

Cáncer de endometrio

¿Qué es
el cáncer
de endometrio?

Le explicamos
aquí.

www.fundacioncontraelcancer.org | www.esmo.org

CÁNCER DE ENDOMETRIO: UNA GUÍA PARA PACIENTES

INFORMACIÓN PARA PACIENTES BASADA EN LA GUÍA CLÍNICA DE LA ESMO

La Fundación Contra el Cáncer ha preparado esta guía para la paciente como un servicio a las pacientes, con el objetivo de servirles de ayuda, tanto a ellas como a sus familiares para comprender mejor la naturaleza del cáncer de endometrio y reconocer las mejores opciones de tratamiento disponibles según el subtipo de cáncer de endometrio. Recomendamos a las pacientes que pregunten a sus médicos qué pruebas o tipos de tratamientos son necesarios para su tipo y estadio de la enfermedad. La información médica descrita en este documento está basada en la Guía de Práctica Clínica para profesionales de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) para el tratamiento del cáncer de endometrio. La guía para la paciente se ha elaborado en colaboración con la ESMO y se divulga con su permiso. La ha escrito un médico y la han revisado dos oncólogos de la ESMO, uno de los cuales es el autor principal de la Guía de Práctica Clínica para Profesionales. También fue revisada por representantes de pacientes del Cancer Patient Working Group (Grupo de trabajo de pacientes con cáncer) de la ESMO.

Más información sobre la Fundación Contra el Cáncer: www.fundacioncontraelcancer.org

Más información sobre la Sociedad Europea de Oncología Médica: www.esmo.org

Al final del documento se proporciona una definición de las palabras marcadas con un asterisco.

Tabla de contenido

Definición del cáncer de endometrio	3
¿Es frecuente el cáncer de endometrio?	4
¿Cuáles son las causas del cáncer de endometrio?	5
¿Cómo se diagnostica el cáncer de endometrio?	7
¿Qué es importante saber para obtener el tratamiento óptimo?	9
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	13
¿Cuáles son los efectos secundarios posibles de los tratamientos?	17
¿Qué pasa después del tratamiento?	21
Definiciones de palabras difíciles	23

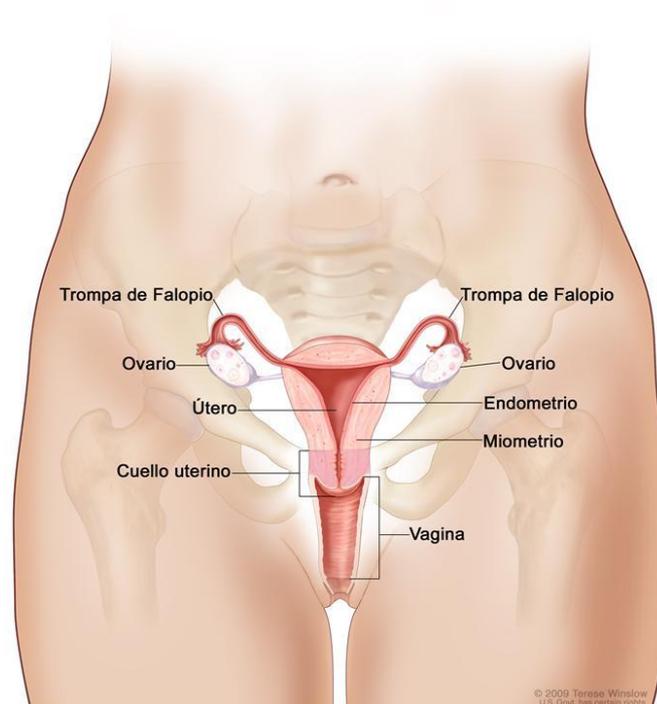
La primera versión de esta guía se publicó en 2011 y fue escrita por el Dr. Gauthier Bouche (Fundación Contra el Cáncer) y revisada por la Dra. Svetlana Jezdic, el Dr. George Plataniotis (ESMO) y el Prof. Lorenz Jost (Grupo de Trabajo para Pacientes de Cáncer de ESMO).

La presente actualización (2012) refleja los cambios en la última versión de las Guías de Práctica Clínica de la ESMO. La presente actualización ha sido realizada por el Dr. Gauthier Bouche (Fundación Contra el Cáncer) y revisada por la Dra. Svetlana Jezdic (ESMO).

DEFINICIÓN DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

Esta definición procede de y se utiliza con el permiso del Instituto Nacional del Cáncer (NCI) de los Estados Unidos de América.

Cáncer que se forma en el tejido que reviste el útero (órgano pequeño, hueco y con forma de pera situado en la pelvis de una mujer donde se desarrolla el feto). La mayoría de los cánceres de endometrio son adenocarcinomas* (cánceres que comienzan en las células que elaboran y liberan mucosidad y otros fluidos).



Anatomía del sistema reproductor femenino. Los órganos del sistema reproductor femenino incluyen útero, ovarios, trompas de Falopio, cuello del útero y vagina. El útero tiene una capa muscular exterior llamada miometrio y una capa de revestimiento interno llamada el endometrio

Nota importante sobre otros tipos de cáncer de útero

Cáncer de cuello de útero

El cáncer de cuello de útero es un cáncer que se forma en el cuello del útero, a diferencia del cáncer de endometrio que se forma en el cuerpo del útero. El diagnóstico y tratamiento de este tipo de cáncer es diferente al del cáncer de endometrio. Para más información sobre el cáncer de cuello de útero haga clic [aquí](#).

Sarcoma uterino

El sarcoma uterino es otro tipo de cáncer que se forma en el cuerpo del útero. Se forma en el músculo del útero (miometrio) o en otros tejidos del útero.

Aunque el tratamiento del sarcoma uterino y el del cáncer de endometrio comparten algunas similitudes, la información presentada aquí es válida para el cáncer de endometrio, pero no para el sarcoma uterino. Para más información sobre el sarcoma uterino haga clic [aquí](#).

Carcinosarcoma* uterino

El carcinosarcoma* uterino es otro tipo de cáncer que se forma en el cuerpo del útero. Ahora se sabe que el carcinosarcoma* puede ser un tipo de cáncer de endometrio agresivo. La información proporcionada sobre el cáncer de endometrio también es válida para el carcinosarcoma* uterino.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 3

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

¿ES FRECUENTE EL CÁNCER DE ENDOMETRIO?

El cáncer de endometrio es el cáncer más común de los órganos del sistema reproductivo femenino. En Europa, de una o dos mujeres de cada 100 desarrollará cáncer de endometrio en algún momento de su vida. En la Unión Europea, cada año se diagnostica cáncer de endometrio a más de 80.000 mujeres y esta cifra va en aumento en la mayoría de los países europeos. Es la séptima causa de mortalidad más común por cáncer en las mujeres de Europa occidental.

El cáncer de endometrio se produce generalmente en mujeres mayores de 50 años y por lo tanto después de la menopausia, pero hasta en el 25% de los casos puede producirse antes de la menopausia. En el momento del diagnóstico, aproximadamente el 75% de las mujeres tienen un cáncer localizado solamente en el útero (estadio I). Para estas mujeres, el pronóstico* es bueno y la supervivencia de 5 años es del 90%.

¿CUÁLES SON LAS CAUSAS DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO?

Actualmente no está claro por qué se produce el cáncer de endometrio pero sí se han identificado algunos factores de riesgo. Un factor de riesgo aumenta ella probabilidad de que se produzca el cáncer, pero no es suficiente ni necesario para causarlo; no es una causa en sí mismo.

Algunas mujeres con estos factores de riesgo nunca desarrollarán cáncer de endometrio y otras mujeres sin ninguno de estos factores de riesgo sí lo padecerán.

La mayoría de los cánceres de endometrio necesitan estrógenos* para crecer. Sin los estrógenos* dejan de crecer o crecen más lentamente. De ahí que, salvo algunas excepciones, los factores de riesgo del cáncer de endometrio estén ligados a los estrógenos*.

Los principales factores de riesgo del cáncer de endometrio en mujeres son:

- Envejecimiento: el riesgo de padecer cáncer de endometrio aumenta a medida que las mujeres se hacen mayores.
- Genes: las mujeres con síndrome de cáncer de colon no poliposo hereditario, también llamado CCNPH o síndrome de Lynch, tienen un riesgo elevado de desarrollar cáncer de colon y de endometrio. Una de cada dos mujeres con este síndrome desarrollará cáncer de endometrio en algún momento de su vida. Este síndrome es un trastorno hereditario debido a la mutación de un gen y es responsable de hasta el 5% de los casos de cáncer de endometrio.
- Antecedentes familiares de cáncer de endometrio: tener un familiar de primer grado (madre, hermana, hija) que ha tenido un cáncer de endometrio aumenta el riesgo de tener cáncer de endometrio.
- Antecedentes personales de cáncer de mama o de ovarios:
 - Haber padecido un cáncer de mama o de ovarios aumenta el riesgo de tener un cáncer de endometrio.
 - En las mujeres con antecedentes personales de cáncer de mama, el riesgo también es elevado si la paciente ha sido tratada con tamoxifeno*. El tamoxifeno* es un anti-estrógeno* por lo que debería esperarse una disminución del riesgo, sin embargo el tamoxifeno* también tiene un efecto estimulante en el endometrio que puede ayudar al desarrollo o crecimiento del cáncer de endometrio. De todos modos, en las mujeres con cáncer de mama en las que está indicado el uso de tamoxifeno*, el beneficio de tomar tamoxifeno* es mayor que el riesgo de sufrir cáncer de endometrio.
- Antecedentes personales de ciertas enfermedades ginecológicas:
 - Síndrome del ovario poliquístico: este síndrome produce niveles de estrógenos* más altos y niveles de progesterona* más bajos de lo habitual, y por lo tanto aumenta el riesgo de cáncer de endometrio.
 - Hiperplasia de endometrio: la hiperplasia de endometrio es una proliferación de células del endometrio. Las células son normales, pero con el tiempo pueden llegar a ser cancerosas. En el caso de la hiperplasia simple o leve el riesgo de padecer cáncer es muy bajo, pero en la hiperplasia atípica es alto.
- Exposición a estrógenos* sin o con una cantidad insuficiente de progesterona*, por ejemplo:
 - A veces existe un desequilibrio natural en algunas mujeres.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 **Página 5**

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

- El uso o la ingesta de estrógenos* externos, especialmente en forma de terapias hormonales, que contienen solo estrógenos* y no progesterona*, tras la menopausia.
- Sobrepeso y obesidad: tener sobrepeso, o ser obesa, aumenta el riesgo de cáncer de endometrio ya que modifica el nivel de estrógenos* y sus efectos.
- Diabetes: las mujeres con diabetes tienen un riesgo mayor de padecer cáncer de endometrio ya que modifica el nivel de estrógenos* y sus efectos.
- Hipertensión* arterial: se ha sugerido que la hipertensión se asocia con un aumento del riesgo de cáncer de endometrio, aunque el mecanismo de esta posible asociación no está todavía claro.
- Factores geográficos: las mujeres que viven en Norteamérica, o en Europa, tienen un mayor riesgo de cáncer de endometrio.
- Ausencia de embarazos: las mujeres que nunca han estado embarazadas tienen un mayor riesgo de cáncer de endometrio. Por otra parte, las mujeres que han tenido un hijo o más tienen un menor riesgo de cáncer de endometrio. Esto es especialmente notable en mujeres que han tenido 5 o más hijos.
- Número total de ciclos menstruales: tener más ciclos menstruales a lo largo de la vida aumenta el riesgo de cáncer de endometrio, de nuevo por motivos hormonales.

Las píldoras anticonceptivas que contienen estrógenos* y progesterona* reducen el riesgo de cáncer de endometrio. Se ha sospechado de otros factores asociados a un mayor riesgo (consumo de alcohol, falta de actividad física) o un menor riesgo (consumo de fitoestrógenos que se encuentran en la soja, el café, los vegetales ...) de cáncer de endometrio, pero las pruebas son contradictorias.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL CÁNCER DE ENDOMETRIO?

A diferencia del cáncer de cuello de útero, no se recomienda la realización de una prueba de detección sistemática¹ para el cáncer de endometrio.

La prueba de detección del cáncer de cuello de útero (citología vaginal realizada generalmente cada 3 años) efectuada durante un examen ginecológico tiene el objetivo de detectar el cáncer de cuello de útero y no el cáncer de endometrio. El cáncer de cuello de útero es también llamado cáncer del cuello uterino, la parte más baja y estrecha del útero que conduce a la vagina tal y como se muestra en la imagen de la definición. Sin embargo, algunas citologías vaginales pueden detectar el cáncer de endometrio incluso aunque este no sea su objetivo.

El signo más frecuente del cáncer de endometrio es el sangrado vaginal. Después de la menopausia no debería presentarse ningún sangrado vaginal, por lo que su presencia no es normal. Tras la menopausia, la presencia de sangrado vaginal no es normal, por lo que las mujeres deben consultar a su médico. Antes de la menopausia, si una mujer presenta sangrado vaginal entre periodos menstruales, o sangrados vaginales abundantes e inusuales durante los periodos menstruales, también debe consultar a su médico. El cáncer de endometrio no es la única y más frecuente causa de dicho sangrado vaginal y los médicos le harán un examen más exhaustivo.

El diagnóstico del cáncer de endometrio se basa en los siguientes tres exámenes:

1. **Examen clínico***. Esto incluye un examen ginecológico para evaluar la localización y el volumen del tumor y si se ha extendido a otros órganos en la pelvis.
2. **Examen radiológico**. Esto incluye la realización de una ecografía del útero. Se introduce una sonda en la vagina para estar más cerca del útero y examinar mejor. Esto se llama ecografía transvaginal. Durante este examen, se mide el grosor del endometrio. Si es mayor a 3 o 4 mm, debe obtenerse una muestra de endometrio (biopsia*). Pueden realizarse exámenes adicionales como una radiografía torácica*, un ultrasonido abdominal y una tomografía computarizada abdominal para excluir una metástasis. Si se sospecha que el cáncer se ha extendido al cuello del útero, puede solicitarse una resonancia magnética* (RM).



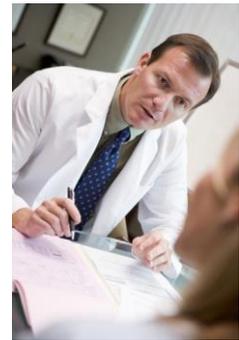
¹ La prueba de detección consiste en realizar un examen para detectar el cáncer en su etapa más temprana, antes de que aparezca ningún síntoma. La prueba de detección sistemática se propone si se puede realizar un examen seguro y aceptable y si este examen puede detectar el cáncer en la mayoría de casos. También debe demostrarse que tratar los cánceres detectados por medio de pruebas es más efectivo que tratar los cánceres diagnosticados porque los signos del cáncer estaban presentes. Por ejemplo, esto se ha demostrado para la prueba Papanicolaou utilizada para detectar el cáncer de cuello de útero.

3. **Examen histopatológico***. Se trata del examen de laboratorio de las células tumorales mediante la disección de una muestra del tumor (biopsia*). Este examen de laboratorio lo realiza un patólogo que confirmará el diagnóstico de cáncer de endometrio y dará más información sobre las características del mismo. La biopsia* suele realizarse por histeroscopia, que consiste en introducir un telescopio fino en el útero junto con un dispositivo especial para obtener la biopsia*. Más tarde se efectuará un segundo examen histopatológico* mediante el examen del tumor extirpado por cirugía.



¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER PARA OBTENER EL TRATAMIENTO ÓPTIMO?

Los médicos necesitan recopilar diversos tipos de información para decidir cuál puede ser el mejor tratamiento. Esta información concierne a la paciente y al cáncer.



Información relevante sobre la paciente

- Historial médico personal
- Antecedentes de cáncer en familiares, especialmente de mama y ovarios
- Situación con respecto a la menopausia
- Resultados de los exámenes clínicos efectuados por el médico
- Estado de salud general
- Antes de la operación, se efectuará una evaluación preoperatoria para valorar los riesgos de la anestesia* y los riesgos de la operación. Una evaluación preoperatoria consiste en realizar preguntas específicas y en efectuar un reconocimiento físico. Generalmente también requiere una radiografía torácica* y análisis de sangre para evaluar los glóbulos blancos, los glóbulos rojos, las plaquetas, la función hepática y la función renal. Puede que sea necesario realizar algunos exámenes adicionales según el historial clínico de la paciente.

Información relevante sobre el cáncer

- **Resultados de la biopsia***

La biopsia* efectuada con el dispositivo especial introducido en el útero durante el examen ginecológico será analizada en el laboratorio. Este examen de la biopsia* se llama histopatología*. A continuación se efectuará un segundo examen histopatológico* mediante el examen del tumor y de los ganglios linfáticos* extirpados por cirugía.

Tras la cirugía, los resultados del examen de la biopsia* deben incluir:

- **Tipo histológico***

El tipo histológico* se basa en el tipo de células que componen el tumor. Los cánceres de endometrio se forman en el endometrio, el tejido que reviste la cavidad uterina. Los principales tipos histológicos* de cáncer de endometrio son el carcinoma endometriode (80%), el carcinoma papilar seroso* (5%-10%) y el carcinoma de células claras* (aproximadamente un 1%). Los carcinomas endometrioides se componen de células que se asemejan al endometrio normal y pueden asociarse o venir precedidas de una multiplicación anómala de las células normales del endometrio, un fenómeno que se denomina hiperplasia de endometrio. Los carcinomas papilares serosos (también denominados carcinomas serosos) se componen de células diferentes del endometrio normal y comparten similitudes con el cáncer de ovario o de trompa de Falopio más frecuentes.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 **Página 9**

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

- **Grado**

El grado se basa en lo diferentes que parecen las células tumorales de las células endometriales normales y en lo rápido que crecen. Para el cáncer de endometrio, el grado está entre 1 y 3. Cuanto más bajo sea el grado, mejor es el pronóstico*. Cuando el tipo histológico* es endometriode, el grado puede ser 1, 2 o 3. Cuando el tipo histológico* es un carcinoma papilar seroso* o un carcinoma de células claras*, el grado es siempre 3 y el pronóstico* es peor.

- **Invasión del espacio linfovascular**

Una invasión del espacio linfovascular significa que hay células tumorales en los vasos sanguíneos y en los vasos linfáticos del tumor. El hallazgo de células tumorales en estos vasos significa que es más probable que las células tumorales se hayan extendido a los ganglios linfáticos* o a otros órganos.

- **Perfil de expresión génica***

La cuantificación de un conjunto diferenciado de genes expresados por el tumor también puede realizarse en la biopsia*. Esto no se realiza de manera rutinaria, pero puede ayudar a predecir la agresividad del tumor y los posibles beneficios de la quimioterapia*.

Basándose en el tipo histológico*, el grado y el perfil de expresión génica*, los médicos a veces clasifican el cáncer de endometrio en dos tipos.

Los cánceres de endometrio de tipo I son típicamente carcinomas endometrioides y cánceres de grado 1 o 2. Se cree que están causados por un exceso de estrógenos*. Generalmente son menos agresivos y tienen menos probabilidad de extenderse a otros tejidos que los cánceres de endometrio de tipo II.

Los cánceres de endometrio de tipo II son generalmente carcinomas papilares serosos, carcinomas de células claras* o carcinosarcomas* y son cánceres de grado 3. También tienen mutaciones diferentes de sus genes y expresan proteínas diferentes que los cánceres de endometrio de tipo I. No parece que estén causados por un exceso de estrógenos*. Las células de estos tumores no suelen tener receptores de estrógenos* y progesterona*. Los carcinomas de células claras* nunca se presentan con tales receptores de hormonas. Como tienen más probabilidad de crecer y extenderse fuera del útero, los médicos tienden a utilizar tratamientos más agresivos para tratar a las pacientes con cánceres de tipo II.

- **Estadificación**

Los médicos utilizan la estadificación para evaluar la extensión del cáncer y el pronóstico* de la paciente. En el caso del cáncer de endometrio suele utilizarse el sistema de estadificación de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO). Este sistema de estadificación de la FIGO se basa en la extensión del tumor desde su localización inicial en el endometrio hasta otros tejidos u órganos.

El estadio es fundamental para decidir el tratamiento. Cuanto más alto es el estadio, peor es el pronóstico*. En el cáncer de endometrio, el estadio se define después de que la paciente haya sido operada, basándose en lo que el cirujano observó durante la operación y en los resultados del análisis de laboratorio del tumor extirpado. Por lo tanto, la estadificación es quirúrgica y patológica. El patólogo valorará el alcance de la invasión del tumor en el músculo del útero, su extensión al cuello del útero, su tamaño y localización, su extensión a las trompas de Falopio y ovarios, su grado, su tipo histológico* y la invasión del espacio linfovascular. Si durante la operación se han extirpado los ganglios linfáticos*, el patólogo buscará la presencia de células cancerosas en estos ganglios.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 10

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

La siguiente tabla presenta los diferentes estadios para el cáncer de endometrio. Las definiciones pueden ser muy técnicas por lo que se recomienda que solicite más información a los médicos.

Estadio	Definición
Estadio I	<i>El tumor se encuentra en el útero, pero no se ha extendido fuera del mismo. El estadio I se divide en los estadios IA y IB según el grosor que tenga el tumor en el útero.</i>
Estadio IA	<i>El tumor se limita al endometrio o ha invadido menos del 50% del grosor del músculo del útero.</i>
Estadio IB	<i>El tumor ha invadido más del 50% del grosor del músculo del útero.</i>
Estadio II	<i>El tumor se encuentra en el útero y se ha extendido al cuello del útero. Desde 2009, el cáncer de endometrio de estadio II ya no se divide en estadio IIA y IIB.</i>
Estadio III	<i>El tumor se ha extendido más allá del útero y del cuello del útero a otra(s) parte(s) del órgano genital femenino (vagina, ovario, trompa de Falopio o tejidos alrededor del útero) o a los ganglios linfáticos* de esta área. El estadio III se divide en los estadios IIIA, IIIB, IIIC1 y IIIC2 basándose en los órganos a los que se ha extendido el tumor.</i>
Estadio IIIA	<i>El tumor ha invadido la membrana exterior del útero, llamada la serosa, o la(s) trompas(s) de Falopio o el(los) ovario(s).</i>
Estadio IIIB	<i>El tumor ha invadido la vagina o el parametrio, el tejido que hay alrededor del cuello del útero.</i>
Estadio IIIC1	<i>Hay células tumorales en los ganglios linfáticos* de la pelvis.</i>
Estadio IIIC2	<i>Hay células tumorales en los ganglios linfáticos* paraaórticos*.</i>
Estadio IV	<i>El tumor se ha extendido a la vejiga, al intestino, o a otros órganos del cuerpo (metástasis). El estadio IV se divide en los estadios IVA y IVB.</i>
Estadio IVA	<i>El tumor ha invadido la vejiga o la mucosa intestinal</i>
Estadio IVB	<i>Hay células tumorales en los ganglios linfáticos* en la ingle o en el abdomen o en órganos distantes como el hígado o el pulmón.</i>

Nota: los estadios presentados en esta tabla están basados en el sistema de estadificación FIGO de 2009. Antes de 2009 se utilizaba otro sistema de estadificación de la FIGO. Por consiguiente, todos los datos y pruebas para el control de cánceres de endometrio están disponibles sobre la base del antiguo sistema de estadificación, pero desafortunadamente no se aplican completamente al actual sistema de estadificación.

• Evaluación del riesgo de recurrencia en el cáncer en estadio I

La mayoría de las mujeres reciben un diagnóstico de cáncer en estadio I y el tratamiento por cirugía en este estadio es muy efectivo. Para estas mujeres, resulta esencial evaluar el riesgo de recurrencia o, en otras palabras, el riesgo de que vuelva a aparecer el cáncer. Evaluar el riesgo de recurrencia permite a los médicos decidir el mejor tratamiento para reducir este riesgo tanto como sea posible sin tratar en exceso a las pacientes con tratamientos que no reducirían el riesgo de recurrencia, pero que podrían alterar su calidad de vida.

Hoy en día se sabe que el riesgo de recurrencia aumenta cuando el cáncer se presenta con alguna de las siguientes características: tipos histológicos* que no sean endometrioides, grado 3, estadio IB, invasión del espacio linfovascular y diámetro del tumor superior a 2 cm. Con respecto a esto, los casos de cáncer en estadio I se subdividen en tres categorías de riesgo:

- Mujeres cuyo cáncer no presenta ninguna de las características mencionadas, es decir, cuyo cáncer consiste en tumores en estadio IA, con un tamaño inferior a los 2 cm, de tipo endometriode con grados 1 o 2; y sin invasión linfovascular se consideran pacientes con riesgo de recurrencia bajo.

- Mujeres cuyo cáncer consiste en tumores en estadio IA de tipo endometriode con grado 3 o tumores en estadio IB de tipo endometriode con grados 1 o 2; se consideran con riesgo de recurrencia intermedio.
- Mujeres cuyo cáncer consiste en tumores bien en estadio IB de tipo endometriode con grado 3, o tumores de tipos histológicos* diferentes al endometriode, independientemente del subestadio (IA o IB) o grado se consideran con riesgo de recurrencia relativamente elevado.

También ocurre, después de la exploración que sigue a la operación quirúrgica, que un cáncer cuyo estadio se creía I antes de la operación quirúrgica demuestra ser de un estadio superior.

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

La piedra angular del tratamiento es la cirugía. La radioterapia y la quimioterapia* utilizadas tras la cirugía se llaman terapias adyuvantes*, lo que significa que se utilizan como complemento a la cirugía.

Los tratamientos indicados abajo tienen sus beneficios, sus riesgos y sus contraindicaciones. Se recomienda que pregunte a los médicos acerca de los beneficios y riesgos esperados de cada tratamiento para que le informen de las consecuencias del mismo. Para algunos pacientes, hay varias posibilidades de tratamiento disponibles y la elección debería analizarse teniendo en cuenta el equilibrio entre los beneficios y los riesgos.

Cirugía

Para cada paciente se realiza una evaluación preoperatoria. La operación quirúrgica puede no ser posible en un 5-10% de pacientes con cáncer de endometrio debido a las contraindicaciones médicas y al riesgo de la anestesia*. Esto generalmente se debe a otras afecciones como la obesidad, la diabetes y las enfermedades cardíacas. En las pacientes consideradas operables, el objetivo de la cirugía es estadificar la enfermedad y extirpar el útero que contiene el tumor.



Estadificación de la enfermedad

La cirugía permitirá estadificar la enfermedad. Esto se hace mediante el examen del tumor para evaluar su tamaño y localización; y para comprobar si hay células tumorales en el cuello del útero, en las trompas de Falopio, en los ovarios, en los ganglios linfáticos* o en otra parte de la pelvis y en el abdomen. Durante la operación, los cirujanos inspeccionan y palpan otros órganos abdominales (hígado, diafragma, omentum, superficies peritoneales*). Los cirujanos también vierten líquido en la cavidad abdominal, lo quitan por succión y lo envían al laboratorio para buscar células cancerosas. Esto se llama lavado peritoneal*.

Todos los tejidos extirpados durante la operación se envían al laboratorio para ser examinados por el patólogo (examen histopatológico*).

Extirpación del tumor

Se extirpará el útero que contiene el tumor

La operación consistirá en extirpar el útero, los tubos del ovario y los dos ovarios. La extirpación del útero se llama histerectomía* y la extirpación de las trompas de Falopio y los ovarios se llama salpingo-ooforectomía bilateral*, o salpingo-ovariectomía bilateral*.

En las pacientes con cánceres en estadio I, estadio II y estadio III, esta operación puede realizarse mediante una incisión en la parte inferior del abdomen, o mediante una técnica llamada histerectomía* vaginal asistida por laparoscopia. Esta técnica utiliza una videocámara para proyectar y ampliar la imagen en una pantalla de televisión, para guiar en la extirpación del útero, las trompas

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 13

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

de Falopio y los ovarios a través de la vagina. Esta última técnica parece proporcionar resultados similares en cuanto a la calidad de la extirpación del tumor y la supervivencia y, en comparación con la laparotomía*, ha demostrado reducir la duración de la estancia hospitalaria, reducir el uso de analgésicos, reducir la tasa de complicaciones después de la operación quirúrgica y mejorar la calidad de vida.

El enfoque quirúrgico habitual para el cáncer de endometrio en estadio I consiste en la extirpación del útero, de los ovarios y las trompas de Falopio, con o sin extracción de los ganglios linfáticos*. Muchos cirujanos sugieren la extirpación de los ganglios linfáticos* en pacientes con cáncer de endometrio en estadio I de riesgo intermedio y elevado (en estadio IA de grado 3 y en estadio IB).

El enfoque quirúrgico para el cáncer de endometrio en estadio II consiste en la extirpación de útero, ovarios, trompas de Falopio y ganglios linfáticos* de la pelvis, con o sin extirpación de los ganglios linfáticos* paraaórticos*.

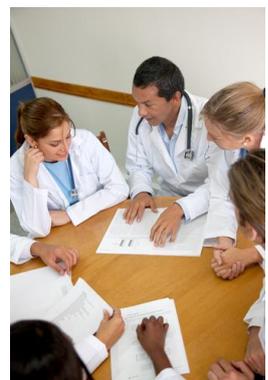
Para pacientes con cáncer en estadios III y IV, el objetivo de la operación quirúrgica es eliminar lo máximo posible del tumor primario. Esto se denomina cirugía de reducción de la masa tumoral o citorreductora.

Pueden extirparse varios ganglios linfáticos* en la pelvis y a lo largo de la aorta*

Pueden extirparse los ganglios linfáticos* del área pélvica* y a lo largo de la aorta*. Esta práctica varía entre hospitales. Aunque la extirpación de los ganglios linfáticos* ayude a los médicos a ser más precisos a la hora de definir el estadio del cáncer, no hay evidencias de que tenga un valor añadido para tratar el cáncer y evitar que reaparezca. La extirpación de los ganglios linfáticos* aumenta el riesgo de linfedema, una enfermedad en la que el líquido linfático se acumula en las piernas. Sin embargo, forma parte del procedimiento de estadificación* y ayuda a identificar a las pacientes que necesitarán terapias adyuvantes*. Muchos cirujanos sugieren que deberían extirparse los ganglios linfáticos* de todas las pacientes que se sometan a una operación, a excepción de las pacientes con tumor en estadio IA y de grados 1 o 2.

Terapia adyuvante*

Una terapia adyuvante* es una terapia que se administra como complemento a la cirugía. No hay datos definitivos que respalden el uso rutinario de tratamientos adyuvantes* para pacientes con la enfermedad limitada al útero (cáncer de endometrio localizado), es decir, cánceres de endometrio en estadio I y estadio II. Para todos los estadios, todavía sigue habiendo controversia y falta de evidencias claras sobre cuáles son las mejores opciones. Se recomienda que la decisión sobre el tratamiento del cáncer de endometrio se fundamente en la discusión de un equipo interdisciplinario de profesionales médicos. Esta reunión de diferentes especialistas es llamada reunión multidisciplinaria* o revisión del comité de tumores. En esa reunión, se debate la planificación del tratamiento según la información pertinente mencionada antes.



Tratamiento adyuvante* para el cáncer en estadio I

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 14

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Las opciones para las pacientes con cáncer en estadio I incluyen:

- **Observación***, que consiste en consultas médicas con regularidad que incluyen historia clínica, examen físico y vaginal. Si aparecen signos o síntomas pueden realizarse exámenes adicionales, como un examen radiológico, un análisis de sangre y un examen bajo anestesia*.
- **Braquiterapia* vaginal adyuvante***, que es un tipo interno de radioterapia* donde la fuente de radiación se coloca en la vagina.
- **Radioterapia* pélvica* adyuvante***, que es un tipo externo de radioterapia donde las radiaciones son producidas por una fuente externa y después dirigidas al tumor.
- **Quimioterapia* adyuvante***, que es el uso de fármacos antineoplásicos para eliminar las células cancerosas o limitar su crecimiento. No está claro qué combinación de fármacos es la más efectiva, pero deben incluir un fármaco que contenga platino (cisplatino* y carboplatino* son dos fármacos que contienen platino que se usan en el tratamiento del cáncer de endometrio).

Para pacientes con cáncer en estadio I, la opción de tratamiento después de la operación quirúrgica depende principalmente del riesgo de recurrencia.

Para pacientes con riesgo de recurrencia bajo (tumor en estadio IA y grados 1-2), se recomienda la observación*.

Para pacientes con riesgo de recurrencia intermedio (tumores bien en estadio IB y grados 1-2 o tumores en estadio IA y grado 3):

- La observación* puede ser también una opción, pero puede proponerse la braquiterapia* vaginal.
- Pueden considerarse la radioterapia y quimioterapia* pélvicas* adyuvantes* cuando la paciente tiene más de 60 años de edad, cuando se halló invasión del espacio linfvascular durante el examen histológico o cuando el tumor es de gran tamaño.

Para pacientes con riesgo de recurrencia elevado (tumores en estadio IB y de grado 3):

- Se recomienda la radioterapia pélvica* adyuvante*
- Puede considerarse la quimioterapia* adyuvante* cuando la paciente tiene más de 60 años de edad, cuando se encontró durante el examen histológico invasión del espacio linfvascular o cuando el tumor es de gran tamaño.

Tratamiento adyuvante* para el cáncer en estadio II

Las opciones para las pacientes con cáncer en estadio II incluyen:

- **Braquiterapia* vaginal adyuvante***, que es un tipo interno de radioterapia donde la fuente de radiación se coloca en la vagina.
- **Radioterapia* pélvica* adyuvante***, que es un tipo externo de radioterapia donde las radiaciones son producidas por una fuente externa y después dirigidas a la pelvis.
- **Quimioterapia* adyuvante***, el uso de fármacos antineoplásicos para eliminar las células cancerosas o limitar su crecimiento. No está claro qué combinación de fármacos es la más efectiva, pero debe incluir un fármaco que contenga platino (cisplatino* o carboplatino* son fármacos que contienen platino que se usan en el tratamiento del cáncer de endometrio).

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 **Página 15**

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

La braquiterapia vaginal* únicamente puede utilizarse en pacientes con tumores de grados 1-2 sin invasión linfovascular y en las cuales se hayan extirpado los ganglios linfáticos* y que, conforme al examen histológico, ya no tuvieran células tumorales.

Cuando durante la cirugía no se ha comprobado si los ganglios linfáticos* presentan células tumorales, tanto la radioterapia pélvica* como la braquiterapia vaginal* están recomendadas.

La quimioterapia* adyuvante* puede ser considerada sola o junto con radioterapia pélvica*. El uso de quimioterapia* adyuvante* puede reducir el riesgo de reaparición extrapélvica* (extensión del cáncer fuera de la pelvis conocida como *metástasis**). No está claro qué combinación de fármacos es la más efectiva, pero debe incluir un fármaco que contenga platino (cisplatino* o carboplatino* son fármacos que contienen platino que se usan en el tratamiento del cáncer de endometrio).

Tratamiento de la enfermedad en estadio avanzado (estadios III y IV)

El tratamiento del cáncer de endometrio en estadio avanzado suele incluir combinaciones de cirugía, radioterapia y quimioterapia*. En el 5-10% de las pacientes con cáncer de endometrio en estadio avanzado no será posible realizar ninguna operación quirúrgica debido a las contraindicaciones médicas. Estas pacientes pueden recibir tratamiento con radioterapia externa* (radiaciones producidas por una fuente externa y luego dirigidas hacia el tumor) y/o radioterapia interna* llamada braquiterapia* (implica la colocación de una fuente de radiación en la cavidad uterina y/o en la vagina) y, además, mediante tratamiento sistémico*.



Tratamiento adyuvante* para el cáncer en estadio III

Las opciones adyuvantes* para las pacientes operadas con cáncer en estadio III incluyen:

- **Braquiterapia* vaginal adyuvante***
- **Radioterapia* pélvica* adyuvante**
- **Quimioterapia* adyuvante***

Históricamente, se recomendaban la radioterapia* pélvica* y la braquiterapia* vaginal después de la operación quirúrgica para las pacientes con enfermedad en estadio III. Ahora las pruebas de que debería administrarse quimioterapia* a las pacientes con enfermedad en estadio III en lugar de o además de la radioterapia están en aumento. El tratamiento óptimo debe discutirse con los médicos.

La quimioterapia* adyuvante* debe incluir un fármaco que contenga platino (cisplatino* o carboplatino* son fármacos que contienen platino que se usan en el tratamiento del cáncer de endometrio).

Debe tenerse en cuenta que la radioterapia adyuvante*, externa e interna, protege contra la reaparición local del tumor (en la pelvis). La quimioterapia* protege contra la extensión de la enfermedad fuera de la pelvis.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 **Página 16**

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Tratamiento para el cáncer de endometrio en estadio IV

Para pacientes con enfermedad en estadio IV, el objetivo del tratamiento tras la operación citorrreductora es actuar sobre las células cancerosas que quedan en el cuerpo, en la pelvis o en otra parte (metástasis*). La radioterapia después de la cirugía produce efectos a nivel local para prevenir la recurrencia tumoral en la pelvis. Un tratamiento sistémico* actúa sobre las células cancerosas en todo el cuerpo y no solo a nivel local. El tratamiento sistémico* puede consistir en quimioterapia* u hormonoterapia.

Los fármacos de quimioterapia* incluyen compuestos basados en platino, antraciclinas* y taxanos*. Se prefieren, para la quimioterapia de primera línea en pacientes con cáncer de endometrio en estadio avanzado, los regímenes combinados basados en paclitaxel*, porque han demostrado ser más efectivos y mejor tolerados.

Se recomienda el uso de hormonoterapia exclusivamente para tumores endometrioides. Implica el uso de fármacos que contienen la hormona progesterona*. También se utilizan tamoxifeno* e inhibidores de las aromatasas*.

Los tratamientos administrados a las pacientes con cáncer de endometrio en estadio avanzado deberían individualizarse en función de las necesidades, el pronóstico* y el estado de salud general de cada paciente.

Datos específicos del tratamiento* para los tumores papilares serosos y de células claras*

Los carcinomas* papilares serosos y de células claras* son tipos de cáncer más agresivos, aunque menos frecuentes, que los carcinomas endometrioides. Requieren un estadiaje completo con extirpación del útero, ovarios, trompas de Falopio, ganglios linfáticos* pélvicos* y paraaórticos*, así como la extirpación del apéndice*, biopsia* y extirpación del revestimiento abdominal. Debe proponerse para la enfermedad en estadio temprano (estadios I y II) la quimioterapia* adyuvante* basada en platino, que también se recomienda para pacientes con enfermedad en estadios III o IV. Las mismas combinaciones de quimioterapia* que se emplean para el cáncer epitelial de ovario pueden considerarse para las pacientes con cáncer uterino de células claras* o papilar seroso* en estadio avanzado o recurrente. Se considera que los carcinomas de endometrio papilares serosos no responden a las hormonas.

¿CUÁLOS SON LOS EFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES DE LOS TRATAMIENTOS?

Operación quirúrgica

Algunos riesgos son comunes para todas las intervenciones quirúrgicas realizadas bajo anestesia general*. Estas complicaciones son poco usuales e incluyen trombosis venosa profunda*, problemas cardíacos o respiratorios, hemorragias, infecciones o reacciones a la anestesia*.

Los órganos reproductores femeninos están situados en la pelvis junto con las vías urinarias y digestivas inferiores. Durante la intervención quirúrgica pueden resultar dañados las vías urinarias y los intestinos.

Cuando se extirpan los ganglios linfáticos* en la pelvis y a lo largo de la aorta*, puede dañarse o bloquearse el sistema linfático, lo cual resulta en linfedema, un trastorno en el que se acumula líquido linfático en las piernas y se produce hinchazón en ellas. Puede ocurrir inmediatamente después de la intervención, pero también con posterioridad.

Someterse a una histerectomía* también aumenta el riesgo de incontinencia urinaria y prolapso vaginal años después de la intervención quirúrgica, porque puede dañar o debilitar los músculos de soporte del suelo pélvico*.

Las mujeres que se someten a la operación antes de la menopausia sufrirán síntomas menopáusicos rápidamente después de la operación por la extirpación de los ovarios. Son frecuentes los sofocos, los cambios súbitos de humor, los sudores nocturnos, la sequedad vaginal y los problemas para concentrarse.

Los efectos secundarios pueden aliviarse y los especialistas en oncología deben ofrecer su consejo para ello.

Efectos secundarios de las terapias adyuvantes*

Los efectos secundarios más frecuentes de las terapias adyuvantes* son generalmente reversibles tras el tratamiento. Algunas estrategias están disponibles para prevenir o aliviar una cierta gama de estos efectos secundarios. Las alternativas deben discutirse previamente con los médicos.

Radioterapia pélvica*

Los efectos secundarios de la radioterapia externa para tratar el cáncer de endometrio se deben principalmente a la irradiación de los órganos que rodean el útero. Los efectos de la radiación en el tracto urinario incluyen micción dolorosa, espasmo vesical que tiene como resultado la necesidad urgente de orinar, presencia de sangre en la orina, obstrucción del tracto urinario, y ulceración o necrosis de la mucosa que recubre la vejiga. Los efectos de la radiación en el tracto digestivo inferior incluyen molestia rectal, diarrea, secreción rectal con moco y sangre, y raramente perforación de los intestinos. El estrechamiento vaginal es otro efecto posterior posible de la radioterapia pélvica*. Las opciones de tratamiento para esas reacciones tras la radiación deben ser aconsejadas por el oncólogo. Las técnicas modernas de radioterapia externa como la Radioterapia de Intensidad Modulada (RTIM) están pensadas para reducir su toxicidad.

Braquiterapia* intravaginal

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 18

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Los efectos secundarios anteriormente mencionados de la radioterapia externa también pueden aparecer con la braquiterapia* intravaginal, pero con menos frecuencia, ya que este tipo de radioterapia está mejor orientada. La sequedad vaginal es frecuente durante y después del tratamiento. También pueden producirse estrechamiento y sequedad vaginales y pueden tener como resultado una disfunción sexual a largo plazo. En mujeres jóvenes la radiación detiene la función ovárica y esto puede tener como resultado una sequedad vaginal adicional y disfunción sexual. También puede tener como resultado un mayor riesgo de osteoporosis y/o fracturas por insuficiencia de los huesos pélvicos*. Para tratar estos problemas las mujeres deben estar bajo el cuidado del especialista.

Quimioterapia*

Los efectos secundarios de la quimioterapia* son muy frecuentes. Dependerán de los fármacos administrados, de las dosis y de factores individuales. Si ha sufrido otros problemas como afecciones cardíacas en el pasado, deben tomarse algunas precauciones y/o adaptar el tratamiento. La combinación de diferentes fármacos generalmente produce más efectos secundarios que el uso de un único fármaco.

Los efectos secundarios más frecuentes de los fármacos utilizados para la quimioterapia* en el cáncer de endometrio son la pérdida de cabello y un recuento de células sanguíneas disminuido. El recuento disminuido de células sanguíneas puede resultar en anemia, hemorragia e infecciones. Una vez terminada la quimioterapia*, el cabello vuelve a crecer y el recuento de leucocitos vuelve a ser normal.

Otros efectos secundarios frecuentes incluyen:

- reacciones alérgicas, como eritema y erupción
- daños en los nervios que afectan a las manos y/o los pies (neuropatía periférica*), que puede causar sensaciones de hormigueo en la piel, entumecimiento y/o dolor.
- pérdida temporal o cambios en su vista
- zumbidos en los oídos o cambios en su audición
- hipotensión
- náuseas, vómitos y diarrea
- inflamación de ciertas áreas como la mucosa de la boca
- pérdida del gusto
- falta de apetito
- ritmo cardíaco lento
- deshidratación
- cambios leves en las uñas y la piel que pronto desaparecen
- inflamación e hinchazón dolorosas en el lugar de la inyección
- dolor muscular o articular
- convulsiones
- cansancio

Pueden producirse otros efectos secundarios menos frecuentes pero más graves, entre ellos: derrame cerebral, infarto de miocardio y daños en la función renal y hepática. Debe informarse al médico de cualquier síntoma.

Además de estos, cada fármaco también puede producir efectos no deseados diferentes. Los más habituales se listan a continuación, aunque no todas las personas presentarán los mismos efectos secundarios ni los sufrirán en la misma medida.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 **Página 19**

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

El cisplatino* puede producir pérdida de audición y daños renales. La función renal se evalúa por medio de análisis de sangre antes del inicio del tratamiento. Para prevenir los daños es muy importante beber mucha agua durante el tratamiento.

La doxorubicina puede producir daños al músculo cardíaco, por lo que resulta importante evaluar el funcionamiento cardíaco antes del tratamiento con este fármaco. Puede volver la piel hipersensible a la luz solar y provocar enrojecimiento en zonas en las que la paciente se ha sometido a radioterapia anteriormente. La orina puede volverse roja o rosa durante algunos días después del tratamiento. No se trata de sangre, únicamente se debe al color del medicamento.

El paclitaxel* puede provocar neuropatía periférica* dependiente de la dosis administrada, la duración de la infusión y la duración del tratamiento completo. Los síntomas que se presentan incluyen entumecimiento, s y quemazón en manos y piernas, como si se llevaran guantes y medias ardiendo. Los síntomas parestesias* son con frecuencia simétricos y suelen originarse de forma distal en las extremidades inferiores. Las pacientes suelen comunicar el inicio simultáneo de los síntomas en los dedos de los pies y de las manos, pero también se han descrito presentaciones asimétricas. Es menos habitual que el rostro se vea afectado. Aunque se ha comunicado que los síntomas leves mejoran o desaparecen completamente en los meses que siguen a la interrupción total del tratamiento, el malestar y los síntomas también pueden permanecer más tiempo en pacientes que presentan neuropatía grave.

El docetaxel* provoca en ocasiones retención de líquidos, decoloración temporal de las uñas y exantema cutáneo con picor. Algunas personas también sufren el síndrome palmo-plantar* o, sencillamente, entumecimiento y hormigueo en manos y pies. Aproximadamente una de cada cuatro pacientes sufre de reacción alérgica durante la primera o segunda infusión con docetaxel*.

Los efectos secundarios habituales con topotecán* son estreñimiento, diarrea, fatiga, pérdida de cabello, pérdida de apetito, náuseas, dolor de estómago, cansancio, vómitos y debilidad. Los efectos secundarios graves que se producen después del uso de topotecán* son reacciones alérgicas graves, piel o uñas de coloración azul o muy pálida, fiebre, escalofríos o irritación persistente de garganta, micción dolorosa o con quemazón, tos persistente o grave, dolor persistente o grave, enrojecimiento o hinchazón en el lugar de la inyección, dolor de estómago persistente o grave, o retortijones (dolores espasmódicos de estómago), cansancio o debilidad persistente o grave, falta de aliento, hematomas o hemorragias poco usuales o inexplicadas, y color amarillento en ojos o piel.

Hormonoterapia:

La hormonoterapia se asocia con algunos efectos secundarios. Pueden ser leves, como cefaleas, náuseas o dolor en los senos; o más graves, como coágulos sanguíneos en una vena de la pierna (trombosis venosa profunda*), coágulos sanguíneos en los pulmones (embolia pulmonar), problemas cardíacos, ictus o hemorragia vaginal anómala.

¿QUÉ PASA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?



Seguimiento* médico

Tras haberse completado el tratamiento, los médicos propondrán un seguimiento* que consiste en consultas regulares que tienen el objetivo de:

- detectar una posible reaparición* en una etapa temprana
- evaluar complicaciones relacionadas con el tratamiento y tratarlas
- proporcionar apoyo psicológico e información para mejorar su vuelta a la vida normal
- efectuar un calendario de vigilancia porque hay un mayor riesgo de cáncer de mama, ovarios y colon. Este aumento del riesgo de sufrir otros cánceres no se da en todas las mujeres, pero algunas sí presentarán tal aumento del riesgo, principalmente por algunos factores genéticos y, en ocasiones, por los tratamientos recibidos.

Las pacientes deberían someterse a visitas de seguimiento* cada 3-4 meses con exploraciones físicas y ginecológicas durante los primeros 2 años y, después de ello, con un intervalo de 6 meses hasta los 5 años. Pueden realizarse más investigaciones, si está clínicamente indicado.

Vuelta a la vida normal

Puede ser difícil vivir con la idea de que el cáncer puede volver. Por lo que hoy sabemos, no se puede recomendar nada específico para disminuir el riesgo de reaparición después de haber finalizado el tratamiento adyuvante*. Como consecuencia del cáncer y de su tratamiento, el retorno a la vida normal puede resultar complicado para algunos pacientes. Pueden preocuparles algunos aspectos relacionados con la imagen corporal, la sexualidad, la fatiga, el trabajo, las emociones o el estilo de vida. Puede ser de ayuda discutir estas cuestiones con familiares, amigos o médicos. En muchos países existen, además, grupos de apoyo formados por antiguos pacientes o líneas telefónicas de información.

¿Qué pasa si el cáncer vuelve a aparecer?

Si el cáncer regresa, se llama una recurrencia y su tratamiento depende de la extensión de la recurrencia. Si el cáncer regresa, por lo general suele ser en los 3 primeros años tras el tratamiento inicial.

La extensión de la recurrencia debe ser completamente evaluada mediante un examen físico, exámenes radiológicos y análisis de sangre. La mayoría de recurrencias en pacientes en las que el tumor inicial se limitó al útero surgen en la pelvis.

Las opciones de tratamiento dependerán de la extensión de la recurrencia. La discusión sobre las opciones de tratamiento debe hacerse en una reunión multidisciplinar*.

Si el cáncer regresa como una recurrencia* pélvica*, las opciones son la cirugía, radioterapia* y quimioterapia*.

Si el tumor recurrente se sitúa cerca de los órganos sólidos en la pelvis (recurrencia central), debe extirparse mediante una operación quirúrgica siempre que sea posible o tratarse con radioterapia.

Si la recurrencia se produce en los ganglios linfáticos* situados en la pelvis (recurrencia regional), la opción preferida es la radioterapia con, si es posible, quimioterapia*.

La radioterapia* únicamente puede considerarse para el tratamiento de la recurrencia* si no se administró antes. De hecho, hay una dosis máxima de radioterapia que puede administrarse y normalmente la radioterapia anterior alcanza esta dosis máxima. Sin embargo, se puede dar radioterapia* externa si antes únicamente se empleó la interna (braquiterapia*) y viceversa.

Como quimioterapia* de primera línea para la recurrencia de la enfermedad se prefiere un régimen combinado basado en paclitaxel*. La recurrencia del cáncer de endometrio después de la quimioterapia de primera línea es, en gran medida, resistente a la quimioterapia. Los fármacos de quimioterapia que muestran beneficio clínico y buena tolerancia en tales situaciones son paclitaxel*, y una combinación de topotecán* y docetaxel* administrada cada semana.

Si el cáncer regresa como una recurrencia con metástasis*, las opciones son la quimioterapia* y la terapia hormonal.

La quimioterapia* puede proponerse y evaluarse tras una conversación en una reunión multidisciplinar* y una charla con la paciente. Las decisiones deben tomarse tras sopesar los beneficios esperados y los efectos secundarios de la quimioterapia*.

Como régimen de quimioterapia* de primera línea se prefiere una combinación basada en paclitaxel*. La recurrencia del cáncer de endometrio después de la quimioterapia de primera línea es, en gran medida, resistente a la quimioterapia. Los fármacos de quimioterapia que muestran beneficio clínico y buena tolerancia en tales situaciones son paclitaxel*, y una combinación de topotecán* y docetaxel* administrada cada semana. Los efectos secundarios de la quimioterapia* son muy frecuentes. Estos efectos secundarios se han descrito anteriormente en el capítulo "¿Cuáles son las opciones de tratamiento?".

Los principales predictores de una buena respuesta en el tratamiento de la enfermedad metastásica son: si el tumor está bien diferenciado*, un intervalo sin enfermedad prolongado, y la ubicación y extensión de las metástasis* extrapélvicas (especialmente pulmonares).

Puede proponerse la terapia hormonal a pacientes con tumores de grado 1 y estado del receptor de progesterona* positivo. Puede utilizarse una progestina (acetato de medroxiprogesterona o megestrol), que es un tipo de fármaco que tiene el mismo efecto que la progesterona*, o el tamoxifeno*, que contrarresta la acción de los estrógenos*. Los efectos secundarios de la terapia hormonal son menos frecuentes que los de la radioterapia y la quimioterapia*. Los efectos secundarios más comunes de las progestinas son la acumulación de líquido que produce que los tobillos se hinchen, aumento de apetito y aumento de peso. Pueden producirse otros efectos secundarios menos frecuentes pero más graves. Especialmente el aumento de riesgo de coágulos de sangre incluyendo coágulos en el pulmón, derrame cerebral e infarto. Debe informarse a su médico de cualquier síntoma.

DEFINICIONES DE PALABRAS DIFÍCILES

Adenocarcinoma

Cáncer que comienza en las células que revisten determinados órganos internos y que tienen propiedades glandulares (de secreción)

Adyuvante

En el contexto del cáncer, adyuvante define una terapia que ayuda a otra para alcanzar un objetivo o reforzar su efecto. Por ejemplo, la radioterapia y/o la quimioterapia* complementan a las intervenciones quirúrgicas para acabar con un tumor canceroso. En un contexto diferente al oncológico, también puede referirse a un agente que se añade a ciertas vacunas para estimular la respuesta del sistema inmunológico al antígeno.

Anestesia

Estado reversible de pérdida de consciencia inducido de forma artificial por unas sustancias conocidas como anestésicos, en el que el paciente no siente dolor, no tiene reflejos normales y responde al estrés en menor medida. Puede ser general o local y permite someter al paciente a intervenciones quirúrgicas.

Antraciclina

Medicamento antibiótico que se utiliza en quimioterapia* para tratar gran variedad de cánceres.

Aorta

Es la arteria más grande del cuerpo. Se encarga de transportar sangre oxigenada del corazón a los vasos sanguíneos distribuidos por todo el cuerpo.

Biopsia

Extracción de células o tejidos para su examen por un médico histopatólogo*, quien puede estudiar el tejido con un microscopio o realizar otras pruebas y análisis en las células o el tejido. Hay muchos tipos diferentes de procedimientos de biopsia. Las más habituales son: (1) biopsia por incisión, en la que únicamente se retira una muestra de tejido; (2) biopsia por escisión, en la que se retira un bulto completo o una zona sospechosa y (3) biopsia por punción con aguja, en la que se retira por medio de una aguja una muestra de tejido o de líquido. Cuando se utiliza una aguja gruesa, se denomina biopsia con trocar. Cuando se utiliza una aguja fina, se denomina biopsia por punción aspiración con aguja fina.

Braquiterapia

Un tipo de radioterapia en la que se coloca un material radiactivo sellado en agujas, semillas, cables o catéteres directamente en el tumor o cerca de este. También se llama radioterapia de implante y radioterapia interna

Carboplatino

Medicamento que se usa para tratar el cáncer avanzado de ovarios que nunca se ha sometido a tratamiento o para los síntomas de cáncer de ovario que hayan reaparecido después del tratamiento con otros medicamentos contra el cáncer. También se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas avanzado, metastásico o recidivante y está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. El carboplatino es una forma del medicamento contra el

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 23

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

cáncer cisplatino* el cual causa menos efectos secundarios en los pacientes. Este se une al ADN de las células y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de compuesto de platino.

Carcinoma de células claras

Tipo de tumor poco frecuente, generalmente del aparato genital femenino, en el que el interior de las células parece vacío cuando se observan bajo un microscopio. También se llama adenocarcinoma* de células claras y mesonefroma.

Carcinoma papilar seroso

Cáncer agresivo que, por lo general, afecta al útero, al endometrio, al peritoneo* o a los ovarios.

Carcinosarcoma

Tumor maligno que es una mezcla de carcinoma (cáncer de tejido epitelial, que es la piel y el tejido que reviste o recubre los órganos internos) y sarcoma (cáncer de tejido conjuntivo, como hueso, cartílago y grasa).

Cisplatino

Medicamento que se usa para tratar varios tipos de cáncer. El cisplatino contiene el metal platino. Destruye las células cancerosas al dañar su ADN e impedir su multiplicación. El cisplatino es un tipo de alquilante.

Docetaxel

El docetaxel pertenece a la familia de los medicamentos contra el cáncer conocidos como taxanos*. El docetaxel inhibe la capacidad de las células para destruir el "esqueleto" interno, que les permite dividirse y multiplicarse. Al resistir el esqueleto, las células no pueden dividirse y terminan por morir. El docetaxel afecta también a células no cancerosas, como las células sanguíneas, lo que puede provocar efectos secundarios.

Estrógeno

Tipo de hormona producida por el cuerpo que ayuda a desarrollar y mantener los caracteres sexuales femeninos y el crecimiento de los huesos largos. Los estrógenos también pueden producirse en laboratorio. Se usan como una de las modalidades de control de la natalidad y en el tratamiento de síntomas de menopausia, trastornos menstruales, osteoporosis (patología por pérdida de masa y densidad ósea, que aumenta la fragilidad de los huesos) y otras afecciones.

Examen clínico

Exploración del cuerpo para buscar signos de enfermedad.

Ganglio linfático

Los ganglios linfáticos* son pequeños órganos que se encuentran en todo el cuerpo y producen células inmunitarias.

Ganglios linfáticos paraaórticos

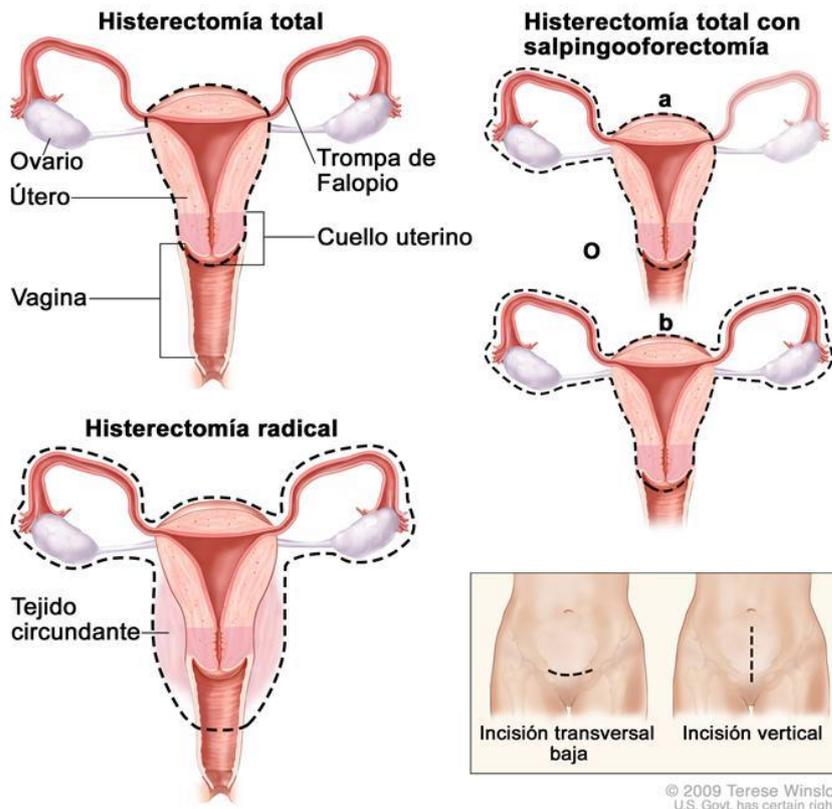
El grupo de ganglios linfáticos que se encuentra delante las vértebras lumbares, cerca de la aorta*.

Hipertensión

Presión arterial de 140/90 o superior. La hipertensión no suele presentar síntomas. Puede lesionar las arterias y dar lugar a un aumento del riesgo de padecer accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, insuficiencia renal y ceguera. También se designa como presión arterial alta.

Histerectomía radical

Cirugía para extirpar el útero, el cuello del útero y parte de la vagina. También se pueden extirpar los ovarios, las trompas de Falopio y los ganglios linfáticos* cercanos. (Ver imagen)



Histerectomía*. Se extirpa quirúrgicamente el útero, con otros órganos o tejidos o sin estos. En una histerectomía total, se extirpan el útero y el cuello uterino. En una histerectomía total con salpingooforectomía, se extirpan a) el útero más uno de los ovarios y una de las trompas de Falopio (unilateral), o b) el útero, ambos ovarios y ambas trompas de Falopio (bilateral). En una histerectomía radical, se extirpan el útero, el cuello uterino, ambos ovarios, ambas trompas de Falopio y el tejido circundante. Estos procedimientos se realizan mediante una incisión transversal baja o una incisión vertical.

Histerectomía total

Cirugía para extirpar el útero, incluyendo el cuello del útero. También se denomina histerectomía completa.

Histopatología

Estudio de las células y tejidos enfermos utilizando el microscopio.

Inhibidor de la aromatasa

Medicamento que previene la formación de estradiol, una hormona femenina, al interferir con la enzima aromatasa. Los inhibidores de la aromatasa se utilizan como un tipo de terapia hormonal en las mujeres posmenopáusicas que padecen de cáncer de mama dependiente de hormonas.

Laparotomía

Incisión quirúrgica que se realiza en la pared del abdomen.

Metástasis

Diseminación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Un tumor formado por células que se han diseminado se llama tumor *metastásico* o *metástasis*. El tumor metastásico contiene células similares a las del tumor original (primario).

Neuropatía periférica

Problema nervioso que produce dolor, adormecimiento, cosquilleo, hinchazón y debilidad muscular en distintas partes del cuerpo. Por lo general, comienza en las manos o los pies, y empeora con el paso del tiempo. La neuropatía periférica puede ser causada por lesiones físicas, infección, sustancias tóxicas, enfermedades (como cáncer, diabetes, insuficiencia renal o desnutrición) o por medicamentos, tales como los fármacos anticancerosos. También se llama neuropatía.

Observación

En el campo de la medicina, vigilancia del estado de un paciente pero sin administrar tratamiento, a menos que los síntomas aparezcan o cambien.

Paclitaxel

Medicamento usado para tratar el cáncer de mama, el cáncer de ovario y el sarcoma de Kaposi relacionado con el SIDA. También se usa junto con otro medicamento para tratar el cáncer de pulmón de células no pequeñas. Asimismo, el paclitaxel está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Impide la formación de células porque bloquea su multiplicación y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de antimitótico.

Parestesia

Sensaciones anormales de tacto, como ardor o picadura, que se presentan sin estímulo exterior.

Pélvico

Relativo a la pelvis (la parte inferior del abdomen situada entre los huesos de la cadera).

Perfil de expresión génica

Información sobre todos los ARN mensajeros que se elaboran en los diversos tipos de células. Puede usarse para detectar y diagnosticar una enfermedad; y para ver cómo responde el cuerpo al tratamiento. Los perfiles de expresión génica pueden utilizarse en la medicina personalizada.

Peritoneal

Del o relacionado con el peritoneo*.

Peritoneo

Tejido que recubre la pared abdominal y cubre la mayoría de los órganos del abdomen.

Progesterona

La progesterona es una hormona sexual principalmente femenina que segregan los ovarios y la placenta. Se encarga de los cambios en el endometrio durante la segunda mitad del ciclo menstrual y lo prepara para la implantación de un óvulo fecundado, así como del desarrollo de la placenta y las glándulas mamarias. Puede utilizarse como un método anticonceptivo y para tratar ciertos trastornos menstruales, la infertilidad y algunos síntomas de la menopausia, entre otras afecciones.

Cáncer de Endometrio: una guía para pacientes – Basada en la Guía de Práctica Clínica de la ESMO – v. 2012.1 Página 26

La Fundación Contra el Cáncer pone a su disposición esta guía con el permiso de la ESMO.

La información de este documento no sustituye en ningún caso a una consulta médica. El documento es solo para uso personal y no puede modificarse, reproducirse ni difundirse en modo alguno sin el permiso escrito de la ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Pronóstico

Probable curso o desenlace de una enfermedad; posibilidad de recuperación, o de recurrencia o recidiva.

Quimioterapia

Literalmente, quimioterapia* significa tratamiento con fármacos. Se suele utilizar para describir el uso sistemático de fármacos para eliminar células cancerígenas, como tratamiento contra el cáncer.

Radiografía del tórax (radiografía torácica)

Radiografía de las estructuras ubicadas en el interior del tórax. Un rayo X es un tipo de radiación de alta energía que puede atravesar el cuerpo y plasmarse en una película para tomar imágenes de las áreas internas del tórax. Pueden usarse para diagnosticar enfermedades.

(Imágenes por) Resonancia magnética (RM)

Es un procedimiento en el cual ondas de radio y un poderoso imán conectados a una computadora son usados para crear imágenes detalladas de áreas dentro el cuerpo. Estas imágenes pueden mostrar la diferencia entre tejido normal y dañado. Las imágenes por resonancia magnética logran mejores imágenes de órganos y tejido blando que otras técnicas de imagenología, tal es la tomografía computarizada* (TC) o los rayos X. Las imágenes por resonancia magnética son especialmente útiles para obtener imágenes del cerebro, la columna vertebral, el tejido blando de las articulaciones y el interior de los huesos. También se llama IRM, RMN y resonancia magnética nuclear.



Reunión multidisciplinar

Método de planificación del tratamiento en el que varios médicos expertos en diferentes especialidades (disciplinas) revisan y discuten el estado de salud y las opciones de tratamiento de un paciente. En el tratamiento contra el cáncer, una opinión multidisciplinar puede incluir la de oncólogo clínico (que ofrece tratamiento anticanceroso con fármacos), cirujano oncólogo (que ofrece operaciones quirúrgicas como tratamiento anticanceroso) y radiooncólogo (que ofrece radioterapia contra el cáncer). También se llama del comité de tumores.

Salpingo-ooforectomía bilateral

Operación quirúrgica mediante la que se extirpan ambos ovarios y ambas trompas de Falopio. (ver imagen)

Seguimiento

Control de la salud de una persona durante el tiempo después del tratamiento. Esto incluye controlar la salud de los individuos que participan en un estudio clínico o un ensayo clínico durante un período de tiempo, tanto durante el estudio como después de la finalización del mismo.

Síndrome palmo-plantar

Afección caracterizada por dolor, hinchazón, adormecimiento, cosquilleo o enrojecimiento de manos o pies. A veces se presenta como un efecto secundario de ciertos medicamentos contra el cáncer.

También se llama síndrome mano-pie o eritrodístesia palmar plantar.

Tamoxifeno

Medicamento que se usa para tratar ciertos tipos de cáncer de mama en mujeres y hombres. Asimismo, se usa para prevenir el cáncer de mama en las mujeres que padecieron de carcinoma ductal in situ (células anormales en los conductos de la mama) y que tienen un riesgo alto de contraer cáncer de mama. El tamoxifeno también está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Bloquea los efectos de la hormona estrógeno* en la mama. El tamoxifeno es un tipo de antiestrógeno. También se llama citrato de tamoxifeno.

Taxano

Tipo de medicamento que impide el crecimiento celular al detener la mitosis (división celular). Los taxanos interfieren con los microtúbulos (estructuras celulares que ayudan al movimiento de los cromosomas durante la mitosis). Se usan para tratar el cáncer. Un taxano es un tipo de inhibidor mitótico y un tipo de antimicrotúbulo.

Terapia sistémica

Tratamiento que emplea sustancias que transporta el flujo sanguíneo para llegar y afectar a las células de todo el cuerpo. La quimioterapia* y la inmunoterapia son ejemplos de terapia sistemática.

Tipo histológico

La categoría en la que se agrupa un tumor, teniendo en cuenta las características de sus células y otras estructuras al microscopio.

Tomografía computarizada (TC)

Un método de radiografía en la que los órganos del cuerpo son escaneados con rayos X y los resultados se sintetizan por ordenador para generar imágenes de las partes del cuerpo.

Topotecan

El topotecan es un medicamento anticanceroso que pertenece al grupo de inhibidores de la topoisomerasa. Inhibe la actividad de una enzima, llamada topoisomerasa I, que interviene en la replicación del ADN. Cuando se bloquea la enzima, las hebras de ADN se rompen, lo que impide que las células cancerosas puedan dividirse y terminan por morir.

Trombosis venosa profunda

Formación de un coágulo sanguíneo en una vena profunda de la pierna o de la parte inferior de la pelvis. Los síntomas pueden incluir dolor, hinchazón, calor y enrojecimiento en la zona afectada. También se denomina trombosis venosa profunda.

Las Guías para Pacientes de la ESMO / La Fundación Contra el Cáncer fueron desarrolladas para ayudar a los pacientes con cáncer, sus familias y al personal de salud a comprender la naturaleza de los diferentes tipos de cáncer y para evaluar las mejores opciones de tratamiento disponibles. La información médica que se describe en las Guías para Pacientes se basa en las Guías de Práctica Clínica para Profesionales de la ESMO, que fueron diseñadas para ayudar a los médicos oncólogos a diagnosticar, hacer el seguimiento y tratar varios tipos de cáncer. Estas guías son desarrolladas por la Fundación Contra el Cáncer en estrecha cooperación con el Grupo de Trabajo de las Guías de Práctica Clínica para Profesionales y el Grupo de Trabajo de Pacientes con Cáncer de la ESMO.

Para obtener más información, visite www.esmo.org y www.fundacioncontraelcancer.org

