

# GOBIERNO FEDERAL



**SALUD**

**SEDENA**

**SEMAR**

## Guía de Referencia Rápida

Tratamiento Médico y  
Quirúrgico del  
Cáncer Epitelial del  
Ovario

# GPC

## Guía de Práctica Clínica

Catálogo maestro de guías de práctica clínica: **IMSS-468-11**

CONSEJO DE  
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

## GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

### **C56 Tumor maligno del ovario GPC Tratamiento Médico y Quirúrgico del Cáncer Epitelial De Ovario ISBN en trámite**

#### DEFINICIÓN

El cáncer epitelial de ovario (CEO) es la neoplasia maligna que se origina en las superficies epiteliales del ovario. National Cancer Institute, Dictionary of Cancer Terms. <http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=445074>

#### TRATAMIENTO MÉDICO

##### QUIMIOTERAPIA DE PRIMERA LINEA

El tratamiento del CEO está determinado principalmente por la etapa de la enfermedad al momento del diagnóstico. (cuadro 3)

Cerca de un 75% de las mujeres tienen estadio III (enfermedad que se ha extendido por toda la cavidad peritoneal o que afecta los ganglios linfáticos) o IV (extendido a más zonas distantes) al momento del diagnóstico. El estándar de cuidado para estas pacientes es máxima citorreducción quirúrgica seguida de quimioterapia basada en taxanos y platino.

Las mujeres con alto riesgo estadio I y II, esta recomendado agregar quimioterapia basado taxano y platino reduce significativamente la probabilidad de recaída de la enfermedad

Las mujeres mayores tienen un pronóstico menos favorable que las mujeres más jóvenes.

Las mujeres con CEO y mutaciones hereditarias en los genes de cáncer de mama 1 y 2 (BRCA 1 / 2) pueden tener un pronóstico más favorable y una mejor respuesta a la quimioterapia basada en platino (pero reducida respuesta a los agentes antimicrotúbulos) comparadas con CEO no hereditario

##### ELECCIÓN ENTRE QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE PO CIRUGÍA INICIAL

El manejo inicial de primera elección para las mujeres con estadio III o IV CEO es la citorreducción quirúrgica primaria seguida de quimioterapia sistémica. Cuando no la citorreducción no puede ser factible la alternativa es la quimioterapia neoadyuvante en pacientes sensibles y la citorreducción quirúrgica será posterior.

La cirugía puede ser menos difícil, con una menor probabilidad de complicaciones, especialmente en pacientes frágiles. Las pacientes que no son buenas candidatas para soportar un procedimiento de

citorreducción agresiva inicial o para aquellas con enfermedad extensa que no pueda realizarse citorreducción óptima (por ejemplo metástasis pulmonares o en hígado y las enfermedades en pedículo hepático) pueden ser candidatas a quimioterapia inicial.

**UTILIDAD DE LA QUIMIOSENSIBILIDAD Y ENSAYOS DE RESISTENCIA** tratamiento del Una revisión sistemática sobre la sensibilidad a la quimioterapia y los ensayos de resistencia en una variedad de neoplasias malignas concluyó que el aumento de las tasas de respuesta fueron observados durante la terapia guiada por ensayo, pero que las diferencias podrían atribuirse a factores de confusión o sesgo.

No existe evidencia científica suficiente para recomendar estudios de quimiosensibilidad o resistencia.

#### **QUIMIOTERAPIA COMBINADA BASADA EN PLATINO (COMPUESTOS DE PLATINO)**

Un meta-análisis incluyó 8763 mujeres tratadas en 49 ensayos y llegó a las siguientes conclusiones:

- a) Para la quimioterapia combinada con platino en comparación con la monoterapia sin platino, el HR para la supervivencia fue de 0,93 (IC 95% 0.83-1.05).
- b) Para la quimioterapia combinada con platino en comparación con la monoterapia con platino, el HR para la supervivencia fue de 0,91 (IC 95% 0.79-1.05).
- c) Para quimioterapia combinada con platino en comparación con el mismo régimen, sin cisplatino, El HR para la supervivencia fue de 0,88 (IC 95%: 0,79 a 0,98).

#### **EQUIVALENCIA DE CISPLATINO Y CARBOPLATINO**

Diferentes estudios han concluido que cisplatino y carboplatino son terapéuticamente equivalentes en mujeres con CEO avanzado, tanto sólo, como en combinación con paclitaxel.

Antes de prescribir la quimioterapia recordar que el Cisplatino se asocia con más neurotoxicidad, nefrotoxicidad, ototoxicidad y toxicidad gastrointestinal, pero menos mielosupresión que el carboplatino. El carboplatino es más fácil de administrar, pero provoca más mielosupresión (especialmente trombocitopenia) es acumulativo y puede limitar la dosis, especialmente cuando carboplatino es combinado con otros agentes (por ejemplo, paclitaxel)

#### **CÁLCULO DE LA DOSIS DE CARBOPLATINO**

A pesar de que la fórmula de Calvert es el método estándar para calcular la dosis de carboplatino, no existe un consenso de cómo determinar la tasa de filtración glomerular (TFG) sin utilizar Acido etilendiaminoteteraacético (EDTA). Aunque la fórmula de Cockcroft-Gault es la más utilizada en oncología, la fórmula Jelliffe suele utilizarse para las pacientes con cánceres ginecológicos.

Debido a las fluctuaciones en el peso y la función renal, el cálculo de dosis del carboplatino debe repetirse antes de administrar cada ciclo. Aunque la práctica individual puede variar, es común el uso de la mínima concentración de creatinina en suero de 0,6 mg / dl para pacientes con muy bajos niveles de creatinina en suero usar el peso corporal ideal en la ecuación de Cockcroft-Gault para determinar la TFG en los pacientes obesos.

#### **TAXANES MÁS PLATINO**

Los resultados del tratamiento con cisplatino y paclitaxel no mejora, de forma significativa, cuando se prolonga la infusión de paclitaxel de 24 a 96 horas.

No hubo diferencias significativas en la tasa de respuesta a la enfermedad, a cuatro años, entre los grupos que recibieron la dosis más alta comparada con la menor. Sin embargo, el perfil de toxicidad

(en particular el grado de neurotoxicidad) disminuyó significativamente a la dosis más baja. Con el fin de reducir al mínimo toxicidad, se puede combinar paclitaxel 24-horas con cisplatino o paclitaxel de tres horas con el carboplatino. Paclitaxel semanal puede ser más eficaz que la administración de fármacos cada tres semanas, pero a costa de mayor toxicidad

### **CISPLATINO O CARBOPLATINO MÁS PACLITAXEL**

Con base en el perfil de seguridad favorable de derivados de platino (especialmente carboplatino) más paclitaxel, los beneficios de supervivencia demostrada y las pruebas que apoyan la eficacia equivalente de carboplatino y cisplatino; Carboplatino más paclitaxel es el estándar actual de cuidado para pacientes con citorreducción subóptima. Se recomiendan seis ciclos. Comenzar con una dosis de carboplatino más alta, en aquellas pacientes con un buen estado general. Docetaxel es un sustituto razonable de paclitaxel, sobre todo si la neuropatía se convierte en una preocupación fundamental.

El paclitaxel semanal (dosis densa) en combinación con carboplatino cada tres semanas es una opción que puede estar asociado con mejores resultados en lugar de la terapia convencional cada tres semanas de ambos fármacos. Sin embargo, la toxicidad relacionada con el tratamiento (toxicidad hematológica en particular) puede ser más pronunciada.

Para las pacientes que son reducidas de forma óptima, considerar el platino / taxanos intraperitoneal (IP) son recomendables, siempre y cuando el paciente tenga un favorable estado general.

Para las mujeres con enfermedad avanzada (estadios III y IV ya sea con pequeño o gran volumen de la enfermedad), las tasas de respuesta se aproximan a 90%, con 75% de respuesta clínica completa. Sin embargo, hasta tres cuartas partes de las personas con una respuesta clínica completa presentan recaída y finalmente, mueren a causa de su enfermedad. La mediana de supervivencia varía de 26 meses para las mujeres con enfermedad residual voluminosa hasta más de 66 meses para aquellas con volumen pequeño residual tratado por la vía IP.

La quimioterapia debe iniciarse dentro de cuatro a seis semanas de la cirugía cuando la paciente se ha recuperado totalmente de su operación. No parece haber ningún beneficio claro para la iniciar antes, aunque la fracción de crecimiento tumoral es mayor inmediatamente después de la citorreducción.

### **CARBOPLATINO MAS DOCETAXEL Y BENEFICIO DE AGREGAR UN TERCER AGENTE**

No existe evidencia suficiente para considerar el Docetaxel como una alternativa al paclitaxel. Sin embargo, la sustitución de paclitaxel por docetaxel parece adecuada en algunas circunstancias como cuando existe neuropatía significativa.

No existe suficiente evidencia para recomendar agregar un tercer agente al tratamiento de primera línea

### **TERAPIA DE CONSOLIDACIÓN Y MANTENIMIENTO**

El beneficio de la quimioterapia de mantenimiento sigue siendo incierto. No ha cambiado el estándar de cuidado en la ausencia de una prueba confirmatoria.

Se utiliza la quimioterapia de mantenimiento solo con fines experimentales.

### **ADYUVANCIA EN ETAPA TEMPRANA (I/IIA)**

De tres ensayos clínicos se concluyó que las mujeres que recibieron quimioterapia adyuvante basada en platino presentaron mayor sobrevida global (SG) que las que no la recibieron; beneficio en SG

(HR 0.71 IC 95% 0.53-0.93;  $p=0.015$ ). En cuatro ensayos se reportó que las mujeres que recibieron quimioterapia adyuvante tuvieron mejor SLP que los que no lo hicieron; HR 0.67 (IC95% 0.53-0.84)

Un análisis de subgrupo mostró beneficio de la quimioterapia adyuvante entre mujeres con alto riesgo de recurrencia RR 0.48 (0.32-0.72) pero no entre aquellas de bajo riesgo RR 0.95 (0.54-1.66)

El estadio del cáncer de ovario es un importante factor pronóstico que influye en la supervivencia y la elección de la terapia. La calidad de la estadificación quirúrgica es un factor determinante de las recomendaciones de tratamiento

Las mujeres que tengan estadificación quirúrgica óptima, incluidos el muestreo de ganglios linfáticos pélvicos y paraaórticos, y tienen enfermedad en estadio I puede o no beneficiarse de la quimioterapia adyuvante basada en platino.

A las mujeres sin estadificación quirúrgica óptima se puede ofrecer dos opciones. La primera opción es que se someten a una nueva intervención para definir de manera óptima el estadio del tumor y, a continuación se ofrecerá terapia adyuvante basada en los resultados. La otra opción ofrecer quimioterapia basada en platino para disminuir el riesgo de recurrencia y mejorar la supervivencia. No hay pruebas suficientes para hacer una recomendación sobre el papel de la radiación pélvica adyuvante, radioterapia abdominal-pélvica, intraperitoneal o fosfato crómico radiactivo.

Se recomienda en etapas Ia, Ib grado 3 histológico, así como IC a IIA quimioterapia adyuvante a base paclitaxel y carboplatino 6 ciclos.

En caso de cáncer de ovario etapa temprana no seroso se deberá considerar 3 ciclos de quimioterapia de paclitaxel carboplatino

#### **ADYUVANCIA EN ETAPA AVANZADA (IIB A IV)**

Carboplatino EV con o sin paclitaxel o docetaxel se recomienda para quimioterapia postoperatoria en CEO II-IV.

Las diferencias en los perfiles de toxicidad se deben discutir con los pacientes para elegir el régimen más apropiado. Cisplatino más paclitaxel EV también puede ser considerado como una opción de tratamiento.

La incorporación de las antraciclinas, como parte de la primera línea de tratamiento no se recomienda en la actualidad

Cuando la morbilidad potencial asociada con la quimioterapia intraperitoneal es considerado, el beneficio global es probable que sea pequeño. Por lo tanto, su uso no se recomienda

La recomendación de que el paclitaxel o docetaxel es aceptable para ser utilizado en combinación con carboplatino, está basado en los resultados de un ensayo aleatorio que comparó docetaxel y carboplatino con paclitaxel y carboplatino. Los datos de supervivencia indican que no hay una diferencia significativa en la supervivencia libre de progresión y global entre los dos grupos de tratamiento. Hubo mayor mielosupresión con el docetaxel y carboplatino en comparación con el brazo el paclitaxel y carboplatino. Se reportó mayor neurotoxicidad con el paclitaxel y carboplatino que el brazo de docetaxel y carboplatino.

La recomendación de que el carboplatino se puede utilizar sin paclitaxel se basa en los resultados de un amplio estudio aleatorizado (ICON3).

Se recomienda quimioterapia basada en paclitaxel carboplatino 6 ciclos posterior a cito reducción óptima en etapa avanzada

El manejo de la quimioterapia después de la remisión se debe considerar solo en casos seleccionados.

### **MANEJO DE PACIENTES EN ETAPA III DE CEO CON CITORREDUCCIÓN NO ÓPTIMA Y ETAPA IV**

Se ha descrito el perfil de seguridad, los beneficios de supervivencia de paclitaxel en comparación con un régimen sin paclitaxel y la eficacia equivalente de carboplatino y cisplatino en varios ECA. Se sugiere seis ciclos de carboplatino más paclitaxel intravenoso para las mujeres con CEO en etapa IV o con citorreducción subóptima (enfermedad residual  $\geq 1$ cm) en estadio III. Una Alternativa puede ser cisplatino más paclitaxel (Piccart MJ, 2000, Muggia FM; 2000)

Un método estándar se describe en el cuadro 4.

Se puede usar dosis alta densidad (semanal paclitaxel más cada tres semanas carboplatino). (Katsumata N)

Comentar los riesgos, los beneficios potenciales, y posibles inconvenientes de la terapia de dosis frecuentes con los pacientes, pero no necesariamente favor de esta opción hasta que se disponga de más datos que confirmen la eficacia y aclarar el impacto sobre la toxicidad. Docetaxel es un sustituto razonable de la paclitaxel, sobre todo si la neuropatía se convierte en una preocupación fundamental.

### **MANEJO DE PACIENTES EN ETAPA III DE CEO CON CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA**

Sugerimos tratamiento intraperitoneal (IP) en lugar de toda quimioterapia intravenosa en mujeres con un buen estado general, etapa III de CEO, con pequeño volumen ( $<1$  cm) del tumor residual después de la citorreducción quirúrgica máxima.

Un diálogo a fondo con el paciente sobre los posibles beneficios y las toxicidades asociadas con la terapia de IP es obligatoria.

Si la terapia con IP es elegida, se utiliza el régimen de seis ciclos de 21 días IV paclitaxel 135 mg/m<sup>2</sup> en 24 horas del día 1, seguido por cisplatino 100mg/m<sup>2</sup> el día 2 y paclitaxel 60 mg/m<sup>2</sup> en el día 8.

El tratamiento estándar IV con paclitaxel más carboplatino (como se recomienda para las mujeres con citorreducción no óptima estadio III ó estadio IV) es una alternativa aceptable, para las mujeres con un estado funcional límite o si la toxicidad relacionada con el tratamiento es problema importante.

## **QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL (IP)**

### **Cisplatino intraperitoneal, paclitaxel intraperitoneal**

Considerar IP para mujeres con enfermedad en estadio III, con un tumor con pequeño volumen residual después de la citorreducción quirúrgica máxima. Es obligatorio informar a la paciente sobre los posibles beneficios y las toxicidades asociadas con este tratamiento.

Al menos por ahora, un régimen estándar intravenoso de paclitaxel más carboplatino es una alternativa aceptable a la terapia de IP para estas pacientes debido a los problemas de toxicidad.

Los estudios en curso tratarán de identificar los regímenes IP efectivos pero más tolerables en estudios de fase III. Las mujeres con citorreducción óptima en estadio III CEO y un buen estado general deberán al menos ser informados respecto a esta opción.

La quimioterapia intraperitoneal debe administrarse posterior a citorreducción óptima en pacientes con EC III en centros especializados.

## MANEJO TERAPIA IP POSTERIOR A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

El papel de la terapia IP en los pacientes que recibieron quimioterapia antes de la cirugía es incierto. Por consenso Internacional se concluye que a pesar de la falta de datos en este entorno, estas mujeres no deben quedar excluidas del tratamiento con IP después de la cirugía citorreductora óptima.

## UTILIDAD DEL INDICE DE CARCINOMATOSIS PERITOENAL (ICP) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL

Se describió la experiencia del uso de ICP como pronóstico en 60 pacientes con COE avanzado. Se sometieron a laparotomía citorreductora observando enfermedad residual de 0 en 51%. Se encontró entre los otros factores pronósticos convencionales que un ICP > 10 se relaciona con 25% de sobrevida a 60 meses; ICP <10 se relaciona con 60% de sobrevida a 60 meses.

El Instituto Nacional del Cáncer recomienda la QT IP como primera línea sin embargo la literatura existente concluye lo siguiente:

No se encontró consistencia en datos respecto al fármaco ya que se utilizó platino, doxorubicina, paclitaxel transoperatoria, otros con QT a través de catéter en el postoperatorio, en algunos casos en combinación con QT intravenosa, unos con hipertermia, otros sin hipertermia. Sin poder concluir cual sería la dosis, combinación y detalles técnicos de la hipertermia y tipos de catéter adecuados como tratamiento estándar.

El manejo objetivo de la carcinomatosis debe ser lo mas homogéneo posible para estandarizar tratamientos y resultados, y el índice de carcinomatosis peritoneal (ICP) de Sugarbaker así como su puntuación de citorreducción completa (CC) es de los métodos mas objetivos y reproducibles

La utilización de la QT IP, si bien en resultados preliminares parece que se beneficia a las pacientes con citorreducción óptima, debe ser bajo protocolo de ensayo clínico con las especificaciones de fármacos, dosis, con o sin hipertermia, esquema, forma de entrega entre los aspectos a definir como la mejor opción.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Las pacientes con estadio I (enfermedad confinada al ovario) o II de la enfermedad (tumor más allá del ovario, pero limitado a pelvis), son tratados inicialmente con cirugía. Tratamiento posterior no se recomienda para las mujeres con tumores estadio I bien o moderadamente bien diferenciados ya que las tasas de supervivencia global y libre de enfermedad a cinco años son mayores de 90%. Para las mujeres con alto riesgo estadio I y II, agregar quimioterapia basado taxano y platino reduce significativamente la probabilidad de recaída de la enfermedad

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN CEO EN ETAPA APARENTEMENTE TEMPRANA

Toda paciente con diagnóstico transoperatorio de cáncer de ovario deberá ser sometida a etapificación quirúrgica (cuadro 5)

Cáncer epitelial de ovario en estadio aparentemente temprano (macroscópicamente confinado a pelvis). En un ECA de 138 en el grupo de linfadenectomía y 130 en el grupo control que solo se realizó muestreo de ganglios se observó:

En el primero se incremento el tiempo quirúrgico en promedio con un promedio de 90 minutos, 7%

de los pacientes requirieron transfusión, con un sangrado promedio de 300 ml, no habiendo diferencias en la estancia hospitalaria .

Se detectaron metástasis 22% con la linfadenectomía formal y en el grupo control solo 9%

La recurrencia se presentó en 30% del grupo control y 22 % en el de estudio.

La sobrevida libre de progresión a 5 años fue de 71.3% en comparación de un 78.3%

La sobrevida global a 5 años fue de 81.3 contra 84.2%, no se logró demostrar significancia estadística.

En las pacientes en estadio aparentemente temprano se debe realizar linfadenectomía sistemática para identificar metástasis ganglionares ocultas, identificando etapas reales e indicando adecuada adyuvancia.

### **EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE LA RESECABILIDAD EN PACIENTES CON SOSPECHA DE ENFERMEDAD AVANZADA PARA DECIDIR LAPAROTOMÍA CONTRA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANCIA**

En pacientes con al menos un criterios de irresecabilidad (Ver cuadro) sometidas a laparotomía con intento citorreductor, se logró citorreducción óptima n 92.2%. Cuando se identificaron 5 signos de irresecabilidad, se disminuyó la citorreducción óptima al 80%.

En los pacientes con etapa clínicamente avanzada, la decisión de laparotomía con intento citorreductor contra neoadyuvancia no debe basarse en la TAC como parámetro absoluto. Debe tomarse la decisión por un equipo quirúrgico con experiencia tomando en cuenta las condiciones generales de la paciente.

### **CITO REDUCCIÓN TRANSCELÓMICA Y GANGLIONAR EN ETAPA AVANZADA**

En pacientes con estadio avanzado de cáncer de ovario (etapa III) se deberá realizar linfadenectomía sistemática considerando que se incrementarán los requerimientos de transfusión, el sangrado y el tiempo quirúrgico, para mejorar el periodo libre de enfermedad.

La linfadenectomía debe ser realizada aun en pacientes con estadio Ia y debe ser sistemática hasta los vasos renales.

### **PRONÓSTICO DERIVADO DE LA CITO REDUCCIÓN**

En una revisión clínica que incluyó varios meta análisis, sobre el efecto de la citorreducción primaria óptima (enfermedad residual de 1 a 2 cm) comparada con citorreducción subóptima en la sobrevida en cáncer de ovario avanzado. Se incrementaron los meses de sobrevida, dos veces o más cuando se realizó citorreducción óptima en comparación con la subóptima.

Los factores de mal pronóstico para sobrevida global y sobrevida libre de progresión son: edad mayor de 60 años, ECOG mayor de 0, histología de células claras y mucinosas, cualquier volumen de enfermedad residual. A mayor volumen de enfermedad residual peor pronóstico.

En los pacientes con etapa IIIC de cáncer epitelial de ovario la meta de la cirugía es lograr la citorreducción de máximo esfuerzo hasta donde sea posible.

### **PRONÓSTICO DE CIRUGÍA CONSERVADORA EN CEO INVASOR**

La cirugía conservadora en cáncer de ovario epitelial esta indicada en pacientes con paridad no satisfecha, en etapa I sin sacrificar el resultado oncológico.

En un estudio de pacientes con cirugía conservadora de un ovario y del útero, comparado con histerectomía y ooforectomía bilateral, no se encontró diferencia en sobrevida ni recurrencia de enfermedad

## PAPEL DE LA LAPAROSCOPIA EN CÁNCER DE OVARIO

En una revisión de reporte de casos de laparoscopia en cáncer de ovario se demostró, en 107 pacientes con tumor de ovario limítrofe, que tuvieron la misma sobrevida que en la cirugía convencional.

En cáncer invasor la serie que incluyó mayor número de pacientes (36 pacientes) en estadio temprano no se demostraron diferencias de sobrevida y recurrencia con la cirugía abierta.

En cáncer avanzado no se recomienda para citorreducción; sólo para laparoscopia de decisión (citorreducción óptima contra biopsia), por la incidencia de implantes de tumor en los puertos.

Se recomienda que, en caso de que se traten pacientes con cáncer de ovario mediante laparoscopia, se realice bajo ensayo clínico y siguiendo los principios de la etapificación abierta

## TUMORES LIMITROFES (TOL)

El TOL en general es de buen pronóstico. El subgrupo con riesgo de recurrencia y el de mal pronóstico se identifica con una adecuada etapificación y seguimiento.

En los pacientes con tumores de ovario limítrofe incidentales, se pudiera omitir la etapificación sin sacrificar el resultado en sobrevida. Siempre y cuando se reporte el peritoneo claramente "normal", ausencia de patrón micropapilar, y es posible la vigilancia estrecha, se puede obviar la etapificación sin sacrificar la sobrevida.

En una revisión (SEER), se compararon 8 462 TOL (serosos y mucinosos) contra 8 462 invasores. La sobrevida global a 10 años fue para seroso: 96.9% en limítrofes contra 30.4% invasores. Para mucinosos fue 94% limítrofes contra 64.7% en invasores. Se identificó una mayor frecuencia de segundos primarios en tubo digestivo en las histologías mucinosas.

Se identificó la enfermedad multicéntrica como probable patogénesis diferente de etapas localizadas.

En TOL en promedio a los 4.7 años de la cirugía inicial, en 11% se presentaron recurrencias, las cuales se rescataron en su totalidad con cirugía. Sobrevida del 100%.

Cuando no hay forma de salvar parénquima ovárico, se sugiere intentar crio preservación ovárica para intentar obtener embriones a futuro.

La cirugía conservadora es válida en la paciente con paridad no satisfecha, incrementando ligeramente la recurrencia pero sin sacrificar la sobrevida global. En caso de documentarse tumor anexial bilateral, siempre deberán participar en el tratamiento los especialistas de biología de la reproducción, idealmente desde el preoperatorio.

Se revisaron retrospectivamente 41 pacientes con etapas avanzadas de TOL tratados con cirugía conservadora. La mediana de seguimiento fue 57 meses, 56% de recurrencia pero con sobrevida de 100% a 5 años y de 92% a 10 años. Se lograron 18 embarazos (9 espontáneos) en 14 pacientes.

## CRITERIOS DE REFERENCIA DE PRIMER A SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCION

### Referencia a segundo nivel

Aquellas pacientes con enfermedad recurrente o persistente que no son candidatas a continuar con

manejo quirúrgico o sistémico.

**Referencia al tercer nivel**

Toda paciente con sospecha clínica y/o por imagen de cáncer de ovario

Las pacientes que acuden a primer o segundo nivel de Atención con diagnóstico histopatológico de Cáncer de ovario para atención de primera vez en la Institución deberán enviarse con laminillas y bloques de parafina, resumen clínico detallado del centro hospitalario en donde fue diagnosticada

**DIAS DE INCAPACIDAD**

**Tratamiento quirúrgico en etapa aparentemente temprana**

Incapacidad por 21 a 28 días.

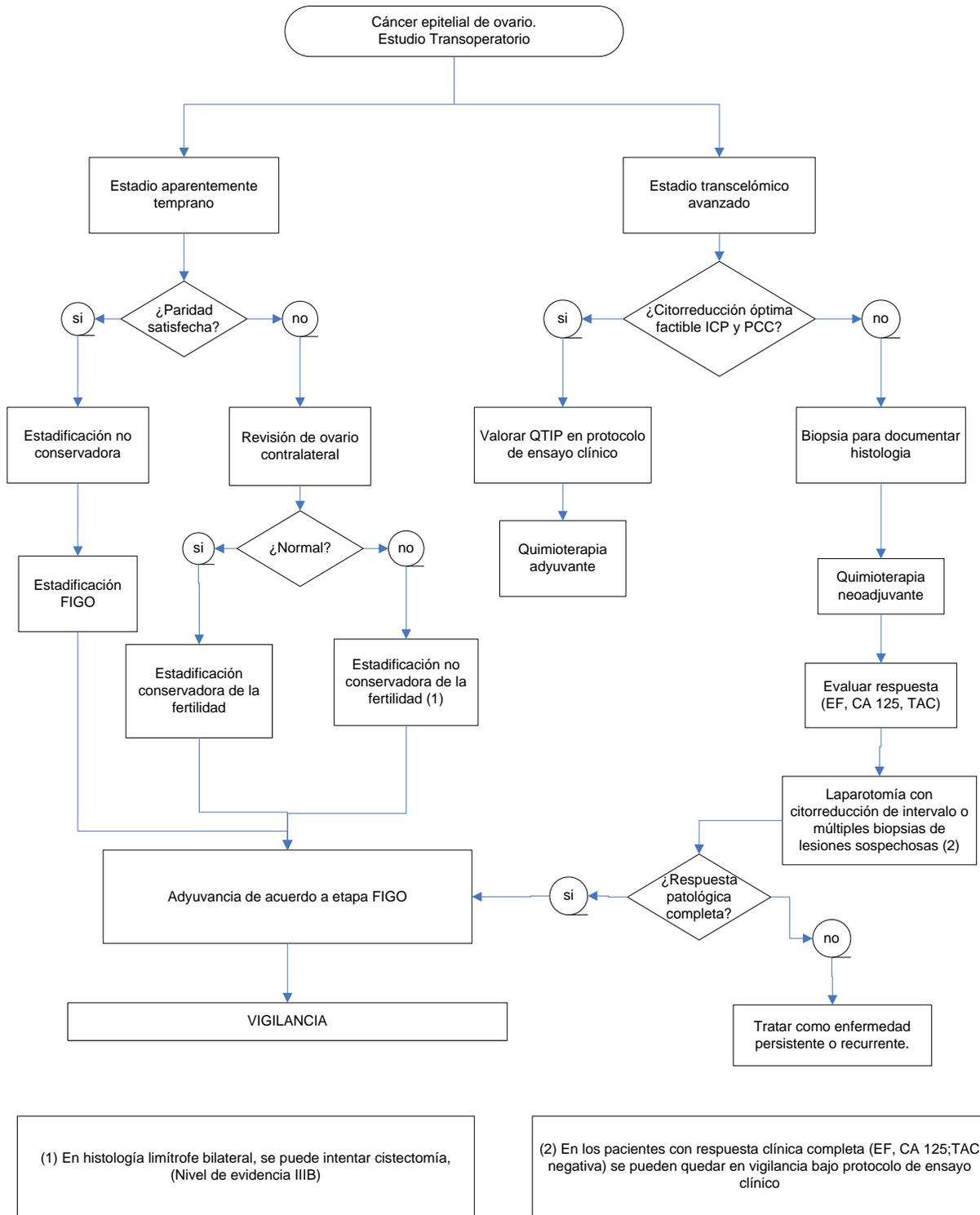
Aquellas pacientes sometidas a cirugía oncológica ameritan incapacidad por 21 a 28 días para el postoperatorio.

Aquellas pacientes que se encuentren bajo tratamiento de quimioterapia y solo durante el tiempo de administración

Incapacidad por 21 a 28 días.

Aquellas pacientes que por deterioro de su estado funcional como consecuencia de una enfermedad recurrente o persistente son enviadas a Medicina del Trabajo para valorar pensión.

ALGORITMOS



**CUADRO VI. ÍNDICE DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL (ICP) DE SUGARBAKER.**

A) Posterior a tener el abdomen expuesto, se divide el abdomen en 13 regiones. Se identifica y mide volumen tumoral en cada región y se califica con puntos:

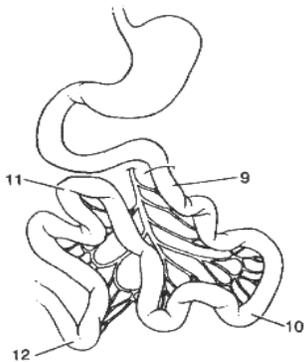
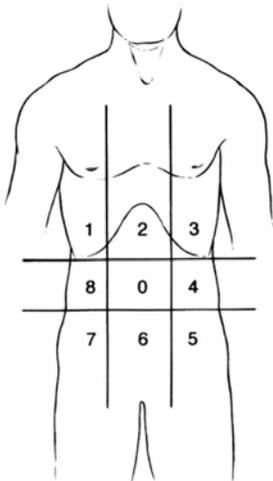
Tumor no visible: 0 puntos

Tumor hasta de .5c m: 1 punto

Tumor hasta de 5cm: 2 puntos

Tumor mayor de 5 cm o confluyente: 3 puntos

Se asigna la puntuación de 0-3 en cada una de las 13 zonas y se suman cada una de las zonas para obtener el ICP.



Regiones		Volumen Tumoral (puntos)	Grado de Citorreducción (puntos)
0	Central		
1	Superior derecho		
2	Superior central		
3	Superior izquierdo		
4	Flanco izquierdo		
5	Inferior izquierdo		
6	Inferior central		
7	Inferior derecho		
8	Flanco derecho		
9	Yeyuno alto		
10	Yeyuno bajo		
12	Ileon alto		

**CUADRO I: VARIANTES HISTOLÓGICAS Y FRECUENCIAS APROXIMADAS EN EL CEO**

Tipo celular	Carcinomas invasores (%)
Serosos	60
Endometrioides	10
Células claras	10
Carcinosarcoma	10
Mucinosos	3
Mixtos	5
No diferenciados	1
Transicionales	<1
Otros	<1

**CUADRO II. ESTADIFICACIÓN DE LA FIGO PARA CÁNCER DE OVARIO**

Estadio	Localización
Estadio I	crecimiento limitado a los ovarios
IA	Limitado a un ovario con cápsula intacta, sin tumor en superficie del ovario, sin células malignas en el lavado peritoneal ni en ascitis
IB	Tumor limitado a ambos ovarios, cápsula intacta, si tumor en superficie ovárica, sin células malignas en lavado peritoneal ni en ascitis
IC	Tumor limitado a uno o ambos ovarios, con infiltración de la cápsula o tumor en superficie ovárica, con células malignas en lavado peritoneal o en ascitis.
Estadio II	Tumor que afecta uno o ambos ovarios con extensión pélvica
IIA	Extensión o implantes en útero o trompas, o ambos; sin células malignas en lavado peritoneal ni en ascitis
IIB	Extensión a otros tejidos pélvicos, sin células malignas en lavado ni en ascitis
IIC	Extensión pélvica con células malignas en lavado peritoneal o en ascitis
Estadio III	Tumor que afecta uno o ambos ovarios con metástasis peritoneales fuera de la pelvis o metástasis ganglionares pélvicas o retroperitoneales.
IIIA	Metástasis peritoneales microscópicas fuera de la pelvis
IIIB	Metástasis peritoneales macroscópicas fuera la pelvis, de 2cm o menores en su diámetro mayor.
IIIC	Metástasis peritoneales fuera de la pelvis mayor de 2cm en su diámetro mayor o metástasis ganglionares pélvicas y/o retroperitoneales o ambas
Estadio IV	Metástasis a distancia (incluyendo metástasis intraparenquimatosas hepáticas y derrame pleural con citología de células malignas

**CUADRO III. CARCINOMA DE OVARIO: ESTATIFICACIÓN FIGO Y SOBREVIDA DE PACIENTES TRATADOS EN 1999-2001**

Estadio FIGO	Número de pacientes	Porcentaje de supervivencia		
		Un año	Dos años	Cinco años
IA	632	98.4	96.2	89.6
IB	69	100	93.9	86.1
IC	663	96.3	91.4	83.4
IIA	72	93.0	87.2	70.7
IIB	93	93.4	84.5	65.5
IIC	241	93.6	85.6	71.4
IIIA	128	88.1	72.6	46.7
IIIB	271	85.7	70.6	41.5
IIIC	2030	84.8	64.5	32.5
IV	626	72.4	48.4	18.6

Modificado de Heintz, AP, Odicino, F, Maisonneuve, P, et al. Carcinoma of the ovary. Int J Gynaecol Obstet 2006; 95:S161. Illustration used with the permission of Elsevier Inc. All rights reserved.

**CUADRO V. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA PRIMARIA  
EN GENERAL SE UTILIZA INCISIÓN MEDIA INFRAUMBILICAL CUANDO SE SOSPECHA DE PROBABLE  
LESIÓN MALIGNA**

**Procedimientos que deben ser considerados parte del manejo quirúrgico en una etapa aparentemente limitado al ovario o a la pelvis:**

- 1) Al entrar a la cavidad abdominal, se procederá a aspirado de ascitis en caso de existir, o se realizara lavado peritoneal para enviar a estudio citológico.
- 2) La resección del tumor anexial, debe ser resecada sin ruptura incidental del mismo para enviarse a estudio transoperatorio para documentar el diagnóstico de certeza.  
En caso de documentar malignidad se procede a completar la etapificación:
- 3) Todas las superficies peritoneales deben ser visualizadas y palpadas, así como las adherencias sospechosas deben ser biopsiadas.
- 4) Histerectomía total, salpingooforectomía contralateral
- 5) Omentectomía infracólica
- 6) Linfadenectomía pélvica bilateral removiendo toda el tejido graso con sus respectivos ganglios linfáticos perivasculares y medialmente desde el nervio genitocrural, incluyendo vasos iliacos comunes externos, internos y disección de fosa obturatriz con identificación del nervio obturador.
- 7) Linfadenectomía retroperitoneal removiendo todo el tejido graso con sus respectivos ganglios linfáticos. Por lo menos hasta la arteria mesentérica inferior, idealmente hasta los vasos renales.

**En general los siguientes procedimientos deben de realizarse en los pacientes con evidencia macroscópica de enfermedad fuera de la pelvis, para lograr citorreducción óptima con residual <1cm en circunstancias apropiadas, que puede incluir:**

- 1) Todos los procedimientos descritos previamente mas:
- 2) Disecciones pélvicas radicales incluyendo peritonectomía pélvica de acuerdo a la diseminación encontrada.
- 3) Resecciones intestinales
- 4) Esplenectomía
- 5) Peritonectomía diafragmática derecha o peritonectomía de cualquier otro sitio con enfermedad macroscópica.

**Consideraciones especiales:**

- a) En pacientes con estadio I aparente, el abordaje laparoscópico se puede considerar, siempre y cuando se alcancen los mismos principios que en los descritos en la laparotomía y debe ser realizado por ginecólogo oncólogo con experiencia y en pacientes seleccionados, idealmente bajo protocolo de ensayo clínico
- b) En pacientes con paridad no satisfecha, que se identifica enfermedad aparentemente limitada al ovario, se puede preservar el útero y ovario contralateral, pero se debe realizar el resto de la etapificación para descartar enfermedad oculta que pueda elevar la etapa de la enfermedad.
- c) En pacientes con reporte en el estudio histológico transoperatorio de mucinosos, se debe explorar minuciosamente toda la cavidad peritoneal con énfasis en tubo digestivo para descartar lesión sincrónica o primaria de otras neoplasias mucionosas que pueden nacer en el tubo digestivo y/o anexos como el páncreas.
- d) La apendicectomía se debe realizar en los pacientes con reporte de tumores mucinosos o en cualquiera que se evidencia actividad tumoral macroscópica en su superficie.
- e) En los pacientes con bajo volumen residual, se debe considerar la utilización de quimioterapia intraperitoneal, idealmente con colocación de cateter para quimioterapia intraperitoneal bajo protocolo de ensayo clínico

Fuente: Clinical Practice Guidelines in Oncology. Ovarian Cancer. NCCN. V2.2009  
Chi D, Bristol RE, Gallup DG, Surgical Principles in Gynecology Oncology, in principles and practice of gynecologic oncology, 2009,5th Ed, 269-287.