

Dr. Manel Romaní Olivé
Cirurgia plàstica. Pràctica privada

Recepció: 20/01/2012 , acceptació: 31/03/2012

1. TUMOR

La paraula *tumor* significa ‘tumefacció’ o ‘abultament’, que és en realitat una de les característiques de la inflamació (tumor, rubor, calor i dolor), tal com ho va definir Aulus Cornelius Celsus al segle I dC, i significa simplement ‘augment de volum d’una determinada zona del nostre organisme’. Si aquest augment de volum és a causa d’una acumulació de líquids (sèrum, sang, limfa) no l’etiquetarem de tumor, sinó d’edema o hematoma i ens reservarem el mot *tumor* o *neoplàsia* per referir-nos a l’increment del nombre de cèl·lules en una ubicació determinada.

La diferència entre els teixits normals i els teixits tumorals consisteix en el fet que els teixits normals van renovant la producció cel·lular a mesura que es necessita, substituint les cèl·lules mortes per altres de noves, mentre que la lesió tumoral va creixent desmesuradament fins que el pacient es mor (per causa o no del tumor) (Devita et al. 1984).

Els tractats clàssics d’anatomia patològica (que és la ciència que estudia els tumors amb ajut d’eines d’augment de la visió) defineixen la diferència entre tumors benignes i malignes per: la seva capacitat de fer metàstasi (colonitzacions a distància de la lesió inicial); el tipus de creixement, que en el cas de les tumoracions malignes és infiltratiu i amb vores mal definides, i en les benignes acostuma a ser expansiu i embolcallat per una càpsula; el tipus cel·lular, que en els tumors benignes és similar al dels teixits sans, i la velocitat de creixement (Robbins 1968). Evidentment, hi ha tumors que no responen a aquest maniqueisme classificatori i són d’etiquetatge més complex.

Si consultem el diccionari de l’IEC, ens diu de *benigne* ‘En med., que no és maligne, que no és perillós. *Una malaltia benigna. Un tumor benigne*’. Mentre que si cerquem el significat de *maligne* ens diu ‘De caràcter patològic greu i amb tendència a l’expansió general. *Una malaltia maligna, un gra maligne, un tumor maligne*’.

Per altra banda, l’imaginari popular, probablement influït per l’educació judeocristiana que portem al damunt, tendeix a identificar el mot *maligne* amb tot tipus de dolenteria, ja que el *maligne* per antonomàsia és el dimoni que, evidentment, no ens pot portar res de bo. Així, hom creu que els tumors benignes, com el seu nom indica, van de bona fe mentre que els malignes són els que t’han de portar, irremeiablement, cap a cal notari; i això pot ser cert... o no.

Pel que fa al seu tractament, la millor solució és, habitualment, l’extirpació quirúrgica àmplia i la biòpsia de la peça per poder etiquetar el tipus tumoral al qual ens enfrontem. I una altra informació important és la que es refereix a les vores de la lesió. Si les vores estan afectades per la lesió, el més probable és que es tracti d’una extirpació insuficient, que ens durà a una recidiva o rebrot de la lesió —pretesament— extirpada. L’amplada dels marges quirúrgics variarà depenent del tipus de lesió i serà més gran en les lesions amb aspecte de malignes que en les d’aspecte benignes. També s’ha de tenir present l’axioma del botó i el trau, ja que, en principi, com més gran sigui la lesió, més gran serà el senyal que deixarà el cirurgia. Aquest tipus de tractament no sempre és possible ja que, en

ocasions, per l'estat del pacient o la localització del tumor, no es pot ser tan radical i llavors cal recórrer a altres tipus de tractament.

2. TUMORS BENIGNES

Entenem per tumors benignes aquelles lesions formades per:

— Tipus cel·lulars semblants als dels teixits habituals en el nostre organisme però que presenten un creixement desordenat respecte al que els pertoca per la seva ubicació. Tal és el cas, per exemple, dels lipomes (en teixit adipós), miomes (en teixit muscular), condromes (cartílag), osteomes (os), neuromes (nervis), etc.

— Acúmuls excessius de secrecions habituals per part de determinades cèl·lules excretores que porten a l'aparició de quistes de retenció, els quals van produint un acúmul esfèric (màxima capacitat per mínima superfície) pel fet de no eliminar la producció d'aquests quistes; seria el cas dels quistes sebàcics, en els quals es va produint sèu (greix) perquè la seva sortida natural per un porus de la pell està obstruïda.

Les tumoracions benignes acostumen a tenir un creixement lent, solen estar rodejades per un embolcall (càpsula) que les separen de les estructures adjacents i no proliferen a distància, o sia que no produeixen metàstasis.

Les tumoracions benignes acostumen a anomenar-se amb el sufix *-oma*, tot i que, històricament, hi ha lesions malignes que utilitzen aquesta denominació, com serien els melanomes, propis de la pell i mucoses.

El fet de tenir un tumor, per si mateix no té per què afectar la nostra existència, i si no que li preguntin a la gioconda, que fa cara de ser ben feliç mentre se li endevina una tumoració en el dors de la mà dreta, que pot correspondre a un lipoma (Huczak i Drivan 2007).

El tractament dels tumors benignes consisteix a extirpar-los a través de la càpsula que els envolta o bé, en cas de no haver-hi càpsula, amb un mínim marge de seguretat de teixit sa. No és necessari fer cap més tipus de teràpia i, a més, el tractament no és obligatori, llevat que causi problemes de tipus funcional i/o estètic.

3. TUMORS MALIGNES

Els tumors malignes o cancerosos són aquells que, per regla general, (1) tenen un creixement més ràpid, (2) estan constituïts per cèl·lules que difereixen de les normals, (3) no estan embolcallats per una càpsula, sinó que van infiltrant els teixits del seu voltant (d'aquí la denominació *càncer*, que es refereix a un creixement com les potes d'un cranc), i (4) tenen la capacitat d'enviar cèl·lules a distància ampliant el seu radi d'extensió, ja sigui per veïnatge a través de la sang, de la limfa o d'altres conductes orgànics. La seva denominació pot portar el sufix *-carcinoma* (quan procedeixen de cèl·lules epitelials, com és el cas de l'hepatocarcinoma) o bé *-sarcoma* (quan procedeixen de cèl·lules mesenquimals, com és el cas de l'osteosarcoma).

També pot donar-se el cas de lesions que en principi eren benignes i que amb el pas del temps poden degenerar en malignes, com ara les lesions pigmentades benignes de les extremitats que, per precaució, es recomana extirpar ja que poden degenerar en melanoma (Longo et al. 2011).

Un altre tipus de lesions que poden degenerar són les anomenades *queratosis actíniques*, que són crostoses, causades per exposició de la pell al sol i que poden degenerar en càncer de pell (Oramas i Cruzata 2008).

Un altre fet a tenir en compte és el de la immunitat de l'individu, és a dir, les seves defenses davant les agressions del medi. De la mateixa manera que quan hi ha una passa de grip els individus més dèbils del grup són els que emmalalteixen abans, amb les

tumoracions passa una cosa similar. Els pacients que han sofert qualsevol tipus de trasplantament prenen medicació específica per evitar el rebuig de l'òrgan trasplantat, amb la qual cosa s'abaixen les defenses i són més susceptibles de patir tumoracions malignes (Belloni-Fortina et al. 2012).

El tractament dels tumors malignes consisteix a extirpar-los quirúrgicament amb un marge de seguretat més o menys ampli segons el tipus tumoral estimat prèviament. A més del tractament quirúrgic, atesa la capacitat d'envair a distància, en ocasions s'apliquen altres tractaments complementaris com poden ser la quimioteràpia, radioteràpia, immunologia, genètica i, també, teràpia viral (Arrese et al. 2005). A diferència dels tumors benignes, en aquest cas el tractament no és opcional, sinó necessari.

4. TUMORS POC BENIGNES

Hi ha determinades tumoracions benignes que ens poden complicar molt l'existència i, fins i tot, fer-nos canviar de barri. Aquest seria el cas, per exemple, dels mixomes cardíacs, que són lesions que poden aparèixer a la paret interna del cor i que, a mesura que es van fent grans, poden arribar a produir una obstrucció circulatòria important que pot arribar a causar la mort (Pacini et al. 2011). O el cas de lesions benignes de dins del cervell que, a mesura que van creixent, poden anar fent compressió, la qual pot desencadenar alteracions en les funcions cerebrals amb mal de cap, nàusees, vòmits, alentiment en el raonament, epilèpsia, ceguesa, paràlisis, afàsies (dificultat en la parla), etc. i comprimir estructures vitals que obliguin a fer una craniotomia, amb les complicacions i seqüel·les que aquest tipus de cirurgia, força agressiva, pot arribar a produir (Saavedra et al. 2011). Sense arribar a aquests extrems de gravetat també es dona el cas de lesions benignes (com podrien ser els lipomes, que són acúmul localitzats i encapsulats d'un excés de cèl·lules greixoses) que a causa del seu creixement produeixen compressions de nervis (alteracions de sensibilitat o mobilitat) o vasos sanguinis (alteracions circulatòries). També pot ser que el creixement d'una tumoració benigna en el si d'un os pugui causar una fractura, com passa en els quistes radiculars dels maxilars (Bouguila et al. 2008). En aquest cas estaríem parlant de les anomenades *fractures patològiques*, ja que petits traumatismes poden desencadenar fractures que, si l'os estigués en perfectes condicions, no es produirien (Gutiérrez et al. 2002). Recordo una pacient que em parlava d'una fractura en el primer dit de la mà després de pessigar una barra de pa per valorar si era prou tendra; es tractava d'un encondroma o quist ossi.

5. TUMORS POC MALIGNES

També hi ha, però, els tumors malignes que potser no ho són tant. En la meva pràctica com a cirurgià plàstic em trobo molts casos de tumoracions cutànies que requereixen tractament quirúrgic. Són freqüents, sobretot, en persones grans que han treballat durant molts anys a la intempèrie sense protecció solar adequada (manobres, pescadors, pagesos, etc.) i els raigs ultraviolats els han fet malbé les cèl·lules de la pell. Es tracta de lesions que es poden extirpar quan són relativament menudes, ja que el seu aspecte és desagradable o sospitos i indueix el portador a anar a cal metge. A més, sobretot al principi, són fàcilment sol·lucionables. Aquest és el cas dels carcinomes basocel·lulars, que, tot i que poden recidivar (tornar a aparèixer, sobretot si l'extirpació no ha estat suficient), el tractament és prou senzill, i consisteix en la seva exèresi simple. Depenent de la localització i de la mida, poden no requerir cap tipus de procediment reconstructiu específic (Seijas et al. 1999) (Emmet i O'Rourke 1991). Hi ha, fins i tot, lesions malignes que, de manera espontània, poden presentar regressió i involució i, inclús, arribar a desaparèixer. No per això ens relaxarem, ja que de la mateixa manera que ha aparegut

una lesió en pot aparèixer una altra, com a tumor primitiu o com a metàstasi de la lesió primera. Com podem veure, en aquests casos, la malignitat de la lesió no es correspon directament amb la seva tipologia d'etiquetatge.

6. CONCLUSIÓ

Com a conclusió podem dir que la paraula *tumor* és un calaix de sastre on hi cap un ventall extraordinari de patologies diverses amb pronòstics molt diferents. És cert que la primera reacció d'algú quan li diuen que té el que abans anomenaven *un mal lleig* és d'una certa incredulitat i agúnia, amb una espècie de calfred generalitzat.

Hi ha lesions tumorals que ens poden fer més o menys la guitza però amb les quals es pot conviure durant molts i molts anys, i n'hi ha d'altres que, per desgràcia, entre el seu diagnòstic i un desenllaç fatal passa poc temps. En qualsevol cas, el que és imperatiu és disposar d'un metge de confiança que ens pugui resoldre els dubtes que se'ns plantegin, ja que el recurs d'investigar per Internet de vegades planteja més dubtes que certes: en moltes ocasions, tal com diu l'adagi, «el que no sap el que busca, no entén el que troba».

7. BIBLIOGRAFIA

ARRESE, I.; GONZÁLEZ, P.; MIRANDA, P.; PÉREZ-NUÑEZ, A.; PASCUAL, B.; LOBATO, R. D. (2005). «Tratamiento de los gliomas mediante virus oncolíticos: revisión de la literatura». *Neurocirugía*, 16, 2, 158-168.

BELLONI-FORTINA, A. et al. (2012). «Skin cancer and other cutaneous disorders in liver transplant recipients». *Acta dermato-venereológica*, 92, 411-415.

BOUGUILA, J.; CÓRDOVA JARA, L.; ZAIRI, I.; ADOUANI, A. (2008). «Fractura patológica de la mandíbula asociada a quiste radicular. Reporte de 3 casos clínicos». *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 30, 4, 281-285.

DEVITA, V. T.; HELLMAN, S.; ROSENBERG, S. A. (1984). *Càncer: principios y práctica de oncología*. Madrid: Salvat Edicions, 31-51.

EMMET, A. J. J.; O'ROURKE, M. G. E. (1991). *Malignant skin tumors*. New York: Churchill Livingstone, 217-221.

GUTIÉRREZ, P.; SASTRE, S.; DE ANTA, B. (2002). «Encondroma solitario en falange distal del cuarto dedo de la mano. Nueva modalidad de tratamiento. A propósito de un caso». *Revista de la Sociedad Andaluza de Traumatología y Ortopedia*, 22, 2, 217-21.

HUCZAK, L.; DRIBAN, N. E. (2007). «Lipoma y lipomatosis». *Revista Argentina de Dermatología*, 88, 1, 55-66.

LONGO, C.; RITO, C.; BERETTI, F.; CESINARO, A. M.; PIÑEIRO-MACEIRA, J.; SEIDENARI, S.; PELLACANI, G. J. (2011). «De novo melanoma arising from pre-existing nevus: in vivo morphologic differences as evaluateg by confocal microscopy». *American Academy of Dermatology*, 65, 3, 604-14.

ORAMAS, D. K.; CRUZATA, L. (2008). «Queratosis actínica. Presentación de un caso». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24, 3.

PACINI, D.; CAREDDU, L.; PANRTALEO, A.; BERRETTA, P.; LEONE, O.; MARINELLI, G.; GARGIULO, G.; DI BARTOLOMEO, R. (2011). «Primary benign cardiac tumors: long-term results». *European Journal Cardio-Thoracic Surgery*, 41, 4, 812-819.

ROBBINS, S. L. (1968). «Neoplasias». *Tratado de Patología.*, México: Editorial Interamericana, cap. 4, 81-121.



SAAVEDRA, F. M.; PASTRANA E. A.; JIMENEZ L. M.; FERNANDEZ M.; BILLOCH J.; SOSA, I.; VIGO J. (2011). «Pediatric brain tumors in Puerto Rico». *Puerto Rico Health Sciences Journal*, 30, 4, 195-197.

SEIJAS, A.; GHANEM, A.; CEDEÑO, J. A.; MAZA, W. (1999). «Carcinoma de células basales. Presentación de un caso». *Acta odontológica venezolana*, 37, 3, 6-9.