



Revisión

Lesiones ocupantes de espacio no herniarias de la pared abdominal: visión del oncólogo/radioterapeuta

Leoncio Arribas Alpuente^{a,b,*}, Paula Santamaría García^a y José Luis Guinot Rodríguez^a

^a Servicio de Oncología Radioterápica, Instituto Valenciano de Oncología (IVO), Valencia, España

^b Universidad Católica San Vicente Mártir de Valencia, 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:

Radioterapia

Tumores desmoides

Sarcomas de pared abdominal

Metástasis en puerto de entrada de trocares

RESUMEN

El enfoque del tratamiento de los tumores de la pared abdominal debe ser multidisciplinario. La extirpación quirúrgica con márgenes suficientes continúa siendo el tratamiento de elección de estos tumores. El papel de la radioterapia es aún controvertido en los tumores desmoides, ya que persiste la discusión de si administrarla tras intervención quirúrgica con borde afecto o bien solo en los recidivantes. La radioterapia puede ser de gran valor en aquellas situaciones de inoperabilidad, bien por la extensión e infiltración tumoral, bien por contraindicación anestésica de cualquier motivo. En los sarcomas de pared, la radioterapia tiene su indicación en los extirpados con borde afecto (tamaño mayor de 5 cm) o en aquellos con un grado de diferenciación moderado o alto. En las metástasis situadas en los lugares de entrada de trocares de laparoscopia el tratamiento es quirúrgico, y la radioterapia se emplea en caso de bordes próximos o afectados. En los dermatofibrosarcomas protuberans, el tratamiento quirúrgico es el de elección, y pueden beneficiarse de radioterapia los casos con bordes afectados no subsidiarios de más intervenciones por contraindicación médica.

© 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: A radiation oncologist point of view

ABSTRACT

The focus of treatment of tumours of the abdominal wall should be multidisciplinary. Surgical excision with adequate margins is still the treatment of choice for these tumours. The role of radiation therapy remains controversial in desmoid tumours, since the discussion continues after surgery whether to administer it only to affected edges or to recurrent

Keywords:

Radiotherapy

Desmoid tumors

Soft tissue wall abdominal sarcomas

* Autor para correspondencia: Servicio de Oncología Radioterápica (IVO), C/ Gregorio Gea, 31. 40009 Valencia, España.

Correo electrónico: larribas@fivo.org (L. Arribas Alpuente).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rehah.2015.06.006>

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/>).

Port sitemetastasis,
dermatofibrosarcoma
protuberans

ones. The RT can be valuable in situations of inoperability or by the extension and tumour infiltration anesthesia or contraindications of any reason. In the RT wall sarcomas has its indication excised with affection edge or those of a size >5 cm or those with a moderate or high degree of differentiation. In port site metastases, the main treatment is surgical, RT is used only in positive margins. In the dermatofibrosarcoma protuberans, as in the previous tumours, treatment of choice is the surgical. Radiotherapy can used in nonsurgical patients for medical reasons or in cases of positive microscopical margin.

© 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 radioterapia (RT) en las lesiones neoplásicas de la pared abdominal tiene un papel secundario: la cirugía es el tratamiento de primera elección. Tan solo en aquellos casos con repetidos bordes microscópicos afectos o no quirúrgicos por causas médicas o por problemas en la reconstrucción de la pared puede utilizarse el tratamiento con RT. Dado que la media de edad de los pacientes con esta enfermedad es menor de los 50 años, deberemos justificar su utilización en estos.

Nos centraremos en las indicaciones de RT en:

- tumores desmoides (TD),
- sarcomas de pared abdominal,
- metástasis en la pared abdominal en los sitios de entrada de trocates de la cirugía laparoscópica,
- dermatofibrosarcoma protuberans.

Tumor desmoide

La incidencia anual es de 2-4 casos por millón de habitantes^{1,2}. El control local de la lesión equivale a su curación. Las principales opciones terapéuticas son la cirugía, la RT o una combinación de ambas.

La cirugía con márgenes amplios (2-3 cm) permanece como el tratamiento de elección de los TD. Puede asociarse la RT en casos de alto riesgo de recidiva, como son bordes microscópicos positivos (R1) y en resecciones con resto tumoral macroscópico (R2)^{1,3}. El valor de la RT en el tratamiento de los TD no está claramente definido. Ha sido investigado en muchos trabajos retrospectivos con series pequeñas. Desafortunadamente no hay ensayos clínicos aleatorizados disponibles, por lo que su nivel de experiencia científica es bajo, con un grado de recomendación C².

Se han utilizado tratamientos con fármacos como el tamoxifeno, progesterona, indometacina, vitamina C, interferón y otros antiinflamatorios no esteroideos, así como quimioterapia basada en antraciclinas, dacarbazina y carboplatino. Últimamente se describen tratamientos con imatinib¹⁻⁴.

El tratamiento del TD debe ser multidisciplinario, y su planificación ha de tener en cuenta las características del tumor, las del paciente y las posibilidades del centro.

Está tomando cada día más fuerza la identificación de criterios clínicos y moleculares, como la sobreexpresión de β -catenina³.

Indicaciones de tratamiento radioterápico en el tumor desmoide

Distinguimos dos indicaciones de RT en los TD:

- RT *adyuvante*, es decir, tras una cirugía con factores de riesgo de recaída alto, como la resección quirúrgica con resto micro- o macroscópico R1-R2. En Alemania, la indicación de RT adyuvante tras cirugía es del 75.9% de los casos tratados con RT (distribuidos en función del número de cirugías previas a la indicación de RT adyuvante: el 23.8%, tras una cirugía; el 25.5%, tras 2-3 cirugías previas; el 25.5%, tras 4-5 cirugías previas; el 22.3%, tras 4-5 cirugías, y el 4.3%, tras más de 5 cirugías²).

- RT *exclusiva*, en aquellos tumores no quirúrgicos por problemas médicos, bien por irreseccabilidad quirúrgica, bien porque precisen cirugías muy mutilantes. Entra también en este epígrafe el concepto de cirugía «preservadora de órgano» (en este caso, de la pared abdominal). En Alemania suponen el 24.1% de los pacientes irradiados por TD².

Respecto a la RT *adyuvante*, a falta de estudios aleatorizados multidisciplinarios y multihospitalarios, en la bibliografía existen dos tendencias sobre la necesidad de la RT en aquellos TD con márgenes afectos microscópicos R1. La cuestión es si una primera cirugía con márgenes positivos es subsidiaria necesariamente de RT adyuvante o de una segunda resección o simplemente seguimiento. Mientras que unos autores (como Nuyttens *et al.*, Spear *et al.* y Ballo *et al.*) defienden esta indicación argumentando un incremento del riesgo de recaída local⁵⁻⁷, otros autores (como Gronchi *et al.*, Merchant *et al.* y Lev *et al.*) no han encontrado este incremento de riesgo en sus series (un 22% tras márgenes negativos frente a un 24% en positivos, o un 21% tras margen positivo frente a 18% en caso de márgenes negativos^{3,8,9}).

La localización de la lesión es otro de los factores que se barajan como factor pronóstico de recidiva local. Así, los tumores extraabdominales presentan una probabilidad de recaída superior (casi dos tercios) frente a los intraabdominales o abdominales, incluso tras resecciones R0¹⁰. La localización en cabeza y cuello también tiene, a su vez, una mayor probabilidad de recaída, y se debe considerar la posibilidad de RT adyuvante en TD de esta localización, incluso en R0¹¹.

En un metaanálisis con 698 casos se objetiva el impacto de la RT adyuvante después de la cirugía, mejorando el control local en un 17% en casos de R0, del 40% en pacientes con R1 y del 28% tras R2¹⁰.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306063>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306063>

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