Metástasis gigante de cáncer colorrectal a nivel de pared abdominal

Giant abdominal wall metástasis from colorectal cancer

Santiago ALONSO GÓMEZ*, Ana Pilar MORANTE PEREA*, Paula FRIAS VENTOSA*, Sagrario MARTÍNEZ CORTIJO*

* Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación de Alcorcón, Madrid, (España)

Autor de correspondencia:
Santiago Alonso Gómez
ORCID nº 0000-0002-0187-5242
Centro de trabajo:
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Fundación del Alcorcón, , Madrid (España)
Email: santiago.alonso@salud.madrid.org

Recibido: 05-05-2026
Revisado: 16-05-2026
Aceptado: 18-05-2026
Published: 08-10-2026

Descargo de responsabilidad/ Nota del editor:
Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones pertenecen exclusivamente a los autores y colaboradores individuales y no a Dykinson S.L. ni a los editores. Dykinson S.L. y/o el(los) editor(es) declinan toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.

Este artículo, se distribuye bajo licencia Creative Commons Internacional 4.0 No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND 4.0)

® 2026. Los autores. Publicado por Archivos de Cirugía

Resumen

Introducción: Las metástasis en pared abdominal secundarias a cáncer colorrectal (CCR) son infrecuentes, con una incidencia inferior al 1%. Su aparición como lesión única es excepcional y supone un importante reto diagnóstico y terapéutico.

Caso clínico: Mujer de 38 años intervenida en 2022 de adenocarcinoma de colon derecho mediante hemicolectomía laparoscópica y quimioterapia adyuvante. Consultó por crecimiento progresivo de una tumoración en hemiabdomen derecho. La exploración física evidenció una masa pétrea y poco móvil dependiente de la pared abdominal. El TC abdominopélvico mostró una lesión infiltrativa inicialmente sugestiva de tumor desmoide. La PAAF reveló células compatibles con adenocarcinoma metastásico. El estudio de extensión descartó enfermedad metastásica a distancia. Tras valoración multidisciplinar y prehabilitación con toxina botulínica, se realizó resección en bloque de una masa de 17 × 15 cm con márgenes oncológicos, incluyendo el músculo recto anterior derecho. La reconstrucción abdominal precisó técnica TAR bilateral y doble malla retromuscular. La evolución postoperatoria fue favorable.

Discusión: Las metástasis parietales de CCR son una forma excepcional de diseminación tumoral. Su diagnóstico diferencial incluye tumores desmoides y sarcomas. En pacientes seleccionados sin enfermedad sistémica, la resección radical asociada a reconstrucción compleja de pared abdominal puede proporcionar adecuado control local y potencial beneficio en supervivencia.

Palabras clave: Cáncer colorrectal, Metástasis parietal, Pared abdominal, Reconstrucción abdominal, Cirugía oncológica, TAR bilateral

Abstract

Introduction: Abdominal wall metastases secondary to colorectal cancer (CRC) are rare, with an incidence below 1%. Their presentation as an isolated lesion is exceptional and represents a major diagnostic and therapeutic challenge.

Case report: A 38-year-old woman underwent laparoscopic right hemicolectomy with curative intent for right colon adenocarcinoma in 2022, followed by adjuvant chemotherapy. She later presented with progressive enlargement of a right-sided abdominal mass. Physical examination revealed a hard, poorly mobile lesion arising from the abdominal wall. Abdominopelvic CT demonstrated an infiltrative mass initially suggestive of a desmoid tumor. Fine-needle aspiration showed findings consistent with metastatic adenocarcinoma. Staging studies excluded distant metastatic disease. After multidisciplinary evaluation and preoperative botulinum toxin infiltration, en bloc resection of a 17 × 15 cm mass with oncological margins was performed, including resection of the right rectus abdominis muscle. Abdominal wall reconstruction required bilateral transversus abdominis release (TAR) and double retromuscular mesh placement. Postoperative recovery was uneventful.

Discussion: Abdominal wall metastases from CRC are an uncommon form of tumor spread. Differential diagnosis includes desmoid tumors and soft tissue sarcomas. In selected patients without systemic disease, radical surgical resection combined with complex abdominal wall reconstruction may achieve satisfactory local control and potential survival benefit.

Keywords: Colorectal cancer, Abdominal wall metastasis, Abdominal wall, Abdominal wall reconstruction, Oncologic surgery, Bilateral TAR

Introducción

Las metástasis en la pared abdominal secundarias a cáncer colorrectal (CCR) constituyen una entidad infrecuente, con una incidencia estimada inferior al 1% de los casos[1,2]. Su aparición como lesión aislada es excepcional, siendo lo más habitual su asociación con enfermedad intraabdominal diseminada o carcinomatosis peritoneal[1,3]. Los mecanismos implicados en la diseminación tumoral incluyen la vía hematógena, linfática y la implantación locorregional de células tumorales[4,5]. Este último mecanismo se ha relacionado con la manipulación quirúrgica del tumor primario, describiéndose clásicamente una mayor incidencia de implantes parietales tras cirugía laparoscópica, especialmente en los sitios de trócares[6], aunque con las técnicas actuales y las medidas de protección oncológica este fenómeno es actualmente poco frecuente[7]. Asimismo, se han descrito factores asociados al desarrollo de implantes parietales, como la perforación tumoral, la manipulación excesiva de la pieza quirúrgica, la contaminación de la herida operatoria o la presencia de carcinomatosis microscópica no detectada en el momento de la cirugía inicial[4,5].

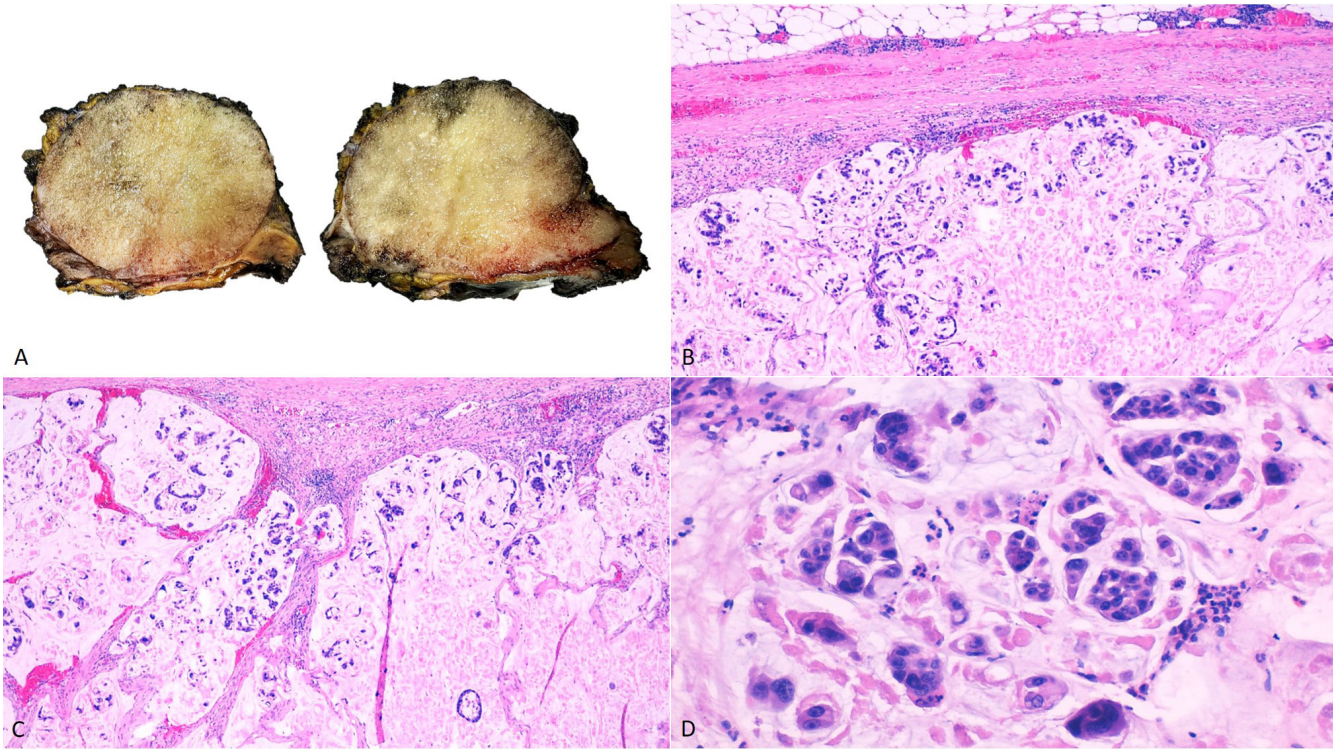


Figura 1. Hallazgos macroscópicos e histológicos. (A) Imagen macroscópica del fragmento de pared abdominal parcialmente revestido por peritoneo, que al corte muestra una lesión nodular, encapsulada, de aspecto gelatinoso o coloide homogéneo, que ocupa la práctica totalidad de la pieza. (B) Histológicamente se observa la infiltración del tejido fibroadiposo de la pared abdominal por un adenocarcinoma con secreción mucinosa y con amplio componente de necrosis. (C) Se identifican algunas zonas con mayor celularidad y otras zonas compuestas predominantemente por lagos de mucina extracelular, separadas por septos fibrovasculares. (D) Las células epiteliales que conforman la lesión revisten luces glandulares y forman pequeños nidos y algunas células sueltas. Estas células muestran atipia citológica significativa.

© Los autores 2026

Desde el punto de vista biológico, la aparición de metástasis en pared abdominal refleja la capacidad de las células tumorales para sobrevivir y proliferar en un entorno tisular diferente al del tumor primario. Este proceso requiere mecanismos complejos de adhesión celular, angiogénesis y evasión inmunológica. Aunque el hígado y el pulmón constituyen las localizaciones metastásicas más frecuentes en el CCR, la pared abdominal puede actuar como nicho metastásico, especialmente en situaciones de alteración tisular secundaria a cirugía previa[4]. La presencia de cicatrices, fibrosis y cambios inflamatorios locales podría favorecer la implantación tumoral[5].

Caso clínico

Mujer de 38 años intervenida de adenocarcinoma de colon derecho en 2022, realizándose hemicolectomía derecha laparoscópica con intención curativa y posterior tratamiento con quimioterapia adyuvante. La paciente presentaba buena evolución clínica y seguimiento oncológico sin evidencia de recidiva hasta que consulta por aparición progresiva de tumoración abdominal asociada a sensación de pesadez y deformidad del hemiabdomen derecho. No refería síndrome constitucional ni alteraciones del tránsito intestinal.

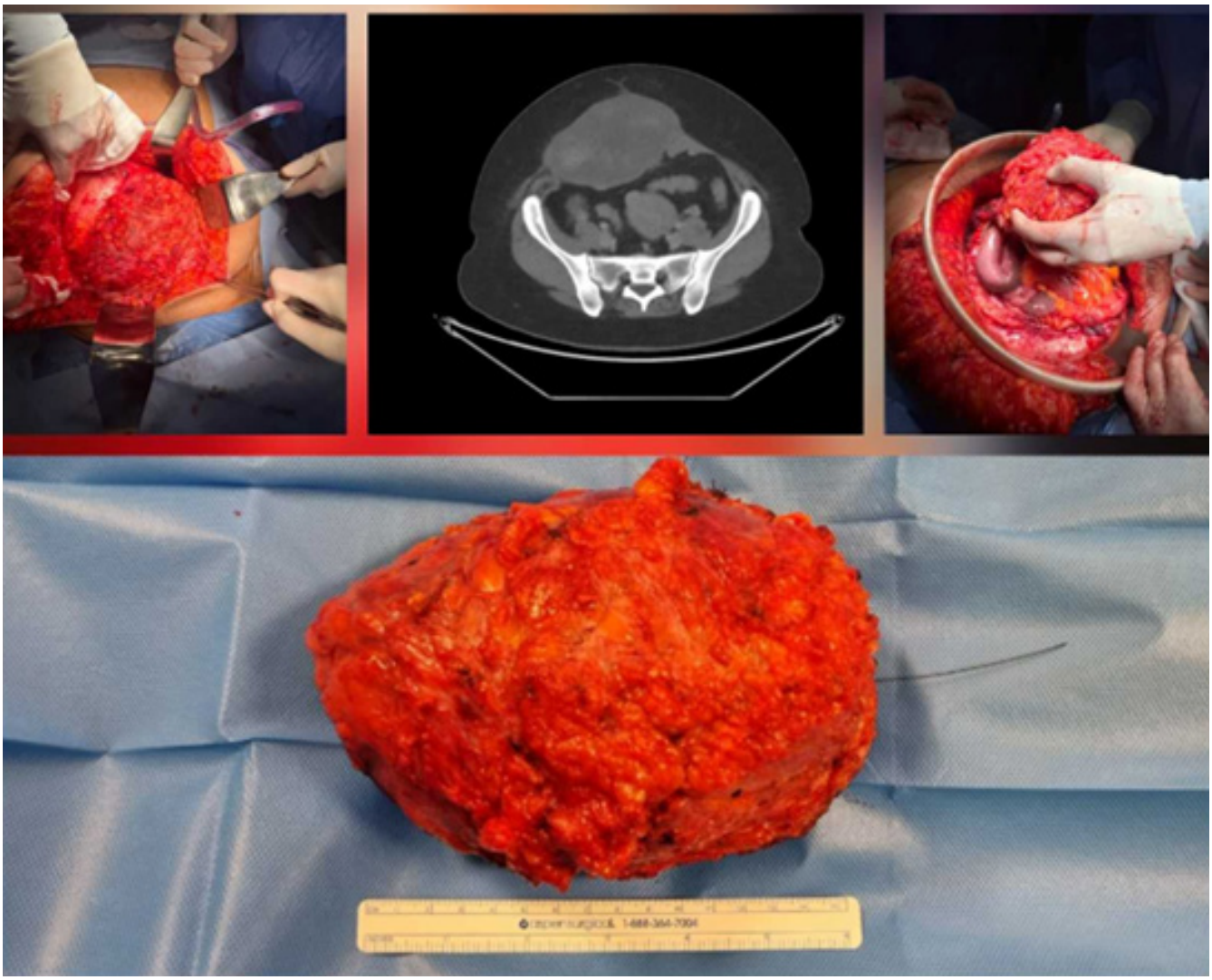


Figura 2. Superior Izquierda: imagen de la metástasis de pared abdominal tras disección de esta del tejido celular subcutáneo; Superior Central: imagen radiológica en TAC de la metástasis de pared abdominal; Superior Derecha: Momento de exéresis de la metástasis de pared abdominal. Inferior: Espécimen tras su exéresis completa

Archivos de Cirugía ISSN: 3020-2655
Volumen 4:29
© Los autores 2026

DOI: https://www.doi.org/10.14679/5195

En la exploración física se palpaba una gran masa abdominal dura, de consistencia pétrea, escasamente móvil y aparentemente dependiente de la pared abdominal, que ocupaba prácticamente la totalidad del hemiabdomen derecho. No presentaba signos inflamatorios cutáneos ni datos sugestivos de incarceración. La paciente refería molestias locales progresivas, aunque sin dolor intenso.

Se realizó TC abdominopélvico, que describió una tumoración sólida de partes blandas de 8 x 12,5 x 10 cm (AP x T x CC), localizada en la pared abdominal anterior paramedial derecha, de morfología fusiforme y comportamiento infiltrativo, sugiriéndose como primera posibilidad diagnóstica un tumor desmoide. La lesión presentaba contacto íntimo con el músculo recto anterior derecho y desplazamiento de estructuras adyacentes, sin evidencia clara de infiltración visceral intraabdominal.

Con el objetivo de obtener diagnóstico histológico se realizó PAAF, que mostró extensa necrosis tumoral con escasas células atípicas, algunas con morfología en "anillo de sello", sugestivas de adenocarcinoma metastásico. Ante estos hallazgos se completó el estudio de extensión mediante TC torácico, analítica con marcadores tumorales, gastroscopia, colonoscopia y valoración en consulta de consejo genético, sin encontrarse hallazgos relevantes ni evidencia de enfermedad metastásica a distancia. La ausencia de otras localizaciones metastásicas y la juventud de la paciente obligaron a realizar una evaluación multidisciplinar detallada del caso.

Dada la magnitud de la lesión y la previsión de un importante defecto parietal tras la resección, se decidió realizar prehabilitación de pared abdominal mediante infiltración de toxina botulínica en la musculatura lateral abdominal, con el objetivo de facilitar el cierre fascial posterior y disminuir la tensión de la reconstrucción. Tras discusión en comité multidisciplinar se propuso cirugía de resección en bloque de la masa tumoral con intención radical, contemplándose la posibilidad de HIPEC en función de los hallazgos intraoperatorios.

Durante la intervención se objetivó una tumoración gigante dependiente del espesor de la pared abdominal, de aproximadamente 17 x 15 cm, infiltrando de forma extensa el músculo recto anterior derecho y estructuras músculo-aponeuróticas adyacentes, sin evidencia macroscópica de carcinomatosis peritoneal ni afectación visceral intraabdominal. Se realizó resección en bloque de la lesión con márgenes oncológicos de aproximadamente 2 cm, incluyendo resección completa del músculo recto anterior derecho.

El defecto parietal resultante requirió una reconstrucción compleja de pared abdominal mediante técnica de separación posterior de componentes tipo TAR (Transversus Abdominis Release) bilateral. Se procedió al cierre completo de la aponeurosis posterior y colocación de doble malla retromuscular, utilizando una malla biosintética BioA® de 20 x 30 cm y una malla de polipropileno de 37 x 35 cm, permitiendo la reconstrucción funcional de la pared abdominal y disminuyendo el riesgo de eventración posterior. La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones inmediatas mayores.

El análisis anatomopatológico definitivo confirmó que se trataba de una metástasis de un adenocarcinoma mucinoso con células en anillo de sello. El resultado de la inmunohistoquímica fue el siguiente: CK7: +, CDX-2: +, CK20: -, CK19: +, SATB2: -, PAX-8: -, Receptores de Estrógeno: -, Receptores de progesterona: -. WT-1: -, TTF-1: -, Napsina A: -, P53: wild type. Análisis molecular: genotipo KRAS: sin mutaciones, genotipo NRAS: sin mutaciones.

Discusion

Las metástasis en pared abdominal de origen colorrectal representan una forma poco frecuente de diseminación tumoral, y su presentación como lesión única, sin evidencia de enfermedad sistémica, constituye una situación excepcional que plantea importantes implicaciones diagnósticas y terapéuticas[1,3]. La rareza de esta entidad hace que exista escasa evidencia científica de alta calidad, basándose la mayor parte de la literatura en casos clínicos aislados y pequeñas series retrospectivas[1-3].

Archivos de Cirugía ISSN: 3020-2655
Volumen 4:29
© Los autores 2026

Desde el punto de vista fisiopatológico, el desarrollo de implantes tumorales parietales puede explicarse por varios mecanismos. La diseminación hematógena y linfática constituye la vía clásica de metastatización del CCR; sin embargo, la implantación locorregional adquiere especial relevancia en este tipo de lesiones[4,5]. Durante la cirugía oncológica, la manipulación tumoral puede favorecer la liberación de células neoplásicas viables, capaces de implantarse en zonas de traumatismo tisular o cicatrices quirúrgicas[5]. Aunque inicialmente se describió una mayor incidencia tras cirugía laparoscópica, especialmente en puertos de trócares[6], la mejora de las técnicas quirúrgicas, el empleo de bolsas de extracción y el cumplimiento de principios oncológicos estrictos han reducido notablemente este riesgo[7].

Desde el punto de vista clínico, estas lesiones representan un importante reto diagnóstico. En pacientes jóvenes y especialmente en mujeres, el diagnóstico diferencial incluye tumores desmoides, sarcomas de partes blandas, hematomas organizados y recidivas locales[1]. Radiológicamente, las metástasis parietales pueden presentar características inespecíficas, mostrando lesiones sólidas infiltrativas con afectación muscular. En el caso presentado, el comportamiento radiológico inicialmente sugestivo de tumor desmoide pone de manifiesto la dificultad diagnóstica de estas lesiones.

En este contexto, el diagnóstico histológico resulta fundamental. La inmunohistoquímica desempeña un papel esencial para determinar el origen tumoral, siendo característico del adenocarcinoma colorrectal el patrón CK20 positivo y CK7 negativo, frecuentemente asociado además a expresión de CDX2[8]. Estos hallazgos permiten diferenciarlo de tumores primarios de pared abdominal o de metástasis de otros orígenes digestivos y ginecológicos.

Desde el punto de vista pronóstico, la presencia de metástasis en pared abdominal se ha asociado clásicamente a enfermedad avanzada y supervivencia limitada[4]. Sin embargo, en pacientes seleccionados con enfermedad aparentemente aislada, la resección quirúrgica completa con márgenes libres puede ofrecer un adecuado control local e incluso beneficio en supervivencia[3]. La ausencia de enfermedad peritoneal o metastásica asociada constituye probablemente el principal factor pronóstico favorable.

El tratamiento quirúrgico constituye el pilar terapéutico fundamental. La cirugía debe orientarse a la resección en bloque de la lesión con márgenes oncológicos adecuados, evitando la fragmentación tumoral[3,9]. En tumores de gran tamaño, la resección puede implicar defectos complejos de pared abdominal que requieren técnicas avanzadas de reconstrucción[9]. En este sentido, las técnicas de separación de componentes y la reconstrucción retromuscular con mallas han permitido mejorar los resultados funcionales y disminuir las tasas de eventración[10]. La utilización preoperatoria de toxina botulínica constituye además una herramienta útil en defectos complejos, favoreciendo el cierre fascial sin tensión[11].

Por otra parte, resulta imprescindible una exploración intraoperatoria exhaustiva para descartar enfermedad peritoneal oculta, ya que su presencia modificaría de manera significativa la estrategia terapéutica y el pronóstico[12, 13]. En casos seleccionados con afectación peritoneal limitada, algunos grupos han propuesto la combinación de cirugía citorreductora e HIPEC, aunque la evidencia específica en metástasis parietales aisladas sigue siendo escasa[12-14].

En conclusión, las metástasis de pared abdominal secundarias a CCR son una entidad excepcional, especialmente cuando aparecen como lesión única y de gran tamaño. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y un abordaje multidisciplinar. La resección quirúrgica radical asociada a reconstrucción compleja de pared abdominal puede ofrecer resultados satisfactorios en pacientes seleccionados, constituyendo actualmente la principal opción terapéutica con intención curativa.

© Los autores 2026

DOI: https://www.doi.org/10.14679/5195

Bibliografía

1. Raveendranadh A, Goutham M, Gowda C, Hegde K, Monappa V, Rodrigues G. Anterior abdominal wall metastasis following curative resection and chemoradiation of rectal cancer masquerading as a desmoid tumour: a clinical conundrum. *J Taibah Univ Med Sci*. 2022;17(1):146-149.
2. Silecchia G, Perrotta N, Giraudo G, et al. Abdominal wall recurrences after colorectal resection for cancer: results of the Italian registry of laparoscopic colorectal surgery. *Dis Colon Rectum*. 2002;45(9):1172-1177.
3. Koyama R, Maeda Y, Minagawa N, Shinohara T, Hamada T. Laparoscopic resection of an abdominal wall metastasis 5 years after primary colorectal cancer resection. *Case Rep Gastroenterol*. 2019;13(1):78-84.
4. Reilly WT, Nelson H, Schroeder G, Wieand HS, Bolton J, O'Connell MJ. Wound recurrence following conventional treatment of colorectal cancer. A rare but perhaps underestimated problem. *Dis Colon Rectum*. 1996;39(2):200-207.
5. Hughes ES, McDermott FT, Polglase AL, Johnson WR. Tumor recurrence in the abdominal wall scar tissue after large-bowel cancer surgery. *Dis Colon Rectum*. 1983;26(9):571-572.
6. Zmora O, Weiss EG. Trocar site recurrence in laparoscopic surgery for colorectal cancer. *Surg Endosc*. 2001;15(7):788-793.
7. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. *J Clin Oncol*. 2007;25(21):3061-3068.
8. Bittencourt MJS, Imbiriba AA, Oliveira OA, Santos JEB. Cutaneous metastasis of colorectal cancer. *An Bras Dermatol*. 2018;93(6):884-886.
9. Yezhelyev MV, Deigni O, Losken A. Management of full-thickness abdominal wall defects following tumor resection. *Ann Plast Surg*. 2012;69(2):186-191.
10. Novitsky YW, Elliott HL, Orenstein SB, Rosen MJ. Transversus abdominis muscle release: a novel approach to posterior component separation during complex abdominal wall reconstruction. *Am J Surg*. 2012;204(5):709-716.
11. Ibarra-Hurtado TR, Nuno-Guzman CM, Echeagaray-Herrera JE, et al. Use of botulinum toxin type A before abdominal wall hernia reconstruction. *World J Surg*. 2009;33(12):2553-2556.
12. Sugarbaker PH. Peritonectomy procedures. *Ann Surg*. 1995;221(1):29-42.
13. Coccolini F, Gheza F, Lotti M, et al. Peritoneal carcinomatosis. World Society of Emergency Surgery guidelines. *World J Emerg Surg*. 2013;8:2.
14. Lambert LA. Looking up: recent advances in understanding and treating peritoneal carcinomatosis. *CA Cancer J Clin*. 2015;65(4):284-298.

DOI: https://www.doi.org/10.14679/5195

Archivos de Cirugía ISSN: 3020-2655
Volumen 4:29
© Los autores 2026