

Vivir con sarcoma

Guía para pacientes y familias

Escrita por el Dr. Pablo Lozano Lominchar

Cirujano oncólogo · Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Esta guía está escrita para ti y para quienes te acompañan. No hace falta ningún conocimiento previo. Léela a tu ritmo y llévala a la consulta con las dudas apuntadas.

¿Qué es el Sarcoma?

Un cáncer del tejido conectivo

El sarcoma es un tipo de cáncer que nace en los tejidos conectivos del cuerpo — los materiales estructurales que sostienen y conectan todos los órganos y partes del cuerpo. Estos incluyen la grasa, el músculo, el tejido fibroso, los vasos sanguíneos, los nervios, el cartílago y el hueso. A diferencia de los carcinomas más frecuentes (como el de mama, colon o pulmón) que nacen en células epiteliales, los sarcomas se originan en tejidos mesenquimales — el almacén estructural profundo del cuerpo.

Los sarcomas son raros: representan aproximadamente el 1% de todos los tumores malignos en adultos — unos 5.000 casos nuevos al año en la Unión Europea. Debido a su rareza, la experiencia está concentrada en centros especializados, y se recomienda firmemente que todos los pacientes con sarcoma sean manejados por un equipo multidisciplinar de referencia.

Los dos grandes grupos

- **Sarcomas de partes blandas (SPB):** Nacen en grasa, músculo, tejido fibroso, vasos sanguíneos, nervios u otros tejidos conectivos no óseos. Pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo, pero son más frecuentes en las extremidades y el retroperitoneo.
- **Sarcomas óseos:** Nacen en el hueso (osteosarcoma) o el cartílago (condrosarcoma), y son más frecuentes en niños y adultos jóvenes.

El sarcoma retroperitoneal: una entidad especial

El **retroperitoneo** es el espacio situado detrás de la cavidad peritoneal, en la parte posterior del abdomen, que contiene los riñones, los uréteres, la aorta, la vena cava y las glándulas suprarrenales. Los sarcomas retroperitoneales (SRP) son los sarcomas de partes blandas más frecuentes en este espacio.

Los dos subtipos más frecuentes de SRP son:

- **Liposarcoma:** Nace en el tejido graso. Puede ser bien diferenciado (de crecimiento lento) o dediferenciado (más agresivo).
- **Leiomioma:** Nace en el músculo liso, con frecuencia en la pared de la vena cava inferior. Más agresivo que el liposarcoma bien diferenciado.

PUNTO CLAVE

Los sarcomas retroperitoneales pueden alcanzar tamaños enormes (20–30 cm o más) antes de dar síntomas, porque el espacio retroperitoneal es amplio y acomodaticio. El hallazgo de una masa abdominal incidental en una prueba de imagen realizada por otro motivo es una de las presentaciones más frecuentes.

Diagnóstico y Estadificación

Pruebas de imagen

- **TC de tórax, abdomen y pelvis** con contraste intravenoso: evalúa el tumor primario, sus relaciones con órganos y vasos adyacentes, y la presencia de metástasis pulmonares o hepáticas.

- **RMN abdominal:** superior a la TC para valorar el detalle de partes blandas, la composición del tumor (grasa vs. sólido) y la relación con la columna vertebral y el músculo psoas.
- **PET-TC:** se utiliza de forma selectiva, especialmente en sarcomas de alto grado, para detectar metástasis a distancia ocultas.

Biopsia: la regla del sarcoma

Antes de planificar cualquier tratamiento, es imprescindible el diagnóstico tisular. Para las masas retroperitoneales, se obtiene habitualmente mediante **biopsia con aguja gruesa (BAG) guiada por TC**. El trayecto de la biopsia debe planificarse cuidadosamente para no contaminar planos tisulares que no estén afectados.

⚠ ADVERTENCIA

No te sometas a biopsia ni cirugía por un sarcoma sospechado en un centro sin experiencia específica en sarcomas. Una biopsia mal planificada puede comprometer la cirugía curativa posterior. Ante cualquier duda, pide una segunda opinión en un centro de referencia de sarcomas antes de cualquier intervención.

Grado histológico

Los sarcomas se clasifican en grados (G1, G2, G3) en función de su aspecto microscópico. El grado es uno de los factores pronósticos más importantes:

- **G1 (bajo grado):** Bien diferenciado; crecimiento lento; bajo riesgo de metástasis a distancia
- **G2 (grado intermedio)**
- **G3 (alto grado):** Mal diferenciado; crecimiento más rápido; riesgo significativo de metástasis a distancia

Tratamiento y Recuperación

La cirugía: pilar fundamental

Para el sarcoma retroperitoneal localizado, la cirugía es el único tratamiento potencialmente curativo. El objetivo es una **resección R0** — extirpación completa del tumor con márgenes microscópicamente negativos — realizada en bloque con cualquier estructura adyacente adherida o afectada.

La filosofía quirúrgica del sarcoma retroperitoneal ha evolucionado significativamente. El consenso del TARPSWG (Grupo de Trabajo Trans-Atlántico de Sarcoma Retroperitoneal) recomienda la **resección compartimental**: en lugar de extirpar solo el tumor visible, el cirujano extirpa el tumor junto con todas las estructuras ipsilaterales del mismo compartimento anatómico, aunque parezcan macroscópicamente no afectadas. Para un liposarcoma izquierdo, esto suele implicar la extirpación del tumor, el riñón izquierdo, el músculo psoas ipsilateral y el hemicolon izquierdo.

Este enfoque agresivo reduce significativamente las tasas de recidiva local: sin resección compartimental, la recidiva local afecta a aproximadamente el 50–60% de los pacientes en 5 años; con resección compartimental adecuada, las tasas caen al 25–35%.

Radioterapia

La radioterapia preoperatoria (neoadyuvante) se utiliza en algunos centros para reducir el tamaño del tumor antes de la cirugía. La evidencia para su uso rutinario en el SRP sigue evolucionando — discute esta opción específicamente con tu equipo multidisciplinar.

Quimioterapia

El papel de la quimioterapia adyuvante (postoperatoria) en el sarcoma retroperitoneal es limitado y no es práctica estándar para la mayoría de los subtipos histológicos. La quimioterapia sistémica se utiliza para la enfermedad metastásica (doxorrubicina ± ifosfamida como primera línea).

Seguimiento tras la cirugía

Dado el riesgo significativo de recidiva local, el seguimiento tras la cirugía de sarcoma es más estrecho que en muchos otros cánceres:

- TC de tórax, abdomen y pelvis cada 3–4 meses los primeros 2 años
- Cada 6 meses del año 2 al 5
- Revisión anual a partir del año 5

⚠ SEÑALES DE ALARMA DURANTE EL SEGUIMIENTO

- Aumento o plenitud abdominal progresivos
- Dolor abdominal nuevo o que empeora
- Pérdida de peso sin explicación
- Dolor de espalda de nueva aparición
- Fatiga inexplicable

No esperes a tu próxima cita programada — contacta con tu equipo de sarcomas de inmediato.

Vivir bien tras la cirugía

La recuperación física tras una cirugía de sarcoma retroperitoneal suele llevar entre 6 y 10 semanas. La adaptación psicológica al diagnóstico y a la carga del seguimiento puede llevar más tiempo. Muchos pacientes se benefician del apoyo psicológico o de grupos de ayuda entre pares — no dudes en pedir estos recursos.

La mayoría de los pacientes pueden reincorporarse al trabajo y a sus actividades cotidianas en 3–4 meses tras la cirugía, salvo complicaciones mayores.

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin el ejemplo y la generosidad intelectual de tres cirujanos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en los que me he mirado como en un espejo académico a lo largo de mi formación:

Dr. González Bayón, por enseñarme que la precisión técnica y el rigor científico no son opciones, sino obligaciones del cirujano oncólogo.

Dr. José Luis García Sabrido, maestro de la cirugía radical y de la valentía clínica razonada, cuya visión del paciente oncológico sigue guiando mi práctica.

Dr. José Manuel Asencio, por demostrar que la excelencia quirúrgica y la humildad académica no son incompatibles, sino inseparables.

Los tres han sido, y siguen siendo, referentes inevitables.

Pablo Lozano Lominchar, MD, PhD, EBPSM | HGUGM / UCM | © 2025

Dr. Pablo Lozano Lominchar · Hospital Gregorio Marañón, Madrid · © 2026

Esta guía es informativa y no sustituye a la consulta con tu médico. Ninguna decisión sobre tu tratamiento debería tomarse solo a partir de ella.

Dr. Pablo Lozano Lominchar · Hospital Gregorio Marañón, Madrid · © 2026

Esta guía es informativa y no sustituye a la consulta con tu médico. Ninguna decisión sobre tu tratamiento debería tomarse solo a partir de ella.