



P-535 - SCHWANNOMA DE PARED ABDOMINAL: ABORDAJE QUIRÚRGICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Martínez Bagant, M.^a Carmen; Sierra Fernández, Isabel; Sellés Dechent, Rafael; Esteo Verdú, Christian; Leal Ferrandis, Carla; Febré Sánchez, Jorge; García López, Sara

Hospital Arnau de Vilanova, Valencia.

Resumen

Introducción: Los tumores de pared abdominal son poco comunes, lo que subraya la importancia de un diagnóstico preoperatorio preciso para distinguir entre tumoraciones benignas, localmente agresivas o malignas. Este proceso es crucial para adecuar el tratamiento y el manejo quirúrgico. El schwannoma un tumor benigno derivado de las células de Schwann de los nervios periféricos. Pueden aparecer en diversas localizaciones siendo la menos frecuente la pared abdominal. Además, su presentación aislada es excepcional puesto que suelen estar asociados a determinados síndromes como la neurofibromatosis tipo II.

Caso clínico: Varón de 47 años con DM I, HTA y dislipemia, que presenta masa abdominal palpable e indolora en flanco derecho de años de evolución, con crecimiento progresivo en los últimos meses. A la exploración era parcialmente móvil. La analítica no presenta hallazgos patológicos, y muestra marcadores tumorales y ac. ANA negativos. La ecografía de pared abdominal informa de masa bien definida, hipoeoica y heterogénea de 97 × 85 × 92 mm, sin vascularización en estudio doppler, con probable dependencia del músculo transverso abdominal. Se completó estudio con TC con contraste, que describió masa intramuscular en m. transverso derecho de 11 × 8 × 9 cm de contenido denso, sin captación de contraste; planteando el diagnóstico diferencial entre schwannoma y tumor desmoide. La RM informó de tumoración quística con contenido heterogéneo. Dado que los hallazgos fueron inespecíficos, se realizó biopsia con aguja gruesa (BAG) que informó de tumor mesenquimal benigno sugestivo de neurofibroma mixoide/schwannoma. Se planteó la exéresis quirúrgica con incisión lateral oblicua sobre la tumoración, dislaceración de fibras del músculo oblicuo mayor, apertura de aponeurosis del oblicuo menor y enucleación completa de tumor (15 × 13 cm), encapsulado, adherido a la musculatura y dependiente de estructura neural. Se completó la disección y se colocó una malla de PPL a nivel preperitoneal y un drenaje con vacío. Finalmente, se realizó el cierre por planos de la pared abdominal. El paciente evolucionó de manera favorable, dándose de alta al tercer día posintervención tras retirada de drenaje. El estudio anatomopatológico fue de schwannoma con IHQ positiva para S100, sin características histológicas de malignidad.

Discusión: Los schwannomas de pared abdominal son tumores raros con un riesgo muy bajo de malignización y su tratamiento es la resección quirúrgica completa. En este caso, se ha considerado la opción de enucleación de la lesión para minimizar el daño a las estructuras circundantes y limitar el daño de tejido sano. Sin embargo, ante un resultado anatomopatológico que sugiera malignidad o

en caso de dudas diagnósticas, se recomienda realizar una exéresis completa con márgenes de seguridad. Además, es crucial asociar una técnica de reconstrucción de la pared abdominal para reducir el riesgo de eventraciones futuras. Nosotros optamos por la colocación de una malla de polipropileno preperitoneal (Stoppa); alternativamente, si esta opción no hubiera sido factible, se debería considerar una técnica de separación de componentes.