

5. Petri BJ, Van Eijck CHJ, Herder WW, Wagner A, De Krijger RR. Pheochromocytomas ant sympathetic paragangliomas. Systematic Review. Br J Surgery. 2009;96:1381-92.

Paloma Portillo Ortega^{a,*}, José Manuel Rodríguez González^b, Antonio Ríos Zambudio^b, Pedro Pujante Alarcón^a y Luis Alberto Polo García^c

^aServicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^bServicio de Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paloma80es@hotmail.com (P. Portillo Ortega).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.11.007

Schwannoma de tercera porción duodenal: resección en bloque con inclusión del proceso uncinado del páncreas

Schwannoma of the third portion of the duodenum: en bloc resection with inclusion of the uncinate process of the pancreas

Los schwannomas son tumores benignos derivados de las células de Schwann y representan en torno al 5% de los tumores mesenquimales¹. Asientan con mayor frecuencia en el estómago e intestino delgado, mientras que la localización duodenal es muy rara. La única opción terapéutica con pretensión curativa es la resección quirúrgica completa².

Mujer de 80 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y artrosis, a quien, a raíz de unas molestias abdominales y anemia crónica, se le realizó ecografía y tomografía abdominal que identificaron una tumoración mesogástrica de unos 5 cm de diámetro, dependiente de duodeno o proceso uncinado del páncreas. El tránsito esofagogastrointestinal mostró un defecto de repleción en la tercera porción duodenal y la endoscopia digestiva alta identificó en la cara superior de dicha zona una tumoración de aspecto neoplásico, ulcerada en superficie y dura al tacto, que producía una estenosis parcial de la luz. Las biopsias mostraron material fibrinopurulento y duodenitis crónica. La tomografía por emisión de positrones (PET) detectó una masa con actividad metabólica patológica en la tercera porción duodenal (Fig. 1), con un *standard uptake value* (SUV) máximo de 10,4 uCi/ml. Tras el estudio con angio-resonancia magnética nuclear (RMN) que no evidenció infiltración del eje mesentericoportal, la paciente fue intervenida quirúrgicamente. Se realizó laparotomía exploradora y una amplia maniobra de Kocher, que permitió identificar una tumoración dura y redondeada de unos 5 cm de diámetro que dependía de la tercera porción duodenal y que englobaba el proceso uncinado del páncreas pero respetando los vasos mesentéricos superiores. Se realizó una colecistectomía y se canalizó por vía transcística la papila, la cual se encontraba alejada unos centímetros de la tumoración. Se procedió entonces a la liberación del duodeno proximal y distal a la tumoración, respetando las arterias gastroduodenal y gastroepiploica

derecha, y a la resección en bloque del segmento de duodeno y proceso uncinado, con ayuda de Ligasure® y endograpadoras lineales (Fig. 2). Se reconstruyó el tránsito intestinal con una anastomosis término-terminal con los bordes libres duodenales.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria con recuperación del tránsito y tolerancia oral, siendo dada de alta al quinto día postoperatorio. El estudio anatomopatológico diagnosticó un schwannoma duodenal de 45 × 40 mm, con cápsula íntegra, baja densidad celular, atipia nuclear y menos de 5 mitosis por cada 50 campos de gran aumento. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad frente a S-100 y negatividad para CD117 (característica de los tumores GIST), CD34, actina, desmina y citoqueratinas AE1 y AE3.

Los schwannomas son tumores ectodérmicos de origen neural y de localización predominantemente en la pared muscular del tubo digestivo, que se desarrollan a partir de las células de Schwann de las vainas periféricas de los nervios en los plexos de Meissner y Auerbach³. Suelen presentar un comportamiento benigno, aunque en ocasiones pueden malignizar, por lo que es obligada su resección quirúrgica.

Las manifestaciones clínicas de estos tumores son vagas e inespecíficas, como molestias abdominales, palpación de una masa o cuadros suboclusivos, siendo la hemorragia digestiva la más frecuente, como en el caso que presentamos. El diagnóstico definitivo es dificultoso en ocasiones, al ser tumores submucosos que pueden pasar inadvertidos eventualmente en la endoscopia convencional y en los que es difícil la correcta toma de biopsias⁴. La radiología con contraste, ecografía, tomografía computarizada, RMN, enteroscopia con doble balón y cápsula endoscópica son exploraciones que pueden ayudar al diagnóstico, siendo la ecoendoscopia una técnica de gran valor que permite la realización de biopsias

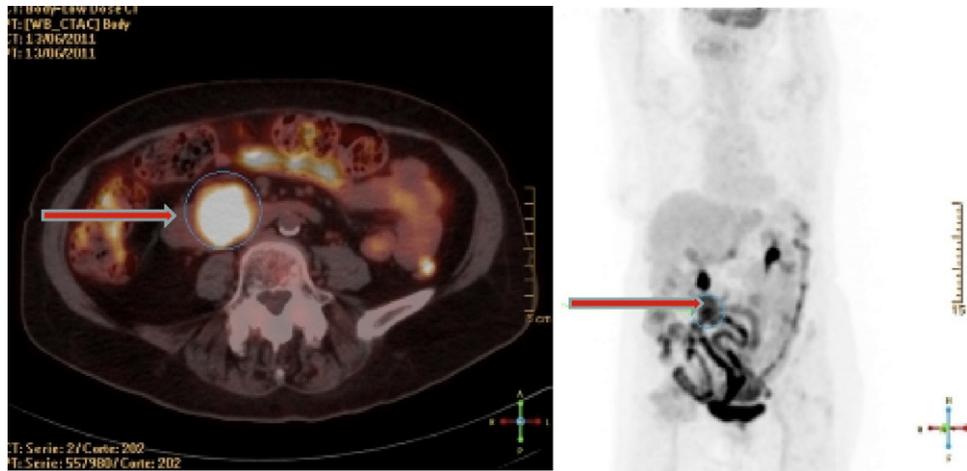


Figura 1 – Tomografía por emisión de positrones -tomografía computarizada (PET/TC) donde se evidencia la tumoración captante en tercera porción duodenal.

dirigidas en caso necesario⁵. La realización de una tomografía computarizada es fundamental para el correcto estudio de extensión en este tipo de tumores, ya que la afectación metastásica en el caso de tumores malignos se presenta en casi la mitad de los casos, predominantemente a nivel hepático.

En tumores localizados, la resección quirúrgica completa sin linfadenectomía es la opción terapéutica más adecuada. En los casos de localización duodenal, es fundamental determinar su relación con la papila, páncreas y vasos mesentéricos, precisando realizar resecciones locales a través de duodenotomías, duodenectomías segmentarias o incluso una duodenopancreatectomía cefálica en caso de tumores periampulares⁶. Nakao propone en tumores de esta localización la resección de la cabeza pancreática junto a un segmento duodenal, preservando la arteria gastroduodenal y gastroepiploica derecha con sus ramas duodenales, así como la pancreaticoduodenal inferior para mantener íntegra la vas-

cularización de la tercera porción duodenal⁷. Sin embargo, en el caso que presentamos el tumor se encontraba en íntimo contacto con el proceso uncinado, sin afectar a la cabeza pancreática ni a la papila, por lo que se decidió la extirpación en bloque del segmento duodenal afecto y proceso uncinado, respetando las arterias gastroduodenal y gastroepiploicas derechas, así como ramas pancreaticoduodenales inferiores no englobadas por el tumor (Fig. 2). Este tipo de resección «atípica» permitió la exéresis completa del tumor con integridad capsular y bordes libres, sin necesidad de realizar una cirugía más agresiva y extensa como es la duodenopancreatectomía cefálica en una paciente de edad avanzada.

La quimioterapia o la radioterapia son tratamientos ineficaces en este tipo de tumores, y no existe evidencia sobre el beneficio del tratamiento con mesilato de imatinib u otros fármacos que han mostrado resultados de mejora de supervivencia en el caso de otros tumores mesenquimales o del estroma gastrointestinal avanzados o de alto riesgo⁸.

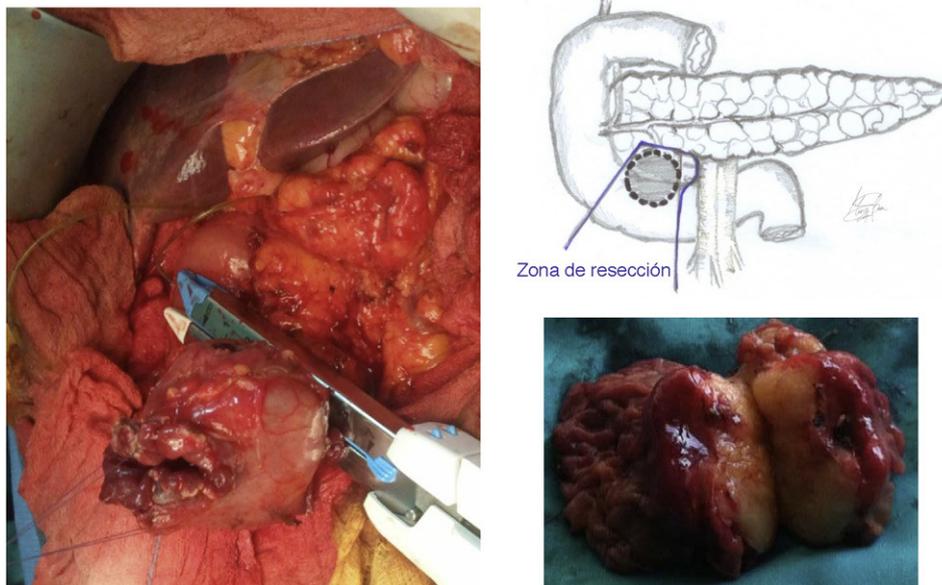


Figura 2 – Visión intraoperatoria del tumor, esquema de la resección y pieza de resección.

El tamaño y estadio tumoral, el índice de proliferación celular y el estado de los bordes de resección y cápsula tumoral son los factores pronósticos más importantes en este tipo de tumores⁹, siendo necesario un seguimiento postoperatorio estricto, ya que pueden presentar recidivas o metástasis hasta en un 30% de los casos⁹. La supervivencia global a los 5 años se estima próxima al 50% en los considerados de alto riesgo¹⁰.

BIBLIOGRAFÍA

- Miettinen M, Shekitka KM, Sobin LH. Schwannomas in the colon and rectum. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 20 cases. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:846-55.
- Álamo JM, López F, Galindo A, Guerra JA, Sousa JM, Cruz C. Pequeño GIST duodenal como causa de hemorragia digestiva masiva en un paciente joven. *Cir Esp*. 2003;73:262.
- Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. *Am Surg*. 1993;59:293-6.
- Wiener Y, Gold R. Primary gastrointestinal stromal tumors. *Harefuah*. 2001;140:377-80.
- Rosch T, Kapfer B, Will U, Baronius W, Strobel M, Lorenz R, et al. Accuracy of endoscopic ultrasonography in upper gastrointestinal submucosal lesions: a prospective multicenter study. *Scand J Gastroenterol*. 2002;37:856-62.
- Miettinen M, Kopczynski J, Makhlof HR, Sarlomo-Rikala M, Gyorffy H, Burke A, et al. Gastrointestinal stromal tumors, intramural leiomyomas, and leiomyosarcomas in the duodenum: a clinicopathologic, immunohistochemical, and

molecular genetic study of 167 cases. *Am J Surg Pathol*. 2003;27:625-41.

- Nakao A, Fernández-Cruz L. Pancreatic head resection with segmental duodenectomy: safety and long-term results. *Ann Surg*. 2007;246:923-8.
- Cirocchi R, Farinella E, La Mura F, Cavaliere D, Avenia N, Verdecchia GM, et al. Efficacy of surgery and imatinib mesylate in the treatment of advanced gastrointestinal stromal tumor: a systematic review. *Tumori*. 2010;96:392-9.
- Fletcher CD, Berman JJ, Corless C, Gorstein F, Lasota J, Longley BJ, et al. Diagnosis of gastrointestinal stromal tumors: A consensus approach. *Hum Pathol*. 2002;33:459-65.
- Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol*. 2005;100:162-8.

Marcos Bruna*, Enrique Artigues, Miguel Ángel Lorenzo, Antonio Melero y José Puche

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drbruna@comv.es (M. Bruna).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.12.002

Divertículo rectal solitario. Presentación de un caso

Solitary rectal diverticulum. A case presentation

La diverticulosis colónica es muy común. Sin embargo, los divertículos situados en recto se consideran extremadamente raros, con escasas descripciones en la literatura. La causa de los divertículos rectales es desconocida y su incidencia actual es menos del 0,07-0,08% del total de divertículos colorrectales. Presentamos el caso de un paciente de 50 años diagnosticado de divertículo rectal solitario de forma incidental.

Varón de 50 años, entre sus antecedentes destaca: trasplante renal en 2007 por insuficiencia renal crónica y diabetes mellitus en tratamiento con antidiabéticos orales.

El paciente en septiembre de 2009 consulta por cuadro de astenia de 2 meses de evolución. Se realizó analítica en la que presentaba Hb de 10 mg/dl con un Hto. del 31%, por lo que se solicitó colonoscopia en la que se observó en recto a 8 cm de margen anal, orificio en la mucosa que podría corresponder a divertículo rectal. Se realizó TC abdominopélvica donde se observaba cavidad de 3 cm de diámetro que comunicaba con la luz rectal a través de cuello estrecho a unos 8 cm de margen anal compatible con divertículo rectal (fig. 1a y b). El paciente sigue revisiones en consulta y permanece asintomático en la actualidad.

La enfermedad diverticular del colon es una dolencia muy frecuente en la actualidad, con una prevalencia aproximadamente del 2% en menores de 30 años, llegando a un 50% en mayores de 50 años¹. Sin embargo los divertículos de recto son extremadamente raros, y su incidencia se estima alrededor del 0,07 y 0,08%^{2,3}. Actualmente su prevalencia ha aumentado, debido a la iatrogenia quirúrgica que se produce en técnicas como la anomucopexia circular de Longo o la resección transanal rectal, en casos de prolapso mucoso⁴. El primer caso en la literatura de divertículo rectal se publicó en 1911⁵, y desde entonces apenas 40 casos han sido publicados³.

Los factores que contribuyen a la formación del divertículo rectal no están claros. La formación del mismo se debe a áreas de debilidad focal de la pared del recto, tanto por causas congénitas como adquiridas. Dentro de las causas congénitas están: la debilidad de la musculatura circular del recto, la atrofia grasa de la capa muscular del recto, así como la ausencia de estructuras de soporte y fijación como el cóccix. Con respecto a los factores adquiridos, se pueden observar aquellos que producen un aumento de presión intraluminal a nivel de recto como el