

Sarcomas de Tejido Blando

¿Qué es el
sarcomas
de tejido blando?

Déjenos
explicárselo.

www.anticancerfund.org | www.esmo.org

SARCOMAS DE TEJIDO BLANDO: GUÍA PARA LOS PACIENTES

INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE BASADA EN LAS DIRECTRICES DE PRÁCTICA CLÍNICA ESMO

Esta guía para pacientes ha sido preparada por la Fundación Contra el Cáncer para ayudar a los pacientes y a sus familiares a entender mejor la naturaleza del sarcoma de tejido blando y comprender las mejores opciones de tratamiento disponibles en función del subtipo de sarcoma. Aconsejamos a los pacientes que pregunten a sus médicos qué pruebas o tipos de tratamientos se requieren para su tipo y estadio de enfermedad. La información médica descrita en este documento se basa en las directrices de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) para la gestión de los sarcomas de tejido blando. Esta guía para pacientes ha sido producida en colaboración con la ESMO y se divulga con el permiso de la ESMO. Ha sido escrita por un doctor en medicina y revisada por dos oncólogos de la ESMO, incluyendo al principal autor de las directrices de práctica clínica para profesionales. También ha sido revisada por representantes del Grupo de Trabajo de Pacientes de Cáncer de la ESMO.

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

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

Para todas aquellas palabras marcadas con un asterisco se facilita una definición al final del documento.

Índice

Hoja informativa sobre los sarcomas de tejido blando	3
Definición de sarcomas de tejido blando	4
¿Son frecuentes los sarcomas de tejido blando?	5
¿Qué causa los sarcomas de tejido blando?	6
¿Cómo se diagnostica el sarcoma de tejido blando?	8
¿Qué es importante saber para obtener el tratamiento óptimo?	10
¿Cuáles son las opciones de tratamiento?	13
¿Cuáles son los posibles efectos secundarios de los tratamientos?	19
¿Cómo pueden ayudar los grupos de apoyo a pacientes?	24
¿Qué pasa después del tratamiento?	26
Definiciones de términos médicos.....	28

Este texto ha sido escrito por la Dra. Vittoria Colia (de la Fundación Contra el Cáncer) con la ayuda del Dr. Paolo Casali (ESMO), la Dra. Silvia Stacchiotti (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milán, Italia) y el Dr. Salvatore Provenzano (Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, Milán, Italia). Ha sido revisado por el Dr. Gauthier Bouche (Fundación Contra el Cáncer), la Dra. Svetlana Jezdic (ESMO), Jorge Freitas RN, MSc (EONS), Jane Beveridge BSc Hons, MSc, Asesora de Enfermería (EONS), Anita Margulies BSN RN (EONS), Markus Wartenberg (Sarcoma Patients EuroNet Association - SPAEN), Roger Wilson (SPAEN) y el Prof. Jean-Yves Blay (ESMO).

Esta guía para pacientes ha sido traducida al español por un traductor profesional y validada por el Dr. Gustavo A. López

HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS SARCOMAS DE TEJIDO BLANDO

Definición de sarcomas de tejido blando

- La expresión sarcomas de tejido blando describe a un grupo de tumores malignos que se forman en los “tejidos blandos”. Los tejidos blandos comprenden músculos, tendones, grasa, vasos sanguíneos y linfáticos, nervios y revestimientos de las articulaciones (tejido sinovial*).
- Dado que los tejidos blandos se encuentran en todo el cuerpo, los sarcomas de tejido blando pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo.

Diagnóstico

- Desafortunadamente, los sarcomas* pueden ser asintomáticos durante mucho tiempo y los síntomas dependen de la parte del cuerpo que se vea afectada. Puede sospecharse la presencia de sarcomas cuando aparece un bulto en una pierna, en un brazo o en el tronco.
- Los exámenes radiológicos* son obligatorios para determinar el alcance de un sarcoma de tejido blando y para establecer la presencia o ausencia de metástasis* distantes.
- Deberá obtenerse una muestra del tumor (biopsia*) para llevar a cabo un análisis en el laboratorio para confirmar el diagnóstico y conocer más detalles sobre el tipo de sarcoma*.

Tratamiento

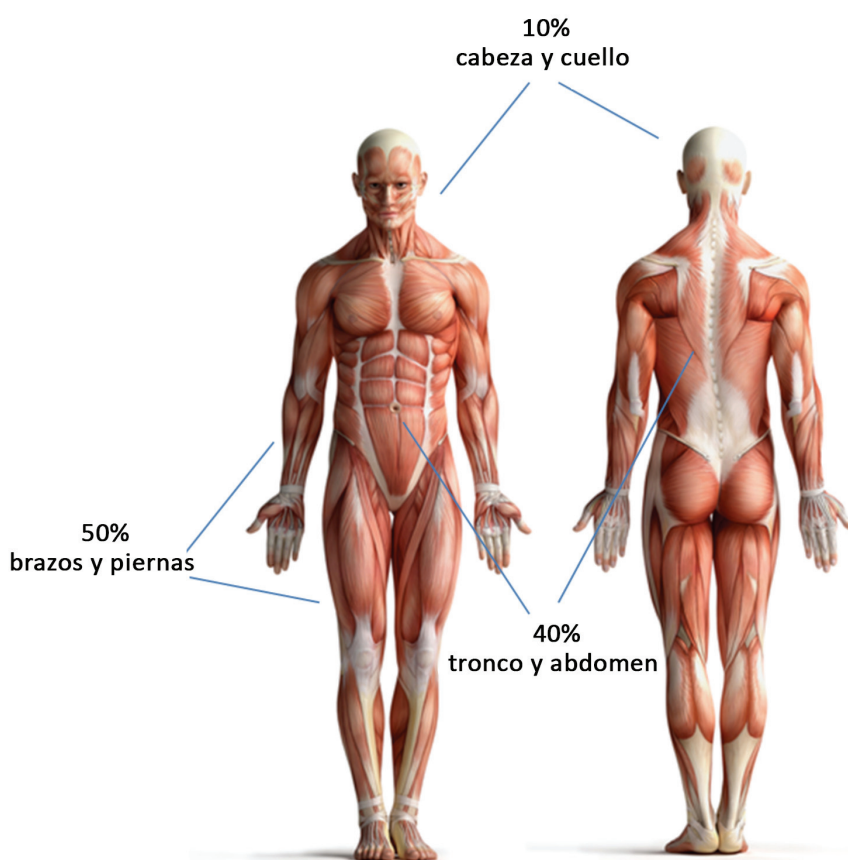
- Los sarcomas localizados están confinados en su sitio primario y no se han extendido a los tejidos cercanos ni a otras áreas del cuerpo.
 - La extirpación del tumor por medio de cirugía es el tratamiento estándar.
 - La radioterapia* y la quimioterapia* tanto separadamente como combinadas después de la cirugía, a veces pueden usarse para aumentar las posibilidades de cura definitiva o reducir el riesgo de que el tumor vuelva a aparecer.
 - La radioterapia* puede usarse antes de la cirugía para reducir el tamaño del tumor y permitir que sea extirpado completamente.
- Los sarcomas* avanzados se han diseminado desde donde aparecieron en primer lugar a otras partes del cuerpo. Esto se conoce como cáncer metastásico o avanzado.
 - El enfoque de tratamiento principal es el uso de quimioterapia* y terapia dirigida* molecular. La elección de los medicamentos dependerá principalmente de las condiciones clínicas del paciente y del tipo de sarcoma*.
 - La radioterapia*, tanto durante la quimioterapia* como después de la misma, podría usarse para aliviar los síntomas y controlar las metástasis*.
 - La cirugía podría usarse para aliviar los síntomas o para curar el cáncer en algunos casos específicos.

Seguimiento

- Las citas del seguimiento incluyen exámenes físicos, análisis de sangre y exámenes radiológicos; todos estos tipos de pruebas se realizarán durante varios años.
- Se desconoce cuál sería la programación óptima para el seguimiento de los sarcomas de tejido blando, que dependerá de la localización, el tamaño y la agresividad (grado) del tumor. El seguimiento tras el tratamiento para el sarcoma de tejido blando de grado alto o intermedio será más intensivo que el seguimiento para el sarcoma* de grado bajo.

DEFINICIÓN DE SARCOMAS DE TEJIDO BLANDO

Con "sarcomas de tejido blando" se define a un grupo de tumores malignos que se forman cuando las células anormales crecen sin control en los "tejidos blandos" y los "tejidos conectivos". Los tejidos blandos puede encontrarse en cualquier parte del cuerpo y comprenden músculos, tendones, grasa, vasos sanguíneos y linfáticos, nervios y revestimientos de las articulaciones (tejido sinovial*). El tipo de sarcoma* depende de la clase de células en las que se origina. Los tejidos conectivos comprenden todo el tejido que sostiene, conecta o separa a diferentes tejidos en el organismo. Precisamente por este motivo, puede encontrarse en la estructura de órganos en el cuerpo (como, por ejemplo, en el útero). Los sarcomas de tejido blando, por lo tanto, pueden crecer prácticamente en cualquier zona, pero son más comunes en los brazos y las piernas (50%), seguidos por el tronco y el abdomen (40%) y la cabeza y el cuello (10%).



Nota importante en referencia a otros tipos de sarcomas.

Los sarcomas de Kaposi* y los tumores del estroma gastrointestinal* (TEGI) son sarcomas de tejido blando que se tratan de manera diferente a los demás sarcomas de tejido blando, motivo por el cual no se incluyen en esta guía.

Los sarcomas óseos se originan en las células que forman los huesos y reciben también el nombre de osteosarcomas*. El sarcoma de Ewing es un tipo poco común de sarcoma* que por lo general también se origina en los huesos. Los sarcomas óseos y de Ewing se tratan de manera diferente a los demás sarcomas de tejido blando, motivo por el cual no se incluyen en esta guía.

¿SON FRECUENTES LOS SARCOMAS DE TEJIDO BLANDO?

Los sarcomas de tejido blando son tumores poco comunes. En Europa se diagnostican 4 o 5 casos por cada 100.000 personas cada año, sin una diferenciación importante entre países. El riesgo de desarrollar un sarcoma de tejido blando a lo largo de la vida es de 0,15-0,50%. El sarcoma de tejido blando es más común en adultos que en niños, con una incidencia pico alrededor de los 50-60 años, pero puede aparecer a cualquier edad.

A causa de su rareza y de la frecuente necesidad de tratamiento multimodal*, la gestión del sarcoma de tejido blando debería llevarse a cabo en centros de referencia con experiencia en el tratamiento de este cáncer, con la participación de patólogos*, radiólogos*, cirujanos, ortopedistas*, oncólogos especializados en radiación*, oncólogos médicos* y oncólogos pediátricos*.

¿QUÉ CAUSA LOS SARCOMAS DE TEJIDO BLANDO?

No está claro por qué se producen los sarcomas de tejido blando. En cualquier caso, se han identificado algunos factores de riesgo. Un factor de riesgo aumenta el riesgo de aparición de cáncer, pero no es ni necesario ni suficiente para causar cáncer. Un factor de riesgo no es una causa en sí mismo.

Algunas personas con estos factores de riesgo nunca desarrollarán un sarcoma de tejido blando y otras personas sin ninguno de estos factores de riesgo sin embargo pueden desarrollar este cáncer.

Los riesgos principales para el sarcoma de tejido blando son los siguientes.

- Predisposiciones genéticas: las condiciones tanto heredadas como adquiridas pueden estar asociadas con la aparición del sarcoma de tejido blando.
 - *Síndrome de Li-Fraumeni* es una afección genética heredada debida a la mutación* de un gen supresor de tumores* (p53), esto es, un gen que ayuda a proteger a las células del cáncer. Los pacientes con este síndrome poco común son más proclives a desarrollar diversos tipos de cánceres, incluyendo los sarcomas de tejido blando.
 - *Poliposis adenomatosa familiar* es una afección que se caracteriza por mutaciones* en el gen APC (adenomatous polyposis coli)*, que es un gen supresor de tumores. Las familias afectadas por la poliposis adenomatosa desarrollan de cientos a miles de pólipos colónicos que suelen aparecer con mayor frecuencia a partir de la segunda década de vida. Los pólipos colónicos son tumores benignos* que pueden evolucionar y transformarse en cáncer de colon. También hay una alta frecuencia de tumores desmoides intraabdominales (un tipo de tumores de tejido blando) entre pacientes con poliposis adenomatosa familiar.
 - El *Síndrome de Gardner* es un tipo de poliposis adenomatosa familiar asociada con el desarrollo de otros tumores benignos* como osteomas*, quistes epidérmicos* y fibromas*. Hay una alta frecuencia de tumores desmoides intraabdominales (un tipo de tumores de tejido blando) entre pacientes con síndrome de Gardner.
 - *Síndrome RB (retinoblastoma)* es un síndrome familiar caracterizado por una alteración del gen RB, que es un gen supresor de tumores. Los pacientes suelen desarrollar tumores malignos de la retina en ambos ojos durante la infancia. Los sarcomas de tejido blando y óseos pueden desarrollarse más tarde en la vida de dichos pacientes.
 - *Neurofibromatosis 1 (enfermedad de Von Recklinghausen*)*: esta enfermedad hereditaria se caracteriza genéticamente por una mutación* en el gen NF1*, que es un gen supresor de tumores*. Las características clínicas incluyen la presencia en la piel de múltiples tumores benignos generalizados conocidos como neurofibromas* y de mancha *café-au-lait** (color café con leche). Los pacientes con la enfermedad de Von Recklinghausen* tienen un riesgo mayor de desarrollar tumores malignos de la vaina nerviosa periférica (TMVNP)* y, en menor medida, tumores del estroma gastrointestinal (TEGI)* y rhabdomyosarcomas*.



- *Neurofibromatosis II*: este síndrome es causado por mutaciones* del gen supresor de tumores NF2. Está asociado típicamente con schwannomas* del nervio auditivo* en el/los oído/s u otros nervios. Hay una predisposición a meningiomas* y gliomas*, dos tipos de tumor que se forman a partir de las células del sistema nervioso.
- Otras afecciones genéticas como el síndrome del nevo de células basales*, la *Esclerosis tuberosa** y el *Síndrome de Werner** están asociadas con un riesgo aumentado de desarrollo de sarcoma de tejido blando.
- Radiaciones ionizantes*: la exposición a radiaciones ionizantes puede aumentar el riesgo de aparición de sarcomas de tejido blando incluso en ausencia de otros factores de riesgo. Los sarcomas* pueden formarse raramente tras la exposición a radiación suministrada para tratar otros cánceres, como el cáncer de mama o el linfoma*. En estos casos el sarcoma* inicia sobre todo en la zona del cuerpo tratada con radiación. La frecuencia aumenta con la dosis de tratamiento y disminuye con la edad. El tiempo medio entre la exposición a la radiación y el diagnóstico de un sarcoma* es de aproximadamente 10 años. La exposición a la radiación es, en cualquier caso, una causa muy rara de aparición de sarcomas de tejido blando.
- Agentes químicos: muchos agentes carcinógenos* se han presentado como factores de riesgo del sarcoma de tejido blando, aunque muy pocas de estas asociaciones se han establecido claramente. Existe una asociación entre la exposición al cloruro vinílico* o al arsénico y el angiosarcoma* hepático* (un tipo de sarcoma de tejido blando) y entre la exposición a herbicidas de fenoxi* o dioxinas* y el sarcoma de tejido blando en general. La exposición laboral comporta el riesgo más alto.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA EL SARCOMA DE TEJIDO BLANDO?

Los sarcomas* a menudo no causan síntomas durante mucho tiempo, hasta que se hacen muy grandes y presionan un órgano, un nervio o un músculo. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y los síntomas dependen de la parte del cuerpo que se vea afectada. Como circunstancia principal, puede sospecharse la presencia de sarcomas cuando aparece un bulto en una pierna, un brazo o en el tronco. También pueden encontrarse durante una investigación de otros síntomas o durante una operación de rutina.

El diagnóstico del sarcoma* se basa en los siguientes exámenes:

1. **Historial médico y exámenes clínicos.** Su médico empezará con la elaboración de su historial médico completo, preguntándole cuándo empezaron los síntomas y cómo han cambiado con el paso del tiempo, y comprobará la existencia de factores de riesgo. Seguidamente, su médico llevará a cabo un examen físico exhaustivo, incluyendo la zona en la que está el bulto y/o el dolor. Si el sarcoma* está en una parte del brazo o de la pierna, el síntoma más común es una inflamación incómoda. En ocasiones, esta inflamación puede ser dolorosa o sensible, pero también puede ser indolora. Si el sarcoma* está en la parte central del cuerpo (el tronco), los síntomas dependerán del órgano que esté afectado. Por ejemplo, un sarcoma* en el pulmón puede causar disnea y tos; un bulto en el abdomen podría causar dolor abdominal, vómitos y estreñimiento; un sarcoma que afecte al útero podría causar sangrado uterino y dolor en la parte inferior del abdomen en momentos alejados de los periodos menstruales o tras la menopausia*.
2. **Análisis de sangre.** Los análisis de sangre se realizan para comprobar su estado de salud general, y para explorar la función del hígado, de los riñones y de las células sanguíneas.
3. **Examen radiológico*.** Se utiliza una amplia gama de técnicas de adquisición de imágenes para poder ver dentro del cuerpo y determinar el alcance de un sarcoma de tejido blando y establecer la presencia o ausencia de enfermedad metastásica distante.
 - **Radiografía de tórax*:** podría hacerse una radiografía simple de tórax para determinar si el sarcoma* se ha diseminado a los pulmones, ya que este es uno de los lugares más comunes a los que podría diseminarse.
 - **Ecografía*:** tipo de examen que usa ondas sonoras y sus ecos para crear imágenes del interior del cuerpo, también llamado ultrasonografía. Existen diferentes tipos de ecografías*, dependiendo de qué parte del cuerpo debe ser examinada y por qué. Se puede realizar una ecografía* exterior para examinar el hígado, los riñones y otros órganos en el abdomen y la pelvis, o la función cardíaca. Una sonda* ultrasónica* colocada en la vagina permite al médico ver el útero. La ecografía endoscópica (EUS, por sus siglas en inglés) se realiza con un instrumento similar a un tubo, llamado endoscopio, con un escáner de ultrasonidos; este instrumento usa las ondas sonoras para producir imágenes de los órganos abdominales.



- **Exploración con TC***: una exploración con tomografía computarizada es una técnica de rayos X* que produce imágenes detalladas del interior del cuerpo. Puede que le pidan que beba un líquido llamado contraste oral y también es posible que reciba un medio de contraste por vía intravenosa para ayudar a que los órganos o los tejidos se vean más claramente.
- **Exploración con TEP**: La tomografía por emisión de positrones se usa principalmente para averiguar si el sarcoma* se ha diseminado a otras partes del cuerpo. La prueba de exploración con TEP se realiza inyectando al paciente una sustancia que contiene glucosa*. Esta sustancia radiomarcada* a base de glucosa es absorbida por las células cancerosas, que son menos capaces de eliminarla que los tejidos normales, de manera que queda “atrapada” en los tejidos cancerosos. Las exploraciones con TEP también pueden usarse para examinar el efecto del tratamiento en los tumores.
- **IRM**: La imagen por resonancia magnética usa campos magnéticos y ondas de radio para crear una serie de imágenes detalladas del tejido del cuerpo. La IRM puede mostrar los tejidos blandos de forma más clara respecto a cualquier otro tipo de exploración. Se usa a menudo para los tumores de las extremidades.
- **Gammagrafía ósea**: es un tipo de exploración que usa una sustancia radiomarcada* para averiguar si el sarcoma* se ha diseminado a los huesos. La sustancia radiomarcada* viaja hasta zonas que presentan cambios en los huesos, que se ven más brillantes e indican la posible diseminación del tumor.



- 4. Examen histopatológico.** El examen histopatológico* se lleva a cabo en una biopsia* o porción de tejido tras la extirpación de todo el tumor por cirugía. Solo la evaluación histopatológica* del tumor revelará si el tumor es un sarcoma de tejido blando y el tipo de sarcoma*. También proporcionará el “grado de malignidad”*, esto es, una clasificación de la agresividad de las células que forman el tumor. Los grados se explican con mayor detalle más adelante en el texto.

Una biopsia* obtiene una muestra del tumor que será examinada bajo un microscopio para buscar las células cancerosas. Se pueden realizar diferentes tipos de biopsias: biopsia con aguja gruesa, biopsia por escisión y biopsia abierta.



- **Biopsia con aguja gruesa**: se extrae una muestra de células o parte de un bulto usando una aguja. Antes de que se realice la biopsia* se inyecta en el paciente un anestésico* local para adormecer la zona y pueden tomarse varias muestras. Si el bulto es profundo el médico puede usar un ecografía* o una exploración con TC* para guiar la aguja hasta el sitio correcto.
- **Biopsia por incisión/escisión**: bajo anestesia*, se usa un bisturí para extirpar una muestra de tejido del bulto (“por incisión”), o todo el tumor (“por escisión”). Esta es la opción más práctica para los sarcomas* bastante pequeños situados cerca de la superficie del cuerpo (lesiones superficiales de menos de 5 cm).
- **Biopsia abierta**: se usa un bisturí para abrir la zona y extirpar una muestra de tejido del bulto o todo el tumor; puede hacerse bajo anestesia local o general*, dependiendo de la posición y la profundidad del tumor.

¿QUÉ ES IMPORTANTE SABER PARA OBTENER EL TRATAMIENTO ÓPTIMO?

Los médicos tendrán que considerar muchos aspectos relativos al paciente y al cáncer para poder decidir cuál es el mejor tratamiento.

Información importante sobre el paciente.

- Bienestar general
- Historial médico personal
- Historia de cáncer en familiares
- Para las mujeres, el estado con respecto a la menopausia*, que en algunos casos requerirá que se extraiga una muestra de sangre para medir el nivel de algunas hormonas en la sangre
- Resultados del examen clínico realizado por su médico
- Los resultados de los análisis de sangre realizados para evaluar los glóbulos blancos*, los glóbulos rojos* y las plaquetas*, y de las pruebas realizadas para excluir problemas de corazón, hígado y riñones.



Información importante sobre el cáncer.

- **Resultados de la biopsia***

La muestra de tumor obtenida a través de biopsia* será examinada en el laboratorio. Este examen se denomina histopatología*. La segunda histopatología* implica el examen de todo el tumor tras la extirpación quirúrgica. Es muy importante confirmar los resultados de la biopsia* y proporcionar más información sobre el cáncer. Los resultados del examen de la biopsia* deberán incluir:



- **Tipo histológico*:** Los sarcomas de tejido blando incluyen varias decenas de subtipos histológicos diferentes. Se recomienda encarecidamente que el examen de la biopsia* y del tumor sea hecho por un patólogo* experto de un centro de referencia. Los subtipos más comunes de sarcoma de tejido blando en adultos incluyen:
 - El **sarcoma de tejido blando pleomórfico indiferenciado* (o no clasificado)**, a pesar de ser poco común, es el sarcoma* más frecuente en la vida adulta. Puede aparecer en cualquier parte del cuerpo pero lo más común es que lo haga en la pierna, especialmente en el muslo.
 - El **liposarcoma*** se forma a partir de las células que almacenan la grasa en el tejido blando profundo. Puede aparecer en casi cualquier parte del cuerpo, pero más de la mitad de los casos de liposarcoma* afectan al muslo y hasta un tercio afectan al tejido presente en el abdomen.
 - El **leiomioma*** se forma a partir de las células presentes en un tipo de tejido muscular llamado músculo liso. Los músculos lisos se encuentran en las paredes de órganos como el corazón y el estómago, además de en las paredes de los vasos sanguíneos. Esto significa que este tipo de sarcoma se puede desarrollar en cualquier parte del cuerpo, pero los lugares más comunes son las paredes de la matriz (útero), las extremidades y el estómago.

- El **sarcoma sinovial*** suele aparecer cerca de las articulaciones principales de los brazos, piernas y cuello.
- El **tumor maligno de la vaina nerviosa periférica (TMVNP)*** se forma a partir del tejido conectivo que rodea al nervio. También recibe el nombre de neurofibrosarcoma o schwannoma* maligno.
- El **angiosarcoma*** se forma en las estructuras del revestimiento interno de los vasos sanguíneos y puede aparecer en cualquier parte del cuerpo. Generalmente aparece en la piel, en el seno, en el hígado, en el bazo y en el tejido profundo.
- El **tumor fibroso solitario (TFS)*** principalmente afecta a la pleura*.
- El **dermatofibrosarcoma protuberante (DFSP)*** se desarrolla en las capas más profundas de la piel y generalmente se encuentra en el tronco, pero también en los brazos, piernas y en las zonas del cuello y la cabeza.
- El **tumor desmoplásico de células redondas pequeñas (TDCRP)*** aparece en adolescentes y jóvenes adultos y generalmente tiene una evolución agresiva. Las manifestaciones clínicas a menudo están relacionadas con una enfermedad abdominal generalizada.
- El **rabdomiosarcoma*** se forma a partir de las células que forman los músculos esqueléticos, los músculos que se controlan voluntariamente. En cualquier caso, el rabdomiosarcoma* también puede formarse a partir de células que forman los músculos casi en cualquier parte del cuerpo, incluidas las partes/órganos que normalmente carecen de músculos esqueléticos. Los lugares más comunes del rabdomiosarcoma* son cabeza, cuello, vejiga, vagina, brazos, piernas y tronco del cuerpo. Con muy poca frecuencia el rabdomiosarcoma* se desarrolla en la glándula prostática, en el oído medio o en los conductos biliares.

Los tumores desmoides, también llamados fibromatosis profunda o agresiva, son tumores poco comunes que no son formalmente sarcomas*. Suelen agruparse en la clasificación de sarcomas de tejido blando porque se forman a partir de los fibroblastos, unas células presentes en todo el cuerpo y que proporcionan apoyo y protección a órganos como los pulmones, el hígado, los vasos sanguíneos, el corazón, los riñones, la piel, los intestinos, etc. Los tumores desmoides pueden formarse prácticamente en cualquier parte del cuerpo. Los principios de tratamiento de los tumores desmoides se describen en esta guía para pacientes.*

- **Grado:** El grado de un tumor indica lo “agresivo” que parece el tumor cuando se analiza bajo un microscopio por un médico llamado patólogo*. En el sarcoma de tejido blando, el patólogo considera cuánto se asemeja el tumor al tejido normal (diferenciación), cuántas células están dividiéndose (recuento mitótico*) y qué parte del tumor está formada por tejido muerto (necrosis*). Generalmente se usa el sistema de clasificación de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer (FNCLCC), que distingue entre tres grados de malignidad basados en la diferenciación, la necrosis* y el índice mitótico*. Basándose en estas tres características, los tumores se clasifican en tumores de grado 1 (bajo), grado 2 (intermedio) y grado 3 (alto). Cuanto más bajo sea el grado, mejor será el pronóstico*.

- **Características moleculares:** Puede pedirse información adicional sobre las características del tumor. Esta información se obtiene gracias al examen de estructuras (como cromosomas o genes) y moléculas (como proteínas) de las células. Estos análisis pueden realizarse para confirmar o aclarar el tipo histológico del sarcoma de tejido blando, para proporcionar información adicional sobre el pronóstico* de la enfermedad o para ayudar a tomar una decisión sobre el tratamiento, especialmente con respecto al uso de terapias dirigidas*, terapias que funcionan vinculándose a una proteína o a una estructura específica de las células inhibiendo su función.

• Estadificación

Los médicos usan la estadificación para determinar la extensión del cáncer en el cuerpo, lo que resulta un determinante importante del pronóstico*. El sistema más utilizado para los sarcomas de tejido blando es el sistema TNM. La combinación de T, tamaño del tumor e invasión de tejido cercano, N, implicación de ganglios linfáticos*, y M, metástasis* o diseminación del cáncer a otro órgano del cuerpo, clasificará al cáncer dentro de uno de los siguientes estadios. Para los sarcomas de tejido blando, la estadificación TNM también tiene en cuenta el grado de malignidad (G), que en los sarcomas de tejido blando es un factor de pronóstico muy importante.

La determinación del estadio es fundamental para realizar la decisión correcta acerca del tratamiento. Cuanto más bajo sea el estadio, mejor será el pronóstico*.

La siguiente tabla presenta los diferentes estadios de los sarcomas de tejido blando. Las definiciones son bastante técnicas, así que recomendamos encarecidamente que se soliciten a los médicos explicaciones más detalladas.

Estadio	Definición
Estadio IA	<i>El tumor</i> - <i>se clasifica de grado 1;</i> - <i>no supera los 5 cm en su tamaño más grande;</i> - <i>no se ha diseminado a ganglios linfáticos * ni a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio IB	<i>El tumor</i> - <i>se clasifica de grado 1;</i> - <i>supera los 5 cm en su tamaño más grande;</i> - <i>no se ha diseminado a ganglios linfáticos * ni a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio IIA	<i>El tumor</i> - <i>se clasifica de grado 2 o grado 3;</i> - <i>no supera los 5 cm en su tamaño más grande;</i> - <i>no se ha diseminado a ganglios linfáticos * ni a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio IIB	<i>El tumor</i> - <i>se clasifica de grado 2;</i> - <i>supera los 5 cm en su tamaño más grande;</i> - <i>no se ha diseminado a ganglios linfáticos * ni a otras partes del cuerpo.</i>
Estadio III	<i>El tumor</i> - <i>o se clasifica de grado 3 y presenta un tamaño que supera los 5 cm en su parte más grande pero todavía no se ha diseminado a los ganglios linfáticos* u otras partes del cuerpo;</i> - <i>o se ha diseminado a los ganglios linfáticos*, independientemente de su tamaño y grado.</i>
Estadio IV	<i>Independientemente de su tamaño y grado, el tumor se ha diseminado a otra/s parte/s del cuerpo (metástasis*).</i>

¿CUÁLES SON LAS OPCIONES DE TRATAMIENTO?

La planificación del tratamiento implica la intervención de un equipo multidisciplinario* de profesionales médicos con un alto nivel de experiencia en la gestión de estos tumores (que generalmente se llaman centros de referencia o de expertos). Esto suele comportar la reunión de diferentes especialistas, reunión que recibe el nombre de opinión multidisciplinaria* o revisión del comité de tumores. En esta reunión se discutirá la planificación del tratamiento de acuerdo con la información pertinente anteriormente mencionada.



El tratamiento generalmente combinará terapias que:

- Traten el cáncer localmente, como cirugía o radioterapia*
- Traten las células cancerosas en todo el cuerpo por medio de terapia sistémica*, como quimioterapia*.

La extensión del tratamiento dependerá del estadio del sarcoma*, de las características del tumor y de los riesgos para el paciente.

Los tratamientos tienen sus beneficios, sus riesgos y sus contraindicaciones*. Se recomienda que los pacientes pregunten a sus médicos sobre los beneficios y riesgos esperados de cada tratamiento para estar informados acerca de las consecuencias del tratamiento. En el caso de algunos tratamientos están disponibles varias posibilidades y la elección deberá discutirse en función del equilibrio entre beneficios y riesgos.

Plan de tratamiento para enfermedades localizadas

Los sarcomas de tejido blando están localizados cuando están confinados en su sitio primario y no se han extendido a los tejidos cercanos ni a otras áreas del cuerpo. En este estadio, el principal objetivo terapéutico es extirpar todo el tumor por cirugía siempre que sea posible. La radioterapia y la quimioterapia* también pueden usarse para aumentar las posibilidades de cura definitiva o reducir el riesgo de que el tumor vuelva a aparecer.*

El tratamiento para las formas localizadas de sarcomas de tejido blando incluye opciones de terapia enfocadas a actuar localmente en la región afectada por la enfermedad.

Cirugía

Con mucha frecuencia, la cirugía es el método de tratamiento estándar usado para el sarcoma* localizado. Dado que los sarcomas de tejido blando son poco comunes, la cirugía debería ser realizada por un cirujano que esté especializado en tratarlos. El objetivo de la mayor parte de la cirugía de sarcomas es la resección completa sin dejar nada en el organismo (márgenes negativos* microscópicamente), para reducir de este modo el riesgo de recidiva* local.

La integridad de la resección quirúrgica puede definirse por medio de varios términos:

- Resección "R0" significa la extirpación completa de todo el tumor según el análisis de los márgenes del tejido en el microscopio llevado a cabo por el patólogo*;



- Resección "R1" indica que los márgenes de las partes reseçadas muestran presencia de células tumorales cuando se observan microscópicamente;
- Resección "R2" indica una enfermedad residual macroscópica (un porción de tumor visible a simple vista).

Los sarcomas* pequeños generalmente pueden ser extirpados eficazmente solo con la cirugía. Los márgenes R1 y R2 pueden requerir tratamiento adicional de cirugía; otra opción es tratar el margen reseñado que contiene células tumorales con radiación y posiblemente con quimioterapia*.

Radioterapia

Los tumores profundamente arraigados, de alto grado y mayores de 5 cm, a menudo se tratan con una combinación de cirugía y terapia de radiación; la terapia de radiación puede usarse antes (neoadyuvante) de la cirugía (para reducir el tamaño del tumor y permitir que pueda extirparse completamente) o después (adyuvante) de la cirugía (para acabar con todas las células cancerosas restantes); la reoperación podrá considerarse en caso de que existan márgenes positivos*.



Quimioterapia

No hay un consenso sobre el papel actual de la quimioterapia* para los pacientes que padecen enfermedad localizada. La quimioterapia* puede considerarse aisladamente o en combinación con la radioterapia* antes o después de la cirugía en determinados casos. Podrá considerarse especialmente en estas 2 situaciones:

- Cuando la enfermedad se considere con alto riesgo de recidiva* (por ejemplo, grado alto, profundamente arraigada, > 5 cm). En este caso el objetivo es reducir el riesgo de recidiva* distante, y al mismo tiempo ejercer un beneficio local. En estos casos el uso de hipertermia regional junto con quimioterapia* ha demostrado extender la supervivencia sin que vuelva a aparecer la enfermedad. La hipertermia regional usa una máquina colocada alrededor de la zona a tratar. La máquina calentará la zona durante 60 minutos a una temperatura de alrededor de 42°C. El calor destruye las células tumorales directamente, aumenta la eficacia de los medicamentos de la quimioterapia e induce una respuesta inmune contra el tumor.
- Cuando la enfermedad es localizada pero no puede ser reseçada en absoluto o cuando la resección es incompleta porque parte del tumor no podía ser extirpada (márgenes positivos*). De hecho, puede que no fuera posible extirpar un tumor completamente por varias razones, incluyendo su tamaño o su ubicación en una zona considerada como demasiado riesgosa para la extirpación quirúrgica (compromiso de vasos sanguíneos principales, nervios, etc.). También podría ser debido a otras condiciones de salud que podrían aumentar el riesgo de la cirugía.

Hoy en día es raro recurrir a amputaciones de miembros por sarcomas*, porque actualmente a menudo es posible eliminar solo el cáncer y algunos de los tejidos circunstantes usando un enfoque conservativo conocido como cirugía "conservadora del miembro", y a ser posible con la contribución de otras modalidades de tratamiento entre las que se incluyen la radioterapia* y la quimioterapia*.

En unos pocos casos seleccionados, puede proponerse un procedimiento conocido como perfusión hipertérmica de un miembro aislado*. Es una técnica quirúrgica que tiene por objetivo inyectar una alta dosis de quimioterapia* en el brazo o pierna afectados, que ha sido calentado previamente a una temperatura de aproximadamente 41°C para hacer las células cancerosas más sensibles al efecto de la quimioterapia*. Esta técnica requiere la desviación temporal de la circulación hacia y desde el miembro a través de cirugía. Con esta técnica puede obtenerse una alta concentración de quimioterapia* en la extremidad con una difusión muy limitada al resto del cuerpo. Este modelo de terapia es complicado y está circunscrito a centros experimentados en esta técnica.

Plan de tratamiento para enfermedades avanzadas

Los sarcomas de tejido blando están en estado avanzado cuando se han diseminado desde donde aparecieron a otras partes del cuerpo. Esto se conoce como cáncer metastásico. En este estadio, el objetivo terapéutico principal es controlar la enfermedad y proporcionar una mejor calidad de vida mejorando los síntomas.

No existe “una” enfermedad avanzada y decidir cuál es la mejor estrategia de tratamiento requiere una cuidadosa consideración de las diferentes opciones por parte de un equipo multidisciplinario.

En algunas ocasiones puede considerarse la cirugía en enfermedades metastásicas para aliviar los síntomas y para curar el cáncer en algunos casos específicos, principalmente cuando las metástasis* pulmonares son relativamente pocas, con un crecimiento lento y no están acompañadas de lesiones extra-pulmonares.

La radioterapia* también puede administrarse para aliviar los síntomas y controlar las metástasis*, de manera particular en las metástasis óseas.

En cualquier caso, el enfoque de tratamiento principal en caso de enfermedad avanzada es el uso de terapia sistémica*, que incluye tanto la quimioterapia* como la terapia dirigida* molecular. Cada tipo de medicamento actúa de forma diferente, pero todos ellos alteran la manera en la que las células cancerosas crecen, se dividen y se reparan a sí mismas.

Quimioterapia

La quimioterapia* es el pilar del tratamiento de la enfermedad avanzada, ya que los medicamentos que se administran entran en el torrente sanguíneo y llegan hasta las células cancerosas en todo el cuerpo. Los medicamentos quimioterapéuticos usados con más frecuencia en el tratamiento de los sarcomas de tejido blando son doxorubicina* y otras antraciclinas*, ifosfamida*, trabectedina*, gemcitabina*, docetaxel* y paclitaxel*.

Estos medicamentos pueden suministrarse aisladamente o en combinación entre ellos y pueden suministrarse de forma ambulatoria* o con el paciente hospitalizado*, con ingreso en el hospital durante unos pocos días. La quimioterapia* se suministra en ciclos de tratamiento y el régimen de quimioterapia consta de un número de ciclos que se suministran en un periodo de tiempo establecido: el número de ciclos depende del tipo, la ubicación y el tamaño del sarcoma* y de cómo esté respondiendo a los medicamentos.

La quimioterapia* en pacientes con enfermedad avanzada debería basarse en doxorubicina* o epirubicina* (dos medicamentos que pertenecen a la misma "familia" y que reciben el nombre de antraciclinas*). En pacientes con angiosarcoma* puede proponerse paclitaxel* (o docetaxel*) en lugar de doxorubicina*.

Añadir otro/s medicamento/s a la doxorubicina* o la epirubicina* puede permitir una mayor reducción del tumor en algunos pacientes. Esta elección depende principalmente del tipo histológico del cáncer, puesto que los tipos cuya sensibilidad a la quimioterapia es conocida se reducirán mayormente al utilizar una determinada combinación de medicamentos. En la mayoría de casos la ifosfamida* es el medicamento preferido para ser usado en combinación con la doxorubicina* o la epirubicina*. La dacarbazina* combinada con la doxorubicina* en cualquier caso es la combinación preferida para los pacientes con leiomiomasarcoma* o tumor fibroso solitario*.



Si la primera quimioterapia* administrada no ayudó, puede proponerse otra quimioterapia* incluso aunque la evidencia sobre los beneficios sea limitada. La elección del/de los medicamento/s dependerá de los medicamentos ya recibidos y del tipo histológico del tumor. Los medicamentos que pueden considerarse incluyen ifosfamida*, trabectedina*, gemcitabina*, docetaxel* y paclitaxel*.

Terapia dirigida

También podrá usarse terapia dirigida*. Estas terapias funcionan vinculándose a una proteína o a una estructura específicas implicadas en el crecimiento y progresión del tumor. Los efectos secundarios son diferentes a los efectos secundarios de la quimioterapia* tradicional, y dependen del mecanismo de acción del medicamento. Los medicamentos dirigidos aprobados para su uso en el tratamiento de los sarcomas de tejido blando son:

- Pazopanib (en sarcomas de tejido blando distintos de los liposarcomas*)
- Imatinib* (en dermatofibrosarcoma, cuando requiere una terapia sistémica*)

Existen evidencias anecdóticas a favor del uso de otras terapias dirigidas* para pacientes con algunos tipos de tumores específicos poco comunes. Se recomienda preguntar a los médicos sobre estas opciones.

Terapia de radiación

La terapia de radiación podrá considerarse para aliviar síntomas o prevenir complicaciones, por ejemplo en el caso de metástasis* óseas.

Cirugía

La cirugía de las metástasis* puede considerarse en función de su localización y de la historia de la enfermedad. Por ejemplo, este sería el caso cuando una metástasis* en el pulmón apareciera mucho tiempo después del tratamiento inicial y cuando el cirujano considerara que podría ser completamente extirpada.

¿Por qué son tan importantes los ensayos clínicos?

Los ensayos clínicos* intentan encontrar nuevos tratamientos para el cáncer y averiguar si los nuevos tratamientos contra el cáncer son seguros y eficaces o mejores que el tratamiento estándar. Los pacientes que participan en un ensayo clínico* pueden recibir el tratamiento estándar o estar entre los primeros en recibir nuevas opciones de terapia. Entre los propósitos de los ensayos clínicos* se incluyen probar nuevos modos de evitar que el cáncer reaparezca, reducir los efectos secundarios del tratamiento del cáncer, y buscar mejores formas de prevenir, examinar o diagnosticar un tumor. Los ensayos ayudan a ampliar el conocimiento sobre el cáncer, mejorar el tratamiento actual y desarrollar nuevos tratamientos, ahora y para pacientes futuros. Le animamos a que pregunte si hay algún ensayo clínico* en el que usted pudiera inscribirse.

Presentaciones clínicas especiales y sarcoma de tejido blando

El manejo de algunos sarcomas* muy poco comunes, varía con respecto al manejo general de los sarcomas de tejido blando descritos hasta ahora. Estas diferencias se explican a continuación.

Sarcoma retroperitoneal

Algunos sarcomas* se forman en el retroperitoneo*, que es el espacio entre la pared abdominal y el peritoneo - una membrana* que forma el revestimiento de la cavidad abdominal y cubre la mayoría de los órganos intraabdominales. Los sarcomas* retroperitoneales generalmente se presentan como una masa abdominal y pueden crecer hasta hacerse muy grandes sin causar síntomas. Los primeros síntomas más comunes que llevan a descubrir un sarcoma* retroperitoneal son sentirse lleno más rápido de lo normal cuando se come, dolor en el abdomen, sangrado, obstrucción gastrointestinal* o edema* en las piernas.

Debería tenerse un cuidado especial en el diagnóstico de los sarcomas* retroperitoneales, especialmente por lo que se refiere a las modalidades de obtención de una muestra del tumor (biopsia*). Por estas razones, es de fundamental importancia que se sigan estos pasos en un centro con experiencia en sarcomas de tejido blando y que los resultados de las imágenes y de la biopsia* sean discutidos por un equipo multidisciplinario.

La cirugía es el tratamiento estándar de un sarcoma* retroperitoneal. A menudo se requiere la resección de órganos del abdomen y los márgenes de resección completa pueden ser difíciles de alcanzar debido a la complejidad de la anatomía en esta parte del cuerpo. La administración de quimioterapia*, radioterapia*, hipertermia regional o de combinaciones de estas antes de la cirugía puede considerarse tras una discusión exhaustiva, especialmente cuando se espera que el tratamiento reduzca el tamaño del tumor y permita una resección quirúrgica completa.

Aunque no son el tratamiento estándar, también podrían considerarse la administración de quimioterapia* y de radioterapia* tras la operación, pero en cualquier caso parece que aportan un beneficio limitado a la mayoría de pacientes.

Sarcoma uterino

El sarcoma uterino es un tumor en el que las células malignas se forman en los músculos del útero u otros tejidos conectivos que sostienen el útero. Los tipos de tumores incluyen leiomiomas*, sarcomas del estroma endometrial* y sarcoma indiferenciado*, en función del tipo de célula desde el que se formaron originalmente. Los carcinosarcomas (también llamados tumores müllerianos mixtos malignos) actualmente son considerados como cáncer originado a partir del tejido epitelial y son tratados como cánceres endometriales.

Algunos síntomas frecuentes son dolor o sensación de presión en la pelvis y sangrado inusual o postmenopáusico. El tratamiento estándar para el sarcoma uterino localizado es la cirugía, que puede incluir la extirpación del útero y del cuello uterino. No está claro si la extirpación de ambos ovarios y ambas trompas de Falopio aporta algún beneficio. Otros enfoques pueden incluir radioterapia*, quimioterapia*, terapia hormonal* y la simple observación sin ninguna intervención adicional. La elección del mejor enfoque dependerá del subtipo específico del sarcoma uterino, del grado y del alcance de la enfermedad.

Fibromatosis de tipo desmoide

El tumor desmoide (también conocido como fibromatosis* profunda o agresiva) se origina en los fibroblastos*, un tipo de células que juega un papel crítico en la cicatrización de heridas y en la estructura de órganos vitales. Los tumores desmoides pueden desarrollarse en cualquier parte del cuerpo. Los tumores desmoides superficiales suelen presentarse como un bulto indoloro o ligeramente doloroso, mientras que los tumores desmoides dentro del abdomen pueden causar dolor intenso, ruptura o compresión de órganos o sangrado.

Los tumores desmoides pueden ser indolentes* y tener periodos de estabilidad y de regresión temporal, o pueden ser extremadamente agresivos. Nunca metastatizan* y si presentan un crecimiento lento tienen que ser cuidadosamente vigilados por un oncólogo médico*.

Dado que estos tumores crecen muy lentamente, una estrategia de espera cautelosa* podría ser la mejor opción. En caso de que se produzca progresión del tumor, el tratamiento óptimo puede consistir en cirugía, terapia de radiación, quimioterapia* o terapia hormonal*.

Sarcoma de mama

Los sarcomas de mama se originan en el tejido conectivo* dentro de la mama. Pueden ser tumores primarios o secundarios. No están claras las causas de desarrollo de los tumores primarios, mientras que los tumores secundarios se desarrollan después de la radioterapia* o como consecuencia del linfedema* del brazo o de la mama tras el tratamiento por otra afección maligna o neoplasia. Un tipo específico de sarcoma de mama es el angiosarcoma*, que se desarrolla en los vasos sanguíneos o en los vasos linfáticos. Los angiosarcomas* suelen ser más agresivos que los demás tipos de sarcomas de mama como los tumores filoides y los carcinosarcomas.

Los pacientes con sarcoma de mama deberían ser tratados en centros con experiencia en sarcomas de mama. La cirugía es la opción de tratamiento más importante para los sarcomas de mama. El tipo de cirugía puede incluir escisión local amplia* o mastectomía (cirugía para extirpar toda la mama). La escisión amplia, que puede considerarse para los sarcomas de mama de grado bajo y más pequeños, extirpa el tumor y tejidos adicionales para ayudar a reducir la posibilidad de recidiva*. Pueden recomendarse la terapia de radiación o la quimioterapia* si el tumor es muy grande o si se sabe que se ha diseminado fuera del seno o para reducir el riesgo de diseminación.

¿CUÁLES SON LOS POSIBLES EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS TRATAMIENTOS?

Riesgos y efectos secundarios de la cirugía

Riesgo general de la cirugía

La cirugía menor y las biopsias suelen plantear menos riesgos que la cirugía mayor: dolor, infecciones en el sitio de la cirugía y reacción a la anestesia* local son sus posibles efectos.

Los riesgos en las intervenciones de cirugía mayor son los comunes a todas las intervenciones que se llevan a cabo bajo anestesia* general. Estas complicaciones son infrecuentes e incluyen trombosis venosa profunda, problemas cardíacos o respiratorios, sangrado, infección o reacción a la anestesia*. Aunque existen riesgos, los médicos tomarán todas las medidas adecuadas para minimizarlos. Antes de someterse a una cirugía, usted debería ser informado de forma clara y exhaustiva por parte del hospital sobre los riesgos.



Resección* de un tumor en el brazo o la pierna

Después de su operación puede que le dejen un tubo en la herida para eliminar cualquier fluido que se acumule en la zona de la operación; el tubo de drenaje se retirará una vez que el fluido haya cesado de drenar. Inmediatamente después de la cirugía, por norma general, su dolor será controlado a través de una dosis continua de analgésicos administrados por vía epidural o intravenosa con la ayuda de una bomba.

Las consecuencias de la resección quirúrgica dependerán del alcance de la resección. No siempre es posible preservar el miembro completo y en ocasiones puede que sea necesaria la amputación de parte del miembro.

- Algunas personas padecen un dolor que procede de la parte amputada del miembro, conocido como dolor fantasma. Puede resultar dificultoso tratar el dolor del miembro fantasma* y puede que se requieran varios tipos de tratamiento: los anticonvulsivos*, los antidepresivos* y los opiáceos* pueden ayudar a aliviar el dolor originado por el daño al nervio o intentar bloquear las señales de dolor.
- La rehabilitación comienza poco después de la cirugía. El objetivo de la rehabilitación es ayudar al paciente a regresar al máximo nivel de funcionalidad e independencia posible y al mismo tiempo mejorar la calidad de vida en general, física, emocional y socialmente. El fisioterapeuta* le mostrará cómo hacer los ejercicios para fortalecer los músculos de tronco, brazos y piernas para preparar la parte restante de la extremidad para el uso de un miembro artificial, llamado prótesis.



Resección* de un tumor en el abdomen

La cirugía de sarcomas de tejido blando localizados dentro del abdomen puede implicar la extracción de otros órganos o tejidos (como el riñón, el bazo, el páncreas o parte del intestino). Su médico deberá ayudarle a conocer qué influencia tendrá el tratamiento en su vida cotidiana.

Riesgos y efectos secundarios de la radioterapia.

Durante la radioterapia*, los efectos secundarios pueden producirse en órganos en los que se haya aplicado directamente, pero también pueden presentarse en órganos sanos que se encuentren próximos a la región irradiada. Los efectos secundarios pueden ser más intensos cuando la radioterapia* se administre de forma conjunta con la quimioterapia*. La radioterapia* en adición a la cirugía también puede aumentar el riesgo de complicaciones quirúrgicas y puede causar problemas con respecto a la cicatrización de heridas. Durante las últimas décadas se han obtenido mejoras importantes en las técnicas y máquinas de radioterapia* y los efectos secundarios graves son ahora muy poco comunes.

La mayoría de efectos secundarios de la radioterapia* desaparecen gradualmente una vez que el ciclo de tratamiento ha finalizado. Para algunas personas, sin embargo, estos efectos secundarios pueden continuar durante semanas o incluso más tiempo. El equipo radioterapeuta le proporcionará apoyo durante este periodo de tratamiento.



Efectos secundarios inmediatos

Dado que la radioterapia* es un tratamiento local, sus efectos secundarios también son locales. Los efectos secundarios generales de la radioterapia* más frecuentes son:

- Reacción cutánea (enrojecimiento, molestias y/o prurito) después de tres o cuatro semanas tras la radioterapia externa, pero generalmente se calma de dos a cuatro semanas después de que haya finalizado el tratamiento. Sin embargo, la zona tratada puede permanecer ligeramente más pigmentada que la piel circundante.
- La disfagia o dificultad para deglutir debida a la inflamación del esófago es frecuente durante la radioterapia* dirigida a las zonas del cuello o del tórax.
- Náusea y vómitos, diarrea: algunas personas encuentran que su tratamiento les hace sentir náuseas; esto es más común cuando la zona de tratamiento está cerca del estómago o del intestino.
- Cuando se irradia la cabeza se puede producir caída del cabello.
- Fatiga: este es un efecto secundario común y puede continuar durante un cierto tiempo después de que el tratamiento haya terminado.
- Úlceras bucales y mucositis* oral: su boca puede secarse o resultar dolorida o puede que note unas pequeñas úlceras durante este tratamiento; esto es común cuando la zona del tratamiento está cerca de la cavidad oral. Es muy importante mantener la mucosa* oral bien hidratada y sus dientes limpios durante el transcurso de todo el tratamiento.

Efectos secundarios a largo plazo

Es raro desarrollar efectos secundarios graves a largo plazo después de la radioterapia*. Sin embargo, los efectos secundarios a largo plazo pueden afectar notablemente a la calidad de vida de algunos pacientes. Algunos posibles efectos secundarios a largo plazo son:

- Cambios en la piel a largo plazo;
- Aparición de linfedema*, una inflamación que se produce cuando los ganglios* y vasos linfáticos son dañados por la radioterapia*;

- Incontinencia intestinal*, incontinencia urinaria*, infertilidad* y menopausia* precoz en mujeres cuya pelvis ha sido irradiada. Si existe un riesgo de infertilidad tras la radioterapia*, su médico discutirá con usted todas las opciones y le sugerirá los servicios de apoyo disponibles antes de su tratamiento. En el caso de los hombres podría ser posible almacenar su esperma y en el de las mujeres almacenar sus óvulos para su uso en el futuro;
- Dolor neuropático cuando en el campo irradiado están presentes nervios principales.

La radioterapia* está asociada con un riesgo ligeramente aumentado de desarrollo de un segundo tumor muchos años después del tratamiento. Para reducir el riesgo deberá planificarse cuidadosamente el tipo y la dosis de la terapia de radiación.

Riesgos y efectos secundarios de la quimioterapia.

Los efectos secundarios de la quimioterapia* son frecuentes, aunque se han obtenido progresos en su gestión usando las medidas de apoyo adecuadas. Estos efectos dependerán de los medicamentos administrados, de las dosis y de los factores individuales. Si un paciente ha sufrido otros problemas médicos en el pasado, deberán tomarse algunas precauciones y/o se deberá realizar una adaptación del tratamiento. Por favor, comunique a su equipo de atención médica sus experiencias anteriores.

En la siguiente lista están los efectos secundarios conocidos provocados por uno o varios de los medicamentos de la quimioterapia actualmente usados para el tratamiento de los sarcomas*. La naturaleza, frecuencia y gravedad de los efectos secundarios pueden variar en función de cada combinación de medicamentos usada.

Los efectos secundarios generales de la quimioterapia* más frecuentes son:

- Riesgo de infección: la quimioterapia* actúa interfiriendo con la capacidad de las células de crecer o reproducirse y pueden reducir el número de glóbulos blancos*, que ayudan a luchar contra las infecciones, una condición conocida como neutropenia*. Se realizará un análisis de sangre antes de iniciar la quimioterapia* para comprobar el número de glóbulos blancos*.
- Sangrado: la quimioterapia* reduce el número de plaquetas*, lo que favorece que se formen coágulos de sangre. A veces puede necesitarse una transfusión de plaquetas si su recuento de plaquetas* es bajo.
- Anemia*: la quimioterapia* puede reducir el número de glóbulos rojos*, esto puede hacer que usted se sienta cansado y disneico. Puede que se necesite una transfusión de sangre si su recuento de glóbulos rojos es bajo.
- Náusea y vómitos: se pueden usar medicamentos antieméticos eficaces para evitarlos o reducirlos.
- Úlceras bucales: su boca puede secarse o resultar dolorida o puede que note pequeñas úlceras durante este tratamiento. Beber muchos fluidos y lavar los dientes con frecuencia puede ayudar a reducir el riesgo de úlceras o mucositis*.
- Caída del cabello: no todos los medicamentos quimioterapéuticos causan caída del cabello; el pelo puede perderse completamente o puede solo volverse fino. Si su cabello se cae, casi siempre volverá a crecer tras un periodo de 3-6 meses después de que haya terminado la quimioterapia*.
- Fatiga: sentirse cansado es un efecto secundario común de la quimioterapia*.
- Fertilidad: dado que hay un riesgo de infertilidad, su médico discutirá con usted todas las opciones y los servicios de apoyo disponibles antes de su tratamiento.

Puede que se produzca una reacción local en el lugar de inserción dentro de la vena, pero también podría resultar dañado el tejido local si el medicamento se sale de la vena.

Pueden aparecer efectos secundarios más específicos dependiendo de los medicamentos de quimioterapia específicos usados. Durante el transcurso de su enfermedad no se usarán todos los medicamentos de quimioterapia disponibles. La elección dependerá del tipo de sarcoma de tejido blando y, por lo tanto, el perfil de efectos secundarios dependerá del medicamento o los medicamentos específicos usados. Es importante que el equipo de atención sanitaria le informe por adelantado sobre los efectos secundarios específicos que podrían esperarse de los medicamentos que se le suministrarán.

- Por ejemplo, con la doxorubicina* y la epirubicina*, la orina puede volverse roja o naranja durante unos días después del tratamiento. Es importante estar informados sobre ello, ya que esto no es sangre y es debido solo al color de la medicación y por ello no debería preocuparle.
- La doxorubicina* y la epirubicina* pueden causar daños al músculo cardíaco, por lo tanto es importante la evaluación de la función cardíaca antes de iniciar la terapia con estos medicamentos; la probabilidad de que se produzcan problemas cardíacos dependerá de la dosis de este medicamento y de la situación del paciente. Los problemas cardíacos pueden producirse incluso si el paciente no tiene ningún factor de riesgo. Estos medicamentos pueden hacer que la piel se vuelva más sensible a la luz del sol y causar enrojecimiento en zonas en las que el paciente haya recibido radioterapia* en el pasado. La orina puede volverse roja o naranja durante unos días después del tratamiento. Esto no es sangre y se debe solo al color de la medicación.
- La ifosfamida* puede causar problemas renales en algunos pacientes con sangre en la orina y dolor en la vejiga. En algunos casos, también puede causar neurotoxicidad* con somnolencia, alucinaciones y confusión.
- El medicamento docetaxel* puede causar edema o retención de líquidos. A veces puede causar decoloración temporal de las uñas y sarpullido con prurito. Con el medicamento docetaxel* es posible que se produzcan reacciones alérgicas graves durante la primera o segunda infusión.
- La gemcitabina* puede causar problemas pulmonares y dificultades para respirar, que pueden prolongarse hasta dos semanas después del abandono del medicamento. La gemcitabina* puede causar síntomas similares a los de la gripe, como por ejemplo sensación de calor o frío y/o escalofríos y dolor de cabeza.
- La vinorelbina* puede causar entumecimiento u hormigueo de los dedos de las manos o los pies, una afección conocida como neuropatía periférica.
- La vincristina* puede causar estreñimiento o calambres abdominales, entumecimiento u hormigueo de los dedos de las manos o los pies.
- La dacarbazina* puede causar una alteración de la función hepática. La dacarbazina* puede irritar la vena y puede quemar la piel si el medicamento se sale de la vena cuando se administra; hable con su doctor si tiene enrojecimiento, abrasión, dolor, inflamación o pérdida de líquido cuando el medicamento está introduciéndose en el cuerpo.
- El cisplatino* puede causar daños a los riñones. Por lo tanto, se harán análisis de sangre antes y durante el tratamiento para comprobar la función renal. Se le administrarán fluidos adicionales por vía intravenosa a través de un gotero antes y después de la quimioterapia* para ayudar a proteger sus riñones.

- La ciclofosfamida* puede causar daños a la vejiga con la consiguiente irritación de vejiga que puede causar molestias al pasar la orina. El tratamiento puede afectar a las funciones renales y hepáticas pero generalmente de forma leve y con un regreso a la normalidad tras el tratamiento. En dosis altas, la ciclofosfamida* puede causar daños a los pulmones o al corazón. El desarrollo de un segundo cáncer es un efecto secundario poco común.
- La trabectedina* puede causar daños al tejido si el medicamento se sale de la vena. También puede afectar a las funciones hepáticas o renales y en algunos casos puede causar dolor en las articulaciones o en los músculos durante unos días tras la quimioterapia*. Otro efecto secundario potencial es la trombosis* venosa profunda.

Comuníquelo a su doctor los síntomas que haya experimentado, como prurito, picazón, dificultad para respirar, sibilancias, tos, hinchazón en la cara, los labios, la lengua o la garganta, o cualesquiera otros síntomas.

Riesgos y efectos secundarios de la terapia dirigida.

El pazopanib* y el imatinib* componen las únicas terapias dirigidas* aprobadas para el tratamiento médico de los sarcomas de tejido blando.

Los efectos secundarios principales del pazopanib* incluyen edema* (en piernas, brazos y cara), problemas en la cicatrización de heridas, presión arterial alta, diarrea, fatiga, función hepática anormal (a menudo observada porque se produce una elevación de las enzimas hepáticas medidas en los análisis de sangre), trastornos en la coagulación (sangrado y coágulos) y modificación del cabello.

El imatinib* puede causar vértigos, diarrea, náusea y vómitos, calambres musculares, problemas de sangrado, visión borrosa, edema*, con mayor frecuencia alrededor de los ojos o en las piernas y entumecimiento u hormigueo de las manos, pies o labios. El imatinib* también puede causar neutropenia*, reduciendo el número de glóbulos blancos*, que ayudan a combatir las infecciones.

La mayoría de estos efectos secundarios pueden ser tratados con los fármacos apropiados o con ajustes de las dosis; por lo tanto es muy importante que usted le comunique a su médico cualquier molestia que sienta.

¿CÓMO PUEDEN AYUDAR LOS GRUPOS DE APOYO A PACIENTES?

Por Markus Wartenberg de la Sarcoma Patients EuroNet Association (www.sarcoma-patients.eu)



El día del diagnóstico. Tanto si se trata de un paciente en la consulta de un médico como si es un cuidador que toma de la mano a un miembro de la familia o da consuelo a un amigo, un diagnóstico de sarcoma es una experiencia nueva, imprevista y traumática. De repente, nos encontramos con mucho que aprender, comprender y a lo que hacer frente. Pero afortunadamente los pacientes y los cuidadores a menudo no están solos. Hay personas en la misma situación que nunca han oído la palabra "sarcoma" antes, que saben lo que significa buscar respuestas, esperar resultados, dar por fin con EL experto en sarcoma adecuado, o tener que decidir entre las distintas opciones de terapia.

En algunos países europeos, los pacientes con sarcomas se han reunido y han fundado grupos de apoyo y defensa de pacientes. La mayoría de estos grupos son organizaciones sin ánimo de lucro fundadas por pacientes y familiares de pacientes para los pacientes. Su misión es trabajar de forma conjunta con destacados expertos en sarcoma, el sector de la investigación, los seguros de salud, otros grupos de pacientes y otros representantes del sistema sanitario para optimizar información y situaciones de tratamientos e investigación para los pacientes con un sarcoma, un TEGI, un tumor desmoide o un tipo específico de cáncer óseo. Las áreas más importantes en las que desarrollan su trabajo son:

- Mejorar el nivel de información y competencia de los pacientes (ayudarles a que se ayuden a sí mismos)
- Asegurar el acceso a terapias innovadoras y mejorar la calidad del tratamiento
- Apoyar la investigación del sarcoma
- Promoción en el marco político de la sanidad nacional

Mientras tanto, numerosos estudios muestran que el tratamiento a tiempo en centros interdisciplinarios especializados en sarcoma mejora significativamente los resultados y pronósticos en muchos pacientes. Así pues, las directrices terapéuticas internacionales (ESMO y NCCN) y las organizaciones europeas de pacientes de sarcoma mantienen que el sarcoma - debido a su rareza - debería ser tratado por doctores y centros experimentados.

Desafortunadamente, muchos pacientes con sarcoma de tejido blando pierden mucho tiempo en el sistema sanitario antes de ponerse en contacto con expertos experimentados en sarcoma. Esta es la dolorosa realidad: si hubieran sido informados antes de la existencia de centros expertos en sarcoma, o si sus médicos les hubieran remitido a estos expertos, su enfermedad habría sido diagnosticada antes y ellos habrían recibido un tratamiento mejor. Algunos de estos pacientes tendrían mejores pronósticos hoy.

Si se sospecha la existencia de un sarcoma de tejido blando o si de hecho se ha diagnosticado, puede ser útil contar con una segunda opinión de otro médico antes de someterse a una cirugía o a un tratamiento exhaustivo de larga duración. Además, nunca está de más buscar veredictos independientes y secundarios, como los que puede proporcionar un centro experimentado en sarcomas, si el paciente tiene dudas razonables sobre el diagnóstico inicial y/o no se siente bien asesorado. Una segunda opinión puede excluir la posibilidad de que se emitan diagnósticos erróneos, verificar opciones de terapia, y posiblemente introducir nuevos/diferentes métodos de tratamiento. Los grupos de apoyo al paciente de sarcoma cuentan con mucha experiencia en lo que se refiere al panorama de expertos en sarcoma a nivel nacional. Ellos conocen muy bien dónde están localizados los expertos/centros experimentados en sarcoma en un país y pueden ayudar a los pacientes a encontrar el mejor apoyo para una segunda opinión, para un subtipo de sarcoma muy poco común, para una opción de tratamiento especial o un estudio clínico.

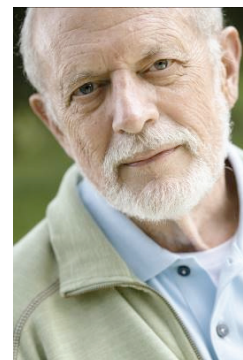
Si un paciente quisiera disponer de mayor información sobre su situación, o simplemente necesitara a alguien con quien hablar, podría resultar extremadamente valioso ponerse en contacto con un grupo de apoyo a pacientes de sarcoma.

Para disponer de una lista de los grupos de apoyo a pacientes de sarcoma y las organizaciones benéficas presentes en diferentes países, visite la página del localizador de grupos de la Sarcoma Patients EuroNet Association en <http://www.sarcoma-patients.eu>.

¿QUÉ PASA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO?

Seguimiento con los médicos

Independientemente del objetivo de la terapia, después del tratamiento, usted tendrá citas de seguimiento periódicas durante varios años. La práctica habitual incluirá un examen físico para controlar la aparición de signos de recidiva* de cáncer y análisis de sangre para comprobar sus condiciones generales y los posibles efectos secundarios del tratamiento. En función de la localización principal y del tipo de sarcoma*, su doctor podrá solicitarle un examen radiológico* de esa zona específica y de otras zonas en las que pudiera volver a aparecer. La cita es un momento importante para que usted hable sobre cualquier nuevo síntoma o cambio que note y para que plantee cualquier pregunta o problema que pueda tener.



Al principio las citas se concertarán cada pocos meses. Se irán haciendo menos frecuentes gradualmente y la separación entre ellas será cada vez más larga porque el riesgo de que vuelva a aparecer el cáncer irá disminuyendo constantemente con el paso del tiempo. Generalmente, en los sarcomas de tejido blando de alto riesgo se prevé que la recidiva* aparezca en los dos o tres primeros años después del tratamiento; en el caso de los sarcomas de bajo riesgo la recaída puede producirse más tarde, con menos probabilidades.

El seguimiento de rutina depende tanto del grado del tumor como de su tamaño y su localización. La programación temporal óptima para el seguimiento de rutina se desconoce, pero en cualquier caso el seguimiento de rutina tras el tratamiento para los sarcomas de tejido blando de grado intermedio o alto será más intensivo que para los sarcomas* de grado bajo.

El regreso a la vida normal

El regreso a la vida normal es uno de los objetivos principales en el tratamiento de los sarcomas de tejido blando. Le animamos a que le transmita a su doctor cualquier preocupación, problema o sensación que usted tenga acerca del regreso a su hogar, al trabajo o a la escuela. Asegúrese de plantear todas estas cuestiones al equipo de atención sanitaria con antelación para que se pueda organizar toda la ayuda que pueda precisar. Algunos pacientes pueden encontrar apoyo en los grupos de antiguos pacientes o en los medios de información dirigidos a los pacientes; también puede resultar muy útil el asesoramiento psicológico adicional realizado por expertos.

¿Qué sucede si vuelve a aparecer el cáncer?

Los sarcomas de tejido blando pueden volver a aparecer en la misma zona en la que apareció el tumor inicial. Esto recibe el nombre de recidiva* local. A los pacientes que presenten una recidiva* local aislada se les puede ofrecer nuevamente la cirugía para resear el tumor, pero es posible que además reciban tratamiento adicional.

Los sarcomas de tejido blando también pueden reaparecer en órganos y partes del cuerpo distintos de la zona inicial. Este proceso recibe el nombre de metástasis*. En los pacientes con sarcoma*, las metástasis principalmente se producen en los pulmones, los huesos y el hígado. Dado que puede ser que las metástasis*, especialmente en una fase temprana en la que pueden researse, no causen ningún síntoma, su doctor prestará una atención especial a esos puntos durante el seguimiento. En pacientes que hayan sido tratados previamente con medicamentos sistémicos* podrían considerarse líneas de tratamiento adicionales con quimioterapia* o terapia dirigida*.

La radioterapia* podría aplicarse para aliviar síntomas o evitar complicaciones relacionadas con el tumor.

Es importante que toda recidiva* del tumor sea evaluada por un equipo multidisciplinario* de expertos para seleccionar la modalidad de tratamiento adecuada o la combinación de tratamientos más apropiada.

También puede ocurrir, como un efecto tardío de algunas terapias usadas para tratar los sarcomas de tejido blando, que aparezca un cáncer nuevo-secundario. En caso de que se sospeche la presencia de un cáncer secundario, su doctor le prescribirá una serie de exámenes para analizar el tipo de cáncer secundario y su alcance. Las opciones más apropiadas para la gestión de este cáncer secundario deberían discutirse dentro de un equipo multidisciplinario*, teniendo en cuenta los tratamientos anteriores aplicados para el sarcoma de tejido blando.

DEFINICIONES DE TÉRMINOS MÉDICOS

Ambulatorio (paciente)

Paciente que visita una estructura de atención médica para recibir un diagnóstico o tratamiento sin pasar la noche en ella. A veces se le llama paciente de día.

Anemia

Afección caracterizada por el déficit de glóbulos rojos* o hemoglobina, el hierro que transporta el oxígeno desde los pulmones a todo el cuerpo; este proceso se ve disminuido en esta afección.

Anestesia

Estado reversible de pérdida de conciencia en el que el paciente no siente dolor, no tiene reflejos normales y responde menos al estrés, inducido artificialmente mediante el empleo de ciertas sustancias conocidas como anestésicos. Puede ser total o parcial y permite que los pacientes puedan someterse a cirugía o a otros procedimientos invasivos.

Angiosarcoma

Tipo de cáncer que comienza en las células que revisten los vasos sanguíneos o los vasos linfáticos. El cáncer que comienza en los vasos sanguíneos se llama hemangiosarcoma. El cáncer que comienza en los vasos linfáticos se llama linfangiosarcoma.

Anticonvulsivo

Medicamento u otra sustancia que se usa para prevenir o interrumpir las crisis epilépticas o convulsiones. También se llama antiepiléptico.

Antidepresivo

Medicamento que se usa para tratar la depresión.

Antraciclinas

Medicamento antibiótico usado en quimioterapia* para tratar muchos tipos de cánceres.

Biopsia

Extracción de células o tejidos para que los examine un patólogo*. El patólogo* estudiará el tejido bajo un microscopio o llevará a cabo otras pruebas en las células o el tejido. Hay muchos tipos diferentes de procedimientos de biopsia. Los tipos más comunes incluyen: (1) biopsia por incisión, en la que solo se extrae una muestra de tejido; (2) biopsia por escisión, en la que se extrae por completo una masa o un área sospechosa; y (3) biopsia de aguja, en la que se extrae una muestra de tejido o fluido con una aguja. Cuando se usa una aguja ancha, el procedimiento se llama biopsia central. Cuando se usa una aguja fina, el procedimiento recibe el nombre de biopsia por aspiración con aguja fina.

Carcinógeno

Sustancia que puede causar cáncer.

Ciclofosfamida

Medicamento que se usa para tratar muchos tipos de cáncer y que está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. También se usa para tratar ciertas enfermedades de riñón infantiles. La ciclofosfamida se une al ADN de las células y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de alquilante.

Sarcomas de tejido blando: guía para los pacientes

Información basada en las Directrices de Práctica Clínica ESMO - v.2016.1

Página 28

Este documento es facilitado por la Fundación Contra el Cáncer con el permiso de ESMO.

La información contenida en este documento no sustituye una consulta médica. Es exclusivamente para uso personal y no puede ser modificada, reproducida ni divulgada de ninguna manera sin el permiso escrito de ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Cisplatino

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

Cloruro vinílico

Sustancia usada para fabricar plásticos. La exposición al cloruro vinílico puede aumentar el riesgo de padecer de tumores de hígado, tumores de cerebro, cánceres de pulmón, linfoma* y leucemia.

Contraindicación

Afección médica o síntoma que impide la administración de un tratamiento dado o de un procedimiento al paciente. Las contraindicaciones pueden ser absolutas, lo que significa que el tratamiento no debería administrarse nunca a los pacientes con esta afección o síntoma, o relativas, caso en el que los beneficios pueden superar a los riesgos en algunos pacientes con esta afección o síntoma.

Dacarbazina

Medicamento que se usa para tratar el linfoma de Hodgkin* y el melanoma maligno y que está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Se une al ADN de las células y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de alquilante.

Dioxina

Subproducto de varios procesos industriales del que se conoce su elevada toxicidad.

Docetaxel

Docetaxel pertenece al grupo de medicinas contra el cáncer conocidas como taxanos*. Docetaxel bloquea la capacidad de las células de destruir el "esqueleto" interno que les permite dividirse y multiplicarse. Con el esqueleto íntegro las células no pueden dividirse y terminan por morir. Docetaxel también afecta a las células no cancerosas como las células sanguíneas, lo que puede acarrear efectos secundarios.

Dolor del miembro fantasma

Sensación de dolor u otras sensaciones desagradables en el lugar de un miembro perdido (fantasma).

Doxorrubicina

Medicamento que se usa para tratar muchos tipos de cáncer y que está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La doxorrubicina se elabora con la bacteria *Streptomyces peucetius*. Daña el ADN y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de antibiótico antitumoral de antraciclina. En muchos países también se la conoce como doxorubicina.

Ecografía

Procedimiento en el que se hacen rebotar ondas de sonido de alta energía en los tejidos internos u órganos para que creen ecos. Los patrones de ecos se muestran en la pantalla de un ecógrafo formando una imagen de tejidos del cuerpo llamada sonograma. También se llama ultrasonografía.

Edema

Acumulación anormal de líquido bajo la piel o en una cavidad del cuerpo.

Enfermedad de Von Recklinghausen

Enfermedad conocida como neurofibromatosis 1, véase la definición de neurofibromatosis.

Ensayo clínico

Estudio de investigación llevado a cabo con pacientes para evaluar si un nuevo tratamiento es seguro (seguridad) y si funciona (eficacia). Los ensayos clínicos se realizan para poner a prueba la eficacia de medicamentos pero también de tratamientos que no se basan en medicamentos, como la radioterapia* o la cirugía, y combinaciones de diferentes tratamientos.

Epirrubicina

Medicamento usado en combinación con otros medicamentos para tratar el cáncer de mama que se ha diseminado hacia los ganglios linfáticos*. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La epirrubicina es un tipo de antibiótico de antraciclina.

Escisión local

Procedimiento quirúrgico para extirpar una pequeña área de tejido enfermo o problemático con un margen de tejido normal. Este procedimiento se lleva cabo en el seno y las lesiones cutáneas, pero puede usarse en cualquier área del cuerpo.

Esclerosis tuberosa

Trastorno genético por el que se forman tumores benignos (no cancerosos) en los riñones, el cerebro, los ojos, el corazón, los pulmones y la piel. Esta enfermedad puede causar convulsiones, discapacidades mentales y diferentes tipos de lesiones en la piel.

Espera cautelosa

Vigilancia estrecha del estado del paciente sin brindarle tratamiento, a menos que aparezcan síntomas o que estos cambien. La espera cautelosa se usa algunas veces cuando las afecciones avanzan lentamente. También se utiliza en los casos en que los riesgos del tratamiento son mayores que sus posibles beneficios. Durante la espera cautelosa se pueden administrar a los pacientes ciertas pruebas y exámenes. A veces, la espera cautelosa se usa en casos de cáncer de próstata. Es un tipo de control de la enfermedad que implica esperar mientras se observa.

Examen radiológico

Prueba en la que se utiliza tecnología de obtención de imágenes (como radiografía, ecografía* y medicina nuclear) para visualizar órganos, estructuras y tejidos dentro del cuerpo, tanto para diagnosticar como para tratar enfermedades.

Exploración con TC / Exploración con tomografía computarizada

Forma de radiografía en la que los órganos del cuerpo son escaneados con rayos X y los resultados son sintetizados por una computadora para generar imágenes de partes del cuerpo.

Fibroblasto

Célula del tejido conjuntivo que elabora y segrega proteínas de colágeno.

Fibroma

Tumor benigno*, generalmente en el útero o en el tracto gastrointestinal.

Fibromatosis

Trastorno en el cual se desarrollan varios fibromas. Los fibromas son tumores benignos que afectan el tejido conjuntivo.

Fisioterapia

Profesional de la salud entrenado para evaluar y tratar a personas con afecciones o lesiones que limitan su capacidad de moverse y realizar actividades físicas. Los fisioterapeutas usan métodos como ejercicio, masaje, compresas calientes, hielo y estimulación eléctrica para ayudar a fortalecer los músculos, aliviar el dolor y mejorar el movimiento. También enseñan ejercicios para ayudar a prevenir lesiones y pérdida de movimiento.

Ganglio linfático

Masa redondeada de tejido linfático rodeada por una cápsula de tejido conjuntivo. Los ganglios linfáticos filtran la linfa (líquido linfático), y almacenan los linfocitos (glóbulos blancos). Están ubicados a lo largo de los vasos linfáticos. También se llama glándula linfática.

Gemcitabina

Ingrediente activo de un medicamento que se usa para tratar el cáncer de páncreas que está en estadio avanzado o que se diseminó. También se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer de mama que se diseminó, el cáncer de ovario en estadio avanzado y el cáncer de pulmón de células no pequeñas que está en estadio avanzado o que se diseminó. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La gemcitabina impide que las células elaboren ADN y puede destruir células cancerosas. Es un tipo de antimetabolito.

Gen APC (adenomatous polyposis coli)

Gen supresor de tumores. La mutación en este gen puede derivar en cáncer colorrectal.

Gen NF1

Gen responsable de la creación de una proteína llamada neurofibromina. Esta proteína se produce en muchos tipos de células, como las células nerviosas, unas células especializadas que se llaman oligodendrocitos y las células de Schwann que rodean a los nervios.

Gen RB

Gen supresor de tumores.

Gen supresor del tumor

Tipo de gen que elabora una proteína que se llama proteína supresora de tumores, la cual ayuda a controlar el crecimiento celular. Las mutaciones (cambios en el ADN) en genes supresores de tumores pueden conducir al cáncer. También se llama antioncogén.

Glioma

Cáncer cerebral que se inicia en las células gliales (células que rodean y sostienen las células nerviosas).

Glóbulo blanco

Célula del sistema inmunitario que ayuda al cuerpo a combatir infecciones.

Glóbulo rojo

El tipo de célula sanguínea más común. Es la sustancia que hace que la sangre tenga color rojo. Su función principal es el transporte de oxígeno.

Glucosa

La glucosa es un monosacárido ampliamente presente en el tejido vegetal y animal. Es la fuente principal de energía del organismo.

Hepático/a

Relacionado con el hígado. Una vena hepática es una vena que drena la sangre del hígado; una enfermedad hepática es una enfermedad que afecta al hígado.

Herbicidas de fenoxi

Un herbicida de fenoxi es cualquier miembro de una familia de productos químicos relacionados con la hormona de crecimiento ácido indolacético (AIA). Cuando se rocía sobre plantas de hoja ancha induce un crecimiento rápido e incontrolado, destruyéndolas finalmente.

Histopatológico/histopatología

Examen y estudio de tejido y células usando un microscopio. El tejido obtenido del organismo por medio de biopsia o cirugía es colocado en un fijador y transportado al laboratorio. En el laboratorio es cortado en secciones finas, coloreado con diversos tintes y seguidamente estudiado bajo el microscopio.

Hospitalizado

Paciente cuya atención requiere una estancia en un hospital. Es lo contrario a ambulatorio*.

Ifosfamida

Medicamento que se usa con otros medicamentos para tratar el cáncer testicular de células germinales que no respondió a tratamientos previos con otros fármacos. También está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. La ifosfamida se une al ADN de las células y puede destruir las células cancerosas. Es un tipo de alquilante y un tipo de antimetabolito.

Imatinib

El imatinib es un inhibidor de la proteína tirosina quinasa. Esto significa que bloquea la acción de algunas enzimas específicas conocidas como tirosinas quinasas. Estas enzimas pueden encontrarse en algunos receptores de la superficie de las células cancerosas, incluidos los receptores que participan en la estimulación de las células para que se dividan incontroladamente. Al bloquear estos receptores, el imatinib ayuda a controlar la división celular.

Incontinencia intestinal

Incapacidad de controlar la salida de heces del recto (incontinencia fecal).

Incontinencia vesical

Incapacidad de controlar el flujo de orina de la vejiga (también se llama incontinencia urinaria).

Índice/recuento mitótico

Medición de la velocidad con la que las células cancerosas se dividen y crecen. Para hallar el índice mitótico se cuenta el número de células que se están dividiendo en una cantidad determinada de tejido canceroso. El índice mitótico se usa para ayudar a determinar el estadio del melanoma (un tipo de cáncer de piel) y otros tipos de cáncer. Unos índices mitóticos altos están vinculados con unos índices de supervivencia bajos.

Indolente

Tipo de cáncer que crece lentamente.

Intravenoso (intravenosamente)

En una vena o adentro de esta. Intravenoso por lo general se refiere a la manera de administrar un medicamento u otra sustancia a través de una aguja o un tubo introducido en una vena. También se llama IV.

Leiomioma

Tumor maligno (canceroso) de las células de los músculos lisos que puede surgir en cualquier lugar del cuerpo, pero es más común en el útero, el abdomen o la pelvis.

Linfedema

Afección por la que se acumula una cantidad extra de linfa en los tejidos y causa hinchazón. Se puede presentar en un brazo o una pierna si los vasos linfáticos están bloqueados, dañados, o se extirparon mediante cirugía.

Linfoma

Cáncer que empieza en las células del sistema inmunitario. Hay dos categorías básicas de linfomas. Una categoría es el linfoma de Hodgkin, que se caracteriza por la presencia de un tipo de célula llamada célula de Reed-Sternberg. La otra categoría es la de los linfomas no Hodgkin, que incluye un grupo grande y diverso de cánceres de las células del sistema inmunitario. Los linfomas no Hodgkin pueden dividirse aún más en cánceres que tienen una evolución o curso indolente (de crecimiento lento) y aquellos que tienen una evolución agresiva (de crecimiento rápido). Estos subtipos se comportan y responden al tratamiento de distinto modo. Tanto los linfomas de Hodgkin como los no Hodgkin se pueden presentar en niños y adultos, y el pronóstico* y tratamiento dependen del estadio y el tipo de cáncer.

Liposarcoma

Cáncer poco común de las células grasas.

Mancha café-au-lait

Una mancha lisa de color marrón claro en la piel. Café au lait significa "café con leche" en francés y se refiere al color de la mancha.

Margen negativo

Contorno o borde del tejido extirpado en la cirugía de cáncer. El margen se describe como negativo o limpio cuando el patólogo* no encuentra células cancerosas en el borde del tejido, lo que sugiere que todo el cáncer ha sido extirpado. El margen se describe como positivo o implicado cuando el patólogo encuentra células cancerosas en el borde del tejido, lo que sugiere que no ha sido extirpado todo el cáncer.

Sarcomas de tejido blando: guía para los pacientes

Información basada en las Directrices de Práctica Clínica ESMO - v.2016.1

Página 33

Este documento es facilitado por la Fundación Contra el Cáncer con el permiso de ESMO.

La información contenida en este documento no sustituye una consulta médica. Es exclusivamente para uso personal y no puede ser modificada, reproducida ni divulgada de ninguna manera sin el permiso escrito de ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Margen positivo

Contorno o borde del tejido extirpado en la cirugía de cáncer. El margen se describe como positivo o implicado cuando el patólogo encuentra células cancerosas en el borde del tejido, lo que sugiere que no ha sido extirpado todo el cáncer.

Medicamento antiemético

Agente que previene o reduce las náuseas y los vómitos que pueden estar asociados a las terapias contra el cáncer. Los medicamentos antieméticos incluyen a la granisetrona, la metoclopramida y el ondansetrón.

Membrana

En biología, una membrana puede definir (1) una capa dentro de una célula que encierra diferentes estructuras internas, (2) una capa alrededor de una célula que separa a la célula de su entorno, (3) una capa de células que separa a un tejido de otro (como la membrana basal o la membrana mucosa).

Meningioma

Tipo de tumor de crecimiento lento que se forma en las meninges (capas finas de tejido que cubren y protegen el cerebro y la médula espinal). Por lo general, los meningiomas aparecen en adultos.

Menopausia

Época en la vida de una mujer cuando los ovarios dejan de producir hormonas y se detienen los períodos menstruales. Por lo general, la menopausia natural se presenta a los 50 años de edad. Se dice que una mujer está en la menopausia cuando no ha tenido su menstruación durante 12 meses seguidos. Los síntomas incluyen sofocos, cambios del estado de ánimo, sudores nocturnos, sequedad vaginal, problemas para concentrarse y esterilidad.

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 que son como aquellas del tumor original (primario).

Mucosa oral

Recubrimiento interno húmedo de la boca. Las glándulas de la mucosa producen el moco (líquido espeso y resbaloso). También se llama membrana mucosa.

Mucositis / Mucositis oral

Complicación producida por algunas terapias contra el cáncer en la que el revestimiento del aparato digestivo se inflama. Se presenta a menudo en forma de llagas en la boca.

Mutación

Cualquier cambio en la secuencia de pares de bases en el ADN que forma un gen. Las mutaciones en un gen no cambian forzosamente el gen de manera permanente.

Necrosis

Destrucción de tejidos vivos.

Nervio auditivo

Nervio responsable de la audición, del equilibrio y de la posición de la cabeza. Tiene dos ramificaciones, la ramificación coclear que transmite sonidos para oír y una ramificación vestibular que percibe el equilibrio y la posición de la cabeza. También se llama nervio vestibulococlear.

Neurofibroma

Tumor benigno que se desarrolla en las células y tejidos que revisten los nervios.

Neurotoxicidad

Tendencia de algunos tratamientos a dañar el sistema nervioso.

Neutropenia

Afección en la cual hay un número por debajo de lo normal de neutrófilos, un tipo de glóbulos blancos*. Puede observarse con infecciones virales y tras recibir radiación y quimioterapia*. Hace que descienda la barrera inmunológica a las infecciones por bacterias y hongos.

Obstrucción gastrointestinal

Bloqueo en el estómago o en los intestinos.

Oncólogo especializado en radiación

Especialista que usa la radiación para tratar el cáncer. Es diferente del radiólogo* - otro especialista que lleva a cabo pruebas de imágenes para diagnosticar y realizar el seguimiento de diferentes afecciones.

Oncólogo médico

Médico que se especializa en el diagnóstico y tratamiento del cáncer mediante quimioterapia*, terapia con hormonas, terapia biológica y terapia dirigida. A menudo, un oncólogo médico es el proveedor principal de atención de la salud de alguien que padece de cáncer. Un oncólogo médico también brinda cuidados médicos de apoyo y puede coordinar el tratamiento administrado por otros especialistas.

Oncólogo pediatra

Médico que se especializa en el tratamiento de niños con cáncer.

Opiáceo

Sustancia que se usa para tratar el dolor de moderado a grave. Los opiáceos son como los opiáceos, como la morfina y la codeína, pero no están hechos de opio. Los opiáceos se unen con los receptores de opioides del sistema nervioso central. Los opiáceos solían llamarse narcóticos. Un opiáceo es un tipo de analgésico.

Ortopedista

Cirujano especializado en el diagnóstico y tratamiento de lesiones y enfermedades del sistema musculoesquelético. Este sistema incluye huesos, articulaciones, tendones, ligamentos y músculos.

Osteoma

Nueva porción de hueso que por lo general crece sobre otra porción de hueso, típicamente el cráneo. Es un tumor benigno.

Sarcomas de tejido blando: guía para los pacientes

Información basada en las Directrices de Práctica Clínica ESMO - v.2016.1

Página 35

Este documento es facilitado por la Fundación Contra el Cáncer con el permiso de ESMO.

La información contenida en este documento no sustituye una consulta médica. Es exclusivamente para uso personal y no puede ser modificada, reproducida ni divulgada de ninguna manera sin el permiso escrito de ESMO y de la Fundación Contra el Cáncer.

Osteosarcoma

Cáncer de hueso que, por lo general, afecta a los huesos largos del brazo o la pierna. Por lo común, se presenta en personas jóvenes y afecta más a los hombres que a las mujeres. También se llama sarcoma osteogénico.

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 agente antimitótico.

Patólogo

Médico especializado en histopatología*, esto es, el estudio de células y tejidos enfermos con un microscopio.

Pazopanib

Medicamento usado para tratar el carcinoma de células renales, el tipo más común de cáncer de riñón. También se usa para tratar el sarcoma de tejido blando en estadio avanzado que ya se trató con otros medicamentos contra el cáncer. Está bajo estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. El clorhidrato de pazopanib podría prevenir la formación de los nuevos vasos sanguíneos que los tumores necesitan para crecer. Es un tipo de inhibidor de la proteína tirosina quinasa y un tipo de inhibidor de la angiogénesis.

Perfusión hipertérmica de un miembro aislado

Procedimiento que se puede usar para dirigir una solución caliente con medicamentos contra el cáncer directamente a un brazo o una pierna. Se interrumpe temporalmente con un torniquete (banda apretada alrededor del miembro) el flujo de sangre desde y hacia el miembro, y se administran los medicamentos contra el cáncer directamente en la sangre del miembro. Esto permite que la persona reciba dosis altas de medicamentos en el área donde está el cáncer. También se llama perfusión de un miembro.

Plaqueta

Fragmento pequeño de célula que juega un papel fundamental en la formación de coágulos sanguíneos. Los pacientes con un recuento bajo de plaquetas corren el riesgo de hemorragia severa. Los pacientes con un recuento alto corren el riesgo de sufrir trombosis, la formación de coágulos de sangre que pueden bloquear los vasos sanguíneos y provocar derrames u otras condiciones graves, y también pueden correr el riesgo de experimentar hemorragias graves a causa de la disfunción plaquetaria.

Pleura

Capa delgada del tejido que cubre los pulmones y reviste la pared interior de la cavidad pectoral. Protege y amortigua los pulmones. Este tejido secreta una cantidad pequeña de líquido que actúa como un lubricante que permite que los pulmones se muevan sin tropiezos en la cavidad pectoral mientras se respira.

Pronóstico

Resultado probable de la evolución de una enfermedad; la probabilidad de recuperación o de que la enfermedad reaparezca.

Quimioterapia

Tipo de tratamiento contra el cáncer que usa medicamentos que destruyen células cancerosas y/o limitan su crecimiento. Estos medicamentos suelen administrarse al paciente por medio de infusión lenta dentro de una vena pero también pueden administrarse oralmente, por infusión directa en una extremidad o por infusión al hígado, en función de la localización del cáncer.

Quiste epidérmico

Bolsa de tejido cerrada en forma de saco que se forma en la epidermis, la capa más externa de las dos capas principales de la piel. Puede estar llena de líquido, aire, pus u otro material. La mayoría de los quistes son benignos (no cancerosos).

Rabdomiosarcoma

Cáncer que se forma en el tejido blando de un tipo de músculo llamado músculo estriado. El rabdomiosarcoma se puede presentar en cualquier lugar del cuerpo.

Radiación ionizante

Tipo de radiación administrada (o emitida) durante procedimientos con rayos X*, por sustancias radiactivas, por rayos que entran la atmósfera terrestre desde el espacio exterior y de otras fuentes. La radiación ionizante de dosis altas aumenta la actividad química en el interior de las células y puede conducir a riesgos para la salud, como el cáncer.

Radiólogo

Médico que se especializa en el diagnóstico de enfermedades y lesiones con el uso de dispositivos de obtención de imágenes como los usados para los rayos X, las exploraciones de TC o las exploraciones de IRM (imágenes por resonancia magnética).

Radio marcado

Que se ha etiquetado con una sustancia radioactiva. Una vez que se inyecta en el cuerpo, el progreso de la sustancia puede ser seguido a través del cuerpo con un detector.

Radioterapia

Una terapia en la que la radiación se usa en el tratamiento del cáncer siempre orientada al área específica del cáncer.

Rayos X

Los rayos X son una forma de radiación usada para crear imágenes del interior de los objetos. En medicina los rayos X se usan comúnmente para obtener imágenes del interior del cuerpo.

Recidiva

Cáncer que recidivó (volvió), habitualmente después de un período durante el cual el cáncer o enfermedad no estaba presente o no se pudo detectar. El cáncer puede volver al mismo lugar del tumor original (primario) o a otra parte del cuerpo. También se llama cáncer o enfermedad recidivante.

Retroperitoneal

Espacio ubicado en la parte posterior de la cavidad abdominal, detrás de (retro) una capa de tejido llamada peritoneo y delante de los músculos y huesos que forman la zona lumbar (también llamada pared posterior de la cavidad abdominal). Todos los órganos situados detrás del peritoneo, por lo tanto dentro del retroperitoneo, son órganos retroperitoneales. Los riñones, parte del páncreas y parte del colon, entre otros, son órganos retroperitoneales.

Sarcoma

Cáncer de hueso o cartílago, grasa, músculos, vasos sanguíneos u otro tejido conjuntivo o de sostén.

Sarcoma de Kaposi

Tipo de cáncer en el que aparecen lesiones (áreas anormales) en la piel, los ganglios linfáticos*, el revestimiento de la boca, la nariz y la garganta, y otros tejidos del cuerpo. Habitualmente, las lesiones son de color púrpura y se componen de células cancerosas, vasos sanguíneos nuevos y células sanguíneas. Estas se pueden presentar en más de un lugar del cuerpo al mismo tiempo. El virus del herpes relacionado con el sarcoma de Kaposi (VHSK) causa el sarcoma de Kaposi. En los países occidentales, generalmente se presenta en personas con un sistema inmunitario débil como consecuencia del SIDA o de medicamentos que se usan en los trasplantes de órganos. También se observa en hombres de edad avanzada de ascendencia judía o mediterránea, o en hombres jóvenes en África.

Sarcoma del estroma endometrial

Tipo de sarcoma que se origina en el tejido del útero.

Sarcoma retroperitoneal

Tipo de cáncer que comienza en los huesos o en los tejidos blandos del cuerpo como cartílagos, grasa, músculos, vasos sanguíneos, tejido fibroso u otro tejido conectivo o de sostén. Varios tipos de sarcomas se localizan donde se forma el cáncer. En este caso los cánceres se forman en el retroperitoneo, la zona detrás del peritoneo.

Sarcoma sinovial

Tumor maligno que se presenta en la membrana sinovial de las articulaciones.

Sarcoma* de tejido blando pleomórfico indiferenciado/sin clasificar

Cáncer que empieza en el músculo, la grasa, el tejido fibroso, los vasos sanguíneos u otros tejidos de sostén del cuerpo.

Schwannoma

Tumor del sistema nervioso periférico que surge en la envoltura (cubierta protectora) de los nervios. Es casi siempre benigno, pero se ha informado sobre schwannomas malignos poco comunes.

Síndrome de Werner

Trastorno hereditario caracterizado por un envejecimiento rápido que empieza en la adolescencia temprana. Los pacientes pueden tener una estatura más baja que el promedio y tener problemas de salud tales como la pérdida y encanecimiento del pelo, endurecimiento de las arterias, adelgazamiento de los huesos, diabetes, y piel fina y endurecida. También tienen un mayor riesgo de cáncer, especialmente de osteosarcoma (tipo de cáncer de hueso). La causa del síndrome de Werner es una mutación (cambio) en un gen que participa en la multiplicación celular. Es un tipo de enfermedad genética recesiva autosómica. También se llama progeria en adultos y SW.

Síndrome del nevo de células basales

Enfermedad genética que causa una apariencia facial extraña y trastornos de la piel, los huesos, el sistema nervioso, los ojos y las glándulas endocrinas. Las personas con este síndrome tienen un riesgo más alto de padecer de carcinoma de piel de células basales. También se llama síndrome de Gorlin y síndrome del carcinoma nevoide de células basales.

Sonda

Instrumento largo y delgado usado para explorar heridas, cavidades o conductos del cuerpo.

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.

Tejido sinovial

Tejido conectivo delgado, vascular suelto que forma las membranas alrededor de las articulaciones y las envolturas que protegen los tendones por las que pasan las prominencias óseas. Las células sinoviales segregan un líquido llamado líquido sinovial que actúa como lubricante y nutriente para las superficies del cartílago de las articulaciones.

Terapia dirigida

Tipo de tratamiento en el que se usan medicamentos u otras sustancias, como antibióticos monoclonales, para identificar y combatir tipos específicos de células cancerosas. La terapia dirigida causa menos daño a las células normales que otros tipos de tratamientos de cáncer.

Terapia hormonal

Uso de hormonas como tratamiento médico.

Terapia/medicamentos sistémica/os

Tratamiento en el que se usan sustancias que viajan por la corriente sanguínea y llegan hasta las células de todo el cuerpo y las afectan. La quimioterapia* y la inmunoterapia son ejemplos de terapia sistémica.

Trabectedina

Sustancia que se obtiene de un tipo de ascidia y que está en estudio para el tratamiento de cáncer. Esta se une al ADN causándole rupturas. Asimismo, impide que la célula pueda reparar el daño causado al ADN y podría destruir las células cancerosas. La trabectedina también se produce en el laboratorio. Es un tipo de inhibidor de la reparación de escisiones.

Tratamiento multimodal

Terapia que combina más de un método de tratamiento. También se llama terapia combinada y terapia con multimodalidad.

Trombosis venosa profunda

Formación de un coágulo sanguíneo en una vena profunda de la pierna, la cadera o alguna de las extremidades superiores. Los síntomas incluyen dolor, inflamación, calor y enrojecimiento del área afectada. También se llama TVP.

Trompa de Falopio

Tubo delgado por el cual pasan los óvulos de un ovario al útero. En el sistema reproductor femenino, hay un ovario y una trompa de Falopio en cada lado del útero.

Tumor benigno

No canceroso Los tumores benignos pueden crecer, pero no se diseminan a otras partes del cuerpo. También se llama no maligno.

Tumor del estroma gastrointestinal (TEGI)

Tipo de tumor que suele comenzar en las células de la pared del aparato digestivo. Puede ser benigno o maligno.

Tumor fibroso solitario (TFS)

Tumor poco común que puede originarse en la pleura* o prácticamente en cualquier lugar del tejido blando. Puede ser benigno o maligno.

Tumor maligno de la vaina del nervio periférico (TMVNP)

Tipo de sarcoma del tejido blando que se forma en las células de la vaina (cubierta) protectora alrededor de los nervios periféricos, que son los nervios que están fuera del sistema nervioso central (cerebro y médula espinal). También se llama TMVNP.

Vincristina

Ingrediente activo de un medicamento que se usa para tratar la leucemia aguda. Se usa en combinación con otros medicamentos para tratar la enfermedad de Hodgkin, el linfoma* no Hodgkin, el rabdomiosarcoma, el neuroblastoma y el tumor de Wilms. La vincristina también está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer. Bloquea el crecimiento de las células al impedir su división. Es un tipo de alcaloide de vinca y un tipo de antimetabólico.

Vinorelbina

Medicamento contra el cáncer que pertenece a la familia de medicamentos de origen vegetal llamados alcaloides de vinca.

Las guías para pacientes de ESMO / Fundación Contra el Cáncer están diseñadas para ayudar a los pacientes, a sus familiares y a sus cuidadores a comprender la naturaleza de los distintos tipos de cánceres y evaluar las mejores opciones de tratamiento disponibles. La información médica descrita en las Guías para Pacientes se basa en las Directrices de Práctica Clínica de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), que están diseñadas para guiar a los médicos oncólogos en el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de diferentes tipos de cánceres. Estas guías son producidas por la Fundación Contra el Cáncer en colaboración estrecha con el Grupo de Trabajo de las Directrices de la ESMO y el Grupo de Trabajo de Pacientes de Cáncer de la ESMO.

Para más información visite las páginas www.esmo.org y www.anticancerfund.org

