

SCHWANNOMA GÁSTRICO: INFORME DE UN CASO

Dra. Micaela Mandacén; Dr. Nicolás Facciola; Dr. Carlos Carnelli.

RESUMEN

Los schwannomas gástricos son tumores benignos mesenquimales que se originan en las células de Schwann de los plexos de Meissner o Auerbach. Su presentación clínica es muy inespecífica y suele estar en relación con el crecimiento del tumor, ocasionando síntomas compresivos.

El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico respecto a la patología mencionada y junto a ello hacer una breve reseña bibliográfica respecto a los hallazgos en los diferentes métodos imagenológicos.

Palabras claves: Schwannoma gástrico (SG), tumores submucosos, tomografía computada, esófagogastro-duodeno

ABSTRACT

Schwannomas are benign mesenchymal tumors that originate either from the Schwann cells of the Meissner's or Auerbach's plexus.

The clinical presentation is nonspecific and usually related to the tumor size which commonly generates obstructive symptoms.

The aim of this work is to show its main radiological findings which should be considered as a differential diagnosis among the mesenchymal tumors.

Key words: Gastric schwannoma, submucosal tumors, computed tomography, esophagogastro-duodenum

INTRODUCCIÓN

Los schwannomas son tumores mesenquimales muy poco frecuentes que se originan en la vaina periférica de los nervios del plexo de Meissner y Auerbach. Generalmente son de naturaleza benigna. Dentro del tubo digestivo el estómago es la localización más habitual de estas lesiones, con una frecuencia del 60- 70%.

Representan aproximadamente el 2 a 7% de los tumores mesenquimáticos del tubo digestivo. Su pico de incidencia es en el entorno de los 60 años con una cierta inclinación en el sexo femenino.⁽¹⁾

La clínica suele ser inespecífica y los síntomas están relacionados con el tamaño de la lesión, lo cual puede generar síntomas compresivos, así como hemorragias por ulceración de la mucosa.

Las diferentes técnicas de imagen utilizadas aportan información complementaria para acercarse al diagnóstico que se confirma finalmente mediante anatomía patológica de la pieza reseçada.

Los diagnósticos diferenciales que se plantean son otras lesiones submucosas del tracto gastrointestinal tales como GIST y leiomioma.

El objetivo del trabajo es presentar un caso clínico respecto a la patología mencionada y junto a ello hacer una breve reseña bibliográfica respecto a los hallazgos en los diferentes métodos imagenológicos.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 75 años, sin antecedentes personales a destacar. Consulta por dolor urente a nivel de epigastrio de 24 hs de evolución.

Se solicita una valoración endoscópica (FGC), donde se mostró una lesión submucosa en topografía de la curvatura mayor del estómago de 4 cm de diámetro con una pequeña depresión en relación a centro ulcerado. Sin sangrado activo.

Luego se le realiza estudio esófago-gastro-duodeno con doble contraste donde se evidenció a nivel de la curvatura mayor, en su tercio medio, una irregularidad del contorno. En proyección del cuerpo gástrico se observó una lesión sobre elevada de bordes suaves y bien definidos, los cuales generan ángulos ligeramente obtusos en relación con la pared. También se observó que los pliegues mucosos no presentan alteraciones y convergen hacia pequeño depósito de bario redondeado de contornos regulares; hallazgos en relación con úlcera benigna. Dichas características orientaron a tumor submucoso ulcerado. (Fig. 1) Estos hallazgos son concordantes con el resultado de la FGC donde se llegó al diagnóstico de lesión submucosa ulcerada.

Datos de Contacto:
micalamandacench@gmail.com
Junio 2020; Montevideo;
Uruguay

Frente a estos hallazgos el equipo tratante solicita una tomografía computada (TC), la cual se realiza sin y con medio de contraste intravenoso y medio de contraste oral positivo.

Se identificó a nivel del cuerpo gástrico sobre la curvatura mayor engrosamiento mural focal, bien delimitado de densidad de partes blandas que se proyecta hacia la luz del estómago. Presentaba un relace homogéneo con el medio de contraste en fase portal.

Su superficie es ligeramente irregular donde se identificaba una pequeña deplesión en relación a ulcera submucosa. (Fig.2 y 3)

Del resto del estudio no se identificaron alteraciones regionales ni a distancia.

Con planteo de tumor estromal de cuerpo gástrico (por frecuencia se plantea un GIST, y en segunda instancia un leiomioma) se decidió resección por vía laparoscópica. (Fig. 4) El paciente no presentó complicaciones postoperatorias por lo que se le otorga alta hospitalaria a las 48 horas. El estudio anatomopatológico y de IHQ de la pieza fue concordante con un schwannoma gástrico. Mostró positividad difusa para sinaptofisina (S-100) y GFAP, siendo negativa para CD 117, desmina y AML, lo que lo aleja del planteo de GIST y leiomioma.

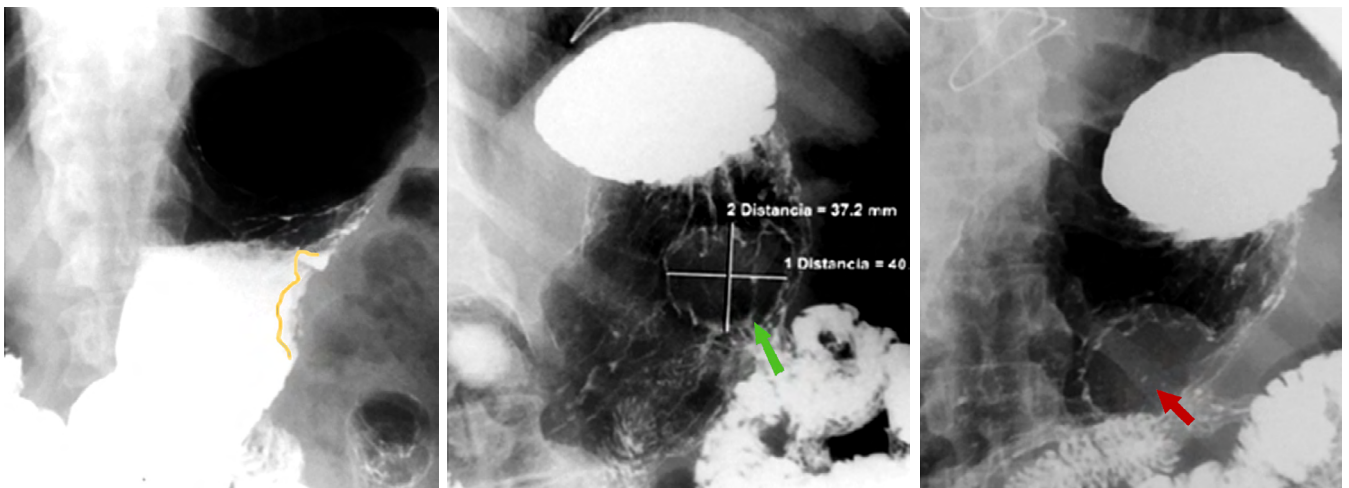


Figura 1

Esofagoduodenoenterografía con Bario.

- a)** Enfoque de frente donde se observa a nivel de la curvatura mayor, irregularidad de la pared (línea amarilla) que genera bordes obtusos en relación con la pared gástrica.
b) Se observa lesión sobre elevada (flecha verde).
c) Se identifica pequeño depósito de bario (flecha roja) en relación con ulcera.

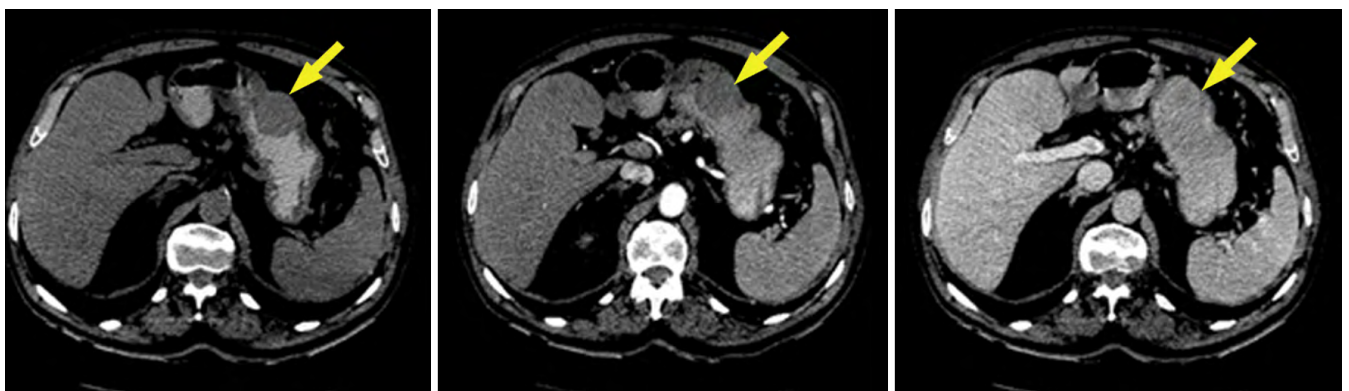


Figura 2

Tomografía computada en plano axial, con contraste oral positivo.

- a)** Sin medio de contraste.
b y c) Con contraste en fase arterial y portal.
 Tumoración redondeada bien delimitada en la pared gástrica, hipodensa (flecha amarilla en a), que no realza en fase arterial (flecha amarilla en b), con realce homogéneo en fase portal (c).

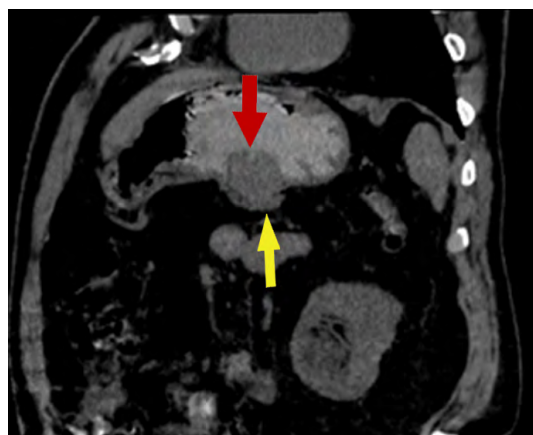


Figura 3
Tomografía computada sin medio de contraste intravenoso y contraste oral positivo.

Reconstrucción coronal donde se observa lesión de partes blandas (flecha amarilla), donde se observa irregularidad de la superficie en relación con ulceración de la mucosa (Flecha roja).



Figura 4
Pieza resección donde se observa lesión con centro ulcerado.

DISCUSIÓN

El schwannoma gástrico (SG) es una neoplasia poco frecuente. Tiene su origen en las células de Schwann, cuya función es proteger y brindar soporte metabólico a los axones del sistema nervioso periférico. La localización más frecuente de los schwannomas es la que compromete al VIII par craneano, que presenta características diferentes respecto a los localizados en el tracto gastrointestinal.

Los schwannomas del sistema gastrointestinal son tumores de lento crecimiento que se originan de la capa muscular propia, en las vainas periféricas de los nervios de los plexos de Meissner (submucoso) y Auerbach (mioentérico).⁽²⁾ Su prevalencia varía según estudios entre el 3,3-12,8% de los tumores mesenquimales gastrointestinales⁽³⁾, y el 0,2% de todos los tumores gástricos. Predomina en mujeres con una relación de 4:1, con una edad promedio de 60 años (29-95 años).^(1,4,5)

La localización de los schwannomas del tracto gastrointestinal se da fundamentalmente en el estómago (70%), seguido de colon y recto (27%) y de forma menos frecuente en esófago, sin reportarse casos en el intestino delgado.^(1,6) En el pasado estos tumores estaban incluidos dentro del grupo de tumores del estroma gastrointestinal (GIST), sin embargo estos últimos tienen un origen histopatológico en las células madre pluripotenciales y no incluyen en esta clasificación a los tumores originados en las células de Schwann.⁽⁷⁾ Se trata de una neoplasia de naturaleza benigna la cual no se ha encontrado asociación con Neurofibromatosis tipo I ni Neurofibromatosis tipo II. Se han reportado algunos casos de transformación maligna, asociado a pacientes con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo II.⁽⁷⁾

Las manifestaciones clínicas de esta patología son variadas. La mayoría de los reportes coinciden en que la forma asintomática o hallazgo incidental es la más frecuente. Dentro de las formas sintomáticas el dolor epigástrico, disconfort abdominal y náuseas son los más frecuentes, aunque ocasionalmente pueden manifestarse como sangrado gastrointestinal alto o bajo. Otras presentaciones aunque mucho menos habituales son la disfagia y síntomas de oclusión intestinal.⁽⁴⁾

A pesar de que el diagnóstico definitivo de SG es anatómopatológico, los diferentes métodos de imagen juegan un rol fundamental en la aproximación diagnóstica.

En el caso de nuestro paciente los estudios realizados fueron el esófago-gastro-duodeno con doble contraste y la TC, aunque otros métodos pueden ser de utilidad tales como VEDA, eco endoscopia y resonancia magnética.

El estudio baritado de esófago-gastro-duodeno muestra los hallazgos básicos que esta técnica puede proporcionar. Estos incluyen el de una masa submucosa bien delimitada, sin cambios en la mucosa, que puede mostrar alteraciones cuando hay ulceración, como sucede en el caso de nuestro paciente.⁽³⁾

La tomografía computada (TC) es el método con el que más frecuentemente se realiza el hallazgo en casos incidentales. Cuando se realiza el estudio en búsqueda de esta patología resulta indispensable una correcta distensión gástrica (ya sea con contraste oral negativo o positivo) y la administración de medio de contraste por vía intravenosa. El SG se manifiesta como masa única submucosa por frecuencia localizada en el cuerpo gástrico. Se trata de una lesión bien delimitada, con contornos redondeados o lobulados y de tamaño variable (entre 2 y 8 cm). Pueden presentar patrón de crecimiento intramural, exofítico o mixto. Una característica particular de estos tumores es su estructura homogénea independientemente de su tamaño. Presentan baja densidad en las imágenes sin contraste. Tras la administración de contraste no presentan realce o es mínimo en fase arterial, exhiben realce homogéneo en fase portal y mantenimiento en fase de equilibrio.^(1,3,8) A pesar de que la degeneración quística es frecuente en schwannomas de otras partes del cuerpo, esta característica es inusual en los de localización gástrica. Clásicamente no presentan calcificaciones, ni áreas de hemorragia o necrosis intratumoral. Las úlceras se observan del lado de la luz gástrica y su aparición se encuentra en relación al tamaño de la masa, con un diámetro promedio de 5

cm. (8) La presencia de adenopatías peri gástricas de tipo inflamatorio es un hallazgo frecuente.^(2,8)

Histológicamente el SG está compuesto por una proliferación de células en huso, con moderada celularidad y no presenta una cápsula verdadera. El análisis inmunohistoquímico muestra una fuerte tinción positiva para la proteína S-100 y ausencia de tinción para CD117.^(4,7)

Dentro de los diagnósticos diferenciales que cabe realizar en caso de una masa submucosa, encontramos a los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) y el leiomioma. Los GIST representan el 90% de los tumores mesenquimales del tracto gastrointestinal, su localización preferentemente es en el cuerpo gástrico y la presentación clínica similar. Se presentan como masas que crecen desde la capa muscular propia, con crecimiento exofítico o endoluminal y puede invadir estructuras adyacentes como páncreas, colon o diafragma. En cuanto a la morfología se trata de un tumor de forma irregular, heterogéneo a expensas de áreas de hemorragia intratumoral, necrosis o cambios quísticos. El patrón de realce en fase arterial es mayor respecto al SG, pero no muestra diferencias en fase portal. Las adenopatías metastásicas son infrecuentes.^(1,2,9) La inmunohistoquí-

ca muestra expresión de la proteína-KIT (CD117+) y el antígeno CD34.⁽⁷⁾

A pesar de que son raros, otros sarcomas no GIST como liposarcomas, leiomiomas pueden formarse en el estómago. Son tumores grandes, de aspecto agresivo, con realce heterogéneo y áreas de necrosis. Generalmente son negativos para CD 117, CD 34 y DOG1.⁽¹⁾

Los leiomiomas son tumores infrecuentes en el estómago. Se presentan en el cardias como una masa de baja densidad y aspecto homogéneo, con un patrón de crecimiento endoluminal. Pueden presentar ulceración. Son positivos para desmina y actina del musculo liso y negativos para proteína KIT.

La cirugía es la opción terapéutica considerada como curativa en el tratamiento del SG, siendo la laparoscopia con gastrectomía subtotal la opción predilecta.⁽¹⁰⁾

En cuanto al seguimiento de estos pacientes, en varios estudios se establecen que la recidiva o metástasis en estos casos es extremadamente rara y que no sería necesario el control con estudios de imagen como la TC.^(10,11)

BIBLIOGRAFIA

1. Kang HC, Menias CO, Gaballah AH, Shroff S, Taggart MW, Garg N, et al. Beyond the GIST: Mesenchymal tumors of the stomach. *Radiographics*. 2013;33(6):1673–90.
2. Li R, Gan H, Ni S, Fu Y, Zhu H, Peng W. Differentiation of Gastric Schwannoma From Gastric Gastrointestinal Stromal Tumor With Dual-Phase Contrast-Enhanced Computed Tomography. *J Comput Assist Tomogr*. 2019;43(5):741–6.
3. Hong HS, Ha HK, Won HJ, Byun JH, Shin YM, Kim AY, et al. Gastric schwannomas: radiological features with endoscopic and pathological correlation. *Clin Radiol*. 2008;63(5):536–42.
4. Voltaggio L, Murray R, Lasota J, Miettinen M. Gastric schwannoma: A clinicopathologic study of 51 cases and critical review of the literature. *Hum Pathol* [Internet]. 2012;43(5):650–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.humpath.2011.07.006>
5. Levy AD, Quiles AM, Miettinen M, Sobin LH. Gastrointestinal Schwannomas: CT features with clinicopathologic correlation. *Am J Roentgenol*. 2005;184(3):797–802.
6. Su MS, Mong FY. Gastric schwannoma: Case report and literature review. *J Med Sci*. 2012;32(5):247–50.
7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors - Definition, clinical, histological, immunohistochemical, and molecular genetic features and differential diagnosis. *Virchows Arch*. 2001;438(1):1–12.
8. Wang W, Cao K, Han Y, Zhu X, Ding J, Peng W. Computed tomographic characteristics of gastric schwannoma. *J Int Med Res*. 2019;47(5):1975–86.
9. Exhibit E, Costa NA, Afonso M, Cunha H, Gouvea MVPP. CT role in distinguishing GIST from non-GIST mesenchymal gastric tumors. 2016;1–29.
10. Hu B, Wu F, Zhu J, Li X, Li Y, Feng Y, et al. Case Report Gastric Schwannoma : A Tumor Must Be Included in Differential Diagnoses of Gastric Submucosal Tumors. 2017;2017.
11. Hong X, Wu W, Wang M, Liao Q, Zhao Y. Benign Gastric Schwannoma : How Long Should We Follow Up to Monitor the Recurrence ? A Case Report and Comprehensive Review of Literature of 137 Cases. 2015;744–7.

