

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

DIRETRIZES DE
TRATAMENTOS
ONCOLÓGICOS

2026

SARCOMAS

SARCOMAS DE PARTES MOLES

Colaboração



Apresentação

Esta diretriz tem como objetivo apoiar as decisões clínicas no tratamento de sarcomas de partes moles. As diretrizes seguem níveis pré-definidos de evidência científica e força por trás de cada recomendação (Sistema Grade). Não são objetivos dessas diretrizes recomendações a respeito de considerações fisiopatológicas sobre as doenças. Cada opção terapêutica recomendada foi avaliada quanto à relevância clínica, mas também quanto ao impacto econômico. Assim, algumas alternativas podem ser recomendadas dentro de um cenário de restrição orçamentária no sistema público de saúde brasileiro.

AUTORES

Coordenação

Comitê de Sarcomas SBOC

Dra. Veridiana Pires de Camargo

Dra. Bruna Bianca Lopes David

Dra. Camila Toledo Jappour Nargele de Carvalho

Dr. Fernando Augusto Batista Campos

Dr. Mateus Marinho Nogueira Soares

Dr. Rafael Aron Schmerling

Dr. Rodrigo Guedes

Colaboração

Grupo Brasileiro de Sarcomas (GBS)

Diretrizes de tratamentos oncológicos da Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica - SBOC | Capítulo "Sarcomas de partes moles" DATA DE PUBLICAÇÃO 30/04/2026 PRESIDENTE Dra. Clarissa Baldotto PRESIDENTE ELEITO Dr. Fábio Franke PRESIDENTE DE HONRA Dra. Angélica Nogueira DIRETORIA Dr. André Sasse, Dra. Daniele Assad, Dra. Danielle Laperche, Dr. Helano Carioca, Dra. Marcela Crosara, Dr. Max Senna Mano, Dr. Rodrigo Guedes, Dr. Romualdo Barroso, Dr. William William CONSELHO FISCAL Dra. Aknar Calabrich, Dra. Ana Amélia Viana e Dr. José Aurílio Rocha ORGANIZAÇÃO E EDIÇÃO Rafael Luis Moura Lima do Carmo (DUO Consultoria e Design) PROJETO GRÁFICO Bruno de Jorge (DUO Consultoria e Design) CONTATO SBOC Av. Paulista, 2073, Horsa II, cj. 1003 - Conjunto Nacional - CEP: 01311-300 - São Paulo/SP TELEFONES (11) 3179.0090, (11) 3192.9284

Lista de abreviaturas

APC	<i>Adenomatous Polyposis Coli</i> (Proteína da Polipose Adenomatosa do Cólon)
EV	Endovenoso
FAP	<i>Familial Adenomatous Polyposis</i> (Polipose Adenomatosa Familiar)
FR	Força de recomendação
GIST	<i>Gastrointestinal Stromal Tumor</i> (Tumor Estromal Gastrointestinal)
KPS	<i>Karnofsky Performance Scale</i>
LFN	Linfonodo(s)
MLH1	<i>MutL Homolog 1</i>
MPNST	<i>Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor</i> (Tumor Maligno da Bainha do Nervo Periférico)
MSH2	<i>MutS Homolog 2</i>
MSH6	<i>MutS Homolog 6</i>
NE	Nível de evidência
NTRK	Gene <i>Neurotrophic tyrosine receptor kinase</i>
PET/CT	<i>Positron emission tomography/computed tomography</i>
PMS2	<i>Postmeiotic Segregation Increased 2</i>
QT	Quimioterapia
RM	Ressonância magnética
RT	Radioterapia
RX	Radiografia
SBRT	<i>Stereotactic Body Radiation Therapy</i>
SG	Sobrevida global
SLP	Sobrevida livre de progressão
TC	Tomografia computadorizada
TP53	<i>Tumor Protein p53</i> (Proteína Tumoral p53)
USG	Ultrassonografia
VO	Via oral

Estadiamento¹

Tumor primário

Estádio	Definição
Tx	Não avaliável
T0	Sem evidência de tumor primário
T1	Tumor ≤ 5 cm
T2	Tumor > 5 cm e ≤ 10 cm
T3	Tumor > 10 cm e ≤ 15 cm
T4	Tumor > 15 cm

Linfonodos

N	Definição
N0	Sem metástase para LFN regionais ou desconhecido
N1	Metástase em LFN regionais

Metástases

M	Definição
M0	Ausência de metástases à distância
M1	Presença de metástases à distância

Agrupamento TNM

Estádio	T	N	M	Grau
IA	T1	N0	M0	G1 ou GX
IB	T2-T4	N0	M0	G1 ou GX
II	T1	N0	M0	G2 ou G3
IIIA	T2	N0	M0	G2 ou G3
IIIB	T3-T4	N0	M0	Qualquer
IV	Qualquer	Qualquer	M1	Qualquer

Exames para estadiamento

História e exame físico detalhados

Avaliação de lesões musculares ou subcutâneas palpáveis;

Avaliar tempo de sintomas, limitação de movimento, área de edema e dor;

Avaliar massas intra-abdominais palpáveis, aumento de volume abdominal, perda de peso e sintomas constitucionais.

Exames de imagem NE MUITO BAIXO/FR FORTE ²⁻⁶

Avaliação inicial com USG da área suspeita de tumor de partes moles;

Em caso de suspeita de sarcomas de partes moles de extremidades a RM é recomendada, se disponível;

Nos sarcomas de retroperitônio, realizar TC de tórax, abdome e pelve com contraste endovenoso para estadiamento;

Em tumores < 5 cm, superficiais e baixo grau realizar RX de tórax;

Em tumores > 5 cm, profundos, intermediário a alto grau realizar TC de tórax;

Em pacientes com lipossarcoma mixoide de alto grau, leiomiossarcoma, sarcoma epitelióide, angiossarcoma de extremidades completar estadiamento com TC de abdome e pelve. A realização de RM de coluna total deve ser considerada para completar o estadiamento dos pacientes com lipossarcoma mixoide de alto grau;

Em pacientes com angiossarcomas, sarcomas alveolares de partes moles e células claras considerar RM de crânio no estadiamento;

Não existe consenso para realizar PET/CT no estadiamento dos sarcomas de partes moles.

Diagnóstico NE BAIXO/FR FORTE ⁷

Biópsia excisional para lesões menores que 3,0 cm com localização anatômica favorável (superficiais - acima da fáscia);

Múltiplas biópsias percutâneas com agulha grossa com agulhas 14G a 16G. Biópsia percutânea deve ser realizada em centro especializado e planejada pelo cirurgião para garantir que o trajeto da biópsia seja removido na cirurgia definitiva;

Biópsia aberta incisional, desde que realizada em centro oncológico de referência, é uma opção em alguns casos; porém, é um procedimento mais caro e sujeito a potenciais complicações.

Avaliação Oncogenética

Racional

Sarcomas de partes moles apresentam associação significativa com síndromes de predisposição hereditária ao câncer. Estudos recentes demonstram que 21–26% dos pacientes com sarcoma apresentam variantes germinativas patogênicas em genes de predisposição, frequência superior à previamente reconhecida.

Diante dessa prevalência, recomenda-se abordagem sistemática para identificação e encaminhamento para avaliação oncogenética.

A testagem germinativa deve ser precedida e acompanhada de aconselhamento genético formal.

Principais Síndromes Associadas

- **Síndrome de Li-Fraumeni (TP53):** Principal síndrome associada; relacionada a sarcomas de partes moles e ósseos, câncer de mama precoce, tumores cerebrais e carcinoma adrenocortical.
- **Neurofibromatose tipo 1 (NF1):** Associada a tumores malignos da bainha do nervo periférico (MPNST).
- **Síndrome de Lynch (MLH1, MSH2, MSH6, PMS2):** Associação com tumores desmoides.
- **Polipose Adenomatosa Familiar (APC):** Associada à fibromatose agressiva (desmoides).

Indicações para Suspeita de Predisposição Hereditária

Considerar avaliação genética nos seguintes cenários:

- Idade ao diagnóstico;
- Sarcoma diagnosticado antes dos 46 anos;
- Todos os casos em crianças, adolescentes e adultos jovens (15–39 anos);
- História pessoal;
- Múltiplos tumores primários;
- Sarcoma em área previamente irradiada;
- Carcinoma adrenocortical, carcinoma de plexo coroide ou rabdomiossarcoma embrionário anaplásico;
- História familiar;
- Familiar de 1º ou 2º grau com tumor relacionado ao TP53;
- Familiar de 1º grau com câncer precoce;
- Familiar com sarcoma;
- Padrão familiar sugestivo de síndrome hereditária.
- Subtipos histológicos específicos
 - Tumores desmoides
 - MPNST
 - Rabdomiossarcoma embrionário
 - GIST e alguns leiomiiossarcomas
 - Achados moleculares - Variante patogênica em TP53 identificada em sequenciamento tumoral

Recomendações para Encaminhamento

Encaminhamento obrigatório quando:

- Critérios clássicos ou de Chompret para Síndrome de Li-Fraumeni;
- Neurofibromatose associada a sarcoma
- Tumores desmoides com suspeita de Lynch ou FAP;
- História pessoal ou familiar fortemente sugestiva de síndrome hereditária.

Considerar fortemente encaminhamento em:

- Adolescentes e adultos jovens com sarcoma;
- Sarcoma antes dos 46 anos, especialmente com história familiar;
- Múltiplos tumores primários;
- Qualquer característica clínica sugestiva, mesmo sem história familiar evidente.

Patologia

O método mais recomendado para obter tecido histológico para exame patológico é a biópsia, por agulha grossa guiada por imagem, pelo menos 2 fragmentos;

A aspiração por agulha fina não é recomendada para patologia tecidual;

Avaliação histopatológica e imuno-histoquímica além de técnicas moleculares convencionais como hibridização *in situ* e sequenciamento com fixação com formol e processamento com parafina com boa representação devem ser realizados por patologista experiente, preferencialmente em centro de referência.

Tratamento

Doença localizada⁷⁻¹¹

Ressecção cirúrgica deve ser realizada, preferencialmente, em centro de referência com cirurgião/ã especialista em sarcoma **NE MODERADO/FR FORTE** ;

Ressecção cirúrgica deve ser feita em 3 dimensões por equipe especializada em sarcoma em centro de referência, preferencialmente com margens de 1 a 2 cm de tecido normal **NE ALTO/FR FORTE** ;

Em caso de ressecções não-oncológicas ou com margens comprometidas, deve ser realizada nova cirurgia para ampliação de margens, quando possível **NE BAIXO/FR FORTE** ;

Cirurgia de amputação ou desarticulação do membro deve ser indicada nos casos de invasão de estruturas nobres em que existe chance de controle local e cura do paciente, ou em casos de necessidade de controle de sintomas **NE MODERADO/FR FORTE** ;

A RT pré-operatória ou adjuvante está indicada nos casos de sarcoma de alto grau, profundos e maiores de 5 cm. A discussão deve ser feita em time multidisciplinar. Ambas apresentam benefício similar em relação ao controle local, porém, perfis de toxicidade distintos. A RT neoadjuvante pode ajudar a melhorar condições cirúrgicas, trazendo benefício adicional ao controle local. Os sarcomas de alto grau profundos e menores do que 5 cm, apesar de não haver nível de evidência sólido ou consenso entre os grandes centros de referência, devem ser tratados com RT adjuvante **NE ALTO/FR FORTE** ;

A RT adjuvante deve ser iniciada entre 4 e 8 semanas após a cirurgia em pacientes não-candidatos à QT. No caso de tratamento neoadjuvante, a cirurgia deve ser realizada de 4 a 8 semanas após o final da RT **NE BAIXO/FR FORTE** ;

Nos sarcomas de retroperitônio, a recomendação é de discussão multidisciplinar devido à heterogeneidade de apresentação clínica e incerteza quanto ao benefício comprovado do uso da RT adicional **NE BAIXO/FR FORTE** ;

A indicação de QT adjuvante ou neoadjuvante permanece controversa e deve ser definida em reunião multidisciplinar, geralmente com esquemas contendo antraciclina e ifosfamida. Especificamente nos leiomiossarcomas, estudos demonstram superioridade da associação de antraciclina com dacarbazina em comparação aos regimes com ifosfamida. A associação de QT e RT no tratamento neoadjuvante é factível em lesões de extremidades e tende a aumentar a resposta patológica, o que parece estar associado a melhores desfechos de recidiva e sobrevida **NE ALTO/FR FORTE** .

A avaliação de resposta local em sarcomas deve ser realizada por um radiologista experiente, uma vez que alterações funcionais são mais comuns do que reduções dimensionais, que não devem ser confundidas com progressão de doença.

Esquemas de QT adjuvante ou neoadjuvante*

Esquemas	Dose e via de administração	Periodicidade
Doxorubicina + Ifosfamida D1 a D5*	Ifosfamida 1,8 g/m ² EV D1 a D5 Doxorubicina 25 mg/m ² EV D1 a D3 Fator estimulador de colônias de granulocíticas (G-CSF)	A cada 3 semanas, 3 ciclos
Doxorubicina + Ifosfamida D1 a D3*	Ifosfamida 3,0 g/m ² EV D1 a D3 Doxorubicina 25 mg/m ² EV D1 a D3 Fator estimulador de colônias de granulocíticas (G-CSF)	A cada 3 semanas, 3 ciclos
Epirrubicina + Ifosfamida*	Ifosfamida 3,0 g/m ² EV D1 a D3 Epirrubicina 60 mg/m ² EV D1 e D2 Fator estimulador de colônias de granulocíticas (G-CSF)	A cada 3 semanas, 3 ciclos

Subtipos histológicos:

* Sarcoma pleomórfico indiferenciado de alto grau, lipossarcoma mixoide de alto grau, sarcoma sinovial, tumor maligno de bainha neural periférico, leiomiossarcoma de alto grau, mixofibrossarcoma de alto grau e sarcoma epitelióide.

Doença avançada¹²⁻³²

A avaliação e decisão terapêutica na doença metastática deve ser definida pelo time multidisciplinar de especialistas [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

A biópsia confirmatória do primeiro sítio de metástase deve ser realizada em apresentações atípicas, ou quando ocorre intervalo longo entre o aparecimento do sítio primário e a metástase, ou suspeita de outro tumor primário [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

A cirurgia na doença metastática pulmonar metacrônica deve ser considerada quando [NE BAIXO/FR FRACA](#) :

1. Tumor primário controlado;
2. Doença de curso indolente;
3. Sobrevida livre de recorrência maior do que 12 meses;
4. Metástase única ou possibilidade de ressecção completa das lesões;
5. Ausência de doença extrapulmonar.

Metástases sincrônicas podem ter a ressecção discutida, a depender da histologia e prognóstico clínico [NE BAIXO/FR FRACA](#) ;

A cirurgia do tumor primário na doença metastática depende do seu tamanho, da sua localização e do volume de doença metastática, priorizando a preservação do membro [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

A RT na doença metastática pode ser indicada para controle de sintomas [NE BAIXO/FR FRACA](#) ;

A SBRT em lesões pulmonares assim como em outros sítios de doença metastática pode ser indicada em centros de referência após discussão de casos com time multidisciplinar [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

A combinação de ifosfamida e doxorrubicina deve ser priorizada em pacientes sintomáticos, com alto volume de doença e *performance status* KPS maior do que 70% devido à alta toxicidade e ausência de benefício em SG [NE MODERADO/FR FRACA](#) ;

A dose mínima de doxorrubicina por ciclo deve ser 60 mg/m² e a de ifosfamida, 6 g/m² [NE BAIXO/FR FRACA](#) ;

A doxorrubicina convencional ou a lipossomal podem ser usadas como 1ª linha paliativa, respeitando doses acumuladas, se usadas previamente [NE MODERADO/FR FORTE](#) ;

A ifosfamida pode ser considerada como esquema de 1ª linha nos casos onde a doxorrubicina não é mais permitida, principalmente em pacientes com sarcoma sinovial [NE MODERADO/FR FORTE](#) ;

Em doença avançada, a doxorrubicina permanece como tratamento padrão de primeira linha para leiomiossarcoma. Estudo randomizado demonstrou que a combinação de trabectedina com doxorrubicina resultou em melhora significativa de desfechos clínicos quando comparada à doxorrubicina isolada. Entretanto, apesar do benefício observado, essa associação não possui aprovação regulatória no Brasil até o momento, devendo seu uso ser considerado apenas em contextos selecionados [NE ALTO/FR FORTE](#) ;

Em pacientes que já receberam doxorrubicina/epirrubicina com ifosfamida na adjuvância considerar esquemas de 2ª linha e posteriores (tabela abaixo) [NE BAIXO/FR FRACA](#) ;

A trabectedina isolada pode ser usada como 2ª linha em pacientes com sarcoma de alto grau, preferencialmente nos casos de lipossarcoma mixoide e leiomiossarcoma [NE ALTO/FR FORTE](#) .

Esquemas de tratamento paliativo - 1ª linha

Esquema	Dose e via de administração	Periodicidade	NE/FR
Doxorrubicina + Ifosfamida	Ifosfamida 3,0 g/m ² EV D1 a D3 Doxorrubicina 25 mg/m ² EV D1 a D3 Fator estimulador de colônias granulocíticas (G-CSF)	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Doxorrubicina + Dacarbazina	Doxorrubicina 60 mg/m ² EV D1 Dacarbazina 750-1.000 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas, 3 ciclos	NE MODERADO/FR FORTE
Doxorrubicina convencional	Doxorrubicina 60-75 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE
Doxorrubicina lipossomal	Doxorrubicina lipossomal 30-40 mg/m ² EV D1	A cada 4 semanas	NE MODERADO/FR FORTE
Ifosfamida	Ifosfamida 3,0 g/m ² EV D1 a D3	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE

Esquemas de tratamento paliativo - Linhas posteriores

Esquema	Dose e via de administração	Periodicidade	NE/FR
Gencitabina + Docetaxel	Gencitabina 675-900 mg/m ² EV D1 e D8 Docetaxel 75-100 mg/m ² EV D8 Fator estimulador de colônias granulocíticas (G-CSF)	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE
Doxorrubicina + Dacarbazina	Doxorrubicina 60-75 mg/m ² Dacarbazina 900-1.000 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE
Gencitabina + Dacarbazina	Gencitabina 1.800 mg/m ² EV D1 e D15 Dacarbazina 500 mg/m ² EV D1 e D15	A cada 2 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Trabectedina	Trabectedina 1,5 g/m ² EV D1 (infusão em 24 horas)	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FORTE
Pazopanibe	Pazopanibe 800 mg VO 1x/dia	Continuamente	NE MODERADO/FR FORTE
Eribulina	Eribulina 1,4 mg/m ² EV D1 e D8	A cada 3 semanas	NE MODERADO/FR FRACA
Dacarbazina	Dacarbazina 850-1.800 mg/m ² EV D1	A cada 3 semanas	NE BAIXO/FR FRACA

Histologias especiais

Histologia	Esquemas	NE/FR
Sarcoma alveolar	Pazopanibe	NE MODERADO/FR FORTE
	Atezolizumabe	NE MODERADO/FR FORTE
Tumor fibroso solitário	Pazopanibe	NE MODERADO/FR FORTE
	Temozolamida + Bevacizumabe	NE BAIXO/FR FORTE
Angiossarcomas	Antraciclina	NE MODERADO/FR FORTE
	Taxanos	NE MODERADO/FR FORTE
	Pazopanibe	NE MODERADO/FR FORTE
Dermatofibrossarcoma protuberans	Imatinibe	NE BAIXO/FR FRACA
Pecomias malignos	Sirolimo ou Everolimo	NE BAIXO/FR FRACA
Fusão <i>NTRK</i>	Larotrectinibe	NE ALTO/FR FORTE

Recomendações finais

Pacientes com diagnóstico de sarcomas de partes moles devem idealmente ser tratados em centros de referência com equipe multidisciplinar [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

A cirurgia realizada em centro de referência aumenta a sobrevida de pacientes com diagnóstico de sarcomas [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

O mapeamento dos centros de referência no Brasil se faz necessário para facilitar o encaminhamento dos casos e evitar os atrasos no tratamento [NE BAIXO/FR FORTE](#) ;

Pacientes com doença metastática devem ser encaminhados para estudos clínicos, em caso de disponibilidade em algum centro de referência [NE BAIXO/FR FORTE](#) .

Seguimento

Estádio I

RX de tórax a cada 3 meses nos primeiros 3 anos, depois a cada 6 meses até 5 anos;

RM ou TC do sítio primário a cada 3-4 meses nos primeiros 3 anos, depois a cada 6 meses até 5 anos.

Estádios II e III

TC de tórax a cada 3-4 meses nos primeiros 3 anos, depois a cada 6 meses até 5 anos, depois anualmente até 8 a 10 anos.

RM ou TC do sítio primário a cada 3-4 meses nos primeiros 3 anos, depois a cada 6 meses até 5 anos e anualmente até 8-10 anos.

Referências

1. Amin MB, American Joint Committee on Cancer, American Cancer Society, organizadores. AJCC cancer staging manual. Eight edition / editor-in-chief, Mahul B. Amin, MD, FCAP ; editors, Stephen B. Edge, MD, FACS [and 16 others] ; Donna M. Gress, RHIT, CTR-Technical editor ; Laura R. Meyer, CAPM-Managing editor. Chicago IL: American Joint Committee on Cancer, Springer; 2017. 1024 p.
2. Kransdorf MJ, Murphey MD. Radiologic evaluation of soft-tissue masses: a current perspective. *AJR Am J Roentgenol.* setembro de 2000;175(3):575–87.
3. De La Hoz Polo M, Dick E, Bhumbra R, Pollock R, Sandhu R, Saifuddin A. Surgical considerations when reporting MRI studies of soft tissue sarcoma of the limbs. *Skeletal Radiol.* dezembro de 2017;46(12):1667–78.
4. Christie-Large M, James SLJ, Tiessen L, Davies AM, Grimer RJ. Imaging strategy for detecting lung metastases at presentation in patients with soft tissue sarcomas. *Eur J Cancer.* setembro de 2008;44(13):1841–5.
5. Thompson MJ, Ross J, Domson G, Foster W. Screening and surveillance CT abdomen/pelvis for metastases in patients with soft-tissue sarcoma of the extremity. *Bone Joint Res.* março de 2015;4(3):45–9.
6. Steffner RJ, Jang ES. Staging of Bone and Soft-tissue Sarcomas. *J Am Acad Orthop Surg.* 1o de julho de 2018;26(13):e269–78.
7. Spencer RMSSB, de Camargo VP, Silva MLG, Pinto FFE, Costa FD, Cequeira WS, et al. Brazilian consensus on the diagnosis and treatment of extremities soft tissue sarcomas. *Journal of Surgical Oncology.* 2020;121(5):743–58.
8. O’Sullivan B, Davis AM, Turcotte R, Bell R, Catton C, Chabot P, et al. Preoperative versus postoperative radiotherapy in soft-tissue sarcoma of the limbs: a randomised trial. *Lancet.* 29 de junho de 2002;359(9325):2235–41.
9. Bonvalot S, Gronchi A, Le Péchoux C, Swallow CJ, Strauss D, Meeus P, et al. Preoperative radiotherapy plus surgery versus surgery alone for patients with primary retroperitoneal sarcoma (EORTC-62092: STRASS): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 trial. *Lancet Oncol.* outubro de 2020;21(10):1366–77.
10. Pervaiz N, Colterjohn N, Farrokhyar F, Tozer R, Figueredo A, Ghert M. A systematic meta-analysis of randomized controlled trials of adjuvant chemotherapy for localized resectable soft-tissue sarcoma. *Cancer.* 1o de agosto de 2008;113(3):573–81.
11. Gronchi A, Ferrari S, Quagliuolo V, Broto JM, Pousa AL, Grignani G, et al. Histotype-tailored neoadjuvant chemotherapy versus standard chemotherapy in patients with high-risk soft-tissue sarcomas (ISG-STSS 1001): an international, open-label, randomised, controlled, phase 3, multicentre trial. *Lancet Oncol.* junho de 2017;18(6):812–22.

- 12.** Chudgar NP, Brennan MF, Munhoz RR, Bucciarelli PR, Tan KS, D'Angelo SP, et al. Pulmonary metastasectomy with therapeutic intent for soft-tissue sarcoma. *J Thorac Cardiovasc Surg.* julho de 2017;154(1):319-330.e1.
- 13.** Judson I, Verweij J, Gelderblom H, Hartmann JT, Schöffski P, Blay JY, et al. Doxorubicin alone versus intensified doxorubicin plus ifosfamide for first-line treatment of advanced or metastatic soft-tissue sarcoma: a randomised controlled phase 3 trial. *Lancet Oncol.* abril de 2014;15(4):415–23.
- 14.** Judson I, Radford JA, Harris M, Blay JY, van Hoesel Q, le Cesne A, et al. Randomised phase II trial of pegylated liposomal doxorubicin (DOXIL/CAELYX) versus doxorubicin in the treatment of advanced or metastatic soft tissue sarcoma: a study by the EORTC Soft Tissue and Bone Sarcoma Group. *Eur J Cancer.* maio de 2001;37(7):870–7.
- 15.** Maki RG, Wathen JK, Patel SR, Priebat DA, Okuno SH, Samuels B, et al. Randomized phase II study of gemcitabine and docetaxel compared with gemcitabine alone in patients with metastatic soft tissue sarcomas: results of sarcoma alliance for research through collaboration study 002 [corrected]. *J Clin Oncol.* 1o de julho de 2007;25(19):2755–63.
- 16.** García-Del-Muro X, López-Pousa A, Maurel J, Martín J, Martínez-Trufero J, Casado A, et al. Randomized phase II study comparing gemcitabine plus dacarbazine versus dacarbazine alone in patients with previously treated soft tissue sarcoma: a Spanish Group for Research on Sarcomas study. *J Clin Oncol.* 20 de junho de 2011;29(18):2528–33.
- 17.** Dileo P, Morgan JA, Zahrieh D, Desai J, Salesi JM, Harmon DC, et al. Gemcitabine and vinorelbine combination chemotherapy for patients with advanced soft tissue sarcomas: results of a phase II trial. *Cancer.* 1o de maio de 2007;109(9):1863–9.
- 18.** Demetri GD, von Mehren M, Jones RL, Hensley ML, Schuetze SM, Staddon A, et al. Efficacy and Safety of Trabectedin or Dacarbazine for Metastatic Liposarcoma or Leiomyosarcoma After Failure of Conventional Chemotherapy: Results of a Phase III Randomized Multicenter Clinical Trial. *J Clin Oncol.* 2016 Mar 10;34(8):786–93.
- 19.** van der Graaf WTA, Blay JY, Chawla SP, Kim DW, Bui-Nguyen B, Casali PG, et al. Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALETTE): a randomised, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet.* 19 de maio de 2012;379(9829):1879–86.
- 20.** Jagodzińska-Mucha P, Świtaj T, Kozak K, Koseła-Paterczyk H, Klimczak A, Ługowska I, et al. Long-term results of therapy with sunitinib in metastatic alveolar soft part sarcoma. *Tumori.* 12 de maio de 2017;103(3):231–5.
- 21.** Demetri GD, Paz-Ares L, Farago AF, Liu SV, Chawla SP, Tosi D, et al. Efficacy and safety of entrectinib in patients with NTRK fusion-positive tumours: Pooled analysis of STARTRK-2, STARTRK-1, and ALKA-372-001. *Ann Oncol.* novembro de 2018;29:ix175.

22. D'Angelo SP, Mahoney MR, Van Tine BA, Atkins J, Milhem MM, Jahagirdar BN, et al. Nivolumab with or without ipilimumab treatment for metastatic sarcoma (Alliance A091401): two open-label, non-comparative, randomised, phase 2 trials. *Lancet Oncol.* março de 2018;19(3):416–26.

23. Wilky BA, Trucco MM, Subhawong TK, Florou V, Park W, Kwon D, et al. Axitinib plus pembrolizumab in patients with advanced sarcomas including alveolar soft-t-part sarcoma: a single-centre, single-arm, phase 2 trial. *Lancet Oncol.* junho de 2019;20(6):837–48.

24. Park MS, Patel SR, Ludwig JA, Trent JC, Conrad CA, Lazar AJ, et al. Activity of temozolomide and bevacizumab in the treatment of locally advanced, recurrent, and metastatic hemangiopericytoma and malignant solitary fibrous tumor. *Cancer.* 1o de novembro de 2011;117(21):4939–47.

25. Penel N, Bui BN, Bay JO, Cupissol D, Ray-Coquard I, Piperno-Neumann S, et al. Phase II trial of weekly paclitaxel for unresectable angiosarcoma: the ANGIOTAX Study. *J Clin Oncol.* 10 de novembro de 2008;26(32):5269–74.

26. Kim HR, Kim M, Kim JE, Kim H, Kim YJ, Kang MJ, et al. Phase II trial, multi-center, first line paclitaxel-avelumab treatment for inoperable angiosarcoma. *J Clin Oncol.* junho de 2024;42(16_suppl):11512–11512.

27. van Ravensteijn S, De Haan JJ, Gelderblom H, Hillebrandt-Roeffen MHS, de Voer RM, Speetjens FM, et al. Cemiplimab in locally advanced and/or metastatic secondary angiosarcomas (CEMangio): A phase II clinical trial. *J Clin Oncol.* junho de 2024;42(16_suppl):11513–11513.

28. Grilley-Olson JE, Allred JB, Schuetze S, Davis EJ, Poklepovic AS, Wagner MJ, et al. Alliance A091902: A multicenter randomized phase II trial of paclitaxel (P) with or without nivolumab (N) in patients (pts) with advanced angiosarcoma (AS). *J Clin Oncol.* junho de 2024;42(16_suppl):11514–11514.

29. Stacchiotti S, Pantaleo MA, Negri T, Astolfi A, Tazzari M, Dagrada GP, et al. Efficacy and Biological Activity of Imatinib in Metastatic Dermatofibrosarcoma Protuberans (DFSP). *Clin Cancer Res.* 15 de fevereiro de 2016;22(4):837–46.

30. Wagner AJ, Ravi V, Riedel RF, Ganjoo K, Van Tine BA, Chugh R, et al. nab-Sirolimus for Patients With Malignant Perivascular Epithelioid Cell Tumors. *J Clin Oncol.* 20 de novembro de 2021;39(33):3660–70.

31. Demetri GD, Antonescu CR, Bjerkehagen B, Bovée JVMG, Boye K, Chacón M, et al. Diagnosis and management of tropomyosin receptor kinase (TRK) fusion sarcomas: expert recommendations from the World Sarcoma Network. *Ann Oncol.* novembro de 2020;31(11):1506–17.

32. Chen AP, Sharon E, O'Sullivan-Coyne G, Moore N, Foster JC, Hu JS, et al. Atezolizumab for Advanced Alveolar Soft Part Sarcoma. *New England Journal of Medicine.* 6 de setembro de 2023;389(10):911–21.

ANEXO 1

Sistema Grade de níveis de evidência e força da recomendação

Níveis de evidência

Nível	Definição	Implicações	Fonte de informação
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito.	- Ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa. - Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado.	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, podendo, inclusive, modificar a estimativa.	- Ensaios clínicos com limitações leves**. - Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes*.
Baixo	A confiança no efeito é limitada.	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito.	- Ensaios clínicos com limitações moderadas**. - Estudos observacionais comparativos: coorte e caso controle.
Muito baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados.	Qualquer estimativa de efeito é incerta.	- Ensaios clínicos com limitações graves**. - Estudos observacionais comparativos presença de limitações**. - Estudos observacionais não comparados***. - Opinião de especialistas.

Força de recomendação

Público alvo	Forte	Fraca (condicional)
Gestores	A recomendação deve ser adotada como política de saúde na maioria das situações	É necessário debate substancial e envolvimento das partes interessadas
Pacientes	A maioria dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada e apenas um pequeno número não aceitaria essa recomendação	Grande parte dos indivíduos desejaria que a intervenção fosse indicada; contudo alguns indivíduos não aceitariam essa recomendação
Profissionais de saúde	A maioria dos pacientes deve receber a intervenção recomendada	O profissional deve reconhecer que diferentes escolhas serão apropriadas para cada paciente para definir uma decisão consistente com os seus valores e preferências



É PROFISSIONAL DA SAÚDE?

PRINCIPAIS BENEFÍCIOS EXCLUSIVOS DE SER ASSOCIADO(A) SBOC:



Biblioteca Virtual com acesso gratuito a mais de **900 periódicos**, como Nature Cancer, The Lancet Oncology e JAMA Oncology



Visibilidade profissional, com a possibilidade de ser convidado(a) para palestrar em eventos da SBOC ou integrar os Comitês da instituição



Uso da sede SBOC para reuniões e aulas virtuais mediante agendamento



Networking profissional



Redução na inscrição do Congresso SBOC que pode chegar a mais de **50%** nos primeiros lotes



Acesso a cursos e eventos na OncoAcademy – a nova plataforma educacional da SBOC



Acesso ao SBOC Review, uma seleção periódica de artigos científicos recém-publicados nas melhores revistas da especialidade



Simplificação do processo de associação à ASCO e à ESMO (com direito à gratuidade na entidade europeia)



Possibilidade de participação do programa de **Capacitação em Pesquisa Clínica**



Redução de, pelo menos, **40%** no valor da inscrição do exame para a **Prova de Título de Especialista em Oncologia Clínica**

RESIDENTES MÉDICOS EM ONCOLOGIA CLÍNICA NÃO PAGAM ANUIDADE!

SBOC

SOCIEDADE
BRASILEIRA
DE ONCOLOGIA
CLÍNICA

**ASSOCIE-SE
AQUI!**

