



P-404 - SCHWANNOMA RETROPERITONEAL: UNA LOCALIZACIÓN POCO FRECUENTE

S. Sanz Navarro, A. Rodríguez, G. Mínguez, D. Fernández, R. Rodríguez, J.H. Jara, N. Truán y J.A. Álvarez

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Resumen

Introducción: El schwannoma, también llamado neurilemoma, es un tumor originado de las células gliales periféricas que derivan del neuroectodermo. La localización retroperitoneal es poco frecuente excepto cuando se asocian a la enfermedad de Von Recklinghausen. Presentamos un caso de neurilemoma retroperitoneal recientemente tratado en nuestro hospital que se presentó como una ciatalgia crónica.

Caso clínico: Mujer de 31 años, sin antecedentes de interés, que consultó por dolor lumbar irradiado a región posterior de miembro inferior derecho, de 6 meses de evolución, y que fue etiquetado como lumbo-ciatalgia. Por mal control del dolor, se realizó RM pélvica, que mostró masa presacra sólida de 36 × 34 × 50 mm localizada a nivel de S1-S2, de posible etiología mesenquimal. Una colonoscopia evidenció un abombamiento en tercio superior rectal, sugestivo de compresión extrínseca o de lesión submucosa. Debido a la edad de la paciente y al diagnóstico incierto, se decidió tratamiento quirúrgico. En la cirugía, se practicó extirpación en bloque de la lesión, respetando una raíz nerviosa que estaba en íntimo contacto con la tumoración. La histopatología reveló un tumor de bajo grado mesenquimal: neurilemoma. La paciente evolucionó favorablemente y fue alta a los 8 días de la intervención.

Discusión: Los schwannomas de localización retroperitoneal suelen diagnosticarse como hallazgo incidental. La presentación clínica puede ser diversa (dolor abdominal, efecto masa, hallazgo incidental...), aunque la forma de presentación como una lumbociatalgia crónica es infrecuente. La RM permite una buena evaluación de estos tumores. En el diagnóstico diferencial deben incluirse otros tumores neurogénicos como: paragangliomas, feocromocitomas, así como también liposarcomas e histiocitomas. El diagnóstico definitivo es anatómico-patológico, cobrando gran importancia las técnicas de inmunohistoquímica (tinción de la proteína S-100). El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica. La resección local es suficiente, aunque hay descritos casos de recidiva, por lo que el seguimiento es muy importante en estos pacientes.