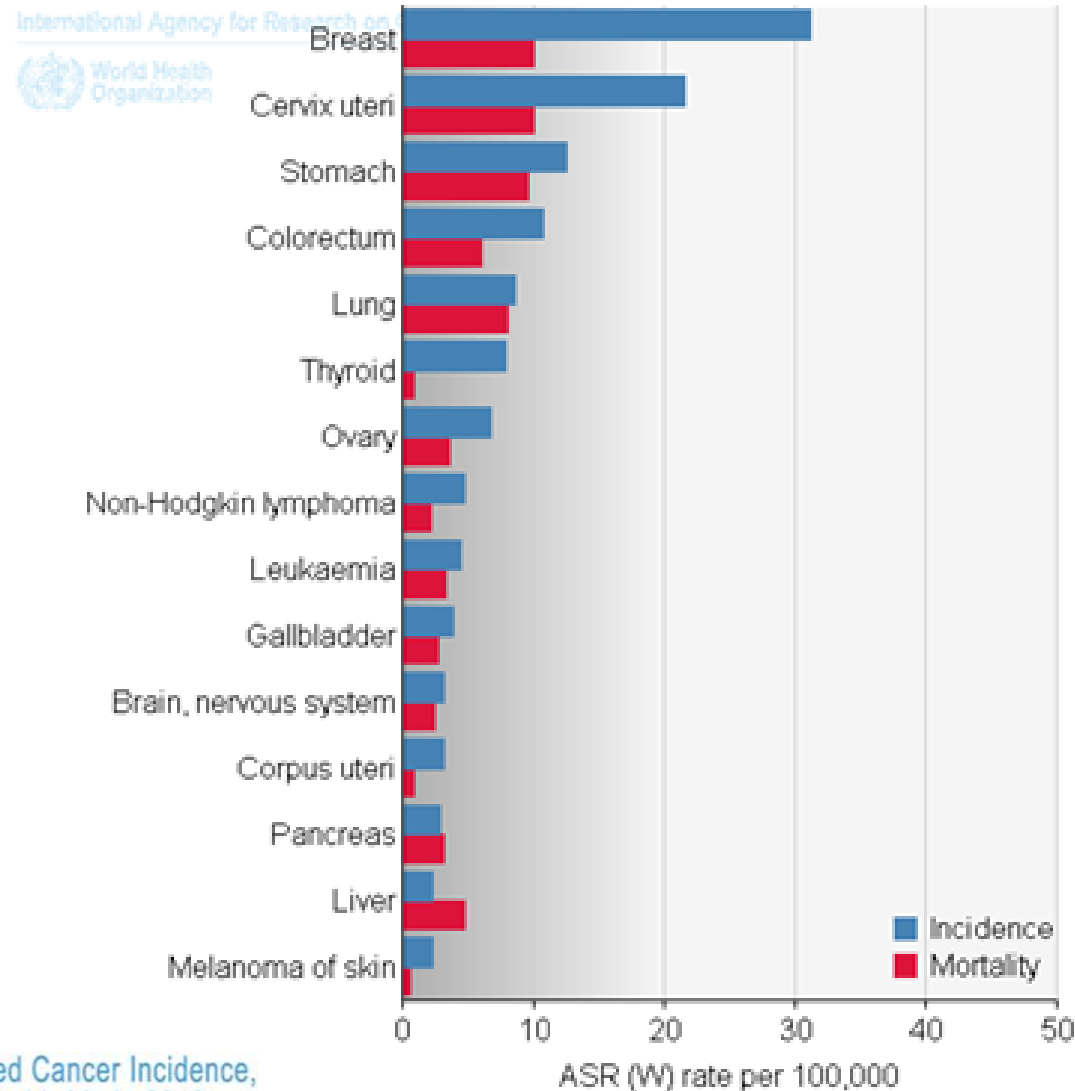
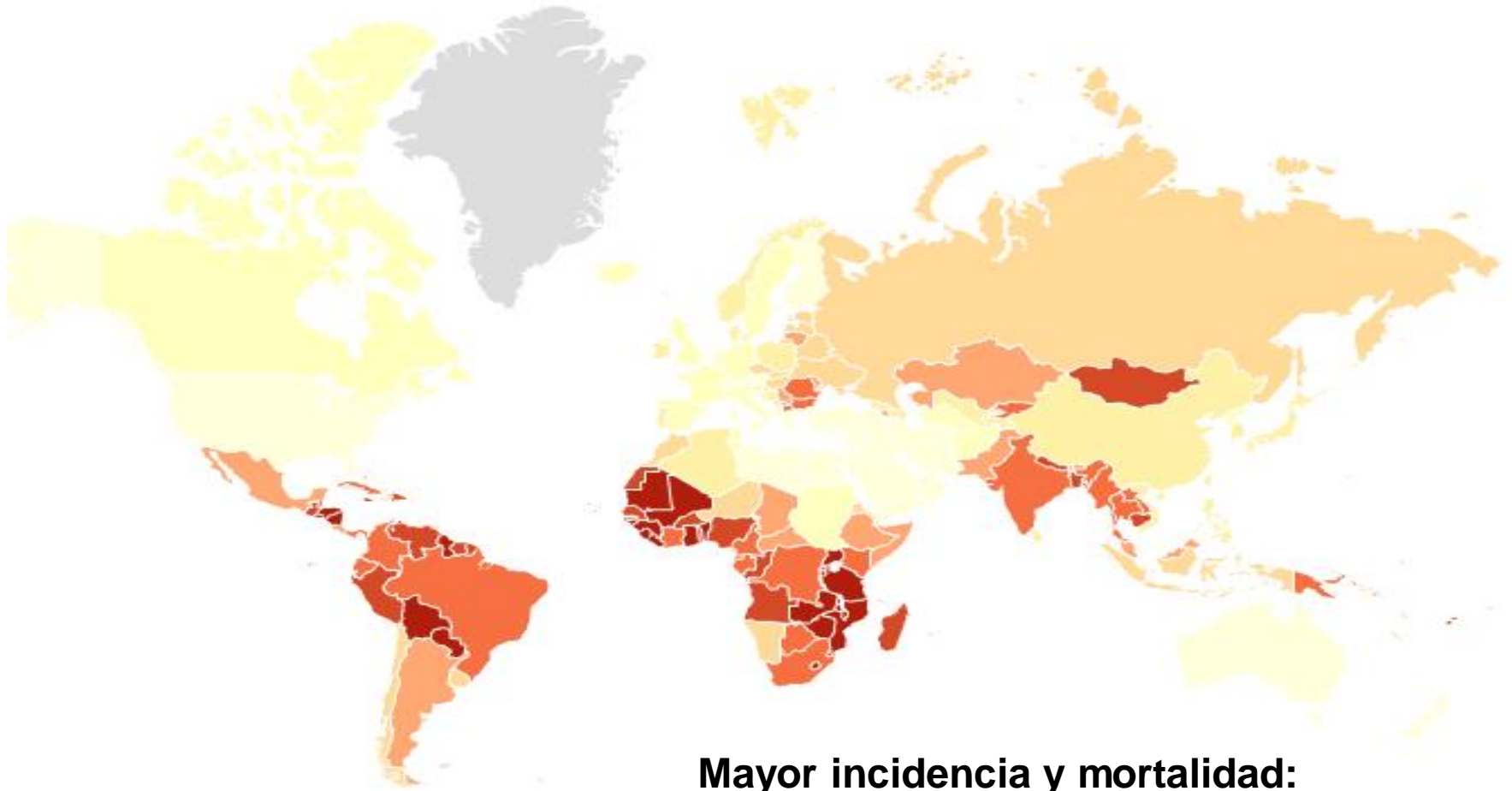


CÁNCER DE CÉRVIX

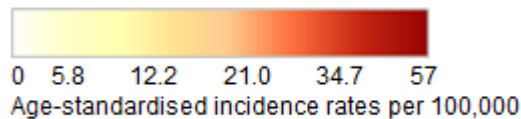
- Incidencia 21/100.000
- Mortalidad 10/100.000
- Edad mediana 47 años
- 47% < 35 años
- 10% > 65 años.



EPIDEMIOLOGÍA



**Mayor incidencia y mortalidad:
Latinoamérica, África y Sudeste Asiático**



ANTIOQUIA



GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

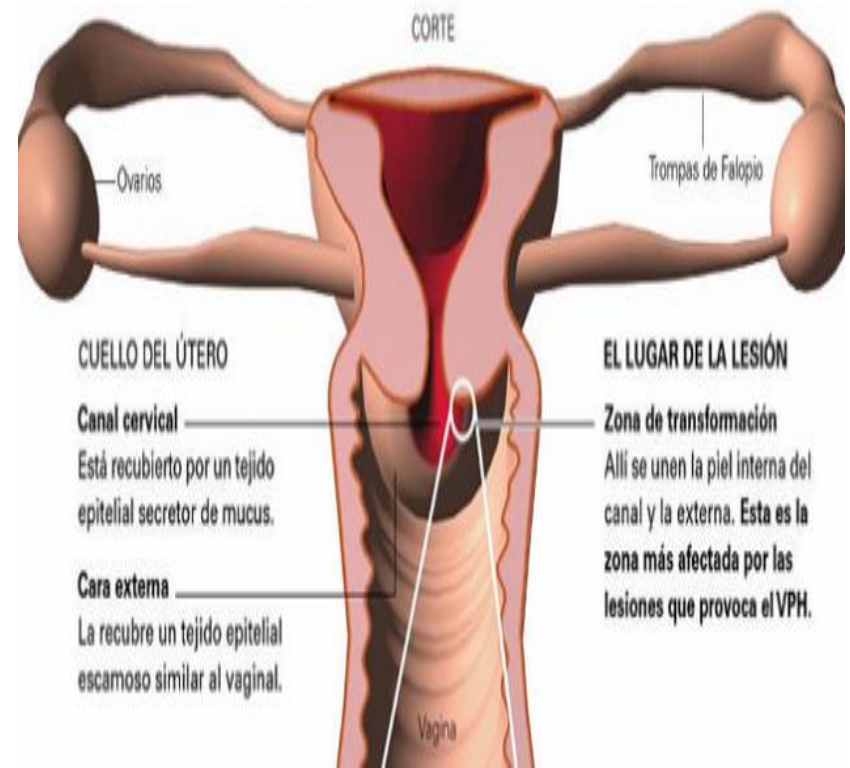
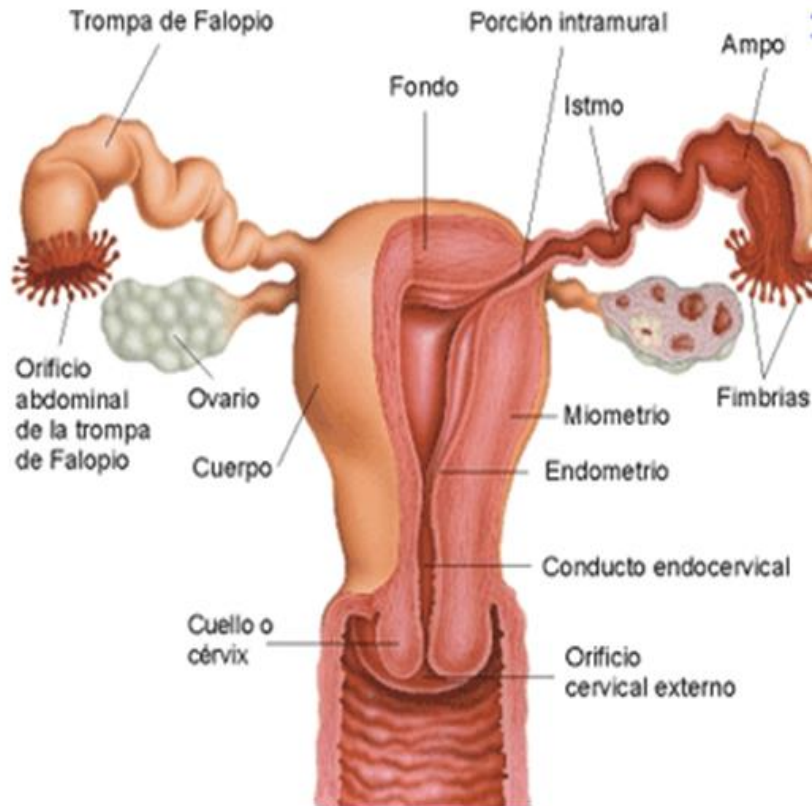
Secretaría Seccional de Salud
y Protección Social

MORTALIDAD POR CANCER DE CERVIX (CUELLO DE UTERO) SEGÚN SUBREGION Y MUNICIPIO

ANTIOQUIA 2005 - 2014

SUBREGION MUNICIPIO	AÑO																			
	2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres	casos	Tasa x cienmil mujeres
TOTAL DEPARTAMENTO	201	6,9	196	6,7	180	6,0	192	6,4	185	6,0	176	5,7	166	5,3	186	5,8	165	5,1	173	5,3
VALLE DE ABURRA	104	6,0	78	4,4	106	5,9	117	6,5	107	5,8	106	5,7	100	5,3	110	5,8	103	5,3	111	5,7
Barbosa	0	0,0	0	0,0	1	4,5	2	8,9	4	17,5	1	4,3	2	8,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Bello	7	3,6	14	7,1	10	5,0	11	5,4	11	5,3	14	6,6	10	4,6	19	8,6	10	4,4	7	3,0
Caldas	4	11,7	2	5,7	3	8,5	2	5,6	2	5,5	1	2,7	1	2,7	1	2,6	5	13,0	1	2,6
Copacabana	1	3,2	0	0,0	3	9,2	3	9,0	3	8,9	2	5,9	1	2,9	1	2,9	0	0,0	3	8,4
Envigado	2	2,2	3	3,2	2	2,1	9	9,2	7	7,0	8	7,8	4	3,8	4	3,7	3	2,7	2	1,8
Girardota	2	9,2	0	0,0	3	13,2	1	4,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	11,4	0	0,0
Itagüí	8	6,6	5	4,1	13	10,4	3	2,4	4	3,1	4	3,1	4	3,0	3	2,3	8	6,0	8	5,9
La Estrella	2	7,5	0	0,0	1	3,6	0	0,0	3	10,4	0	0,0	2	6,7	1	3,3	2	6,5	1	3,2
Medellín	78	6,7	53	4,5	69	5,8	85	7,0	72	5,9	76	6,1	76	6,1	80	6,3	72	5,6	86	6,7
Sabaneta	0	0,0	1	4,2	1	4,1	1	4,0	1	4,0	0	0,0	0	0,0	1	3,8	0	0,0	3	11,0

ANATOMÍA



HISTOLOGÍA

80%
ESCAMOCELULAR

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

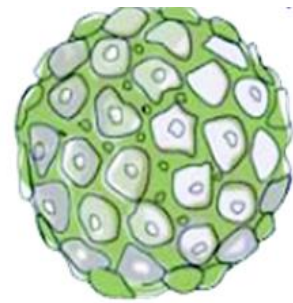
15%
ADENOCARCINOMA

- Se desarrolla a partir de lesiones precursoras denominadas Adenocarcinoma in situ.
- Puros
- Mixtos: Adenoescamosos.

5 %
OTROS

- Carcinoma anaplásico de célula pequeña, sarcomas, etc.

FACTORES DE RIESGO

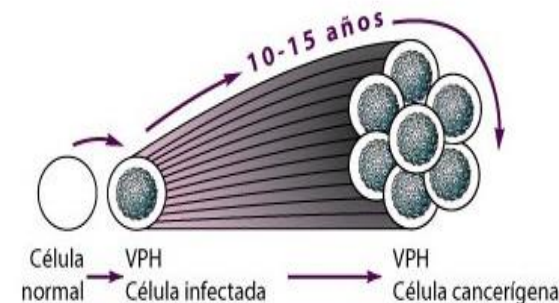


Virus Papiloma Humano (VPH)

- ✓ *Transmisión venérea de PVH*
- ✓ Actividad sexual temprana y promiscuidad
- ✓ Deficiencia del sistema inmune (corticoides, trasplantes, quimioterapia, VIH)
- ✓ Grupos socioeconómicos bajos
- ✓ Tabaquismo
- ✓ Condilomas y herpes genital
- ✓ Raza negra
- ✓ Uso prolongado de anticonceptivos orales
- ✓ Exposición a dietilestilbestrol (DES)

VIRUS PAPILOMA HUMANO (PVH)

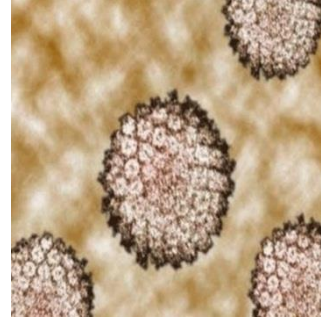
- En nuestro medio, 100% de los casos de carcinoma de cérvix son HPV positivo.
- Subtipos más carcinogénicos son:
 - ✓ **HPV 16** (55% - 60%).
 - ✓ **HPV 18** (10% - 15%)
- Subtipos asociados a verrugas genitales:
 - ✓ **HPV 6 y 11**
- **Infeción transitoria** (90%), indetectable
- **Infeción persistente.**



PVH – PREVENCIÓN PRIMARIA

- Retrasar el inicio de la actividad sexual.
- Limitar el número de compañeros sexuales.
- Evitar las relaciones sexuales con personas promiscuas.
- Evitar las relaciones sexuales con personas que presentan verrugas genitales u otros síntomas de enfermedades venéreas.
- Usar preservativo.
- Dejar de fumar.

VACUNAS CONTRA PVH



[Gardasil](#) ® (6, 11, 16, 18); FDA 2006.

[Cervarix](#) ® (16, 18); FDA 2009.

Nº 3 dosis IM, frecuencia : 0, 2, 6 meses.

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.

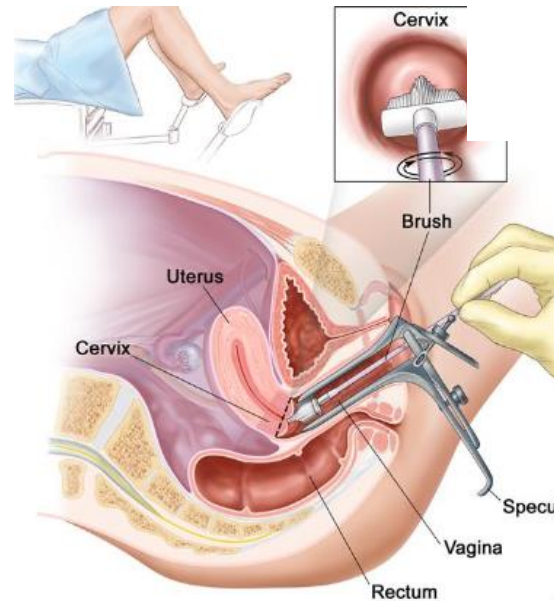
VACUNAS CONTRA PVH



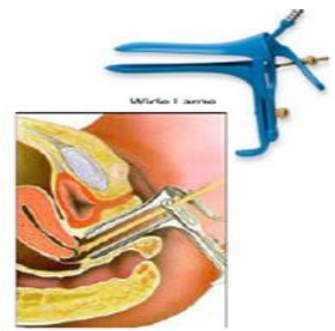
- Eficacia protectora mantenida durante los 5 años posteriores a la finalización del régimen de 3 dosis
- Vacuna indicada a partir de los 9 años de edad.
- En 2009 se aprobó Gardasil ® para la población masculina.
- El seguimiento de los pacientes vacunados dentro de los ensayos clínicos aportará información sobre la necesidad de re-vacunación.
- Aproxima/ 10 años en tener evidencia de que el número de nuevos cánceres en la población vacunada ha disminuido.
- NO es un tratamiento efectivo para eliminar la infección una vez que está establecida.

PVH – PREVENCIÓN SECUNDARIA

- Control ginecológico anual
- Citología y Test PVH



CITOLOGÍA VAGINAL



Quando comenzar el screening?

- ✓ Inicio a los 21 años.
- ✓ Mujeres entre 21-29 años, citología (test de HPV no se recomiendan < 30 años debido a la frecuente infección por HPV de alto riesgo a esa edad)
- ✓ 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 años, excepto:
 - *Pacientes con antecedentes de exposición DES, HIV+, inmunosuprimidas por trasplante de órganos, quimioterapia o corticoideoterapia crónica.*

CITOLOGÍA VAGINAL

Test de PVH + citología como método de screening ?

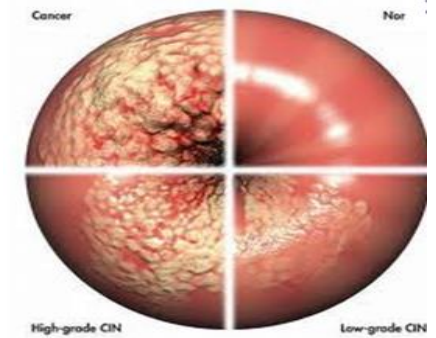
- ✓ Mujeres > 30 años, la combinación de citología convencional con el test de DNA-HPV podría realizarse, según hallazgos ajustar intervalo de citología.
- ✓ Deberían desarrollarse guías para el manejo de aquellas mujeres con citologías satisfactorias negativas y test de DNA HPV de alto riesgo positivos (considerar control anual y/o colposcopia).

CITOLOGÍA VAGINAL

Quando discontinuar el screening ??

- ✓ Mujeres >65 años con 3 o más citologías consecutivas normales y sin anomalías citológicas en los últimos 10 años.
- ✓ Pacientes con histerectomía por patología benigna.
- ✓ En mujeres con historia previa de Cáncer cervical, exposición a 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.

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 involucionar espontáneamente.

NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL

NIC I

NIC I: Lesión intraepitelial escamosa (LIE) de bajo grado

NIC II

- Displasia en los dos tercios inferiores del epitelio.

NIC II - III: Lesión intraepitelial escamosa (LIE) de alto grado

NI

- El epitelio es displásico en su totalidad.
- **Carcinoma *in situ*.**
- La mayoría no involucionan espontáneamente, y a los 2 años el 20-30 % se ha transformado en un carcinoma invasor.

SISTEMA BETHESDA

- Alteraciones de características escamosas que ocurren en la zona de transición del cérvix, inducidas por el virus HPV (SILs):

DISPLASIA	CIN NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL	SIL LESION ESCAMOSA INTRAEPITELIAL
LEVE	CIN-1	LSIL SIL DE BAJO GRADO
MODERADA	CIN-2 40% CURA ESPONTANEA	HSIL SIL DE ALTO GRADO
GRAVE	CIN-3	CAMBIOS PREMALIGNOS GENERALMENTE POR HPV DE ALTO RIESGO
CARCINOMA IN SITU		

ASCUS

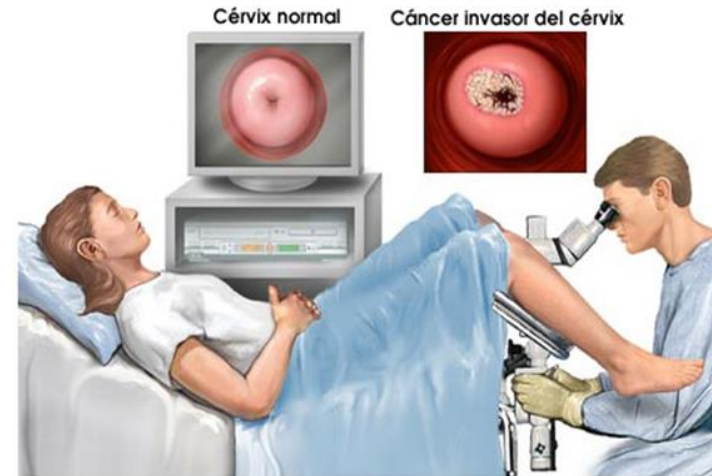
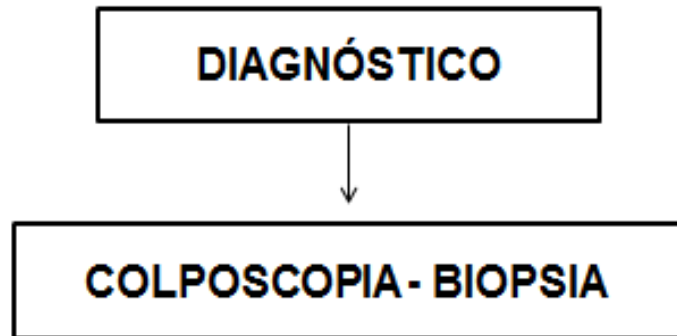
- ✓ Término introducido por el sistema de Bethesda que significa células escamosas con atipia de significado incierto. Estas lesiones suelen ser mayoritariamente procesos benignos, aunque en un 5-10 % pueden estar asociadas a lesiones de alto riesgo para desarrollar un cáncer infiltrante.
- ✓ La realización del test para detectar ADN del virus HPV en estas lesiones, permite seguir exhaustivamente, a las pacientes que sean portadoras de virus de alto riesgo.

SIGNOS Y SÍNTOMAS



- ***Las mujeres con cáncer de cérvix en estadios tempranos usualmente no presentan síntomas.***
- ✓ Hemorragia anormal (menstrual o intermenstrual)
- ✓ Aumento de flujo vaginal (generalmente fétido)
- ✓ Pubalgia o dorsalgia
- ✓ Dispareunia
- ✓ En fases avanzadas aparecen síntomas por invasión vesical (disuria, hematuria) y rectal (hematoquecia, disquecia).

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO



- El colposcopio permite al médico obtener una visión en aumento e iluminada de los tejidos vaginales y cervicales.
- Curetaje endocervical (ECC).

DIAGNÓSTICO

- **Conización:**
Escisión de tejido en forma de cono (Biopsia y/o Tratamiento).
- **LLETZ:**
Es la escisión de la Zona de Transición mediante asa. El material obtenido es menor que con la conización.
- **Criocirugía:**
Eliminar las células con anomalías mediante la congelación. Con este método no se obtiene muestra para estudio patológico.
- **Evaporación por láser:**
Laser que concentra un haz de rayos de alta energía para calentar y vaporizar los tejidos con alteraciones. Con este método no se obtiene muestra para estudio patológico.

PATRONES DE DISEMINACIÓN

Extensión local:

- ✓ Compromiso de parametrios, vagina, fondo de saco de Douglas, vejiga, recto, hidronefrosis.

Metástasis a distancia:

- ✓ Pulmones, Hígado y otros.

ESTADIFICACIÓN



ESTADIFICACIÓN CLÍNICA EXPLORACION 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 contrastada abdominopélvica
- ✓ PET/CT
- ✓ Cistoscopia y Enema baritado

TNM

Table 1 AJCC Tumor-Node-Metastases (TNM) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging Systems for Carcinoma of the Uterine Cervix

TNM Categories	FIGO Stages	Surgical-Pathologic Findings	TNM Categories	FIGO Stages	Surgical-Pathologic Findings
TX		Primary tumor cannot be assessed	T2a	IIA	Tumor without parametrial invasion
T0		No evidence of primary tumor	T2a1	IIA1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension
Tis*		Carcinoma in situ (preinvasive carcinoma)	T2a2	IIA2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension
T1	I	Cervical carcinoma confined to cervix (extension to corpus should be disregarded)	T2b	IIB	Tumor with parametrial invasion
T1a**	IA	Invasive carcinoma diagnosed only by microscopy. Stromal invasion with a maximum depth of 5.0 mm measured from the base of the epithelium and a horizontal spread of 7.0 mm or less.	T3	III	Tumor extends to pelvic wall and/or involves lower third of vagina and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney##
		Vascular space involvement, venous or lymphatic, does not affect classification	T3a	IIIA	Tumor involves lower third of vagina, no extension to pelvic wall
T1a1	IA1	Measured stromal invasion 3.0 mm or less in depth and 7.0 mm or less in horizontal spread	T3b	IIIB	Tumor extends to pelvic wall and/or causes hydronephrosis or nonfunctioning kidney
T1a2	IA2	Measured stromal invasion more than 3.0 mm and not more than 5.0 mm with a horizontal spread 7.0 mm or less	T4	IVA	Tumor invades mucosa of bladder or rectum, and/or extends beyond true pelvis (bullous edema is not sufficient to classify a tumor as T4)
T1b	IB	Clinically visible lesion confined to the cervix or microscopic lesion greater than T1a/IA2#			
T1b1	IB1	Clinically visible lesion 4.0 cm or less in greatest dimension			
T1b2	IB2	Clinically visible lesion more than 4.0 cm in greatest dimension			
T2	II	Cervical carcinoma invades beyond uterus but not to pelvic wall or to lower third of vagina			

*Note: FIGO no longer includes Stage 0 (Tis).

**Note: All macroscopically visible lesions—even with superficial invasion—are T1b/IB.

##All macroscopically visible lesions—even with superficial invasion—are allotted to stage IB carcinomas. Invasion is limited to a measured stromal invasion with a maximal depth of 5.00 mm and a horizontal extension of not >7.00 mm. Depth of invasion should not be >5.00 mm taken from the base of the epithelium of the original tissue—superficial or glandular. The depth of invasion should always be reported in mm, even in those cases with “early (minimal) stromal invasion” (~1 mm). The involvement of vascular/lymphatic spaces should not change the stage allotment.

###On rectal examination, there is no cancer-free space between the tumor and the pelvic wall. All cases with hydronephrosis or non-functioning kidney are included, unless they are known to be due to another cause.

[Continued...](#)

TNM

Staging-Cervical Cancer

Table 1-Continued AJCC Tumor-Node-Metastases (TNM) and International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) Surgical Staging Systems for Carcinoma of the Uterine Cervix

Regional Lymph Nodes (N)

TNM	FIGO	
Categories	Stages	
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N1		Regional lymph node metastasis

Distant Metastasis (M)

TNM	FIGO	
Categories	Stages	
M0		No distant metastasis
M1	IVB	Distant metastasis (including peritoneal spread, involvement of supraclavicular, mediastinal, or paraaortic lymph nodes, lung, liver, or bone)

Used with the permission of the American Joint Committee on Cancer (AJCC), Chicago, Illinois. The original and primary source for this information is the AJCC Cancer Staging Manual, Seventh Edition (2010) published by Springer Science+Business Media, LLC (SBM). (For complete information and data supporting the staging tables, visit www.springer.com.) Any citation or quotation of this material must be credited to the AJCC as its primary source. The inclusion of this information herein does not authorize any reuse or further distribution without the expressed, written permission of Springer SBM, on behalf of the AJCC.

Reprinted from: Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix and endometrium. FIGO Committee on Gynecologic Oncology. Int J Gynaecol Obstet 2009;105:103-104. Copyright 2009, with permission from International Federation of Gynecology and Obstetrics.

ESTADIFICACIÓN Y PRONÓSTICO

Estadio 0: Carcinoma in situ.

Estadio I: Confinado estrictamente al Cuello uterino.
SV a los 5 años 85%.

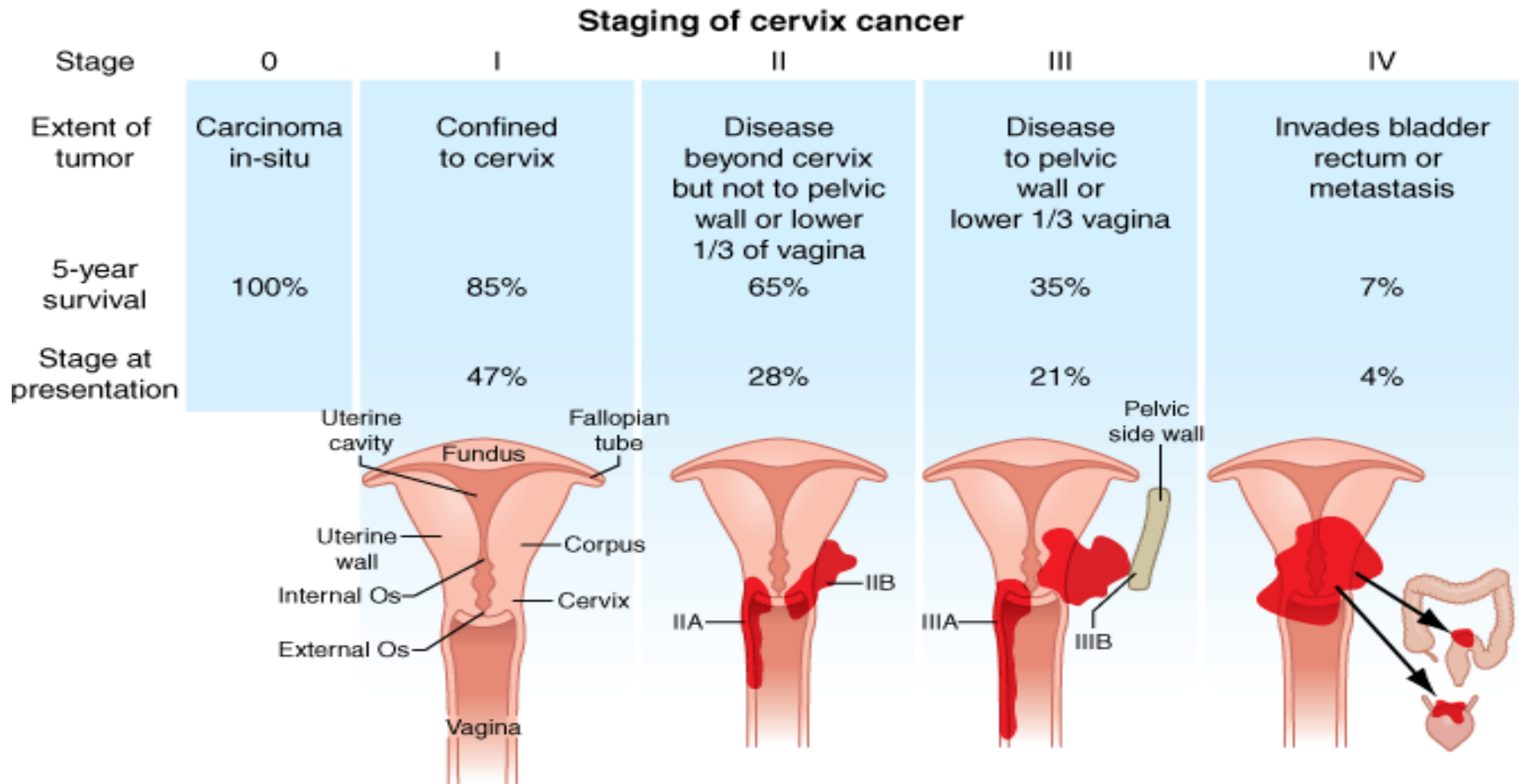
Estadio II: Invasión que rebasa el cuello uterino, pero no alcanza la pared pélvica ni compromete el 1/3 inferior de la vagina. **SV a los 5 años 65%.**

ESTADIFICACIÓN Y PRONÓSTICO

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%.**

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%.**

ESTADIFICACIÓN Y PRONÓSTICO



Source: Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 17th Edition: <http://www.accessmedicine.com>

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

TRATAMIENTO

Estadio \leq Ib1: Cirugía oncológica.

- ✓ En pacientes con infiltración linfovascular, invasión profunda del estroma, extensión parametrial, márgenes positivos y/o ganglios positivos se debe valorar tratamiento adicional con Radioterapia +/-quimioterapia.

Estadios Ib2 – IVa: Quimioterapia (Cisplatino 40 mg/m² semanal) + Radioterapia.



TRATAMIENTO

Estadíos IVb – Recurrente – Persistente:
Quimioterapia paliativa.

✓ **1ª línea:** Platino + Taxano + Bevacizumab

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer

Krishnansu S. Tewari, M.D., Michael W. Sill, Ph.D., Harry J. Long III, M.D.,
Richard T. Penson, M.D., Helen Huang, M.S., Lois M. Ramondetta, M.D.,
Lisa M. Landrum, M.D., Ana Oaknin, M.D., Thomas J. Reid, M.D.,
Mario M. Leitao, M.D., Helen E. Michael, M.D., and Bradley J. Monk, M.D.

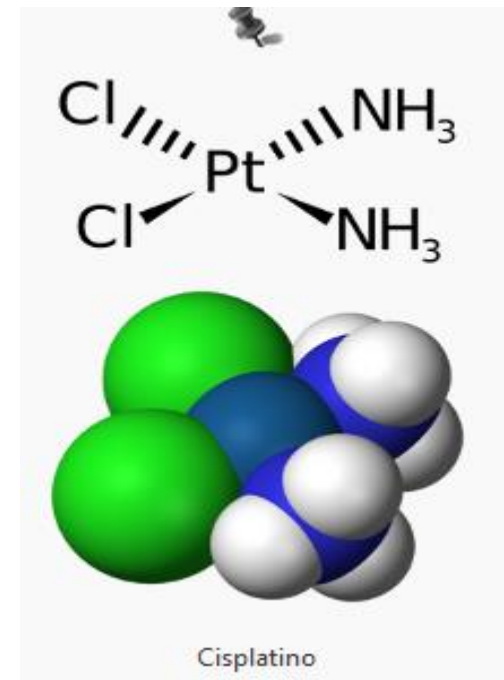
ABSTRACT

✓ **Otras líneas:** Topotecán, Irinotecan, Gemcitabina...

TOXICIDAD POR CITOSTÁTICOS

CISPLATINO

- Astenia
- Alopecia
- Náuseas y vómitos
- Nefrotoxicidad
- Neurotoxicidad
- Ototoxicidad
- Trastornos electrolíticos



TOXICIDADES POR CITOSTÁTICOS

SINDROME METABÓLICO:

- Obesidad
- Diabetes Mellitus
- Dislipidemia
- Hipertensión arterial



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

TOXICIDAD POR RADIOTERAPIA

AGUDA

- Mucositis
- Eritema y ulceración cutánea
- Mielosupresión

CRÓNICA

- Hipotiroidismo
- Cataratas y daño retiniano
- Xerostomía
- Disgeusia
- Cardiotoxicidad
- Pericarditis constrictiva
- Fibrosis pulmonar
- Estenosis de órgano aerodigestivo
- Mielitis transversa
- Enteritis por radiación
- Neoplasias secundarias



CÁNCER DE OVARIO



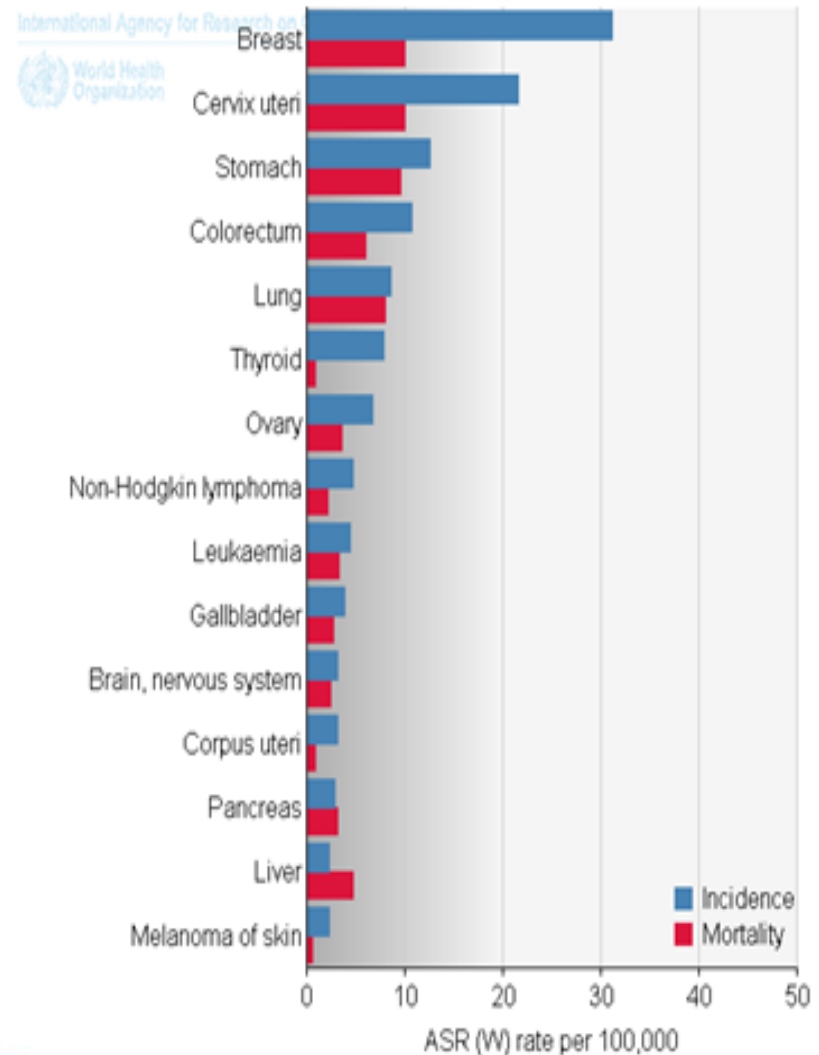
CÁNCER DE OVARIO

Incidencia: 6.8/100.000

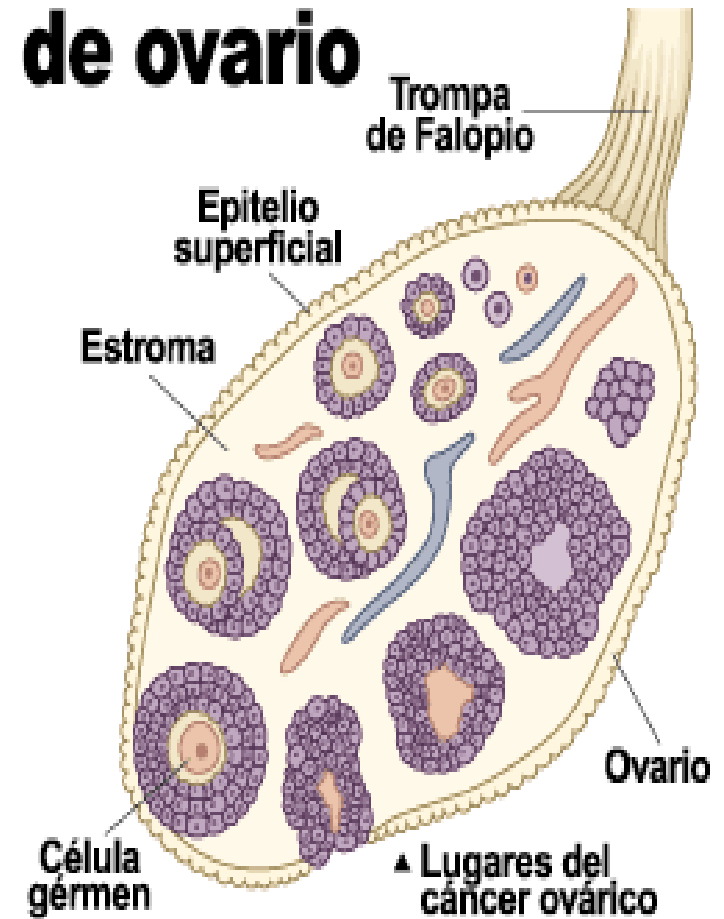
Mortalidad: 3.5/100.000.

Edad media entre los 50 y 59 años

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



ANATOMÍA



HISTOLOGÍA

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.

HISTOLOGÍA

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

HISTOLOGÍA

10% ESTROMA OVARICO

DE LA GRANULOSA

Productor de estrógenos
Ocasionalmente ocasionan trastornos menstruales y pubertad precoz

T. C. DE LEYDIG Y SERTOLI

Productor de andrógenos
Ocasionalmente ocasionan virilización e hirsutismo

TECOMAS

Productor de estrógenos y andrógenos

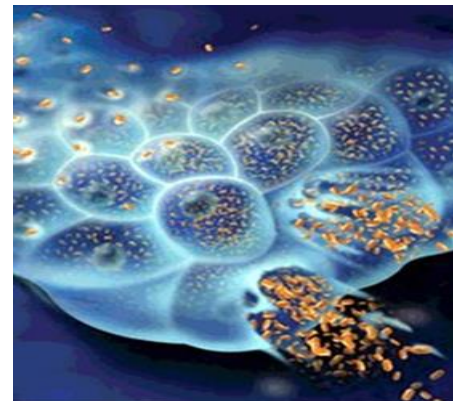
ANDROBLASTOMA

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)
- Edad avanzada (mayor riesgo tras la Menopausia)
- Pacientes con trastornos funcionales ováricos:
 - ✓ Infertilidad
 - ✓ Nuliparidad o baja paridad
 - ✓ Abortos espontáneos
 - ✓ Uso de fármacos inductores de la ovulación.



FACTORES DE RIESGO



- Obesidad
- Antecedentes personales de Cáncer de mama
- Terapia sustitutiva hormonal.
- Tabaquismo (mayor riesgo para el tipo mucinoso)
- Exposición al Asbesto

SÍNDROME DE CÁNCER MAMARIO/OVÁRICO (BRCA 1 Y BRCA 2)

- Un caso de cáncer de mama ≤ 40 años.
- Diagnóstico de cáncer de mama y ovario en la misma paciente.
- ≥ 2 casos de cáncer de mama, uno de los cuales es bilateral o en menor de 50 años.
- Un caso de cáncer de mama en mujer de menos de 50 años o bilateral, y un caso de cáncer de ovario en familiares de primer o segundo grado.
- Tres casos de cáncer de mama y ovario (al menos 1 caso de ovario) en familiares de primer o segundo grado.
- Dos casos de cáncer de ovario en familiares de primer o segundo grado.
- Un caso de cáncer de mama en varón y al menos 1 familiar de primer o segundo grado con cáncer de mama u ovario

FACTORES PROTECTORES

- Embarazo (cada gestación disminuye 10% el riesgo)
- Lactancia materna
- Salpingoclasia
- Histerectomía



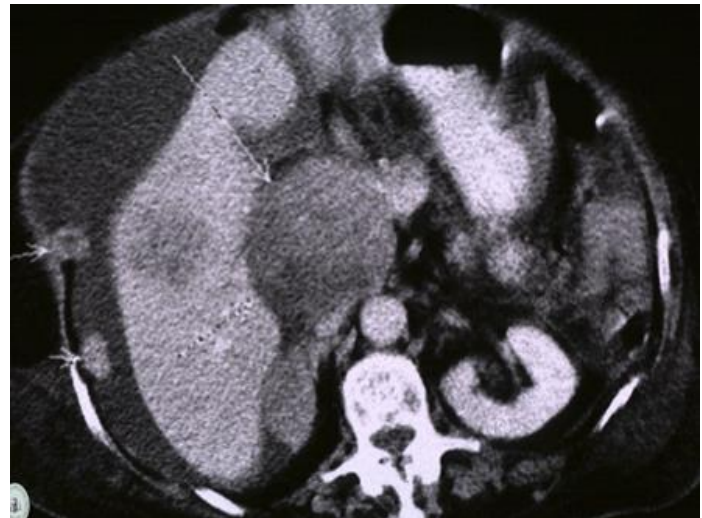
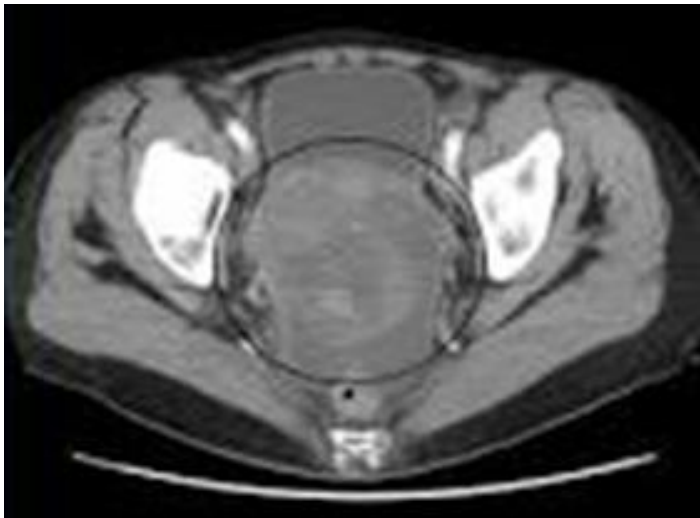
SIGNOS Y SINTOMAS



- Mayoría de las pacientes son asintomáticas o presentan síntomas muy leves que pasan desapercibidos y se confunden con procesos benignos.
- Crecimiento progresivo del tumor..
 - Polaquiuria
 - Estreñimiento
 - Dolor abdominal difuso
 - Complicaciones: torsión, rotura, infección..

SIGNOS Y SINTOMAS

- 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...



DIAGNÓSTICO Y ESTADIFICACIÓN

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

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- ✓ TAC contrastado Abdomen total
- ✓ RNM – PET/CT



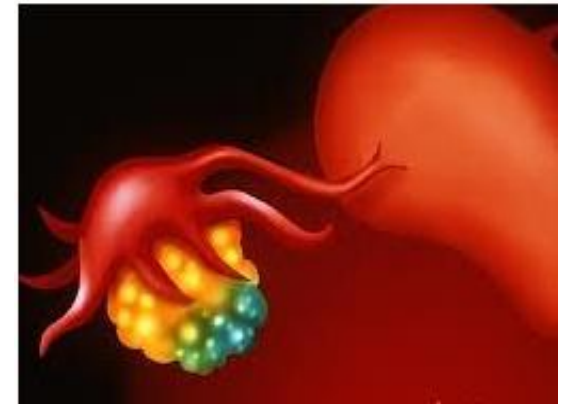
ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA

PATRONES DE DISEMINACIÓN

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

ESTADÍO A LA PRESENTACIÓN

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



ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA

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. Apéndice
8. Or
9. Linfa

CIRUGÍA CITORREDUCTORA 1ª

ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA

En pacientes muy bien seleccionadas, con Estadio 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

TNM



National
Comprehensive
Cancer
Network®

NCCN Guidelines Version 1.2016 Epithelial Ovarian Cancer/Primary Peritoneal Cancer

[NCCN Guidelines Index](#)
[Ovarian Cancer TOC](#)
[Discussion](#)

Staging*

Table 1

American Joint Committee on Cancer (AJCC)
TNM and FIGO Staging System for Ovarian and Primary Peritoneal Cancer (7th ed., 2010)

Primary Tumor (T)

TNM	FIGO	Description
TX		Primary tumor cannot be assessed
T0		No evidence of primary tumor
T1	I	Tumor limited to ovaries (one or both)
T1a	IA	Tumor limited to one ovary; capsule intact, no tumor on ovarian surface. No malignant cells in ascites or peritoneal washings
T1b	IB	Tumor limited to both ovaries; capsules intact, no tumor on ovarian surface. No malignant cells in ascites or peritoneal washings
T1c	IC	Tumor limited to one or both ovaries with any of the following: capsule ruptured, tumor on ovarian surface, malignant cells in ascites or peritoneal washings
T2	II	Tumor involves one or both ovaries with pelvic extension
T2a	IIA	Extension and/or implants on uterus and/or tube(s). No malignant cells in ascites or peritoneal washings
T2b	IIB	Extension to and/or implants on other pelvic tissues. No malignant cells in ascites or peritoneal washings
T2c	IIC	Pelvic extension and/or implants (T2a or T2b) with malignant cells in ascites or peritoneal washings

TNM FIGO

TNM	FIGO	Description
T3	III	Tumor involves one or both ovaries with microscopically confirmed peritoneal metastasis outside the pelvis
T3a	IIIA	Microscopic peritoneal metastasis beyond pelvis (no macroscopic tumor)
T3b	IIIB	Macroscopic peritoneal metastasis beyond pelvis 2 cm or less in greatest dimension
T3c	IIIC	Peritoneal metastasis beyond pelvis more than 2 cm in greatest dimension and/or regional lymph node metastasis

Regional Lymph Nodes (N)

TNM	FIGO	Description
NX		Regional lymph nodes cannot be assessed
N0		No regional lymph node metastasis
N1	IIIC	Regional lymph node metastasis

Distant Metastasis (M)

TNM	FIGO	Description
M0		No distant metastasis
M1	IV	Distant metastasis (excludes peritoneal metastasis)

Note: Liver capsule metastasis is T3/stage III; liver parenchymal metastasis, M1/stage IV. Pleural effusion must have positive cytology for M1/stage IV.

TNM

Staging*

Table 1 (Continued)

American Joint Committee on Cancer (AJCC)

TNM and FIGO Staging System for Ovarian and Primary Peritoneal Cancer (7th ed., 2010)

Stage Grouping

Stage 1	T1	N0	M0
Stage IA	T1a	N0	M0
Stage IB	T1b	N0	M0
Stage IC	T1c	N0	M0
Stage II	T2	N0	M0
Stage IIA	T2a	N0	M0
Stage IIB	T2b	N0	M0
Stage IIC	T2c	N0	M0
Stage III	T3	N0	M0
Stage IIIA	T3a	N0	M0
Stage IIIB	T3b	N0	M0
Stage IIIC	T3c	N0	M0
	Any T	N1	M0
Stage IV	Any T	Any N	M1

The staging system for ovarian and primary peritoneal cancer is also used for malignant germ cell tumors, malignant sex cord-stromal tumors, and carcinosarcoma (malignant mixed Müllerian tumors).

Note: For histologic grade and histopathologic type, see AJCC Staging Manual.

ESTADIFICACIÓN

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



ESTADIFICACIÓN QUIRÚRGICA

SV A 5 AÑOS POR ESTADÍO QUIRÚRGICO

- **Estadio IA o IB grado I o II: 90%**
- **Estadio I de alto riesgo (IC o grado III) y Estadio II: 80%**
- **Estadio III:**
 - 30-50% si hay citorreducción óptima.
 - Se disminuye a 10% si no hay citorreducción óptima.
- **Estadio IV: 1-5%**

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

- **ESTADÍO TEMPRANO DE BAJO RIESGO**

Las pacientes con Carcinomas de ovario Estadio IA o IB con tumores grado I o II, cirugía oncológica exclusiva 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.

ESTRATEGIA TERAPÉUTICA

1. QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

2. CIRUGÍA

✓ Citorreductora primaria.

3. QUIMIOTERAPIA ESTÁNDAR

✓ Intravenosa

✓ Intraperitoneal

4. QUIMIOTERAPIA / CIRUGÍA EN RECAÍDA

5. NUEVOS FÁRMACOS



QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

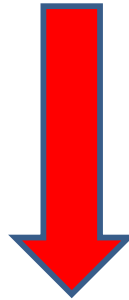
CITORREDUCCIÓN ÓPTIMA NO OBTENIDA:

Quimioterapia neoadyuvante, seguida por Cirugía de intervalo.

La Cirugía de intervalo incrementa la sobrevida, pero no es tan eficaz, sin embargo como la Citorreducción inicial

INDICACIONES

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



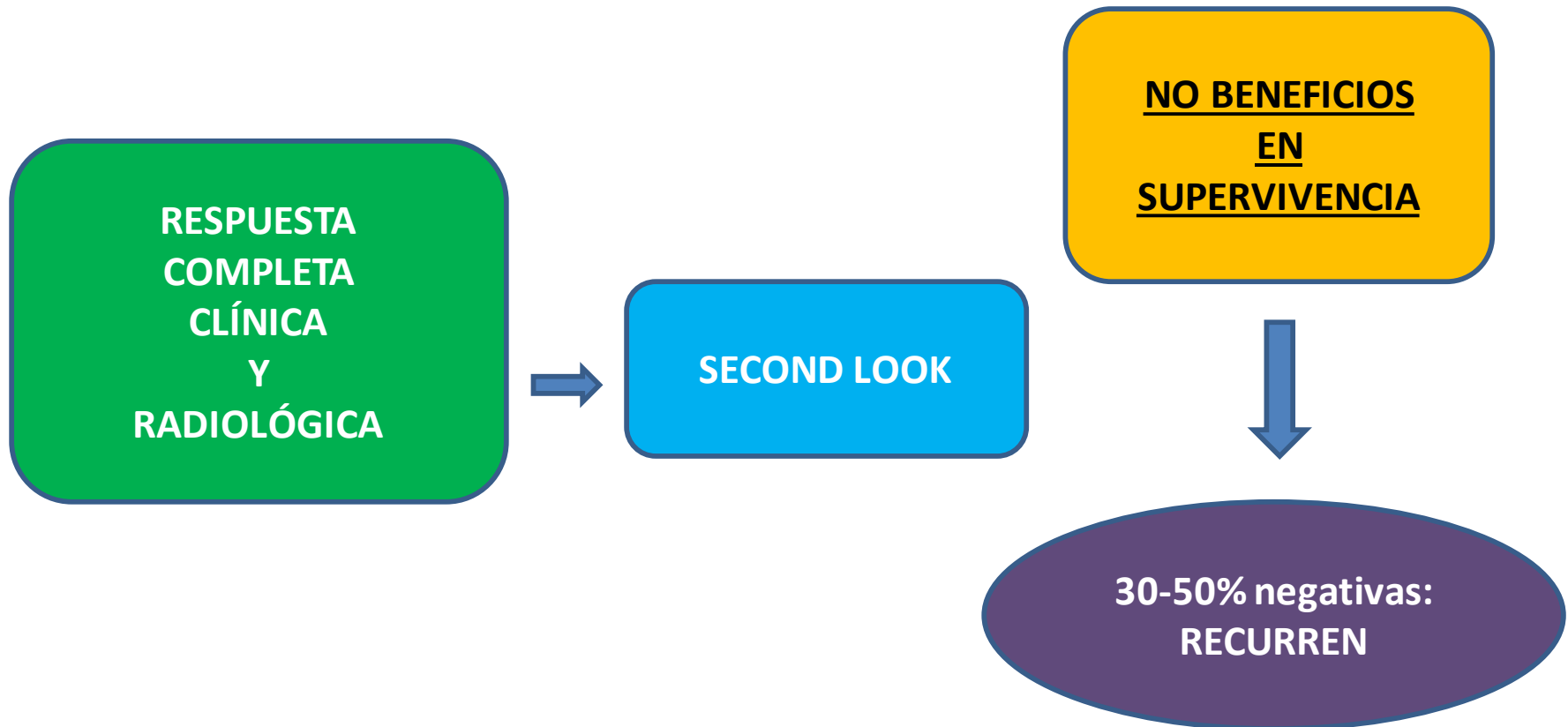
VENTAJAS

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

CIRUGÍA DE INTERVALO

CIRUGÍA CITORREDUCTORA 2ª

Actualmente no se recomienda !!



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!**

VÍA INTRAVENOSA



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 abdomen total) cada 26 semanas por 2 años,

Posteriormente se duplican los intervalos hasta los 5 años.



RC 80% → $\frac{3}{4}$ RECAEN

RECAÍDAS

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 125
- **PACIENTE:**
 - Edad
 - PS

PREDICTORES RPTA A 2ª LÍNEA

- **TUMOR:**
 - Tamaño de la recidiva tumoral
 - Nº de localizaciones de la enfermedad
 - Histología
- **PACIENTE:**
 - PS
- **TRATAMIENTO:**
 - Intervalo libre de platino.

CUANDO TRATAR?????

- **Sintomática** → tratamiento inmediato si el desempeño del paciente lo permite.
- **Asintomática** → De acuerdo con la paciente...
 - Seguimiento clínico
 - Ca 125 si signos o síntomas de recaída.

NUNCA OLVIDAR...

- EN ONCOLOGÍA LAS DECISIONES SE DEBEN TOMAR SIEMPRE!!!!!! CONJUNTAMENTE CON EL PACIENTE.



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 PRONÓSTICOS

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.



GRACIAS !!!!!