

Sarcoma de la pared abdominal

Enrique Cao, Luis Martín, José Sánchez y Manuel del Pozo

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.

Resumen

El sarcoma de partes blandas es una proliferación neoplásica mesenquimal extraesquelética y no epitelial, que representa el 0,8% del total de tumores en el adulto, y que causa el 2% de la mortalidad total. Se presenta un caso de sarcoma localizado en los músculos oblicuos de la pared abdominal en una mujer de 68 años que consultó en el servicio de urgencias por dolor en la fosa ilíaca derecha. La punción-aspiración-biopsia con control radiológico evidenció sarcoma pleomórfico de alto grado. La paciente fue intervenida quirúrgicamente, sustituyendo el defecto de pared abdominal resultante con prótesis doble de duramadre y polipropileno, evolucionando satisfactoriamente.

Palabras clave: *Sarcoma. Partes blandas. Pared abdominal.*

ABDOMINAL WALL SARCOMA

Soft tissue sarcoma consists of neoplastic proliferation of extraskeletal connective tissue. These tumors represent 9.8% of all adult tumors and provoke 2% of total mortality. We present a case of sarcoma localized in the oblique muscles of the abdominal wall in a 68-year-old woman who presented to the emergency department because of pain in the right iliac fossa. Radiologically-guided aspiration needle biopsy revealed a high-grade pleomorphic sarcoma. Surgical intervention with substitution of the resulting abdominal wall defect with a double prosthesis consisting of dura mater and polypropylene produced satisfactory results.

Key words: *Sarcoma. Soft tissue. Abdominal wall.*

Introducción

El sarcoma de partes blandas es una proliferación neoplásica mesenquimal extraesquelética y no epitelial, cuyo origen incluye músculo, tendones, tejido fibroso, grasa, vasos, nervios y tejido sinovial. Mientras que estos tejidos suponen el 60% de la masa corporal, los tumores de esta procedencia sólo representan el 0,8% del total de los que acontecen en el adulto, y causan el 2% de la mortalidad. Estas neoplasias se distribuyen como sigue: el 40% en los miembros superiores; el 30% en el tronco, predominantemente el retroperitoneo; el 20% en los miembros inferiores, y el 10% en la cabeza y el cuello. La supervivencia global es del 65%¹. Su tamaño medio es de 10 cm de diámetro, tienen tendencia a la infiltración local y las metástasis a distancia son raras. Se presenta un caso de sarcoma de pared abdominal en el adulto.

Caso clínico

Mujer de 68 años, hipertensa y con antecedentes de legrado y polipectomía uterina, que consultó en el servicio de urgencias por dolor en

la fosa ilíaca derecha de aproximadamente una semana de evolución, sin otros síntomas asociados. En la exploración física presentaba buen estado general y se evidenciaba una masa redondeada de aproximadamente 4 cm de diámetro, en la fosa ilíaca derecha, sin afección cutánea, bien delimitada, que no desaparecía con las maniobras de presión abdominal, siendo el resto de la exploración sin hallazgos. La analítica fue normal. En la ecografía se objetivó una masa de 4 × 4 cm, a una distancia de 1 cm de la piel, sugestiva de hematoma o tumor de partes blandas. La tomografía axial computarizada (TAC) abdominal puso de manifiesto que la masa tenía su origen probable en el músculo oblicuo menor y su centro era hipodenso; el diagnóstico era sugestivo de tumoración de partes blandas, localizada exclusivamente en la pared abdominal, sin metástasis viscerales ni adenopatías. Posteriormente se practicó punción-aspiración-biopsia (PAB) con control radiológico que evidenció sarcoma pleomórfico de alto grado. Fue intervenida quirúrgicamente, realizándose una incisión transversal sobre la masa, con escisión en bloque desde la cresta ilíaca del espesor total de la pared, incluyendo el peritoneo, con amplio margen de seguridad, se procedió a la sustitución de la pared abdominal con doble malla de duramadre y polipropileno en el plano peritoneal, y otra suprayacente de polipropileno en los planos musculares, y se llevó a cabo cierre con drenaje subcutáneo. La anatomía patológica informó de tumor mesenquimal maligno, compatible con sarcoma indiferenciado, límites libres de enfermedad y sin marcadores histoquímicos positivos. La paciente evolucionó de forma satisfactoria, y al año y medio de evolución permaneció asintomática y libre de enfermedad.

Discusión

El sarcoma de la pared abdominal es una enfermedad poco habitual en la clínica diaria. Se trata, en muchas ocasiones, de masas asintomáticas que no llegan nunca

Correspondencia: Dr. E. Cao Avellaneda.
Jiménez de la Espada, 40, 4.º A. 30203 Cartagena. Murcia.
España.

Aceptado para su publicación en diciembre de 2002.

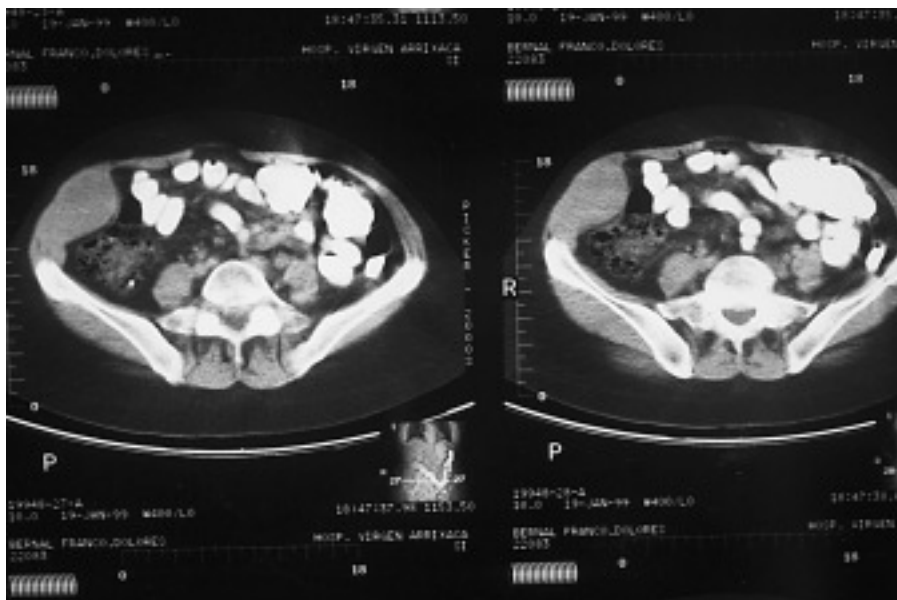


Fig. 1. En L_{4.5} se observa un engrosamiento dependiente de la masa muscular de la pared abdominal derecha, homogénea, con densidad de partes blandas y bien delimitada, que no infiltra estructuras subyacentes.

a la consulta (frecuencia de 100:1 respecto a los observados). En el momento del diagnóstico se presentan como tumoraciones indoloras en el 70%, como masa dolorosa en un 13% y en sólo un 5% como dolor aislado. La duración media de los síntomas antes de acudir a la consulta es de alrededor de 12 meses².

La exploración física inicial permite valorar la localización, el tamaño, la fijación a planos profundos y la repercusión funcional³. La radiografía simple puede ser de ayuda ante procesos óseos o calcificaciones^{4,5}. La ecografía tiene un papel importante en la diferenciación de colecciones, y podría ser la primera prueba en el rastreo y el seguimiento posquirúrgicos, ya que alrededor de un 50% recidiva^{3,6}. La TAC proporciona información en la delimitación de la neoplasia, la extensión y la invasión de planos adyacentes, así como de las características internas del tumor. Ésta es la técnica más fiable en la delimitación de procesos óseos o calcificaciones³ y puede ser prueba suficiente para la resección quirúrgica. La resonancia magnética nuclear (RMN) de estos tumores posee el más alto contraste, lo que permite imágenes multiplanares, obviando el uso de contraste yodado y las radiaciones ionizantes; en la mayoría de los estudios ha evidenciado superioridad en la determinación de la extensión⁵. La arteriografía quedaría limitada para el mapeo y la embolización intraarterial.

El diagnóstico histológico preoperatorio puede basarse en la biopsia incisional, la PAB y la punción-aspiración con aguja fina (PAAF)⁶. Esta última tiene una tasa de falsos positivos del 2-4% y de falsos negativos del 0-2%, que aunque relativamente baja se considera insuficiente, debido a la variación de tratamiento que implicaría, con la desventaja adicional de un 27% de muestras no adecuadas. Por esta causa sólo se considera útil en el diagnóstico de recurrencias. La PAB en estudios prospectivos evidencia una equivalencia con la biopsia incisional en sarcomas de más de 3 cm⁷. Es de resaltar la necesidad de contar con un patólogo experto para el mantenimiento

de estos porcentajes. En general, en tumores < 3 cm de diámetro, dependiendo de la localización, se debe intentar realizar exéresis total de la pieza inicialmente, mientras que en neoplasias > 3 cm, el método diagnóstico mayoritariamente recomendado es la PAB, ya que se puede llegar a diagnóstico cierto en más del 95% de los casos⁷.

En la actualidad, la actitud determinante en el pronóstico es la resección amplia de la masa, su zona de infiltración⁴ y dejar márgenes suficientes, ya que estas neoplasias tienden a la extensión por planos faciales y musculares, incluso teniendo apariencia de pseudocápsula. Se considera un margen de seguridad adecuado cuando se resecan 5 cm de tejido sano periférico. Raramente está indicada la eliminación de tejido ganglionar. Así, la calidad de la primera resección es el factor pronóstico más importante en el tratamiento de los sarcomas de pared abdominal^{8,9}. El otro factor pronóstico que cabe destacar es el grado histológico, basado fundamentalmente en la estadificación de UICC. Según esto, el tipo histológico haría considerar los tipos G1 y G2 con comportamiento benigno, y no es necesario plantearse ninguna otra maniobra terapéutica en estos casos^{3,9}.

La reconstrucción de la pared abdominal raramente se lleva a cabo mediante cierre primario, ya que el diámetro del tumor lo impide. La técnica más utilizada en la actualidad es la sustitución con prótesis de la pared. Las más usadas son las de polipropileno, ya que son económicas y con una resistencia y una elasticidad superiores a las de otros materiales, y ante contacto directo con el intestino se prefiere el politetrafluoroetileno expandido¹⁰. En la actualidad, se utilizan de mallas de doble capa que reúnen las características de las dos anteriores. En nuestro caso, al no disponer de este tipo, se usaron dos prótesis distintas para simular una doble capa. Otra posibilidad quirúrgica es emplear los injertos musculares pediculados. Deben extirparse todas las cicatrices de biopsias previas.

La efectividad de la radioterapia adyuvante no está demostrada. Respecto a la quimioterapia también existen, en la bibliografía actual, estudios prospectivos confusos.

El seguimiento clínico debe incluir la exploración clínica asociada a la radiografía de tórax o RMN.

Con las técnicas actuales se consigue un control efectivo del tumor en el 86% de los casos⁸.

Bibliografía

1. Lawrence W, Doregan W, Nachimuth N, Smith G. Adult soft tissue sarcoma. A pattern of care survey of the American College of Surgeons. *Ann Surg* 1987;205:349-59.
2. Robledo H, Otero MR, Otero I, Carreira MC, Sánchez JA, Casal JE. Sarcoma de la pared abdominal. *Cir Esp* 1995;58:161-4.
3. García Llano JL, Querejeta Recalde A. Sarcomas de partes blandas. En: López-Lara F, coordinador. *Manual de oncología*. 1.ª ed. Valladolid: Universidad de Valladolid, 1999; p. 423-35.
4. Yang J, Rosemberg S. Surgery for adults patients with soft tissue sarcomas. *Semin Oncol* 1989;16:289-96.
5. Musumeci R, Balzarini L, Ceglia E, Petrillo L, Tesoro-Tess J. Soft tissue sarcomas. Imaging. An integrated approach. *Ann Oncol* 1992;3(Suppl 2):59-62.
6. Rydholm A. Soft tissue lesion in adults: biopsy yes or no? *Ann Oncol* 1992;3(Suppl 2):57-8.
7. Ball ABS, Fisher C, Pittan M, Westbury G. Diagnosis of soft tissue tumors by Tru-Cut® biopsy. *Br J Surg* 1998;77:756-8.
8. Coindre JM, Terrier P, Bui NB. Prognostic factors in adult patients with locally controlled soft tissue sarcoma: a study of 546 patients from the French Federation of cancer Center Sarcoma Groups. *J Clin Oncol* 1996;10:869-77.
9. Trojani M, Contesso G, Coindre MJ. Soft tissue sarcomas in adults: study of pathological prognostic variables and definition of an histopathological grading system. *Int J Cancer* 1984;33:37-42.
10. Gray MW, Caleel RT, Sorg RJ. Soft tissue sarcoma of the anterior abdominal wall: review of reconstruction techniques. *J Am Osteopath Assoc* Jan 1993;96:48-53.