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 ovario



Gracias al apoyo de National Comprehensive Cancer Network® Foundation

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.

**Esta guía NCCN Guidelines for Patients se basa en las NCCN Guidelines® para el cáncer de ovario, versión 4.2026, 10 de abril de 2026.**

**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 prepara NCCN Guidelines for Patients:** NCCN.org/patient-guidelines-process

**Comuníquese con nosotros**

@NCCNorg | @NCCNVideo | NCCN | @NCCNorg

# Quiénes nos apoyan

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

## Transformamos la atención oncológica compleja en un acompañamiento confiable y financiamos a la próxima generación de investigadores que darán forma a la atención del mañana.

**NCCN Foundation agradece profundamente a las siguientes empresas colaboradoras por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients:**
**Corcept Therapeutics.**

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

## Apoyo adicional proporcionado por

NATIONAL OVARIAN CANCER COALITION

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

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.



## El camino hacia el futuro comienza aquí.

National Comprehensive Cancer Network® Foundation

**Donar ahora**

# Contenido


4 Capítulo 1
Acerca del cáncer de ovario

8 Capítulo 2
Pruebas para detectar el cáncer de ovario

19 Capítulo 3
Tratamiento de los tipos de cáncer de ovario frecuentes

41 Capítulo 4
Tratamiento de los tipos de cáncer de ovario menos frecuentes

54 Capítulo 5
Supervivencia

59 Capítulo 6
Otros recursos

63 Palabras que debe conocer

67 Colaboradores de NCCN

68 Centros oncológicos de NCCN

70 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 ovario


5 ¿Qué es el cáncer de ovario?

6 ¿Cómo se trata el cáncer de ovario?

7 ¿Quiénes forman parte de mi equipo?

7 ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

En realidad, la mayoría de los cánceres de ovario comienzan en las trompas de Falopio, cerca de donde la trompa se une al ovario. En este recurso, se describe el tratamiento para los tipos de cáncer de ovario comunes y poco frecuentes.

## ¿Qué es el cáncer de ovario?

El cáncer de ovario es una enfermedad que comienza cuando las células microscópicas de las trompas de Falopio o los ovarios cambian de tal manera que crecen de forma descontrolada.

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

Cada ovario tiene la forma y el tamaño aproximado de una uva. Un ovario está a la izquierda del útero y el otro está a la derecha. Cada uno está rodeado por un conducto largo y delgado llamado trompa de Falopio. Para que ocurra la menstruación y el embarazo, se necesita el útero y, como mínimo, un ovario y una trompa de Falopio.

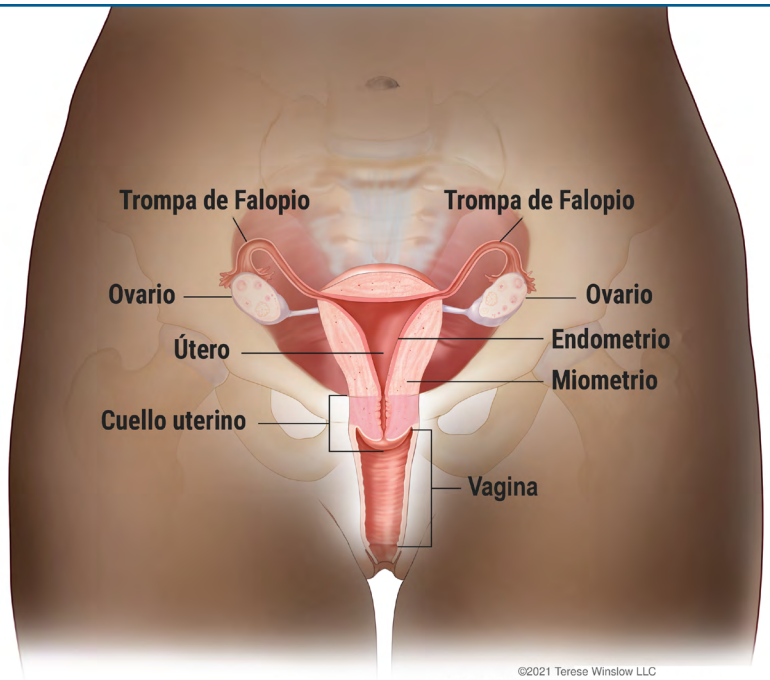
Como la mayoría de los cánceres de ovario se encuentran en la superficie externa de las trompas de Falopio (el epitelio), se denominan cánceres epiteliales de ovario. Los siguientes son los tipos más frecuentes de cáncer epitelial de ovario:

- Cáncer de ovario seroso de alto grado (HGSOC)
- Carcinoma endometrioide de alto grado

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

**Los ovarios**

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



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

## ¿Cómo se trata el cáncer de ovario?

Cuando puede realizarse de forma segura, la cirugía para extirpar el útero, las trompas de Falopio y los ovarios suele ser el primer tratamiento para los tipos comunes de cáncer de ovario. Por lo general, la quimioterapia con derivados del platino se administra después de la cirugía para eliminar las células cancerosas que puedan quedar. En ciertos casos, la cirugía para conservar el útero, un ovario o ambos puede ser una opción si el cáncer no se ha extendido fuera del ovario.

Otro enfoque para los tipos comunes de cáncer de ovario comienza con quimioterapia para reducir el tumor, seguida de una cirugía para extirpar el cáncer restante y el útero, las trompas de Falopio y los ovarios. En este enfoque, también se administra quimioterapia después de la cirugía.

Los tipos de cáncer de ovario menos frecuentes suelen diagnosticarse durante una cirugía o un procedimiento realizado por otro motivo. Cuando sea posible, es muy recomendable recibir tratamiento como parte de un ensayo clínico. Si un ensayo clínico no es una opción, el tratamiento de estos tipos de neoplasias malignas poco frecuentes es individualizado y suele incluir quimioterapia.

El tratamiento complementario está disponible para todos los pacientes con cáncer de ovario, ya sea que esté recibiendo otro tratamiento o no.

### Cáncer peritoneal primario

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

**El tratamiento que usted y su equipo de atención médica acuerden debe detallarse 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.**



## ¿Quiénes forman parte de mi equipo?

El tratamiento del cáncer de ovario requiere un equipo de expertos, incluido un oncólogo ginecólogo. Esta clase de médico es un experto en cirugía y quimioterapia para tipos de cáncer ginecológicos. Cuando sea posible, un oncólogo ginecólogo debe realizar la cirugía para extirpar el cáncer de ovario.

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

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

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

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

### Cómo 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. Esta guía utiliza un lenguaje claro y cotidiano para explicar las recomendaciones actuales sobre el tratamiento del cáncer formuladas por expertos respetados en la materia. Las recomendaciones se basan en las investigaciones y las prácticas más recientes de los mejores centros oncológicos.

Su salud es única, por lo que su atención oncológica también debería serlo. A medida que lea 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.

## ¿Cómo puedo recibir la mejor atención?

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

Las NCCN Guidelines for Patients le permitirán desempeñar un papel más importante en su atención. Hable sobre las recomendaciones de esta guía con su equipo de atención médica.

Pregunte sobre sus opciones y comparta sus objetivos e inquietudes.

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

# 2
# Pruebas para detectar el cáncer de ovario


9 Examen abdominal y pélvico

10 Estudios de diagnóstico por imágenes

13 Análisis de sangre

14 Pruebas de tejido para el diagnóstico

15 Análisis genéticos para el riesgo de cáncer hereditario

16 Pruebas de biomarcadores

17 Salud nutricional y del tracto digestivo

18 Puntos clave

18 Preguntas para hacer

# 2 Pruebas para detectar el cáncer de ovario

Actualmente, no existe ninguna prueba de detección para el cáncer de ovario. La detección consiste en analizar la presencia de una enfermedad o un problema en personas sin síntomas. En este capítulo, se describen las pruebas utilizadas para conocer más sobre la sospecha de cáncer de ovario, incluida la posibilidad de tratamiento mediante cirugía o quimioterapia.

El cáncer de ovario puede causar síntomas, pero es posible que no se noten hasta que el tumor haya crecido mucho o el cáncer se haya extendido. Estos son los síntomas más frecuentes:

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

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

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

Si su profesional de atención médica sospecha que tiene cáncer de ovario según sus síntomas, se recomiendan las pruebas descritas en este capítulo. Consulte también la **Guía 1**.

Las pruebas ayudan a determinar el estadio clínico (previo al tratamiento). El estadio clínico ofrece una estimación de cuánto se ha extendido el cáncer. Es solo una estimación porque es necesario realizar una cirugía para saber exactamente cuánto cáncer hay en el cuerpo.

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

## Examen abdominal y pélvico

Su médico palpará diferentes zonas de su vientre. Esto se llama examen abdominal. Comprobará el tamaño y la firmeza de los órganos abdominales y buscará signos de acumulación de líquido (llamada ascitis).

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

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

Su médico también puede examinar si hay cáncer en el espacio del cuerpo entre el recto y la vagina. Esto se llama examen rectovaginal.

# Estudios de diagnóstico por imágenes

Los estudios de diagnóstico por imágenes pueden mostrar la ubicación, el tamaño y la forma de un tumor de ovario. También pueden mostrar si el cáncer se extendió fuera de los ovarios.

## Ecografía pélvica

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

Las ecografías son muy útiles para mostrar el tamaño, la forma y la ubicación de los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y los tejidos cercanos. También puede mostrar si hay una masa en el ovario y si la masa es sólida o está llena de líquido.

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

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

**Guía 1**
**Pruebas para detectar un posible tumor de ovario y planificar el tratamiento si es necesario**

| |
|---|
| Examen abdominal y pélvico |
| Estudios de diagnóstico por imágenes:<br>• Ecografía pélvica<br>• TC o RM del abdomen y la pelvis<br>• TC de tórax (si su equipo sospecha que el cáncer se ha extendido a los pulmones o el tórax)<br>• Otros estudios por imágenes según sea necesario (TEP/TC, RM, TEP/RM)<br>• Laparoscopia diagnóstica (puede realizarse si el cáncer está en un estadio avanzado) |
| Examen del tejido tumoral por parte de un anatomopatólogo |
| Análisis genéticos de sangre o saliva para detectar el riesgo hereditario de cáncer |
| Análisis de sangre:<br>• CA-125 u otros marcadores tumorales<br>• Pruebas de estado de salud general (hemograma completo, perfil bioquímico con pruebas de la función hepática) |
| Revisión del tubo digestivo mediante endoscopia alta y colonoscopia (si es necesario) |
| Evaluación de su estado de salud general, su condición física y su estado nutricional |
| Evaluación de endocrinología reproductiva e infertilidad (ERI) (si es necesario) |

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

## TC

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

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

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

## RM

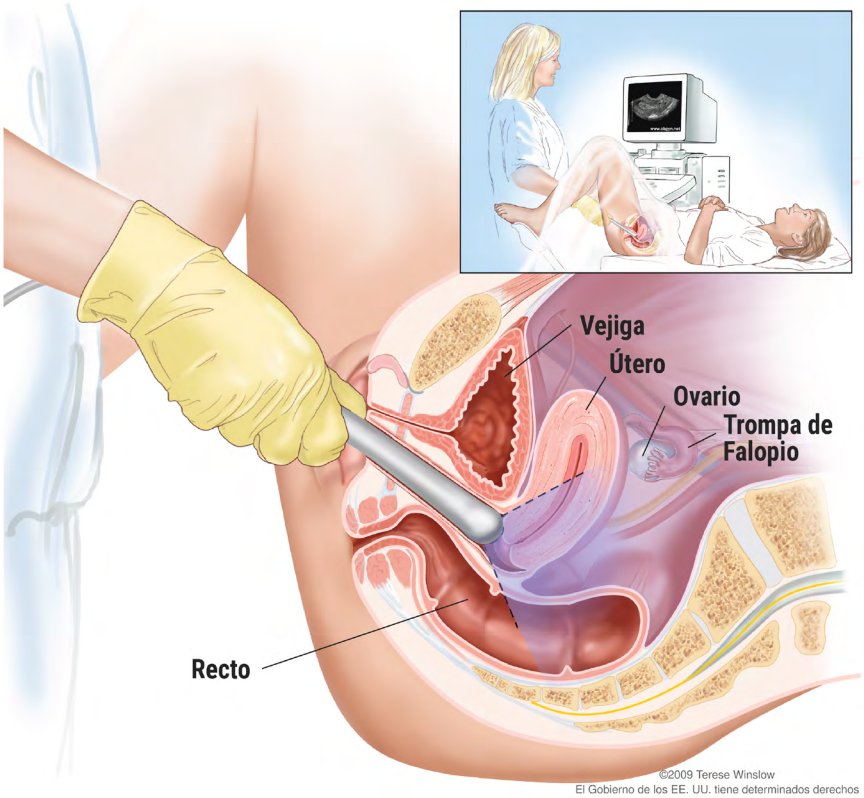
Es posible que le realicen una resonancia magnética (RM) del abdomen y la pelvis para detectar signos de extensión del cáncer. En la RM, no se utiliza radiación. Usa ondas de radio e imanes potentes para tomar fotografías de áreas del interior del cuerpo.

La RM tarda más que la TC, y el escáner es más cerrado. Informe a su equipo de atención si siente nervios en espacios cerrados. Es posible que le administren algún tipo de sedante para que pueda relajarse. Al igual que en una TC, se puede utilizar un agente de contraste para que las imágenes sean más claras.

### Ecografía pélvica

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

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



## TEP

Si los resultados de la TC o la RM no son claros o no son útiles, cualquiera de estos métodos puede combinarse con una tomografía por emisión de positrones (TEP). En la TEP, las células cancerosas aparecen más brillantes que las células normales. Esto sucede porque reaccionan de manera diferente a la glucosa (azúcar) radioactiva que se introduce en el cuerpo antes de realizar el estudio.

La TEP es útil para mostrar grupos pequeños de células cancerosas y puede ayudar a determinar si el cáncer de ovario se ha extendido.

## Observación del interior del abdomen

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

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

### TC

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



# Análisis de sangre

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

## Marcadores tumorales

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

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

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

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

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

## Estado de salud general

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

El perfil bioquímico sanguíneo mide los niveles de distintas sustancias químicas que afectan a los riñones, los huesos y otros órganos y tejidos. Los niveles que son demasiado altos o bajos podrían ser un signo de que su organismo no está funcionando bien. Los niveles anormales pueden estar causados por la extensión del cáncer o por otras enfermedades. Este análisis también puede proporcionar información sobre la ingesta de nutrientes, como los niveles de proteínas.

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

# Pruebas de tejido para el diagnóstico

Para diagnosticar el cáncer de ovario y determinar el tipo de cáncer, es necesario extraer tejido tumoral del organismo y analizarlo.

Si se planifica la cirugía en primer lugar, el cirujano analizará el tumor y otros tejidos extirpados durante la intervención.

Si se planea la quimioterapia en primer lugar, se le hará una biopsia antes de iniciar cualquier tratamiento. Estos son los tipos de biopsias:

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

Su médico evitará introducir la aguja directamente en el ovario. La rotura de la capa externa del ovario puede hacer que las células cancerosas se desparramen dentro del cuerpo.

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

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

## Cáncer detectado durante la cirugía o biopsia previa

El cáncer puede haberse detectado durante una cirugía o biopsia realizada por otro médico. En este caso, su equipo de atención médica deberá revisar los resultados de cirugías y estudios previos. Un anatomopatólogo examinará el tejido tumoral con un microscopio para verificar que se trate de cáncer de ovario. Los médicos también querrán averiguar si después de la cirugía aún tiene cáncer en su cuerpo.

## Análisis genéticos para el riesgo de cáncer hereditario

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

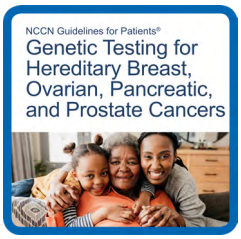
El cáncer de ovario hereditario suele deberse en gran medida a las variantes de estirpe germinal en el gen del cáncer de mama 1 (*BRCA1*) o en el gen del cáncer de mama 2 (*BRCA2*). El síndrome de Lynch también puede causar cáncer de ovario hereditario y es la causa más común de cáncer de colon y de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

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

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

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

Para obtener más información sobre las pruebas para detectar cáncer de ovario hereditario, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Pruebas genéticas para cáncer hereditario de mama, ovario, páncreas y próstata* disponible en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.




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



# Pruebas de biomarcadores

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

La forma preferida de saber si el cáncer tiene biomarcadores es que un anatomopatólogo analice una muestra del tumor en un laboratorio. Si esto no es posible, se puede analizar una muestra de sangre.

Los resultados pueden utilizarse para determinar si puede participar en determinados ensayos clínicos y si puede beneficiarse de tratamientos de mantenimiento específicos.

## *BRCA* y HRD

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

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

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

## Otros biomarcadores

El momento de realizar las pruebas de los biomarcadores que se describen a continuación puede variar. Algunos profesionales realizan estas pruebas (además de las del *BRCA*) al principio del proceso de tratamiento. Otros quizá solo analicen el *BRCA* y esperen a ver si se necesitan tratamientos que requieran otros biomarcadores.

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

- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Reparación de desajustes (MMR)
- Expresión de HER2
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Mutación V600E del gen *BRAF*
- Mutación de *KRAS*
- Expresión del receptor de folato alfa (FRα)
- Mutaciones de *RET*
- Fusión del gen *NTRK1/2/3*
- Expresión de PD-L1

## Salud nutricional y del tracto digestivo

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

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

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

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

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

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

### Síntomas

**Los síntomas del cáncer de ovario incluyen hinchazón, dolor en la pelvis o el abdomen, dificultad para comer y sensación de saciedad rápida. Es posible que su médico quiera examinar su tracto gastrointestinal (GI) mediante un estudio de diagnóstico por imágenes. El tracto gastrointestinal está formado por los órganos por los que pasan los alimentos cuando come.**

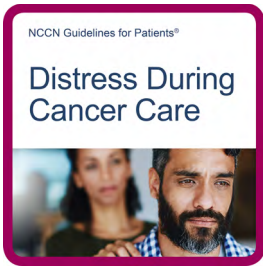


## Puntos clave

- Con frecuencia, la ecografía abdominal o vaginal es el primer estudio de diagnóstico por imágenes que se realiza ante la sospecha de cáncer de ovario. Si las imágenes no son claras, es posible que le realicen una TC o RM del abdomen y la pelvis.
- Si es necesario, la TC es una buena opción para determinar si el cáncer se ha extendido fuera de los ovarios y si los ganglios linfáticos cercanos son más grandes de lo normal. Se recomiendan exploraciones del tórax, abdomen y la pelvis.
- Los análisis de sangre que se realizan cuando se sospecha cáncer de ovario incluyen un hemograma completo (HC), un perfil bioquímico, pruebas de la función hepática y análisis de marcadores tumorales. La prueba del antígeno del cáncer-125 (CA-125) es la prueba de marcadores tumorales más común para el cáncer de ovario.
- El diagnóstico de cáncer de ovario se realiza examinando el tejido tumoral con un microscopio. Si se planifica la cirugía en primer lugar, el cirujano analizará el tumor y otros tejidos extirpados durante la intervención. Si primero se planifica la quimioterapia, se le hará una biopsia para confirmar el tipo de cáncer antes de iniciar cualquier tratamiento.
- Todas las personas que recibieron un diagnóstico de cáncer epitelial de ovario (incluido el cáncer de las trompas de Falopio y el cáncer peritoneal) a cualquier edad deben someterse a pruebas genéticas de sangre o saliva para detectar diferencias heredadas en los genes *BRCA* y relacionados que aumenten el riesgo de cáncer de ovario.
- El tumor de ovario en sí debe analizarse para detectar mutaciones somáticas (cambios) en los genes *BRCA* y genes relacionados. Los tipos de cáncer con una mutación en el gen *BRCA* también son de recombinación homóloga deficiente o HRD positivo.

## Preguntas para hacer

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




### Está bien pedir ayuda

Busque ayuda si siente tristeza, miedo, desesperanza, enojo, ansiedad o cualquier otra emoción que pueda surgir con un diagnóstico de cáncer.

Para obtener más información sobre el cáncer y el malestar emocional, consulte *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



# 3

# Tratamiento de los tipos de cáncer de ovario frecuentes


20 Cirugía

23 Cuando la cirugía no es una alternativa

24 Estadificación

30 Quimioterapia

32 Tratamiento de mantenimiento

34 Vigilancia

34 Recurrencia

38 Ensayos clínicos

40 Puntos clave

40 Preguntas para hacer

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

## Cirugía

Si su estado de salud le permite someterse a una cirugía mayor y si puede extirparse la mayor parte o la totalidad del cáncer, la cirugía suele ser el tratamiento primario (primero). A veces, primero se administra quimioterapia. Si su equipo recomienda quimioterapia antes de la cirugía, consulte la página 23.

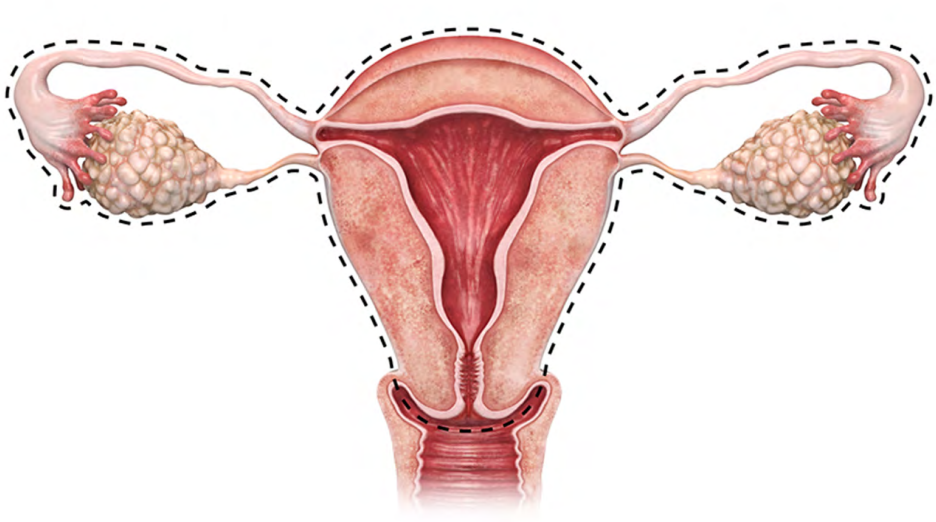
La cirugía debe ser realizada por un oncólogo ginecólogo. Se trata de un cirujano que es experto en los tipos de cáncer que comienzan en los órganos reproductores femeninos.

Estos son los principales objetivos de la cirugía:

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

**Histerectomía y SOB**

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



## Histerectomía y SOB

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

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

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

## Cirugía con conservación de la fertilidad

Después de la extirpación del útero, no es posible quedar embarazada. Esto es difícil para las mujeres que desean quedar embarazadas en el futuro. Sin embargo, la cirugía con conservación de la fertilidad puede ser una opción.

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

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

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

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

## Métodos quirúrgicos

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

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

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

## Estadificación quirúrgica

Si parece que el cáncer no se ha extendido, debe realizarse una estadificación quirúrgica. La estadificación quirúrgica es la forma más precisa

de determinar el estadio del cáncer de ovario. Consiste en tomar muestras de los órganos y tejidos en los que suele extenderse el cáncer de ovario durante la cirugía. Las muestras se analizan para detectar células cancerosas.

Su cirujano también tomará muestras de los tejidos cercanos que parezcan no tener cáncer. El objetivo es buscar células cancerosas que se hayan extendido fuera de los ovarios o la pelvis, pero que solo puedan verse con un microscopio. Se llaman metástasis microscópicas.

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

## Menopausia prematura

Si usted está en etapa premenopáusica, la cirugía para extirpar los ovarios produce una caída repentina de estrógenos en el organismo. Esto se llama menopausia quirúrgica. Puede experimentar estos síntomas de menopausia:

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

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

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

## Riesgos y efectos secundarios de la cirugía

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

El cáncer y la cirugía abdominal reciente son factores de riesgo de formación de coágulos sanguíneos, también conocidos como trombosis venosa profunda (TVP). Es posible que le receten un anticoagulante (orales o inyectables) por hasta 4 semanas después de la cirugía para ayudar a prevenir la formación de coágulos.

# Cuando la cirugía no es una alternativa

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

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

## Cirugía citorreductora de intervalo

Si el cáncer mejora después de 2 a 3 meses de quimioterapia, se recomienda la cirugía citorreductora de intervalo (CCI). El objetivo es extirpar tanto cáncer como sea posible, así como los ovarios, las trompas de Falopio y el útero.

Durante la cirugía, se puede calentar el medicamento de quimioterapia (por lo general, cisplatino) y, luego, hacerlo circular por el abdomen para alcanzar los espacios entre los órganos. Esto se llama quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

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

## Estadificación

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

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

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

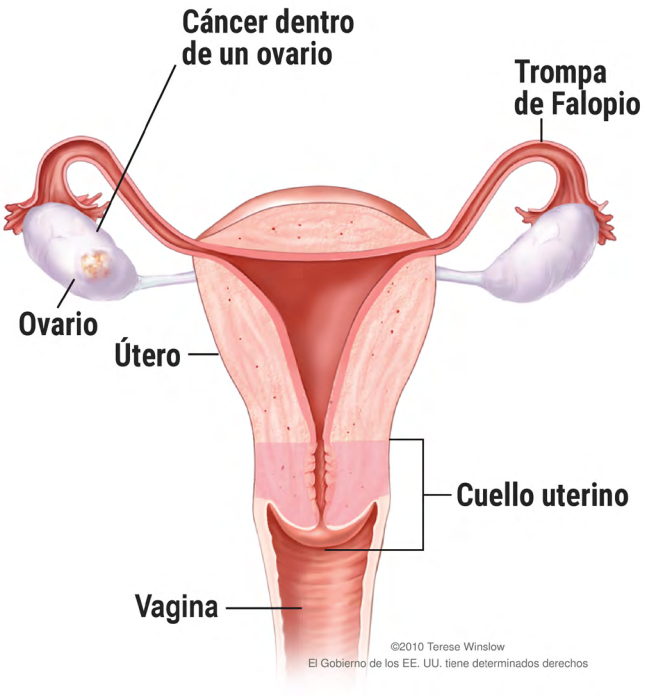
- La extensión del primer tumor (primario)
- La extensión del cáncer a los ganglios linfáticos cercanos
- La extensión del cáncer a lugares distantes

Los estadios del cáncer de ovario se numeran del 1 al 4, aunque los médicos usan números romanos (I, II, III y IV). Los estadios también se dividen en subestadios para ayudar a describir con más detalle la extensión del cáncer.

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

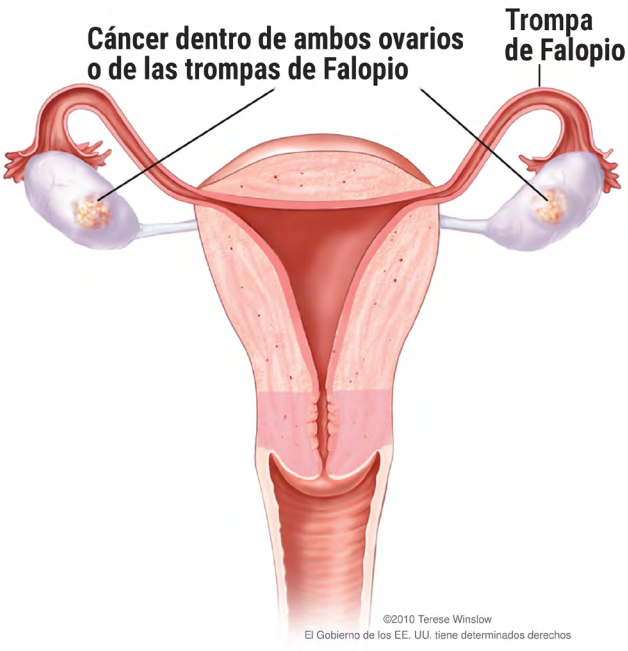
**Estadio 1A**

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



### Estadio 1B

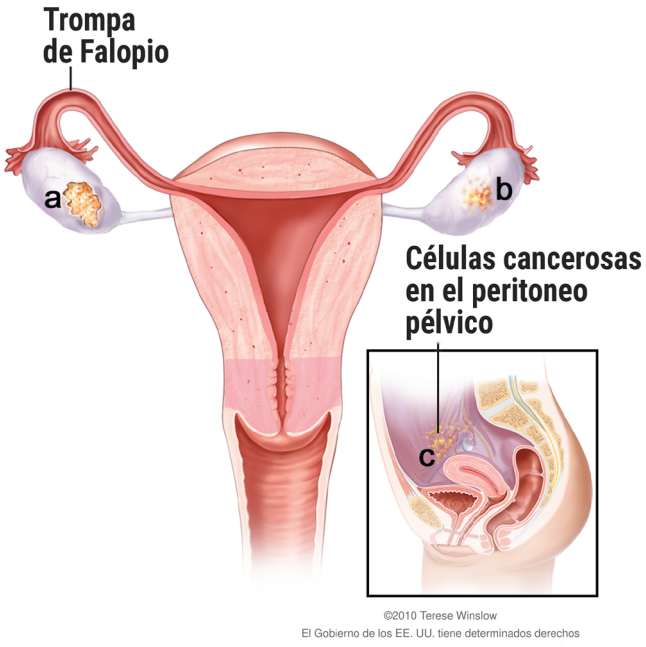
**El cáncer está en ambos ovarios. Las cápsulas están intactas, y no hay cáncer en la superficie exterior de los ovarios. No se detectaron células cancerosas en el líquido de la ascitis o el lavado.**




### Estadio 1C

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

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



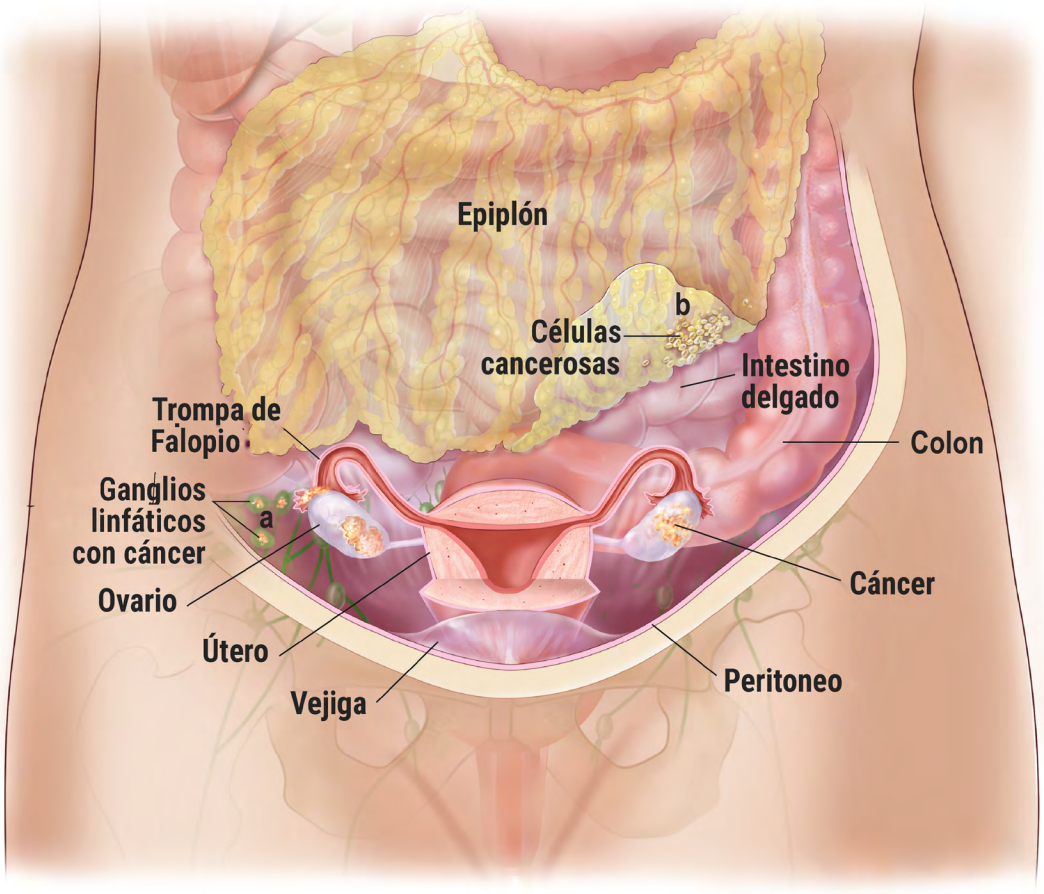
### Estadio 3A1

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

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

### Estadio 3A2

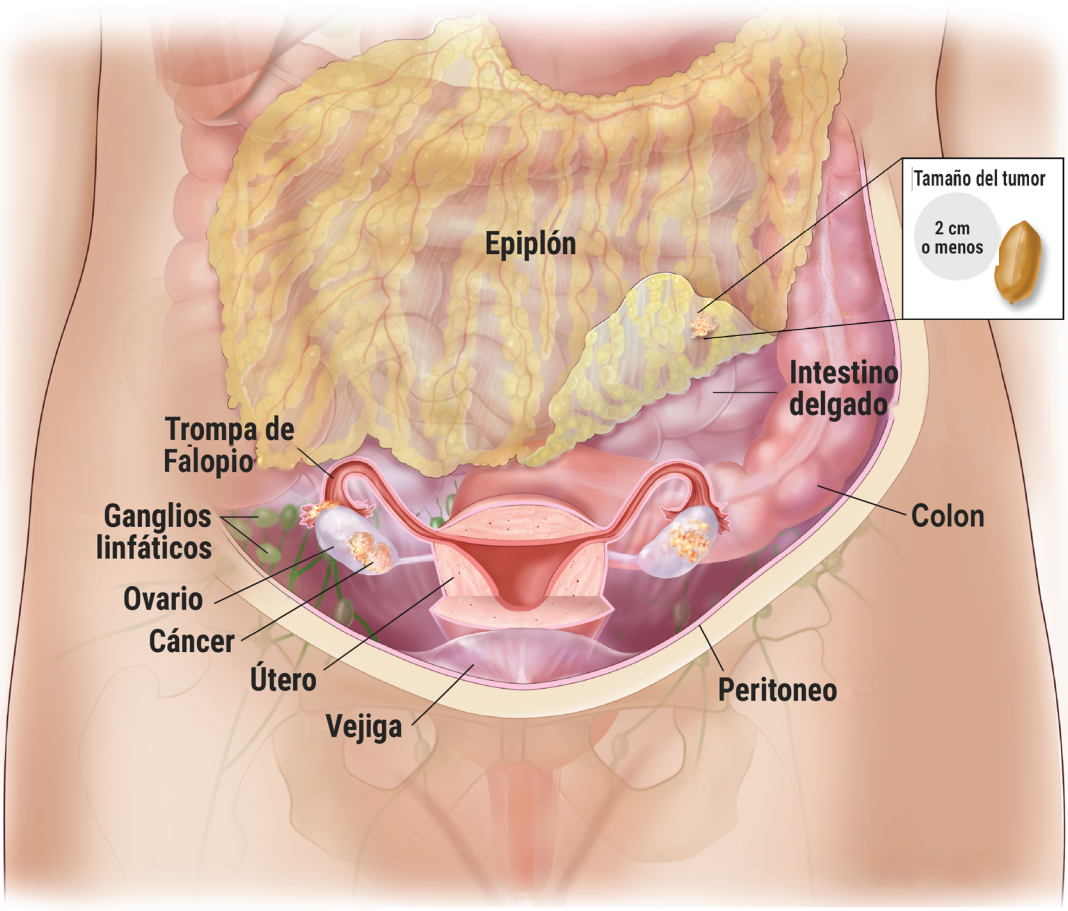
**El cáncer se ha extendido al tejido que recubre el abdomen. Es tan pequeño que solo puede verse con un microscopio. También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen.**




©2011 Terese Winslow
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

### Estadio 3B

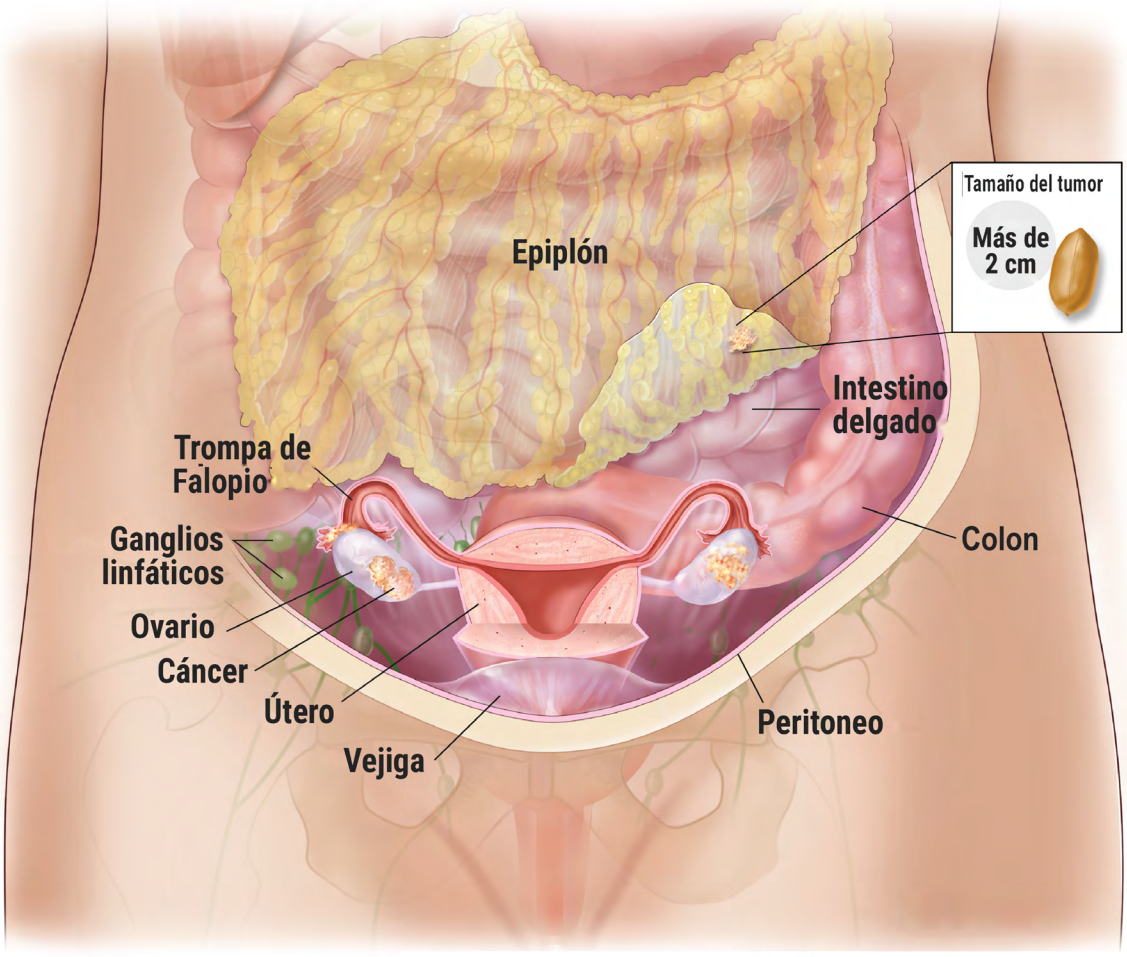
**Se observa cáncer en el tejido que recubre el abdomen. El área del cáncer es más pequeña que un maní (unos 2 cm [centímetros] o menos). También puede haber cáncer en los ganglios linfáticos de la parte posterior del abdomen.**




©2011 Terese Winslow
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

### Estadio 3C

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

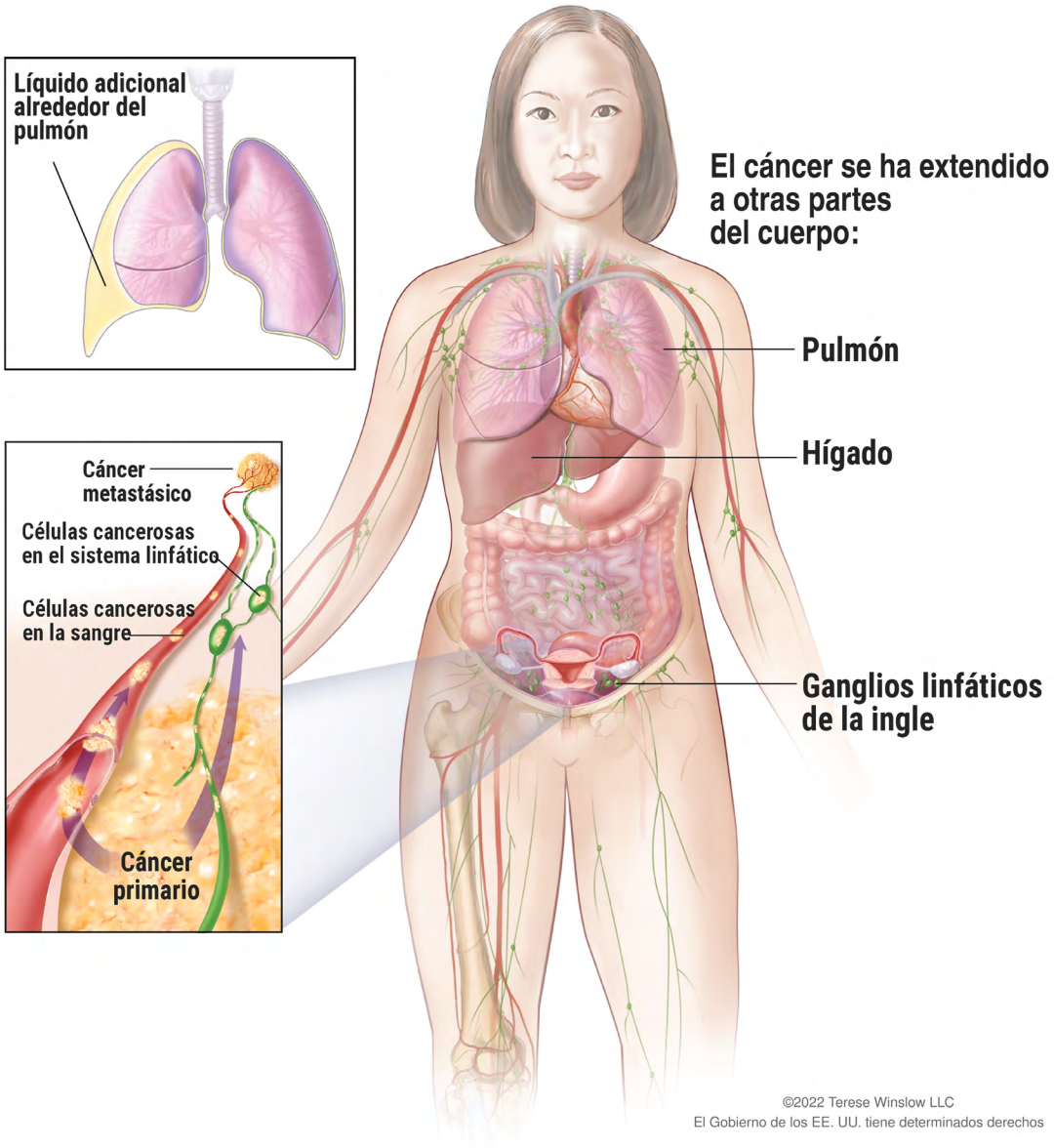



©2011 Terese Winslow
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

### Estadio 4

**El cáncer se ha extendido a otras partes del cuerpo.**

- **Estadio 4A: hay células cancerosas en el líquido que rodea los pulmones. Esto se llama derrame pleural maligno.**
- **Estadio 4B: el cáncer se ha extendido al interior del hígado o el bazo, a los ganglios linfáticos distantes o a órganos fuera del abdomen.**




©2022 Terese Winslow LLC
El Gobierno de los EE. UU. tiene determinados derechos

# Quimioterapia

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

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

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

Considere la posibilidad de recibir tratamiento en el marco de un ensayo clínico. Pregunte a su equipo de atención médica si cumple los requisitos para participar en algún estudio en curso. Consulte la página 38 para obtener más información.

Todos los tratamientos sistémicos 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 evidencia de que pueden funcionar mejor y ser más seguros que otros.
- **Otros tratamientos recomendados** pueden ofrecer resultados efectivos, pero es posible que tengan menos evidencia científica, produzcan más efectos secundarios o no sean tan eficaces como los tratamientos preferidos.
- **En algunos casos, hay tratamientos** que funcionan mejor para personas cuyo cáncer presenta determinadas características o circunstancias de salud específicas.

## Estadio 1

Luego de la cirugía, se recomienda quimioterapia para la mayoría de las neoplasias malignas recientemente diagnosticadas en estadio 1. La observación puede ser una opción para un tumor de bajo grado (de crecimiento lento) en estadio 1A o 1B. Pregunte a su médico si esto describe su tumor.

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

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

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

Hable con su equipo de atención sobre sus opciones de tratamiento complementario. Esta gama de atención y servicios disponibles para las personas con cáncer puede brindar apoyo mental, físico y práctico.

## Estadios 2, 3 y 4

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

En este momento, la pauta terapéutica de quimioterapia **preferida** es paclitaxel con carboplatino, que se administra cada 3 semanas. En las neoplasias malignas en estadio 2, 3 y 4, se administran seis ciclos. La quimioterapia puede combinarse con un fármaco llamado bevacizumab (Avastin). Este fármaco detiene el crecimiento de nuevos vasos sanguíneos que alimentan el tumor.

Y, si no puede recibir la pauta terapéutica preferida, hay otras opciones recomendadas para considerar junto con su equipo de atención.

Si la quimioterapia funciona bien, puede continuar con un tratamiento de mantenimiento. Consulte la página 32 para obtener más información.

## Quimioterapia intravenosa

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

La quimioterapia se administra en ciclos de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del próximo tratamiento. La duración de los ciclos varía según los fármacos que se utilicen.

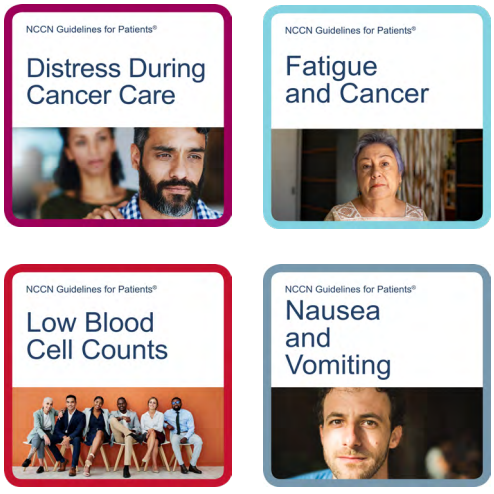
Es posible que se coloque un puerto para recibir la quimioterapia. Se trata de un pequeño disco redondo que suele colocarse bajo la piel, en la parte superior del tórax. Se inserta durante una intervención quirúrgica menor y permanece en el cuerpo hasta que finaliza el tratamiento. Después del tratamiento,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

## Efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios frecuentes de la quimioterapia son caída del cabello, úlceras bucales, daño nervioso, náuseas, vómitos y baja cantidad de células sanguíneas, entre otros.

Pregunte a su equipo de atención sobre las formas de prevenir o aliviar los efectos secundarios. Por ejemplo, usar guantes y zapatillas hipotérmicas durante las infusiones de quimioterapia puede aliviar el daño nervioso en las manos y los pies. Del mismo modo, el uso de un gorro hipotérmico en el cuero cabelludo durante las infusiones podría prevenir o reducir la caída del cabello.

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



### Quimioterapia intraperitoneal

El medicamento de quimioterapia también puede inyectarse lentamente en el abdomen. Esto se llama quimioterapia intraperitoneal (IP). Cuando se la administra de esta forma, se dan dosis más altas directamente a las células cancerosas que están en el área del vientre.

Este tipo de quimioterapia se administra a través de un tubo delgado que se llama catéter. El catéter se suele conectar a un puerto colocado dentro del abdomen durante una cirugía.

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

#### HIPEC

Durante la cirugía citorreductora de intervalo, también se puede calentar el medicamento de quimioterapia (por lo general, cisplatino) y hacerlo circular por el abdomen para alcanzar los espacios entre los órganos. Esto se llama quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC).

### Pruebas durante la quimioterapia

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

### ¿Cuál es el siguiente paso?

Si el cáncer mejora como resultado de la quimioterapia, el siguiente paso suele ser el tratamiento de mantenimiento.

## Tratamiento de mantenimiento

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

Si se planea un tratamiento de mantenimiento, suele recomendarse un inhibidor de PARP (PARPi), bevacizumab o ambos.

El bevacizumab es un tipo de medicamento contra el cáncer llamado inhibidor de la angiogénesis. Impide que el tumor forme nuevos vasos sanguíneos que necesita para crecer.

Los inhibidores de PARP son tratamientos orales dirigidos que funcionan mejor en los cánceres con deficiencia de recombinación homóloga (HRD) positiva, incluidos los causados por una mutación de *BRCA*.

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

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

### Tipos de cáncer con mutación de *BRCA*

Si tiene una variante *BRCA* hereditaria, o el cáncer tiene una mutación *BRCA*, y **no se incluyó** bevacizumab en su quimioterapia, se recomienda el tratamiento de mantenimiento con cualquiera de los 3 inhibidores de PARP.
La observación puede ser una opción para algunos tipos de cáncer en estadio 2 que tuvieron una respuesta completa a la quimioterapia.

Si **se incluyó** bevacizumab en su quimioterapia primaria, se recomienda el tratamiento de mantenimiento con olaparib y bevacizumab juntos. Si no se puede administrar olaparib, en su lugar se administra niraparib. El tratamiento de mantenimiento con un inhibidor de PARP solo también es una opción, pero hay menos evidencia que lo respalde.

## Tipos de cáncer con deficiencia de recombinación homóloga (estado de *BRCA* normal o desconocido)

Si no tiene una mutación de *BRCA* (o no se ha hecho una prueba de *BRCA*) y **no se incluyó** bevacizumab en la quimioterapia, se recomienda el tratamiento de mantenimiento con cualquiera de los 3 inhibidores de PARP.
La observación también es una opción si hubo una respuesta completa a la quimioterapia.

Si **se incluyó** bevacizumab en su quimioterapia primaria, el tratamiento de mantenimiento con olaparib y bevacizumab es una opción recomendada. Si no se puede administrar olaparib, en su lugar se administra niraparib.
El tratamiento de mantenimiento con bevacizumab u olaparib solos también son una opción para estas neoplasias malignas.

## Tipos de cáncer con competencia de recombinación homóloga (estado de *BRCA* normal o desconocido)

Si tuvo una respuesta completa después de la quimioterapia sin bevacizumab, se recomienda la observación. Si tuvo una respuesta menor que la completa, se recomienda el tratamiento sistémico para la enfermedad persistente o recurrente.

Si **se incluyó** bevacizumab en su quimioterapia primaria, se recomienda el tratamiento de mantenimiento con bevacizumab solo.

## ¿Cuánto dura el tratamiento de mantenimiento?

La duración del tratamiento de mantenimiento después del tratamiento inicial con cirugía y quimioterapia con platino varía según la pauta terapéutica recibida.

Cuando se usa solo cualquiera de los 3 inhibidores de PARP, el tratamiento de mantenimiento dura de 2 a 3 años, según el inhibidor específico.

Cuando se combina olaparib o niraparib con bevacizumab (después de una quimioterapia que incluyó bevacizumab), los dos medicamentos pueden administrarse juntos por hasta 15 meses. El inhibidor de PARP puede continuarse solo.

Tenga en cuenta que estas recomendaciones pueden cambiar a medida que avanzan las investigaciones.

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

## Vigilancia

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

**Primeros 2 años:** cada 2 a 4 meses

**Próximos 3 años:** cada 3 a 6 meses

**Después de 5 años:** una vez al año

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

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

Además de las pruebas de vigilancia, los sobrevivientes necesitan otros cuidados. Consulte el *Capítulo 5: Supervivencia* para obtener más información.

## Recurrencia

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

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

**“Aprendí que buscar una segunda opinión no tenía nada que ver con el nivel de confianza en mi médico. Fue un proceso para obtener toda la información que necesitaba y tomar las mejores decisiones sobre mi tratamiento”.**



## Pruebas de biomarcadores

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

- Expresión de HER2
- Expresión de PD-L1
- Mutaciones de los genes *BRCA1* y *BRCA2*
- Estado de deficiencia de recombinación homóloga (HRD)
- Estado de inestabilidad de microsatélites (MSI)/reparación de desajustes (MMR)
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Mutación V600E del gen *BRAF*
- Mutaciones de *KRAS*
- Expresión del receptor de folato alfa (FRα)
- Fusiones del gen *RET*
- Fusiones del gen *NTRK*

Su médico puede optar por analizar incluso más biomarcadores que los enumerados. Se recomienda a todas las personas con cáncer de ovario persistente o recurrente que consideren la posibilidad de participar en un ensayo clínico para su tratamiento.

## Cáncer sensible a los derivados del platino

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

Como se obtuvieron buenos resultados, se suele recomendar la quimioterapia con derivados del platino para la enfermedad recurrente sensible a estos derivados. Esto es aplicable especialmente a la primera recurrencia. Puede agregarse bevacizumab (Avastin) a la quimioterapia.

En ciertas circunstancias, antes de iniciar el tratamiento de la recurrencia, el médico puede recomendar una cirugía para extirpar todo el cáncer visible. Esto se llama cirugía citorreductora secundaria.

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

Si el cáncer tiene una mutación de *BRCA* y nunca ha recibido tratamiento con un inhibidor de PARP, también puede ser una opción para el tratamiento de mantenimiento. Cuando se administra después de la quimioterapia para el cáncer recurrente, el tratamiento de mantenimiento con un inhibidor de PARP puede continuarse hasta que el cáncer crezca o se extienda, o hasta que los efectos secundarios hagan que continuar sea intolerable o poco seguro.

Si el cáncer vuelve a aparecer, puede ser una buena opción el tratamiento dirigido o inmunoterapia si el cáncer tiene alguno de los biomarcadores (características únicas).

### Tratamiento hormonal

Hasta la menopausia, los ovarios producen las hormonas estrógeno y progesterona. A veces, se administran hormonas para aliviar los síntomas de la menopausia, como los sofocos. Esto se conoce como tratamiento hormonal para la menopausia (THM). Sin embargo, el THM puede favorecer el crecimiento de algunos cánceres de ovario.

En algunos casos, el tratamiento puede bloquear la acción de estas hormonas o reducir sus niveles. El objetivo es ayudar a ralentizar el crecimiento del

cáncer de ovario. Esto se denomina tratamiento hormonal o terapia antiestrogénica. Puede utilizarse para el cáncer de ovario persistente o recurrente, con mayor frecuencia para tumores de bajo grado (de crecimiento lento).

El tratamiento hormonal a menudo provoca estos síntomas de menopausia:

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

Otros efectos secundarios incluyen hinchazón de manos y pies, fatiga y menos interés en el sexo. Los coágulos de sangre son un efecto infrecuente pero grave del tamoxifeno. Los inhibidores de la aromatasa pueden debilitar los huesos y causar dolor articular y muscular.

### Radioterapia para aliviar los síntomas

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

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

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

## Tratamiento complementario

El tratamiento complementario 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

Algunos profesionales de atención médica se refieren a los cuidados paliativos como tratamiento complementario. Consideran que estos tipos de tratamientos son similares o que se superponen. Otros creen que existen diferencias importantes, pero ambos ayudan a las personas con cáncer a vivir de la mejor manera posible. Su centro oncológico puede contar con especialistas en cuidados paliativos, que pueden darle asistencia adicional y coordinar sus necesidades de tratamientos complementarios.

Su médico puede sugerir cuidados de hospicio. Los cuidados de hospicio pueden ayudar con las necesidades físicas y emocionales derivadas del cáncer de ovario.

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.



## Cáncer resistente a los derivados del platino

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

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

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

Otras opciones pueden incluir el tratamiento hormonal, el tratamiento dirigido o la inmunoterapia. Se recomienda que se inscriba en un ensayo clínico si cumple los requisitos.



### Reacciones de hipersensibilidad

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

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

# Ensayos clínicos

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

Si en un ensayo clínico se determina que un 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



### Buscar un ensayo clínico

#### 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

**Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)**
ocra.careboxhealth.com

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

### ¿Necesita ayuda para buscar un ensayo clínico?

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

del cáncer, los antecedentes de tratamiento o el estado de salud general. Estas garantizan que los participantes se asemejen en formas específicas y que el ensayo sea lo más seguro posible para los participantes.

## Consentimiento informado

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

- Si puede extirparse la mayor parte o la totalidad del cáncer y su estado de salud le permite someterse a una cirugía mayor, la histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (SOB) suele ser el tratamiento primario (primero). Por lo general, la quimioterapia con derivados del platino se administra después de la cirugía para eliminar las células cancerosas que puedan quedar. Se puede incluir bevacizumab (Avastin) en la pauta terapéutica de quimioterapia.
- Otro enfoque consiste en administrar quimioterapia primero para reducir el tumor (quimioterapia neoadyuvante), seguida de una cirugía para extirpar el cáncer residual y realizar una histerectomía con SOB. En este enfoque, también se administra quimioterapia después de la cirugía (quimioterapia adyuvante).
- La cirugía con conservación de la fertilidad puede ser una opción para los tipos de tumores comunes, pero solo en casos muy seleccionados. Por lo general, solo se considera para los tipos de cáncer que no se han extendido en absoluto fuera del ovario.
- El estadio del cáncer de ovario se determina durante la cirugía para extirpar el cáncer. Esto se llama estadificación quirúrgica. El estadio quirúrgico (también llamado anatomopatológico) ofrece la estimación más precisa de cuánto se ha extendido el cáncer. Se utiliza para guiar el tratamiento después de una intervención quirúrgica.
- El tratamiento de mantenimiento se recomienda para muchas neoplasias malignas en estadios 2, 3 y 4 que responden bien al tratamiento inicial. Los inhibidores de PARP funcionan mejor en los tipos de cáncer que tienen una mutación de *BRCA* o que son HRD positivos. Si se incluyó en la quimioterapia, el bevacizumab puede administrarse solo o con un inhibidor de PARP como tratamiento de mantenimiento.
- Si aún no se han realizado, se recomienda realizar pruebas de biomarcadores tumorales a todas las personas con cáncer de ovario recurrente. Los biomarcadores son características únicas del tumor que pueden ayudar a guiar su tratamiento.
- Los ensayos clínicos permiten acceder a tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

## Preguntas para hacer

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

# 4

# Tratamiento de los tipos de cáncer de ovario menos frecuentes


42 Carcinosarcoma

43 Carcinoma de células claras

43 Carcinoma de células pequeñas (tipo hipercalcémico)

43 Carcinoma mucinoso

45 Carcinoma endometrioide de grado 1

45 Carcinoma seroso de bajo grado

47 Tumores epiteliales serosos limítrofes de ovario

48 Tumores malignos de células germinales

51 Tumores malignos del estroma de los cordones sexuales

53 Puntos clave

53 Preguntas para hacer

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

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

Si recibir tratamiento como parte de un ensayo clínico no es una opción, el tratamiento de los tipos de cáncer de ovario menos frecuentes debe ser individualizado.

## Carcinosarcoma

Los carcinosarcomas son un tipo agresivo de tumor de ovario. La cirugía con conservación de la fertilidad no se recomienda para estos tumores, independientemente de su edad o del estadio del cáncer. Los carcinosarcomas también se conocen como tumores müllerianos mixtos malignos (TMMM).

Los carcinosarcomas se tratan con quimioterapia con derivados del platino. La pauta terapéutica preferida para **todos los estadios** es paclitaxel y carboplatino administrados cada 3 semanas. Para los tumores en estadio 2, 3 o 4, puede incluirse bevacizumab (Avastin) en la quimioterapia. En ese caso, se puede continuar como tratamiento de mantenimiento.

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

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 34.

**“Defienda sus intereses. Haga muchas preguntas, incluso las que tenga miedo de hacer. Hable con alguien que pueda identificarse con su experiencia”.**



## Carcinoma de células claras

Los carcinomas de células claras suelen ser los tipos de cáncer de ovario menos frecuentes. Se consideran tumores de alto grado (de crecimiento rápido).

Debido a que la mayoría de los carcinomas de células claras no tienen receptores de estrógeno, el tratamiento hormonal no suele ser útil contra estos cánceres.

### Tratamiento

Se recomienda la quimioterapia con derivados del platino para la mayoría de los carcinomas de células claras. Para algunos algunos tipos en estadio 1, la observación puede ser una opción.

La pauta terapéutica preferida de quimioterapia para **todos los estadios** es paclitaxel y carboplatino administrados cada 3 semanas. Para los tumores en estadio 2, 3 o 4, puede incluirse bevacizumab (Avastin) en la quimioterapia. De ser así, es probable que continúe recibiéndolo solo como tratamiento de mantenimiento.

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

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 34.

## Carcinoma de células pequeñas (tipo hipercalcémico)

El carcinoma de células pequeñas de ovario tipo hipercalcémico (SCCOHT) es un cáncer extremadamente poco frecuente y de crecimiento rápido. El SCCOHT suele diagnosticarse (detectarse) en la adultez temprana.

Por lo general, estos tumores son causados por cambios adquiridos o diferencias heredadas en un gen llamado *SMARCA4*. Por este motivo, se recomienda realizar análisis genéticos de sangre o saliva para detectar diferencias heredadas en el gen *SMARCA4*.

Si acaba de recibir el diagnóstico y reúne las condiciones para realizarse la cirugía, el tratamiento para los estadios 1A a 3 consiste en una histerectomía con salpingooforectomía bilateral (SOB). Después de la cirugía, o si no reúne las condiciones para realizarse un procedimiento quirúrgico, se recomienda la quimioterapia como tratamiento primario (principal).

Actualmente, la pauta terapéutica VPCBAE es la preferida para el tratamiento primario. Incluye vinblastina, cisplatino, ciclofosfamida, bleomicina, doxorrubicina y etopósido. Si el tumor se reduce como resultado del tratamiento sistémico, se recomienda la histerectomía con SOB.

## Carcinoma mucinoso

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

Además de los análisis de sangre que miden el antígeno carcinoembrionario (ACE) y el antígeno del cáncer (CA) 19-9, las pruebas suelen incluir una revisión del tubo gastrointestinal (GI). El objetivo es confirmar si el tumor es un verdadero cáncer de ovario mucinoso o un cáncer gastrointestinal que se ha extendido a los ovarios.

Si el tumor no se extirpó por completo durante una cirugía previa, puede realizarse una cirugía para extirpar el cáncer restante antes de administrar cualquier tratamiento. Esto también permite

realizar una estadificación quirúrgica completa para conocer la extensión total del cáncer.

Algunos tumores mucinosos en **estadio 1** pueden observarse sin administrar tratamiento. Para otros, se recomienda la quimioterapia. Esto depende, en parte, del aspecto de las células tumorales en el microscopio. Si se planea quimioterapia para un tumor mucinoso en estadio 1, las pautas terapéuticas preferidas se enumeran en la **Guía 2**.

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

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 34.

Después de la cirugía, la quimioterapia en dosis altas con trasplante de células hematopoyéticas (TCH) puede ser una opción para intentar curar el cáncer. Si su médico considera que es posible una cura, realizará una derivación a un centro de atención especializado para una consulta sobre esta opción de tratamiento.

Cuando se completa el tratamiento, los estudios por imágenes de vigilancia para detectar recurrencias incluyen una TEP/TC del área que va desde el cuello hasta la parte superior de las piernas.

Se recomienda TEP/TC cada 3 a 6 meses durante 2 años y, posteriormente, una vez al año.

**Guía 2**
**Tumores mucinosos: opciones preferidas de quimioterapia**

| | |
|---|---|
| **Estadio 1** | • Capecitabina, oxaliplatino<br>• Carboplatino, paclitaxel cada 3 semanas<br>• Fluorouracilo (5-FU), leucovorina, oxaliplatino |
| **Estadios 2, 3 y 4** | • Fluorouracilo (5-FU), leucovorina, oxaliplatino (y posiblemente bevacizumab)<br>• Capecitabina, oxaliplatino (y posiblemente bevacizumab)<br>• Carboplatino, paclitaxel cada 3 semanas<br>• Carboplatino, paclitaxel, bevacizumab y bevacizumab de mantenimiento |

**Aspectos para tener en cuenta:**

- Estos regímenes cambian de vez en cuando a medida que se dispone de nueva información.
- En esta guía, solo se enumeran las opciones **preferidas** de quimioterapia. Si estas no están disponibles o no son una opción para usted, su equipo de atención le sugerirá una de varias otras pautas terapéuticas recomendadas que no figuran aquí.

## Carcinoma endometrioide de grado 1

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

Es seguro hacer un seguimiento de los estadios más tempranos del carcinoma endometrioide de grado 1 (1A y 1B) sin tratamiento. Aunque la observación también es una opción para los tumores en estadio 1C, estos tipos de cáncer suelen tratarse con quimioterapia o tratamiento hormonal.

Para los tumores en estadio 2, 3 y 4, las opciones recomendadas son la quimioterapia o el tratamiento hormonal. Consulte la **Guía 3**.

Para obtener información sobre el tratamiento de seguimiento y la recurrencia, consulte la página 34.

## Carcinoma seroso de bajo grado

El carcinoma seroso de bajo grado suele detectarse a una edad más temprana que el carcinoma seroso de alto grado, que es más frecuente.

Después de la cirugía, es seguro hacer un seguimiento de los estadios más tempranos del carcinoma seroso de bajo grado (1A y 1B) sin tratamiento. Aunque la observación también es una opción para los tumores en estadio 1C, estos tipos de cáncer suelen tratarse con quimioterapia o tratamiento hormonal.

Para los tumores en estadio 2, 3 y 4, las opciones recomendadas son la quimioterapia o el tratamiento hormonal. Consulte la **Guía 3**.

### Seguimiento para detectar recurrencias

Una vez finalizado el tratamiento, se recomiendan visitas de seguimiento cada 2 a 4 meses durante

**Guía 3**
**Tratamientos preferidos para los tumores endometrioides de grado 1 y los tumores serosos de grado bajo**

**Opciones preferidas para los estadios 1C, 2, 3 y 4:**

- Carboplatino, paclitaxel cada 3 semanas; puede ir seguido de tratamiento de mantenimiento con un inhibidor de la aromatasa, un agonista de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH o LHRH) o tamoxifeno
- Tratamiento con inhibidores de la aromatasa; las opciones incluyen anastrozol, exemestano, letrozol

**Opción preferida adicional para los tumores en estadio 2, 3 y 4:**

- Carboplatino, paclitaxel, bevacizumab (Avastin) seguido de bevacizumab de mantenimiento

**Aspectos para tener en cuenta:**

- Estos regímenes cambian de vez en cuando a medida que se dispone de nueva información.
- En esta guía, solo se enumeran las opciones **preferidas** de quimioterapia. Si estas no están disponibles o no son una opción para usted, su equipo de atención le sugerirá una de varias otras pautas terapéuticas recomendadas que no figuran aquí.

los 2 primeros años y, posteriormente, cada 3 o 6 meses durante 3 años. Después del quinto año, se programan una vez al año.

Se realizan análisis de sangre, estudios de diagnóstico por imágenes y exámenes físicos (incluido un examen pélvico) según sea necesario. Si se obtuvieron niveles elevados de CA-125 u otros marcadores tumorales antes del tratamiento, se vigilarán después de él.

## Pruebas de biomarcadores

Si aún no se ha realizado, debe analizarse el tumor para detectar los siguientes biomarcadores (características únicas) que pueden tener tratamientos dirigidos disponibles:

- Estado de HER2
- Expresión de PD-L1
- Mutación de *BRCA1/2*
- Deficiencia de recombinación homóloga (HRD)
- dMMR/MSI-H
- Carga mutacional tumoral (TMB)
- Mutación de *BRAF*
- Mutación de *KRAS*
- Expresión de FRα (FOLR1)
- Fusión del gen *RET*
- Fusión del gen *NTRK1/2/3*

## Recurrencia

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

- Tratamiento hormonal.
- Quimioterapias de la **Guía 3** si aún no se han recibido.
- Tratamiento dirigido o inmunoterapia.

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

# Tumores epiteliales serosos limítrofes de ovario

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

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

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

## Cirugía previa incompleta

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

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

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

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

## Cirugía completa previa

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

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

## Seguimiento

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

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

Después de la cirugía con conservación de la fertilidad, es posible que se realicen ecografías para detectar la recurrencia precozmente. Hable con su médico sobre la cirugía de finalización una vez terminada la etapa de tener hijos.

## Recidiva

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

# Tumores malignos de células germinales

Aunque en general son muy poco frecuentes, los tumores de células germinales son el tipo más frecuente de cáncer de ovario diagnosticado en personas de 16 a 20 años.

Estos tumores no epiteliales suelen diagnosticarse en la fase más temprana y tienen excelentes resultados de tratamiento.

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

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

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

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

## Cirugía con conservación de la fertilidad

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

La vigilancia después de la cirugía con conservación de la fertilidad incluye ecografías de manera periódica. Cuando haya finalizado la etapa de tener hijos, hable con su médico sobre la cirugía de finalización.

## Cirugía de finalización

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

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

## ¿Necesitaré quimioterapia después de la cirugía?

Es muy probable. En los adultos, se recomienda la quimioterapia después de la cirugía para los siguientes tipos de tumores de células germinales:

- Tumor embrionario, cualquier estadio
- Tumor del seno endodérmico/tumor del saco vitelino, cualquier estadio
- Disgerminoma, estadio 2, 3 o 4
- Teratoma inmaduro, estadio 1, grado 2 o 3
- Teratoma inmaduro, estadio 2, 3 o 4
- Coriocarcinoma no gestacional, cualquier estadio

Otros tumores de células germinales no necesitan quimioterapia después de la cirugía. Se recomienda la vigilancia sin tratamiento para los siguientes tipos de tumores de células germinales:

- Disgerminoma en estadio 1
- Teratoma inmaduro, estadio 1, grado 1

En los niños y adolescentes, las decisiones sobre quimioterapia frente a la observación pueden ser diferentes de las descritas anteriormente. Por ejemplo, tanto la observación como la quimioterapia suelen considerarse para los niños y adolescentes con uno de los siguientes tipos de tumores:

- Disgerminoma, estadio 1A, 1B
- Teratoma inmaduro, estadio 1A, grado 1
- Carcinomas embrionarios, estadio 1A
- Tumores del saco vitelino, estadio 1A

Si toma decisiones de atención en nombre de un niño o adolescente, se recomienda que programe una reunión con un oncólogo pediátrico antes de finalizar el plan de tratamiento, ya que puede explicarle los posibles riesgos y beneficios de cada opción de tratamiento.

## ¿Qué pauta terapéutica de quimioterapia me recomienda?

Para los tumores que requieren quimioterapia, se prefieren de 3 a 4 ciclos de la **pauta terapéutica BEP** (bleomicina, etopósido y cisplatino). La bleomicina puede dañar los pulmones. Antes de iniciar la quimioterapia, le harán pruebas para comprobar el funcionamiento de los pulmones. Si no puede recibir bleomicina, su equipo le informará sobre otras opciones recomendadas en su caso.

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

Si los niveles de AFP y β-hCG eran altos en un principio, estos marcadores tumorales también se controlarán con un análisis de sangre. Consulte la **Guía 4**.

## Neoplasia residual o enfermedad recurrente

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

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

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

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

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

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

Si el tratamiento con TIP o la quimioterapia de dosis alta no es posible o no se desea, la quimioterapia paliativa es una opción. El objetivo es controlar el crecimiento y la extensión del cáncer, lo que puede ayudar a prevenir o aliviar los síntomas causados por el tumor. Si el cáncer tiene un biomarcador que puede abordarse, la inmunoterapia con un inhibidor del punto de control también puede ser una opción. Hable con su equipo de atención sobre qué opción puede ser la adecuada para usted.

La radioterapia dirigida a la zona del tumor puede ayudar a aliviar los síntomas causados por el cáncer.

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

**Guía 4**
**Vigilancia de los tumores malignos de células germinales**

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

# Tumores malignos del estroma de los cordones sexuales

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

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

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

## Estadificación quirúrgica

En los tumores malignos del estroma de los cordones sexuales, se recomienda la cirugía para estadificar el cáncer. La estadificación quirúrgica de estos tumores no suele incluir la extirpación de los ganglios linfáticos cercanos.

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

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

### Tumores en estadio 1

Después de la cirugía, los tumores en estadio 1 de bajo riesgo pueden observarse de forma segura sin tratamiento. Para los tumores en estadio 1 con mayor riesgo de recurrencia, su médico puede recomendar la observación o la quimioterapia con derivados del platino.

### Tumores en estadio 2, 3 o 4

Por lo general, el tratamiento con quimioterapia se recomienda para las personas con un tumor del estroma de los cordones sexuales en estadio 2, 3 o 4. Si hay una cantidad limitada de cáncer en el cuerpo, el tratamiento con radioterapia puede ser una opción.

## Vigilancia

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

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

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

Las pruebas de CA-125 y otros marcadores tumorales son individualizadas. Si su médico se lo recomienda, la frecuencia de los análisis dependerá también del estadio del cáncer. Los análisis de sangre pueden solicitarse una o dos veces al año si el cáncer está en estadio temprano y es de bajo riesgo. En los casos de alto riesgo, los análisis pueden solicitarse cada 4 a 6 meses.

Los estudios de diagnóstico por imágenes no son necesarios de manera periódica después del tratamiento. Pueden solicitarse si aparecen síntomas de cáncer, si los niveles de marcadores

tumorales son elevados o si se observan hallazgos preocupantes en el examen físico.

## Recidiva

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

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

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

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

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

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

### Recursos sobre el tratamiento complementario

Puede encontrar más información sobre el tratamiento complementario en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.



## Puntos clave

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

## Preguntas para hacer

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




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

NCCN.org/patients/comments

# 5
# Supervivencia


55 Su profesional de atención primaria

56 Ansiedad y depresión

56 Pago de la atención médica

58 Más información

58 Puntos clave

58 Preguntas para hacer

La supervivencia comienza desde el día que se enteró de que tenía cáncer de ovario. Se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. Para muchos sobrevivientes, el final del tratamiento puede ser un momento de celebración, pero también de ansiedad. Es normal necesitar apoyo para adaptarse a ver a su equipo de atención con menos frecuencia.

## Su profesional de atención primaria

Una vez finalizado el tratamiento contra el cáncer, el oncólogo y el médico de atención primaria deben trabajar juntos para asegurarse de que usted reciba la atención de seguimiento necesaria.

Pida a su oncólogo un plan de atención de supervivencia. Lo ideal es que el plan incluya lo siguiente:

- Un resumen de su historial de tratamiento del cáncer.
- Una descripción de los posibles efectos secundarios tardíos y a largo plazo.
- Recomendaciones para los controles a fin de detectar la reaparición del cáncer.
- Recomendaciones para su salud y bienestar generales.

**Supervivencia**

**Mantener la actividad es una parte importante de la supervivencia. Trate de hacer ejercicio durante al menos 150 minutos por semana. Esto le permitirá alcanzar o mantenerse dentro de un rango de peso recomendado para su estatura y peso.**



# Ansiedad y depresión

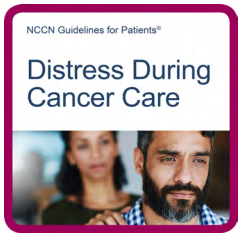
Muchas personas con cáncer tienen síntomas de malestar emocional, como ansiedad y depresión. Es posible que sienta ansiedad durante las pruebas o que padezca depresión durante una parte difícil del tratamiento. Hable con su equipo de tratamiento para recibir ayuda.

La ayuda puede incluir grupos de apoyo, psicoterapia o medicamentos. Los asesores oncológicos, los trabajadores sociales y otros expertos de su centro oncológico pueden ayudar. Algunas personas también se sienten mejor haciendo ejercicio, hablando con sus seres queridos o amigos, o relajándose.

## Termómetro de malestar emocional

NCCN cuenta con una herramienta sencilla y rápida que ayuda a las personas con cáncer a comunicar sus problemas a su equipo de atención médica. Esta herramienta de detección se denomina lista de problemas y termómetro de malestar emocional de NCCN. La lista de problemas incluye diversas áreas de problemas, como los sociales y prácticos, que usted puede señalar.

Esta lista se encuentra en *NCCN Guidelines for Patients: Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer* en NCCN.org/patientguidelines y en la aplicación NCCN Patient Guides for Cancer.




## Grupos de apoyo

Muchas personas con diagnóstico de cáncer consideran útiles los grupos de apoyo. Los grupos de apoyo suelen incluir a personas en diferentes etapas del tratamiento. Algunas pueden estar recién diagnosticadas, mientras que otras pueden haber terminado el tratamiento.

# Pago de la atención médica

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

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

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

## Hábitos saludables para los sobrevivientes del cáncer



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



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



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



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



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



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

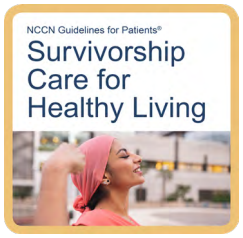


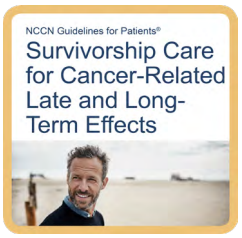
Deje de consumir tabaco. Pregunte al equipo de atención médica sobre opciones que le sirvan para dejar de fumar. La terapia psicológica y los medicamentos suelen ser algunas opciones disponibles.

## Más información

Para obtener más información sobre la supervivencia al cáncer, visite NCCN.org/patientguidelines:

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




## Puntos clave

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

## Preguntas para hacer

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

# 6
# Otros recursos


60 Qué más hay que saber

60 Qué más hacer

60 Dónde obtener ayuda

61 Preguntas para hacer

¿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:

- Conocer los detalles del tratamiento y sus efectos secundarios.
- Participar en un equipo de atención médica.
- Obtener ayuda económica.
- Buscar un profesional de atención oncológica que sea experto en su campo.
- Lidiar con 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.

**Bone Marrow & Cancer Foundation**
bonemarrow.org

**Cancer*Care***
cancercare.org

**Cancer Hope Network**
cancerhopenetwork.org

**FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered**
facingourrisk.org

**GRACE**
cancergrace.org

**Imerman Angels**
imermanangels.org

**My Faulty Gene**
myfaultygene.org

**National Ovarian Cancer Coalition (NOCC)**
ovarian.org

**Ovarcome**
ovarcome.org

**Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)**
ocrahope.org

**Patient Advocate Foundation**
patientadvocate.org

**Sharsheret**
sharsheret.org

**Triage Cancer**
triagecancer.org

**Unite for HER**
uniteforher.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?



### ¡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**



# Palabras que debe conocer

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

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

**antígeno del cáncer-125 (CA-125)**
Sustancia que puede encontrarse en cantidades elevadas en la sangre de pacientes con cáncer de ovario.

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

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

**biomarcador**
Característica única de un cáncer o tumor que puede abordarse con un tratamiento sistémico.

**cáncer de ovario hereditario**
Cáncer de ovario causado por diferencias genéticas (heredadas) de la estirpe germinal transmitidas de padres a hijos.

**cáncer epitelial de ovario**
Es el tipo más frecuente de cáncer de ovario. Aunque por lo general se encuentra en la superficie externa de los ovarios (el epitelio), muchos comienzan en las trompas de Falopio.

**cánceres de ovario menos frecuentes (LCOC)**
Entre los tipos de cáncer de ovario poco frecuentes se incluyen el carcinosarcoma, el carcinoma de células claras, las neoplasias mucinosas, los tumores endometrioides de grado 1, serosos de bajo grado, epiteliales limítrofes, malignos del estroma de los cordones sexuales y malignos de células germinales.

**cápsulas**
Una capa delgada de tejido que rodea los ovarios.

**carcinoma de células claras del ovario**
Tipo poco frecuente de cáncer epitelial de ovario, en el que el interior de las células parece transparente cuando se observa al microscopio.

**carcinoma endometrioide de ovario**
Tipo de cáncer epitelial de ovario. Los tumores endometrioides de grado 2 y 3 son frecuentes. Los tumores endometrioides de grado 1 son tipos de cáncer de ovario menos frecuentes.

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

**cirugía con conservación de la fertilidad**
Intervención quirúrgica para extirpar un ovario con su trompa de Falopio.

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

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

**deficiencia de recombinación homóloga (HRD)**
Una característica de algunos cánceres de ovario que puede ayudar a guiar el tratamiento. Las mutaciones del gen *BRCA* son una forma de HRD. El cáncer también puede ser HRD positivo sin una mutación del gen *BRCA*.

**deficiencia de reparación de desajustes (dMMR)/inestabilidad microsatelital alta (MSI-H)**
Biomarcador (característica) de algunos tipos de cáncer de ovario que se utiliza para orientar el tratamiento. Todos los tumores endometrioides de grado 1 deben analizarse para detectar este biomarcador.

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

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

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

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

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

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

**genes *BRCA1* y *BRCA2***
Genes que intervienen en la reparación del ADN. Los cambios anormales (mutaciones) en cualquiera de estos genes aumentan el riesgo de desarrollar cáncer de mama y ovario.

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

**histerectomía**
Una cirugía para extirpar el útero.

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

**inhibidor de PARP**
Un tipo de tratamiento oral dirigido utilizado como tratamiento de mantenimiento en algunos cánceres de ovario.

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

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

**menopausia quirúrgica**
La aparición de la menopausia causada por una cirugía. Se produce por una caída repentina de estrógenos en el organismo.

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

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

**mutación de estirpe germinal**
Diferencia genética que se transmite de padres a sus hijos biológicos.

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

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

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

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

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

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

**quimioterapia adyuvante**
Quimioterapia que se administra después de una cirugía.

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

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

**quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC)**
Tratamiento contra el cáncer que consiste en llenar la cavidad abdominal con fármacos quimioterapéuticos calentados.

**quimioterapia neoadyuvante**
Quimioterapia que se administra antes de una cirugía.

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

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

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

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

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

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

**taxano**
Un tipo de quimioterapia. Para tratar el cáncer de ovario, se suele combinar un taxano con una quimioterapia con derivados del platino.

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

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

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

**tratamiento hormonal**
Es un tratamiento que agrega, bloquea o elimina hormonas. El objetivo es ayudar a ralentizar el crecimiento del cáncer de ovario. Puede utilizarse para el cáncer de ovario persistente o recurrente, y con mayor frecuencia para tumores de grado bajo. También se denomina terapia antiestrogénica.

**tratamiento sistémico**
Tratamiento con medicamentos que ingresan al torrente sanguíneo. Algunos de estos son la quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia.

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

**tumor de bajo potencial maligno (LMP)**
Un tipo de cáncer de ovario menos frecuente que crece lentamente y no invade a otros tejidos. También llamado tumor epitelial limítrofe.

# Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de ovario, versión 4.2026. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, máster en Ciencias
*Vicepresidenta adjunta*
*Información para pacientes*

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

Lisa Diehl
*Diseñadora de Diseño de Producción*

NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para el cáncer de ovario, versión 4.2026, fueron elaboradas por los siguientes miembros del panel de NCCN:

* Dra. Joyce Liu, máster en Salud Pública/presidenta
*Dana-Farber Cancer Institute*

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

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

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

Dra. Lisa Barroilhet
*University of Wisconsin Carbone Cancer Center*

Dr. Kian Behbakht
*University of Colorado Cancer Center*

Dr. Andrew Berchuck
*Duke Cancer Institute*

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

* Dr. Joshua Cohen
*City of Hope National Medical Center*

Marie DeRosa, enfermera registrada
*Defensora de pacientes*

Dr. Eric L. Eisenhauer
*Mass General Cancer Center*

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

Dra. Heidi J. Gray
*Fred Hutchinson Cancer Center*

* Dra. Rachel Grisham
*Memorial Sloan Kettering Cancer Center*

Dr. Ardeshir Hakam
*Moffitt Cancer Center*

Dra. Carolyn Haunschild
*UCLA Jonsson Comprehensive Cancer Center*

* Dra. Angela Jain
*Fox Chase Cancer Center*

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

Dr. Gary Leiserowitz
*UC Davis Comprehensive Cancer Center*

Dr. Babak Litkouhi
*Stanford Cancer Institute*

Dra. Lainie Martin
*Abramson Cancer Center, University of Pennsylvania*

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

Dr. Michael McHale
*UC San Diego Moores Cancer Center*

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

Dr. John Moroney
*The UChicago Medicine Comprehensive Cancer Center*

* Dra. Jessica E. Parker
*Indiana University Melvin and Bren Simon Comprehensive Cancer Center*

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

Dra. Kerry Rodabaugh
*Fred & Pamela Buffett Cancer Center*

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

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

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

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

Dra. Andrea Wahner Hendrickson
*Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center*

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

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

## NCCN

Emily Kovach
*Especialista en Diseño de Guías*

Swathi Ramakrishnan
*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,
University of Pennsylvania
*Filadelfia, Pensilvania*

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 Cancer Institute
*Boston, Massachusetts*

Duke Cancer Institute
*Durham, Carolina del Norte*

Fox Chase Cancer Center
*Filadelfia, Pensilvania*

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
*Omaha, Nebraska*

Fred Hutchinson Cancer Center
*Seattle, Washington*

Huntsman Cancer Institute, University of Utah
*Salt Lake City, Utah*

Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
*Indianápolis, Indiana*

Johns Hopkins Kimmel Cancer Center
*Baltimore, Maryland*

Mass General Brigham Cancer Institute
*Boston, Massachusetts*

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

Memorial Sloan Kettering Cancer Center
*Nueva York, Nueva York*

Moffitt Cancer Center
*Tampa, Florida*

O'Neal Comprehensive Cancer Center, UAB
*Birmingham, Alabama*

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

Roswell Park Comprehensive Cancer Center
*Búfalo, Nueva York*

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish Hospital
and Washington University School of Medicine
*San Luis, Misuri*

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 Ángeles, 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, Míchigan*

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*

# Notas

# Índice

**antígeno carcinoembrionario (ACE)** 13, 43

**CA-125** 10, 13, 32, 34, 46, 51

**carga mutacional tumoral (TMB)** 16, 35, 46

**cirugía con conservación de la fertilidad** 20-21, 47-48, 51

**deficiencia de recombinación homóloga (HRD)** 16, 32, 35, 46

**ensayo clínico** 6, 16, 30, 35, 37-39, 42, 52

**expresión de HER2** 16, 35, 46

**fusión del gen *NTRK*** 16, 35, 46

**genes *BRCA1/2*** 15-16, 18, 32-33, 35, 42-43, 46

**HIPEC** 23, 32

**inestabilidad microsatelital (MSI)** 16, 35, 46

**inhibidor de PARP** 32-33, 35

**inmunoterapia** 35, 37, 46, 50

**menopausia quirúrgica** 22

**mutaciones del gen *RET*** 16, 35, 46

**pruebas de biomarcadores** 16, 35, 46

**pruebas genéticas** 10, 15, 43

**receptor de folato alfa (FRα)** 16, 35, 46

**reparación de desajustes (MMR)** 16, 35, 46

**tratamiento complementario** 30-31, 36, 50, 52

**tratamiento de mantenimiento** 20, 23, 31-33, 35, 42-43, 45

**tratamiento hormonal** 35-37, 43, 45-46, 52

**V600E del gen *BRAF*** 16, 35, 46



# NCCN Guidelines for Patients®

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

# Cáncer de ovario




**El camino hacia el futuro comienza aquí.**

Donar ahora

National Comprehensive Cancer Network® Foundation



NCCN Foundation agradece profundamente a los siguientes colaboradores por hacer posible esta NCCN Guidelines for Patients: Corcept Therapeutics



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-XXXX-XXXX