



Revisión

Tratamiento quirúrgico de los tumores de la pared abdominal



Jorge Campos^{a,*}, Beatriz Llombart^b, Rafael Estevan^a y Fernando Carbonell^a

^a Departamento de Cirugía, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España

^b Departamento de Dermatología, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de mayo de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2015

On-line el 9 de julio de 2015

Palabras clave:

Pared abdominal

Tumor desmoide

Dermatofibrosarcoma protuberans

Sarcomas de partes blandas

RESUMEN

La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección en los tumores de la pared abdominal. La radioterapia puede resultar muy útil para reducir el volumen de los tumores y hacerlos accesibles a la cirugía, además de servir como tratamiento adyuvante en casos de tumores de alto riesgo de recidiva o cirugías subóptimas. El tipo de exéresis variará en función del tipo de tumor. Así, en tumores benignos, una exéresis simple será suficiente. En caso de tumores de malignidad intermedia (poca capacidad de metástasis pero con alto riesgo de recaídas locales), la cirugía se irá adaptando a esta, pasando de una cirugía amplia para el tumor desmoide a una cirugía micrográfica de Mohs para el dermatofibrosarcoma protuberans y a una cirugía radical compartimental con reconstrucción de la pared para el sarcoma de partes blandas. Las metástasis en la pared abdominal se tratarán de la misma forma que los sarcomas. En cualquier caso, para el éxito de cualquier intervención es fundamental conseguir unos márgenes quirúrgicos libres de tumor, junto a una estética y funcionalidad aceptables.

© 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/>).

Surgical treatment of tumours of the abdominal wall

ABSTRACT

Surgical removal is the cornerstone of treatment of tumours of the abdominal wall. Radiation therapy can be very helpful in reducing tumour volume and make them accessible to surgery and adjuvant treatment for tumours at high risk of recurrence or suboptimal surgery. Excision type vary depending on the type of tumour. Thus, a simple excision for benign tumours will suffice. In case of tumours of intermediate malignancy (metastasis but little capacity at high risk of local relapse) surgery will adapt to it; going from a wide desmoid tumour surgery for a Mohs micrographic surgery for dermatofibrosarcoma protuberans and one compartment radical surgery with reconstruction of the wall for soft tissue sarcoma.

Keywords:

Abdominal wall

Desmoid tumour

Dermatofibrosarcoma protuberans

Soft tissue sarcomas

* Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), C/Gregorio Gea, 31, 40009, Valencia, España.

Correo electrónico: jorgecampos2001@gmail.com (J. Campos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.06.003>

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/>).

Metastases in the abdominal wall are treated in the same way as sarcomas. In any case for the success of any intervention it is critical to achieve tumour-free surgical margins, along with acceptable aesthetics and functionality.

© 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

La pared abdominal está integrada por piel, tejido celular subcutáneo y musculatura abdominal. Su límite superior es la arcada costal; el inferior, el pubis y ambos ligamentos inguinales. Delimitan su área lateralmente en las líneas axilares posteriores.

Los tumores en la pared abdominal pueden ser benignos o malignos, y primarios o metastásicos. Prácticamente cualquier tipo histológico puede asentarse en la pared abdominal, y la biopsia es fundamental para su diagnóstico. La biopsia debe ser lo menos cruenta posible, para evitar futuras diseminaciones. Por esta misma razón, se aconseja la biopsia con aguja gruesa más que la biopsia quirúrgica. No obstante, en caso de lesiones delimitadas y bien estudiadas con pruebas de imagen, se puede realizar exéresis-biopsia, asegurando siempre que los márgenes quirúrgicos sean negativos. En cualquier caso, para que la biopsia no interfiera la señal, es imperativo realizarla después de las pruebas de imagen.

El tipo de resección quirúrgica dependerá del tipo de tumor, en especial de si este es benigno, maligno o potencialmente maligno. En los tumores benignos, en el caso de que el paciente desee operarse, se practicará una exéresis limitada, mientras que los tumores malignos o potencialmente malignos requerirán una exéresis más amplia (la mayoría de las veces, con la necesidad de colocación de una prótesis de sustitución del defecto, sintética o biológica, dependiendo de los casos).

Desde un punto de vista eminentemente práctico, los tumores malignos o potencialmente malignos de la pared abdominal pueden clasificarse en 3 tipos: tumores desmoides, dermatofibrosarcoma protuberans (DFP) y sarcomas de partes blandas. Todas estas lesiones tienen en común un crecimiento local progresivo, más o menos rápido en función de su biología, así como la posibilidad de metastatizar a distancia (nula en tumores desmoides, rara en el DFP y más frecuente en sarcomas de partes blandas). Otro tipo de tumores malignos lo constituyen las metástasis en la pared abdominal. Cualquier tipo de tumor maligno puede metastatizar en la pared abdominal. Un tipo especial de estas metástasis lo constituyen las metástasis en los puertos de entrada tras la cirugía laparoscópica de enfermedades malignas intraabdominales.

A continuación se revisarán los tratamientos actuales de dichos tumores desde un punto de vista quirúrgico, con especial referencia al tipo de resección que se debe efectuar.

Tumores desmoides

El tumor desmoide (de *desmos*, 'tendón', 'ligamento') se origina en los fibroblastos. La enfermedad fue descrita en 1838 por el

anatomista J. Müller. También es conocida como «fibromatosis agresiva» y «fibrosarcoma grado I».

La etiología es desconocida. La mayoría de los tumores desmoides tienen mutaciones en un gen llamado β -catenina (importante marcador diagnóstico). Una minoría de los tumores desmoides también está relacionada con mutaciones del gen FAP (poliposis adenomatosa familiar). Cuando se dan ambas circunstancias (poliposis adenomatosa familiar y tumores desmoides) se denomina «síndrome de Gardner».

Los tumores desmoides pueden surgir en cualquier parte del cuerpo y aparecer a cualquier edad, pero son relativamente frecuentes en mujeres jóvenes. Clínicamente se caracterizan por su crecimiento lento, aunque en raras ocasiones muestran un crecimiento rápido. No producen metástasis. Sin embargo, cuando son intraabdominales y agresivos, pueden causar problemas que amenazan la vida del paciente o incluso terminar con la muerte de este, cuando se comprimen los órganos vitales como los intestinos, riñones, pulmones, vasos sanguíneos, nervios, etc.

Los tumores desmoides superficiales suelen ser menos agresivos que los intraabdominales. Los tumores desmoides superficiales se manifiestan generalmente como un bulto indoloro o ligeramente doloroso, firme, liso y móvil. A menudo se adhieren a las estructuras circundantes. La piel que los cubre suele estar afectada. La presencia de un crecimiento de los tejidos blandos debe alertar al clínico con el fin de que profundice en la historia de la familia, para la evidencia de la poliposis familiar y el síndrome de Gardner.

La evaluación diagnóstica comienza con una prueba de imagen que puede ser una ecografía. Si la masa es sólida, puede emplearse una tomografía computarizada y/o una resonancia magnética para determinar si se adhiere a las estructuras cercanas y si puede extraerse de forma segura. A continuación se debe obtener el tipo histológico tumoral. Puede realizarse preferentemente mediante biopsia con aguja gruesa o por biopsia quirúrgica. En caso de optar por la biopsia quirúrgica, esta puede ser incisional (obteniendo una pequeña cantidad de tumor) o escisional (eliminando todo el tumor visible macroscópicamente). La biopsia escisional corre el riesgo de dejar márgenes microscópicos negativos, por lo que no es aconsejable.

Aunque los tumores desmoides no metastatizan, pueden causar grandes problemas cuando se vuelven localmente agresivos. El control mediante la cirugía y la radiación ha sido tradicionalmente el pilar del tratamiento de estos tumores. Algunos tumores desmoides pueden ser indolentes y tener períodos de estabilidad y de regresión temporal. Estos deben ser vigilados de cerca por los médicos.

Cualquiera que sea el tratamiento, las tasas de recurrencia en las principales series publicadas oscilan del 30-40%^{1,2}. La extirpación quirúrgica amplia es el tratamiento de elección¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306061>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306061>

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