

Neoadyuvancia en estadios avanzados de cáncer de ovario

María José Martínez Ortiz

Oncología Médica

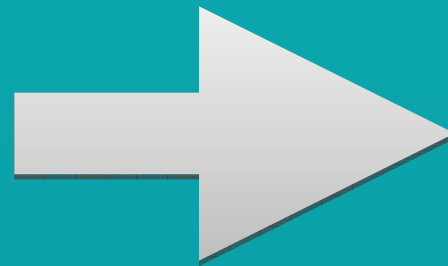
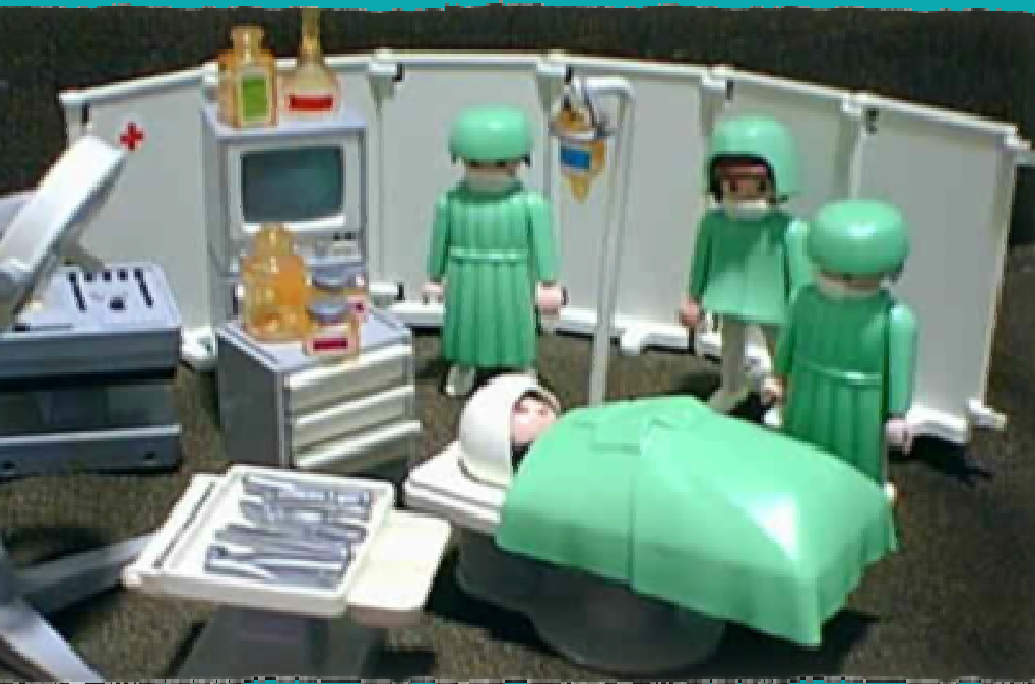


Punto de partida...

6 de las pacientes se diagnostican en estadio III o IV

Punto de partida...

6 de las pacientes se diagnostican en estadio III o IV



andar de tratamiento: Cirugía y quimioterapia adyuvante

Punto de partida...

Supervivencia:

Enfermedad residual

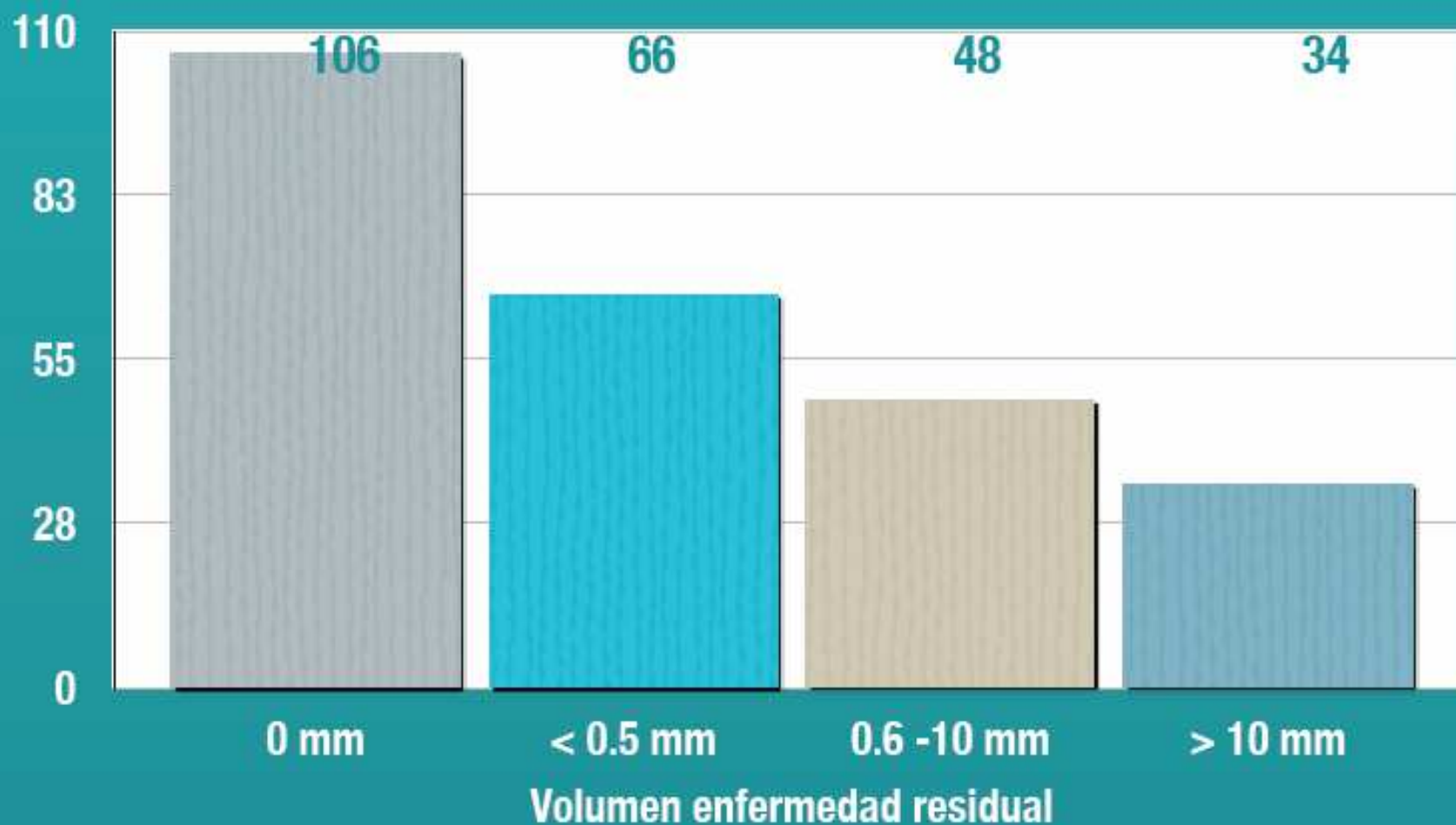
Morbilidad y mortalidad postoperatoria



Modo de tratamiento: Cirugía y quimioterapia adyuvante

Punto de partida...

Mediana supervivencia (meses)



Objetivo....

Objetivo....

Neoadyuvancia

Administración de tratamiento antes de la cirugía

Aumentar probabilidad de resección completa

Reducir la morbilidad y mortalidad perioperatoria

Curiosidades....

Mas de 1000 publicaciones sobre
quimioterapia neoadyuvante en cáncer de ovario



Consenso....



Consenso....

Sociedad Oncología Ginecológica

82% NO evidencia para
QT neoadyuvante en
cáncer de ovario avanzado



Consenso....

4ª conferencia consenso
Gynecologic Cancer Intergroup

QT neoadyuvante **estándar** ovario avanzado
Plantear en **subgrupo** definido de pacientes

Sociedad Oncología Ginecológica

82% NO evidencia para

QT neoadyuvante en
cáncer de ovario avanzado



Consenso....

4ª conferencia consenso
Gynecologic Cancer Intergroup

QT neoadyuvante **estándar** ovario avanzado
Plantear en **subgrupo** definido de pacientes

Sociedad Oncología Ginecológica

82% NO evidencia para
QT neoadyuvante en
cáncer de ovario avanzado

Sociedad Europea Oncología
Ginecológica

70% SI evidencia para recomen
QT neoadyuvante en
cáncer de ovario avanzado



Consenso....

¿ Consenso ?



¿ Cuándo ?

¿ Por qué ?

¿ Cómo ?



¿ Cuándo ?

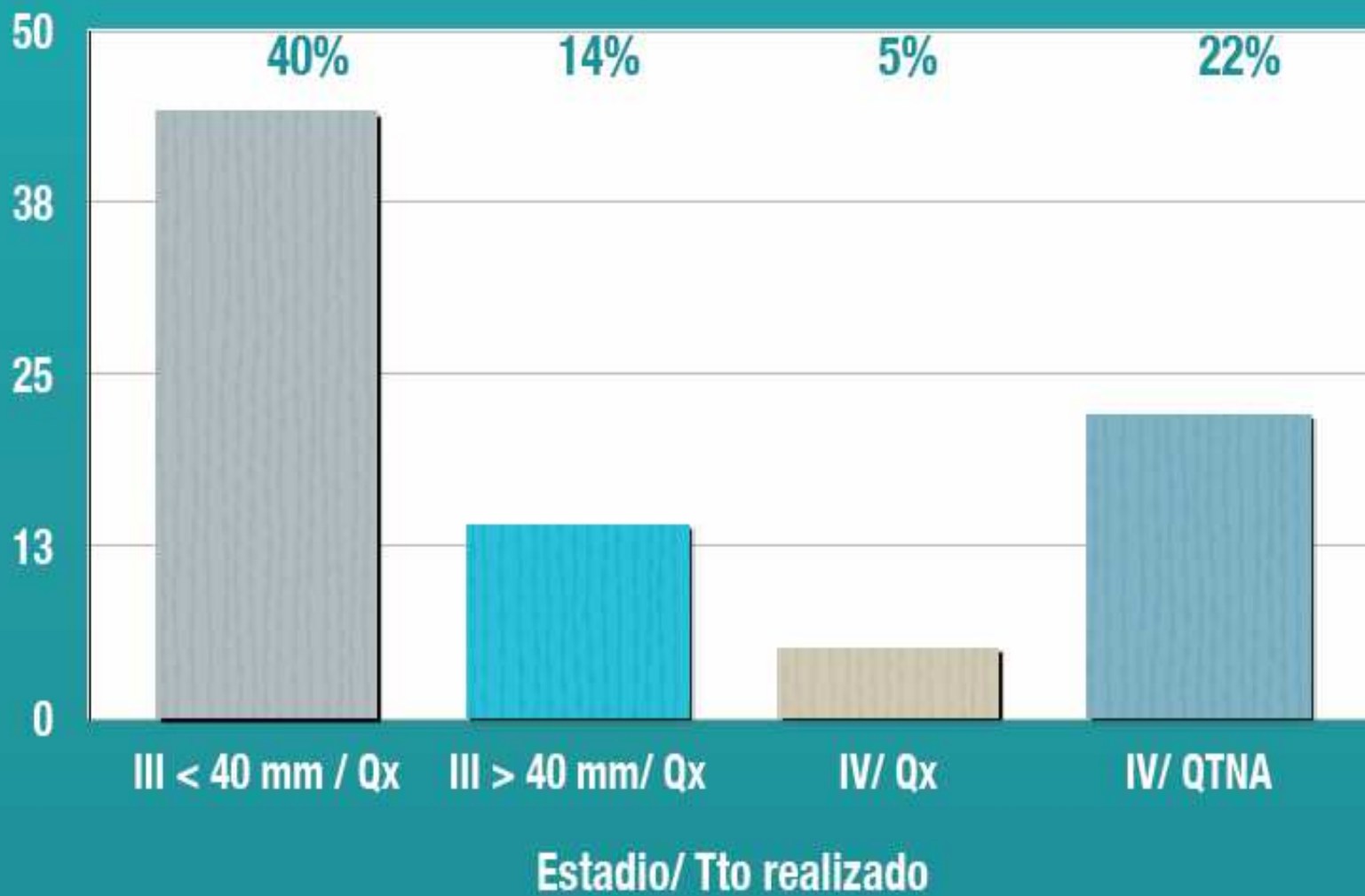
¿ Por qué ?

¿ Cómo ?



Punto de partida...

SG a 5 años



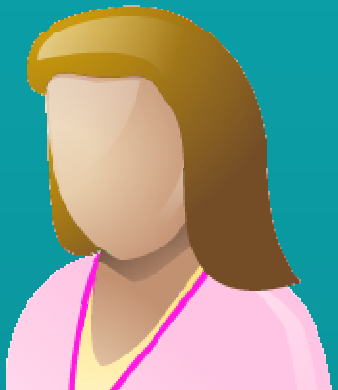
¿Cuándo ?

- Diagnóstico histológico de cáncer de ovario epitelial
- Estadio IIIC o IV
- Evaluación Comité multidisciplinar
- Paciente no candidato a cirugía inicial:



¿Cuándo ?

- Diagnóstico histológico de cáncer de ovario epitelial
- Estadio IIIC o IV
- Evaluación Comité multidisciplinar
- Paciente no candidato a cirugía inicial:



PS

Comorbilidad



Enfermedad b

Irrescabilidad

Cuándo ?

Irreseccabilidad

- . Infiltración difusa o en profundidad del mesenterio del intestino delgado
- . Carcinomatosis difusa que implique estómago y/o largos fragmentos de intestino delgado o grueso
- . Infiltración de duodeno y/o parte del páncreas
- . Infiltración de grandes vasos del ligamento hepatoduodenal, tronco celíaco o detrás de la porta hepática
- . Infiltración del parénquima hepático



Cuándo ?

PS y comorbilidad



EORTC 55971

670 pacientes IIIC/IV (24% estadio IV)

Edad 63 años (33-81)

PS 0-1 85% PS 2 13%

PS 0-1 80%

CHORUS

550 pacientes IIIC/IV (25% estadio IV)

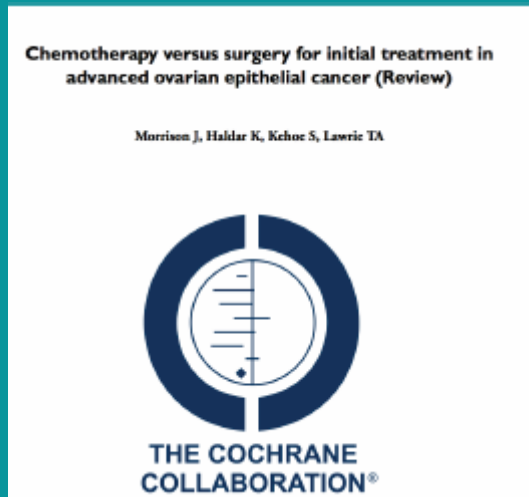
Edad 65 años

PS 2 20%

Cuándo ?

Edad

No diferencias en supervivencia en subgrupos
< 50 años, 50-70, > 70 años



NCCN Guidelines Version 2.2014

Epithelial Ovarian Cancer/ Fallopian Tube Cancer/ Primary Peritoneal Cancer

CLINICAL PRESENTATION

Suspicious^a/palpable pelvic mass detected on abdominal/pelvic exam and/or ascites, abdominal distention, and/or symptoms such as bloating, pelvic or abdominal pain, difficulty eating or feeling full quickly, or urinary symptoms (urgency or frequency)^b without other obvious source of malignancy

WORKUP

- Obtain family history^c
- Refer for genetic risk evaluation^{c,d}
- Abdominal/pelvic exam
- Chest imaging
- Complete blood count (CBC), chemistry profile with liver function test (LFT)
- GI evaluation as clinically indicated
- Ultrasound and/or abdominal/pelvic CT/MRI as clinically indicated^e
- CA-125 or other tumor markers as clinically indicated^f

PRIMARY TREATMENT^{g,h,i,j}

Laparotomy/total abdominal hysterectomy (TAH)/ bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) with comprehensive staging^j or unilateral salpingo-oophorectomy (USO) (clinical stage 1A or 1C, all grades with comprehensive staging if patient desires fertility) or
 Cytoreductive surgery^j if clinical stage II, III, or IV
 or
 Consider neoadjuvant chemotherapy^k (category 1)/primary interval cytoreduction^h (diagnosis by fine needle aspiration [FNA], biopsy, or paracentesis) for patients with bulky stage III/IV who are poor surgical candidates due to high-risk comorbidity conditions or disease factors

Refer for genetic risk evaluation, if not previously done^c

[See Pathologic Staging \(OV-3\)](#)

Diagnosis by previous surgery or tissue biopsy (cytopathology)

- Obtain family history^c
- Refer for genetic risk evaluation^{c,d}
- Chest imaging
- CBC, chemistry profile with LFTs
- Institutional pathology review
- Ultrasound and/or abdominal/pelvic CT/MRI as clinically indicated^e
- CA-125 or other tumor markers as clinically indicated^f

[See Findings and Primary Treatment \(OV-2\)](#)



NCCN Guidelines Version 2.2014 Epithelial Ovarian Cancer/ Fallopian Tube Cancer/ Primary Peritoneal Cancer

CLINICAL PRESENTATION

Suspicious^a/palpable pelvic mass detected on abdominal/pelvic exam and/or as abdominal distention and/or

Symptoms such as bloating, pelvic or abdominal pain, feeling full or eating or feeling full quickly, or urinary symptoms (urgency or frequency)^b or other obvious signs of malignancy

Diagnosis by previous surgical resection or tissue biopsy (cytopathology),

WORKUP

- Obtain family history^c
- Refer for genetic risk

PRIMARY TREATMENT^{g,h,i,j}

- Laparotomy/total abdominal hysterectomy (TAH)/ bilateral salpingo-oophorectomy (BSO) with comprehensive staging^j or unilateral

Consider neoadjuvant chemotherapy^k (category 1)/primary interval cytoreduction^h (diagnosis by fine needle aspiration [FNA], biopsy, or paracentesis) for patients with bulky stage III/IV who are poor surgical candidates due to high-risk comorbidity conditions or disease factors

- Ultrasound and/or abdominal/pelvic CT/MRI as clinically indicated^e
- CA-125 or other tumor markers as clinically indicated^f

[See Pathologic Staging \(OV-3\)](#)

[Staging and Treatment](#)

^aLim SS, Gordon AN, Buttin BM, et al. Obstet Gynecol 2005;105:35-41. [See](#)

¿Cuándo ?

Cáncer epitelial IIIC o IV irresecable de inicio



¿ Cuándo ?

¿ Por qué ?

¿ Cómo ?



Por qué ?

QTNA/cirugía vs Cirugía/QTA

44 pacientes

Menos ostomías (8% vs 19%)

Menos resecciones de intestino delgado (4% vs 6%) y grueso (1% vs 21%)

Menos complicaciones postoperatorias: infecciones (11% vs 8%), complicaciones gastrointestinales (29% vs 35%), problemas pulmonares (4% vs 11%)

Por qué ?

QTNA/cirugía vs Cirugía/QTA

No diferencia
en SV

44 pacientes

Menos ostomías (8% vs 19%)

Menos resecciones de intestino delgado (4% vs 6%) y grueso (1% vs 21%)

Menos complicaciones postoperatorias: infecciones (11% vs 8%), complicaciones gastrointestinales (29% vs 35%), problemas pulmonares (4% vs 11%)

Por qué ?

QTNA/cirugía vs Cirugía/QTA

100 pacientes IIIC o IV

Similar SLP (12 meses) y SG (29 vs 30 meses)

Mayor citorreducción óptima: enfermedad residual < 1 cm (81% vs 72%)

Menos complicaciones postoperatorias: muertes (0'7% vs 2'5%), infecciones (2% vs 8%), hemorragias grado 3/4 (4% vs 7%), eventos trombóticos (0% vs 2'6%)

Por qué ?

QTNA/cirugía vs Cirugía/QTA

100 pacientes IIIC o IV

Similar SV a 12 meses (76% vs 70%)

Mayor citorreducción óptima: enfermedad residual 0 cm (35% vs 15%)

Menos complicaciones postoperatorias: infecciones (3% vs 6%), eventos trombóticos (0% vs 2%)

Tiempo hospitalización <14 días (92% vs 74%)

Por qué ?

resección completa y menor morbilidad perioperatoria

**No diferencia
en SV**

¿ Cuándo ?

¿ Por qué ?

¿ Cómo ?



¿Cómo?

ORTC 55971

670 pacientes IIIC/IV

3 ciclos QT- QX - 3 ciclos QT

FORUS

550 pacientes IIIC/IV

3 ciclos QT- QX - 3 ciclos QT

**Carboplatino
paclitaxel**

¿Cómo?

PORTC 55971

670 pacientes IIIC/IV
3 ciclos QT- QX - 3 ciclos QT

**10% progresión
de enfermedad**

FORUS

550 pacientes IIIC/IV
3 ciclos QT- QX - 3 ciclos QT

**3% imprecisión
diagnóstica**



¿Cómo?

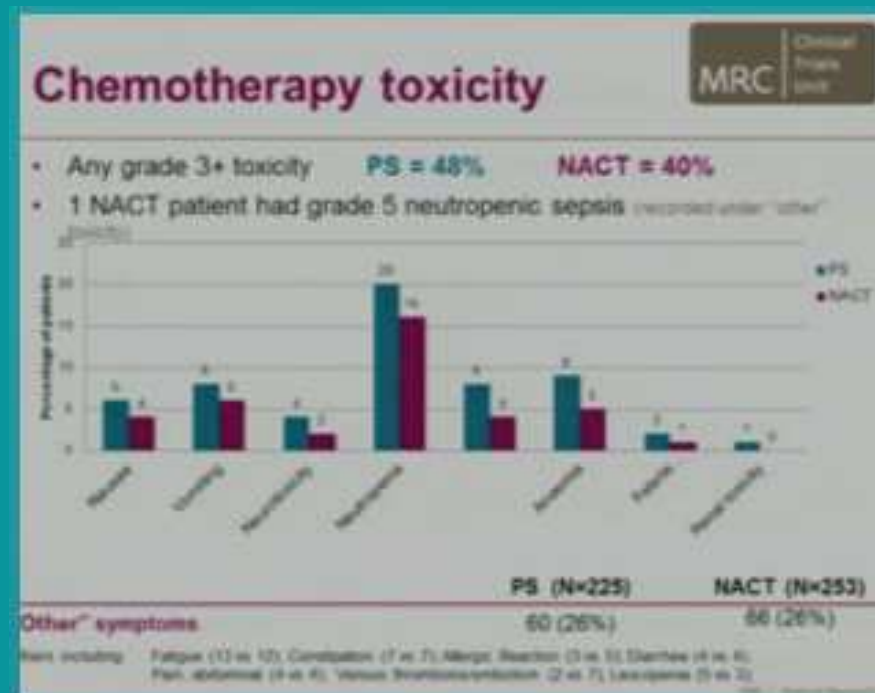
EFECTOS ADVERSOS

Neutropenia (febril)

Anemia

Nauseas/vómitos

Toxicidad renal



¿Cómo?

Quimioterapia con carboplatino y paclitaxel

Intravenosa cada 21 días

- 4 ciclos

**10% progresión
de enfermedad**



¿ Cuándo ?

¿ Cómo ?

¿ Por qué ?



¿ Cuándo ?

Cáncer epitelial IIIC o IV irresecable

¿ Cómo ?

¿ Por qué ?

¿ Cuándo ?

Cáncer epitelial IIIC o IV irresecable

¿ Cómo ?

3-4 ciclos QT carboplatino-paclitaxel iv cada 21 días

¿ Por qué ?

¿ Cuándo ?

Cáncer epitelial IIIC o IV irresecable

¿ Cómo ?

3-4 ciclos QT carboplatino-paclitaxel iv cada 21 días

¿ Por qué ?

resección completa y menor morbimortalidad perioperat



Muchas gracias

por vuestra atención