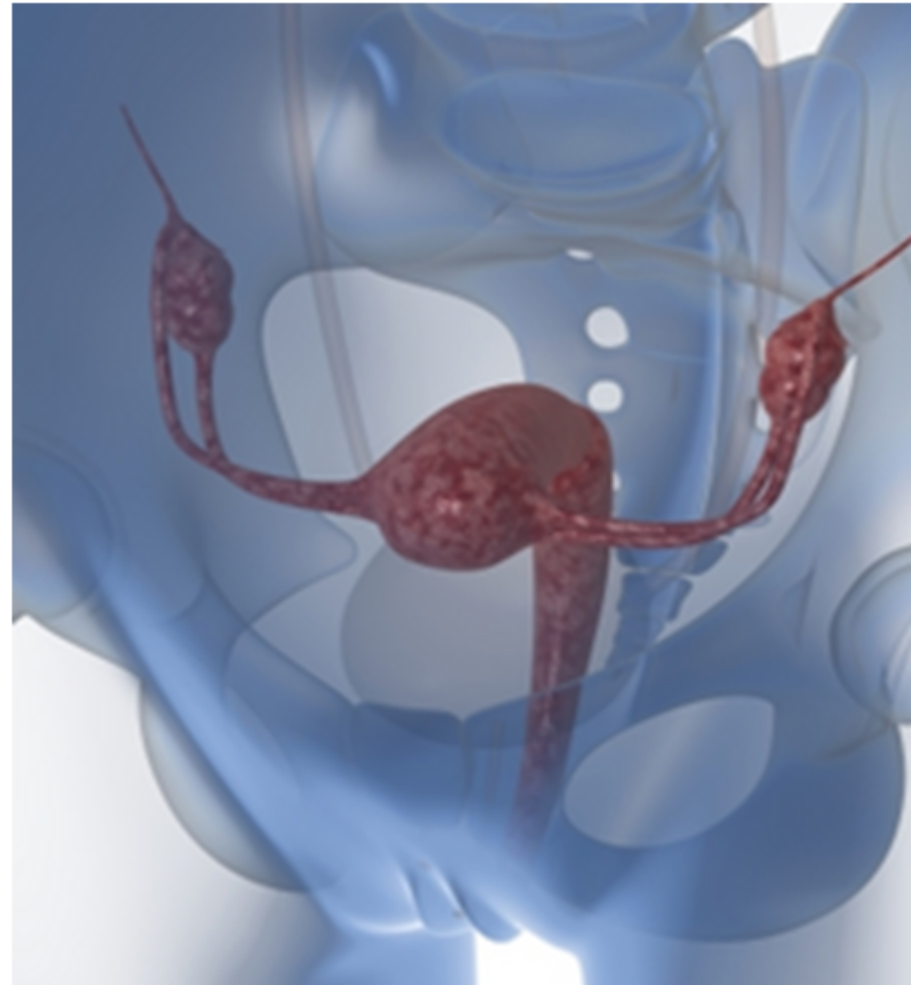


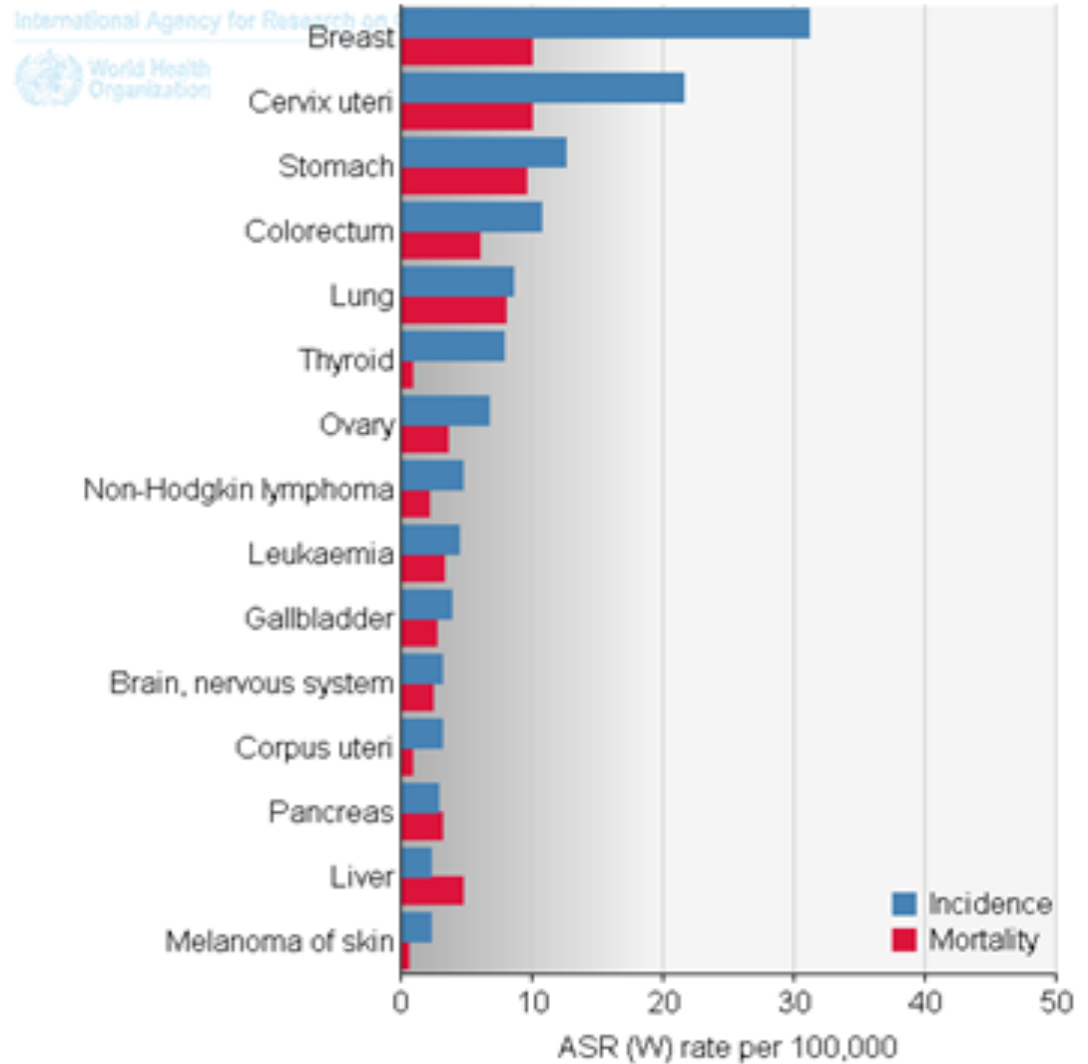
TUMORES GINECOLOGICOS

Ana Milena Roldán
Oncología Médica

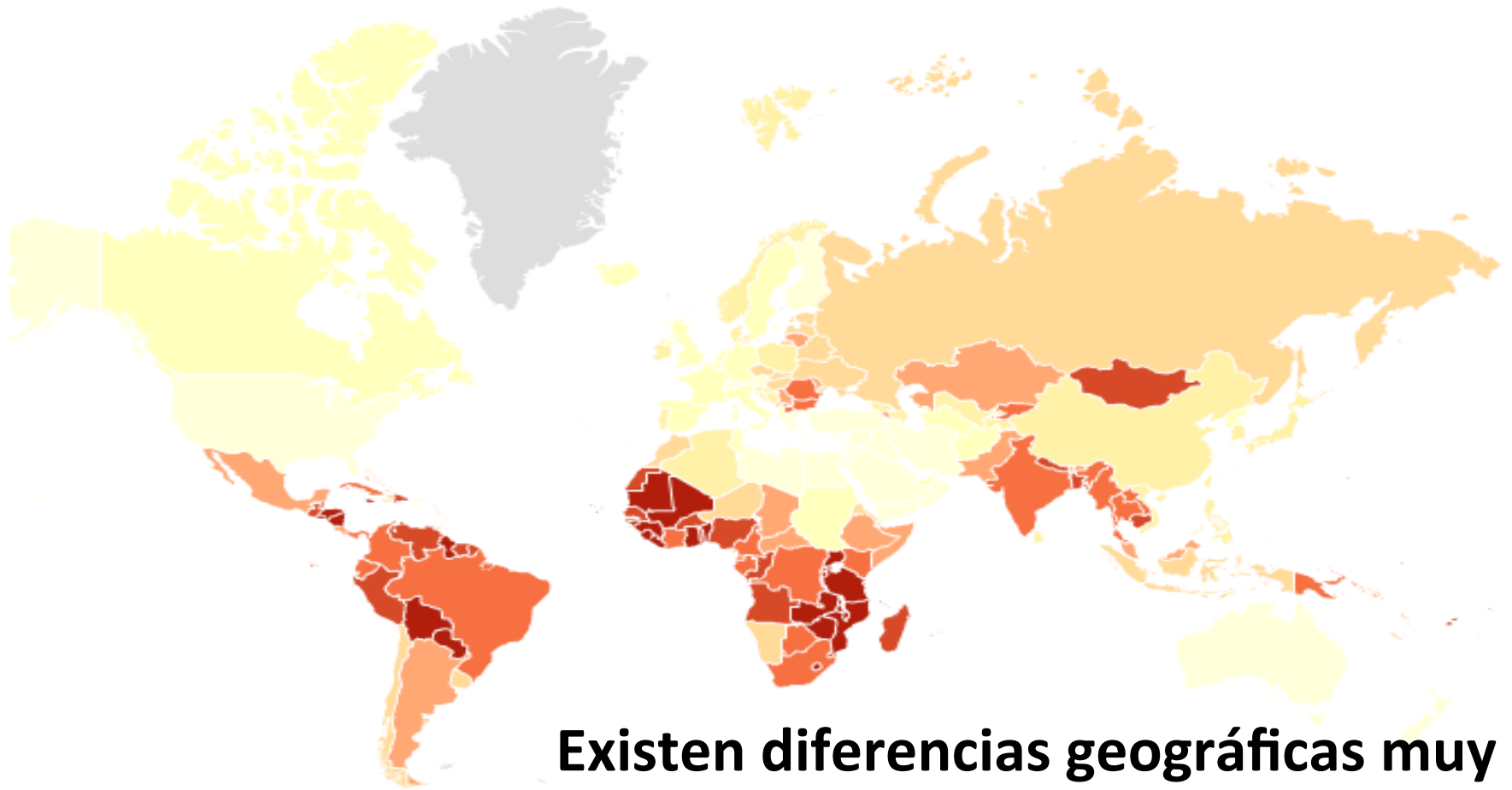


CANCER DE CERVIX

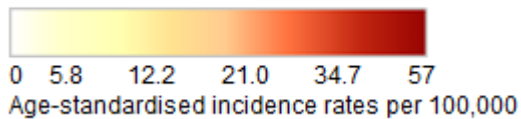
- Incidencia 21.5/100.000
- Mortalidad 10/100.000
- Edad mediana es 47 años
- 47% < 35 años
- 10% > 65 años.



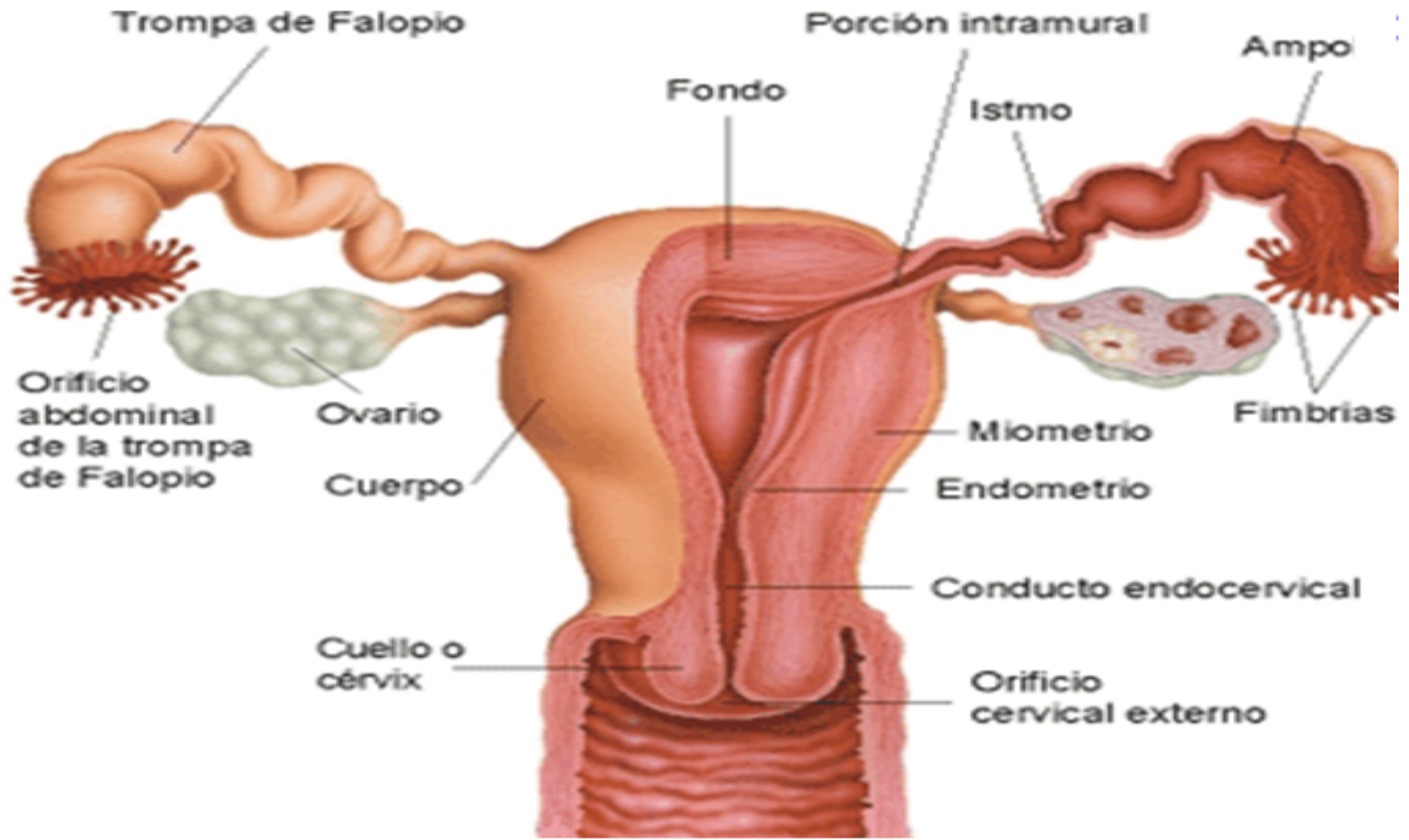
EPIDEMIOLOGIA



Existen diferencias geográficas muy marcadas...



ANATOMIA



HISTOLOGIA

70%
ESCAMOCELULAR

- Precursor inmediato son las HSIL ; lesiones intraepiteliales escamosas de alto grado.

20 – 25%
ADENOCARCINOMA

- Se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas adenocarcinoma in situ.

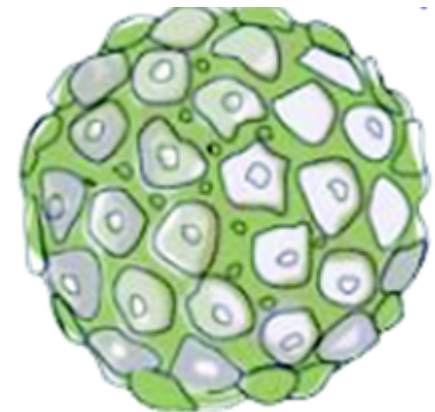
2 – 5 %
OTROS

- Adenoescamosos
- Neuroendocrinos

Todos los tipos de tumores indicados están relacionados con PVH de alto riesgo oncogénico (VPH 16 y 18).

FACTORES DE RIESGO

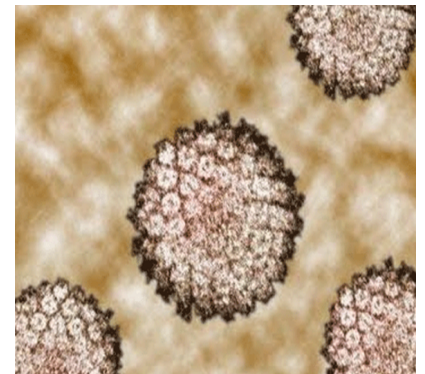
- Actividad sexual inicial temprana.
- Promiscuidad.
- Transmisión venérea de PVH.
- Grupos socioeconómicos bajos.
- Tabaquismo.
- Condilomas genitales.



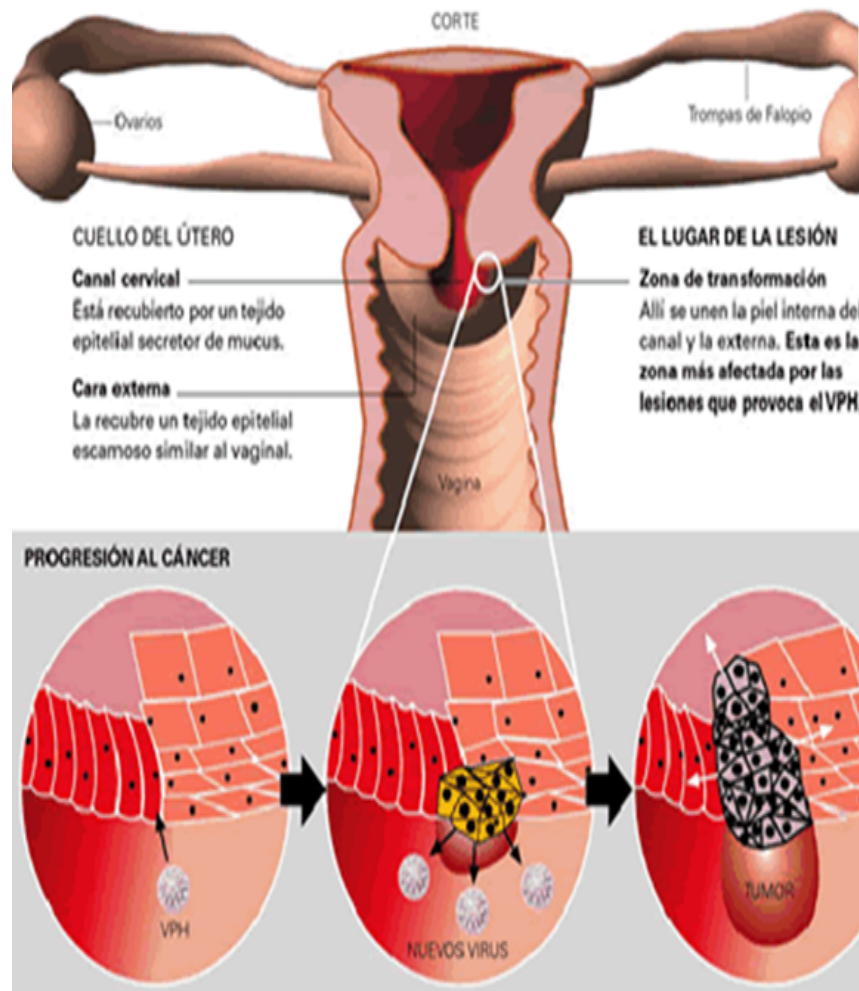
Virus Papiloma Humano (VPH)

PVH (Virus del papiloma humano)

- PVH de alto riesgo, oncogénicos o carcinogénicos
- HPV 16 y 18
- [Gardasil](#)[®] (6, 11, 16, 18) y [Cervarix](#)[®] (16, 18).
- Vacuna indicada a partir de los 9 años de edad para la prevención de:
 - Lesiones genitales precancerosas (cervicales, vulvares y vaginales) y cáncer cervical relacionados con ciertos tipos oncogénicos PVH.
 - Verrugas genitales (condiloma acuminata) relacionadas causalmente con tipos específicos del VPH.
- 3 dosis IM, frecuencia : 0, 2, 6 meses.
- Eficacia protectora mantenida durante los 4,5 años posteriores a la finalización del régimen de 3 dosis.

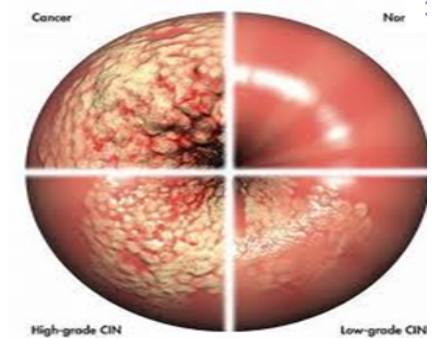


PVH (Virus del papiloma humano)



Harald zur Hausen en 2008.

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL



- El cérvix uterino presenta lesiones asintomáticas mucho antes de la aparición del cáncer : Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- Con los años, evolucionan hasta transformarse en carcinoma, aunque también pueden regresar espontáneamente.
- **NIC I:**
 - Displasia en el tercio inferior del epitelio.
 - La mayoría regresan espontáneamente a los 2 años, pero el 10% progresa a NIC de mayor grado.
- **NIC II:**
 - Displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.
 - El 20% progresan a NIC III.
- **NIC III:**
 - El epitelio es displásico en su totalidad.
 - Carcinoma *in situ*.
 - La mayoría no regresan espontáneamente, y a los 2 años el 20-30 % se ha transformado en un carcinoma invasor.

RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS)

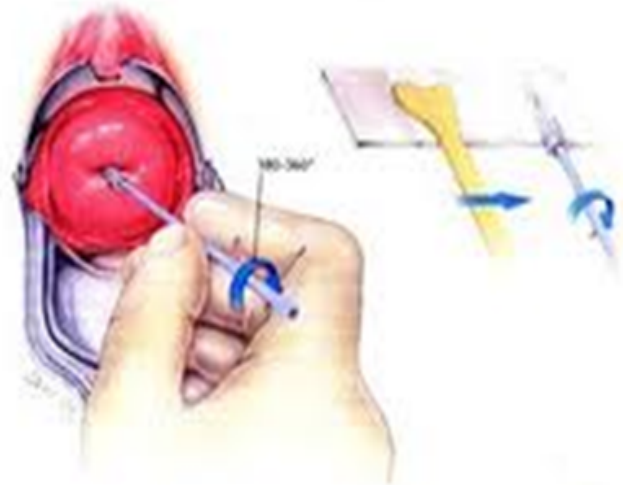


- ***Cuando comenzar el screening?***
 - Aproximadamente 3 años luego del inicio de las relaciones sexuales, pero no después de los 21 años.
- ***Intervalo de screening ?***
 - Luego de iniciado el screening, debe continuarse anualmente.
 - A los 30 años, las mujeres que han tenido 3 citologías consecutivas satisfactorias, con resultados normales o negativos, pueden controlarse cada 2 o 3 años hasta por lo menos los 65-70 años (a menos que hayan tenido antecedentes de exposición al DES in útero, sean HIV+ o estén inmunosuprimidas por trasplante de órganos, quimioterapia o corticoideoterapia crónica).

RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS)

- ***Screening post histerectomía ?***
 - No se indica continuar con el screening en mujeres con histerectomía total por patología benigna.
 - Se indica continuar el screening en mujeres con histerectomía subtotal.
 - En las mujeres cuya indicación de histerectomía ha sido la presencia de NIC II / III debe continuarse el screening cada 4 a 6 meses; deben tener 3 citologías consecutivas negativas dentro de los 18 a 24 meses post histerectomía para discontinuar el screening.

RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS)



- ***Quando discontinuar el screening ??***
 - Mujeres >70 años con 3 o más citologías consecutivas normales y sin anomalías citológicas en los últimos 10 años.
 - En mujeres con historia previa de Cáncer cervical, exposición en útero al DES o inmunosuprimidas (incluyendo HIV+), deben continuar el screening mientras permanezcan con un estado de buena salud y no tengan una enfermedad crónica que les condicione el tiempo de vida.

RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN CANCER SOCIETY (ACS)

- ***Test de DNA-HPV con citología como método de screening ?***
 - En mujeres mayores de 30 años, la combinación de citología convencional con el test de DNA-HPV de alto riesgo podría realizarse cada 3 años.
 - Deberían desarrollarse guías para el manejo de aquellas mujeres con citologías satisfactorias negativas y test de DNA HPV de alto riesgo positivos.
 - Los test de HPV no se recomiendan < 30 años debido a la frecuente infección por HPV de alto riesgo a esa edad.

TAMIZAJE...CITOLOGIA CERVICOUTERINA

- FACTORES QUE AFECTAN LA CALIDAD DE LA MUESTRA:
- Menstruación
- Inflamación o infección vaginal
- Relaciones sexuales dentro de las 24 horas previas
- Atrofia severa (menopausia)
- Embarazo
- Puerperio y lactancia



CLINICA



- Hemorragia anormal (menstrual o intermenstrual), en "agua de lavar carne".
- Aumento de flujo vaginal (generalmente fétido).
- Pubalgia o dorsalgia lumbosacra
- Dispareunia.
- En fases avanzadas aparecen síntomas por invasión vesical (disuria, hematuria) y rectal (hematoquecia, disquecia).

CLINICA Y DIAGNOSTICO

PATRONES DE DISEMINACIÓN

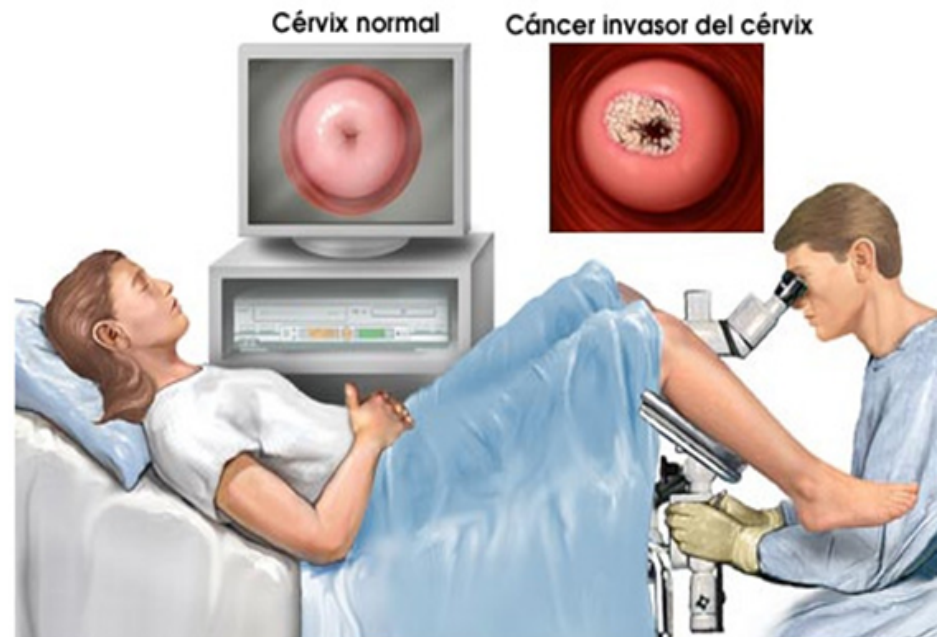
Extensión local:

Compromiso de parametrio, vagina, fondo de saco de Douglas vejiga, recto, hidronefrosis.

Metástasis a distancia:

Pulmones, Hígado y otros.

DIAGNOSTICO: COLPOSCOPIA - BIOPSIA



ESTADIFICACION

ESTADIFICACION CLINICA EXPLORACIÓN GINECOLOGICA COMPLETA



SE RECOMIENDAN:

- ✓ Analítica general
- ✓ Rayos X de tórax
- ✓ Pielografía intravenosa
- ✓ Rectosigmoidoscopia

EN ENFERMEDAD LOCALMENTE AVANZADA Y POTENCIALMENTE RESECABLE:

- ✓ RM de pelvis contrastada
- ✓ Tomografía computada abdominopélvica,
- ✓ Cistoscopia y Enema baritado

ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX UTERINO FIGO (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

ESTADIO	DESCRIPCIÓN	SOBREVIDA MEDIANA 5 AÑOS
0	Carcinoma in-situ (no invasor)	
I	Confinado estrictamente al cérvix	85-92%
Ia	Tumor identificado en forma microscópica, exclusivamente. Ia1 cuando la invasión estromal no es mayor de 3 mm en profundidad y 7 mm en longitud; Ia2 cuando la invasión estromal es de 3-5 mm en profundidad y mayor de 7 mm en longitud.	92%
Ib	Lesiones clínicas confinadas al cérvix o lesiones que se pueden identificar sin microscopia. Ib1 cuando las lesiones son menores de 4 cm de tamaño. Ib2 cuando las lesiones son mayores de 4 cm.	85%
II	Se extiende más allá del cuello pero no se ha extendido a la pared pélvica; compromete la vagina pero no hasta el 1/3 inferior de la misma	60-80%
IIa	No compromiso del parametrio clínicamente aparente	83%
IIb	Con compromiso de los parametrios clínicamente aparentes	62%
III	Se extiende a la pared pélvica; en el examen rectal no hay separación del tumor a la pared pélvica; extensión al 1/3 inferior de la vagina; todas las pacientes con hidronefrosis o riñón no funcional deben ser incluidas en este grupo	40-56%
IIIa	No extensión a la pared pélvica pero si hay compromiso del tercio inferior de la vagina.	56%
IIIb	Extensión a la pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcional	40%
IV	Se extiende más allá de la pelvis verdadera o con invasión clínica de la vejiga o recto	4-5%
IVa	Extensión del crecimiento a órganos adyacentes	5%
Ivb	Extensión a órganos distantes	4%

Referencia: [International Federation of Gynecology and Obstetrics. Staging announcement, FIGO staging of gynecologic cancers; cervical and vulva. Int J Gynecol Cancer 1995;5:319](#)

ESTADIFICACION Y PRONOSTICO

Estadio 0:

Carcinoma in situ.

Estadio I:

Confinado estrictamente al Cuello uterino.

SV a los 5 años 85%.

Estadio II:

Invasión que rebasa el cuello uterino, pero no alcanza la pared pélvica ni compromete el 1/3 inferior de la vagina.

SV a los 5 años 65%.

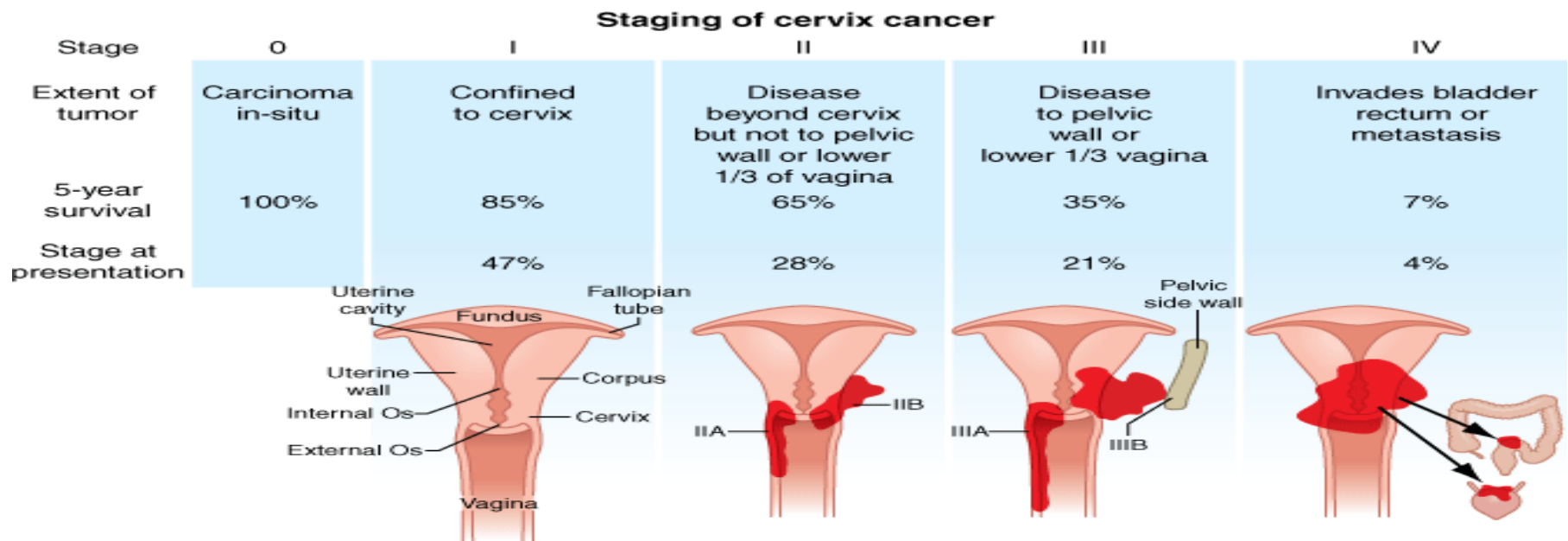
Estadio III:

Extensión a la pared pélvica; en el examen rectal no hay separación de tumor a la pared pélvica; extensión al 1/3 inferior de la vagina; todas las pacientes con hidronefrosis o riñón no funcional deben ser incluidas en este grupo.

SV a los 5 años 35%.

ESTADIFICACION Y PRONOSTICO

- **Estadio IV:**
- Invasión de la mucosa de la vejiga o recto o por extensión que sobrepasa la pelvis menor.
- **SV a los 5 años 7%.**



TOXICIDAD POR CITOSTATICOS

CISPLATINO

- ✓ Nefrotoxicidad .
- ✓ Neurotoxicidad.
- ✓ Náuseas y vómitos.
- ✓ Ototoxicidad.
- ✓ Alopecia.
- ✓ Trastornos electrolíticos:
 - ✓ Hipomagnesemia, hipopotasemia, hipocalcemia



TOXICIDADES POR CITOSTATICOS

- **SINDROME METABOLICO:**

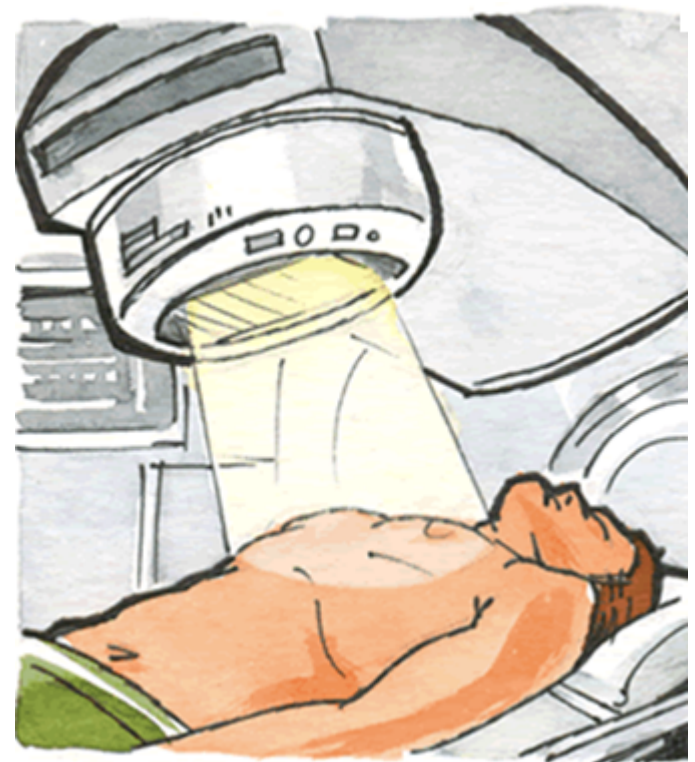
- Obesidad.
- Diabetes Mellitus.
- Dislipidemia.
- HTA.



- Ocurre en el 25% de los pacientes tratados con Cisplatino y favorece el desarrollo de manifestaciones de cardiopatía isquémica.

TOXICIDAD POR RADIOTERAPIA

- **AGUDAS**
 - Mucositis
 - Eritema y ulceración cutánea
 - Mielosupresión
- **CRÓNICAS**
 - Hipotiroidismo
 - Cataratas y daño retiniano
 - Xerostomía
 - Disgeusia
 - Cardiotoxicidad
 - Pericarditis constrictiva
 - Fibrosis pulmonar
 - Estenosis de órgano aerodigestivo
 - Mielitis transversa
 - Enteritis por irradiación
 - Neoplasias secundarias



TRATAMIENTO

Estadio 0

- Conización o Histerectomía abdominal.

Estadíos I y II < 4 cm

- Quimioterapia preoperatoria (TIP), seguido por Histerectomía radical
- Radioterapia si compromiso ganglionar o márgenes positivos

TRATAMIENTO

Estadíos II >7 cm, III, Iva

- Quimioterapia (basada en Platino)+ Radioterapia
- Disminuye riesgo de recidiva 30-50 %

Estadíos IVb - Recurrente

- Quimioterapia paliativa (Platino + Paclitaxel o Platino + Topotecán)

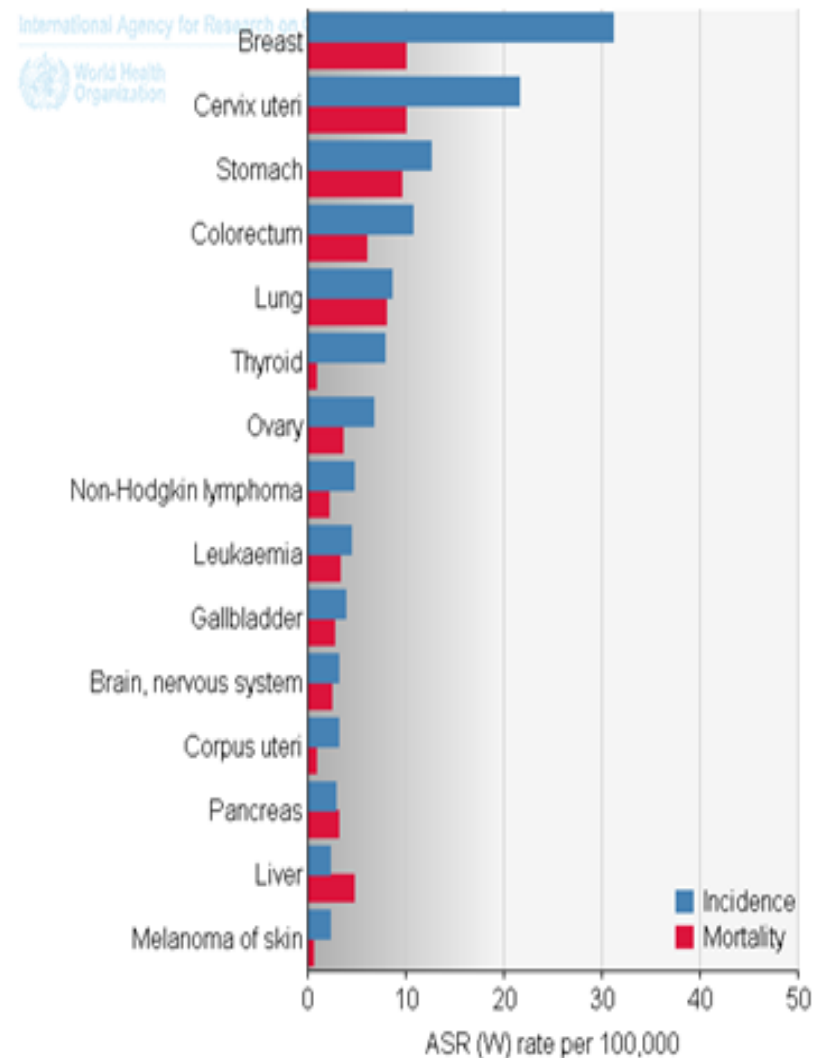
CANCER DE OVARIO

Incidencia: 6.8/100.000

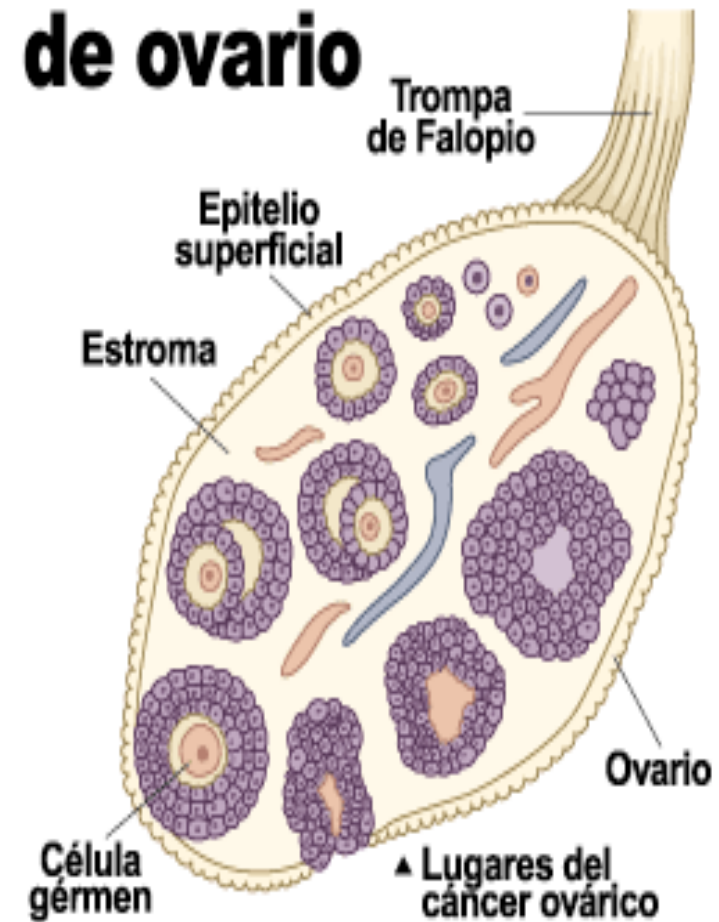
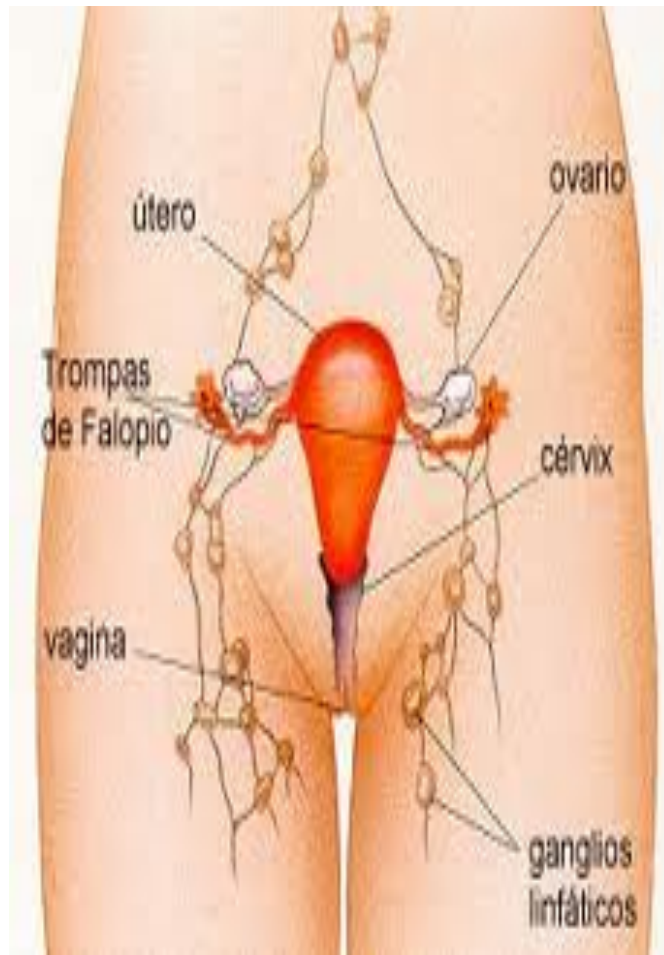
Mortalidad: 3.5/100.000.

Edad media entre los 50 y 59 años

	FRECUENCIA	MORTALIDAD
NEOPLASIA FEMENINA	7 ^a	5 ^a
NEOPLASIA GINECOLOGICA	2 ^a	1 ^a



ANATOMIA



HISTOLOGIA

85% EPITELIALES

PACIENTES MAYORES, EXCEPCIONAL < 40 AÑOS

SEROSO

El más frecuente
70% de los casos
es bilateral
Calcificaciones :
cuerpos de
psamoma)

MUCINOSO

80% son
benignos
Pseudomixoma
peritoneal

ENDOMETRIOIDE

Malignos
10% asociados a
endometriosis
ovárica
30% de casos
asociados a
Adenoca.
Endometrial
primario

CÉLULAS CLARAS

Malignos
El tumor
maligno más
frecuente en
caso de
endometriosis

T. BRENNER

Benignos.
Epitelio
transicional.

HISTOLOGIA

5% GERMINALES

75% DE NEOPLASIAS OVÁRICAS MALIGNAS EN MUJERES <30 AÑOS

TERATOMA QUÍSTICO

Con frecuencia contienen cabellos, dientes y hueso calcificado.

1% malignos

Struma ovárico

DISGERMINOMA

Equivalente al Seminoma del varón

10-15% bilaterales

El tumor germinal maligno más frecuente

B- HCG y AFP

OTROS:

-Tumor del Seno Endodérmico

-Carcinoma Embrionario

-Coriocarcinoma

-Gonadoblastoma

HISTOLOGIA

10% ESTROMA OVARICO

DE LA GRANULOSA

Productor de
estrógenos
Ocasionalmente
trastornos
menstruales y
pubertad precoz

T. C. DE LEYDIG Y SERTOLI

Productor de
andrógenos
Ocasionalmente
virilización e
hirsutismo

TECOMAS

Productor de
estrógenos y
andrógenos

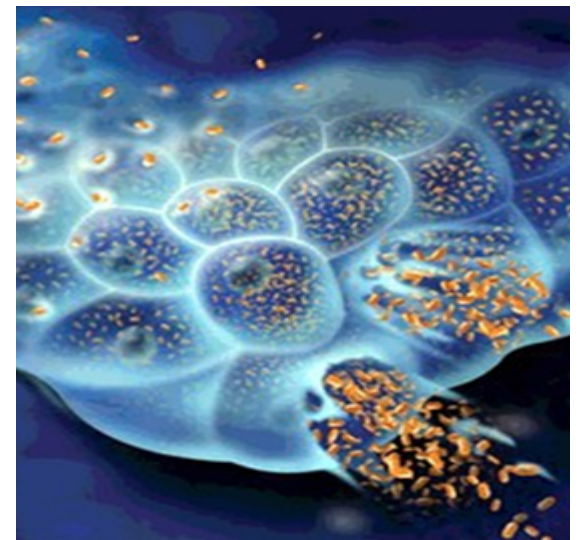
ANDROBLASTOMA

Productor de
andrógenos
Primera causa de
virilización de
origen ovárico

El patólogo también debe informar el grado de diferenciación:
Grado I para los bien diferenciados y Grado III para los pobremente diferenciados.

FACTORES DE RIESGO

- Historia familiar (10%)
 - Síndrome de Cáncer mamario/ovárico (BRCA 1 y BRCA 2)
 - Síndrome de Lynch tipo II (MSH2, MLH1, MLH6, PMS1 y PMS2)
- Exposición al Asbesto
- Edad avanzada
- Pacientes con trastornos funcionales ováricos:
 - Infertilidad
 - Nuliparidad o baja paridad
 - Abortos espontáneos frecuentes
 - Uso de fármacos inductores de la ovulación.



FACTORES PROTECTORES

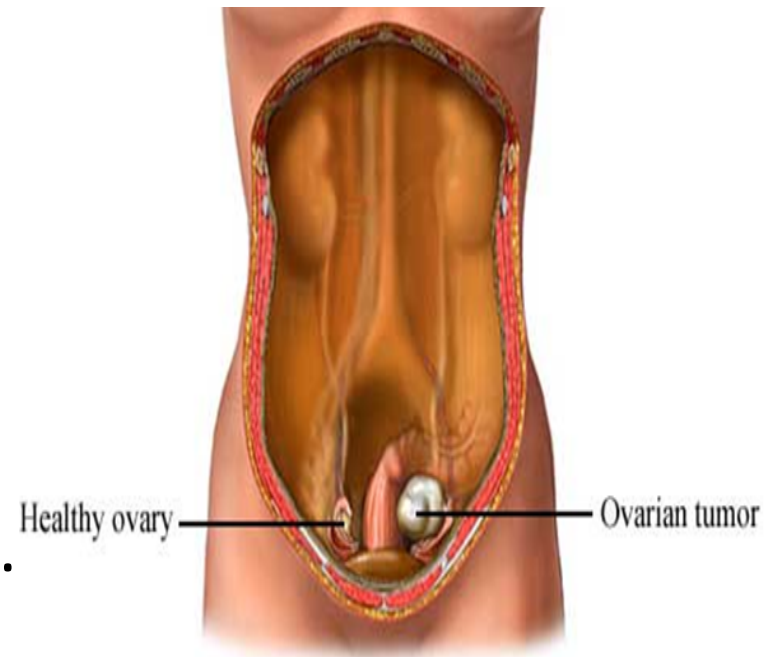
- Embarazo (cada gestación disminuye 10% el riesgo de Cáncer)
- Lactancia materna
- Salpingoclasia
- Anticonceptivos orales
- Terapia sustitutiva hormonal



CLINICA

ESTADIOS TEMPRANOS:

- Mayoría asintomáticas.
- Crecimiento progresivo del tumor..
 - Polaquiuria
 - Estreñimiento
 - Dolor abdominal difuso
 - Complicaciones: torsión, rotura, infección..



ESTADIOS AVANZADOS

- El 70 % de las pacientes se diagnostican cuando el proceso tumoral ha sobrepasado la pelvis menor y presentan : síntomas urinarios , Síndrome constitucional , metrorragias, dolor ,distensión abdominal, ascitis...

DIAGNOSTICO Y ESTADIFICACION

- Masa evaluada por examen físico o lesión sospechosa en anexos por ecografía transvaginal.
- Se requiere de CIRUGÍA (laparotomía exploradora) para confirmar el diagnóstico.
- Se recomienda medir el Ca 125
 - Elevado en 80% con Cáncer de ovario.
- En menores de 30 años se recomienda la medición
 - Beta-hCG cuantitativa y AFP (Tumores germinales)

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- TAC Abdomino-pélvico/ RNM.



ESTADIFICACION QUIRURGICA

PATRONES DE DISEMINACIÓN

– Ovario contralateral, Pelvis, Peritoneo, Hígado, otros.

ESTADÍO A LA PRESENTACIÓN

- **Estadío I: 26%**
- **Estadío II: 15%**
- **Estadío III: 42%**
- **Estadío IV: 17%**



ESTADIFICACION QUIRURGICA

1. **Laparotomía** media supra e infraumbilical
2. Aspiración de líquido **ascítico**
3. **Exploración** de la cavidad abdominal, superficies peritoneales y vísceras
4. Extracción de la **tumoración**.
5. **Anexohisterectomía** total
6. **Biopsias** peritoneales, Douglas, prevesical, parietocólicas, mesointestinal, diafragma.
7. **Apendicectomía**
8. **Oment**
9. **Linfad**

CIRUGÍA CITORREDUCTORA 1ª

ESTADIFICACION QUIRURGICA

En pacientes seleccionadas con Estadío IA y paridad insatisfecha se puede considerar preservar el útero, ovario y trompa contralateral.

La calidad de la Citorreducción es crítica para la sobrevida. Se considera citorreducción óptima cuando hay menos de 1 cm de tumor residual luego de la cirugía.

**DIFERENCIAS EN SUPERVIVENCIA GLOBAL ENTRE NO ENFERMEDAD RESIDUAL, ER > 1cm
Y ER < 1cm**

**Survival Effect of Maximal Cytoreductive Surgery for
Advanced Ovarian Carcinoma During the Platinum Era:
A Meta-Analysis**

Journal of Clinical Oncology, Vol 20, No 5 (March 1), 2002: pp 1248-1259

ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER DE CÉRVIX OVARIO FIGO (FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA)

IA	Limitado a un ovario
IB	Limitado a ambos ovarios
IC	Ia o Ib con ascitis o lavados peritoneales positivos
IIA	Extensión a útero
IIB	Extensión
IIC	Iia o Iib
IIIA	Afectación
IIIB	Implantes peritoneales
IIIC	Implantes peritoneales ≥ 2 cm, y/ gg retroperitoneales o inguinales positivos
IV	Metástasis a distancia

**FUERA DE LA PELVIS Y A DISTANCIA
ESTADIOS III Y IV**

ESTADIFICACION

- **ESTADÍO TEMPRANO DE BAJO RIESGO:**
 - Estadío IA o IB con histología que no incluya células claras, grado histológico I o II.
- **ESTADÍO TEMPRANO DE ALTO RIESGO:**
 - Estadío II, Estadío IC o cualquier Estadío I con histología de células claras o grado III.
- **ENFERMEDAD AVANZADA:**
 - Estadío III y IV.
- **ENFERMEDAD METASTÁSICA:**
 - Estadío IV.



ESTADIFICACION QUIRURGICA



SV A 5 AÑOS POR ESTADÍO QUIRÚRGICO

- Estadío IA o IB grado I o II: 90%,
- Estadío I de alto riesgo (IC o grado III) y Estadío II: 80%,
- Estadío III:
 - 30-50% si hay citorreducción óptima.
 - Se disminuye a 10% si no hay citorreducción óptima.
 - Como agregado el Estadío III tiene supervivencia de 15-20%,
- Estadío IV: 1-5%

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

- **ESTADÍO TEMPRANO DE BAJO RIESGO**

Las pacientes con carcinomas de ovario Estadío IA o IB con tumores grado I o II, tratamiento quirúrgico exclusivo es la recomendación.

- **ESTADÍO TEMPRANO DE ALTO RIESGO**

La quimioterapia adyuvante basada en platino ha demostrado aumentar la sobrevida a 5 años en pacientes con carcinoma de ovario estadio temprano con factores de alto riesgo (de 76-82%).

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

1. QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

2. CIRUGÍA

1. Citorreductora primaria.
2. De intervalo
3. Citorreductora secundaria
Second look

3. QUIMIOTERAPIA ESTÁNDAR

1. “Historia de un doblete”
2. Intraperitoneal
3. Intravenosa

4. QUIMIOTERAPIA / CIRUGIA EN RECAÍDA

5. NUEVOS FÁRMACOS



QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

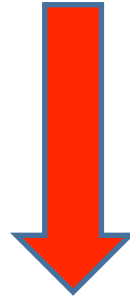
CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA NO OBTENIDA:

QT neoadyuvante (Carboplatino + Paclitaxel) seguida por Cirugía de intervalo

La citorreducción de intervalo incrementa la sobrevida mediana en aproximadamente en 6 meses pero no es tan eficaz, sin embargo como la citorreducción inicial

INDICACIONES

- Gran carga tumoral
- Ascitis masiva
 - Comorbilidades
 - Performance Status



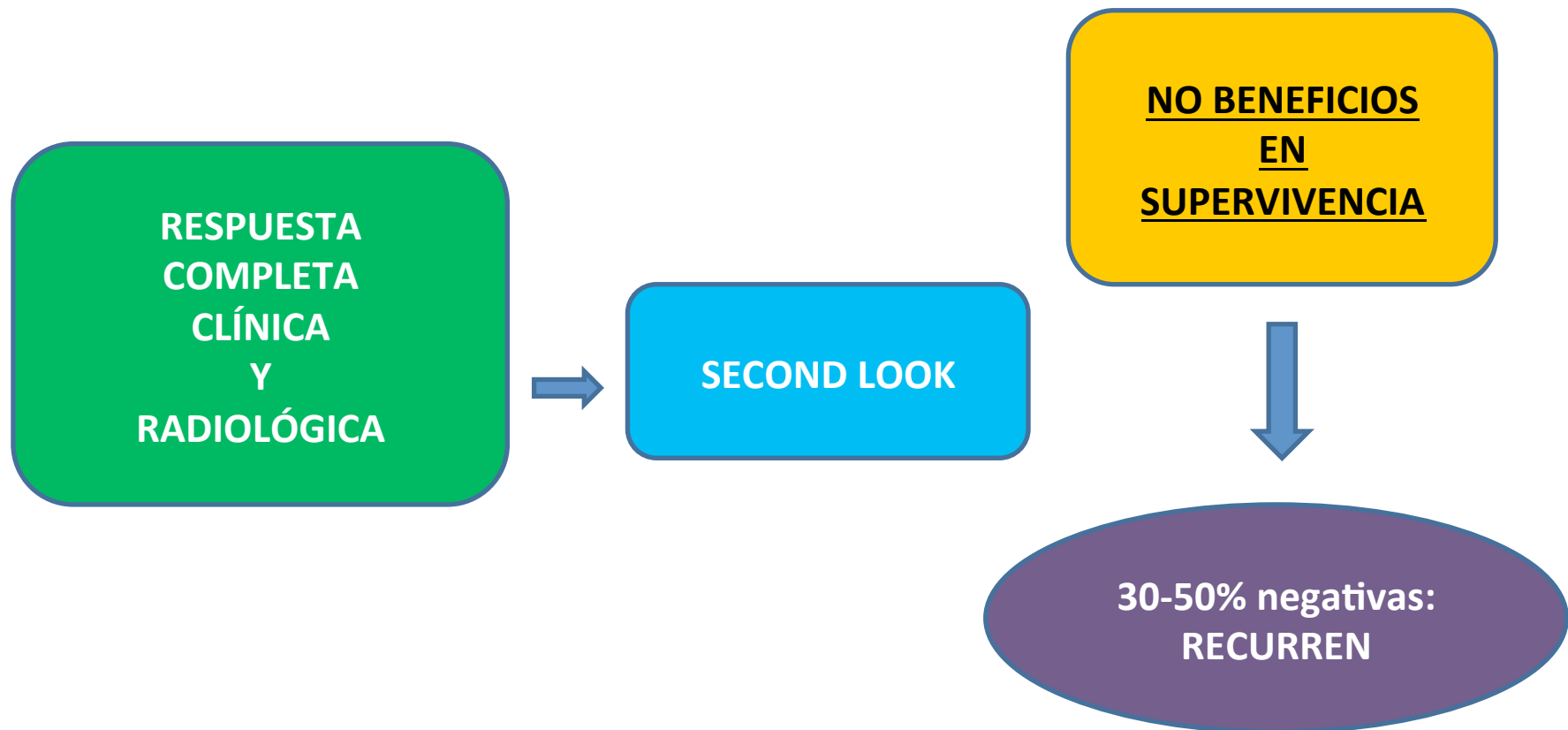
CIRUGÍA DE INTERVALO

VENTAJAS

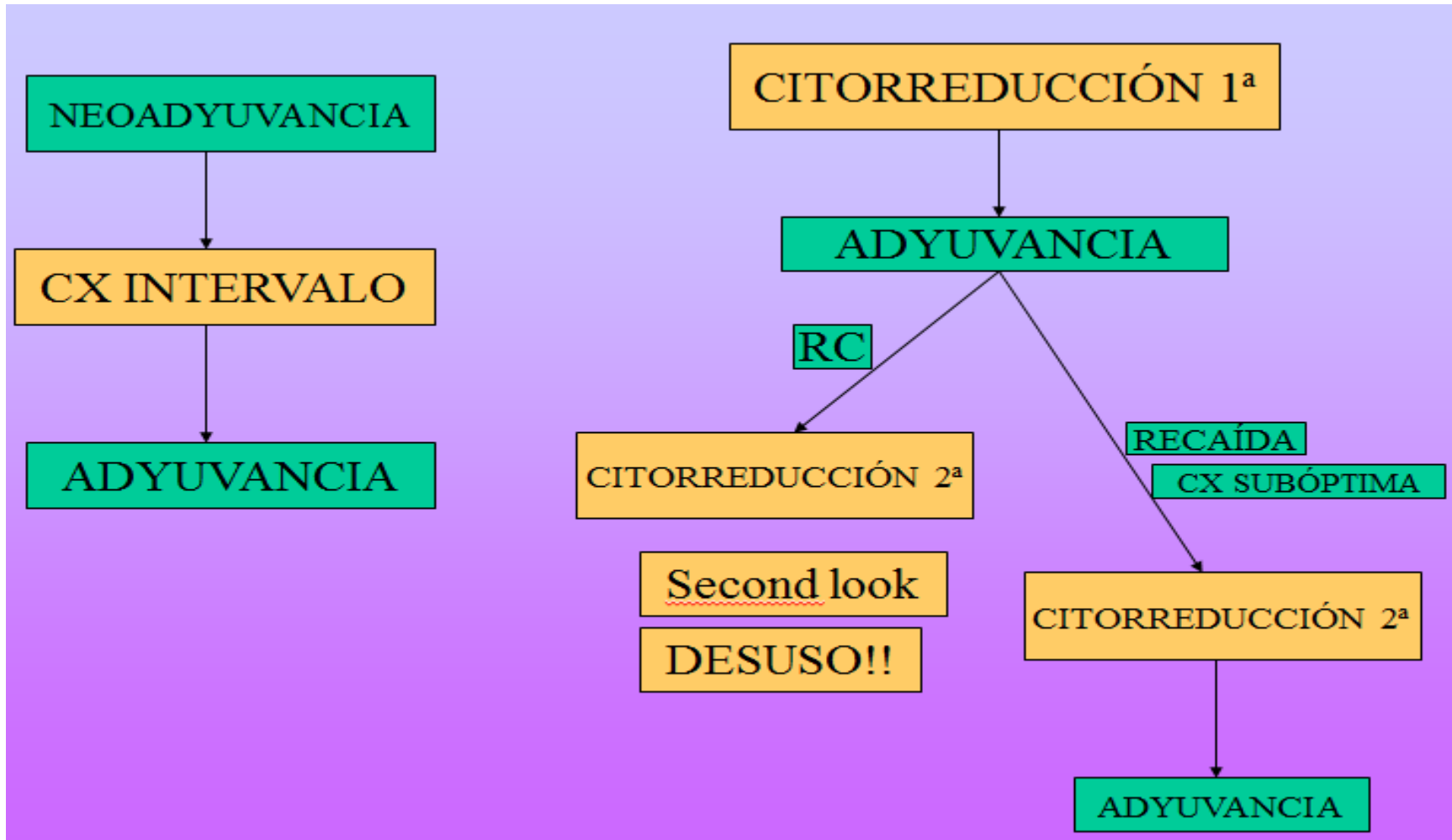
- Evitar Cirugía agresiva si quimiorresistencia.
- Mayor probabilidad de citorreducción **óptima**
- Cirugía menos **costosa**
- Cirugía con menos **complicaciones**

CIRUGÍA CITORREDUCTORA 2ª

Actualmente no se recomienda



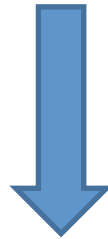
TRATAMIENTO



QUIMIOTERAPIA ESTANDAR

VÍA INTRAPERITONEAL

- La mayoría de la enfermedad se encuentra en la cavidad peritoneal.
- Aumento de la concentración del fármaco, aunque con penetración limitada



Mínima enfermedad residual!



QUIMIOTERAPIA ESTANDAR

- **VÍA INTRAVENOSA**

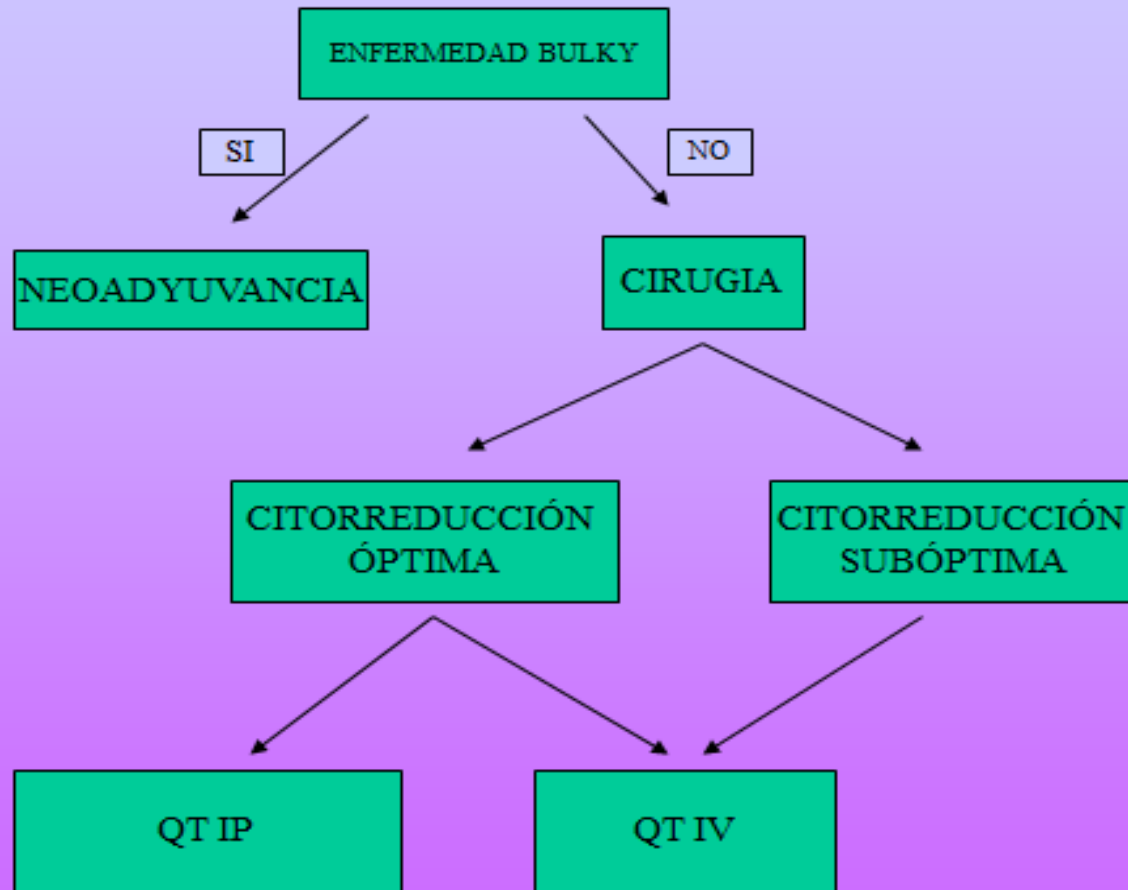
**PACLITAXEL 175 mg/m² IV
x 3h, d1**

+

**CARBOPLATINO AUC 5-7.5 IV
x 30', d1**



EN RESUMEN..... Estadios III y IV



VIGILANCIA POSTRATAMIENTO



CLÍNICA:

Examen físico completo cada 2-4 m x 2 años → 3-6 m x 3 años →
12 m

BIOQUÍMICA:

Evaluación cada 12 semanas con Ca 125.

RADIOLÓGICA:

Imágenes (ecografía o TAC abdomino pélvico) cada 26 semanas
por 2 años

Posteriormente se duplican los intervalos respectivos hasta los 5
años.



RC 80% → $\frac{3}{4}$ RECAEN

RECAIDAS

PROBABILIDAD

- **TUMOR:**
 - Estadiaje: Enfermedad residual
 - **62%** todos los estadios
 - **60-70%** estadio III-IV con bajo volumen residual
 - **80-85%** estadios III-IV con alto volumen residual
 - Histología
 - Comportamiento de Ca 12.5
- **PACIENTE:**
 - Edad
 - PS

PREDICTORES RPTA A 2ª LÍNEA

- **TUMOR:**
 - Tamaño de la recidiva (<5cm)
 - Nº de localizaciones de la enfermedad
 - Histología seroso-papilar
- **PACIENTE:**
 - PS
- **TRATAMIENTO:**
 - Intervalo libre de platino.

CUANDO TRATAR?????

- **Sintomática** → tratamiento inmediato si el desempeño del paciente lo permite.
- **Asintomática** → ???
 - De acuerdo con el paciente...
 - Seguimiento clínico
 - Ca 12.5 si signos o síntomas de recaída.

EN ONCOLOGIA LAS DECISIONES SE DEBEN TOMAR CONJUNTAMENTE CON EL PACIENTE SIEMPRE!!!!!!



CIRUGÍA EN LA RECAÍDA



- **REQUISITOS:**

- **ILP** \geq 12 meses.
- Posible la **extirpación** de la mayor parte de la enfermedad residual.
- Buen **PS**.
- Recurrencia **local**.

CONTROVERSIA

GRUPOS PRONOSTICOS

PLATINO-SENSIBLES

IL de Platino > 12 meses

Probabilidad de respuesta a la re-exposición a platino del 30-60%.

PARCIALMENTE SENSIBLES:

IL de Platino entre 6-12 meses.

Probabilidad de respuesta del 15-30% al platino.

PLATINO-RESISTENTES

IL de platino < 6 meses

Valorar otros tratamientos.

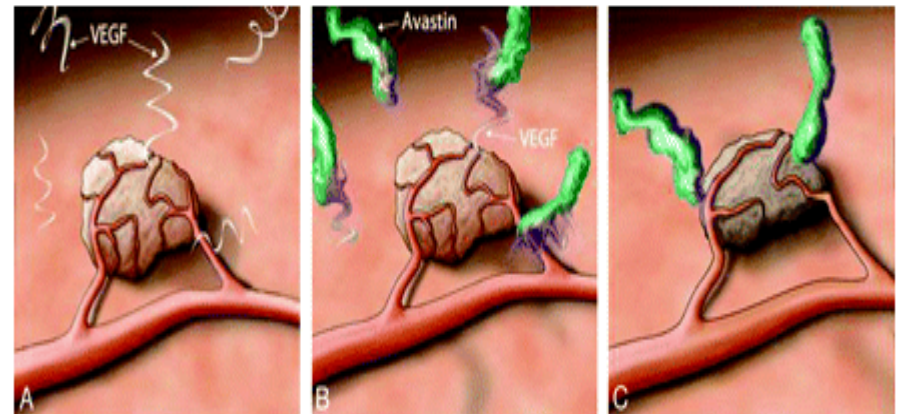


OTRAS MEDICACIONES

PACLITAXEL	135-175 mg/m ² /21d	Hematológica, NRL
ETOPÓSIDO	50 mg/m ² x21d cada 28d vo	Hematológica, GI
DLP	50 mg/m ² /28d	EPP, mucositis
TOPOTECAN	1.5 mg/m ² x5d	Hematológica
GEMCITABINA	800 mg/m ² x21d/28d	
VINORELBINA	30 mg/m ² d1,8	
IFOSFAMIDA	1-1.2 mg/2x5d/21d	Hematológica, nefrotoxicidad, SNC
PEMETREXED	900 mg/m ² /21d	
TAMOXIFENO	20 mg/d	
BEVACIZUMAB	15mg/kg/21d	HTA, <u>tromboembolismo</u> , GI

OTROS FARMACOS...

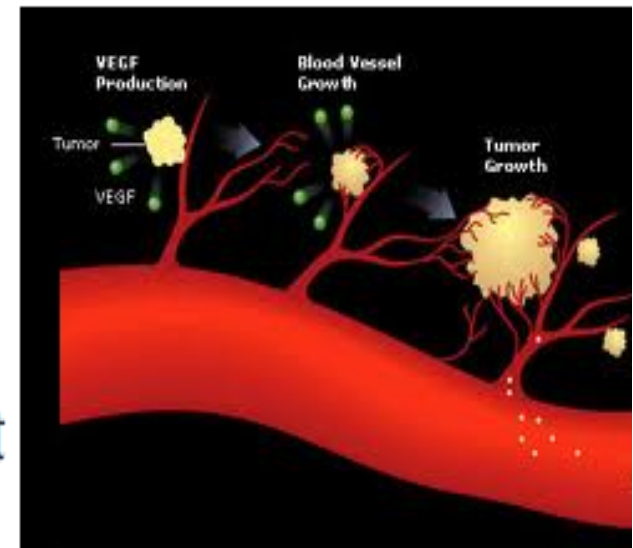
- **Bevacizumab**
- Anticuerpo monoclonal humanizado anti-VEGF.
- **Estudio GOG 218**
- **Estudio ICON 7**
- **Estudio OCEANS**



OTROS FARMACOS...

- **Pazopanib**

- Actúa inhibiendo a receptores de multitud de factores de crecimiento implicados en la angiogénesis y desarrollo tumoral, como el factor de crecimiento endotelial vascular, del factor de crecimiento derivado de plaquetas, del factor de crecimiento de fibroblastos y del factor de células madre entre otros.



A Phase II, open-label study evaluating pazopanib in patients with recurrent ovarian cancer[☆]

Gynecologic Oncology 119 (2010) 32–37

OTROS FARMACOS...

- **Trabectedina**
- Origen marino
- Se une selectivamente a la guanina del ADN provocando una deformación de la estructura molecular de la hélice y consecuentemente alteración de los procesos del ciclo celular provocan la apoptosis celular.

J Clin Oncol. 2010 Jul 1;28(19):3107-14. doi: 10.1200/JCO.2009.25.4037. Epub 2010 Jun 1.

Trabectedin plus pegylated liposomal Doxorubicin in recurrent ovarian cancer.

Monk BJ, Herzoq TJ, Kave SB, Krasner CN, Vermorken JB, Muggia FM, Pujade-Lauraine E, Lisvanskaya AS, Makhson AN, Roliski J, Gorbounova VA, Bidzinski M, Shen K, Ngan HY, Vergote IB, Nam JH, Park YC, Lebedinsky CA, Poveda AM.

University of California at Irvine (UCI) and UCI Medical Center, Orange, CA 92868-3298, USA. bjmonk@uci.edu



GRACIAS !!!!!