



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2023

Cáncer de útero

Cáncer de endometrio

Sarcoma uterino



Presentada con el apoyo de:



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

Disponible en Internet en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines)

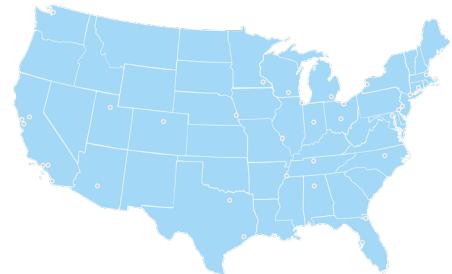


Acerca de NCCN Guidelines for Patients®



National Comprehensive
Cancer Network®

¿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®).



La atención oncológica está en cambio constante. NCCN elabora recomendaciones para la atención oncológica basadas en pruebas que utilizan los profesionales de atención médica de todo el mundo. Estas recomendaciones que se actualizan con frecuencia se denominan NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®). NCCN Guidelines for Patients explican de manera sencilla estas recomendaciones de los expertos para las personas con cáncer y sus cuidadores.

Estas NCCN Guidelines for Patients se basan en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para neoplasias uterinas, versión 1.2023, del 22 de diciembre de 2022.

Ver NCCN Guidelines for Patients gratis en Internet
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines)

Encuentre un centro oncológico de NCCN cerca de usted
[NCCN.org/cancercenters](https://www.NCCN.org/cancercenters)

Comuníquese con nosotros



Colaboradores



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

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

NCCN adapta, actualiza y aloja de forma independiente las NCCN Guidelines for Patients. Nuestras empresas colaboradoras no participan en la elaboración de estas NCCN Guidelines for Patients y no se responsabilizan por el contenido ni las recomendaciones que se incluyen en ellas.

Para hacer un donativo u obtener más información, visite la página web o envíe un correo electrónico

NCCNFoundation.org/donate

PatientGuidelines@NCCN.org

Contenido

- 4 Nociones básicas sobre el cáncer de útero
- 10 Pruebas para detectar el cáncer de útero
- 16 Tratamientos del cáncer de útero
- 30 Tratamiento del cáncer de endometrio
- 45 Tratamiento del sarcoma uterino
- 56 Supervivencia
- 62 Toma de decisiones sobre el tratamiento
- 71 Palabras que debe conocer
- 74 Colaboradores de NCCN
- 75 Centros oncológicos de NCCN
- 76 Índice

© 2023 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 hayan modificado de cualquier manera provienen o surgen de NCCN Guidelines for Patients ni que se basan en esta o se relacionan 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

Nociones básicas sobre el cáncer de útero

- 5 El útero
- 6 Dos tipos principales de cáncer de útero
- 9 Puntos clave

Hay dos tipos principales de cáncer de útero. El cáncer de endometrio es frecuente y a menudo puede curarse con tratamiento. El sarcoma uterino es poco frecuente y puede ser difícil de tratar. Ambos se diagnostican con mayor frecuencia después de la menopausia. El tratamiento más eficaz del cáncer de útero es la intervención quirúrgica. Es importante sentirse cómoda con los tratamientos oncológicos. Sepa que puede elegir su tratamiento.

El útero

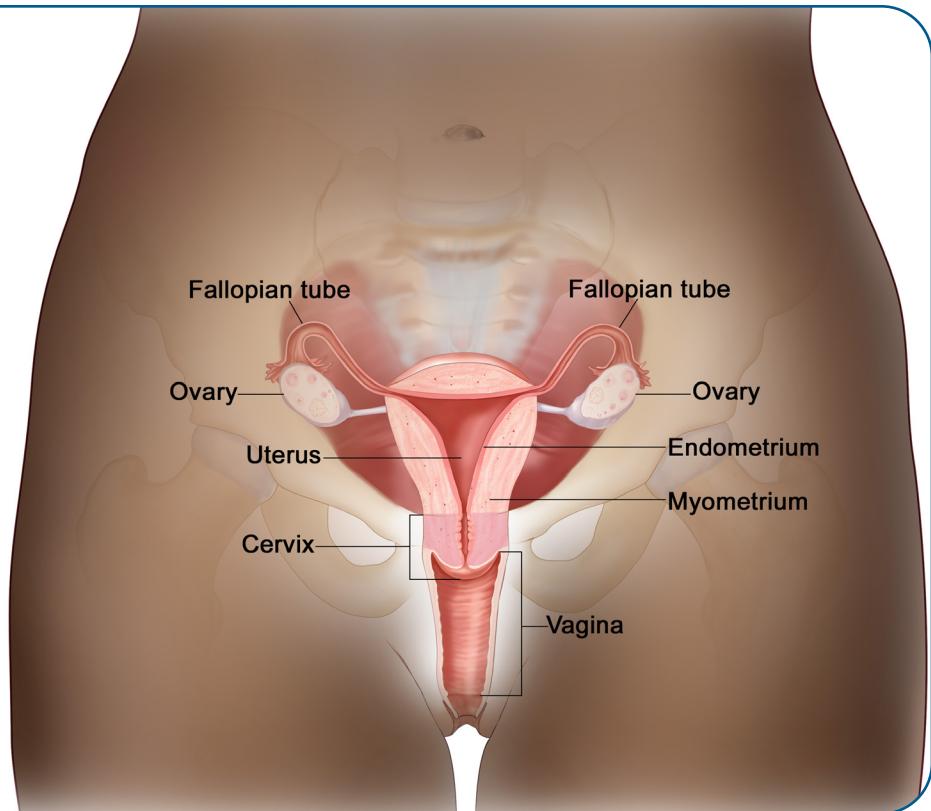
El útero, también a veces llamado matriz, forma parte del aparato reproductor. Es el lugar donde crecen y se desarrollan los bebés durante el embarazo. Normalmente tiene el tamaño y la forma de una pera, y es hueco en el centro. Las demás partes del aparato reproductor femenino son los ovarios, las trompas de Falopio, el cuello uterino y la vagina.

Hay un ovario y una trompa de Falopio a cada lado del útero. Las trompas de Falopio se conectan con la parte superior del útero. La parte inferior del útero se denomina cuello uterino. El cuello uterino conecta el útero con la vagina. Aunque el cuello uterino forma parte del útero, el cáncer de cuello uterino se diagnostica y trata de forma diferente al cáncer de útero. Esta guía no aborda el cáncer de cuello de útero.

El aparato reproductor femenino

El útero, el cuello uterino, la vagina, las trompas de Falopio y los ovarios constituyen el aparato reproductor femenino.

El útero es el lugar donde crecen y se desarrollan los bebés durante el embarazo.



El útero tiene tres capas principales:

- El endometrio es la fina capa de tejido que recubre el interior del útero.
- El miometrio es la capa muscular intermedia de la pared uterina.
- El perimetrio, o la serosa, es el revestimiento fino y externo del útero.



¿Debería haberme estado haciendo pruebas para el cáncer de útero?

No. Las pruebas para detectar una enfermedad cuando no se tiene ningún síntoma se llaman “de detección”. Por ejemplo, la prueba de Papanicoláu se utiliza para detectar el cáncer de cuello de útero, y la mamografía se usa para detectar el cáncer de mama. Actualmente, no existe ninguna prueba de detección para el cáncer de endometrio o el sarcoma uterino.

Dos tipos principales de cáncer de útero

Existen dos tipos principales de cáncer que se originan en el útero:

- Carcinoma endometrial (cáncer de endometrio)
- Sarcoma uterino

A continuación se describen las diferencias entre estos tipos de cáncer de útero.

Cáncer de endometrio

El cáncer de endometrio es frecuente y a menudo se detecta antes de que se haya extendido más allá del útero. Se denomina cáncer de endometrio porque comienza en el endometrio, que es el revestimiento interno del útero.

El síntoma más frecuente del cáncer de endometrio es el sangrado vaginal anormal. A menudo, se trata de hemorragias durante la menopausia o después de ella. Las pacientes premenopáusicas pueden tener menstruaciones inusualmente largas o abundantes. En el caso de pacientes posmenopáusicas, todo sangrado vaginal es anormal y se debe investigar para asegurarse de que no sea un signo de cáncer.

Hay distintos tipos de cáncer de endometrio. El tipo más común se denomina **cáncer endometrioide**. La mayor parte de la información contenida en este material y en otros sobre el cáncer de endometrio se aplica al cáncer endometrioide.

Existen otros tipos de cáncer de endometrio menos frecuentes. Crecen con más rapidez y

son más difíciles de tratar. Estos cánceres de endometrio de alto riesgo incluyen:

- Carcinoma seroso
- Carcinoma de células claras
- Carcinoma indiferenciado/desdiferenciado
- Carcinosarcoma, también conocido como tumor de Müller mixto maligno (TMM)

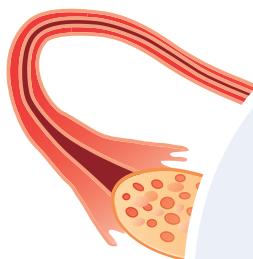
Dado que estos cánceres son más agresivos, se tratan de forma diferente a la mayoría de los cánceres endometrioides. Estos tipos se abordan por separado en la **Parte 4: Tratamiento del cáncer de endometrio.**

Factores de riesgo

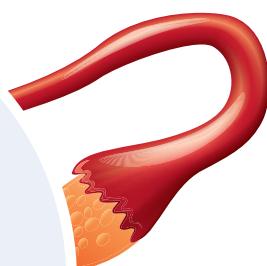
Tras ser diagnosticada de cáncer, es normal preguntarse por qué empezó. Algunos cánceres son hereditarios. Esto significa que sus padres le han transmitido un mayor riesgo a través de los genes. En otros tipos de cáncer, el estilo de vida desempeña un papel más importante que los genes. En muchos tipos de cáncer, tanto los genes como el estilo de vida influyen en la posibilidad de padecerlo. El término médico para referirse a algo que aumenta las probabilidades de contraer una enfermedad es factor de riesgo. En la siguiente ilustración se muestran algunos factores de riesgo del cáncer de endometrio. Muchos están relacionados con un exceso de estrógenos en el organismo.

Factores de riesgo del cáncer de endometrio

Muchos de los factores de riesgo del cáncer de endometrio están relacionados con un exceso de la hormona estrógeno en el organismo. La obesidad es un factor de riesgo importante porque el tejido adiposo del organismo puede transformar los esteroides naturales del cuerpo en estrógenos.



- 55 años o más
- Obesidad
- Demasiado estrógeno
- Uso de tamoxifeno
- No haber dado nunca a luz
- Períodos menstruales a temprana edad
- Menopausia tardía
- Síndrome de Lynch



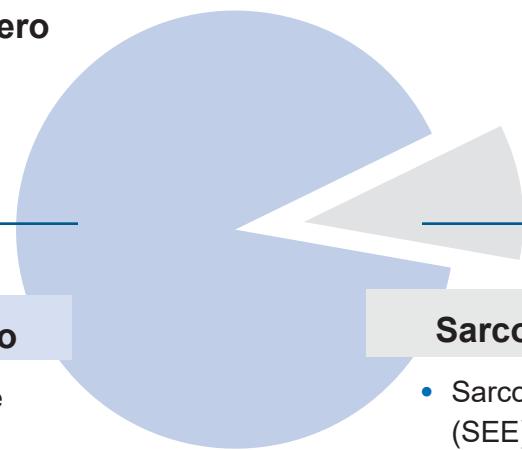
Sarcoma uterino

El sarcoma uterino se origina en las células del tejido conjuntivo del útero. Suele formarse en la capa muscular del útero (el miometrio) o en las células del tejido conjuntivo del endometrio. Los sarcomas uterinos son poco frecuentes y pueden ser más difíciles de tratar que el cáncer de endometrio. También se conocen como tumores mesenquimatosos malignos. Al igual que el cáncer de endometrio, también existen distintos tipos de sarcomas uterinos.

En esta guía se analizan los tipos de tumores que se mencionan a continuación y otros.

- Sarcoma del estroma endometrial (SEE)
- Adenosarcoma
- Leiomirosarcoma uterino (LMSU)
- Sarcoma uterino indiferenciado (SUI)
- Tumor de células epiteloides perivasculares (PEComa)
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

Tipos de cáncer de útero



Cáncer de endometrio

- Carcinoma endometrioido (**el más frecuente**)
- Carcinoma seroso
- Carcinoma de células claras
- Carcinosarcoma, también conocido como tumor de Müller mixto maligno (TMMM)
- Carcinoma indiferenciado/desdiferenciado

Sarcoma uterino

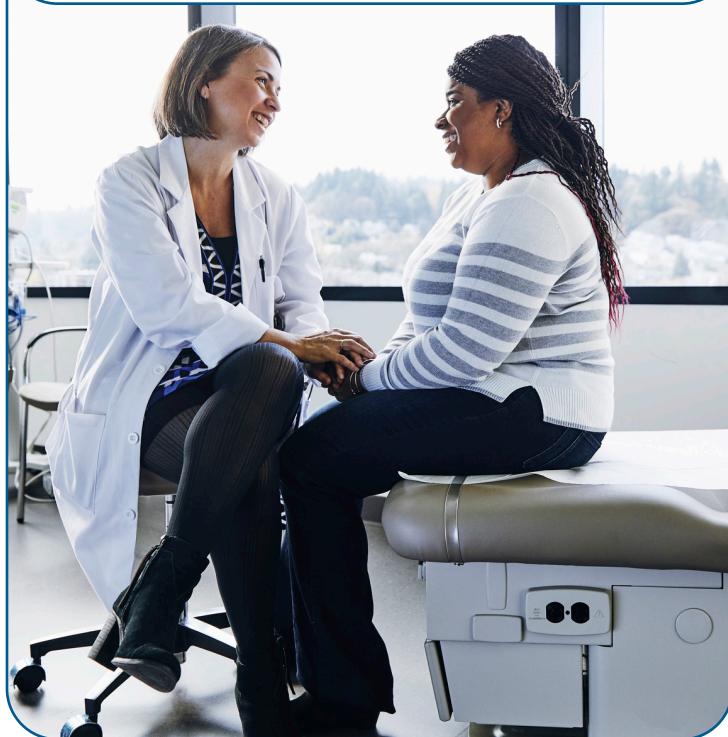
- Sarcoma del estroma endometrial (SEE)
- Adenosarcoma
- Leiomirosarcoma uterino (LMSU)
- Sarcoma uterino indiferenciado (SUI)
- Tumor de células epiteloides perivasculares (PEComa)
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

Puntos clave

El útero

- El útero forma parte del aparato reproductor. Durante el embarazo, el bebé crece y se desarrolla en el útero.
- El útero tiene tres capas principales. De dentro hacia fuera, las capas incluyen el endometrio, el miometrio y el perimetrio (la serosa).
- Existen dos tipos principales de cáncer que se originan en el útero: el carcinoma endometrial y el sarcoma uterino.

Cree una relación personal con su equipo de atención. Confíe en su capacidad y dedicación para brindarle ayuda. Son su mayor activo.



Cáncer de endometrio

- El cáncer de endometrio es frecuente y suele detectarse de manera precoz. El síntoma más común es el sangrado vaginal anormal.
- Este tipo es el más común de tumores de endometrio.
- Los cánceres de endometrio de alto riesgo incluyen el carcinoma seroso, el carcinoma de células claras, el carcinoma indiferenciado/desdiferenciado y el carcinosarcoma.
- Estos tipos menos comunes crecen más rápidamente y son más difíciles de tratar.

Sarcoma uterino

- El sarcoma uterino se origina en la pared o los músculos del útero.
- Este tipo de cáncer de útero es menos frecuente y más agresivo que el cáncer de endometrio.
- Los sarcomas uterinos suelen aparecer tras una histerectomía.

2

Pruebas para detectar el cáncer de útero

- 11 Biopsia
- 11 Análisis de sangre
- 12 Diagnóstico por imágenes
- 14 Antecedentes familiares y pruebas genéticas
- 14 Análisis de tejidos tumorales
- 15 Puntos clave

Sus médicos elaborarán un plan de tratamiento específico para usted. En primer lugar, tendrán que recabar información sobre el cáncer y su estado general de salud. En este capítulo, se describen las pruebas que puede necesitar y otros pasos necesarios para crear su plan de tratamiento.

Si se sospecha o se confirma un cáncer de útero, el médico realizará un examen físico completo. Este suele incluir un examen ginecológico para comprobar el tamaño y la movilidad del útero. Su médico querrá averiguar mucho sobre su salud pasada y presente. También le preguntarán sobre los síntomas que podrían estar relacionados con el cáncer de útero, como el sangrado vaginal.

Biopsia

Biopsia de endometrio

Si tiene sangrado vaginal u otros posibles síntomas de cáncer de útero, se suele realizar una biopsia de endometrio. Normalmente puede hacerse en la consulta de su ginecólogo. La biopsia de endometrio consiste en extraer una muestra de tejido del revestimiento del útero (el endometrio). El tejido extirpado es examinado por un médico especializado llamado anatomopatólogo. El anatomopatólogo determina el tipo y subtipo de cáncer, cuando es posible. La biopsia de endometrio permite diagnosticar mucho mejor el cáncer de endometrio que el sarcoma uterino.

Biopsia de cuello uterino

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

Análisis de sangre

El hemograma completo es un análisis de sangre común. Proporciona información sobre la cantidad 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 valores pueden ser altos o bajos debido a un cáncer u otros problemas.

También es posible que le hagan un análisis de sangre llamado perfil bioquímico. Mide la cantidad de determinadas sustancias en la sangre, como metabolitos, electrolitos, grasas y proteínas. Esta prueba proporciona información sobre el funcionamiento de los riñones, el hígado y otros órganos.

Diagnóstico por imágenes

Ecografía

La ecografía usa ondas sonoras para tomar imágenes del interior del cuerpo. Es útil para mostrar el tamaño, la forma y la ubicación del útero.

Existen dos tipos de ecografías que pueden utilizarse para evaluar el cáncer de útero. Para la ecografía transabdominal, le colocarán un gel sobre el estómago y la zona entre los huesos de la cadera. El gel ayuda a que las imágenes sean más claras. El médico o un técnico le colocará la sonda sobre la piel y la pasará hacia un lado y otro sobre el gel.

Para la ecografía transvaginal, el médico colocará la sonda dentro de su vagina. Esto puede permitirle a su médico ver el útero y las zonas cercanas con mayor claridad. Las ecografías suelen ser indoloras. Es posible que sienta alguna molestia cuando le introduzcan la sonda.

Una TC es un tipo de radiografía más detallada. Es indolora y no invasiva. En la TC, se toman muchas imágenes desde distintos ángulos. Una computadora combina las imágenes para crear imágenes en 3D.

Radiografía de tórax

Si se sospecha o se confirma un cáncer de endometrio, es posible que se le realice una radiografía de tórax. El objetivo es buscar signos de enfermedad en el tórax y sus alrededores. Las radiografías son indoloras y utilizan una cantidad muy pequeña de radiación. Si se detecta alguna zona anormal o sospechosa, puede solicitarse una tomografía computarizada (TC) del tórax para obtener una mejor visión. La TC se describe a continuación.

TC

Es posible que le hagan una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica. Su médico busca signos de diseminación del cáncer en estas zonas, en especial en el caso de los tumores de mayor riesgo.

Una TC es un tipo de radiografía más detallada. Toma muchas imágenes desde distintos ángulos. Una computadora combina las imágenes para crear imágenes tridimensionales (3D).



Durante el examen, estará acostada boca arriba sobre una camilla que se desliza hacia un equipo que se asemeja a un túnel. Para verlo todo mejor, es posible que se le inyecte en una vena una sustancia llamada medio de contraste. También es posible que le pidan que beba un medio de contraste líquido para que resalte el intestino. El contraste hace que las imágenes de la TC sean más claras. El medio de contraste puede producir rubor o urticaria. Estará sola durante el estudio, pero habrá un técnico cerca. Podrá oír y hablar con el técnico en todo momento. Es posible que oiga zumbidos o chasquidos durante el estudio.

Exploración por TEP/TC

Si su médico sospecha que el cáncer se ha extendido más allá del aparato genital femenino (metástasis), el TC se puede combinar con otra prueba de imagen denominada tomografía por emisión de positrones (TEP). La TEP utiliza pequeñas cantidades de materiales radiactivos denominados radiomarcadores.

Aproximadamente una hora antes del estudio, se le inyectará un radiomarcador de glucosa (azúcar). El radiomarcador emite una pequeña cantidad de energía que detecta el equipo de diagnóstico por imágenes. El cáncer aparece más brillante en las imágenes porque las células cancerosas utilizan la glucosa más rápido que las células normales.

RM del aparato genital femenino

Es posible que le realicen una resonancia magnética (RM) del aparato genital femenino. La RM puede mostrar de cerca los tejidos del útero y el cuello uterino. La RM puede mostrar si el cáncer se ha extendido al cuello uterino o a otros órganos cercanos. La RM utiliza campos magnéticos intensos y ondas de radio para obtener imágenes del interior del cuerpo. Es especialmente útil para obtener imágenes claras de zonas de tejido blando. A diferencia de la TC o de la radiografía de tórax, la RM no utiliza radiación. Informe a su médico si se siente nerviosa en espacios reducidos.

La RM obtiene imágenes del interior del cuerpo sin utilizar radiación. La RM puede mostrar de cerca los tejidos del útero y el cuello uterino. Informe a su equipo de atención si se siente nerviosa en espacios cerrados.



Antecedentes familiares y pruebas genéticas

La mayoría de los cánceres de endometrio son causados por mutaciones aleatorias (no hereditarias) del ADN. Solo 5 de cada 100 se deben a un riesgo hereditario. Sin embargo, su médico querrá saber si tiene antecedentes familiares de cáncer o de otras enfermedades que puedan aumentar el riesgo de padecerlo. El síndrome de Lynch, también conocido como cáncer colorrectal no polipósico hereditario (CCNPH), es un síndrome oncológico hereditario.

El síndrome de Lynch está estrechamente relacionado con el cáncer colorrectal, de endometrio y de ovario, entre otros. El cáncer de endometrio tiende a empezar entre 10 y 20 años antes en las personas con síndrome de Lynch que en las que no presentan un riesgo hereditario. El síndrome de Li-Fraumeni (SLF) es otro síndrome hereditario de riesgo de cáncer. Las personas con SLF tienen un mayor riesgo de padecer sarcoma uterino. Para determinar quién debe realizarse la prueba del síndrome de Lynch, se analiza el tumor para detectar la expresión de la proteína de reparación de los errores de emparejamiento (MMR).

Reparación de los errores de emparejamiento (MMR)

En células normales, el proceso denominado “reparación de los errores de emparejamiento” (MMR) arregla los errores que ocurren cuando el ADN se divide y hace una copia de sí mismo. Si el sistema de MMR de una célula no funciona bien, los errores se acumulan y hacen que el ADN se vuelva inestable. Esto se denomina “inestabilidad microsatelital” (MSI).

Hay dos tipos de análisis de laboratorio para detectar este biomarcador. Según el método utilizado, un resultado anormal se denomina

alta inestabilidad microsatelital (MSI-H) o alteración de la vía reparadora (dMMR). Los tumores que no tienen dMMR ni MSI-H se consideran que tienen estabilidad de microsatélites (MSS) o que son aptos para la reparación de errores de emparejamiento (pMMR). **Las pruebas de MMR/MSI se recomiendan para todas las personas con diagnóstico de cáncer de endometrio** y pueden solicitarse para los sarcomas uterinos. Las pruebas se realizan en la muestra de la biopsia o en el tumor extirpado durante la intervención quirúrgica. Si el cáncer tiene dMMR/MSI-H, también debería hacerse la prueba del síndrome de Lynch.

Si el tumor no presenta resultados anormales de MMR pero usted tiene fuertes antecedentes familiares de cáncer colorrectal o de endometrio, se recomienda el asesoramiento genético y la realización de pruebas para detectar mutaciones hereditarias (línea germinal). Si padece síndrome de Lynch o SLF, se lo controlará de cerca y se le aconsejará sobre las formas de reducir el riesgo de padecer otros cánceres.

Análisis de tejidos tumorales

Análisis de receptores hormonales

Algunas células cancerosas tienen proteínas a las que pueden adherirse las hormonas estrógeno y progesterona. Estas proteínas se denominan receptores. Una vez adheridas, las hormonas pueden ayudar al cáncer a crecer o inhibir su crecimiento. Saber si las células tumorales tienen receptores hormonales puede afectar la planificación del tratamiento.

Las pruebas consisten en analizar un pequeño fragmento del tumor en un laboratorio. Si las células tumorales tienen receptores hormonales, el cáncer se denomina “positivo” para receptores

de estrógeno o progesterona. Los análisis de receptores hormonales se recomiendan para la mayoría de los sarcomas uterinos y para el cáncer de endometrio recidivante o avanzado.

HER2

HER2 es una proteína que se encuentra en la superficie de las células. Algunos cánceres de endometrio tienen demasiada cantidad de una proteína llamada HER2. Esto hace que el cáncer crezca y se extienda rápidamente. La prueba para detectar HER2 se recomienda para determinados tumores endometriales avanzados o recidivantes de alto riesgo.

Puntos clave

Biopsia

- El cáncer de endometrio suele diagnosticarse mediante una biopsia. Esta consiste en extraer una muestra de tejido del revestimiento del útero (el endometrio).
- La biopsia de endometrio suele ser útil para diagnosticar el cáncer de endometrio, pero no es tan fiable para diagnosticar el sarcoma uterino.

Otras pruebas

- Otras pruebas antes del tratamiento incluyen un examen físico, antecedentes médicos y análisis de sangre.
- También pueden recomendarse pruebas de imagen, que pueden incluir ecografía, radiografía de tórax, TC, RM del aparato genital femenino y, posiblemente, TEP/TC.

Antecedentes familiares y pruebas genéticas

- La mayoría de los cánceres de endometrio son causados por mutaciones aleatorias (no hereditarias) del ADN.

- El síndrome de Lynch es un síndrome hereditario estrechamente relacionado con el cáncer colorrectal, de endometrio y de ovario, entre otros.
- Informe a su médico si tiene antecedentes familiares de cáncer o de otras enfermedades que puedan aumentar el riesgo de padecerlo.
- Para determinar quién debe someterse a la prueba del síndrome de Lynch, se analiza el tumor para detectar la expresión de la proteína de reparación de los errores de emparejamiento (MMR).
- La prueba de MMR/MSI se recomienda a todas las personas con diagnóstico de cáncer de endometrio.

Análisis de tejidos tumorales

- Los análisis de receptores hormonales se recomiendan para la mayoría de los sarcomas uterinos y para el cáncer de endometrio avanzado (estadio III o IV) o recidivante.
- Los análisis de receptores hormonales se realizan después de la intervención quirúrgica utilizando el tumor extirpado.

3

Tratamientos del cáncer de útero

- 17 Intervención quirúrgica
- 18 Estadificación quirúrgica
- 24 Radioterapia
- 26 Tratamiento sistémico
- 27 Ensayos clínicos
- 29 Puntos clave

En este capítulo, se describen los principales tratamientos del cáncer de útero. Sus opciones de tratamiento dependerán de si es candidata a la intervención quirúrgica y de otros factores.

Intervención quirúrgica

Cuando es posible, la intervención quirúrgica es el tratamiento preferido para el cáncer de útero. La intervención quirúrgica más común es la histerectomía total y la salpingooforectomía bilateral (SOB). La histerectomía total extirpa el útero, incluido el cuello uterino. La SOB extirpa ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

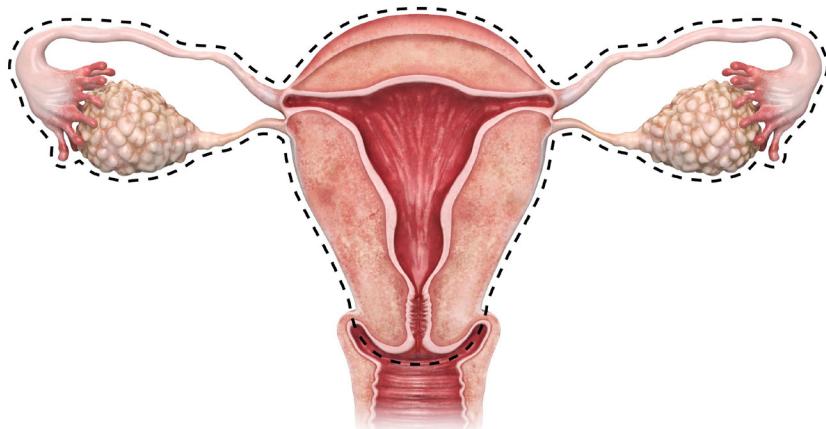
Después de una histerectomía, no es posible quedar embarazada. El tratamiento de conservación de la fertilidad puede ser una opción si lo desea. Encontrará más información sobre el tratamiento de conservación de la fertilidad en la **Parte 4: Tratamiento del cáncer de endometrio**.

Entre las intervenciones quirúrgicas menos frecuentes para el cáncer de útero se incluyen:

- **Histerectomía radical:** se extirpan el útero, el cuello uterino, algunos de los tejidos próximos al cuello uterino y parte de la vagina.
- **Histerectomía total y salpingooforectomía unilateral (SOU):** se extirpan el útero, el cuello uterino, un ovario y una trompa de Falopio.
- **Histerectomía total y salpingectomía bilateral (SB):** se extirpan el útero, el cuello uterino y ambas trompas de Falopio. Los ovarios se dejan en el cuerpo.

Histerectomía total y la SOB

La intervención quirúrgica más utilizada para el cáncer de útero extirpa el útero (incluido el cuello uterino), ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.



La intervención quirúrgica mínimamente invasiva consiste en realizar solo unos pequeños cortes en el cuerpo para llevar a cabo la intervención. Con la intervención quirúrgica mínimamente invasiva suele haber menos dolor y cicatrices. Además, el tiempo que se tarda en recuperarse suele ser menor en comparación con la intervención quirúrgica que utiliza un corte más grande en el abdomen. La intervención quirúrgica mínimamente invasiva puede ser una opción en función del tipo y la extensión del cáncer de útero.

A veces, el tumor acaba siendo más grande de lo esperado o se extiende a otros lugares. En este caso, la citorreducción tumoral puede ser un tratamiento adecuado.

En la intervención quirúrgica de citorreducción tumoral, el cirujano intenta extirpar todo el cáncer que pueda verse o palparse. La intervención quirúrgica de citorreducción tumoral se considera exitosa si se extirpa todo el tumor o si se extirpa todo el tumor excepto las metástasis de hasta 1 cm (citorreducción óptima).

Cuando es segura, la citorreducción es una buena alternativa para el cáncer de endometrio porque puede significar que otros tratamientos tienen más posibilidades de eliminar las células tumorales sobrantes.

Estadificación quirúrgica

Durante la intervención quirúrgica, el cirujano examinará muy de cerca los tejidos y órganos más próximos al aparato genital femenino en busca de signos de cáncer y tomará muestras de cualquier zona sospechosa para analizarlas.

El cirujano puede poner líquido en el espacio abierto del abdomen y luego extraerlo para ver si tiene células cancerosas. Esto se denomina lavado peritoneal. A menudo se extirpan algunos ganglios linfáticos y se los estudia para ver si están afectados por el cáncer. Esto puede hacerse mediante un procedimiento denominado biopsia del ganglio linfático centinela.

La información obtenida de primera mano durante la intervención se utiliza, junto con las pruebas realizadas antes de la intervención quirúrgica, para determinar el estadio (la extensión) del cáncer. Este procedimiento se llama estadificación quirúrgica. El estadio del cáncer ayuda a los médicos a decidir si necesita más tratamiento después de la intervención quirúrgica.

Existen dos sistemas para estadificar el cáncer de útero: el sistema de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) y el sistema de tumores, ganglios y metástasis (TNM) del Comité Conjunto Estadounidense sobre el Cáncer (AJCC). Ambos sistemas utilizan la siguiente información clave sobre su cáncer para asignarle un estadio:

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

Existen cuatro estadios principales del cáncer de endometrio y del sarcoma uterino. A continuación, se describen con más detalle los estadios de cada uno de ellos. En general, las personas con cáncer en estadios más tempranos tienen mejores resultados, pero no siempre. A algunas personas les irá mejor de lo esperado para su estadio, y a otras les irá peor.

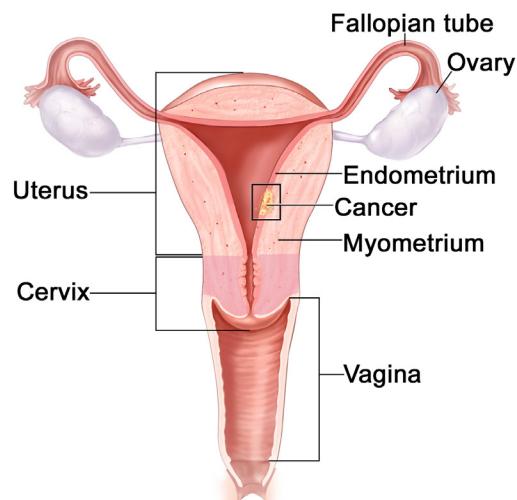
Estadios del cáncer de endometrio

Existen cuatro estadios principales del cáncer de endometrio en el sistema de estadificación FIGO: I, II, III y IV. Algunos de los estadios se dividen en subestadios que tienen letras y también pueden tener un número. Algunos ejemplos son el estadio IIIB y el estadio IIIC2. Los estadios se muestran en las ilustraciones de las páginas siguientes.

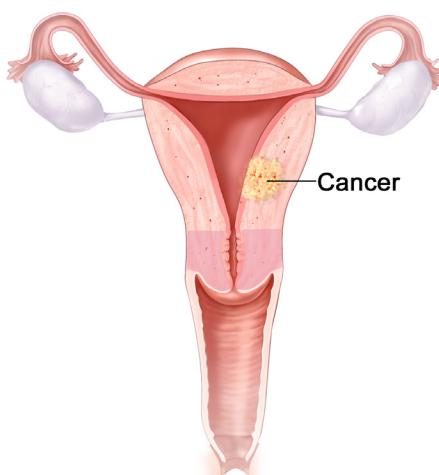
Cáncer de endometrio en estadio I

El tumor se encuentra en el cuerpo principal del útero. No se ha extendido en el cuello uterino.

Stage IA Endometrial Cancer



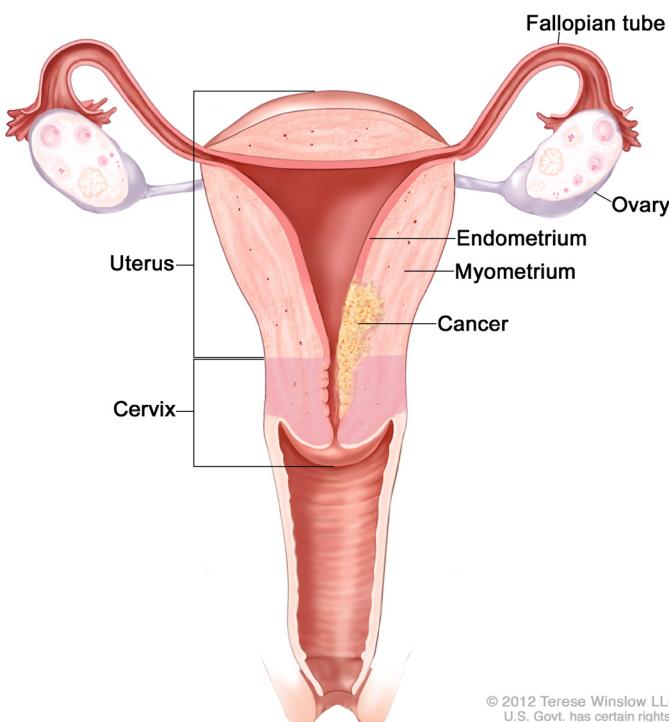
Stage IB Endometrial Cancer



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Cáncer de endometrio en estadio II

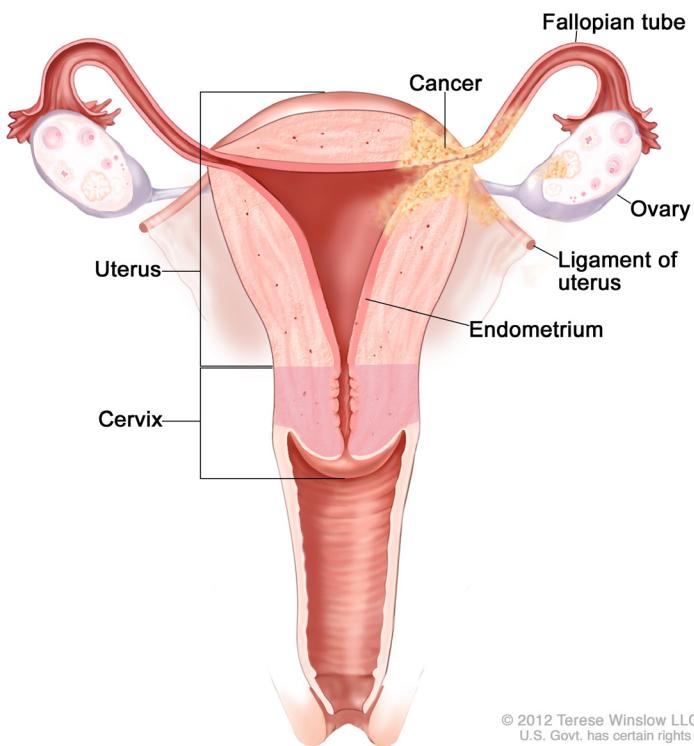
El tumor se ha extendido en el cuello uterino.



© 2012 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

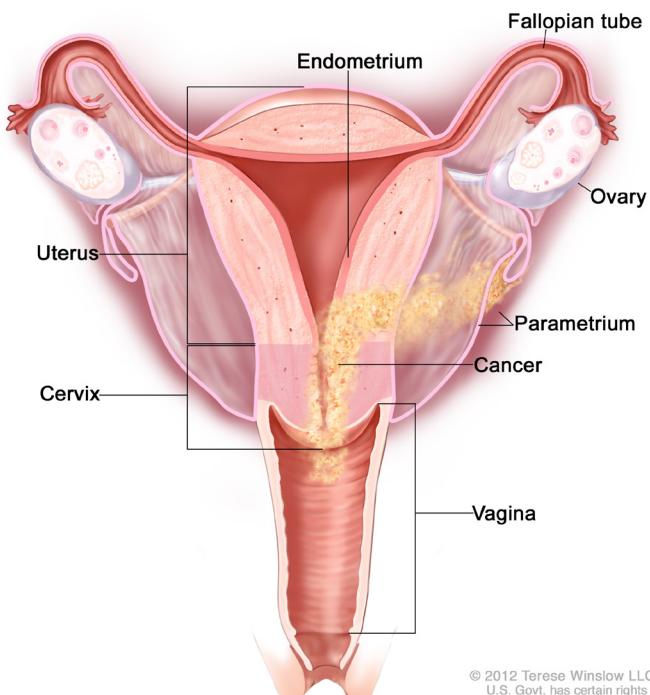
Cáncer de endometrio en estadio IIIA

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



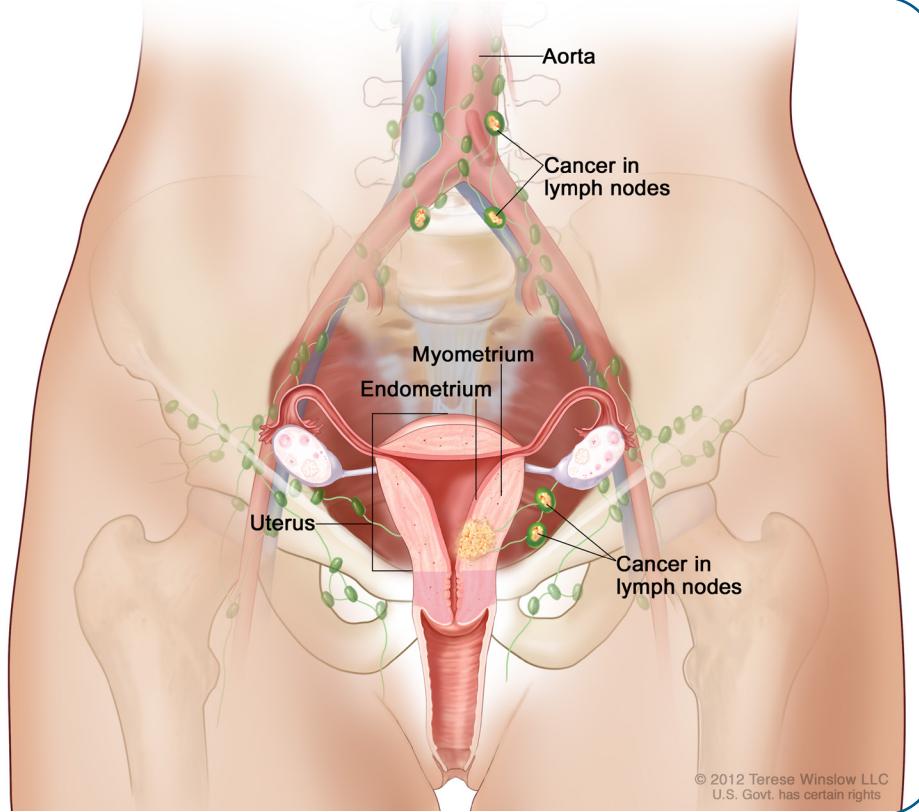
Cáncer de endometrio en estadio IIIB

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



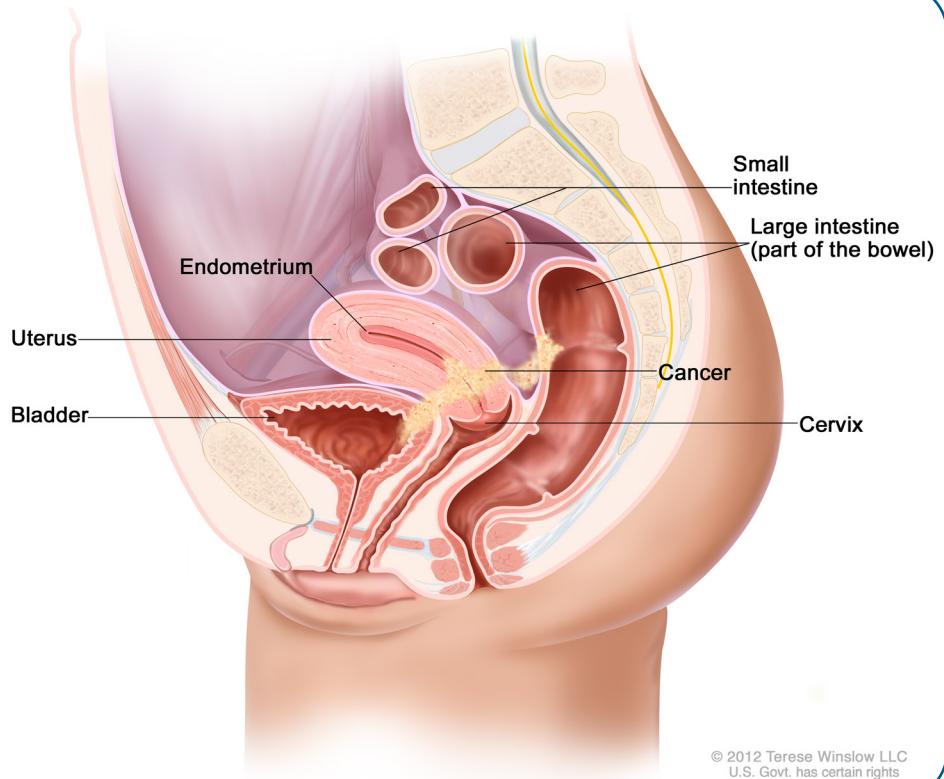
Cáncer de endometrio en estadio IIIC

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



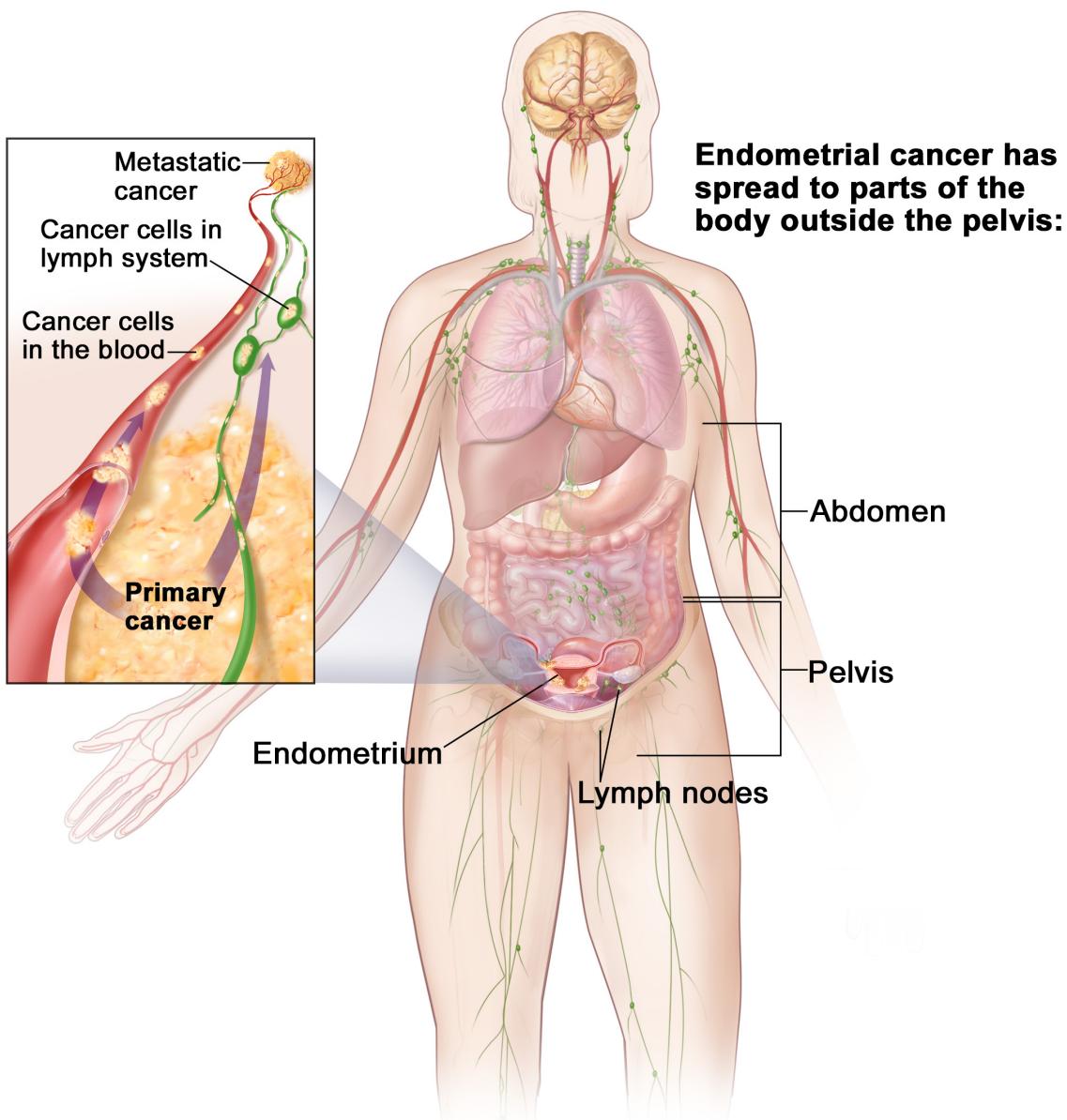
Cáncer de endometrio en estadio IVA

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



Cáncer de endometrio en estadio IVB

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



© 2016 Terese Winslow LLC
U.S. Govt. has certain rights

Estadios del sarcoma uterino

Existen cuatro estadios principales del sarcoma uterino en el sistema de estadificación FIGO: I, II, III y IV. Todos los estadios se dividen en subestadios que tienen letras. **Consulte la Guía 1.**

Guía 1

Estadios del leiomiosarcoma (LMS), el sarcoma del estroma endometrial (SEE) y el adenosarcoma

Estadio I: el tumor es pequeño y solo se encuentra en el útero.

IA	Para LMS y SEE: el tumor mide 5 centímetros (unas 2 pulgadas) o menos. Para el adenosarcoma: el tumor solo se encuentra en el endometrio.
IB	Para LMS y SEE: el tumor mide más de 5 centímetros. Para el adenosarcoma: el tumor se ha extendido a menos de la mitad del miometrio.
IC	Adenosarcoma: el tumor se ha extendido a más de la mitad del miometrio.

Estadio II: el tumor se ha extendido más allá del útero, pero aún se encuentra en la cavidad pélvica.

IIA	El tumor se ha extendido hacia los ovarios o las trompas de Falopio.
IIB	El tumor también se ha extendido a otros tejidos de la cavidad pélvica.

Estadio III: hay cáncer en el abdomen y posiblemente en los ganglios linfáticos contiguos.

IIIA	El tumor se ha extendido a una zona del abdomen.
IIIB	El tumor se ha extendido a dos zonas del abdomen.
IIIC	Hay cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.

Estadio IV: hay cáncer en la vejiga o el recto y posiblemente en zonas alejadas del útero.

IVA	El tumor se ha extendido hacia la vejiga o el recto.
IVB	El cáncer se ha extendido a zonas alejadas del útero, como los pulmones.

Radioterapia

La radioterapia utiliza ondas de alta energía similares a los rayos X para destruir las células cancerosas. Es un tratamiento que suele utilizarse tanto para el cáncer de endometrio como para el sarcoma uterino. A continuación, se describen los tipos de radioterapia que pueden utilizarse para tratar el cáncer de útero. Puede recibir tratamiento con más de un tipo.

Radioterapia de haz externo

En la radioterapia de haz externo (RHE), una máquina de gran tamaño dirige la radiación hacia el lugar del cáncer. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar al tumor. La RHE se administra en pequeñas dosis, denominadas fracciones. Para el tratamiento del cáncer de útero, la RHE suele administrarse 5 días a la semana durante 5 a 6 semanas.

Antes de iniciar el tratamiento, es necesario realizar una sesión de planificación, denominada simulación. Primero se la colocará en posición de tratamiento. Se le pedirá que se coloque boca

arriba y que permanezca muy quieta. Es posible que le coloquen un soporte para ayudarla a permanecer quieta durante las sesiones de radiación. Se obtendrán imágenes de las localizaciones del cáncer con una TC. Utilizando las imágenes de la TC y un sofisticado programa informático, su oncólogo radioterapeuta elaborará un plan de tratamiento para dirigir los haces de radiación al tumor y a los ganglios linfáticos cercanos. El plan describirá la mejor dosis de radiación para usted, como también la cantidad de sesiones que necesitará.

Durante el tratamiento, estará acostada sobre una camilla en la misma posición en la que estuvo durante la simulación. Pueden utilizarse dispositivos para impedir que se mueva. Esto ayuda a atacar el tumor. Las marcas de tinta en la piel ayudarán a posicionar el cuerpo con precisión para los tratamientos diarios. Estará sola en la sala de tratamiento. Un técnico manejará la máquina desde una sala contigua. El técnico podrá verla, oírla y hablar con usted en todo momento. Mientras se le realiza el tratamiento, es posible que oiga ruidos. No

Radioterapia de haz externo (RHE)

Un equipo grande dirige la radiación hacia el tumor y atraviesa la piel y otros tejidos para alcanzarlo.



verá, oirá ni sentirá la radiación. Una sesión dura unos 20 minutos y el haz está encendido unos dos minutos.

RIM

Para tratar el cáncer de útero, puede utilizarse un tipo avanzado de RHE denominado radioterapia de intensidad modulada (RIM). La RIM utiliza muchos haces pequeños de distinta potencia. Esto permite dirigir una dosis elevada de radiación al tumor y, al mismo tiempo, limitar la cantidad de radiación al tejido normal circundante. Con la RIM, es posible reducir la radiación a órganos y estructuras cercanos importantes, como el intestino y la vejiga. Esto puede ayudar a reducir los efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

RTCE

La radioterapia corporal estereotáctica (RTCE) es un tipo altamente especializado de RHE. Puede utilizarse para tratar el cáncer de endometrio que se ha extendido al hígado, los pulmones o los huesos. Se administran altas dosis de radiación a uno o varios focos metastásicos mediante haces muy precisos. La RTCE suele administrarse en 5 sesiones como máximo.

Radiocirugía estereotáctica (RCE)

La RCE es un tipo de radioterapia no quirúrgica y muy precisa. Puede utilizarse para tratar pequeños tumores cerebrales o espinales.

Efectos secundarios

Los efectos secundarios más frecuentes en la zona de tratamiento durante las 5 a 6 semanas de radioterapia externa son irritación, sensibilidad y enrojecimiento de la piel. Otros efectos secundarios a corto plazo de la radioterapia son fatiga, diarrea, micción frecuente o dolor al orinar, y náuseas. La mayoría de ellos disminuyen con el tiempo una vez finalizado el tratamiento. Es posible

que los efectos secundarios de la radioterapia no se perciban de inmediato. Pueden aparecer y empeorar más adelante en el ciclo o incluso después de que este haya finalizado.

La radioterapia para el cáncer de útero también puede tener efectos secundarios a largo plazo y posiblemente graves sobre la fertilidad, la salud sexual y la función de los intestinos y la vejiga. Consulte la **Parte 6: Supervivencia** para obtener información sobre cómo prevenir, limitar o controlar estos efectos.

Braquiterapia

Otro tipo de radioterapia utilizada para el cáncer de útero se denomina braquiterapia o radiación interna. Se denomina interna porque el material radiactivo que combate el cáncer se introduce en el interior del cuerpo, directamente en el tumor o cerca de él. Se colocan tubos huecos en la vagina o el útero y un pequeño gránulo de radiación viaja hasta la región del tumor. Esto puede hacerse varias veces para administrar una dosis segura.

Tratamiento sistémico

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

Quimioterapia, tratamiento dirigido e inmunoterapia

La quimioterapia es el tipo de tratamiento sistémico más utilizado para el cáncer de útero. Detiene el crecimiento de las células cancerosas, ya sea eliminándolas o impidiendo su división. La mayoría de los medicamentos de quimioterapia se administran mediante infusión. Esto significa que son líquidos que se inyectan lentamente en el torrente sanguíneo a través de una vena.

El tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos más nuevos de tratamiento sistémico. Pueden ser opciones de tratamiento para el cáncer de útero que no responde a la quimioterapia, reaparece tras el tratamiento con quimioterapia (recidivante) o se extiende fuera de la cavidad pélvica (metastásico). A diferencia de la quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia son más eficaces en el tratamiento de cánceres con características específicas, denominadas biomarcadores.

La quimioterapia, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia pueden destruir las células sanas además de las cancerosas. El daño a las células sanas provoca efectos secundarios potencialmente graves, como caída del cabello, piel agrietada y llagas en la boca.

Estos tipos de tratamiento sistémico suelen administrarse en ciclos de días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite

que el cuerpo se recupere antes del próximo ciclo. Por ejemplo, podría recibir quimioterapia todos los días durante 1 semana seguida de 3 semanas sin quimioterapia. Estas 4 semanas constituyen un ciclo. La duración de los ciclos varía según los medicamentos que se utilicen.

Tratamiento hormonal

El estrógeno y la progesterona son hormonas. Pueden afectar el crecimiento de células cancerosas en el útero. El tratamiento hormonal es un tipo de tratamiento contra el cáncer que modifica los niveles de determinadas hormonas en el organismo. No es lo mismo que el tratamiento hormonal que puede utilizarse para controlar los síntomas de la menopausia, denominado tratamiento de reemplazo hormonal (TRH).

A continuación, se describen los tipos del tratamiento hormonal que pueden utilizarse para el cáncer de útero.

Los **progestágenos** son versiones de laboratorio de la hormona progesterona. Ayudan a demorar el crecimiento de las células cancerosas del endometrio. Los progestágenos utilizados para tratar algunos cánceres de útero incluyen:

- Acetato de medroxiprogesterona (Provera): por vía oral
- Acetato de megestrol: por vía oral
- Levonorgestrel (Mirena), un dispositivo intrauterino (DIU) liberador de progestágenos

Los **inhibidores de la aromatasa** son medicamentos orales. Pueden impedir que el tejido adiposo produzca estrógenos. En consecuencia, se reduce la cantidad total de estrógenos en el organismo. Los inhibidores de la aromatasa incluyen:

- Anastrozol (Arimidex)
- Letrozol (Femara)
- Exemestano (Aromasin)

El **tamoxifeno** es un medicamento utilizado para reducir la cantidad de estrógeno en el organismo. Se toma por vía oral. El tamoxifeno no se utiliza para el sarcoma uterino.

El **fulvestrant** (Faslodex) bloquea los receptores de estrógeno que pueden provocar el crecimiento de las células cancerosas. El fulvestrant se administra mediante inyección.

Los agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) reducen los niveles de estrógeno en las mujeres con ovarios funcionales.

Efectos secundarios

El tratamiento hormonal puede tener efectos secundarios. Es frecuente experimentar síntomas de menopausia. Los síntomas de menopausia incluyen sofocos, cambios de humor, sequedad vaginal, problemas para dormir y sudores nocturnos. Otros efectos secundarios frecuentes del tratamiento hormonal son flujo vaginal, aumento de peso, hinchazón de las manos y los 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.

Pida la lista completa de los efectos secundarios comunes y poco frecuentes de cada tratamiento sistémico que reciba a su equipo de tratamiento.

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 Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA).

Todas las personas con cáncer deben considerar atentamente todas las opciones de tratamiento que existen para tratar su tipo de cáncer, incluidos los tratamientos estándares 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 del cáncer se centran en el tratamiento. Los ensayos de un tratamiento se realizan en fases.

- Los ensayos de **fase I** estudian la seguridad y los efectos secundarios de un método de tratamiento o un medicamento en investigación. También buscan indicios tempranos de que el medicamento o el método es útil.
- Los ensayos de **fase II** evalúan el grado en que un medicamento o método actúa contra un tipo de cáncer específico.
- Los ensayos de **fase III** prueban el medicamento o el método en comparación con el tratamiento estándar. Si los resultados son buenos, puede ser aprobado por la FDA.
- Los ensayos de **fase IV** estudian la seguridad y el beneficio a largo plazo de un tratamiento aprobado por la FDA.

¿Quién puede inscribirse?

Cada ensayo clínico tiene reglas para participar, llamadas criterios de elegibilidad. Las reglas pueden referirse a la edad, el tipo y el estadio

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

Consentimiento informado

Los ensayos clínicos están a cargo de un grupo de expertos llamado equipo de investigación. El equipo de investigación 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 familiares, amigos u otras personas de su confianza. Tenga en cuenta que puede dejar el ensayo clínico y recibir un tratamiento fuera del ensayo clínico en cualquier momento.

Inicie la conversación

No espere a que su médico saque el tema de los ensayos clínicos. Inicie la conversación y conozca todas las opciones de tratamiento. Si encuentra un estudio para el que cree poder reunir los requisitos necesarios para participar, pregúntele a su equipo de atención si cumple con dichos requisitos. Trate de no desanimarse si no puede participar. Siempre surgen ensayos clínicos nuevos.

Preguntas frecuentes

Hay muchos mitos y conceptos erróneos en torno a los ensayos clínicos. Muchos de quienes padecen cáncer no entienden muy bien los posibles beneficios y riesgos.



Buscar un ensayo clínico

En los Estados Unidos

GOG Foundation
gog.org

Centros oncológicos de NCCN
NCCN.org/cancercenters

**El Instituto Nacional del Cáncer
(National Cancer Institute, NCI)**
cancer.gov/about-cancer/treatment/clinical-trials/search

NRG Oncology
nrgoncology.org

En el mundo

**La Biblioteca Nacional de Medicina
de los Estados Unidos**
(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

¿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 estándar 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.

¿Tengo que pagar para participar en un ensayo clínico?

Casi nunca. Depende del estudio, su seguro de salud y el estado en el que vive. Su equipo de tratamiento y el equipo de investigación pueden ayudarla a determinar si debe pagar algo.

Puntos clave

Intervención quirúrgica y estadificación

- La histerectomía total con salpingooforectomía bilateral (SOB) es la intervención quirúrgica más utilizada para el cáncer de útero.
- Los resultados de la intervención quirúrgica y las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Esto se llama “estadificación quirúrgica”.
- El estadio describe cuánto cáncer hay en el cuerpo y a dónde se ha extendido.
- El cáncer de endometrio y el sarcoma uterino se estadifican de forma diferente. Cada tipo tiene cuatro estadios principales.

Radioterapia

- La radioterapia utiliza rayos de alta energía para eliminar las células cancerosas o evitar que se formen células nuevas.

- La radioterapia de haz externo (RHE) y la braquiterapia vaginal se utilizan habitualmente para tratar el cáncer de útero.

Tratamiento sistémico

- El tratamiento sistémico es el tratamiento con sustancias que circulan por el torrente sanguíneo, que alcanzan y afectan a las células de todo el organismo.
- La quimioterapia, el tratamiento hormonal, el tratamiento dirigido y la inmunoterapia son tipos de tratamiento sistémico.

Ensayos clínicos

- Los ensayos clínicos permiten acceder a pruebas y tratamientos en investigación que, con el tiempo, podrían ser aprobados por la FDA.

4

Tratamiento del cáncer de endometrio

- 31 Cáncer endometrioides
- 37 Cáncer de endometrio de alto riesgo
- 40 Fin del tratamiento
- 41 Recidiva
- 44 Puntos clave

Este capítulo presenta las opciones de tratamiento recomendadas para el cáncer de endometrio. En primer lugar, se aborda el tratamiento del tipo más frecuente de tumor endometrial (endometrioides), seguido del tratamiento de los tipos de alto riesgo.

Antes de iniciar el tratamiento, es importante saber si el cáncer se ha extendido. Si lo ha hecho (y hasta qué punto) influye en el tratamiento que se le dé. Existen tres posibilidades principales:

- El cáncer solo está en la parte principal del útero (no en el cuello uterino).
- El cáncer se ha extendido hacia el cuello uterino.
- El cáncer se ha extendido más allá del útero, a otras partes del cuerpo.

A continuación, se analiza el tratamiento de cada una de estas situaciones.

Cáncer endometrioides

El cáncer solo está en el útero

El cáncer de endometrio suele detectarse antes de que se haya extendido más allá del cuerpo del útero. En este caso, el tratamiento más eficaz es la intervención quirúrgica. Si está dispuesta y puede someterse a una intervención quirúrgica, se recomienda una histerectomía total (HT) con salpingooforectomía bilateral (SOB). La HT extirpa el útero y el cuello uterino. Es necesario extirpar el cuello uterino porque el cáncer de útero puede extenderse a él. La SOB extirpa tanto los ovarios como las trompas de Falopio. Es posible conservar los ovarios. De la conservación de los ovarios se habla más adelante.

Después de una histerectomía, no es posible quedar embarazada. Si el embarazo es posible y deseado, el tratamiento para conservar la fertilidad puede ser una opción. Consulte la siguiente página para obtener más información.

Cuando es posible, se prefiere la intervención quirúrgica mínimamente invasiva para el cáncer endometrioides que no se ha extendido más allá del cuerpo del útero. Durante la intervención quirúrgica, el cirujano evaluará la extensión del cáncer y extirpará tejido y ganglios linfáticos para realizar pruebas. Los resultados de la intervención quirúrgica y las pruebas se utilizan para determinar el estadio del cáncer. Esto se llama “estadificación quirúrgica”. El estadio se utiliza para determinar el tratamiento necesario después de la intervención quirúrgica. Consulte *Tratamiento después de la intervención quirúrgica* en la página 36 para conocer los pasos siguientes.

Conservación de ovarios

Antes de la menopausia, los ovarios producen las hormonas estrógeno y progesterona. La extirpación de los ovarios provoca una pérdida repentina de estrógenos. Es lo que se conoce como menopausia quirúrgica. Los efectos secundarios de la menopausia quirúrgica incluyen sofocos, problemas para dormir, cambios de humor y atrofia vaginal. La atrofia vaginal es una afección en la que el revestimiento de la vagina se afina, se seca y se inflama.

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 es premenopáusica, es mejor que conserve sus ovarios. Esto se denomina conservación ovárica. Puede ser una opción si:

- El cáncer está en estadio I.
- Sus ovarios tienen un aspecto normal en las pruebas de imagen.
- No tiene antecedentes familiares de cáncer de mama, cáncer de ovario o síndrome de Lynch.

Si puede conservar los ovarios, sigue siendo recomendable extirpar las trompas de Falopio con el útero.

Usted rechaza la intervención o no puede operarse antes

Si no desea someterse a una intervención quirúrgica o no puede hacerlo por otros motivos de salud, es preferible el tratamiento con radioterapia. Puede utilizarse radioterapia de haz externo (RHE), braquiterapia (radiación interna) o ambas.

Otra opción es el tratamiento hormonal (hormonoterapia). El tratamiento hormonal

solo suele considerarse para los tumores endometrioides pequeños o de crecimiento lento. Se prefieren los progestágenos orales como el acetato de medroxiprogesterona (Provera) y el acetato de megestrol. En algunos casos, un dispositivo intrauterino (DIU) liberador de progestágeno puede ser una mejor opción. Mirena es un ejemplo. Contiene el progestágeno levonorgestrel.

Tratamiento de conservación de la fertilidad

La intervención quirúrgica para extirpar el útero, el cuello uterino, las trompas de Falopio y los ovarios es el tratamiento estándar para el cáncer de endometrio que no se ha extendido más allá del útero. Llevar un embarazo no es posible sin útero. Para algunas personas con diagnóstico de cáncer de endometrio, esto puede ser difícil de aceptar.

Si padece cáncer de endometrio de bajo riesgo y desea tratar el cáncer, pero también quiere intentar tener un hijo en el futuro, el tratamiento de conservación de la fertilidad puede ser una opción. Consiste en retrasar la intervención quirúrgica y tratar primero el cáncer con tratamiento hormonal. Si el tratamiento hormonal funciona bien y elimina todo el cáncer, puede intentar quedar embarazada.

El tratamiento de conservación de la fertilidad solo es una opción para algunos cánceres de endometrio de bajo riesgo. Puede ser una opción si:

- El tumor es endometriode (el tipo más común).
- Las pruebas de imagen muestran que el cáncer no se extiende más allá del endometrio.
- Las células cancerosas son de grado 1. Esto significa que su aspecto en el microscopio es similar al de las células sanas.

- No hay razones médicas por las que no pueda (o no deba) quedar embarazada.
- No existen razones médicas por las que no pueda o deba someterse a un tratamiento hormonal. Las contraindicaciones del tratamiento hormonal incluyen accidente cerebrovascular, infarto de miocardio, embolia pulmonar, trombosis venosa profunda y tabaquismo.
- Entiende perfectamente que el tratamiento de conservación de la fertilidad no es el tratamiento estándar para el cáncer de endometrio.
- Acepta someterse a biopsias de endometrio periódicas para comprobar si el tratamiento está funcionando.

Antes de iniciar un tratamiento de conservación de la fertilidad, se recomienda consultar a un experto en fertilidad. También puede recibir asesoramiento y pruebas genéticas.

Es importante mantener un peso y un estilo de vida saludables durante el tratamiento de conservación de la fertilidad. El tratamiento puede dar mejores resultados. Su médico le preguntará por su dieta, su nivel de actividad y otros factores relacionados con su estilo de vida.

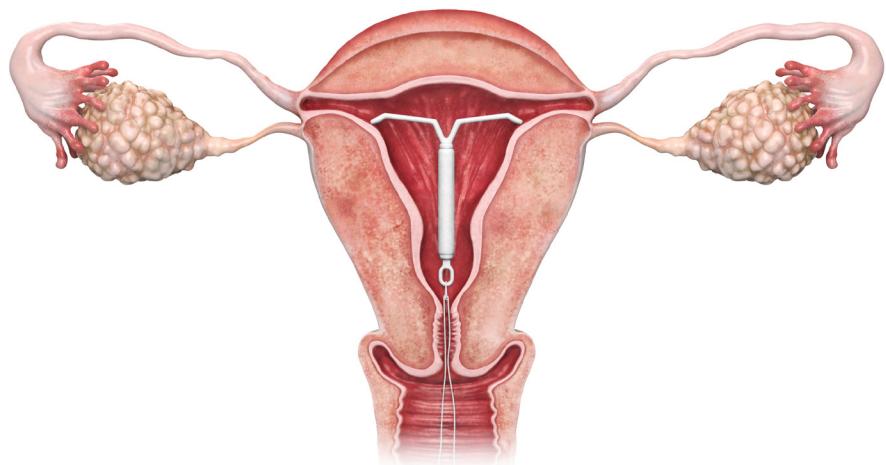
Existen tres opciones de tratamiento hormonal; todas utilizan versiones artificiales de la hormona progesterona:

- Acetato de medroxiprogesterona (Provera): por vía oral
- Acetato de megestrol: por vía oral
- Dispositivo intrauterino (DIU) de progestágeno, como Mirena

Para ver si el tratamiento hormonal está funcionando, se extraerá una muestra de tejido del endometrio cada 3 a 6 meses para realizar pruebas. Esto se hace mediante biopsia de endometrio o dilatación y legrado ("D y L").

Dispositivo intrauterino (DIU)

Un DIU que libera levonorgestrel es un método de tratamiento hormonal utilizado en el tratamiento de conservación de la fertilidad.



Si el tratamiento hormonal funciona bien y el cáncer desaparece al cabo de 6 meses, puede interrumpirlo y empezar a intentar quedar embarazada. Mientras esté intentando quedar embarazada, seguirá haciéndose pruebas del endometrio cada 6 meses.

Si el tratamiento hormonal ha tenido éxito pero no empieza a intentar concebir inmediatamente, su médico puede recomendarle que continúe con el tratamiento hormonal con progestágenos para mantener los buenos resultados. Si el cáncer reaparece mientras está intentando quedar embarazada, su médico le recomendará que se someta a la intervención quirúrgica.

Si el tratamiento hormonal no funciona y el cáncer sigue presente después de 6 a 12 meses, se recomienda la intervención quirúrgica. Conservar los ovarios puede ser una opción.

El cáncer se ha extendido al cuello uterino

Si una biopsia de cuello uterino o una resonancia magnética (RM) de la cavidad pélvica muestran que el cáncer se ha extendido hasta el cuello uterino, las opciones de tratamiento dependen de si se puede realizar antes una intervención quirúrgica. Cuando sea posible, es preferible someterse primero a una intervención quirúrgica.

Si está de acuerdo con la intervención y está lo bastante sana para someterse a ella, se recomienda una histerectomía total o una histerectomía radical, junto con una SOB para extirpar las trompas de Falopio y los ovarios.

El cirujano evaluará la extensión del cáncer durante la intervención y extraerá tejido y ganglios linfáticos para realizar pruebas. Anatomopatólogos estudiarán el tejido extirpado y determinarán el estadio del cáncer. Esto se conoce como estadificación

quirúrgica. El estadio se utiliza para determinar el tratamiento necesario después de la intervención quirúrgica. Consulte **Tratamiento después de la intervención quirúrgica** en la página 36 para conocer los pasos siguientes.

En algunos casos, tanto la RHE como la braquiterapia pueden utilizarse primero para intentar reducir el tamaño del cáncer antes de la intervención quirúrgica. Sin embargo, cuando es posible, se suele aconsejar pasar directamente a la intervención quirúrgica. Si se administra radioterapia antes de la intervención, no se volverá a administrar después de la intervención quirúrgica.

Consulte la sección **Fin del tratamiento** en la página 40 para conocer los pasos siguientes.

Usted rechaza la intervención o no puede operarse antes

Si no desea someterse a una intervención quirúrgica o no puede hacerlo por otros motivos de salud, existen otras opciones de tratamiento. Lo más habitual es utilizar primero la radioterapia para intentar reducir el tamaño del tumor. Se administra tanto RHE como braquiterapia. Además de la radioterapia, puede administrarse quimioterapia con derivados del platino. Cuando se administra con radioterapia, la quimioterapia puede facilitar que la radiación destruya las células cancerosas. El uso combinado de estos tratamientos se denomina quimiorradiación. Si el tratamiento con radioterapia (y quimioterapia, si se administra) funciona bien, la intervención quirúrgica puede ser una opción si usted acepta someterse a ella.

Otra opción para quienes no pueden someterse primero a intervención quirúrgica es la quimioterapia sola para intentar reducir el cáncer. La pauta terapéutica preferida en este momento es carboplatino y paclitaxel juntos. Si funciona bien, la intervención quirúrgica

puede ser una opción. Si la intervención quirúrgica sigue sin ser posible, se recomienda el tratamiento con RHE y braquiterapia.

El cáncer se ha extendido más allá del útero

El tratamiento del cáncer que se ha extendido más allá del útero depende de la extensión del cáncer y de si puede extirparse primero con intervención quirúrgica.

Puede y desea someterse a una intervención en primer lugar

Si el cáncer no se ha extendido más allá de la cavidad pélvica o el abdomen, se recomienda la histerectomía total y la SOB. El cirujano intentará extirpar tanto como sea posible. Algunas personas reciben quimioterapia antes de la intervención quirúrgica para intentar reducir el tamaño del tumor.

Durante la intervención quirúrgica, el cirujano evaluará la extensión del cáncer y extirpará tejido y ganglios linfáticos para realizar pruebas. Anatomopatólogos estudiarán el tejido extirpado y determinarán el estadio del cáncer. Esto se conoce como estadificación quirúrgica. El estadio se utiliza para determinar el tratamiento necesario después de la intervención quirúrgica. El cáncer de endometrio que se ha extendido más allá del útero se encuentra en estadio III o IV. Consulte *Tratamiento después de la intervención quirúrgica* en la página 36.

Si el cáncer se ha extendido a zonas alejadas de la cavidad pélvica (metástasis), se recomienda un tratamiento sistémico. En este momento, la pauta terapéutica preferida es carboplatino y paclitaxel juntos. La RHE puede utilizarse además de la quimioterapia. También puede considerarse la intervención quirúrgica (histerectomía total y SOB), pero no



¿Es hereditario el cáncer de endometrio?

Normalmente no. La mayoría de los casos de cáncer de endometrio están causados por mutaciones aleatorias (no hereditarias) del ADN. Solo aproximadamente 5 de cada 100 cánceres de endometrio se deben a un riesgo hereditario. Esto incluye a las personas con un trastorno hereditario llamado síndrome de Lynch. Las personas con síndrome de Lynch tienen un alto riesgo (alrededor del 60 %) de padecer cáncer de endometrio a lo largo de su vida. Las pacientes con síndrome de Lynch deben someterse a un estrecho seguimiento y recibir asesoramiento sobre las formas de reducir el riesgo de padecer cáncer de endometrio y otros tipos de cáncer.

con el objetivo de curar el cáncer. El objetivo es aliviar los síntomas causados por el cáncer y limitar aún más su diseminación. Este procedimiento se llama intervención quirúrgica paliativa. Si se prevé realizar la intervención quirúrgica, puede utilizarse la radioterapia estereotáctica corporal (RTCE) para destruir los tumores metastásicos pequeños. Consulte la sección *Fin del tratamiento* en la página 40 para conocer los pasos siguientes.

Usted rechaza la intervención o no puede operarse antes

Si no desea someterse a una intervención quirúrgica o no puede hacerlo por otros motivos de salud, las opciones de tratamiento dependen de la extensión del cáncer. Si el cáncer no se ha extendido más allá de la cavidad pélvica o el abdomen, puede recomendarse la RHE. Además de la radioterapia externa, puede administrarse braquiterapia, tratamiento sistémico o ambos. Si el tratamiento funciona bien, la intervención quirúrgica puede ser una alternativa si desea hacerla.

Si hay metástasis, se recomienda tratamiento sistémico. Si funciona bien, la intervención quirúrgica puede ser una alternativa si desea hacerla. De lo contrario, el tratamiento con radioterapia puede ser una opción.

Tratamiento después de la intervención quirúrgica

A continuación se describen, según el estadio, el tratamiento o los tratamientos que puede recibir tras la intervención. Esta información solo se aplica a los cánceres endometrioides.

Estadio I

El tratamiento se recomienda después de la intervención quirúrgica para algunos cánceres endometrioides en estadio I. Su médico tendrá en cuenta los factores mencionados a continuación para determinar si un tratamiento adicional puede ayudar a reducir el riesgo de recidiva del cáncer.

- El estadio del cáncer (IA o IB).
- El grado del cáncer (el aspecto anormal de las células tumorales vistas en el microscopio).
- Su edad.

- Hasta dónde se extiende el tumor en la capa muscular del útero (si es que se extiende).
- Si hay células tumorales en los vasos sanguíneos o linfáticos fuera del tumor principal, lo que se conoce como invasión del espacio linfovascular (IELV). Si los hay, significa que es más probable que el cáncer se haya extendido a los ganglios linfáticos.

Tras sopesar estos factores, su médico puede decidir que no necesita más tratamiento. En este caso, se utiliza un enfoque expectante. Comenzará la vigilancia.

Si necesita más tratamiento, los principales tratamientos utilizados después de la intervención quirúrgica para el cáncer de endometrio en estadio I son los siguientes:

- Braquiterapia vaginal
- RHE

En el caso de algunos tumores endometrioides de alto grado, en estadio IB, puede administrarse quimioterapia además de uno o los dos tratamientos ya mencionados. Después de cualquier tratamiento administrado tras la intervención quirúrgica, comienzan los cuidados de seguimiento.

Estadio II

La radioterapia se recomienda después de la intervención quirúrgica para todos los cánceres de endometrio en estadio II. Se prefiere la RHE. La braquiterapia vaginal también es una opción y puede administrarse sola o junto con la RHE. La braquiterapia vaginal sola puede considerarse para los cánceres en estadio II de muy bajo riesgo. En algunos casos, además de la RHE o la braquiterapia vaginal, se administra quimioterapia o tratamiento hormonal. El tratamiento hormonal solo suele considerarse

para los tumores endometrioides pequeños o de crecimiento lento. Tras el tratamiento posoperatorio, se inicia el seguimiento.

Estadio III y IV

El principal tratamiento después de la intervención quirúrgica para el cáncer endometrioides en estadios III y IV es el tratamiento sistémico. Puede utilizarse quimioterapia o tratamiento hormonal. El tratamiento hormonal solo suele considerarse para los tumores endometrioides pequeños o de crecimiento lento. Además del tratamiento sistémico, también puede recibir RHE o braquiterapia vaginal. Tras el tratamiento sistémico (y la radioterapia, si se ha administrado), comienza el seguimiento.

Cáncer de endometrio de alto riesgo

La mayoría de los cánceres de endometrio se detectan precozmente y responden bien al tratamiento. Otros tipos menos comunes pueden extenderse rápidamente y son más difíciles de tratar. En el momento del diagnóstico, estos cánceres de endometrio de alto riesgo pueden haberse extendido ya más allá del útero.

Los cánceres de endometrio de alto riesgo incluyen:

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

Los carcinosarcomas se ven en el microscopio como parte carcinoma endometrial y parte sarcoma uterino. También se conocen como tumores mesodérmicos mixtos malignos o tumores de Müller mixtos malignos (TMMM).

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

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

Las pruebas pueden ayudar a determinar si el cáncer se ha extendido más allá del útero. Si no se ha sometido a pruebas de imagen, seguramente se las harán antes del tratamiento. Su médico también puede solicitarle un análisis de sangre del antígeno del cáncer 125 (CA-125). Un nivel elevado de esta sustancia en la sangre puede significar que el cáncer se ha extendido más allá del útero. En caso afirmativo, también puede utilizarse la prueba CA-125 para comprobar si el tratamiento está funcionando.

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

El tratamiento más eficaz para los cánceres de endometrio de alto riesgo es la intervención quirúrgica. Se recomienda una hysterectomía total con SOB. Se realizará una estadificación quirúrgica para conocer la extensión del cáncer y asignarle un estadio. Cuando es posible, se prefiere la intervención quirúrgica mínimamente invasiva.

El tratamiento de conservación de la fertilidad no se recomienda para estos tipos de tumores. Si no es candidata a la intervención quirúrgica, consulte la página 39.

Tratamiento después de la intervención quirúrgica

Casi siempre es necesario realizar un tratamiento después de la intervención quirúrgica para el cáncer de endometrio de alto riesgo. Las opciones de tratamiento recomendadas dependen del tipo de tumor y del estadio.

Cáncer seroso y de células claras

Si se extirpa todo el cáncer durante la intervención quirúrgica, no es necesario realizar ningún tratamiento posterior. Se recomienda la observación.

Para la enfermedad no invasiva en estadio IA, el tratamiento después de la intervención

quirúrgica depende de los resultados del lavado peritoneal (“lavados”). El cirujano introducirá líquido en el espacio abierto del abdomen y luego lo extraerá para ver si contiene células cancerosas. Si no se encuentran células cancerosas, se denomina “lavado negativo”. El tratamiento con braquiterapia vaginal es una opción recomendada. Si se planifica la braquiterapia, a veces también se administra quimioterapia. La observación también es una opción si los lavados son negativos.

Si el líquido contiene células cancerosas, se denomina “lavado positivo”. Tras la intervención quirúrgica, se recomienda el tratamiento con quimioterapia y braquiterapia vaginal.

Guía 2

Cáncer seroso y de células claras: opciones de tratamiento después de la intervención quirúrgica

Estadio	Alternativas de tratamiento después de la intervención quirúrgica	Tratamientos que pueden añadirse
Estadio IA, no invasivo	<p>Si los lavados son negativos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Braquiterapia vaginal <u>y</u> observación <p>Si los lavados son positivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Quimioterapia <u>y</u> braquiterapia vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> Puede añadirse quimioterapia a la braquiterapia
<ul style="list-style-type: none"> Estadio IA, invasivo Estadio IB Estadio II 	<p>Quimioterapia</p> <p>Radioterapia externa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Radioterapia externa Braquiterapia vaginal <ul style="list-style-type: none"> Braquiterapia vaginal
Estadios III y IV	Quimioterapia	<ul style="list-style-type: none"> Radioterapia externa Braquiterapia vaginal

Para las pacientes con **enfermedad invasiva en estadio IA, estadio IB o estadio II**, una opción después de la intervención quirúrgica es la quimioterapia. Puede agregarse el tratamiento con RHE o braquiterapia. Una segunda opción después de la intervención quirúrgica para estos estadios es la RHE. Puede añadirse el tratamiento con braquiterapia.

Para las pacientes con **carcinoma seroso o de células claras en estadio III o IV**, el tratamiento principal tras la intervención quirúrgica es la quimioterapia. Su médico también puede recomendarle radioterapia externa o braquiterapia además de la quimioterapia.

Las opciones que acabamos de describir se muestran en la **Guía 2**.

Carcinosarcoma

Para el carcinosarcoma en **estadio IA**, se recomienda tanto la quimioterapia como la braquiterapia vaginal después de la intervención quirúrgica. En algunos casos, también se administra RHE.

Para los **estadios IB, II, III y IV**, se recomienda la quimioterapia después de la intervención quirúrgica. Puede añadirse radioterapia externa, braquiterapia vaginal o ambas.

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

Carcinoma indiferenciado/desdiferenciado
La quimioterapia se recomienda después de la intervención quirúrgica para el carcinoma indiferenciado/desdiferenciado. Además de la quimioterapia, puede administrarse radioterapia externa o braquiterapia vaginal.

Comparta su opinión con nosotros.

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

[NCCN.org/patients/comments](https://www.NCCN.org/patients/comments)

Tratamiento sistémico del cáncer de endometrio de alto riesgo

Si se planifica quimioterapia después de la intervención quirúrgica para el cáncer de endometrio de alto riesgo, la pauta terapéutica preferida es carboplatino y paclitaxel. En los tumores serosos o carcinosarcomas con HER2 en estadio III o IV, puede administrarse un tratamiento dirigido denominado trastuzumab junto con la quimioterapia.

Si no puede operarse antes

Es posible que no se pueda planificar la intervención quirúrgica por distintas razones. Puede que no sea posible extirpar quirúrgicamente el cáncer. O quizás no pueda operarse debido a otros problemas de salud. O puede que no quiera operarse. En cualquiera de estos casos, existen dos opciones de tratamiento principales para la mayoría de los cánceres de endometrio de alto riesgo.

La primera opción es la radioterapia externa. Además de la radioterapia, puede administrarse braquiterapia vaginal, quimioterapia o ambas. Después del tratamiento, su médico comprobará el tamaño del tumor para ver si es posible la intervención quirúrgica.

La segunda opción es el tratamiento sistémico solo. Normalmente se administra quimioterapia. El objetivo del tratamiento sistémico es reducir el tumor lo suficiente como para poder extirarlo quirúrgicamente. Después del tratamiento, su médico comprobará el tamaño del tumor para ver si es posible la intervención quirúrgica o la radioterapia.

Fin del tratamiento

La vigilancia comienza cuando ya no hay signos de cáncer después de haber sido tratado. Se utiliza para detectar signos precoces de que el cáncer ha reaparecido. Consulte la **Guía 3**.

Exámenes físicos

Los exámenes físicos son el principal método de vigilancia del cáncer de endometrio. Prepárese para hacérselos con regularidad. En los primeros 2 a 3 años después del tratamiento, se recomienda un examen físico cada 3 a 6 meses. Luego, los exámenes se espacian a cada 6 a 12 meses hasta el quinto año después del tratamiento. A partir del quinto año, se recomienda un examen físico anual.

Otras pruebas de vigilancia

Si su nivel de CA-125 era alto antes del tratamiento, puede medirse como parte de las pruebas de vigilancia. Las pruebas de imagen se solicitan en función de las necesidades tras el tratamiento del cáncer de endometrio. Es posible que necesite una prueba de imagen si presenta síntomas o si existe la sospecha de que el cáncer ha reaparecido o se ha extendido.

Guía 3

Controles para detectar la recidiva del cáncer de endometrio

Exámenes físicos

- **Primeros 2 a 3 años:** examen cada 3 a 6 meses
- **Los 2 o 3 años siguientes (hasta el 5.º año):** examen cada 6 o 12 meses
- **Después del 5.º año:** examen una vez al año

Otras pruebas de vigilancia

- Las pruebas de imagen se solicitan en función de las necesidades si se sospecha una recidiva.
- Si se midió su nivel de CA-125 y era alto antes del tratamiento, puede medirse como parte de las pruebas de vigilancia.

Otros cuidados

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

Recidiva

La reaparición del cáncer después del tratamiento se llama recidiva o recurrencia. Si se sospecha una recidiva por los síntomas o los hallazgos de los exámenes físicos, es necesario realizar pruebas de imagen. Es posible que le realicen una o varias de las siguientes pruebas de imagen.

- TC de cavidad pélvica, abdomen o tórax con contraste
- TEP/TC de todo el cuerpo
- RM de cavidad pélvica y abdomen

El tratamiento de la recidiva depende en parte de la localización del nuevo tumor. Tras la histerectomía total y la SOB, el cáncer de endometrio puede regresar a la vagina. El tratamiento dependerá de si el cáncer está solo en la vagina o también en zonas u órganos cercanos.

También se tendrán en cuenta los tratamientos a los que ya se haya sometido. La radioterapia externa, por ejemplo, no suele utilizarse para tratar la misma zona más de una vez.

Si se confirma la recidiva y aún no se ha realizado la prueba de biomarcadores, se recomienda en este momento.

Biomarcadores

Los biomarcadores son características específicas de un cáncer. Las pruebas para

detectar estas características buscan cambios que pueden abordarse para guiar su atención. Los biomarcadores suelen ser mutaciones (cambios) en determinados genes. También pueden ser proteínas que se fabrican en respuesta al cáncer.

Las pruebas de biomarcadores son diferentes de las pruebas genéticas de la sangre para detectar mutaciones hereditarias (estirpe germinal). Las mutaciones en el propio tumor o cáncer se denominan mutaciones somáticas, adquiridas o simplemente tumorales. Si se encuentra alguna, el tratamiento con determinados tratamientos dirigidos o inmunoterapias puede ser una opción. Los resultados de las pruebas de biomarcadores también pueden utilizarse para determinar si cumple los criterios para participar en determinados ensayos clínicos.

La prueba de biomarcadores implica el análisis de un fragmento de tejido tumoral en un laboratorio o de una muestra de sangre. Las pruebas de biomarcadores pueden realizarse individualmente o como parte de un perfil más amplio (grupo). El análisis de muchos biomarcadores a la vez se denomina secuenciación de nueva generación (NGS).

Otras denominaciones de las pruebas de biomarcadores son pruebas moleculares, perfiles tumorales, pruebas genómicas, pruebas genéticas tumorales, pruebas genómicas somáticas y pruebas de mutaciones.

dMMR/MSI-H

Todos los cánceres de endometrio deben someterse a pruebas de deficiencia de reparación de errores de emparejamiento (dMMR)/inestabilidad microsatelital alta (MSI-H). Si el cáncer tiene este biomarcador, es posible que también le hagan pruebas para detectar un síndrome de cáncer hereditario

llamado síndrome de Lynch. Los tumores que no tienen dMMR ni MSI-H se consideran que tienen estabilidad de microsatélites (MSS) o que son aptos para la reparación de errores de emparejamiento (pMMR). Consulte la página 14 para obtener más información sobre este biomarcador.

Biomarcadores menos comunes

También puede someterse a las pruebas de los biomarcadores menos comunes que se mencionan a continuación.

- Carga mutacional tumoral alta (TMB-H)
- Fusión del gen *NTRK*

Recidiva local

Si el cáncer de endometrio reaparece en la vagina, la cavidad pélvica o el abdomen, se trata de una recidiva “local”. Sus opciones de tratamiento dependen de si ha recibido radioterapia en la zona del cáncer. Si **no se ha tratado con RHE** la zona del cáncer, es una opción recomendada. Además de la RHE, se puede administrar braquiterapia o tratamiento sistémico.

Otra opción para las pacientes que no han recibido radioterapia externa previa en el lugar de la recidiva es la intervención quirúrgica exploratoria. Consiste en abrir el abdomen para saber hasta dónde se ha extendido el cáncer y extirparlo quirúrgicamente. Si en la intervención quirúrgica se descubre que el cáncer está solo en la vagina o se ha extendido a los ganglios linfáticos cercanos, se recomienda la RHE después de la intervención quirúrgica. Puede administrarse tratamiento sistémico además de la RHE. Si el nuevo tumor se limita a la vagina, se considerará la posibilidad de recurrir a la braquiterapia.

Sin embargo, si el cáncer se ha extendido a la parte superior del abdomen, se recomienda el tratamiento sistémico. Si el cáncer es muy pequeño, puede utilizarse la RHE además del tratamiento sistémico. Si hay una cantidad significativa de cáncer en la parte superior del abdomen, consulte **Recidiva a distancia** en esta página.

Si las zonas del nuevo tumor **han sido tratadas con RHE**, no debe utilizarse de nuevo con el objetivo de curar el cáncer. Las alternativas de tratamiento pueden incluir lo siguiente:

- Intervención quirúrgica exploratoria para saber si el cáncer se ha extendido más allá de la vagina y extirpar el nuevo tumor.
- Tratamiento sistémico con o sin RHE paliativa (RHE de dosis más baja para aliviar los síntomas).
- Braquiterapia con o sin tratamiento sistémico.

Recidiva a distancia

Si el cáncer de endometrio reaparece después del tratamiento inicial y se encuentra en otras zonas del cuerpo, como el hígado o los pulmones, se conoce como recidiva a distancia. El cáncer es metastásico. Los nuevos tumores, o neoplasias, se denominan metástasis.

Si solo hay unas pocas metástasis, puede ser posible extirpar o destruir los tumores utilizando uno o varios de los tratamientos locales que se indican a continuación.

- Intervención quirúrgica (si los tumores son lo suficientemente pequeños)
- RHE
- Radioterapia estereotáctica corporal (RTCE) para las metástasis

También puede considerarse el tratamiento sistémico si solo hay unas pocas metástasis.

Si hay más de unos pocos tumores, se recomienda el tratamiento sistémico. También puede administrarse radioterapia con el objetivo de aliviar los síntomas. Esto se conoce como radioterapia paliativa.

En este momento, la pauta de quimioterapia preferida para el cáncer de endometrio recidivante o metastásico es carboplatino y paclitaxel. Puede añadirse un tratamiento dirigido denominado trastuzumab para los tumores serosos o carcinosarcomas con HER2. Si no puede recibir paclitaxel, se le puede administrar docetaxel en su lugar.

Si el cáncer no responde o deja de responder al tratamiento sistémico de primera línea, existen otras opciones. Si el tumor presenta determinados biomarcadores, la inmunoterapia o el tratamiento dirigido pueden ser una opción. Por lo general, estos nuevos tratamientos sistémicos solo se tienen en cuenta para los cánceres que reaparecen o se extienden tras la quimioterapia y para los que no existen otras opciones de tratamiento. A continuación, se enumeran las opciones recomendadas.

Tumores aptos para la reparación de errores de emparejamiento (pMMR):

- Lenvatinib (Lenvima) con pembrolizumab (Keytruda)

Tumores con MSI-H o dMMR:

- Pembrolizumab (Keytruda) (*preferido*)
- Nivolumab (Opdivo)
- Dostarlimab-gxly (Jemperli)
- Avelumab (Bavencio)

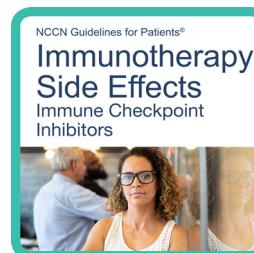
Tumores con TMB-H:

- Pembrolizumab (Keytruda)

Tumores con fusión del gen *NTRK*:

- Larotrectinib (Vitrakvi)
- Entrectinib (Rozlytrek)

Si se prevé el tratamiento con inmunoterapia, consulte las *NCCN Guidelines for Patients: Immunotherapy Side Effects – Immune Checkpoint Inhibitors* (Efectos secundarios de la inmunoterapia: inhibidores de puntos de control inmunitario) en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](#).



Tratamiento hormonal

A continuación, se mencionan las pautas de tratamiento hormonal recomendadas para el cáncer de endometrio recidivante o metastásico. El tratamiento hormonal suele utilizarse para tratar tumores endometrioides pequeños o de crecimiento lento. En este momento, las pautas terapéuticas preferidas incluyen:

- Acetato de megestrol (Megace) alternado con tamoxifeno
- Everolimus (Afinitor) y letrozol (Femara)

Tratamiento complementario

Si el cáncer avanza durante el tratamiento sistémico, o si usted no desea tratar el cáncer, los tratamientos complementarios son una opción. Dado que el cáncer no se puede curar, el objetivo de los tratamientos complementarios es hacer que se sienta más cómoda y ayudar

a mantener el cáncer bajo control. Los tratamientos complementarios también pueden ayudarla a vivir más tiempo y a sentirse mejor en general. Cuando se utiliza en los cánceres avanzados, el tratamiento complementario a menudo se denomina cuidados paliativos.

Ensayos clínicos

Inscribirse en un ensayo clínico puede ser una opción. Pregunte a su equipo de atención si hay algún ensayo clínico abierto al que pueda incorporarse. Los ensayos clínicos se tratan con más detalle al final de la **Parte 3: Tratamientos del cáncer de útero**.

Puntos clave

- La intervención quirúrgica es el primer tratamiento preferido para la mayoría de los cánceres de endometrio cuando es posible.

Cáncer endometrioides

- El tratamiento de conservación de la fertilidad puede ser una opción para algunas pacientes premenopáusicas con un tumor endometrioidal. Implica retrasar la intervención quirúrgica y someterse primero a un tratamiento hormonal.
- El tratamiento se recomienda después de la intervención quirúrgica para todos los tumores endometrioides en estadio II, III y IV. Algunas pacientes con un tumor endometrioidal en estadio I pueden beneficiarse de un tratamiento después de la intervención quirúrgica.

Cáncer de endometrio de alto riesgo

- Los tipos de tumores de endometrio de alto riesgo incluyen los carcinomas serosos, los carcinomas de células claras, los carcinomas indiferenciados/diferenciados y los carcinosarcomas.

- Los carcinosarcomas también se conocen como tumores mesodérmicos mixtos malignos o tumores de Müller mixtos malignos.
- El tratamiento más eficaz para los cánceres de endometrio de alto riesgo es la intervención quirúrgica. Suele ser necesario un tratamiento después de la intervención quirúrgica.

Vigilancia

- Los cuidados de seguimiento implican someterse a exámenes físicos periódicos y permanecer alerta ante síntomas de recidiva.

Recidiva

- La reaparición del cáncer después del tratamiento se llama recidiva o recurrencia.
- El tratamiento del cáncer de endometrio recidivante depende de la localización o las localizaciones del nuevo tumor y de sus antecedentes de tratamiento.



¡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

5

Tratamiento del sarcoma uterino

46 Primeros pasos

47 Tratamiento

51 Vigilancia

52 Recidiva

55 Puntos clave

Este capítulo presenta las opciones de tratamiento recomendadas para un tipo poco frecuente de cáncer de útero denominado sarcoma uterino. Se explican las pruebas, el tratamiento y los cuidados de seguimiento.

El sarcoma uterino se origina en los tejidos conjuntivos de sostén o en los músculos del útero. Este tipo suele tener más probabilidades de extenderse y puede ser más difícil de tratar que el cáncer de endometrio.

Los sarcomas uterinos difieren del cáncer de endometrio en que suelen detectarse tras una hysterectomía. Esto se debe a que hay pocas formas de diagnosticar los sarcomas uterinos antes de la hysterectomía.

Hay distintos tipos de sarcomas uterinos. Este material abarca los siguientes tipos:

- Sarcoma del estroma endometrial (SEE)
- Adenosarcoma
- Leiomirosarcoma uterino (LMSU)
- Sarcoma uterino indiferenciado (SUI)
- Tumor de células epiteloides perivasculares (PEComa)
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

Primeros pasos

Diagnóstico por imágenes

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

Otras pruebas de imagen que pueden utilizarse para evaluar la extensión del cáncer son la tomografía por emisión de positrones (TEP)/TC combinadas de cuello, tórax, abdomen, cavidad pélvica e ingle. La necesidad de otras pruebas de imagen dependerá de sus síntomas y de si su médico cree que el cáncer se ha extendido (metástasis).

Análisis de receptores hormonales

Los ovarios producen hormonas. Si el sarcoma tiene receptores hormonales, significa que las hormonas pueden contribuir al crecimiento del cáncer. Los análisis de receptores hormonales ayudan a decidir si deben extirparse los ovarios. Esto se decide caso por caso para las mujeres en edad fértil. Los análisis de receptores hormonales suelen considerarse para el SEE, el LMSU y los adenosarcomas. Las pruebas se realizan en la muestra de la biopsia o en el tejido tumoral extirpado durante la intervención quirúrgica.

Tratamiento

El tratamiento del sarcoma uterino depende de cómo se haya detectado. Suele aparecer tras una histerectomía. A veces, los anatómopatólogos pueden diagnosticar los sarcomas uterinos analizando una muestra de tejido (una biopsia). Pero la biopsia no es tan fiable para identificar los sarcomas uterinos como lo es para el cáncer de endometrio. Esto se debe a que los sarcomas suelen localizarse en las profundidades de la pared muscular del útero. Una tercera forma de detectar un sarcoma uterino es durante una intervención quirúrgica para extirpar fibromas. Los fibromas son tumores no cancerosos que pueden crecer en el útero y causar síntomas.

En las mujeres con útero, la histerectomía total y, posiblemente, la salpingooforectomía bilateral (SOB) son las formas más eficaces de tratar un sarcoma uterino. Si el cáncer no puede extirparse con intervención quirúrgica, las opciones de tratamiento incluyen radioterapia y tratamiento sistémico.

Sarcoma detectado por biopsia o extirpación de fibroma

El cáncer solo está en el útero

Si el cáncer solo está en el útero, se recomienda una histerectomía total. También pueden extirparle los ovarios y las trompas de Falopio (SOB). Esto se decide caso por caso para las mujeres en edad reproductiva. Si el cáncer tiene receptores hormonales, es probable que su médico le recomiende extirparlos. Si está posmenopáusica, se recomienda una SOB. Si durante la intervención se descubre que el cáncer se ha extendido más allá del útero, es posible que se le practique una nueva intervención quirúrgica para extirparlo. Esta decisión también se toma caso por caso. Consulte **Tratamiento**

después de la intervención quirúrgica en la página siguiente.

Possible extensión más allá del útero

Si el cáncer se ha extendido (o puede haberse extendido) más allá del útero, se considerará la intervención quirúrgica. El cirujano tendrá en cuenta la extensión del cáncer, sus síntomas y la posibilidad de extirparlo mediante intervención quirúrgica. Si se prevé realizar una intervención quirúrgica, se recomienda una histerectomía total. Si es posible, también se extirpará el cáncer que se haya extendido más allá del útero. También pueden extirparle los ovarios y las trompas de Falopio. Esto se decide caso por caso para las mujeres en edad reproductiva. Si el cáncer tiene receptores hormonales, es probable que su médico le recomiende extirparlos. Consulte **Tratamiento después de la intervención quirúrgica** en la página siguiente.

La intervención quirúrgica en primer lugar no es una opción

Si no quiere o no puede someterse a una intervención quirúrgica, se recomienda el tratamiento con tratamiento sistémico, radioterapia externa paliativa o ambos. La braquiterapia puede utilizarse además de uno de estos tratamientos o de ambos.

La quimioterapia suele administrarse en primer lugar para el tratamiento sistémico. En el caso de tumores con determinados biomarcadores, puede administrarse en su lugar otro tratamiento sistémico dirigido al biomarcador. Las opciones recomendadas de tratamiento sistémico de primera línea para los sarcomas no operables se describen en la **Guía 5** en la página 50.

Sarcoma detectado durante una histerectomía previa

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

Si el tumor no se extirpó en una sola pieza o si no se extirpó el cuello uterino, es posible que se le practique otra intervención quirúrgica para extirpar el cáncer y el cuello uterino restante.

Si no le extirparon los ovarios y las trompas de Falopio durante la intervención quirúrgica, se los pueden extirpar ahora. Si inicialmente solo se extirparon un ovario y su trompa de Falopio, pueden extirparse el ovario y la trompa de Falopio restantes. Puede ser la mejor opción para los SEE de bajo grado, los adenosarcomas y los tumores con receptores de estrógeno.

Tratamiento después de la intervención quirúrgica

El tratamiento después de la intervención quirúrgica depende del tipo de tumor.

SEE de bajo grado o adenosarcoma de bajo riesgo

Si aún conserva los ovarios y las trompas de Falopio, la intervención quirúrgica para extirparlos (SOB) se recomienda para los tumores **en estadio I**. Si ya se ha sometido a una SOB, o si está menopáusica, se recomienda la observación (sin tratamiento).

También se recomienda una SOB para los SEE de bajo grado en **estadios II, III, IVA y IVB** y los adenosarcomas de bajo riesgo. Además de la intervención quirúrgica, pueden administrarse uno de los siguientes tratamientos o ambos:

- Tratamiento hormonal antiestrogénico
- Radioterapia externa

Los inhibidores de la aromatasa son el tratamiento antiestrogénico preferido para los SEE de bajo grado y los adenosarcomas de bajo riesgo. Todas las opciones recomendadas para el tratamiento antiestrogénico se mencionan en la **Guía 4**.

Guía 4

Tratamiento antiestrogénico para el SEE de bajo grado, el adenosarcoma de bajo riesgo o los sarcomas uterinos con receptores hormonales

- Inhibidores de la aromatasa (**preferidos para el SEE de bajo grado y el adenosarcoma de bajo riesgo**)
- Fulvestrant
- Acetato de megestrol
- Acetato de medroxiprogesterona
- Análogos de la GnRH (para las pacientes que tienen al menos un ovario funcional)

Si se utiliza radioterapia para el cáncer en estadio IVB, se considera paliativa. Esto significa que el objetivo no es tratar el cáncer, sino controlar o prevenir los síntomas causados por el tumor.

Adenosarcoma de alto riesgo

Si aún conserva los ovarios y las trompas de Falopio, la intervención quirúrgica para extirparlos (SOB) se recomienda para los adenosarcomas de alto riesgo **en estadio I**.

Si ya se ha sometido a una SOB, o si está menopáusica, se recomienda la observación (sin tratamiento).

También se recomienda una SOB para los adenosarcomas de alto riesgo **en estadios II, III, IVA y IVB**. Su médico considerará aplicar un tratamiento sistémico después de la intervención quirúrgica. A menudo se administra un medicamento de quimioterapia o de tratamiento dirigido. O, si el cáncer tiene receptores hormonales, su médico puede recomendarle un tratamiento antiestrogénico.

Si se planifica un tratamiento sistémico, también puede añadirse radioterapia externa paliativa.

Otros tipos de tumores

La siguiente información se aplica a estos tipos de tumores:

- SEE de alto grado
- LMSU
- SUI
- Otros sarcomas, como el PEComa
- Tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI)

El tratamiento recomendado tras la intervención quirúrgica para estos tipos de tumores se presenta en función del estadio.

Si el cáncer está **en estadio I**, no es necesario ningún otro tratamiento después de la intervención quirúrgica. Se observará el cáncer. Puede iniciar la vigilancia y los cuidados de seguimiento.

Para los cánceres **en estadio II y III**, algunas personas reciben más tratamiento después de la intervención quirúrgica. Su médico considerará el tratamiento sistémico o la radioterapia externa. Si los resultados de la intervención quirúrgica son muy buenos, la observación (ningún tratamiento) puede ser una opción.

Si el cáncer está en **estadio IV**, se necesita más tratamiento después de la intervención quirúrgica. Para la enfermedad en estadio IVA se recomienda el tratamiento sistémico, la radioterapia externa o ambas. Para el estadio IVB, el tratamiento principal es el tratamiento sistémico. La radioterapia paliativa puede utilizarse para prevenir o controlar los síntomas causados por el cáncer.

Si se necesita tratamiento sistémico, se suele administrar un medicamento de quimioterapia o de tratamiento dirigido. O, si el cáncer tiene receptores hormonales, su médico puede recomendarle un tratamiento antiestrogénico.

Acerca del tratamiento sistémico después de la intervención quirúrgica

El tratamiento sistémico que se administra con más frecuencia después de la intervención quirúrgica es la quimioterapia. Si se planea el tratamiento con quimioterapia, hay varias pautas terapéuticas preferidas. La mayoría incluyen doxorrubicina (Adriamycin). Su médico tendrá en cuenta varios factores a la hora de recomendarle una pauta de quimioterapia. **Consulte la Guía 5.**

Si el cáncer presenta determinados biomarcadores (características), el tratamiento dirigido con un inhibidor de la tirosina cinasa (TKI) puede ser una opción mejor que la quimioterapia. Una pequeña cantidad de sarcomas uterinos presentan un biomarcador (característica) denominado fusión del gen *NTRK*. El tratamiento con TKI se considera después de la intervención quirúrgica para estos cánceres. También se considera para los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI) con translocación de *ALK*.

Guía 5

Tratamiento farmacológico de primera línea para sarcomas uterinos avanzados, recidivantes/metastásicos o no operables

Pautas terapéuticas preferidas

- Doxorrubicina
- Docetaxel + gemcitabina
- Doxorrubicina + ifosfamida
- Doxorrubicina + dacarbazina
- Doxorrubicina + trabectedina (para LMSU)

Pautas terapéuticas que pueden utilizarse en determinados casos

Para tumores con fusión del gen *NTRK*:

- Larotrectinib (Vitrakvi) o entrectinib (Rozlytrek)

Para los tumores miofibroblásticos inflamatorios (TMI) con translocación de *ALK*:

- Crizotinib (Xalkori)
- Ceritinib (Zykadia)
- Brigatinib (Alunbrig)
- Lorlatinib (Lorbrena)
- Alectinib (Alecensa)

Para PEComas:

- Sirolimus unido a albúmina

Vigilancia

La vigilancia comienza cuando ya no hay signos de cáncer después de haber sido tratado. Se utiliza para detectar signos tempranos de que el cáncer ha reaparecido. Los exámenes físicos y las pruebas de imagen se utilizan para vigilar la reaparición de sarcomas uterinos. **Consulte la Guía 6.**

Es posible que se le realicen pruebas de imagen adicionales no mencionadas en la Guía 6 si:

- Desarrolla síntomas.
- Su médico sospecha que el cáncer puede haber hecho metástasis.
- Hay hallazgos anormales en el examen físico.

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

Guía 6

Controles para detectar la reaparición del sarcoma uterino

Exámenes físicos

- **Primeros 2 a 3 años:** examen cada 3 a 4 meses
- **Después:** examen una o dos veces al año

Recomendación:

TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica con contraste

Opcional:

RM de abdomen y cavidad pélvica y TC de tórax sin contraste

- **Primeros 3 años:** imágenes cada 3 a 6 meses
- **Cuarto y quinto año:** imágenes cada 6 a 12 meses

Puede someterse a pruebas de imagen cada 1 o 2 años durante 5 años más. Su médico decidirá si debe continuar el diagnóstico por imágenes en función de las características de su cáncer (tipo de tumor, estadio, grado).

Recidiva

La reaparición del cáncer después de un período sin cáncer se conoce como recidiva. Si se sospecha de una recidiva, es probable que se le realicen pruebas de imagen. Si existe la sospecha de que el cáncer se haya extendido a zonas alejadas de la cavidad pélvica (metástasis), el diagnóstico por imagen puede incluir una TEP/TC de cuello, tórax, abdomen, cavidad pélvica e ingle.

El tratamiento de una recidiva depende en parte de la localización del nuevo tumor. Tras la intervención quirúrgica para extirpar el útero, los ovarios y las trompas de Falopio, el cáncer puede volver a la vagina, a zonas cercanas a la vagina o a zonas alejadas de la cavidad pélvica.

El tratamiento del sarcoma uterino recidivante también depende de si ha recibido radioterapia de haz externo (RHE). Por lo general, la RHE no se utiliza para tratar la misma zona más de una vez, por lo que esto es importante a la hora de decidir cómo tratar el cáncer recidivante.

Reaparición del cáncer en la vagina o la cavidad pélvica

Radioterapia externa previa

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

- Intervención quirúrgica, con o sin tratamiento sistémico
- Tratamiento sistémico
- Nuevo tratamiento cuidadoso con RHE de zonas seleccionadas
- Braquiterapia, con o sin RHE de zonas seleccionadas

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

Sin radioterapia externa previa

Si no se ha sometido a RHE, las opciones para tratar el sarcoma uterino que regresa a la cavidad pélvica incluyen la intervención quirúrgica y la RHE.

Si se prevé una intervención quirúrgica, es posible que primero se la someta a RHE con o sin tratamiento sistémico para intentar reducir el tamaño del tumor. Si no se extirpa todo el cáncer durante la intervención quirúrgica, puede utilizarse la RHE después de la intervención quirúrgica para tratar las zonas residuales de cáncer. Sin embargo, no se volverá a utilizar si se utilizó antes de la intervención quirúrgica. Si se utiliza después de la intervención quirúrgica, se puede administrar braquiterapia o tratamiento sistémico además de la RHE.

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

Recidiva a distancia

Si el sarcoma uterino reaparece y se extiende a otras zonas del cuerpo, como el hígado o los pulmones, se conoce como recidiva a distancia. El cáncer es metastásico. Los nuevos tumores, o neoplasias, se denominan metástasis.

Pruebas de biomarcadores

Si aún no se ha realizado la prueba de biomarcadores, se recomienda realizarla

en este momento. Los biomarcadores son características de un cáncer que pueden abordarse. Suelen ser mutaciones (cambios) en determinados genes. La detección de estas mutaciones ayuda a guiar el tratamiento del sarcoma uterino metastásico recidivante. Los resultados también pueden utilizarse para determinar si cumple los criterios para participar en determinados ensayos clínicos.

La prueba de biomarcadores implica el análisis de un fragmento de tejido tumoral en un laboratorio o de una muestra de sangre. Se recomienda realizar pruebas para detectar los siguientes biomarcadores:

- Inestabilidad microsatelital (MSI)
- Carga mutacional tumoral alta (TMB-H)
- Fusión del gen *NTRK*
- TMI con reordenamiento de *ALK*

El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es un tipo poco frecuente de sarcoma uterino. La mayoría de los TMI presentan un biomarcador denominado translocación o reordenamiento de *ALK*. Los cánceres con este biomarcador se denominan *ALK*-positivo o *ALK*.

Las pruebas de biomarcadores pueden realizarse individualmente o como parte de un perfil más amplio (grupo). El análisis de muchos biomarcadores a la vez se denomina secuenciación de nueva generación (NGS). La NGS puede encontrar otras mutaciones genéticas para las que pueden existir tratamientos dirigidos.

Metástasis mínimas

Si solo hay unas pocas metástasis, extirparlas o destruirlas con intervención quirúrgica o terapias ablativas puede ser una opción. Las terapias ablativas incluyen la ablación guiada por imagen y la radioterapia corporal estereotáctica (RTCE). La ablación

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

Si la intervención quirúrgica es posible, se puede utilizar tratamiento sistémico o RHE después de la intervención quirúrgica para eliminar cualquier célula cancerosa restante. Si las metástasis no pueden extirparse quirúrgicamente, se recomienda el tratamiento sistémico o los tratamientos locales. Los tratamientos locales incluyen la RHE y la ablación. Si el tratamiento sistémico funciona bien, la intervención quirúrgica puede convertirse en una opción.

Metástasis generalizadas

Si hay muchas zonas nuevas con tumores fuera de la cavidad pélvica, se recomienda el tratamiento sistémico. La quimioterapia suele administrarse en primer lugar para la enfermedad metastásica recidivante. Existen varias pautas de primera línea preferidas. La mayoría incluyen doxorubicina (Adriamycin).

Consulte la Guía 5.

Si el cáncer presenta determinados biomarcadores, el tratamiento dirigido con un inhibidor de la tirosina cinasa (TKI) puede ser una opción mejor que la quimioterapia. Una pequeña cantidad de sarcomas uterinos presentan un biomarcador denominado fusión del gen *NTRK*. Se considerará el tratamiento con TKI para estos cánceres. También se considerará para los TMI con translocación de *ALK*.

La RHE paliativa puede utilizarse además del tratamiento sistémico. El objetivo es reducir el tamaño del tumor o de los tumores para aliviar o prevenir los síntomas. Una alternativa a cualquier tratamiento en este estadio es iniciar tratamientos complementarios (también llamados paliativos).

Dado que el cáncer no se puede curar, el objetivo de los tratamientos complementarios es hacer que se sienta más cómoda y ayudar a mantener el cáncer bajo control. Este tipo de tratamiento también puede extender su vida, mejorar su alimentación y ayudarla a sentirse mejor en general. Cuando se utiliza en los cánceres avanzados, el tratamiento complementario a menudo se denomina cuidados paliativos.

Inscribirse en un ensayo clínico también puede ser una opción. Pregunte a su equipo de atención si hay algún ensayo clínico abierto

al que pueda incorporarse. Los ensayos clínicos se tratan con más detalle al final de la **Parte 3: Tratamientos del cáncer de útero**.

Tratamiento sistémico de segunda línea y posterior

Si el cáncer no responde o deja de responder al tratamiento sistémico de primera línea, existen otras opciones. Pueden probarse otras pautas de primera línea de la **Guía 5**. De lo contrario, las pautas que pueden probarse a continuación (pautas de segunda línea) se

Guía 7

Tratamiento de segunda línea o después del tratamiento sistémico para enfermedad avanzada, recidivante/metastásica o no operable

Pautas terapéuticas recomendadas

- Trabectedina (solo para LMSU)
- Gemcitabina + dacarbazina
- Gemcitabina + vinorelbina
- Dacarbazina
- Gemcitabina
- Epirubicina
- Ifosfamida
- Doxorrubicina liposomal
- Pazopanib
- Temozolomida
- Eribulina

Pautas terapéuticas que pueden utilizarse en determinados casos

Para PEComas:

- Sirolimus
- Everolimus
- Temsirolimus

Para tumores con TMB-H:

- Pembrolizumab

Para LMSU con alteración de BRCA2:

- Olaparib
- Rucaparib
- Niraparib

mencionan en la **Guía 7**. Si el tumor presenta determinados biomarcadores, la inmunoterapia o el tratamiento dirigido pueden ser una opción.

Puntos clave

- Los sarcomas uterinos son poco frecuentes. Se inician en la pared o los músculos del útero.
- Los sarcomas uterinos se pueden extender rápidamente y ser difíciles de tratar. Suelen aparecer tras una histerectomía realizada por otros motivos o durante una intervención quirúrgica para extirpar los fibromas.

Pruebas

- Es necesario realizar pruebas de imagen antes de iniciar el tratamiento. Se recomienda realizar una TC de tórax, abdomen y cavidad pélvica con contraste. También es posible que le hagan una RM de la cavidad pélvica, del abdomen, o de ambos.
- Si estas pruebas no son claras, puede solicitarse una TEP/TC. Las demás pruebas de imágenes son individualizadas.
- Se considerará la posibilidad de realizar análisis de receptores hormonales en los casos de SEE, LMSU y adenosarcomas. Esto ayuda a decidir si deben extirparse los ovarios a las mujeres en edad fértil.

Sarcoma detectado por biopsia o extirpación de fibroma

- Se recomienda la histerectomía total cuando sea posible. La decisión de realizar una SOB es individualizada para las personas en edad reproductiva. La SOB suele recomendarse si el cáncer tiene receptores hormonales.

- Si no quiere o no puede someterse a una intervención quirúrgica, se recomienda el tratamiento con tratamiento sistémico, radioterapia externa o ambos.

Sarcoma detectado durante una histerectomía previa

- Si el tumor no se extirpó en una sola pieza o si no se extirpó el cuello uterino, es posible que se le practique otra intervención quirúrgica para extirpar el cáncer y el cuello uterino restante.
- Si no le extirparon los ovarios ni las trompas de Falopio durante la histerectomía, se los pueden extirpar ahora. Puede ser la mejor opción para el SEE de bajo grado, el adenosarcoma o los tumores con receptores de estrógeno.

Vigilancia

- Se recomiendan exámenes físicos cada 3 o 4 meses durante los primeros 2 o 3 años tras el tratamiento. Después, los exámenes se realizan una o dos veces al año.
- Se recomienda tomar imágenes cada 3 a 6 meses durante los primeros 3 años tras el tratamiento. Durante el cuarto y el quinto año, se recomienda realizar pruebas de imágenes cada 6 a 12 meses.
- Puede someterse a pruebas de imagen cada 1 o 2 años durante 5 años más. Esto es individualizado.

Recidiva

- Tras una histerectomía y una SOB, el cáncer puede volver a la vagina, a zonas cercanas a la vagina o a zonas alejadas de la cavidad pélvica.
- El tratamiento de la recidiva depende de la localización del nuevo tumor y de si se ha sometido a radioterapia externa.

6

Supervivencia

- 57 Permanecer alerta ante la recidiva o diseminación
- 58 Efectos precoces, tardíos y a largo plazo
- 60 Hábitos saludables
- 61 Más información

La supervivencia se enfoca en las cuestiones físicas, emocionales y financieras particulares de las personas que han padecido cáncer. Controlar los efectos secundarios del cáncer y de su tratamiento a largo plazo, mantenerse en contacto con su médico de atención primaria y llevar un estilo de vida saludable son aspectos importantes de la supervivencia.

Una vez finalizado el tratamiento del cáncer, su médico de atención primaria, también conocido como médico generalista o médico de cabecera, desempeñará un papel fundamental en su atención. Su oncólogo (médico especialista en cáncer) y su médico de atención primaria deben trabajar juntos para garantizar que usted reciba el tratamiento de seguimiento que necesita. Para ello, pida a su oncólogo un plan escrito de cuidados de supervivencia que incluya:

- Un resumen de su historial de tratamiento del cáncer, incluso cirugías, radioterapia o quimioterapia.
- Una descripción de los posibles efectos secundarios a corto, mediano y largo plazo.
- Recomendaciones para los controles a fin de detectar la reaparición del cáncer.
- Información sobre cuándo se transferirá su atención a su médico de atención primaria.
- Funciones y responsabilidades claras para el equipo oncológico y el médico de atención primaria.
- Recomendaciones para su salud y bienestar generales.

Permanecer alerta ante la recidiva o diseminación

Su equipo de tratamiento del cáncer y su médico de atención primaria colaborarán para asegurarse de que se le realicen las pruebas de seguimiento recomendadas. Pero usted también tendrá un trabajo: prestar mucha atención a su cuerpo.

Algunos tipos de cáncer pueden reaparecer sin dar ninguna pista en el organismo. Si el cáncer de útero reaparece, suele afectar a su cuerpo de formas que puede sentir o notar (síntomas). Su médico le enseñará los síntomas que pueden indicar que el cáncer de útero ha reaparecido o se ha extendido. Estos incluyen los siguientes:

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

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

Efectos precoces, tardíos y a largo plazo

Algunos efectos secundarios del tratamiento del cáncer de útero pueden empezar pronto y prolongarse más de lo esperado. Otros pueden no aparecer hasta mucho después de haber finalizado el tratamiento. Muchas personas que han padecido cáncer de útero experimentan cambios en la función intestinal, urinaria y sexual.

Menopausia prematura

Si no ha entrado en la menopausia, la intervención quirúrgica que extirpa ambos ovarios (o la radioterapia pélvica completa) la provocará. Es lo que se conoce como menopausia quirúrgica. Se genera por la caída repentina de estrógenos en el organismo. Esta caída puede causar síntomas de la menopausia, entre otros:

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

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

Tratamiento de reemplazo hormonal

Si tiene síntomas de menopausia quirúrgica, su médico puede sugerirle un tratamiento de reemplazo hormonal (TRH). Una opción es el TRH sistémico. Los estrógenos se administran

en forma de píldora oral o de parche cutáneo. Otra opción para el TRH es el estrógeno vaginal en crema o comprimidos. Este tipo puede ser la mejor opción para los síntomas que afectan principalmente la vagina, como la sequedad. Se recomienda hablar con un equipo especializado en síntomas de la menopausia para determinar si este tratamiento es adecuado para usted.

Cambios en el intestino y la vejiga

Tras una intervención quirúrgica o radioterapia por cáncer de útero, puede resultar más difícil retener la orina en la vejiga. Esto se denomina incontinencia urinaria. También puede experimentar una necesidad imperiosa y repentina de orinar. También es posible que se produzcan deposiciones acuosas o frecuentes (diarrea).

Fisioterapia del suelo pélvico

El suelo pélvico femenino es un grupo de músculos que sostiene los órganos de la cavidad pélvica. Estos músculos desempeñan un papel clave en el control de los intestinos y la vejiga, así como en la función y la excitación sexual. Hay formas de fortalecer estos músculos antes y después del tratamiento. Esto se conoce como fisioterapia del suelo pélvico y hay profesionales de la salud especializados en ella. La fisioterapia del suelo pélvico puede incluir ejercicios caseros para tensar y soltar los músculos vaginales y anales (ejercicios de Kegel), así como técnicas manuales a cargo de un fisioterapeuta. Pida ayuda a su equipo de tratamiento para encontrar un especialista en suelo pélvico en su zona.

Bienestar sexual y vaginal

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

- Disminución del deseo sexual (libido)
- Sequedad vaginal

- Dolor durante las relaciones sexuales
- Estrechamiento y acortamiento de la vagina (estenosis vaginal)

Hidratantes vaginales

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

Tratamiento con dilatadores vaginales

La radioterapia en la zona pélvica puede acortar y estrechar la vagina. Esto se denomina estenosis vaginal. La estenosis vaginal puede hacer que resulte incómodo o incluso doloroso mantener relaciones sexuales o someterse a las exploraciones vaginales que realizan los médicos. El tratamiento con dilatadores vaginales puede ayudar. Un dilatador vaginal es 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 puede seguir utilizándolo todo el tiempo que desee. Los dilatadores vaginales no son de talla única. Existen diferentes tamaños, así como kits de dilatadores que contienen dispositivos de diferentes tamaños. El tamaño del dilatador puede aumentarse con el tiempo a medida que la vagina se alarga y ensancha.

Terapeutas de salud sexual

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

sexual. Estos profesionales de la salud se especializan en ayudar a las personas que han padecido cáncer y a otras personas a superar y controlar los efectos secundarios que tiene el tratamiento oncológico en la sexualidad. Muchos centros oncológicos cuentan con programas centrados exclusivamente en la salud sexual tras el tratamiento oncológico. Pregunte a su médico sobre los recursos disponibles a través de su centro oncológico que pueden ayudarle a minimizar el impacto del tratamiento del cáncer en su salud sexual.

Otros efectos secundarios físicos

Además de los efectos sobre la función intestinal, vesical y sexual, son frecuentes efectos más generales como fatiga, problemas para respirar y dificultad para dormir.

La radioterapia en la pelvis puede debilitar los huesos de esta zona. Esto aumenta el riesgo de fracturas. Su médico puede empezar a controlar la densidad de los huesos.

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

El tratamiento del cáncer de útero suele implicar la extirpación de los ganglios linfáticos durante la intervención quirúrgica. Es posible que la linfa no drene correctamente tras la extirpación de los ganglios linfáticos. Esto puede provocar linfedema. El linfedema es una inflamación causada por la acumulación de líquido linfático en los tejidos. En las personas que han padecido cáncer de útero, suele aparecer en la parte inferior del cuerpo.

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

Salud mental

Los efectos del cáncer de útero y su tratamiento pueden ser difíciles de sobrellevar. Muchas personas que han padecido cáncer afirman tener una menor calidad de vida en general tras el tratamiento del cáncer. Es posible tener depresión, ansiedad, miedo a la recidiva y problemas para adaptarse a los cambios en el cuerpo. Muchas personas tienen también factores de estrés económico, como preocupaciones o dudas sobre la reincorporación al trabajo y problemas de cobertura del seguro. Las relaciones personales, la sexualidad y la intimidad también pueden verse afectadas por el diagnóstico o el tratamiento del cáncer.

Si se siente ansiosa, angustiada, deprimida o simplemente tiene problemas para afrontar la vida después del cáncer, no está sola. Informe a su equipo de tratamiento sobre estos síntomas. Su equipo de tratamiento seguramente le preguntará por su salud mental. Si no lo hacen, dígales. Hay muchos recursos disponibles que pueden mejorar la salud mental y el bienestar de las personas que han padecido cáncer. Los trabajadores sociales de su centro de tratamiento suelen ser excelentes recursos para ayudarla a ponerse en contacto con recursos financieros y de salud mental.

Consulte más información en *NCCN Guidelines for Patients: Distress During Cancer Care* (Malestar emocional durante el tratamiento del cáncer) en [NCCN.org/patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación [NCCN Patient Guides for Cancer](https://www.NCCN.org/PatientGuidesforCancer).



Hábitos saludables

Después de terminar el tratamiento, es importante realizarse controles para detectar la reaparición del cáncer de útero. Pero también es importante no descuidar otros aspectos de su salud. A continuación, se describen las medidas que puede tomar para prevenir otros problemas de salud y para mejorar su calidad de vida.

Detección del cáncer

Hágase pruebas de detección para otros tipos de cáncer, como colorrectal, de mama y de piel. Su médico de atención primaria le indicará las pruebas de detección del cáncer recomendadas de acuerdo con su edad y su nivel de riesgo. Si no le extirparon el cuello uterino o los ovarios como parte del tratamiento, pregunte a su médico sobre la detección de estos tipos de cáncer.

Otros cuidados médicos

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

Alimentación y ejercicio

Llevar un estilo de vida sano incluye mantener un peso corporal saludable. Trate de hacer ejercicio de intensidad moderada durante al menos 150 minutos por semana. Todas las pacientes deben consultar a su médico antes de iniciar un nuevo régimen de ejercicios.

Siga una alimentación sana con muchos alimentos de origen vegetal. El alcohol puede aumentar el riesgo de padecer ciertos tipos de cáncer. Beba poco o nada de alcohol.

Dejar de fumar

Si fuma, ¡deje de hacerlo! Su médico podrá proporcionarle asistencia psicológica para dejar de fumar (o podrá derivarlo a esta).

Más información

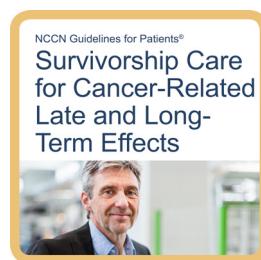
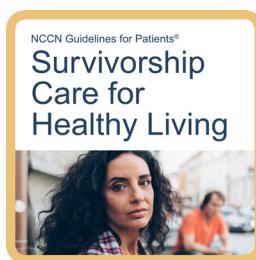
Para más información sobre la supervivencia al cáncer, consulte en [NCCN.org/
patientguidelines](https://www.NCCN.org/patientguidelines) y en la aplicación NCCN
Patient Guides for Cancer:

- *Survivorship Care for Healthy Living (Atención a los sobrevivientes para una vida saludable)*
- *Survivorship Care for Cancer-Related Late and Long-Term Effects (Atención a los sobrevivientes para los efectos tardíos y a largo plazo relacionados con el cáncer)*

Estos recursos abordan temas relevantes para las personas que han padecido cáncer de útero, entre los que se incluyen:

- Ansiedad, depresión y angustia
- Fatiga
- Dolor
- Problemas sexuales

- Problemas de sueño
- Estilos de vida saludables
- Vacunas
- Empleo, seguros y discapacidad



¿Necesito una segunda opinión?

El cáncer de útero es un diagnóstico serio. Considere la posibilidad de tener una entrevista presencial con otro médico para ver si está de acuerdo con su diagnóstico y plan de tratamiento. En el capítulo siguiente se ofrece más información sobre la búsqueda de una segunda opinión.

7

Toma de decisiones sobre el tratamiento

63 Es su decisión

63 Preguntas para hacer

69 Recursos

Es importante que se sienta cómoda con el tratamiento del cáncer que elija. Esta elección comienza cuando tiene una conversación franca y honesta con su equipo de atención.

Es su decisión

Al tomar decisiones compartidas, usted y su equipo asistencial comparten información, conversan sobre las opciones y se ponen de acuerdo respecto del plan de tratamiento. Esto comienza con una conversación franca y honesta entre usted y su equipo.

Las decisiones acerca del tratamiento son muy personales. Lo que es importante para usted puede no serlo para otra persona. Algunas cosas que pueden afectar su toma de decisiones:

- Lo que usted desea y en qué difiere de lo que desean los demás.
- Sus creencias religiosas y espirituales.
- Lo que piensa acerca de determinados tratamientos.
- Lo que piensa en cuanto al dolor o los efectos secundarios.
- El costo del tratamiento, el traslado hasta los centros de tratamiento y el tiempo fuera de la escuela o el trabajo.
- La calidad de vida y la longevidad.
- Lo activa que es usted y las actividades que le resultan importantes.

Piense en lo que desea obtener del tratamiento. Hable francamente de los riesgos y los beneficios que conllevan los tratamientos y procedimientos específicos. Pondere las opciones y hable de sus inquietudes con su

médico. Si se toma el tiempo de entablar una relación con su equipo, la ayudará a sentir apoyo cuando considere las alternativas y tome decisiones sobre el tratamiento.

Buscar una segunda opinión

Es normal querer comenzar el tratamiento lo antes posible. Si bien el cáncer no puede pasarse por alto, hay tiempo para que otro médico analice los resultados de sus estudios y sugiera un plan de tratamiento. Esto se llama buscar una segunda opinión y es una parte habitual del tratamiento del cáncer. ¡Los médicos también buscan segundas opiniones!

Puede prepararse de la siguiente manera:

- Verifique las normas sobre segundas opiniones de su compañía de seguro. Puede haber gastos extra por consultar médicos que no formen parte de su plan de seguro.
- Planifique que le envíen copias de todos sus registros al médico que le dará una segunda opinión.

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. Si no hay grupos de apoyo para personas con cáncer en su hospital o en su comunidad, revise los sitios web que aparecen en este libro.

Preguntas para hacer

En las páginas que siguen, hay posibles preguntas para hacerle al equipo asistencial. No dude en usarlas o pensar sus propias preguntas. Exprese con claridad sus objetivos en cuanto al tratamiento y averigüe qué cabe esperar de él.

Preguntas sobre las pruebas para el cáncer

1. ¿Qué pruebas tendrá que hacerme?
 2. ¿Las pruebas tienen algún riesgo?
 3. ¿Mi seguro cubre estas pruebas para el cáncer?
 4. ¿Tengo que hacer algo para prepararme para las pruebas?
 5. ¿Debe acompañarme alguien?
 6. ¿Adónde tengo que ir para hacerme las pruebas y cuánto tardarán?
 7. Si alguna de las pruebas es dolorosa, ¿qué medidas tomará para que me sienta cómoda?
 8. ¿Cuándo sabré los resultados y quién me los explicará?
 9. ¿Cómo puedo obtener una copia del informe anatomo patológico y de los resultados de los otros estudios?
 10. ¿Puedo ver los resultados de mis pruebas en un portal en línea?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Preguntas sobre las opciones de tratamiento

1. ¿Cuáles son mis opciones de tratamiento?
 2. ¿Existen opciones de ensayos clínicos para mí?
 3. ¿Qué pasa si no hago nada?
 4. ¿Sugiere opciones diferentes a las que recomienda la NCCN? Si es así, ¿por qué?
 5. ¿De qué manera repercuten en mis opciones mi edad, mi sexo, mi estado de salud general y otros factores?
 6. ¿Qué sucede si estoy embarazada o planeo quedar embarazada?
 7. ¿Alguna alternativa ofrece una cura o control duradero del cáncer?
 8. ¿Cuáles son los efectos secundarios de los tratamientos?
 9. ¿Cómo puedo obtener una segunda opinión?
 10. ¿De cuánto tiempo dispongo para decidir sobre el tratamiento? ¿Hay algún trabajador social o alguien que pueda ayudarme a decidir?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Preguntas sobre lo que puede esperar

1. ¿Ofrece este hospital o centro oncológico el mejor tratamiento para mí?
 2. ¿Puedo elegir cuándo comenzar el tratamiento?
 3. ¿Cuánto tiempo dura el tratamiento?
 4. ¿Cubre mi seguro el tratamiento que me recomiendan?
 5. ¿Hay algún programa que pueda ayudarme a pagar el tratamiento?
 6. ¿Qué tratamientos y servicios complementarios están a mi disposición y a la de mis cuidadores?
 7. ¿A quién debo dirigirme si tengo preguntas o dudas si el consultorio está cerrado?
 8. ¿Cómo sabrá que el tratamiento está funcionando?
 9. ¿Qué probabilidades hay de que el cáncer empeore o reaparezca?
 10. ¿Qué cuidados de seguimiento se necesitan después del tratamiento?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Preguntas sobre los efectos secundarios

1. ¿Cuáles son las posibles complicaciones y los efectos secundarios del tratamiento?
 2. ¿El cáncer provoca efectos secundarios?
 3. ¿Qué efectos secundarios son los más frecuentes y cuánto suelen durar?
 4. ¿Qué efectos secundarios son graves o potencialmente mortales?
 5. ¿Existen efectos secundarios permanentes o de largo plazo?
 6. ¿Qué síntomas debo comunicar inmediatamente y a quién debo dirigirme?
 7. ¿Qué se puede hacer para evitar o aliviar los efectos secundarios del tratamiento?
 8. ¿Hay algún medicamento que empeore los efectos secundarios?
 9. ¿Algún efecto secundario disminuye o empeora en gravedad con el tiempo?
 10. ¿Interrumpirá el tratamiento o lo cambiará si aparecen efectos secundarios?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Preguntas sobre los ensayos clínicos

1. ¿Me recomienda que considere la posibilidad de participar en un ensayo clínico para el tratamiento?
 2. ¿Cómo encuentro ensayos clínicos en los que puedo participar?
 3. ¿Cuáles son los tratamientos que se usan en el ensayo clínico?
 4. ¿El tratamiento se usó para tratar otros tipos de cáncer?
 5. ¿Cuáles son los riesgos y beneficios de este tratamiento?
 6. ¿Qué efectos secundarios debo esperar y cómo se tratarán?
 7. ¿Cuánto tiempo participaré en el ensayo clínico?
 8. ¿Podré recibir otro tratamiento si este no funciona?
 9. ¿Cómo sabrán si el tratamiento es eficaz?
 10. ¿El ensayo clínico tendrá algún costo para mí?
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Recursos

American Association for Cancer Research (AACR)
aacr.org

American Cancer Society (ACS)
cancer.org/cancer/endometrial-cancer.html
cancer.org/cancer/uterine-sarcoma.html

CancerCare
cancercare.org

Cancer.Net
cancer.net/cancer-types/uterine-cancer

Cancer Support Community
cancersupportcommunity.org

ECANA: Endometrial Cancer Action Network for African-Americans
ecanawomen.org

FORCE: Facing Our Risk of Cancer Empowered
facingourrisk.org

Foundation for Women's Cancer
foundationforwomenscancer.org

Go Girls
gogirlssupport.org

GOG Foundation
gog.org

National Cancer Institute (NCI)
cancer.gov/types/uterine

National Coalition for Cancer Survivorship
canceradvocacy.org

Recursos de NCCN para pacientes y cuidadores
nccn.org/patientresources

NRG Oncology
nrgoncology.org

Ovarian Cancer Research Alliance (OCRA)
ocrahope.org

PAN Foundation
panfoundation.org

SHARE
sharecancersupport.org

Base de datos de ensayos clínicos de U.S. National Library of Medicine
clinicaltrials.gov



Palabras que debe conocer

abdomen

La zona del vientre entre el tórax y la pelvis.

adenocarcinoma

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

ascitis

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

biopsia

Extirpación de pequeñas cantidades de tejido o líquido que se estudian para comprobar si hay enfermedad.

salpingooforectomía bilateral (SOB)

Intervención quirúrgica para extirpar ambos ovarios y ambas trompas de Falopio.

braquiterapia

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

antígeno del cáncer 125 (CA-125)

Un nivel elevado de esta sustancia en la sangre puede significar que el cáncer de endometrio se ha extendido más allá del útero.

grado del cáncer

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

estadio del cáncer

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

carcinosarcoma

Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo. También conocido como tumor de Müller mixto maligno (TMM).

cuello uterino

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

carcinoma de células claras

Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo.

ensayo clínico

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

tomografía computarizada (TC)

Prueba de imagen que usa rayos X desde varios ángulos para tomar imágenes de distintas zonas del interior del cuerpo.

medio de contraste

Una sustancia que se coloca en el cuerpo para que las imágenes que se toman en los estudios de diagnóstico sean más claras.

citorreducción

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

tratamiento hormonal

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

cáncer endometrioides

Es el tipo más común de cáncer de endometrio.

endometrio

La capa de tejido que recubre el útero.

radioterapia de haz externo (RHE)

Tratamiento del cáncer con radiación recibida desde un equipo que se encuentra fuera del cuerpo.

trompa de Falopio

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

asesor genético

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

oncólogo ginecólogo

Un cirujano que es experto en los cánceres que comienzan en los órganos reproductores femeninos. Muchos oncólogos ginecólogos son también oncólogos médicos.

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2)

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

infusión

Una forma de administrar medicamentos lentamente con una aguja que se coloca en la vena.

linfa

Líquido transparente que contiene glóbulos blancos para luchar contra las infecciones y las enfermedades.

ganglios linfáticos

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

síndrome de Lynch

Cambios anormales en los genes que aumentan la probabilidad de sufrir cáncer rectal, endometrial, ovárico, de colon y de otros tipos. También se llama síndrome de cáncer colorrectal hereditario no asociado a poliposis (CCHNP).

médico oncólogo

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

menopausia

Momento de la vida en la que los ovarios dejan de producir hormonas y el período menstrual se detiene.

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.

neuropatía

Un problema en los nervios que causa dolor, hormigueo y entumecimiento en las manos y los pies.

observación

Periodo de conducta expectante del crecimiento o la recidiva del cáncer.

ovario

Uno de los dos órganos femeninos que producen óvulos para la reproducción y genera hormonas.

anatomopatólogo

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

examen ginecológico

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

pelvis

El área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

cavidad peritoneal

El espacio dentro del vientre (abdomen) que contiene los órganos como los intestinos, el estómago y el hígado.

lavado peritoneal

Una prueba en la cual se usa un líquido especial para lavar el interior del vientre (cavidad peritoneal) para buscar células cancerosas.

peritoneo

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

quimioterapia con derivados del platino

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

tomografía por emisión de positrones (TEP)

Una prueba que usa un radiomarcador para el azúcar (una forma de azúcar que se pone en su cuerpo y libera una pequeña cantidad de azúcar que es absorbida por las células activas) para ver la forma y el funcionamiento de los órganos y tejidos de su cuerpo.

radiólogo

Médico experto en interpretación de pruebas de imagen.

recidiva

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

pauta terapéutica

Un plan de tratamiento que especifica el/los medicamento(s), la dosis, los horarios y la duración del tratamiento.

aparato reproductor

El grupo de órganos que se encarga de la reproducción sexual. El aparato reproductor femenino está formado por los ovarios, las trompas de Falopio, el útero, el cuello uterino y la vagina.

carcinoma seroso

Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo.

tratamiento complementario

Tratamiento para mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer. Ayuda a prevenir o aliviar los síntomas causados por el cáncer o su tratamiento. También se le llama “cuidados paliativos”.

menopausia quirúrgica

La interrupción de la menstruación provocada por una intervención quirúrgica para extirpar los ovarios.

estadificación quirúrgica

Proceso de determinación del estadio (extensión) del cáncer durante la intervención quirúrgica para extirparlo.

tratamiento dirigido

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

tumor

Una masa anormal formada por el crecimiento excesivo de las células.

carcinoma indiferenciado/desdiferenciado

Un tipo de cáncer de endometrio de alto riesgo.

salpingooforectomía unilateral (SOU)

Intervención quirúrgica para extirpar un ovario con su trompa de Falopio.

útero

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

vagina

El conducto muscular a través del cual nacen los bebés.

lavado

Muestra de líquido que se evalúa en busca de células cancerosas, luego de que este líquido se usó para “lavar” el interior del vientre (cavidad peritoneal).

Colaboradores de NCCN

Esta guía para pacientes se basa en NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) para neoplasias uterinas, versión 1.2023. Fue adaptada, revisada y publicada con la colaboración de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, MS

*Directora ejecutiva de
Operaciones de información
para pacientes*

Erin Vidic, MA

*Redactora médica senior,
Información para pacientes*

Susan Kidney

Especialista ejecutiva en Diseño gráfico

La elaboración de NCCN Guidelines® para neoplasias uterinas, versión 1.2023, estuvo a cargo de los siguientes miembros del panel de NCCN:

Nadeem R. Abu-Rustum,

MD/presidente

Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Catheryn M. Yashar, MD/

vicepresidente

UC San Diego Moores Cancer Center

*Rebecca Arend, MD

*O'Neal Comprehensive
Cancer Center, UAB*

*Emma Barber, MD

*Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University*

Kristin Bradley, MD

*University of Wisconsin
Carbone Cancer Center*

Rebecca Brooks, MD

UC Davis Comprehensive Cancer Center

*Susana M. Campos, MD, MPH, MS

*Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center*

Junzo Chino, MD

Duke Cancer Institute

Hye Sook Chon, MD

Moffitt Cancer Center

Christina Chu, MD

Fox Chase Cancer Center

Marta Ann Crispens, MD

Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Shari Damast, MD

Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

Christine M. Fisher, MD, MPH

University of Colorado Cancer Center

Peter Frederick, MD

Roswell Park Comprehensive Cancer Institute

David K. Gaffney, MD, PhD

*Huntsman Cancer Institute,
University of Utah*

Robert Giuntoli II, MD

*Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania*

Ernest Han, MD, PhD

City of Hope National Medical Center

Jordan Holmes, MD, MPH

*Indiana University Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center*

Brooke E. Howitt, MD

Stanford Cancer Institute

Jayanthi Lea, MD

*UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center*

*Andrea Mariani, MD

Mayo Clinic Comprehensive Cancer Center

David Mutch, MD

*Siteman Cancer Center, Barnes-
Jewish Hospital y Washington
University School of Medicine*

Christa Nagel, MD

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

Larissa Neklyudov, MD, MPH

*Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center*

Mirna Podoll, MD

Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Ritu Salani, MD, MBA

*UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center*

*John Schorge, MD

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

*Scott Schuetze, MD, PhD

University of Michigan Rogel Cancer Center

Jean Siedel, DO, MS

University of Michigan Rogel Cancer Center

Rachel Sisodia, MD

*Massachusetts General Hospital
Cancer Center*

Pamela Soliman, MD, MPH

*The University of Texas
MD Anderson Cancer Center*

Stefanie Ueda, MD

*UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center*

Renata Urban, MD

*Fred Hutchinson Cancer Research Center/
Seattle Cancer Care Alliance*

Stephanie L. Wethington, MD, MSc

*The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center, Johns Hopkins*

*Emily Wyse

Defensora de pacientes

Kristine Zanotti, MD

*Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center y Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute*

Personal de NCCN

Nicole McMillian, MS

Coordinadora principal de las Guías

Shaili Aggarwal, PhD

Científica en Oncología/Redactora médica

* Revisaron esta guía para pacientes. Para divulgaciones, visite [NCCN.org/disclosures](https://www.NCCN.org/disclosures).

Centros oncológicos de NCCN

Abramson Cancer Center,
University of Pennsylvania
Filadelfia, Pensilvania
800.789.7366 • pennmedicine.org/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center y Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
800.641.2422 • UH Seidman Cancer Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
866.223.8100 • CC Taussig Cancer Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Duarte, California
800.826.4673 • cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and Women's
Cancer Center | Massachusetts
General Hospital Cancer Center
Boston, Massachusetts
617.732.5500 • youhaveus.org
617.726.5130
massgeneral.org/cancer-center

Duke Cancer Institute
Durham, Carolina del Norte
888.275.3853 • dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Filadelfia, Pensilvania
888.369.2427 • foxchase.org

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
402.559.5600 • unmc.edu/cancercenter

Fred Hutchinson Cancer Center
Seattle, Washington
206.667.5000 • fredhutch.org

Huntsman Cancer Institute,
University of Utah
Salt Lake City, Utah
800.824.2073 • huntsmancancer.org

Indiana University
Melvin and Bren Simon
Comprehensive Cancer Center
Indianápolis, Indiana
888.600.4822 • www.cancer.iu.edu

Mayo Clinic
Comprehensive Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
480.301.8000 • *Arizona*
904.953.0853 • *Florida*
507.538.3270 • *Minnesota*
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
Nueva York, Nueva York
800.525.2225 • mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
888.663.3488 • moffitt.org

O'Neal Comprehensive
Cancer Center, UAB
Birmingham, Alabama
800.822.0933 • uab.edu/onealcancercenter

Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center of Northwestern University
Chicago, Illinois
866.587.4322 • cancer.northwestern.edu

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, Nueva York
877.275.7724 • roswellpark.org

Siteman Cancer Center, Barnes-Jewish
Hospital y Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606 • siteman.wustl.edu

St. Jude Children's
Research Hospital/
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
866.278.5833 • stjude.org
901.448.5500 • uthsc.edu

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535 • cancer.stanford.edu

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital and
Solove Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066 • cancer.osu.edu

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center, Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
www.hopkinskimmelcancercenter.org

The University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
844.269.5922 • mdanderson.org

UC Davis
Comprehensive Cancer Center
Sacramento, California
916.734.5959 • 800.770.9261
health.ucdavis.edu/cancer

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.822.6100 • cancer.ucsd.edu

UCLA Jonsson
Comprehensive Cancer Center
Los Ángeles, California
310.825.5268 • cancer.ucla.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273 • cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300 • coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125 • rogelcancercenter.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700 • uwhealth.org/cancer

UT Southwestern Simmons
Comprehensive Cancer Center
Dallas, Texas
214.648.3111 • utsouthwestern.edu/simmons

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
877.936.8422 • vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW • yalecancercenter.org

Índice

- adenosarcoma** 8, 23, 46, 48-49, 52, 55
reordenamiento de *ALK* 50, 53
biomarcador 14, 26, 41-43, 47, 50, 52-53, 55
CA-125 37, 40
carcinosarcoma 7-9, 37-39, 42, 44
carcinoma de células claras 7-9, 37-38, 44
ensayo clínico 27-29, 41, 43, 52-53
biopsia de endometrio 11, 15, 33
sarcoma del estroma endometrial (SEE) 8, 23, 46, 48-49, 52, 55
antecedentes familiares 14-15, 32
tratamiento de conservación de la fertilidad 17, 32-33, 37, 44
análisis genéticos 14-15, 41
HER2 14, 37, 39, 42
análisis de receptores hormonales 14-15, 41, 46, 54
tratamiento de reemplazo hormonal (TRH) 26, 58
inmunoterapia 26, 28, 42-43, 54
tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) 8, 46, 49-50, 53
síndrome de Lynch 7, 14-15, 32, 35, 41
reparación de los errores de emparejamiento (MMR) 14-15, 41, 43
fusión del gen *NTRK* 41, 43, 50, 53
histerectomía radical 17, 35
biopsia de ganglio linfático centinela 18
carcinoma seroso 7-9, 37-39, 42, 44
salud sexual 25, 59
radioterapia estereotáctica corporal (RTCE) 25, 35, 42
radiocirugía estereotáctica (RCE) 25
tratamiento complementario 43, 53
supervivencia 57-61
carga mutacional tumoral (CMT) 41, 43, 53-54
sarcoma uterino indiferenciado (SUI) 8, 46, 49
leiomirosarcoma uterino (LMSU) 8, 23, 46, 49, 50, 54-55





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Cáncer de útero

Cáncer de endometrio

Sarcoma uterino

Para colaborar con NCCN Guidelines for Patients, visite

NCCNFoundation.org/Donate

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



National Comprehensive
Cancer Network®

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

[NCCN.org/patients - Para pacientes](https://NCCN.org/patients) | [NCCN.org - Para médicos](https://NCCN.org)