Resolución Directoral

Nº 061-2015-GR-LL/GRS/IREN NORTE-DE

Trujillo, 15 de Mayo del año 2015.

VISTO:

El Expediente Administrativo N° 003348-2015, que contiene el Acta de Reunión para la Aprobación de Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica, de fecha 12 de marzo del 2015 el Informe N° 081-2015- GRLL-GGR-GRSS-IREN/NORTE-DCC-S-NORM, emitido por el Jefe del Departamento de Control del Cáncer del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"- IREN NORTE, mediante el cual se alcanza y solicita la aprobación de las **"VEINTICUATRO GUIAS DE PRACTICA CLINICA DE MEDICINA ONCOLOGICA "**, y:

CONSIDERANDO:

Que, con Ordenanza Regional Nº 021-2006-CR/RLL de fecha 07 de Diciembre del 2006, se crea el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, ante la clara necesidad pública de descentralizar los servicios médicos oncológicos, a fin de detectar y tratar las enfermedades Neoplásicas y desarrollar acciones de Prevención y Promoción de la Salud;

Que, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza" IREN Norte, tiene como misión proteger, promover, prevenir y garantizar la atención integral del paciente oncológico, dando prioridad a las personas de escasos recursos económicos; así como, controlar, técnica y administrativamente, a nivel Macro Regional Nor Oriental los servicios de salud de las enfermedades neoplásicas, y realizar las actividades de investigación y docencias propias del Instituto;

Que, mediante Ley Nº 27658 –Ley Marco de Modernización de la Gestión del Estado— establece que el proceso de modernización de la gestión del Estado tiene como finalidad fundamental la obtención de mayores niveles de eficiencia, priorizando y optimizando el uso de los recursos públicos a fin de alcanzar un Estado descentralizado y desconcentrado.

Que, el Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del IREN aprobado con Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL-CR, precisa en el literal k) del Artículo 4º que en coordinación con el INEN se deberá innovar, emitir y difundir permanentemente las normas, guías, métodos, técnicas, indicadores y estándares del manejo en el campo oncológico;

Que, del mismo modo, el Art. 16º del ROF, precisa que el Departamento de Control del Cáncer es el órgano Técnico- Normativo encargado de planificar, proponer las normas y conducir, en el ámbito de su influencia, los procesos de promoción de la salud en el campo oncológico, de prevención de enfermedades neoplásicas, de epidemiologia, de información para la salud, de investigación en oncología y de la docencia y educación especializada en oncología; así como de conducir la formulación, sistematización y

difusión de las normas técnicas oncológicas y de los estándares de calidad de los servicios de salud oncológica a nivel Macro Región Nor- Oriental del Perú, a los que controla técnicamente en cumplimiento a las normas vigentes;

Que, como es de apreciarse de los documentos de vistos, el Departamento de Control del Cáncer, a través del Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos, mediante Informe Nº 081-2015-GRLL-GGR-GRSS-IRENNORTE-DCC-S/NORM, ha solicitado la aprobación de las siguientes Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica: Guía de Práctica Clínica Neoplásias Malignas de la Vulva, Guía de Práctica Clínica de Timoma, Carcinoma Timico; Guía de Práctica Clínica de Carcinoma de Cabeza y Cuello; Guía de Práctica Clínica de Cáncer Testicular; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Endometrio 1.2: Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Colon; Guía de Práctica Clínica de Pulmón a Células no Pequeñas; Guía de Práctica Clínica de Meloma Múltiple; Guía de Práctica Clínica de Mesotelioma Maligno; Guías de Práctica Clínica de Leucemia Meloide Aguda; Guía Práctica Clínica de Troboblastica Gestacional; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Protasta; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama; Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Esófago, Guía Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino; Guía de Práctica Clínica de Neoplasias Malignas de Riñón, Excepto de la Pelvis Renal; Guía de Práctica Clínica de Neoplasia Maligna Vejiga Urinaria; Guía de Práctica Clínica de Leucemia Promielocitica Aguda; Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfática Aguda; Guía de Práctica Clínica para el Trasplante de Precursores Hematopoyéticos; Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico; Guía de Práctica Clínica de Linfoma No Hodgkin de Células T, No Especifico (LNH, PTCL, NOS): correspondiendo se genere el acto resolutivo respectivo, aprobándose las respectivas guías para su difusión y aplicación en cumplimiento de la norma precitada;

Que, según el Informe N° 057-2015-DNCC-DICON/INEN, la Directora Ejecutiva del Departamento de Normatividad, Calidad y Control Nacional de Servicio Oncológico del INEN, concluye que el IREN Norte, al establecerse como Instituto Hermano del INEN, estaría en la facultad de adoptar las Guías de Práctica Clínica Institucional.

Que, mediante Acta de Reunión de fecha 12 de Marzo del 2015, se acuerda aprobar con Resolución Directoral del IREN Norte las 24 guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

Así mismo, cabe señalar que la difusión de las Guías de Práctica Clínica será notificada mediante archivo magnético, en cumplimiento a lo señalado en el numeral 4.1.1 del Artículo 4º del Decreto Supremo Nº 009-2009-MIMAN, sobre Medidas de Ecoeficiencia para el Sector Publico;

En ejercicio a las atribuciones conferidas por la Ley Nº 27783-Ley de Base de la Descentralización, Ley Nº 27867 – Ley Orgánica de Gobiernos Regionales, Ordenanza Regional Nº 008-2011-GR-LL/CR ROF del GORE-LL, de fecha 16 de Setiembre del 2011, que Modifican Organigrama Estructural y Reglamento de Organización y Funciones (ROF) del Gobierno Regional de La Libertad, Ordenanza Regional Nº 027-2008-GR-LL/CR que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza"-IREN NORTE, Resolución Ejecutiva Regional Nº 211-2014-GR-LL-PRE, y con las visaciones correspondientes.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO: APROBAR, Las Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica:

1. Guía de Práctica Clínica Neoplásias Malignas de la Vulva,
2. Guía de Práctica Clínica de Timoma, Carcinoma Timico;
3. Guía de Práctica Clínica de Carcinoma de Cabeza y Cuello;
4. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Testicular;
5. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Pulmón de Células Pequeñas;
6. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Ovario;
7. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Endometrio 1.2:
8. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Colon;
9. Guía de Práctica Clínica de Pulmón a Células no Pequeñas;
10. Guía de Práctica Clínica de Meloma Múltiple;
11. Guía de Práctica Clínica de Mesotelioma Maligno;
12. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Meloide Aguda;
13. Guía de Práctica Clínica de Troboblastica Gestacional;
14. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Protasta;
15. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama;
16. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Esófago,
17. Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Cuello Uterino;
18. Guía de Práctica Clínica de Neoplasias Malignas de Riñón, Excepto de la Pelvis Renal;
19. Guía de Práctica Clínica de Neoplasia Maligna Vejiga Urinaria;
20. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Promielocitica Aguda;
21. Guía de Práctica Clínica de Leucemia Linfática Aguda;
22. Guía de Práctica Clínica para el Trasplante de Precursores Hematopoyéticos;
23. Guía de Práctica Clínica de Cáncer Gástrico;
24. Guía de Práctica Clínica de Linfoma No Hodgkin de Células T, No Especifico (LNH, PTCL, NOS):

ARTICULO SEGUNDO: ENCARGAR, a la Responsable de La Unidad de Informática la publicación de la presente resolución en la página Web del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte, para conocimiento público.

ARTICULO TERCERO: ENCARGAR, la difusión de la presente Resolución al Servicio de Normatividad y Control del Servicio Oncológico- Departamento de Control de Cáncer en el marco de la autonomía normativa del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luis Pinillos Ganoza" – IREN Norte

ARTICULO CUARTO: NOTIFICAR, la presente Resolución Directoral y las Guías de Práctica Clínica de Medicina Oncológica, en el modo y forma de ley.

Regístrese, Comuníquese y Archívese

MAGV
ETA
LMLM

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
IREN NORTE

REGION LA LIBERTAD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
Dr. Mario Antonio Gálvez Villanueva
DIRECTOR EJECUTIVO
IREN-NORTE "Dr. Luis Pinillos Ganoza"

Distribución:

Departamento de Cirugía Especializada.	(01)
Departamento de AER y SAD	(01)
Dpto. de Control del Cáncer	(01)
Dpto. de Atención medico Especializada.	(01)
Dpto. de Enfermería	(01)
Servicio de Normatividad	(01)
Unidad de Informática	(01)
Oficina de Asesoría Legal	(01)
Archivo	

INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLASICAS
"DR. LUIS PINILLOS GANOZA" IREN NORTE

DEPARTAMENTO DE ATENCION MÉDICA ESPECIALIZADA

GUIA DE PRACTICA CLINICA DE MESOTELIOMA MALIGNO

TRUJILLO-PERU

2015

M.C. MARCO GALVEZ VILLANUEVA
Director Ejecutivo del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas

M.C. ROCIO CISNEROS TIPISMANA
Jefe del Departamento de Atención Especializada

M.C. EDUARDO TORRES ARMAS
Jefe del Departamento de Control del Cáncer

LIC. CINTHIA YGLESIAS PELÁEZ
Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

ELABORADO POR:

1. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas

ADOPTADO POR:

1. Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas “Luis Pinillos Ganoza” - IREN NORTE
2. Departamento de Atención Médica Especializada
3. Departamento de Control del Cáncer
4. Servicio de Normatividad y Control de Servicios Oncológicos

I. NOMBRE Y CÓDIGO

1.1. NOMBRE MESOTELIOMA MALIGNO

1.2. CODIGO CIE-10 C39

II. DEFINICIÓN

El mesotelioma es una neoplasia que se origina en las células de la superficie de las serosas, pleura, peritoneo, pericardio, albugínea.

2.1. ETIOLOGÍA

2.1.1. Fibras de asbesto:

Existen dos tipos de fibras de asbesto:

- Serpentina: chrysotile es el más utilizado
- Amfibole: amosite, crocidolite, anthophyllite, tremolite y actinolite
- Amosite, crocidolite son carcinógenos más potentes que chrysolite.
- La potencia está relacionada 500:100:1 (crocidolite:amosite:chrysotile)
- Exposición a otros tipos de fibra de asbestos incluye Erionite.
- Antecedentes de Radioterapia previa
- Terapia de plombaje por periodos prolongados para tratamiento de TBC
- Simian monkey virus 40 (SV40)

2.2. FISIOPATOLOGÍA

2.2.1. CÉLULA DE ORIGEN

La célula de origen no está claramente definida. Se cree que se originan en las células mesoteliales de la superficie.

2.2.2. LESIONES PRECURSORAS

No existe criterio para poder diferenciar las lesiones in situ de las lesiones benignas atípicas, se recomienda el término de hiperplasia atípica mesotelial.

2.2.3. PATOGENIA MOLECULAR DEL MESOTELIOMA

Los mecanismos por los cuales la inhalación de las fibras de asbesto origina mesotelioma no están claramente definidos.

La migración de las fibras de la vía aérea, pleura visceral y pleural parietal es la explicación tradicional.

Mecanismo alterno de migración de las fibras es por diseminación linfática y hematógena.

Existe una fagocitosis ineficaz de las fibras, producción de sustancia reactivas de oxígeno y nitrógeno que generan los eventos genotóxicos.

2.3. ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS IMPORTANTES

La edad promedio de presentación es de 72 años (entre la sexta y séptima década de la vida), con predominio masculino (5:1), con una incidencia de 2500 casos/año en EE.UU., 1.1/100 000 en Alemania y 1.25/100 000 en gran Bretaña, se espera que la incidencia aumente en estos países en los próximos 20 años.

III. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

3.1. MEDIO AMBIENTE

- La exposición ocupacional a asbestos se ha documentado en más del 90 % de los casos.
- El periodo de latencia es largo generalmente 40 años
- Es raro que se produzca mesotelioma relacionado a asbesto con un periodo de latencia menor de 15 años.

Solamente 5-17 % de los casos expuestos a asbesto desarrollan la enfermedad.

3.2. ESTILOS DE VIDA

Exposición ocupacional a asbestos

3.3. FACTORES HEREDITARIOS (CONSEJO GENÉTICO)

- Alteraciones genéticas incluyen:
- Alteración en el número de copias de los cromosomas, pérdida de los alelos que incluyen 1p, 3p21, 6q, 9p21, 15q11-15 y 22q, deleción de 9p21
- Mutación en la línea germinal de BAP1 (BRCA1 associated protein-1)

IV. CUADRO CLÍNICO

4.1. SIGNOS Y SINTOMAS

La triada disnea, tos y dolor torácico constituyen el 60% a 90% de la sintomatología en esta patología.

- Disnea
- Dolor torácico
- Tos
- Efusión pleural
- Masa en pared torácica
- Pérdida de peso
- Fiebre
- Hemoptisis
- Diaforesis
- Ascitis
- Ganglios cervicales o supraclaviculares

4.2. CONDICIONES ASOCIADAS

Para neoplásicos: AHAI, SIHAD, hipercalcemia, hipoglicemia, hipercoagulabilidad, trombocitosis.

V. DIAGNÓSTICO

5.1. CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

- Debe obtenerse una historia ocupacional
- El diagnóstico es sugerido por un estudio de imágenes (engrosamiento pleural unilateral, derrame pleural)
- El estudio citológico de líquido pleural puede ser diagnóstico, pero también puede mostrar resultados erróneos.
- La histología junto con la inmunohistoquímica es el estándar diagnóstico
- Videotoracoscopia, pleuroscopía o la biopsia pleural abierta pueden ser necesarios para proveer material suficiente para realizar un diagnóstico histológico adecuado y clasificación de acuerdo a los criterios de la OMS.

Clasificación histológica de los tumores de la pleura según la OMS

TUMORES MESOTELIALES	9050/3
• Mesotelioma maligno difuso	9052/3
• Mesotelioma epiteloide	9051/3
• Mesotelioma sarcomatoide	9051/3
• Mesotelioma desmoplasico	9053/3
• Mesotelioma bifasico	9050/3
• Mesotelioma maligno localizado	
• Otros tumores de origen mesotelial	9052/1
• Mesotelioma papilar bien diferenciado	
• Tumor adenomatoide	9054/0
TUMORES MESENQUIMALES	
• Hemangioendotelioma epiteloide	9133/1
• Angiosarcoma	9120/3
• Sarcoma sinovial	9040/3
• Monofásico	9041/3
• Bifásico	9043/3
• Tumor fibroso solitario	8815/0
• Tumor calcificante de la pleura	
• Tumor desmoplásico de células redondas	8806/3
DESORDENES LINFOPROLIFERATIVOS	
• Linfoma primario de la efusión pleural	9678/3
• Quilotorax	

DIFERENCIAS EN IHQ PARA MESOTELIOMA

TINCIÓN DE IHQ	MESOTELIOMA EPITELIAL	ADENOCARCINOMA
Ac para Calretinina	+	-
Ac para queratina AE1/AE3	+	+
Ac para WT-1	+	-
CEA	-	+
Leu-M1	-	+
TTF-1	+	+

CLASIFICACIÓN HISTOLÓGICA DE LA OMS

TIPO HISTOLÓGICO	%
Epitelioide	60 a 70%
Bifásico o Mixto	10%
Sarcomatoide	5 a 8%
Indiferenciado	

5.2. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Neoplasias metastásicas a la pleura
- Sarcoma pleural difuso primario de la pleura
- Tumores del timo primarios o metastásico
- Tumor desmoplasico de células redondas
- Tumores primarios de la pleura localizados

VI. EXÁMENES AUXILIARES

6.1. PATOLOGÍA CLÍNICA

- Historia clínica y examen físico completo, que incluye evaluación completa de la región de la cabeza y el cuello, recto, pelvis y mama
- Análisis de sangre: Hemograma completo con conteo plaquetario
- Perfil de coagulación, bioquímica hepática y renal

6.2. IMÁGENES

6.3. EXÁMENES ESPECIALIZADOS COMPLEMENTARIOS

- Toracocentesis para citología
- Biopsia por VATS/toracoscopía (Preferido)
- Biopsia guiada por tomografía o biopsia pleural
- Péptido relacionado a meso telina (SMRP) u osteopontina (opcional)
- En pacientes candidatos a cirugía: Pruebas de función pulmonar, pruebas de ventilación/perfusión cuantitativa y pruebas de estrés cardiaco.

VII. MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

7.1. CLASIFICACIÓN AJCC.

CLASIFICACIÓN AJCC.

ESTADÍO	TNM	COMENTARIOS
Ia	T1a N0 M0	Tumor primario limitado a la pleura parietal ipsilateral.
Ib	T1b N0 M0	Como estadío más compromiso local de la pleura visceral.
II	T2 N0 M0	Como estadío o más compromiso confluente del diafragma o pleura visceral o compromiso pulmonar.
III	Cualq T3 M0 Cualq T N1 M0 Cualq T N2 M0	Tumor localmente avanzado. Compromiso ganglionar broncopulmonar o hiliar ipsilateral. Compromiso de ganglios mediastinales o subcarinales ipsilaterales.
IV	Cualq T4 Cualq N3 Cualq M1	Tumor localmente avanzado técnicamente irresecable. Compromiso contralateral del mediastino o cadena mamaria interna y/o compromiso ipsilateral o contralateral de los ganglios supraclaviculares. Metástasis a distancia.

7.2. PRINCIPIOS DE CIRUGÍA

- La resección quirúrgica debe realizarse luego de la cuidadosa evaluación del paciente por un cirujano de tórax con experiencia en manejo de mesotelioma.
- El objetivo de la cirugía es la cito reducción completa grosera del tumor. En los casos que no sea posible por presentar compromiso en sitios múltiples del tórax o invasión de la pared torácica debe suspenderse la cirugía.
- Las opciones quirúrgicas son:
- Pleurectomía/decorticación (P/D), la cual se define como la remoción completa de la pleura y todo el tumor.

- Neumonectomía extrapleural, la cual se define como resección en-bloc de la pleura, pulmón, diafragma ipsilateral y generalmente el pericardio. Una disección ganglionar mediastinal.
- Para enfermedad temprana (confinado a la pleura comprometida, bajo compromiso nodal) con histología favorable (epitelioide) en pacientes de buen pronóstico, la neumonectomía extrapleural es la mejor opción. Para enfermedad avanzada (alto compromiso ganglionar, áreas de invasión local), histología mixta, y/o pacientes de alto riesgo, pleurectomía/decorticación puede ser la mejor opción.
- Luego de recuperarse de una cirugía, el paciente debe ser referido para tratamiento adyuvante lo cual incluye quimioterapia o radioterapia dependiendo si se usó alguna terapia pre-operatoria y en los resultados histológicos.

7.3. PRINCIPIOS DE QUIMIOTERAPIA

7.3.1. PRIMERA LÍNEA DE TRATAMIENTO

- La quimioterapia se recomienda para los pacientes médicamente inoperables.
- El esquema con Cisplatino y Pemetrexed (categoría1) se considera el estándar de oro para el tratamiento de mesotelioma pleural y es actualmente el único régimen aprobado por la FDA.
- Un ensayo aleatorizado de fase III evaluó cisplatino / Pemetrexed frente a cisplatino solo en pacientes que no eran candidatos para la cirugía; el régimen combinado aumentó la supervivencia en comparación con cisplatino solo: 12,1 meses frente a 9,3 meses, p = 0,02.
- Otros tratamientos de primera línea disponibles son:
- Pemetrexed y Carboplatino , que se evaluó en 3 estudios fase II, con medianas de supervivencia de: 12.7 a 14 meses.
- Gemcitabina y cisplatino supervivencia media = 9.6 hasta 11.2 meses

los resultados de 1.704 pacientes con MPM inoperable tratados con cisplatino / Pemetrexed o Carboplatino / Pemetrexed como parte de un ensayo con acceso ampliado determinó que los resultados con los regímenes fueron similares

CISPLATINO + PEMETREXED

Pemetrexed	500 mg/m²	EV inf 10min
Cisplatino	75 mg/m²	EV

Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J, et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma.
J Clin Oncol 2003;21:2636-2644.

CARBOPLATINO + PEMETREXED

Pemetrexed	500 mg/m²	EV inf 10min
Carboplatino	5 AUC	EV

Cada 3 semanas.

GEMCITABINA + PEMETREXED

Gemcitabina	1,250 mg/m²	EV inf 30min en día 1y8
Pemetrexed	500 mg/m²	EV día 8

OXALIPLATINO + PEMETREXED

Pemetrexed	500 mg/m²	EV inf 10min
Oxaliplatino	85 - 100 mg/m²	EV inf 2h

VINORELBINA MONODROGA

Vinorelbina	30 mg/m²/semana	EV bolo por 6 semanas

Cada 8 semanas

OXALIPLATINO + RALITREXED

Ralitrexed	3 mg/m²	EV inf 15min
Oxaliplatino	130 mg/m²	EV inf 2h

Cada 3 semanas

CISPLATINO + GEMCITABINA

Cisplatino	30 mg/m²	EV	día 1
Gemcitabina	750 mg/m²	EV	día 1y8

Cada 3 semanas

CARBOPLATINO + GEMCITABINA

Carboplatino	5 AUC	EV	día 1
Gemcitabina	750 mg/m²	EV	día 1y8

Cada 3 semanas

CISPLATINO + DOXORRUBICINA

Cisplatino	60 mg/m²	EV	día 1-2
Doxorrubicina	40 mg/m²	EV	día 3

Cada 4 semanas

IRINOTECAN + CISPLATINO

Irinotecan	60 mg/m²	EV	día 1, 8 y 15
Cisplatino	60 mg/m²	EV	día 1

Cada 4 semanas.

7.3.2. ESQUEMA DE SEGUNDA LINEA DE TRATAMIENTO

- Las opciones de quimioterapia de segunda línea incluye Pemetrexed (si no se administra como primera la línea) (categoría 1), Vinorelbina o Gemcitabina.
- La administración en segunda oportunidad con Pemetrexed es efectiva si los pacientes tuvieron una buena respuesta a la primera línea con Pemetrexed.

Pemetrexed 500 mg/m
(si no fue administrado como primera línea) (Categoría 1)
Gemcitabine 1000-1250 mg/m días 1, 8 y 15
Vinorelbine 25-30 mg/m días 1 y 8

VIII. COMPLICACIONES

Alopecia, mucositis, hiporexia, náuseas y vómitos, diarrea, neutropenia, anemia, en pocas ocasiones leucemia varios años después, insuficiencia cardiaca, riesgo de formación de coágulos sanguíneos.

IX. CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

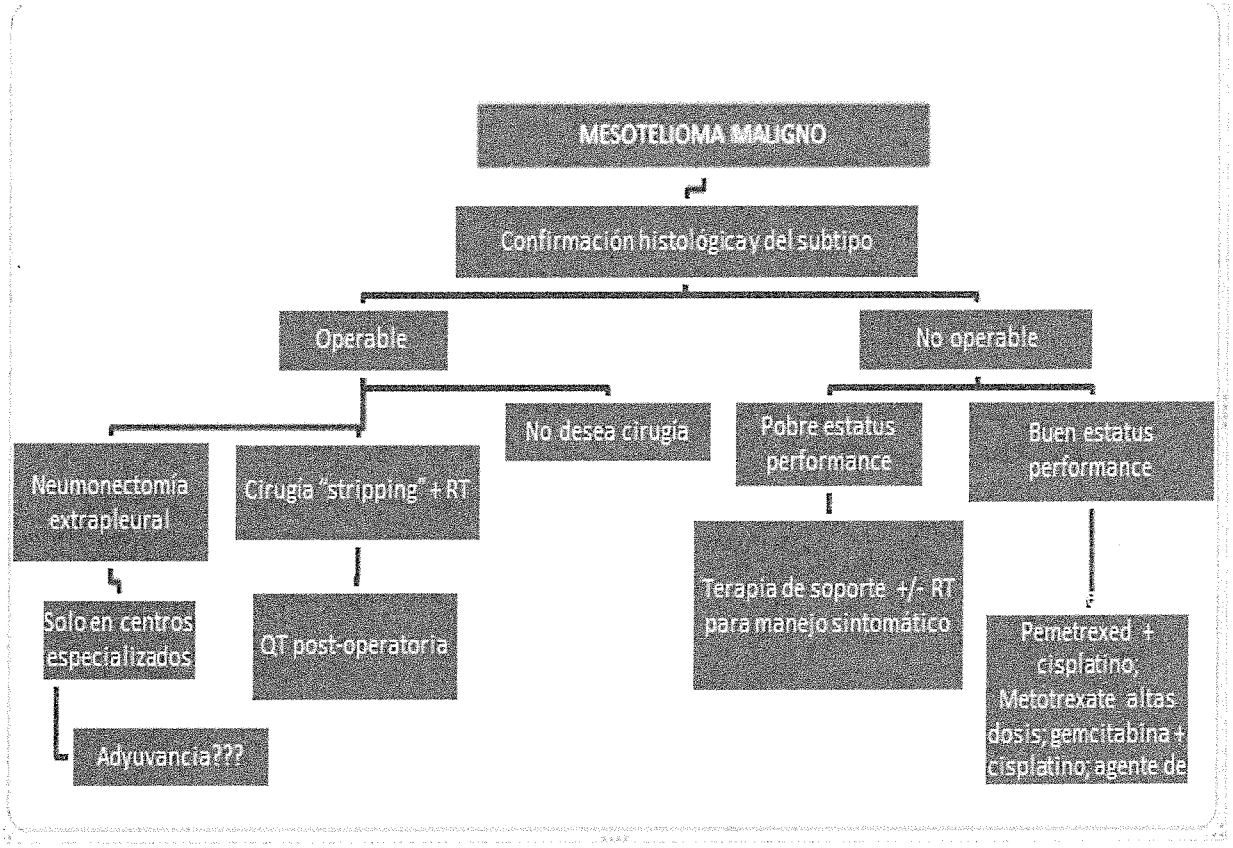
9.1. REFERENCIA

Los pacientes con presunción diagnóstica deben ser referidos para tratamiento a un centro especializado que cuente con un equipo médico multidisciplinario entrenado en el tratamiento de la patología referida

9.2. CONTRA-REFERENCIA

Terminado el tratamiento el paciente debe ser referido a su centro hospitalario de origen con un documento de resumen de todas las medidas de tratamiento instaladas.

X. FLUXOGRAMA / ALGORITMO



XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Peto J, Decarli A, La Vecchia C et al. The European mesothelioma epidemic. Br J Cancer 1999; 86: 1970–1971.
2. Pelucchi C, Malvezzi M, La Vecchia C et al. The mesothelioma epidemic in Western Europe: an update. Br J Cancer 2004; 90: 1022–1024.

3. Carbone M, Kratzke RA, Testa JR. The pathogenesis of mesothelioma. Semin Oncol. 2002 Feb;29(1):2-17.
4. Robinson BW, Creaney J, Lake R et al. Mesothelin-family proteins and diagnosis of mesothelioma. Lancet 2003; 362: 1612–1616.
5. Pass HI, Wali A, Tang N et al. Soluble mesothelin-related peptide level elevation in mesothelioma serum and pleural effusions. Ann Thorac Surg 2008; 85(1008): 265–272.
6. Edwards JG, Abram KR, Leverment JN et al. Prognostic factors for malignant mesothelioma in 142 patients: validation of CALGB and EORTC prognostic scoring systems. Thorax 2000; 55: 731–735.
7. Weder W, Stahel RA, Bernhard et al. A multicenter trial of neoadjuvant chemotherapy followed by extrapleural pneumonectomy in malignant pleural mesothelioma. Ann Oncol 2007; 18: 1196–1202.
8. Nakas A, Ucar M, Edwards JG, Waller DA. The role of video-assisted
9. thoracoscopic pleurectomy/decortication in the therapeutic management of malignant pleural mesothelioma. Eur J Cardiothorac Surg 2008; 33: 83–88.
10. Rice DC, Stevens CW, Correa AM et al. Outcomes after extrapleural pneumonectomy and intensity-modulated radiation therapy for malignant pleural mesothelioma. Ann Thorac Surg 2007; 84: 1685–1692.
11. O'Rourke N, Garcia JC, Paul J et al. A randomized controlled trial of intervention site radiotherapy in malignant pleural mesothelioma. Radiother Oncol 2007; 84: 18–22.
12. Vogelzang NJ, Rusthoven JJ, Symanowski J et al. Phase III study of pemetrexed in combination with cisplatin versus cisplatin alone in patients with malignant pleural mesothelioma. J Clin Oncol 2003; 21: 2636–2644.
13. van Meerbeeck JP, Gaafar R, Manegold C et al. Randomized phase III study of cisplatin with or without raltitrexed in patients with malignant pleural mesothelioma: an intergroup study of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Group and the National Cancer Institute of Canada. J Clin Oncol 2005; 23: 6881–6889.
14. Castagneto B, Bota M, Aitini E et al. Phase II study of pemetrexed in combination with carboplatin in patients with malignant pleural mesothelioma. Ann Oncol 2008; 19: 370–373.
15. Ceresoli GL, Zucali PA, Favaretto AG et al. Phase II study of pemetrexed plus carboplatin in malignant pleural mesothelioma. J Clin Oncol 2006; 24: 1443–1448.
16. Jassem J, Ramlau R, Santoro A et al. Phase III trial of pemetrexed plus best supportive care compared with best supportive care in previously treated patients with advanced malignant pleural mesothelioma. J Clin Oncol 2008; 26: 1698–1704.
17. Byrne MJ, Nowak AK. Modified RECIST criteria for assessment of response in malignant pleural mesothelioma. Ann Oncol 2004; 15: 257–260.