



Revisión

Lesiones ocupantes de espacio en pared abdominal (no herniarias): la visión del radiólogo



Luis Martí-Bonmatí^{a,*}, Cristina Ramírez-Fuentes^a y José Cervera-Deval^b

^a Servicio de Radiología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Radiología, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de mayo de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2015

On-line el 13 de julio de 2015

Palabras clave:

Pared abdominal

Lesiones ocupantes de espacio

Tumores benignos y malignos

Radiología

RESUMEN

La presentación clínica y la exploración física de las tumoraciones de la pared abdominal permiten diagnosticar entidades como hernias, abscesos, hematomas y disrupciones posquirúrgicas. Sin embargo, en numerosas ocasiones se necesita la imagen para establecer un diagnóstico y un manejo adecuado del paciente. La radiología permite con frecuencia establecer un diagnóstico de certeza del origen y la causa de la tumoración, planificar el mejor abordaje y tratamiento, y controlar la eficacia de la terapia y el estado de la pared en los seguimientos de imagen posteriores. En este artículo se analizarán los tumores de la pared abdominal en función de sus componentes principales (grasa, agua, fibrosis, sangre, vasos) para llegar a un diagnóstico fiable. También se esbozarán las posibilidades del intervencionismo radiológico (tanto percutáneo como intravascular) en estas entidades.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Non-herniary space-occupying lesions of the abdominal wall: the radiologist's view

ABSTRACT

The clinical presentation and physical examination of patients with abdominal wall masses allow diagnosing cases such as hernias, abscesses, hematomas and postsurgical wall disruptions. However, on many occasions, imaging is needed to establish a lesion diagnosis and patient management. Radiology frequently allows establishing an accurate diagnosis of the origin and cause of the tumour, planning the best treatment approach, and monitoring the effect of therapy and the follow-up changes. In this chapter, tumours of the abdominal wall will be evaluated in terms of their principal components (fat, water, fibrosis, hemorrhage,

Keywords:

Abdominal wall

Space-occupying lesions

Benign and malignant tumours

Radiology

* Autor para correspondencia: Servicio de Radiología y Grupo de Investigación GIBI230, Área Clínica de Imagen Médica, Hospital Universitario y Politécnico e Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Avda. Fernando Abril Martorell, 106, 46026, Valencia, España.

Correo electrónico: luis.marti@uv.es (L. Martí-Bonmatí).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.06.005>

2255-2677/© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

blood vessels) to reach a reliable diagnosis. Also, the different radiological interventional aspects will be outlined, with both percutaneous and endovascular approaches, in these entities.

© 2015 Sociedad Hispanoamericana de Hernia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las tumoraciones de la pared abdominal suelen detectarse cuando el paciente acude a consulta por notarse una lesión en la palpación. En general, la presentación clínica y la exploración física permiten al médico descartar inicialmente una serie de entidades como las hernias (por su localización típica, consistencia y borborigmos), los abscesos (por su calor, color y dolor) y los hematomas (por el antecedente de traumatismo previo o existencia de una discrasia sanguínea). Por otro lado, las lesiones secundarias a disrupciones quirúrgicas de la integridad de la pared son de fácil diagnóstico.

Sin embargo, en otras ocasiones puede ser imposible centrar un diagnóstico y manejo adecuado del paciente, ya que se desconoce la naturaleza y pronóstico de la tumoración. También es frecuente que el médico necesite una confirmación, dada la relevancia del hallazgo (como en pacientes oncológicos) y la necesidad de tomar una actitud terapéutica (como la resección quirúrgica).

En todas estas situaciones, la radiología permite con frecuencia establecer un diagnóstico de certeza del origen y la causa de la tumoración, planificar el mejor abordaje y tratamiento, y controlar la eficacia de la terapia y el estado de la pared en los seguimientos de imagen posteriores. Para contribuir en estos aspectos, las diversas técnicas de imagen deben permitir detectar la lesión, localizarla y tipificarla según sus componentes principales. Tanto la ecografía como la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) son capaces de establecer, de forma aislada o en combinación, estas características de los tumores de la pared abdominal. En este trabajo se analizarán los tumores de la pared abdominal en función de sus componentes principales (grasa, agua, fibrosis, sangre, vasos) para llegar a un diagnóstico fiable mediante la integración de estas características con su localización, perfusión y entorno clínico.

Grasa como constituyente principal

La grasa es el integrante principal de los lipomas, lipoblastomas, hibernomas y liposarcomas. Debe considerarse que está presente cuando en ecografía se observen áreas hiperecogénicas. Debe confirmarse esta naturaleza, dado que no es específica en ecografía, al detectar áreas de muy baja atenuación en TC (con valores sobre los -30 a -80 unidades Hounsfield). La RM permite también un diagnóstico de certeza del componente graso, al observar áreas hiperintensas en todas las secuencias, que se anulan cuando se utilizan bien técnicas de supresión grasa (como los que emplean la distinta frecuencia de precesión de los átomos del agua y la grasa), bien

pulsos de inversión específicos (como en las imágenes STIR). Si existen componentes de agua y grasa mezclados en el interior de un mismo pixel (elemento más pequeño de volumen que contribuye a formar una imagen), se observará una pérdida de la señal en las imágenes obtenidas con secuencias eco de gradiente, utilizando un tiempo de eco en fase opuesta con respecto a aquellas imágenes obtenidas con un tiempo de eco en fase (técnica de desplazamiento químico).

Cuando una lesión esté constituida exclusivamente por grasa, se tratará de un lipoma. Estas lesiones son frecuentes en el tejido celular subcutáneo, y con frecuencia son reactivas a microtraumatismos. Están bien definidas y presentan una encapsulación periférica limitante. En ocasiones pueden presentar calcificaciones y septos finos. Los lipomas suelen tener una localización intramuscular en la pared anterior del abdomen, estar bien delimitados, ser de crecimiento lento y, generalmente, asintomáticos.

Si en una lesión con grasa existe un componente sólido no graso, debe administrarse contraste intravenoso o analizar la presencia de estructuras microvasculares internas. En estos casos debe considerarse la existencia una proliferación neoplásica tipo liposarcoma, primario o metastásico, y es necesario un estudio de estadificación con RM. El realce tras la administración del contraste permite confirmar y conocer la extensión del componente sólido. El patrón de captación puede, además, ayudar a tipificar la agresividad de la lesión, ya que los tumores con captación mayor y más precoz son los más agresivos. Estas áreas son las que deben biopsiarse en caso de necesitarse una confirmación.

Algunas lesiones benignas mesenquimales, como los angiomas y los schwannomas, pueden tener raramente un componente sólido mezclado con otro graso. Otros patrones de señal y la captación de contraste permiten con frecuencia su caracterización.

Agua como constituyente principal

Las lesiones quísticas suelen representar secuelas quirúrgicas (seromas) o traumáticas (hematomas evolucionados). Estas lesiones son anecoicas, con refuerzo posterior en ecografía, sin registro Doppler interno, y están bien delimitadas. En TC tienen atenuaciones bajas (próximas a 0 unidades Hounsfield) y no presentan realce tras la administración de contraste. En RM son hipointensas en las imágenes potenciadas T1, pero muy hiperintensas en T2 y sin captación de contraste. Sus paredes suelen ser finas y, en el caso de los hematomas evolucionados, de baja señal en las imágenes T2, por el depósito periférico de hemosiderina.

Existen quistes parasitarios, como el quiste hidatídico, que pueden presentarse en la musculatura de la pared, tanto

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306060>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306060>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)