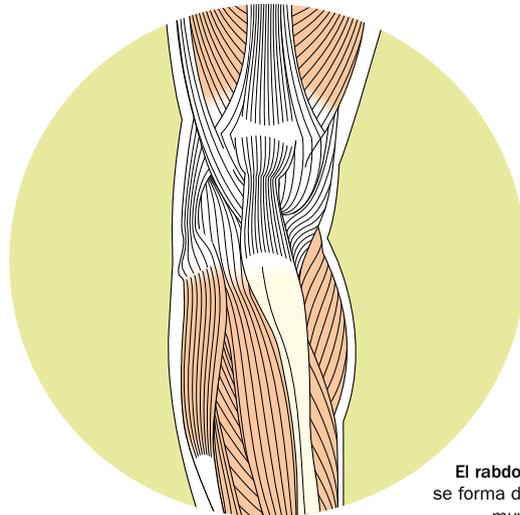
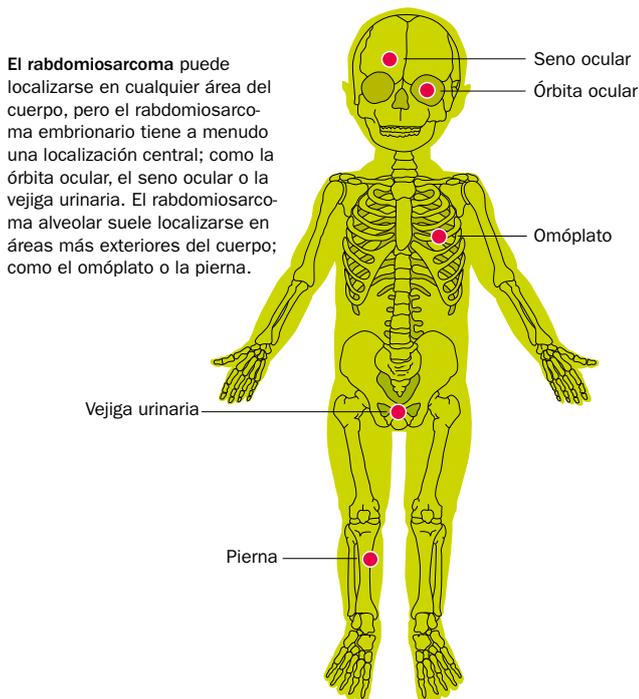


El rabdomiosarcoma tiene origen muscular y es la forma más común de sarcoma infantil. En Suecia enferman entre seis y diez niños cada año.



El rabdomiosarcoma embrionario se forma desde células musculares muy inmaduras, remanentes de la vida fetal. El rabdomiosarcoma alveolar se forma desde células musculares algo más maduras.

RABDOMIOSARCOMA

En principio, el rabdomiosarcoma puede manifestarse en cualquier área del cuerpo en que se forman músculos; sobre todo, músculos esqueléticos. Aproximadamente el 60 por ciento de los rabdomiosarcomas se localizan en la región de la cabeza y el cuello. La localización más común es la órbita ocular, donde se manifiesta el diez por ciento de los tumores. Otra localización común es alrededor de la vejiga urinaria.

SÍNTOMAS

El rabdomiosarcoma puede manifestarse de muchas formas distintas. Un bulto que crece o no desaparece puede causar efectos nerviosos o afectar a distintos órganos. Por ejemplo, puede ser difícil orinar.

El tumor en sí mismo no es doloroso,

pero puede causar dolor en los tejidos adyacentes. Un tumor en la órbita ocular puede hacer que el ojo sobresalga, y un tumor en la oreja puede ser visible en el conducto auditivo.

La hemorragia en algún orificio corporal puede ser una primera señal de rabdomiosarcoma.

DIAGNÓSTICO

Para poder hacer un diagnóstico correcto, los médicos toman una prueba celular o una prueba de tejido del tumor. El área alrededor del tumor sospechoso se examina con radiografía.

Una eventual propagación se ve casi siempre en los pulmones, que también se radiografían. Los médicos también hacen un examen radiográfico del esqueleto y

toman pruebas de la médula para ver si hay células cancerígenas en el esqueleto.

Si el tumor está localizado cerca del cerebro o la médula, se toma una prueba de líquido cefalorraquídeo. Muchos sarcomas pueden identificarse exactamente analizando sus diferencias genéticas.

TIPOS PRINCIPALES

El rabdomiosarcoma se divide en dos tipos principales: embrionario y alveolar. El tipo es muy importante para el tratamiento y el pronóstico.

El rabdomiosarcoma embrionario se forma desde células musculares muy inmaduras, remanentes de la vida fetal. A menudo están localizadas centralmente en el cuerpo; por ejemplo, la órbita ocular, el seno ocular o la vejiga urinaria. >>

Esta forma de rhabdomiosarcoma suele afectar a niños pequeños.

El rhabdomiosarcoma alveolar se forma desde células musculares algo más maduras y se localiza en áreas más exteriores del cuerpo; por ejemplo, el omóplato o la pierna.

El sarcoma alveolar, que es más común en niños de más edad y adolescentes, es más agresivo y resistente al tratamiento.

TRATAMIENTO

Los niños afectados de rhabdomiosarcoma se tratan casi siempre con una combinación de medicamentos citostáticos, cirugía y/o radioterapia.

La mayoría de niños con rhabdomiosarcoma se tratan primero con citostáticos para reducir el tumor.

El rhabdomiosarcoma alveolar requiere normalmente tratamiento de radioterapia, independientemente del grado de éxito de

la cirugía. Posteriormente se trata el niño con diversos tratamientos citostáticos. Por regla general el tratamiento dura seis meses, pero en algunos casos se alarga con otros seis meses de tratamiento de radioterapia.

PRONÓSTICO

La supervivencia se ha mejorado radicalmente en años recientes, independientemente del tipo de rhabdomiosarcoma. Sin embargo, son muy importantes las células originarias del tumor y el área de localización del mismo. Actualmente se cura entre el 70 y el 90 por ciento de los niños afectados de rhabdomiosarcoma. No obstante, recaen entre el 20 y el 30 por ciento.

Generalmente, el rhabdomiosarcoma alveolar es más difícil de tratar que el embrionario, igual que los tumores de niños de más de diez años. Lo mismo ocurre con tumores de más de cinco centí-

metros de diámetro y sin el tumor ya se ha propagado cuando se hace el diagnóstico, lo que ocurre con uno de cada cinco niños.

La localización del tumor también es importante para la cantidad de tratamiento local que pueden dar los médicos. Es decir, si se puede operar sin dañar tejidos y órganos sanos, o si se puede dar tratamiento de radioterapia sin causar demasiadas complicaciones tardías.

Por ejemplo: si se tratan tumores localizados cerca de la vejiga urinaria o los órganos genitales, puede perjudicarse la función de la vejiga urinaria, la vida sexual futura del niño y la posibilidad de tener hijos.

Datos examinados por Gustaf Ljungman, profesor adjunto y médico jefe del hospital infantil Akademiska barnsjukhuset de Uppsala; setiembre de 2017.