que le depara el futuro.

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

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

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lee esta guía, aprenderá sobre qué tratamientos tienen más probabilidades de ofrecer los mejores resultados para su caso. Así, tendrá más preparación para hablar con su equipo de atención médica.

¿No sabe qué preguntar? No se olvide de que cuenta con apoyo. Es por eso que incluimos sugerencias de preguntas al final de cada capítulo. Siga leyendo para encontrar la mejor atención posible.

2

Pruebas para detectar el cáncer de útero

9 Primeros pasos

10 Biopsia

10 Estudios de diagnóstico por imágenes

12 Análisis para el riesgo de cáncer hereditario

13 Pruebas de biomarcadores

13 Análisis de receptores de hormonas

14 Puntos clave

14 Preguntas para hacer

Su equipo de atención médica elaborará un plan de tratamiento específico para usted. En primer lugar, le realizarán pruebas para recabar información sobre el cáncer y su estado de salud general. En este capítulo, se describen las pruebas que puede necesitar.

Primeros pasos

Si se sospecha o se confirma un cáncer de útero, el médico realizará un examen físico completo. Este suele incluir un examen ginecológico para comprobar el tamaño y la movilidad del útero.

Su médico le preguntará sobre su salud actual y pasada y sobre los síntomas que podrían estar relacionados con el cáncer de útero. El síntoma más común es el sangrado vaginal anormal.

En las mujeres menopáusicas, cualquier sangrado vaginal es anormal y debe investigarse. En mujeres premenopáusicas, no siempre es fácil determinar si el sangrado vaginal es anormal. Las mujeres que se encuentran en la premenopausia pueden tener menstruaciones inusualmente largas o abundantes, pero esto no siempre es motivo de preocupación.

Si presenta sangrado o manchado inusual, se recomienda realizar las pruebas descritas en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Guía 1
Pruebas para diagnosticar el cáncer de útero y planificar el tratamiento

Pruebas para el diagnóstico y la planificación del tratamiento	• Biopsia de endometrio (para diagnosticar cáncer de endometrio). • Análisis de sangre: hemograma completo, pruebas de función hepática y renal, perfil bioquímico, CA-125. • Prueba de diagnóstico por imágenes: puede incluir radiografía de tórax, RM pélvica, ecografía pélvica, TC y TEP/TC. • Pruebas del tumor para detectar receptores de hormonas (recomendado para cánceres de endometrio avanzados y recidivantes y para todos los sarcomas uterinos). • Pruebas del tumor para detectar biomarcadores (características) que puedan guiar las decisiones de atención. • Determinación del riesgo de cáncer y síndromes hereditarios y, posiblemente, pruebas genéticas. • Una evaluación de su bienestar mental y nivel de malestar emocional.
Otros tipos de atención que puede recibir si es necesario	• Planificación familiar y opciones para conservar la fertilidad. • Ayuda para dejar de fumar. • Tratamiento de problemas de salud a largo plazo, como obesidad, diabetes o hipertensión.

Biopsia

Biopsia de endometrio

Si tiene sangrado vaginal u otros posibles síntomas de cáncer de endometrio, se suele realizar una biopsia de endometrio. Normalmente, puede hacerse en el consultorio de su ginecólogo.

La biopsia de endometrio consiste en extraer una muestra de tejido del revestimiento uterino (el endometrio). El tejido extirpado es examinado por un especialista llamado anatomopatólogo. El anatomopatólogo determina el tipo y subtipo de cáncer cuando es posible.

Dado que los sarcomas uterinos se forman en las capas más profundas del útero y, generalmente, no causan síntomas, no suelen diagnosticarse mediante biopsia.

Biopsia de cuello uterino

Si su médico cree que el cáncer puede haberse extendido al cuello uterino, es probable que le realice una biopsia de cuello uterino. La biopsia de cuello uterino es similar a la de endometrio, pero las células se toman del cuello uterino en lugar del endometrio.

Estudios de diagnóstico por imágenes

Ecografía pélvica

La ecografía es útil para mostrar el tamaño, la forma y la ubicación del útero. Puede tener uno o ambos de los tipos de ecografías que se describen a continuación.

En una ecografía transabdominal, un médico o un técnico le aplicará gel en el abdomen, le colocará una sonda sobre la piel y la pasará hacia un lado y otro sobre el gel.

En la ecografía transvaginal, se inserta una sonda por la vagina. Esto puede proporcionar una mejor visión del útero y las zonas cercanas. Es posible que sienta alguna molestia cuando le introduzcan la sonda.

Radiografía de tórax

Si se sospecha cáncer de endometrio, es posible que se le realice una radiografía de tórax para buscar signos de la enfermedad en el tórax y sus alrededores. Las radiografías son indoloras y utilizan una cantidad muy pequeña de radiación.

Si se detecta alguna zona sospechosa, el médico podría solicitar una tomografía computarizada (TC) del tórax para obtener una mejor visión.

TC

Una TC es un tipo de radiografía más detallada. Es posible que le hagan una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica para ver si el cáncer se ha extendido a estas zonas.

Durante el examen, se acostará boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo que se asemeja a un túnel. Para que las imágenes sean más claras, es posible que se le inyecte en una vena una sustancia llamada medio de contraste. También es posible que le pidan que beba un medio de contraste líquido. El medio de contraste puede producir rubor o urticaria.

TEP/TC

Si su médico sospecha que el cáncer se ha extendido a áreas como el hígado o los pulmones, la TC puede combinarse con una tomografía por emisión de positrones (TEP).

Aproximadamente una hora antes de la exploración, se le inyectará una pequeña cantidad de una sustancia radioactiva llamada marcador. El marcador hace que las células cancerosas se vean más brillantes que las células normales.

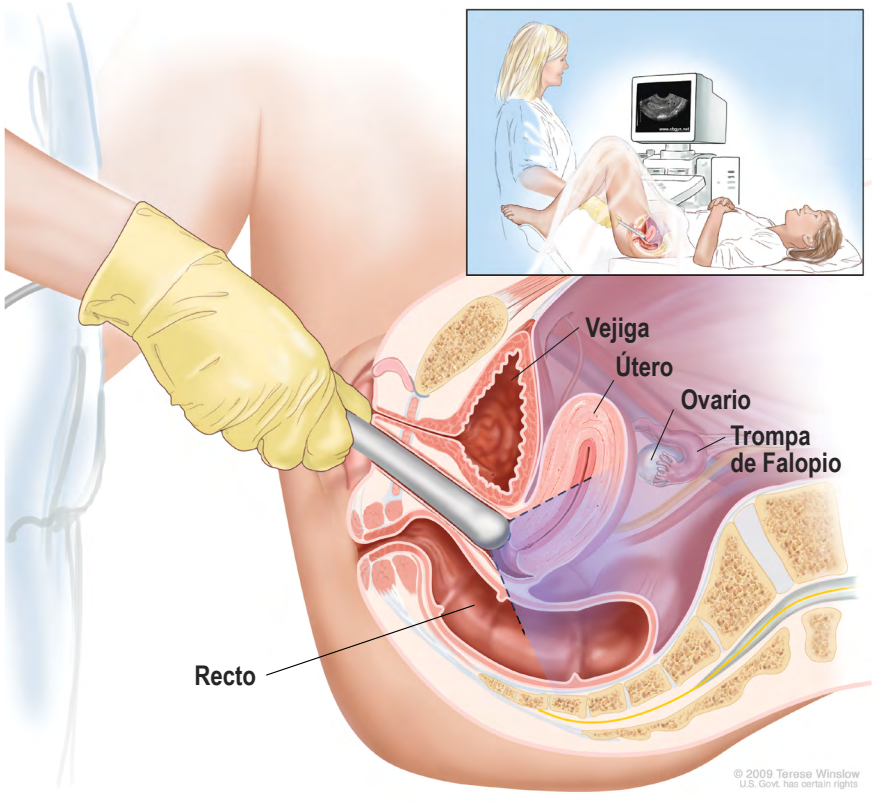
RM pélvica

Es posible que le realicen una resonancia magnética (RM) de la pelvis. Una RM muestra el cáncer con mayor detalle y puede revelar si se ha extendido al cuello uterino u otros órganos cercanos. A diferencia de las radiografías y las TC, la RM no utiliza radiación.

El tomógrafo suele ser un aparato más pequeño, con forma de túnel, que puede hacer mucho ruido. Informe a su profesional de atención médica si siente nervios en espacios reducidos.

Ecografía transvaginal

La ecografía usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo. Para la ecografía transvaginal, se colocará una sonda dentro de la vagina. En general, las ecografías no provocan dolor, pero es posible que sienta alguna molestia cuando le introduzcan la sonda.



Análisis para el riesgo de cáncer hereditario

La mayoría de los cánceres de endometrio ocurren por causas desconocidas. Aunque es poco frecuente, algunas personas nacen con un trastorno que aumenta su riesgo de padecer cáncer de útero y de otros tipos. Las diferencias genéticas con las que se nace se denominan **variantes de estirpe germinal**.

Por ejemplo, el síndrome de Lynch es la causa más común de cáncer hereditario de endometrio y colon. El síndrome de Li-Fraumeni (LFS) es un síndrome de cáncer hereditario que aumenta el riesgo de desarrollar sarcoma uterino.

Si se sospecha un cáncer hereditario o síndrome de cáncer, el médico la derivará a un asesor genético. Este experto puede hablar con usted y su familia sobre las pruebas para detectar síndromes relacionados con el cáncer de útero.

Para estos estudios, se toma una muestra de sangre o saliva. Un anatomopatólogo analiza la muestra para determinar si hay diferencias genéticas hereditarias que causen estos síndromes. Esto se denomina pruebas genéticas.

Si se sospecha un cáncer hereditario o síndrome de cáncer, el médico la derivará a un asesor genético. Este experto puede hablar con usted y su familia sobre las pruebas para detectar síndromes relacionados con el cáncer de útero.



Pruebas de biomarcadores

Los biomarcadores son características de un cáncer que puede tratarse. Muchas son mutaciones (cambios) en los genes que no son hereditarias. Los cambios no heredados en el ADN se denominan **mutaciones somáticas**.

Siempre que sea posible, estos análisis deben realizarse en un trozo del tejido tumoral extirpado durante una biopsia o intervención quirúrgica. Si esto no es posible, se puede analizar una muestra de sangre.

Biomarcadores presentes en algunos cánceres de endometrio

Se deben hacer pruebas en todos los tumores de endometrio para detectar los siguientes biomarcadores:

- Mutaciones de *POLE.*
- Mutaciones de *p53.*
- Deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR): los cánceres sin este biomarcador se describen como competentes de MMR (pMMR).

Algunos centros oncológicos realizan pruebas de inestabilidad microsatelital alta (MSI-H) en vez de dMMR.

Todos los tumores endometriales recidivantes y metastásicos también deben analizarse para detectar lo siguiente:

- Sobreexpresión de HER2

El análisis de muchos biomarcadores a la vez se denomina secuenciación de nueva generación (NGS). La NGS puede encontrar otros biomarcadores poco frecuentes para los que pueden existir tratamientos específicos, entre los que se incluyen fusiones de *NTRK*, fusiones de *RET* y la carga mutacional tumoral (TMB).

Biomarcadores presentes en algunos sarcomas uterinos

Se deben hacer pruebas en todos los sarcomas uterinos para detectar los siguientes biomarcadores:

- Fusiones del gen *NTRK*
- MSI-H
- Mutaciones de *BRCA1/2*
- Fusiones del gen *RET*
- Mutaciones de *ALK*
- TMB

Análisis de receptores de hormonas

Algunas células cancerosas tienen proteínas en su superficie a las que se pueden unir las hormonas. Una vez adheridas, las hormonas pueden ayudar al cáncer a crecer o ralentizar su crecimiento. Saber si las células tumorales tienen receptores de hormonas ayuda a su equipo de atención médica a planificar el mejor tratamiento para usted.

Las pruebas consisten en analizar un pequeño fragmento del tumor en un laboratorio. Si las células tumorales tienen receptores de hormonas, el cáncer se denomina positivo para receptores de estrógeno o progesterona.

Los análisis de receptores de hormonas se recomiendan para la mayoría de los sarcomas uterinos y los cánceres de endometrio recidivantes o avanzados.

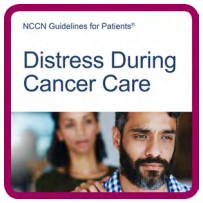
Puntos clave

- Si se sospecha o se confirma un cáncer de útero, el profesional de atención médica realizará un examen físico completo y, a menudo, un examen ginecológico para evaluar el tamaño y la movilidad del útero.
- El cáncer de endometrio suele diagnosticarse con mayor frecuencia mediante una biopsia de endometrio. Normalmente, puede hacerse en el consultorio de su ginecólogo.
- La ecografía transabdominal o transvaginal suele ser el primer método de diagnóstico por imágenes que se utiliza para ver el tamaño, la forma y la ubicación del útero. Otras pruebas de diagnóstico por imágenes pueden incluir radiografía de tórax, TC, TEP o RM pélvica.
- Todos los cánceres de endometrio deben analizarse para detectar ciertos biomarcadores (características). En el caso de los cánceres con deficiencia en la reparación de desajustes (dMMR), se recomienda realizar pruebas genéticas para detectar el síndrome de Lynch.
- Los análisis de receptores de hormonas se recomiendan para la mayoría de los sarcomas uterinos y el cáncer de endometrio recidivante o avanzado (estadio 3 o 4).

Malestar emocional

Es frecuente sentir depresión, ansiedad, miedo y angustia después de recibir un diagnóstico de cáncer. Estos sentimientos pueden dificultar la lucha contra el cáncer y su tratamiento. Si siente preocupación, agobio o desesperanza, pida ayuda a su equipo de atención médica.

Puede encontrar más información sobre el cáncer y el malestar emocional en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Preguntas para hacer

- Me hice una ecografía. ¿Necesito otros estudios de diagnóstico por imágenes para determinar si el cáncer se ha extendido?
- ¿El cáncer presenta algún biomarcador, como dMMR o mutaciones de *p53*?
- Tengo antecedentes de cáncer en mi familia. ¿Esto significa que necesitaré pruebas genéticas?
- ¿Mi cáncer tiene receptores de hormonas? Si es así, ¿eso es bueno?

3
Tipos de tratamiento

16 Cirugía

18 Estadificación quirúrgica

24 Radioterapia

25 Tratamiento sistémico

26 Ensayos clínicos

28 Puntos clave

28 Preguntas para hacer

En este capítulo, se ofrece una descripción general de los diferentes tipos de tratamiento que puede recibir. Para saber cuál de estos tratamientos se recomienda para su cáncer, consulte los capítulos siguientes.

Cirugía

Cuando se puede realizar de forma segura, la cirugía para extirpar el útero (histerectomía) es el tratamiento preferido para la mayoría de los cánceres de útero. Si quiere tener la posibilidad de quedar embarazada, el tratamiento con conservación de la fertilidad puede ser una opción si así lo desea.

Encontrará más información sobre el tratamiento con conservación de la fertilidad en el capítulo 4.

Histerectomía total con SOB

El procedimiento más recomendado para tratar el cáncer de útero es la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (SOB). La histerectomía total extirpa el útero (incluido el cuello uterino). En la SOB, se extirpan ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

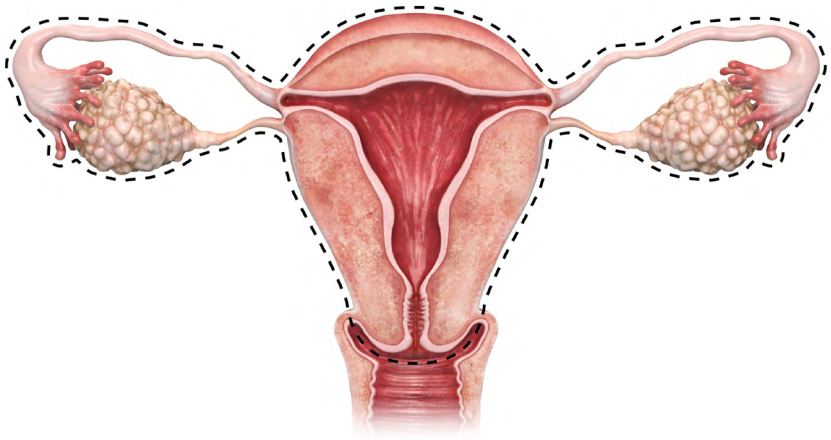
Si se encuentra en la premenopausia y el cáncer solo afecta al útero, puede ser seguro conservar los ovarios y evitar la menopausia quirúrgica. Consulte la página siguiente para obtener más información sobre este importante efecto secundario de la SOB.

Histerectomía radical con SOB

Si el cáncer se ha extendido al cuello uterino, es posible que necesite una histerectomía radical. Además del útero y el cuello uterino, este método también extirpa parte de la vagina.

Histerectomía total con SOB

La histerectomía total con SOB es la cirugía más utilizada para el cáncer de útero. Esta cirugía extirpa el útero (incluso el cuello uterino), ambos ovarios y las trompas de Falopio.



También se realiza una SOB para extirpar los ovarios y las trompas de Falopio. No se recomienda conservar los ovarios si el cáncer se ha extendido al cuello uterino. Comenzará la menopausia quirúrgica, que se describe a continuación.

Menopausia quirúrgica

Antes de la menopausia, los ovarios producen las hormonas estrógeno y progesterona. La extirpación de los ovarios provoca una caída repentina de los niveles hormonales. La pérdida de estrógenos puede producir los siguientes síntomas de la menopausia:

- No más períodos menstruales
- Sofocos
- Problemas para dormir
- Adelgazamiento, sequedad e irritación del revestimiento vaginal

Con el tiempo, la disminución de estrógenos puede aumentar el riesgo de padecer problemas cardíacos y debilitamiento de los huesos. Consulte el *Capítulo 6: Supervivencia* para obtener más información sobre cómo controlar los síntomas de la menopausia quirúrgica.

Cirugía mínimamente invasiva

Según el tipo y la extensión del cáncer, la cirugía mínimamente invasiva puede ser una opción. Este método implica realizar solo unas pequeñas incisiones en el cuerpo.

En comparación con la histerectomía estándar con SOB, un enfoque mínimamente invasivo suele causar menos dolor y menos cicatrices. Además, el tiempo de recuperación suele ser más corto.

Citorreducción tumoral

A veces, el tumor endometrial acaba siendo más grande de lo esperado o se ha extendido a otros lugares. En este caso, la citorreducción tumoral puede ser útil.

En este procedimiento, el cirujano intentará retirar todas las áreas visibles del cáncer. Cuando es seguro realizarla, la citorreducción es beneficiosa. Permite que otros tratamientos tengan mayores probabilidades de eliminar las células tumorales restantes.

Estadificación quirúrgica

Durante una histerectomía con SOB u otra intervención quirúrgica planificada, el cirujano examinará de cerca los tejidos y órganos más próximos al aparato genital femenino en busca de signos de cáncer y tomará muestras de cualquier zona sospechosa para analizarlas.

El cirujano puede poner líquido en el espacio abierto del abdomen y, luego, extraerlo para ver si tiene células cancerosas. Esto se denomina lavado peritoneal. También es probable que se extirpen los ganglios linfáticos y se examinen para detectar cáncer. Esto puede hacerse mediante un procedimiento denominado biopsia del ganglio linfático centinela.

La información obtenida de primera mano durante la intervención se utiliza, junto con las pruebas realizadas antes de la intervención quirúrgica, para determinar el estadio (la extensión) del cáncer. Este procedimiento se llama estadificación quirúrgica.

Los principales sistemas para estadificar el cáncer de útero tienen en cuenta las siguientes características del cáncer para asignarle un estadio:

- El tamaño o la extensión/profundidad del tumor.
- Si algún ganglio linfático tiene cáncer.
- Si el cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo (hizo metástasis).

Tenga en cuenta que los sistemas de estadificación se actualizan cada pocos años a medida que se dispone de nueva información. Se está desarrollando un sistema de estadificación revisado que tiene en cuenta biomarcadores específicos (características) del cáncer de útero.



¿Necesito una segunda opinión?

El cáncer de útero es un diagnóstico serio. Considere la posibilidad de tener una entrevista presencial con otro médico para ver si está de acuerdo con su diagnóstico y plan de tratamiento.

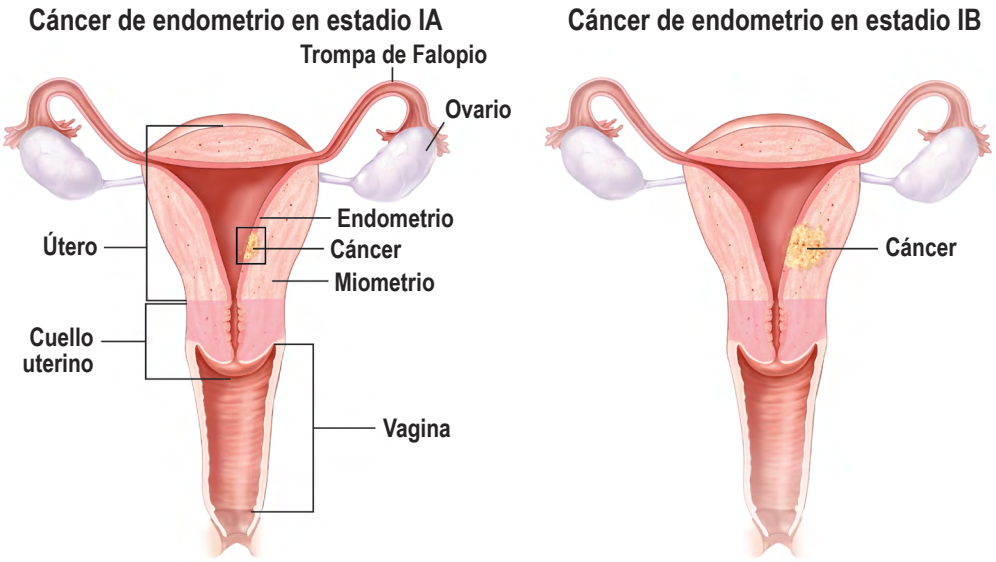
Estadios del cáncer de endometrio

Hay 4 estadios principales del cáncer de endometrio. Algunos estadios se dividen en otros subestadios que tienen letras y también pueden tener un número. Algunos ejemplos son el estadio IIIB (3B) y el estadio IIIC2 (3C2). Los estadios se muestran en las ilustraciones de las páginas siguientes.

Cáncer de endometrio en estadio 1

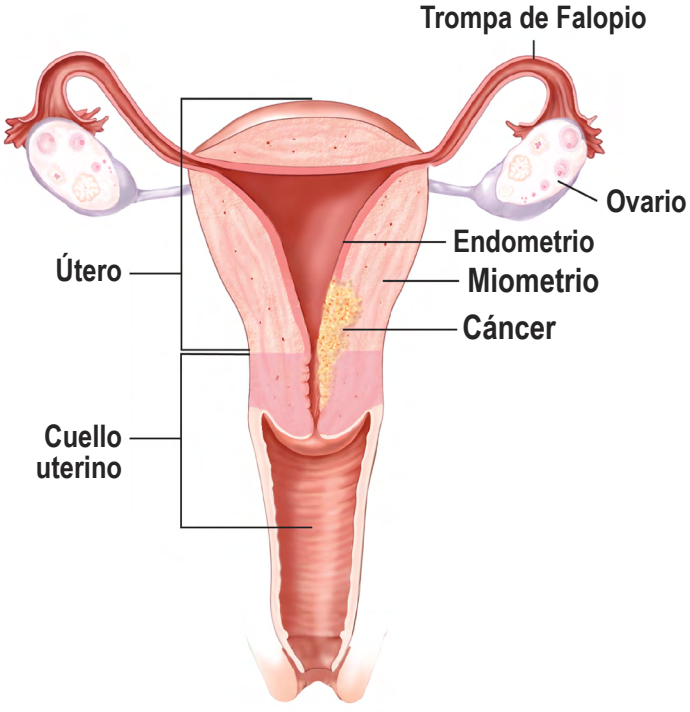
En el estadio 1A, el tumor solo se encuentra en el revestimiento del útero o ha crecido menos de la mitad de la capa muscular.

En el estadio 1B, el tumor se ha extendido a más de la mitad de la capa muscular.



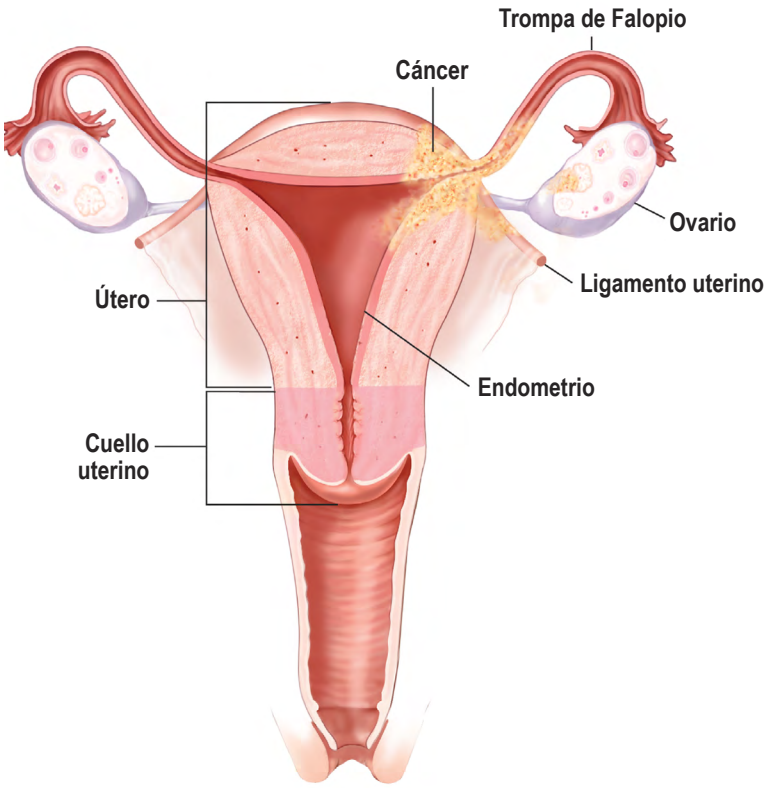
Cáncer de endometrio en estadio 2

El tumor se ha extendido en el cuello uterino.



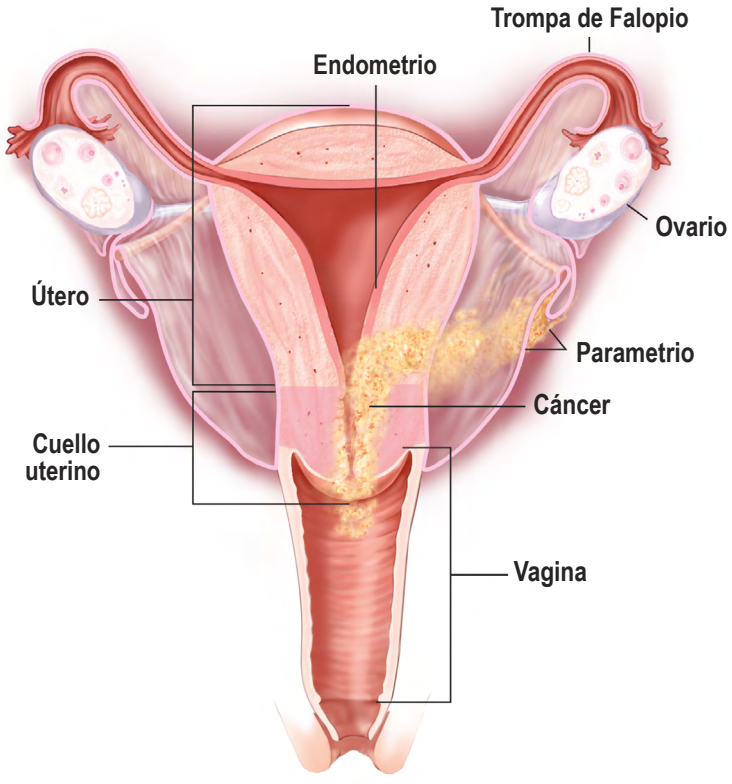
Cáncer de endometrio en estadio 3A

El tumor se ha extendido en la capa externa del útero, los ovarios o las trompas de Falopio.



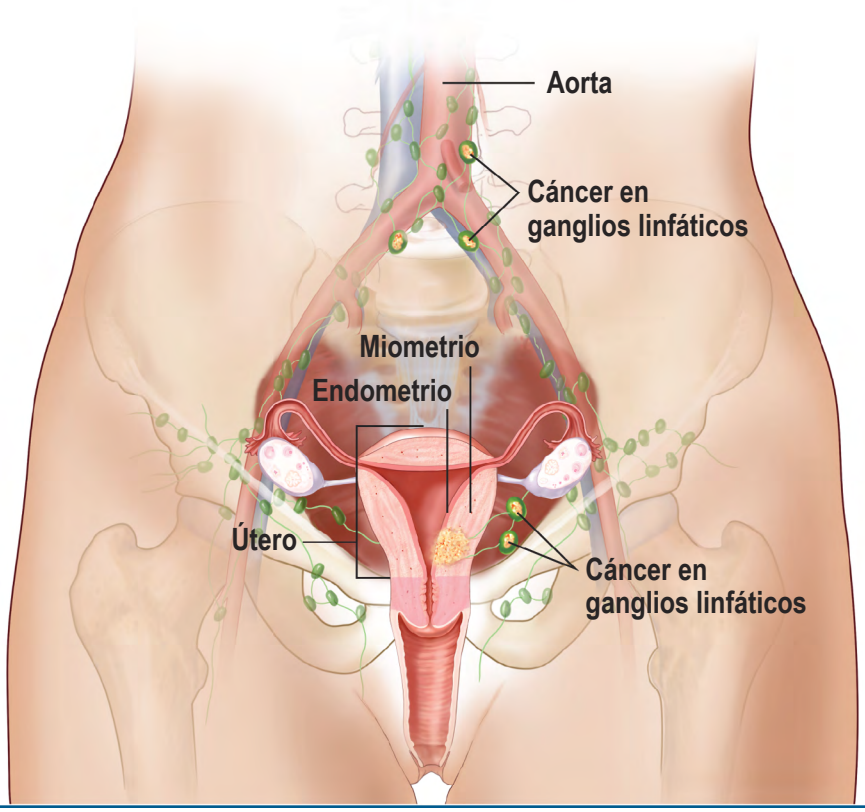
Cáncer de endometrio en estadio 3B

Hay cáncer en la vagina o en el tejido adiposo o conjuntivo que rodean el útero.



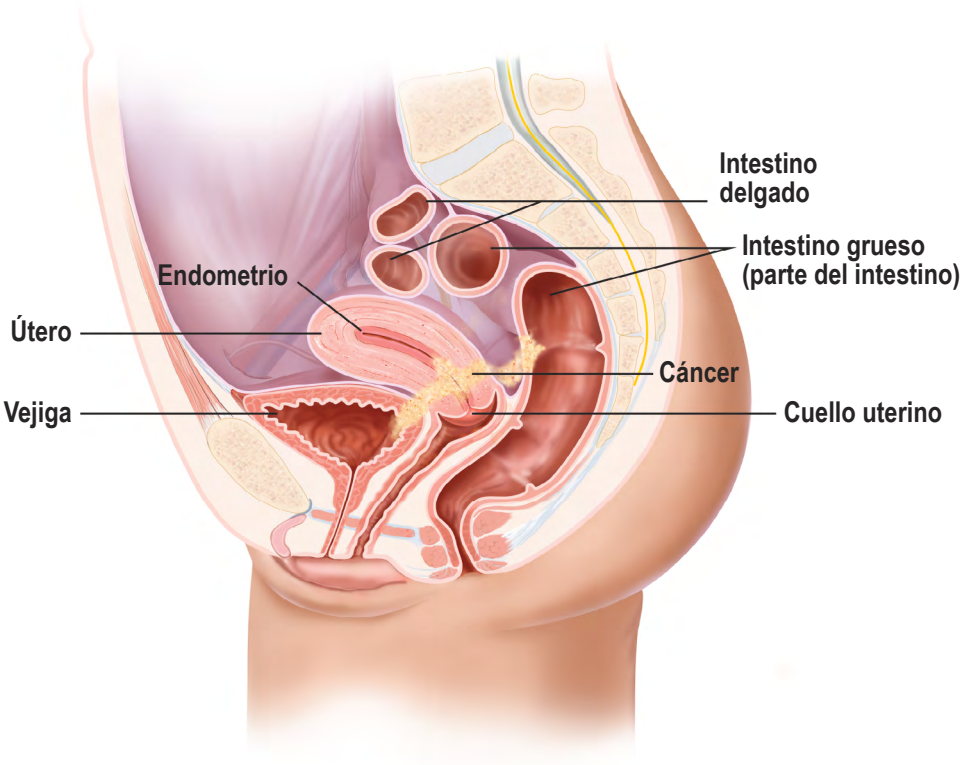
Cáncer de endometrio en estadio 3C

Hay cáncer en los ganglios linfáticos más cercanos al útero, llamados ganglios linfáticos pélvicos (estadio IIIC1) o en los ganglios linfáticos cercanos a la parte inferior de la columna vertebral, llamados ganglios linfáticos paraaórticos (estadio IIIC2).



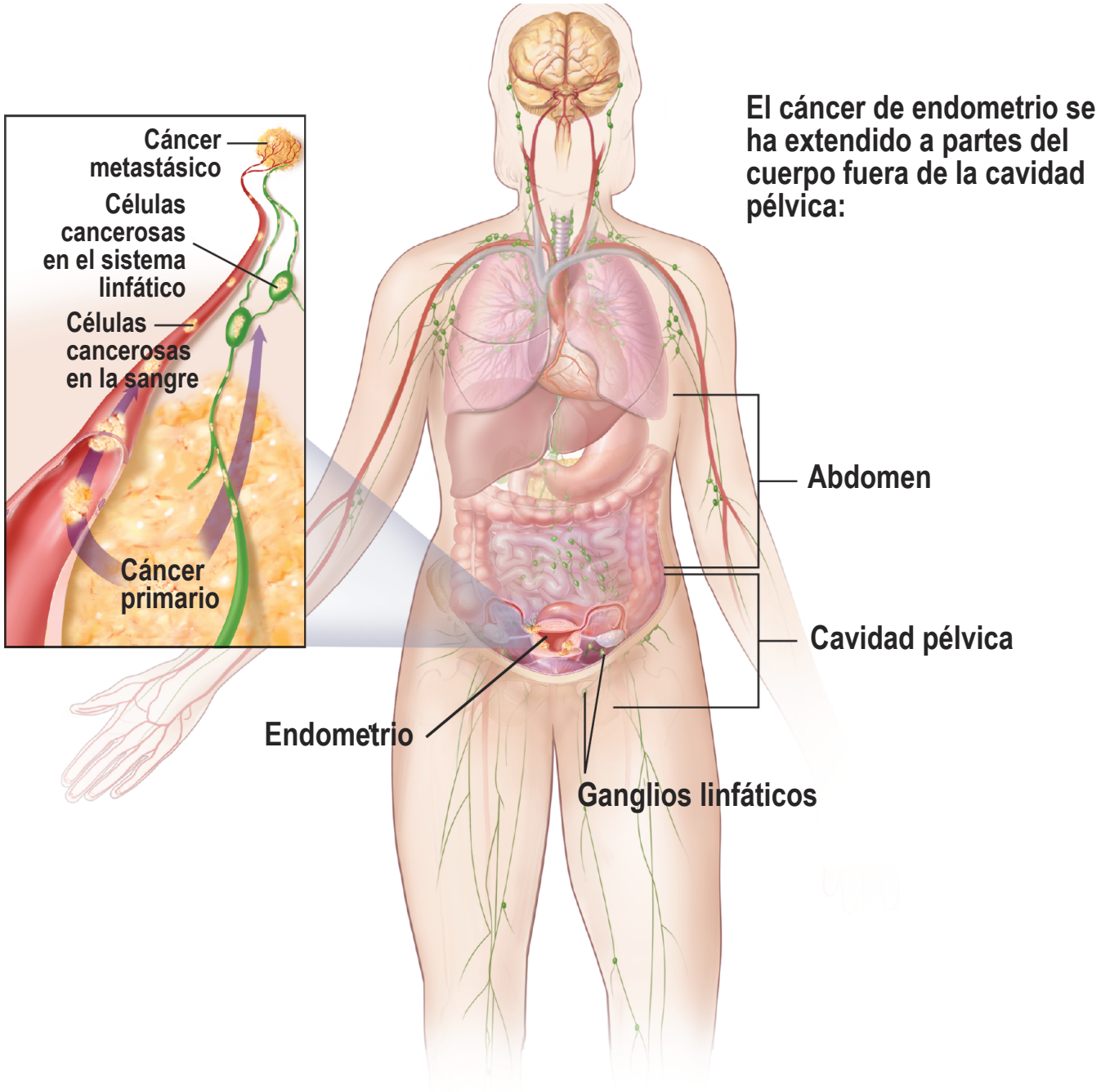
Cáncer de endometrio en estadio 4A

El cáncer se ha extendido al revestimiento de la vejiga o los intestinos.



Cáncer de endometrio en estadio 4B

El cáncer se ha extendido a zonas alejadas del útero, como el abdomen, los huesos o los pulmones. El abdomen incluye el páncreas, el estómago, los intestinos, el hígado y la vesícula biliar.



Estadios del sarcoma uterino

Hay 4 estadios principales del sarcoma uterino. Todos los estadios se dividen en subestadios que tienen letras. Consulte la **Guía 2**.

Guía 2 **Estadios del leiomiosarcoma, el sarcoma del estroma endometrial y el adenosarcoma**	
Estadio 1: el tumor es pequeño y solo se encuentra en el útero.	
1A	**LMS y SEE:** el tumor mide 5 centímetros (unas 2 pulgadas) o menos. **Adenosarcoma:** el tumor solo se encuentra en el endometrio.
1B	**LMS y SEE:** el tumor mide más de 5 centímetros. **Adenosarcoma:** el tumor se ha extendido a menos de la mitad del miometrio.
1C	**Adenosarcoma:** el tumor se ha extendido a más de la mitad del miometrio.
Estadio 2: el tumor se ha extendido más allá del útero, pero aún se encuentra en la cavidad pélvica.	
2A	El tumor se ha extendido hacia los ovarios o las trompas de Falopio.
2B	El tumor también se ha extendido a otros tejidos de la cavidad pélvica.
Estadio 3: hay cáncer en el abdomen y, posiblemente, en los ganglios linfáticos contiguos.	
3A	El tumor se ha extendido a una zona del abdomen.
3B	El tumor se ha extendido a dos zonas del abdomen.
3C	Hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
Estadio 4: hay cáncer en la vejiga o el recto y, posiblemente, en zonas alejadas del útero.	
4A	El tumor se ha extendido hacia la vejiga o el recto.
4B	El cáncer se ha extendido a zonas alejadas del útero, como los pulmones.

Radioterapia

Existen varios tipos de radioterapia que pueden recomendarse, además de la intervención quirúrgica, para el tratamiento del cáncer de endometrio.

Los 2 tipos más frecuentes son la radioterapia de haz externo (RTHE) y la braquiterapia.

Radioterapia de haz externo

En la RTHE, una máquina de gran tamaño dirige la radiación (ondas de alta energía) hacia el cáncer. La radiación atraviesa el cuerpo para llegar al tumor.

Para el tratamiento del cáncer de útero, la RTHE suele administrarse 5 días a la semana durante 5 a 6 semanas. Una sesión dura unos 20 minutos, y el haz de radiación está encendido unos 2 minutos. Antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una sesión de planificación, denominada simulación. Pregunte a su equipo de atención médica qué puede esperar.

Los tipos de RTHE que reciba dependerán de la zona del cuerpo que se tratará.

La **radioterapia de intensidad modulada** administra una dosis alta de radiación al tumor uterino y limita la cantidad que llega al tejido normal que lo rodea y a los órganos cercanos. Esto ayuda a reducir los efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

La **radioterapia corporal estereotáctica** puede utilizarse para tratar el cáncer de endometrio metastásico que se ha extendido al hígado, los pulmones o los ganglios linfáticos. Este método suele requerir 5 o menos sesiones de tratamiento.

La **radiocirugía estereotáctica** es un tipo de radioterapia no quirúrgica y muy precisa que se utiliza para tratar tumores pequeños en el cerebro o la columna vertebral.

Durante las 5 a 6 semanas de RTHE, es normal que la piel de la zona tratada se enrojezca e irrite.
Otros efectos secundarios temporales incluyen fatiga, diarrea, cambios en la micción y náuseas.

Consulte el *Capítulo 6: Supervivencia* para obtener información sobre los efectos secundarios a largo plazo y potencialmente graves de la radioterapia.



Braquiterapia

Otro tipo de radioterapia utilizada para el cáncer de útero se denomina braquiterapia. Este método también se conoce como radioterapia interna, ya que el material radiactivo se coloca temporalmente dentro del cuerpo, ya sea en el propio tumor o cerca de él.

Se colocan tubos huecos en la vagina o el útero y un pequeño gránulo de radiación viaja hasta la región del tumor. Esto puede hacerse varias veces para administrar una dosis segura.

Tratamiento sistémico

El tratamiento sistémico es el tratamiento con sustancias que circulan por el torrente sanguíneo, que alcanzan y afectan a todas las células del organismo. Las alternativas de tratamiento sistémico incluyen quimioterapia, tratamiento dirigido, inmunoterapia y tratamiento hormonal.

Quimioterapia

La quimioterapia es el tratamiento sistémico más utilizado para el cáncer de útero. La mayoría de los fármacos de quimioterapia son líquidos que se administran mediante infusión. Esto significa que se inyectan lentamente en el torrente sanguíneo a través de una vena.

La quimioterapia suele administrarse en ciclos de días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del próximo ciclo.

Tratamiento dirigido e inmunoterapia

El tratamiento dirigido es el más efectivo contra el cáncer con características específicas o únicas, denominadas biomarcadores.

Existen muchos tipos de tratamientos dirigidos, algunos de estos también se consideran inmunoterapias. La inmunoterapia utiliza el sistema inmunitario para encontrar y eliminar las células cancerosas.

Tratamiento hormonal

El tratamiento hormonal es un tipo de tratamiento sistémico que modifica los niveles de ciertas hormonas (estrógeno y progesterona) en el organismo. Estas hormonas pueden afectar el crecimiento de células cancerosas en el útero. Los ovarios que no se extirparon ni dañaron suelen producir estas hormonas hasta la menopausia.

El tratamiento hormonal puede ser útil para tratar cánceres que se desarrollan en respuesta a las hormonas. Es diferente del tratamiento hormonal que a veces se usa para controlar los síntomas de la menopausia, lo que se denomina tratamiento hormonal para la menopausia (THM).

Niveles de preferencia

Todos los tratamientos que se mencionan en esta guía están recomendados y son adecuados. Cuando resulta útil, los expertos de NCCN también asignan un nivel de preferencia a sus recomendaciones de tratamientos sistémicos:

- Los **tratamientos preferidos** son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- Los **otros tratamientos recomendados** pueden proporcionar resultados eficaces, pero puede haber menos pruebas, más efectos secundarios o es posible que no funcionen tan bien como los preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos específicos** que funcionan mejor para individuos con determinadas características del cáncer o circunstancias de salud.

Ensayos clínicos

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

Si en un ensayo clínico se determina que un fármaco, un dispositivo o un método de tratamiento es seguro y eficaz, es posible que lo apruebe la FDA de Estados Unidos.

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

Fases

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

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

¿Quién puede inscribirse?

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

Consentimiento informado

Un equipo de investigación administra los ensayos clínicos. Este grupo de expertos revisará el estudio con usted en detalle, incluidos el propósito, y los riesgos y beneficios de participar. Toda esta información también se proporciona en un

Dónde buscar ensayos clínicos

En los Estados Unidos

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

The National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

En el mundo

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

¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

Servicio de Información de Cáncer
(Cancer Information Service, CIS) del NCI
+1 800.4.CANCER (+1 800.422.6237)
cancer.gov/contact

formulario de consentimiento informado. Lea el formulario detenidamente y haga preguntas antes de firmarlo. Tómese el tiempo que necesite para conversar con personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

¿Recibiré un placebo?

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

¿Los ensayos clínicos son gratuitos?

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



¡Cuéntenos qué opina!

Tómese un momento para completar una encuesta en línea sobre NCCN Guidelines for Patients.
NCCN.org/patients/response

Puntos clave

- La histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (SOB) es la intervención quirúrgica más utilizada para el cáncer de útero.
- Los resultados de la cirugía y las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Esto se llama estadificación quirúrgica.
- El estadio describe cuánto cáncer hay en el cuerpo y a dónde se ha extendido.
- El cáncer de endometrio y el sarcoma uterino se estadifican de forma diferente. Cada tipo tiene 4 estadios principales.
- La radioterapia utiliza rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas o evitar que se formen células nuevas.
- La radioterapia de haz externo (RTHE) y la braquiterapia vaginal se utilizan habitualmente para tratar el cáncer de útero.
- La quimioterapia, el tratamiento dirigido, la inmunoterapia y el tratamiento hormonal son tipos de tratamiento sistémico.

Preguntas para hacer

- ¿Cuáles son los efectos secundarios del tratamiento sistémico que voy a recibir?
- Si el cáncer se extiende, ¿el estadio cambia?

4

Tratamiento para el cáncer de endometrio

30 Tratamiento con conservación de la fertilidad

31 Tratamiento para el tipo más común (endometrioide)

34 Tratamiento de los tipos de cáncer de endometrio de alto riesgo

36 Fin del tratamiento

37 Tratamiento en caso de recidiva

40 Puntos clave

40 Preguntas para hacer

En este capítulo, se describen los tratamientos recomendados para el cáncer de endometrio. Primero, se abordan los tumores endometrioides y, luego, el tratamiento para tumores de alto riesgo.

El tratamiento para el tipo más común de cáncer de endometrio (endometrioide) se basa en si el cáncer se ha extendido más allá del útero y, en caso afirmativo, hasta qué punto.

Tratamiento con conservación de la fertilidad

Cuando sea posible, el tratamiento para el cáncer de endometrio consiste en la extirpación del útero.
Si desea tener la opción de quedar embarazada en el futuro, podría ser candidata a un tratamiento con conservación de la fertilidad. Consulte la siguiente página para obtener más información.



Tratamiento con conservación de la fertilidad

Si tiene un tumor endometrioide pequeño y desea tener la opción de quedar embarazada, consulte con su oncólogo si puede recibir un tratamiento con conservación de la fertilidad. Este enfoque consiste en retrasar la histerectomía y tratar primero el cáncer con tratamiento hormonal.

Se recomienda el tratamiento hormonal basado en progestágenos para conservar la fertilidad. Se prefiere un dispositivo intrauterino (DIU) de levonorgestrel, como Mirena. Las píldoras de progestágenos también son una opción recomendada, solas o combinadas con un DIU de levonorgestrel.

Para saber si el tratamiento hormonal está funcionando, se obtendrá y analizará una muestra de las células endometriales cada 3 a 6 meses. Si no se detecta cáncer, puede interrumpir el tratamiento hormonal y empezar a intentar quedar embarazada. Se continuarán realizando pruebas de endometrio.

Por otro lado, si el cáncer persiste después de 6 meses de tratamiento con progestágenos, su médico podría considerar agregar un segundo tipo de progestágenos (si solo está tomando uno). Si el cáncer persiste a los 12 meses, se recomienda la histerectomía total con SOB. Consulte con su médico sobre la posibilidad de conservar los ovarios para prevenir la menopausia precoz.

Mantener un peso y un estilo de vida saludables durante el tratamiento con conservación de la fertilidad puede mejorar los resultados del tratamiento. El profesional de atención médica le preguntará sobre los tipos de alimentos que consume, su nivel de actividad física y otros hábitos que puedan afectar el tratamiento.

Tratamiento para el tipo más común (endometrioide)

Cuando se puede realizar de forma segura, la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (SOB) es el tratamiento preferido para la mayoría de los cánceres endometrioides. Si no puede someterse a una cirugía (o prefiere no hacerlo), consulte la página siguiente para conocer las opciones de tratamiento.

Si se encuentra en la premenopausia y el cáncer solo afecta al útero, puede ser seguro conservar los ovarios y evitar la menopausia (precoz) quirúrgica. Pregúntele a su oncólogo si es una opción para usted.

Cuando sea posible, se prefiere la cirugía mínimamente invasiva para el cáncer endometrioide que no se ha extendido (ni siquiera al cuello uterino). Pregúntele al cirujano si reúne las condiciones en este caso.

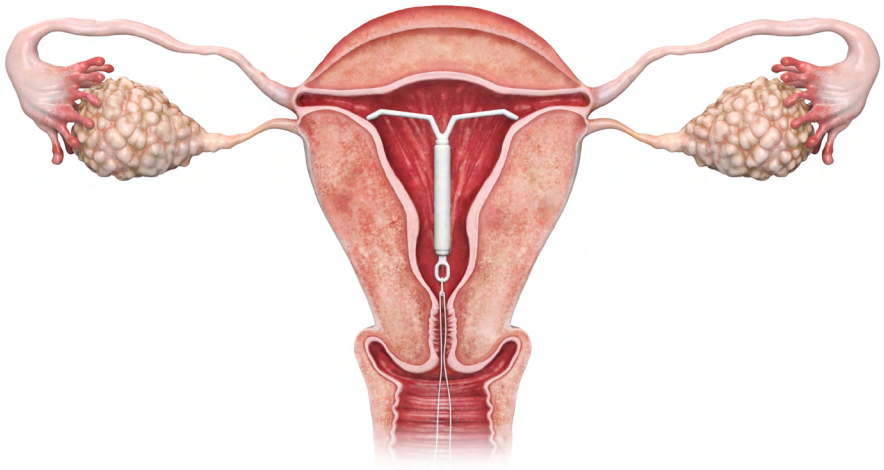
Para el cáncer endometrioide que se ha extendido al **cuello uterino**, es posible que se necesite una histerectomía radical (en vez de una total). Este método extirpa parte de la vagina (además del útero y del cuello uterino). Algunas veces, la RTHE y la braquiterapia se usan primero para reducir el tamaño del cáncer antes de la intervención quirúrgica.

Si el cáncer se ha **extendido más allá del útero** (pero no fuera de la cavidad pélvica o el abdomen), es posible que reciba quimioterapia antes de la cirugía para intentar reducir el tamaño del tumor.

Los resultados de la cirugía y las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Se necesita más tratamiento para los cánceres en estadio 2, 3 y 4. Consulte la **Guía 3** en la página siguiente.

Dispositivo intrauterino (DIU)

Un DIU que libera levonorgestrel es la opción preferida como tratamiento con conservación de la fertilidad. Las píldoras de progestágenos también son una opción recomendada.



Si necesita o desea evitar la cirugía

Si no puede someterse a una cirugía o decide no hacerlo, se recomienda uno o más de los siguientes tratamientos según el estadio del cáncer:

- Radioterapia de haz externo (RTHE)
- Braquiterapia
- Quimioterapia

Otra opción no quirúrgica para los tumores endometrioides pequeños es el tratamiento hormonal basado en progestágenos. Se prefiere un DIU de levonorgestrel, como Mirena. Las píldoras de progestágenos también son una opción recomendada, ya sea solas o combinadas con un DIU de levonorgestrel.

Guía 3
Tratamiento después de la cirugía para el cáncer endometrioide

Estadio 1	• Su oncólogo tendrá en cuenta el grado y otras características del cáncer para determinar si un tratamiento adicional puede reducir el riesgo de recidiva. • Puede recomendar braquiterapia vaginal, RTHE o ambas después de la cirugía.

Estadio 2	• Se **prefiere** la RTHE después de la cirugía para todos los cánceres de endometrio en estadio 2.
	• Braquiterapia vaginal (se puede administrar sola o con RTHE).
	• Tratamientos que pueden administrarse además de la RTHE o braquiterapia:
	  • Quimioterapia
	  • Tratamiento hormonal (solo para los tumores pequeños o de crecimiento lento)

Estadios 3 y 4	• El principal tratamiento después de la intervención quirúrgica para el cáncer endometrioide en estadios 3 y 4 es el tratamiento sistémico. Puede utilizarse quimioterapia o tratamiento hormonal. • El tratamiento hormonal solo suele considerarse para los tumores endometrioides pequeños o de crecimiento lento. • Además del tratamiento sistémico, también puede recibir RTHE, braquiterapia vaginal o ambas.

Cáncer metastásico

El cáncer de útero que se ha extendido al hígado o los pulmones se denomina metastásico. Se recomienda el tratamiento sistémico (medicamentos contra el cáncer). En el caso de los cánceres en estadio 3 y 4, se prefiere la quimioterapia combinada con inmunoterapia o tratamiento dirigido. Consulte la **Guía 4**.

Su médico especialista en cáncer puede recomendarle una histerectomía paliativa con SOB. El objetivo de la cirugía paliativa es aliviar los síntomas causados por el cáncer y limitar su extensión. Si se prevé realizar la intervención quirúrgica, puede utilizarse la radioterapia corporal estereotáctica (RTCE) para destruir los tumores metastásicos pequeños.

Si el enfoque que usted y su equipo acuerdan funciona bien, la intervención quirúrgica podría ser una opción viable.

Si se prevé el tratamiento con inmunoterapia, consulte las *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia, inhibidores del punto de control inmunitario* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Guía 4
Tratamientos sistémicos para el cáncer de endometrio

Tratamientos preferidos	**Preferido para todos los estadios:** • Carboplatino, paclitaxel **Preferido para los tumores en estadio 3 y 4:** • Carboplatino, paclitaxel más dostarlimab-gxly (Jemperli) • Carboplatino, paclitaxel más pembrolizumab (Keytruda) - Excepto para el carcinosarcoma • Carboplatino, paclitaxel más durvalumab (Imfinzi) - Solo para los tumores con dMMR • Carboplatino, paclitaxel más trastuzumab (Herceptin) - Para el carcinosarcoma o carcinoma seroso uterino con HER2 positivo • Carboplatino, paclitaxel más bevacizumab (Avastin)
Otros tratamientos recomendados	**Para los tumores en estadio 3 y 4 con pMMR:** • Carboplatino, paclitaxel, durvalumab (Imfinzi) más durvalumab, olaparib (Lynparza)

Tratamiento de los tipos de cáncer de endometrio de alto riesgo

Estos son los cánceres de endometrio de alto riesgo:

- Carcinoma seroso
- Carcinoma de células claras
- Carcinosarcoma
- Carcinoma indiferenciado/desdiferenciado

Los carcinosarcomas también se conocen como tumores mesodérmicos mixtos malignos o tumores müllerianos mixtos malignos (TMMM). Si bien tienen características tanto de carcinoma endometrial como de sarcoma uterino, suelen tratarse más como carcinomas que como sarcomas.

Al igual que los tumores endometrioides, el primer signo de los tumores endometriales de alto riesgo es el sangrado vaginal. Sin embargo, estos tipos de cáncer de endometrio también pueden causar los siguientes signos y síntomas:

- Bultos en la zona de la cavidad pélvica
- Resultados anormales en la prueba de Papanicolaou
- Acumulación de líquido o hinchazón en el abdomen (también conocida como ascitis)

Pruebas

Los estudios pueden ayudar a determinar si el cáncer se ha extendido más allá del útero. Si no se ha sometido a estudios de diagnóstico por imágenes, seguramente se los harán antes del tratamiento. Su médico también puede solicitarle un análisis de sangre del antígeno del cáncer 125 (CA-125). Un nivel elevado de CA-125 puede significar que el cáncer se ha extendido más allá del útero. Si es así, también se puede controlar el nivel durante el tratamiento.

Para los carcinomas serosos o carcinosarcomas avanzados o metastásicos, también se recomienda la prueba para detectar HER2.

Tratamiento

El tratamiento más eficaz para los cánceres de endometrio de alto riesgo es la intervención quirúrgica. Se recomienda una histerectomía total con SOB. Cuando sea posible, se prefiere la cirugía mínimamente invasiva. Pregúntele a su médico si la cirugía es una opción para usted.

No se recomienda el tratamiento con conservación de la fertilidad para el cáncer de endometrio de alto riesgo. Si no reúne las condiciones para realizarse la intervención quirúrgica, consulte la página 36.

Se realizará una estadificación quirúrgica para conocer la extensión del cáncer y asignarle un estadio. Después de la intervención quirúrgica, siempre se necesita más tratamiento en los casos de cáncer de endometrio de alto riesgo. A continuación, se describe el tratamiento recomendado después de la intervención quirúrgica, en función del tipo de tumor.

Si se planifica la quimioterapia, la pauta terapéutica preferida es carboplatino y paclitaxel. En el caso de ciertos tumores, el tratamiento dirigido denominado trastuzumab puede administrarse junto con la quimioterapia.

Después de la cirugía: carcinoma seroso y de células claras

Para conocer el tratamiento recomendado después de la intervención quirúrgica según el estadio del cáncer, consulte la **Guía 5**.

En el caso de enfermedad no invasiva en estadio 1A, los resultados del lavado peritoneal (lavados) pueden ayudar a orientar las decisiones sobre la atención médica. En esta técnica, el cirujano introduce líquido en el espacio abierto del abdomen, lo extrae y, luego, lo analiza para detectar células cancerosas.

Después de la cirugía: carcinosarcoma

Para el carcinosarcoma en estadio 1, se recomienda tanto la quimioterapia como la braquiterapia vaginal después de la intervención quirúrgica.

Para los estadios 2, 3 y 4, se recomienda la quimioterapia después de la intervención quirúrgica. Puede agregarse el tratamiento con RTHE, braquiterapia vaginal o ambos.

Independientemente del estadio, la quimioterapia puede iniciarse entre 3 y 6 semanas después de la intervención quirúrgica. La braquiterapia puede añadirse a la quimioterapia a partir de la sexta semana después de la intervención quirúrgica.

Después de la cirugía: carcinoma indiferenciado/desdiferenciado

Se recomienda la quimioterapia después de la intervención quirúrgica para el carcinoma que no pertenece a ninguna categoría de tumor específica. Además de la quimioterapia, pueden administrarse RTHE, braquiterapia vaginal o ambas.

Si la intervención quirúrgica no se planifica en primer lugar

Si la cirugía no será el primer tratamiento, una opción recomendada es la RTHE. Además de la RTHE, puede administrarse braquiterapia vaginal, quimioterapia o ambas.

La segunda opción es el tratamiento sistémico (por lo general, quimioterapia). El objetivo es reducir el tumor lo suficiente como para poder extirparlo con cirugía.

Guía 5
Carcinoma seroso y de células claras: opciones de tratamiento después de la intervención quirúrgica

Estadio 1A, no invasivo	Los resultados del lavado peritoneal ayudan a su médico a decidir cuál de las siguientes opciones es la más recomendable para usted: • Observación. • Quimioterapia (también se puede administrar braquiterapia vaginal). • Braquiterapia vaginal.
• **Estadio 1A, invasivo** • **Estadio 1B** • **Estadio 2**	**Opción 1: quimioterapia** Puede agregarse el tratamiento con RTHE, braquiterapia o ambas. **Opción 2: radioterapia de haz externo** Puede agregarse el tratamiento con braquiterapia.
Estadios 3 y 4	Se recomienda la quimioterapia. Puede agregarse el tratamiento con RTHE, braquiterapia o ambas.

Fin del tratamiento

La vigilancia comienza cuando ya no hay signos de cáncer después de haber sido tratado. Su objetivo es detectar cualquier signo temprano de que el cáncer ha regresado.

Exámenes físicos

Se recomienda realizar exámenes físicos de manera periódica durante al menos los primeros 5 años después del tratamiento.

En los primeros 2 a 3 años después del tratamiento, se recomienda un examen cada 3 a 6 meses. Se necesitan con menos frecuencia (cada 6 a 12 meses) hasta el cuarto o quinto año después del tratamiento.

A partir del año 5 de vigilancia, se recomienda un examen físico al año.

Otras pruebas de vigilancia

Si su nivel de CA-125 era alto antes del tratamiento, es posible que se controle después del tratamiento. No se recomienda realizar otras pruebas, incluidos estudios de diagnóstico por imágenes, de forma regular.

Otros cuidados

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer de útero deben recibir otros cuidados. Estos incluyen aprender a detectar los síntomas de recidiva. Consulte el *Capítulo 6: Supervivencia* para obtener más información.

Si se sospecha de una recidiva

Si presenta síntomas de una posible recidiva, o si su médico observa posibles síntomas, le pedirá que se realice estudios de diagnóstico por imágenes (exploraciones). Si se confirma la recidiva, consulte la siguiente sección para obtener más información.

Lo ideal es que su equipo de atención médica incluya expertos en diferentes especialidades. El tratamiento que usted y su equipo de atención médica acuerden debe anotarse en el plan de tratamiento, junto con los posibles efectos secundarios.

Tenga en cuenta que su plan puede cambiar según los resultados de nuevas pruebas, nuevos efectos secundarios y sus preferencias.



Tratamiento en caso de recidiva

La reaparición del cáncer después del tratamiento se llama recidiva o recurrencia. El cáncer de endometrio puede reaparecer en la vagina (lo más frecuente), en otras zonas de la cavidad pélvica o en el abdomen.

Si aún no se han realizado, en el caso de cáncer recidivante, deben realizarse pruebas de mutaciones y otros biomarcadores (características) que puedan ayudar a orientar su atención. Consulte el *Capítulo 2: Pruebas para detectar el cáncer de útero* para obtener más información sobre las pruebas de biomarcadores.

Se recomienda a todas las personas con cáncer de útero recidivante participar en un ensayo clínico para su tratamiento cuando sea posible.

Recidiva en la vagina o cerca de ella

Si el nuevo cáncer se encuentra en una zona que **no ha sido tratada** con radioterapia externa, se recomienda la RTHE. La RTHE puede combinarse con braquiterapia, tratamiento sistémico o ambos.

Una segunda opción recomendada es la intervención quirúrgica exploratoria. Esto implica abrir el abdomen para determinar cuánto se ha extendido el cáncer y extirpar todo el cáncer que el cirujano pueda ver. Según los resultados, su oncólogo puede recomendarle tratamiento con RTHE, quimioterapia o ambas después de la cirugía.

Si el nuevo cáncer se encuentra en una zona que se **ha tratado** con RTHE, estas pueden ser las opciones de tratamiento:

- Intervención quirúrgica exploratoria
- Tratamiento sistémico
- RTHE en dosis más bajas para aliviar los síntomas
- Braquiterapia

Recidiva en el hígado o los pulmones

Si el cáncer de endometrio reaparece después del tratamiento inicial y se encuentra en áreas como el hígado o los pulmones, se trata de un cáncer metastásico.

Si solo hay unas pocas áreas pequeñas de cáncer, es posible extirpar o destruir los tumores utilizando uno o varios de los siguientes métodos:

- Cirugía
- RTHE
- Radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)

Si hay más de unos pocos tumores, se recomienda el tratamiento sistémico. Se prefiere quimioterapia con derivados del platino, sola o con inmunoterapia, para la mayoría de las personas. Consulte la **Guía 6** en la página siguiente.

También puede administrarse radioterapia con el objetivo de aliviar los síntomas. Esto se conoce como radioterapia paliativa.

Si el cáncer no responde o deja de responder al tratamiento sistémico de primera línea, existen opciones de segunda y tercera línea.

Si se prevé el tratamiento con inmunoterapia, consulte las *NCCN Guidelines for Patients: Efectos secundarios de la inmunoterapia, inhibidores del punto de control inmunitario* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



Tratamiento complementario

El tratamiento complementario es una parte importante de su atención oncológica. Tiene como objetivo mejorar su calidad de vida durante el tratamiento del cáncer y después de este. El tratamiento complementario es para todas las personas con cáncer y sus familias, no solo para las que se encuentran al final de la vida.

El tratamiento complementario incluye una amplia variedad de servicios. Previene o maneja los síntomas del cáncer y los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, como el dolor y la fatiga relacionada con la enfermedad. También aborda los problemas mentales, sociales, emocionales y espirituales a los que se enfrentan las personas con cáncer. El tratamiento complementario proporciona ayuda con otras necesidades, por ejemplo:

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

Guía 6
Cáncer de endometrio recidivante: tratamientos sistémicos de primera línea

Tratamientos preferidos	• Carboplatino, paclitaxel más pembrolizumab (excepto para el carcinosarcoma) • Carboplatino, paclitaxel más dostarlimab-gxly • Carboplatino, paclitaxel más durvalumab (solo para dMMR) • Carboplatino, paclitaxel más trastuzumab (para carcinosarcoma o carcinoma seroso uterino con HER2 positivo) • Carboplatino, paclitaxel
Otros tratamientos recomendados	• Carboplatino, docetaxel • Carboplatino, paclitaxel más bevacizumab
Tratamientos utilizados en determinadas circunstancias	**Tumores sin biomarcador de reparación de desajustes (tumores con pMMR):** • Carboplatino, paclitaxel, durvalumab más durvalumab, olaparib **Tratamiento dirigido a biomarcadores (después de la quimioterapia con derivados del platino):** **Tumores con pMMR:** • Lenvatinib más pembrolizumab **Tumores con TMB alta (TMB-H):** • Pembrolizumab **Tumores con MSI-H/dMMR:** • Pembrolizumab • Dostarlimab-gxly

Lea más sobre los tipos de apoyo que puede recibir en *NCCN Guidelines for Patients: Cuidados paliativos* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



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

Puntos clave

- La intervención quirúrgica es el primer tratamiento preferido para la mayoría de los cánceres de endometrio cuando es posible.
- Si está en la premenopausia y tiene un tumor endometrioide, el tratamiento con conservación de la fertilidad puede ser una opción. Implica retrasar la intervención quirúrgica y someterse primero a un tratamiento hormonal.
- El tratamiento se recomienda después de la intervención quirúrgica para todos los tumores endometrioides en estadio 2, 3 y 4. Algunas personas con un tumor endometrioide en estadio 1 pueden beneficiarse de un tratamiento después de la intervención quirúrgica.
- Los tipos de cáncer de endometrio de alto riesgo incluyen el carcinoma seroso, el carcinoma de células claras, el carcinoma indiferenciado/desdiferenciado y el carcinosarcoma.
- Los cuidados de seguimiento implican someterse a exámenes físicos periódicos y permanecer alerta ante síntomas de recidiva.
- El tratamiento para el cáncer de endometrio recidivante depende de la localización o las localizaciones del nuevo tumor y de sus antecedentes de tratamiento.

Preguntas para hacer

- Quiero tener la opción de quedar embarazada después del tratamiento. ¿Reúno los requisitos para someterme a una intervención quirúrgica con conservación de la fertilidad?
- Estoy dispuesta y puedo someterme a una intervención quirúrgica. ¿Soy candidata para un enfoque mínimamente invasivo?

5
Tratamiento del sarcoma uterino

42 Primeros pasos

43 Tratamiento

46 Vigilancia

46 Recidiva

49 Puntos clave

49 Preguntas para hacer

En este capítulo, se explican los análisis y el tratamiento recomendados para un tipo poco frecuente de cáncer de útero denominado sarcoma uterino.

En comparación con el cáncer de endometrio, el sarcoma uterino comienza en las capas más profundas del útero. Suele formarse en la capa muscular de la pared uterina (el miometrio) o en el tejido conectivo del endometrio.

Como se forman en las capas más profundas del útero, los sarcomas uterinos suelen aparecer tras una histerectomía realizada por otro motivo. También suelen encontrarse durante la cirugía para extirpar fibromas (tumores uterinos benignos que causan síntomas).

En esta guía, se analizan los siguientes tipos de sarcoma uterino:

- Sarcoma del estroma endometrial (SEE)
- Adenosarcoma
- Leiomiosarcoma (LMS)
- Sarcoma uterino indiferenciado (SUI)
- Tumor de células epitelioides perivasculares (PEComa)
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

Primeros pasos

Estudios de diagnóstico por imágenes

Es necesario realizar estudios de diagnóstico por imágenes antes de iniciar el tratamiento. Se recomienda realizar una tomografía computarizada (TC) de tórax, abdomen y cavidad pélvica (con contraste). También es posible que le hagan una resonancia magnética (RM) de cavidad pélvica, abdomen o ambas.

Otros estudios de diagnóstico por imágenes que pueden utilizarse para evaluar la extensión del cáncer son la tomografía por emisión de positrones (TEP)/TC combinadas de cuello, tórax, abdomen, cavidad pélvica e ingle.

La necesidad de otros estudios de diagnóstico por imágenes depende de sus síntomas y de si su médico cree que el cáncer se ha extendido (metástasis).

Análisis de receptores de hormonas

Hasta la menopausia, los ovarios producen hormonas. Si el sarcoma tiene receptores de hormonas, las hormonas producidas por los ovarios pueden hacer crecer el cáncer.

Para ayudar a decidir si la extirpación de los ovarios sería eficaz contra el cáncer, se puede analizar una muestra del tumor (obtenida mediante una biopsia o una intervención quirúrgica) para detectar receptores de hormonas.

Los análisis de receptores de hormonas se suelen considerar para los siguientes tipos de sarcoma uterino:

- SEE
- LMS
- Adenosarcoma

Tratamiento

En las personas con útero, la histerectomía total (posiblemente con salpingooforectomía bilateral) es la forma más eficaz de tratar un sarcoma uterino. Si el cáncer no puede extirparse con intervención quirúrgica, las opciones de tratamiento incluyen radioterapia y tratamiento sistémico.

Sarcoma detectado durante una histerectomía previa

Si el cáncer se detectó tras una histerectomía parcial o total, el tratamiento dependerá de los resultados de la histerectomía original y de si se extirparon los ovarios y las trompas de Falopio.

Si el tumor no se extirpó en una sola pieza o si no se extirpó el cuello uterino, es posible que se le realice otra intervención quirúrgica para extirpar el cáncer y el cuello uterino restante.
Si aún conserva uno o ambos ovarios o trompas de Falopio, también podrían extirparse durante la cirugía. Puede ser la mejor opción para los SEE de bajo grado, los adenosarcomas y los tumores con receptores de estrógeno.

Sarcoma detectado por biopsia o extirpación de fibromas

Se recomienda la histerectomía total para los sarcomas que no se extendieron fuera del útero. Cuando sea posible, también se recomienda la histerectomía total para los cánceres que se extendieron fuera del útero.

Si está en la menopausia, también se recomienda la cirugía para extirpar los ovarios y las trompas de Falopio (salpingooforectomía bilateral o SOB). Si puede quedar embarazada, usted y su médico decidirán juntos si se realiza la salpingooforectomía bilateral. La extirpación generalmente se recomienda para los cánceres con receptores de hormonas.

Si no quiere o no puede someterse a una cirugía, se recomienda el tratamiento sistémico, la radioterapia de haz externo (RTHE) paliativa o ambos. La braquiterapia puede utilizarse además de uno de estos tratamientos.

Los tratamientos sistémicos de primera línea recomendados para los sarcomas no operables se describen en la **Guía 7**. Hable con su médico oncólogo sobre cuál es mejor para usted.

Después de la cirugía: SEE de bajo grado o adenocarcinoma de bajo riesgo

Si aún conserva los ovarios y las trompas de Falopio, la intervención quirúrgica para extirparlos (SOB) se recomienda para los tumores en estadio 1. Si ya se ha sometido a una SOB, se recomienda la observación.

También se recomienda una SOB para los SEE de bajo grado en estadios 2, 3 y 4 y los adenosarcomas de bajo riesgo. Además de la intervención quirúrgica, pueden administrarse uno de los siguientes tratamientos o ambos:

- Tratamiento hormonal antiestrogénico
- RTHE
- RTHE paliativa para aliviar los síntomas (para cánceres en estadio 4B)

Los inhibidores de la aromatasa son el tratamiento antiestrogénico preferido para los SEE de bajo grado y los adenosarcomas de bajo riesgo. Los tratamientos preferidos son los que cuentan con más pruebas de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.

Todas las opciones recomendadas para el tratamiento antiestrogénico se mencionan en la **Guía 8**.

Después de la cirugía: adenosarcoma de alto riesgo

Si aún conserva los ovarios y las trompas de Falopio, la intervención quirúrgica para extirparlos (SOB) se recomienda para los adenosarcomas

de alto riesgo en estadio 1. Si ya se ha sometido a una SOB, o si está en la menopausia, se recomienda la observación.

También se recomienda una SOB para los adenosarcomas de alto riesgo en estadios 2, 3 y 4. Después de esta intervención quirúrgica, su médico puede recomendarle un tratamiento con quimioterapia o un tratamiento dirigido. O bien, si el cáncer tiene receptores de hormonas, puede optarse por un tratamiento antiestrogénico.

Guía 7
Tratamientos sistémicos de primera línea para el sarcoma uterino

Tratamientos preferidos	• Docetaxel, gemcitabina • Doxorrubicina • Doxorrubicina, ifosfamida • Doxorrubicina, trabectedina (para LMS) • Doxorrubicina, dacarbazina (para LMS o para quienes no pueden recibir ifosfamida)
Tratamientos utilizados en determinadas circunstancias	**Tratamiento con TKI para tumores con fusión positiva del gen *NTRK*:** • Larotrectinib (Vitrakvi) • Entrectinib (Rozlytrek) • Repotrectinib (Augtyro) **Tratamiento con TKI para tumores miofibroblásticos inflamatorios con translocación de *ALK*:** • Crizotinib (Xalkori) • Ceritinib (Zykadia) • Brigatinib (Alunbrig) • Lorlatinib (Lorbrena) • Alectinib (Alecensa) **Tratamiento con TKI para tumores con fusión positiva de *RET*:** • Selpercatinib (Retevmo) **Tratamiento con inhibidores de mTOR para PEComas:** • Sirolimus unido a albúmina (Fyarro)

Después de la cirugía: otros tipos de tumores

La información que aparece abajo se aplica a los siguientes tipos de sarcoma uterino:

- Sarcoma estromal endometrioide de alto grado
- Sarcoma uterino indiferenciado
- Leiomiosarcoma
- Otros sarcomas, como el PEComa
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

No se necesita más tratamiento después de la cirugía para los cánceres en **estadio 1**.

Para los cánceres en **estadio 2 y 3**, si los resultados de la cirugía son muy buenos, la observación puede ser una opción. De lo contrario, su profesional de atención médica puede recomendarle tratamiento sistémico, RTHE o ambos.

Para los cánceres en **estadio 4A**, se recomienda el tratamiento sistémico, RTHE o ambos.

El tratamiento sistémico se recomienda para los sarcomas en **estadio 4B**. La RTHE en dosis más bajas también se puede utilizar para aliviar los síntomas causados por el tumor.

Si se planificó el tratamiento sistémico, las opciones preferidas de quimioterapia de primera línea y tratamiento dirigido se enumeran en la **Guía 7**. O bien, si el cáncer tiene receptores de hormonas, su médico puede recomendarle un tratamiento antiestrogénico.

Guía 8
Tratamiento antiestrogénico para el SEE de bajo grado y el adenosarcoma de bajo riesgo

Tratamientos preferidos	• Tratamiento con inhibidor de la aromatasa:
	  • Anastrozol (Arimidex)
	  • Letrozol (Femara)
	  • Exemestano (Aromasin)
	• Un inhibidor de la aromatasa (arriba) combinado con un análogo de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) (abajo).
	Esta opción preferida es para mujeres premenopáusicas que no reúnen las condiciones para tener la cirugía con SOB:
	  • Acetato de goserelina (Zoladex)
	  • Acetato de leuprolida
	  • Pamoato de triptorelina (Trelstar)

Otros tratamientos recomendados	• Fulvestrant (Faslodex) • Acetato de megestrol • Acetato de medroxiprogesterona (Provera)

Vigilancia

La vigilancia comienza cuando ya no hay signos de cáncer después de haber sido tratado. Su objetivo es encontrar signos tempranos que indiquen que el cáncer ha regresado. Los exámenes físicos y los estudios de diagnóstico por imágenes se utilizan para vigilar la reaparición de sarcomas uterinos. Consulte la **Guía 9**.

Además de las pruebas de vigilancia, las personas que han padecido cáncer necesitan otros cuidados. Esto incluye mantenerse alerta ante los síntomas del cáncer. Consulte el *Capítulo 6: Supervivencia* para obtener más información.

Durante la vigilancia, si presenta síntomas o su profesional de atención médica sospecha una recidiva por otros motivos, se recomienda realizar estudios de diagnóstico por imágenes.

Recidiva

La reaparición del cáncer después de un período sin enfermedad se denomina recidiva. Tras la cirugía para extirpar el útero, los ovarios y las trompas de Falopio, el cáncer puede volver a la vagina, a zonas cercanas a la vagina o a zonas alejadas de la cavidad pélvica.

Si se sospecha de una recidiva, es probable que se le realicen estudios de diagnóstico por imágenes. Si se sospecha que el cáncer se ha extendido a zonas alejadas de la cavidad pélvica (metástasis), los estudios de diagnóstico por imágenes pueden incluir una TEP/TC de cuello, tórax, abdomen, cavidad pélvica e ingle.

El tratamiento de la recidiva depende de dónde está creciendo el nuevo cáncer y de si ha recibido RTHE. Por lo general, la RTHE no se utiliza para tratar la misma zona más de una vez.

Guía 9
Controles para detectar la reaparición del sarcoma uterino

Exámenes físicos	• **Primeros 2 a 3 años:** cada 3 a 4 meses • **Posteriormente:** una o dos veces al año
Recomendación: **TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica con contraste** **Opcional:** **RM de abdomen y cavidad pélvica y TC de tórax sin contraste**	• **Primeros 3 años:** cada 3 a 6 meses • **Años 4 y 5:** cada 6 a 12 meses Puede someterse a estudios de diagnóstico por imágenes cada 1 o 2 años por hasta 5 años más. Su médico decidirá si debe continuar los estudios de diagnóstico por imágenes en función de las características de su cáncer (tipo de tumor, estadio, grado).

Recidiva en la vagina o la cavidad pélvica

Si **recibió** tratamiento previo con RTHE, se puede utilizar uno de los siguientes enfoques para tratar el cáncer que regresa a la vagina o la cavidad pélvica:

- Cirugía, con o sin tratamiento sistémico
- Tratamiento sistémico
- Nuevo tratamiento cuidadoso con RTHE de zonas seleccionadas
- Braquiterapia, con o sin RTHE de zonas seleccionadas

Si se prevé un tratamiento sistémico (solo o además de la intervención quirúrgica), se prefiere el tratamiento hormonal antiestrogénico para el SEE de bajo grado y el adenosarcoma de bajo riesgo.

Si **no ha recibido** RTHE, las opciones incluyen cirugía y RTHE. Si se prevé una intervención quirúrgica, es posible que primero se le realice RTHE con o sin tratamiento sistémico para intentar reducir el tamaño del tumor.

Si se planifica un tratamiento con RTHE en lugar de una intervención quirúrgica, también se puede administrar braquiterapia, tratamiento sistémico o ambos. Para el SEE de bajo grado y el adenosarcoma de bajo riesgo, se prefiere el tratamiento hormonal antiestrogénico como tratamiento sistémico.

Recidiva en el hígado o los pulmones

Si el sarcoma uterino reaparece o se detecta en el hígado, los pulmones u otras zonas, se conoce como recidiva a distancia. El cáncer es metastásico.

Si aún no se han realizado, en el caso de cáncer recidivante, deben realizarse pruebas de mutaciones y otros biomarcadores (características) que puedan ayudar a orientar su atención.

Las pruebas deberían incluir los siguientes biomarcadores, pero idealmente incluirían muchos más:

- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Mutaciones de *BRCA*
- Fusiones de *NTRK*
- Fusiones de *RET*
- Reordenamiento de *ALK*
- Carga mutacional tumoral (TMB)

Si no hay muchos tumores metastásicos, extirparlos con cirugía o destruirlos con otros tratamientos locales pueden ser opciones. Estos son algunos tratamientos locales:

- Ablación guiada por imágenes
- RTHE
- Radioterapia corporal estereotáctica (RTCE)

La ablación destruye las células cancerosas mediante medicamentos activados por calor, frío o luz. La RTCE es un tipo muy especializado de radioterapia externa que requiere 5 sesiones de tratamiento o menos.

Si la cirugía es viable, se puede administrar el tratamiento sistémico, la RTHE o ambos antes y después de la intervención.

Muchos tumores metastásicos

Si el nuevo tumor que crece fuera de la cavidad pélvica se ha extendido, se recomienda un tratamiento sistémico. La mayoría de las personas reciben quimioterapia. O bien, si el cáncer presenta biomarcadores específicos, el tratamiento dirigido puede ser una mejor opción que la quimioterapia. Consulte la **Guía 7**.

La RTHE paliativa puede utilizarse además del tratamiento sistémico. El objetivo es reducir el tamaño de los tumores para aliviar o prevenir los síntomas.

También puede recibir tratamiento complementario, ya sea en combinación con otros tratamientos o sin ellos. Como el cáncer no se puede curar, el objetivo del tratamiento complementario es hacer que sienta mayor comodidad y ayudar a mantener el cáncer bajo control. Este tipo de tratamiento también puede extender su vida, mejorar su alimentación y ayudar a que se sienta mejor en general.

Inscribirse en un ensayo clínico también puede ser una opción. Pregunte a su equipo de tratamiento si hay algún ensayo clínico abierto al que pueda incorporarse. Los ensayos clínicos se tratan con más detalle al final del *Capítulo 3: Tipos de tratamiento*.

Si el cáncer no responde o deja de responder al tratamiento sistémico de primera línea, las opciones de tratamiento de segunda línea se enumeran en la **Guía 10**.

Guía 10
Quimioterapia de segunda línea y pautas de tratamiento dirigido

Tratamiento preferido para leiomiosarcomas	Trabectedina (Yondelis) para leiomiosarcomas	
Tratamientos recomendados para todos los demás tipos de tumores	• Gemcitabina, dacarbazina • Gemcitabina, vinorelbina • Dacarbazina • Gemcitabina • Epirrubicina	• Ifosfamida • Doxorrubicina liposomal • Pazopanib (Votrient) • Temozolomida (Temodar) • Regorafenib (Stivarga) • Eribulina (Halaven)
Tratamientos que pueden utilizarse en determinadas circunstancias	**Inmunoterapia (para tumores con TMB-~~H~~):** • Pembrolizumab (Keytruda) • Ipilimumab (Yervoy) más nivolumab (Opdivo) **Tratamiento con inhibidores de PARP (para leiomiosarcomas con mutaciones de *BRCA*):** • Olaparib (Lynparza) • Rucaparib (Rubraca) • Niraparib (Zejula)	**Tratamiento con inhibidores de mTOR (para PEComas):** • Sirolimus (Rapamune) • Everolimus (Afinitor) • Temsirolimus (Torisel) **Tratamiento con inhibidores de CDK4 (para amplificación de *CDK4*):** • Palbociclib (Ibrance)

Puntos clave

- Los sarcomas uterinos son tumores menos comunes que se originan en la pared o los músculos del útero. Como se forman en las capas más profundas del útero, suelen detectarse durante una histerectomía realizada por otros motivos.
- Se recomienda realizar una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica con contraste antes de comenzar el tratamiento. También es posible que le hagan una RM de la cavidad pélvica, del abdomen, o de ambos.
- Si estas pruebas no son claras, puede solicitarse una TEP/TC. Los demás estudios de diagnóstico por imágenes son individualizados.
- En el caso del SEE, el LMS y los adenosarcomas, los análisis de receptores de hormonas pueden ayudar a decidir si se deben extirpar los ovarios en las pacientes en edad fértil.
- En el caso de un sarcoma detectado por biopsia o extirpación de fibromas, se recomienda la histerectomía total siempre que sea posible. La decisión de extirpar los ovarios y las trompas de Falopio se centra en el caso particular de cada mujer premenopáusica. La cirugía con SOB suele recomendarse si el cáncer tiene receptores de hormonas.
- Si no quiere o no puede someterse a una cirugía, se recomienda el tratamiento sistémico, la radioterapia de haz externo (RTHE) o ambos.

Preguntas para hacer

- ¿El cáncer tiene receptores de hormonas? Si es así, ¿es bueno o malo?
- ¿Quién puede ayudarme a controlar los síntomas de la menopausia quirúrgica?
- ¿Cuáles son los efectos secundarios más comunes del tratamiento hormonal?

6
Supervivencia

51 Permanecer alerta ante la recidiva o extensión

52 Menopausia precoz

53 Cambios en los intestinos y la vejiga

53 Bienestar sexual y vaginal

54 Salud mental y bienestar

54 Otros posibles efectos secundarios

56 Más información

56 Puntos clave

56 Preguntas para hacer

La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. La supervivencia comienza con el diagnóstico y continúa durante toda la vida.

Durante el tratamiento contra el cáncer y después de este, su profesional de atención primaria y su oncólogo trabajarán juntos para asegurarse de que reciba la atención de recomendada.

Pida a su oncólogo un plan de atención de supervivencia por escrito que incluya lo siguiente:

- Un resumen de su historial de tratamiento del cáncer.
- Una descripción de los posibles efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo.
- Recomendaciones sobre los controles a fin de detectar la reaparición del cáncer.
- Roles y responsabilidades claros para todos sus profesionales de atención médica.
- Recomendaciones para su salud y bienestar generales.

Permanecer alerta ante la recidiva o extensión

Algunos tipos de cáncer pueden reaparecer sin dar ninguna pista en el organismo. Si el cáncer de útero reaparece, suele afectar a su cuerpo de formas que puede sentir o notar (síntomas).

Su médico le enseñará los síntomas que pueden indicar que el cáncer de útero ha reaparecido o se ha extendido. Por ejemplo:

- Sangrado vaginal
- Sangre en la orina o en las heces
- Inapetencia
- Pérdida de peso
- Dolor de estómago, abdomen, cadera o espalda
- Tos
- Falta de aire
- Hinchazón en la zona del estómago o en las piernas

Si nota alguno de estos síntomas, comuníquese con su médico de inmediato. No espere hasta su próxima visita programada.

Menopausia precoz

Si se encuentra en la premenopausia, la extirpación quirúrgica de los ovarios o su daño por radiación puede dar inicio a la menopausia. Es el resultado de una caída repentina de estrógenos en el organismo. Puede tener los siguientes síntomas:

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

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

Tratamiento hormonal para la menopausia

El tratamiento hormonal para la menopausia consiste en el uso de estrógeno para reemplazar las hormonas que se pierden durante la menopausia. Por lo general, este enfoque no se recomienda para tumores que crecen en respuesta al estrógeno. El problema es que el estrógeno aumente el riesgo de que el cáncer reaparezca.

Si sus síntomas se relacionan principalmente con cambios en el revestimiento vaginal, una crema vaginal con estrógeno puede ser una opción, especialmente si los humectantes vaginales no hormonales no están funcionando.

Hablar con un equipo especializado en síntomas de la menopausia puede ser útil para determinar si el tratamiento hormonal para la menopausia es adecuado en su caso.

Menopausia precoz

Si está en la premenopausia, la extirpación quirúrgica de los ovarios o su exposición a la radiación pueden causar síntomas de la menopausia, como problemas para dormir. Se recomienda la consulta con un especialista en menopausia.



Cambios en los intestinos y la vejiga

Tras una intervención quirúrgica o radioterapia por cáncer de útero, puede resultar más difícil retener la orina en la vejiga. Esto se denomina incontinencia urinaria. También puede experimentar una necesidad imperiosa y repentina de orinar.

También es posible que se produzcan deposiciones acuosas o frecuentes (diarrea). La fisioterapia del suelo pélvico, que se describe a continuación, puede ayudar con los cambios en el intestino y la vejiga.

Fisioterapia del suelo pélvico

El suelo pélvico es un grupo de músculos que sostiene los órganos de la cavidad pélvica. Estos músculos desempeñan un papel clave en el control de los intestinos y la vejiga, así como en la función y la excitación sexual.

Hay formas de fortalecer estos músculos antes y después del tratamiento. Esto se conoce como fisioterapia del suelo pélvico y hay profesionales de la salud especializados en ella. La fisioterapia del suelo pélvico puede incluir ejercicios caseros para tensar y soltar los músculos vaginales y anales (ejercicios de Kegel), así como técnicas manuales a cargo de un fisioterapeuta.

Pida ayuda a su equipo de atención médica para encontrar un especialista en suelo pélvico en su zona.

Bienestar sexual y vaginal

Puede tener efectos secundarios sexuales tras el tratamiento del cáncer de útero, como:

- Disminución del deseo sexual (libido)
- Sequedad vaginal
- Dolor durante las relaciones sexuales
- Estrechamiento y acortamiento de la vagina (estenosis vaginal)

Humectantes vaginales

La edad avanzada, la menopausia y algunos tratamientos contra el cáncer de útero pueden hacer que la vagina se reseque y pierda elasticidad. Para contrarrestar este efecto secundario, se recomienda el uso de cremas hidratantes vaginales a base de agua. Los hidratantes vaginales devuelven la humedad a la vagina y ayudan a mantener sano el tejido vaginal. Pueden utilizarse a diario y muchos vienen con aplicadores para facilitar su uso.

Tratamiento con dilatadores vaginales

La radiación en la cavidad pélvica también puede acortar y estrechar la vagina. Esto puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a las exploraciones vaginales que realizan los médicos.

Usar un dispositivo llamado dilatador vaginal durante la radioterapia y después de ella puede ayudar a estirar y ensanchar la vagina. El tamaño del dilatador puede aumentarse con el tiempo a medida que la vagina se alarga y ensancha.

Terapeutas de salud sexual

Aunque puede resultar incómodo hablar de salud sexual, tenga en cuenta que estos efectos secundarios son frecuentes y, a menudo, pueden controlarse o atenuarse. Considere la posibilidad de acudir a un terapeuta de salud sexual. Estos profesionales de la salud se especializan en

ayudar a las personas que han padecido cáncer y a otras personas a superar y controlar los efectos secundarios que tiene el tratamiento oncológico en la sexualidad.

Muchos centros oncológicos cuentan con programas centrados exclusivamente en la salud sexual tras el tratamiento oncológico. Pregunte a su médico sobre los recursos disponibles a través de su centro oncológico que pueden ayudar a minimizar el impacto del tratamiento del cáncer en su salud sexual.

Salud mental y bienestar

Los efectos del cáncer de útero y su tratamiento pueden ser difíciles de sobrellevar. Muchas personas que han padecido cáncer afirman tener una menor calidad de vida en general tras el tratamiento del cáncer. Es posible tener depresión, ansiedad, miedo a la recidiva y problemas para adaptarse a los cambios en el cuerpo.

La supervivencia comienza con el diagnóstico. Se enfoca en su salud y bienestar durante y después del tratamiento del cáncer.

El apoyo de familiares, amigos y cuidadores es una parte importante de la supervivencia.



Muchas personas tienen también factores de estrés económico, como preocupaciones o dudas sobre la reincorporación al trabajo y problemas de cobertura del seguro. Las relaciones personales, la sexualidad y la intimidad también pueden verse afectadas por el diagnóstico o el tratamiento del cáncer.

Si siente ansiedad, angustia, depresión o simplemente tiene problemas para afrontar la vida después del cáncer, recuerde que cuenta con apoyo. Informe a su equipo de tratamiento sobre estos síntomas. Su equipo de atención médica seguramente le preguntará por su salud mental. Si no lo hace, dígale. Existen recursos que pueden ayudar.

Los trabajadores sociales de su centro de tratamiento pueden recomendar recursos financieros y de salud mental.

Otros posibles efectos secundarios

Daño en los nervios

La quimioterapia puede dañar los nervios sensoriales. Esto se conoce como neuropatía. El daño puede causar dolor, entumecimiento, hormigueo, hinchazón o debilidad muscular en diferentes partes del cuerpo. A menudo, comienza en las manos o los pies y empeora con el tiempo. El dolor neuropático suele describirse como un dolor punzante o que quema.

Hinchazón en la parte inferior del cuerpo

El tratamiento del cáncer de útero suele implicar la extirpación de los ganglios linfáticos durante la intervención quirúrgica. Es posible que la linfa no drene de forma adecuada después de la extirpación de los ganglios linfáticos y que esto provoque linfedema. El linfedema es una inflamación causada por la acumulación de líquido linfático en los tejidos. En las personas que han

Hábitos saludables para las sobrevivientes del cáncer



Siga las recomendaciones de su profesional de atención primaria para la detección de otros tipos de cáncer de acuerdo con su edad, sexo y su nivel de riesgo.



Obtenga otro tipo de atención médica recomendada, como el control de la presión sanguínea, pruebas de detección de hepatitis C y vacunas (como la de la gripe).



Siga una dieta rica en alimentos de origen vegetal. Limite el consumo de carnes rojas y alimentos procesados.



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



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



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



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



Siga recibiendo atención para los problemas de salud a largo plazo, como obesidad, diabetes o hipertensión.

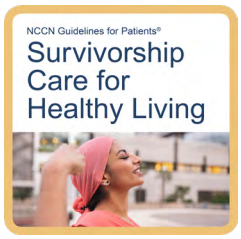
padecido cáncer de útero, suele aparecer en la parte inferior del cuerpo.

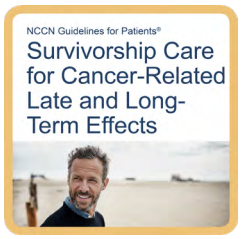
Pida la lista completa de efectos secundarios tardíos y a largo plazo a su equipo de tratamiento.

Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer:

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





Puntos clave

- La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer.
- El plan de atención de supervivencia es útil al momento de traspasar su cuidado al médico de cabecera.
- Si le preocupa cómo pagar su atención oncológica, es posible que disponga de asistencia financiera.
- Mantener hábitos saludables puede ayudar a prevenir otros cánceres y problemas de salud.
- Siga recibiendo atención para cualquier problema de salud a largo plazo, como obesidad, diabetes o hipertensión.

Preguntas para hacer

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

7
Otros recursos

58 Qué más hay que saber

58 Qué más hacer

58 Dónde obtener ayuda

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

Qué más hay que saber

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

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

- Control de los efectos secundarios
- Pruebas genéticas para cáncer y síndromes hereditarios
- Creación de un sistema de apoyo
- Cambios en el estilo de vida después del cáncer
- Conocimiento para afrontar otros problemas de salud

Qué más hacer

Su centro de salud puede ayudar con los próximos pasos. Generalmente, dispone de recursos *in situ* para ayudar a satisfacer sus necesidades y encontrar respuestas a sus preguntas.
Los centros de salud también pueden informarle de los recursos existentes en su comunidad.

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

Dónde obtener ayuda

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

Bag It Cancer
bagitcancer.org

Bone Marrow y Cancer Foundation
bonemarrow.org

Cancer*Care*
cancercare.org

Cancer Hope Network
cancerhopenetwork.org

Endometrial Cancer Action Network for African-Americans
ecanawomen.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

GRACE
cancergrace.org

Imerman Angels
imermanangels.org

Leiomyosarcoma Support and Direct Research Foundation
lmsdr.org

My Faulty Gene
myfaultygene.org

National LeioMyoSarcoma Foundation
nlmsf.org

Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)
ocrahope.org

Triage Cancer
triagecancer.org

Preguntas para hacer

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



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

NCCN.org/patients/comments



Palabras que debe conocer

abdomen
La zona del cuerpo entre el tórax y la cavidad pélvica.

adenocarcinoma
Cáncer de las células que recubren los órganos y producen líquidos. La mayoría de los cánceres de endometrio son adenocarcinomas.

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

antígeno del cáncer 125 (CA-125)
Un nivel elevado de esta sustancia en la sangre puede significar que el cáncer de endometrio se ha extendido más allá del útero.

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

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

braquiterapia
Tipo de radioterapia en la que se coloca material radiactivo sellado en agujas, granos, alambres, cilindros o catéteres directamente en un tumor o cerca de él. También se llama radioterapia interna.

cáncer endometrioide
Es el tipo más común de cáncer de endometrio.

carcinoma de células claras
Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo.

carcinoma indiferenciado
Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo. También llamado carcinoma desdiferenciado.

carcinoma seroso
Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo.

carcinosarcoma
Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo. También conocido como tumor mülleriano mixto maligno (TMMM).

cavidad pélvica
El área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

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

cuello uterino
La parte baja del útero que se conecta con la vagina (canal de parto).

endometrio
La capa de tejido que recubre el útero. Es donde se inicia el cáncer de endometrio.

ensayo clínico
Tipo de investigación en la que participan personas y que evalúa pruebas o fármacos en fase de investigación.

estadificación quirúrgica
Proceso para determinar la extensión del cáncer durante la cirugía para extirparlo.

estadio del cáncer
Clasificación del pronóstico del cáncer en función de su crecimiento y extensión.

examen ginecológico
Examen físico de la vagina, el cuello uterino, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

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

grado del cáncer
Clasificación del aspecto de las células cancerosas anormales cuando se observan en el microscopio.

HER2
Proteína involucrada en el crecimiento celular normal. Algunos tipos de células cancerosas pueden producirla en cantidades superiores a las normales. Esto puede hacer que el cáncer crezca más rápidamente.

histerectomía total
Cirugía para extirpar el útero (incluido el cuello uterino).

lavado peritoneal
Método para detectar la extensión del cáncer en el abdomen. El cirujano introduce líquido en el espacio abierto del abdomen y, luego, lo extrae y lo analiza para detectar células cancerosas.

médico oncólogo
Médico que se especializa en tratamiento de cáncer con medicamentos, como la quimioterapia. Muchos médicos oncólogos se especializan en cánceres concretos, como los ginecológicos o los sarcomas.

menopausia precoz
Inicio forzado de la menopausia provocado por una cirugía para extirpar los ovarios o el daño en los ovarios debido a la radioterapia. Es el resultado de una caída de estrógenos en el organismo.

metástasis
Extensión de células cancerosas dentro del cuerpo a través de la sangre o la linfa.

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

mutación somática
Un cambio no hereditario en el ADN que sucedió en algún momento después de la concepción. También se conoce como mutación adquirida o mutación tumoral.

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

observación
Período de conducta expectante del crecimiento o la recidiva del cáncer.

oncólogo ginecólogo
Cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores femeninos. Muchos oncólogos ginecólogos son también médicos oncólogos.

ovarios
Par de glándulas que, hasta la menopausia, liberan óvulos para la reproducción y producen las hormonas estrógeno y progesterona.

peritoneo
Capa de tejido que recubre el interior del vientre (abdomen) y la cavidad pélvica, y cubre la mayoría de los órganos que se encuentran en ese espacio.

pruebas genéticas
Análisis de sangre, saliva o de otras muestras para detectar variantes genéticas de la estirpe germinal (hereditarias) que causan cáncer.

quimioterapia con derivados del platino
Tratamiento con dos o más fármacos de quimioterapia, uno de los cuales contiene platino (p. ej., carboplatino).

radiólogo
Médico experto en interpretación de pruebas de imagen.

radiooncólogo
Médico que se especializa en el uso de la radiación para tratar el cáncer.

radioterapia de haz externo (RTHE)
Tratamiento del cáncer con radiación recibida desde un equipo que se encuentra fuera del cuerpo.

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

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

secuenciación de nueva generación (NGS)
Análisis de una muestra para detectar muchas variantes genéticas a la vez. También se llama perfil multigénico.

síndrome de Lynch
Un síndrome de cáncer hereditario que aumenta el riesgo de contraer cáncer colorrectal, de endometrio, ovario y otros tipos de cáncer.

tomografía por emisión de positrones (TEP)
Estudio de diagnóstico por imágenes en el que las células cancerosas se ven más brillantes que las células normales debido a una sustancia que se administra antes.

tratamiento complementario
Tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer. Ayuda a prevenir o aliviar los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento.

tratamiento dirigido
Tipo de tratamiento sistémico que se dirige a características específicas o únicas de las células cancerosas, llamadas biomarcadores.

tratamiento hormonal
Tratamiento que detiene la producción o la acción de las hormonas en el cuerpo. También se lo llama hormonoterapia.

tratamiento hormonal para la menopausia (THM)
El uso de hormonas para aliviar los efectos secundarios de la menopausia. Este enfoque antes se llamaba tratamiento de reemplazo hormonal (TRH).

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

útero
Órgano donde crece y se desarrolla el feto durante el embarazo. También se lo llama “matriz”.

variante de la estirpe germinal
Diferencia en un gen que se transmite de padres a hijos biológicos. La diferencia puede ser útil, perjudicial o no tener ningún efecto (conocido) en su salud.



¡Nos interesan sus comentarios!

Nuestro objetivo es brindar información útil y fácil de entender sobre el cáncer. Realice nuestra encuesta para decirnos qué hicimos bien y qué podríamos mejorar.
NCCN.org/patients/feedback

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para neoplasias uterinas, versión 2.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

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

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

Lisa Diehl
Diseñadora de Diseño de Producción

La Guía NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para neoplasias uterinas, versión 2.2026 fue desarrollada por los siguientes miembros del panel de NCCN:

Dr. Nadeem R. Abu-Rustum,/presidente
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Dra. Susana M. Campos, máster en Salud Pública, máster en Ciencias, vicepresidenta
Dana-Farber/Brigham and Women's Cancer Center

* Dra. Sudha Amarnath
Case Comprehensive Cancer Center/ University Hospitals Seidman Cancer Center and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Dra. Rebecca Arend
O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB

* Dra. Emma Barber
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center of Northwestern University

Dra. Kristin Bradley
University of Wisconsin Carbone Cancer Center

Dra. Rebecca Brooks
UC Davis Comprehensive Cancer Center

Dr. Junzo Chino
Duke Cancer Institute

* Dra. Hye Sook Chon
Moffitt Cancer Center

Dra. Marta Ann Crispens
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

* Dra. Shari Damast
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Dra. Christine M. Fisher, máster en Salud Pública
University of Colorado Cancer Center

Dr. Peter Frederick
Roswell Park Comprehensive Cancer Center

Dr. David K. Gaffney, doctor en Bioquímica
Huntsman Cancer Institute, University of Utah

* Dra. Stephanie Gaillard, doctora en Medicina
Johns Hopkins Kimmel Cancer Center

Dr. Robert Giuntoli II
Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania

Dr. Scott Glaser
City of Hope National Medical Center

Dra. Brooke E. Howitt
Stanford Cancer Institute

Dra. Kari Kendra, doctora en Medicina/ enlace
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

Dra. Lisa Landrum, doctora en Medicina
Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center

Dra. Jayanthi Lea
UT Southwestern Simmons Comprehensive Cancer Center

Dra. Nita Lee, máster en Salud Pública
The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center

Dra. Gina Mantia-Smaldone
Fox Chase Cancer Center

Dr. Andrea Mariani
Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

Dr. David Mutch
Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital and Washington University School of Medicine

Dra. Christa Nagel
The Ohio State University Comprehensive Cancer Center - James Cancer Hospital and Solove Research Institute

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

Dra. Chika Nwachukwu, doctora en Medicina
UC San Diego Moores Cancer Center

Dra. Mirna Podoll
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Dra. Kerry Rodabaugh
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

Dra. Ritu Salani, máster en Dirección de Empresas
UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center

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

Dr. Scott Schuetze, doctor en Medicina
University of Michigan Rogel Cancer Center

Jean Siedel, doctora en Medicina Osteopática, máster en Ciencias
University of Michigan Rogel Cancer Center

Dra. Pamela Soliman, máster en Salud Pública
The University of Texas MD Anderson Cancer Center

Dra. Stefanie Ueda
UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center

Dra. Renata Urban
Fred Hutchinson Cancer Center

* Emily Wyse
Defensora de pacientes

NCCN

Nicole McMillian, máster en Ciencias
Coordinadora principal de las Guías

Vaishnavi Sambandam, doctora en Medicina
Científica en Oncología/redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite NCCN.org/disclosures.

Centros oncológicos de NCCN

Para obtener información de contacto, visite NCCN.org/cancercenters.

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania

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

City of Hope National Medical Center
Duarte, California

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

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington

Huntsman Cancer Institute at the University of Utah
Salt Lake City, Utah

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianapolis, Indiana

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
Baltimore, Maryland

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
New York, New York

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida

O'Neal Comprehensive Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer Center
of Northwestern University
Chicago, Illinois

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
Buffalo, New York

Siteman Cancer Center at Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
St. Louis, Missouri

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

Stanford Cancer Institute
Stanford, California

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

The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center
Chicago, Illinois

The University of Texas MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas

UC Davis Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California

UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center
Los Angeles, California

UCSF Helen Diller Family Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado

University of Michigan Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan

University of Wisconsin Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut

Índice

adenosarcoma 23, 42-45, 47

análisis de receptores de hormonas 13, 42

carcinoma de células claras 34-35

carcinoma seroso 33-34, 38

carcinosarcoma 33-35, 38

carga mutacional tumoral (TMB) 13, 38, 47-48

ensayo clínico 6, 26-27, 37, 49

estado de la reparación de desajustes (MMR) 13, 38

fusión del gen *NTRK* 13, 44, 47

fusión del gen *RET* 13, 44, 47

inestabilidad microsatelital (MSI) 13, 47

inhibidores de la aromatasa 43, 45

inmunoterapia 25, 33, 37-38, 48

leiomiosarcoma (LMS) 23, 42, 45, 48

mutaciones de *BRCA* 13, 47, 48

mutaciones de p53 13

mutaciones de POLE 13

pruebas de biomarcadores 13, 37

pruebas genéticas 9, 12, 58

reordenamiento de *ALK* 13, 44, 47

salud sexual 53-54

sarcoma del estroma endometrial (SEE) 23, 42, 45

sarcoma uterino indiferenciado (SUI) 42

síndrome de Lynch 12

sobreexpresión de HER2 13, 33-34, 38

supervivencia 51-56

tratamiento complementario 39, 48-49

tratamiento con conservación de la fertilidad 6, 9, 16, 30-31, 34

tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) 42, 45



NCCN Guidelines for Patients®

Recomendaciones sobre el tratamiento del cáncer de parte de los principales expertos de National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®)

Cáncer de útero

Cáncer de endometrio

Sarcoma uterino

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

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

National Comprehensive Cancer Network®

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

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

PAT-N-1945-0626