

Schwannoma intranodal de localización suprarrenal[☆]

Adrenal intranodal schwannoma

El schwannoma es un tumor neurogénico benigno procedente de las células de Schwann que producen las bandas de mielina que recubren los axones. Este tipo de tumores se encuentra en los nervios periféricos o pares craneales, siendo muy raros en el tracto digestivo o a nivel retroperitoneal¹. Se han publicado en la literatura solo 10 casos de schwannoma intranodal, es decir, de localización ganglionar, que es extremadamente rara, encontrados en distintas regiones anatómicas²⁻⁷.

Presentamos un caso de schwannoma intranodal de localización suprarrenal. Se trata de una mujer de 42 años a la que se descubrió una masa retroperitoneal asintomática en un estudio por hipertensión arterial sin otros antecedentes personales de interés. Tras un perfil hormonal suprarrenal normal, se realizaron pruebas de imagen. En la tomografía axial computarizada (TC) de abdomen con contraste, se objetivó una masa heterogénea hipocaptante en el área suprarrenal derecha de aproximadamente 5 cm de diámetro con bordes hipercaptantes y alguna adenopatía adyacente subcentimétrica (fig. 1). También se visualizaron 2 lesiones hepáticas hipocaptantes de características sólidas localizadas una en cada lóbulo hepático, siendo la mayor de 1,5 cm de diámetro. Con el fin de especificar más las lesiones hepáticas encontradas en la TC, se realizó una RM abdominal, siendo catalogadas de angiomas. Con el diagnóstico de masa suprarrenal derecha no funcionante, se realizó una adrenalectomía laparoscópica con intención tanto diagnóstica como

terapéutica. El postoperatorio discurrió sin complicaciones, siendo la paciente dada de alta a las 48 h de la intervención.

Se obtuvo una pieza de adrenalectomía de 8 × 5 × 4,5 cm que incluía la glándula suprarrenal, sin alteraciones histológicas significativas, y una lesión nodular sólida de 37 mm íntimamente adherida que resultó ser un ganglio linfático infiltrado por una proliferación mesenquimal con características histológicas e inmunofenotipo S100 positivo (fig. 2). El diagnóstico histológico fue de schwannoma intranodal de localización suprarrenal tipo Antoni A.

El schwannoma es un tumor benigno procedente de células neoplásicas de Schwann bien diferenciadas. Suele estar encapsulado, bien circunscrito y ser de apariencia clara y brillante desde el punto de visto macroscópico³. Tiene un comportamiento clínico benigno, con crecimiento progresivo, sin invasión local ni sistémica y suele ser asintomático, por lo que se diagnostica de forma incidental la mayoría de las veces. Raramente es maligno y, en caso de que esto ocurra, se suele asociar a un síndrome de von Recklinghausen o a algún otro tipo de neurofibromatosis¹. Microscópicamente, el schwannoma se divide en 2 subtipos: el Antoni A, que se caracteriza por ser hiper celular con escaso estroma y donde nos podemos encontrar con los cuerpos de Verocay (pequeños grupos de fibrillas rodeados por hileras de núcleos en forma de empalizada) y el Antoni B, que presenta escasa celularidad, con mayor cantidad de estroma, siendo considerado una forma degenerada del tipo Antoni A. La inmunohistología

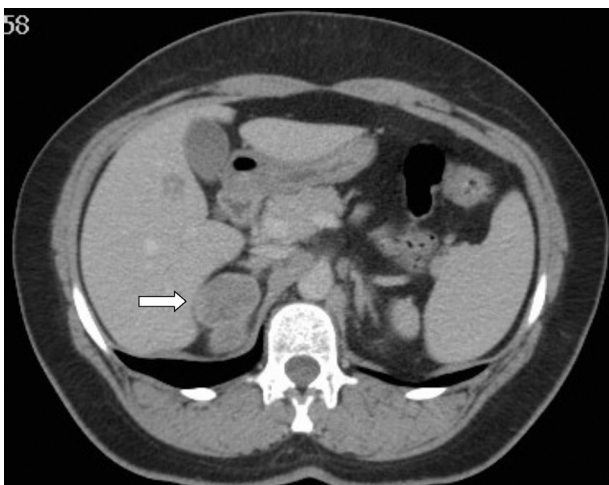


Figura 1 – TAC de abdomen con contraste donde se visualiza una masa suprarrenal derecha de 5 cm de diámetro máximo.

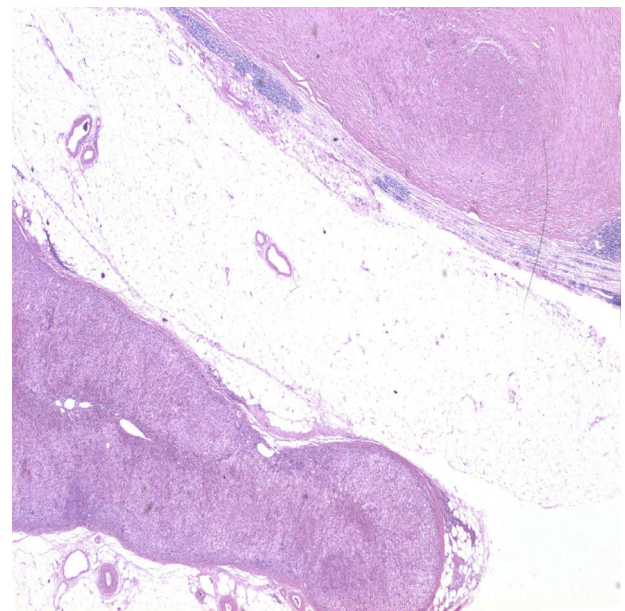


Figura 2 – Corte histológico de la pieza donde se distingue el schwannoma de la glándula adrenal (Hematoxilina-eosina × 10).

[☆] Este artículo es original y solo ha sido aceptado como póster en la Reunión de Cirugía Española que se celebró en noviembre de 2011 en Pamplona (Navarra).

tiene un papel esencial en el diagnóstico ya que este tipo de tumores son positivos para S100 (familia de proteínas de bajo peso molecular presentes en las células derivadas de la cresta neural) y vimentina (proteína encontrada en el citoesqueleto de células mesenquimales)^{2,3,8}.

Respecto al tratamiento de los tumores de localización suprarrenal, la indicación quirúrgica se realizará en aquellos tumores funcionantes, en masas con sospecha radiológica de malignidad, independientemente del tamaño y en aquellos tumores mayores de 4 cm, como en nuestro caso clínico. El tamaño es el criterio más importante de indicación quirúrgica en los tumores no funcionantes. La extirpación por vía laparoscópica es la técnica de elección debido a su limitada morbilidad postoperatoria y a la existencia de buenos planos de delimitación de la tumoración^{1,4,9,10}.

En nuestro caso, la localización intranodal del schwannoma no pudo identificarse hasta el estudio histopatológico ya que, tanto en las técnicas de imagen como a nivel macroscópico tras la extirpación de la pieza, formaba parte de una masa integrada con la glándula suprarrenal.

En conclusión, el schwannoma intranodal de localización suprarrenal es una neoplasia muy poco frecuente pero que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones retroperitoneales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Onoda N, Ishikawa T, Toyokawa T. Adrenal schwannoma treated with laparoscopic surgery. *JLS*. 2008;12:420-5.
2. Reinus C, Shutin O, Reissman P. Intranodal schwannoma presenting as an adrenal mass. *Histopathology*. 2004;45:95-6.
3. Black JO, Zhai QJ, Varona OB, Ordonez NG, Luna MA. Primary schwannoma in a cervical lymph node. *Head Neck*. 2010;32:964-9.
4. Hayes BD, O'Sullivan MJ. Intranodal hybrid benign nerve sheath tumor. *Pediatr Dev Pathol*. 2011;14:313-7.
5. Rivas F, Ureña A, Macia I, Rosado I, Toñáñez J, Penin R, et al. Intranodal thoracic schwannoma, an unusual type of neurogenic tumor. *Gen Thorac Cardiovasc Surg*. 2011;59:819-21.
6. Korets R, Berkenblit R, Ghavamian R. Incidentally discovered adrenal schwannoma. *JLS*. 2007;11:113-5.
7. Shayanfar N. Schwannoma in a perigastric lymph node: a rare case report. *Iran J Pathol*. 2008;3:43-6.
8. Bu Nam K, Namkung S. Intranodal schwannoma mimicking a gastrointestinal stromal tumor of the stomach: a case report. *J Korean Soc Radiol*. 2011;65:395-8.
9. Tarcoveanu E, Dimofte G, Bradea C. Adrenal schwannoma. *JLS*. 2009;13:116-9.
10. Graham DJ, McHenry CH. The adrenal incidentaloma: guidelines for evaluation and recommendations for management. *Surg Oncol Clin N Am*. 1998;7:749-64.

Sara Hernández Domínguez^{a,*}, José María Muguéza Hugueta^a, Manuel Mariano Díez Alonso^a y Almudena González Estechea^b

^aUnidad de Cirugía Endocrina, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: shernandez.hupa@salud.madrid.org (S. Hernández Domínguez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.09.007>

Hemorragia digestiva como primer síntoma de una amiloidosis yeyunal focal

Gastrointestinal bleeding as a first symptom of a focal jejunal amyloidosis

La amiloidosis es un término genérico que hace referencia a un grupo de enfermedades caracterizadas por el depósito extracelular de un material llamado sustancia amiloide. La variedad de sintomatología que provoca la amiloidosis hace que el diagnóstico de la enfermedad sea difícil y tardío. La afectación gastrointestinal es común y la aparición de hemorragia masiva es poco frecuente pero de difícil manejo diagnóstico y terapéutico. El depósito de sustancia amiloide en el tracto digestivo se localiza básicamente a nivel de la mucosa y submucosa, como también en la muscular propia y en las paredes de los vasos sanguíneos, lo que puede ocasionar una gran heterogeneidad de síntomas gastrointestinales.

Presentamos un paciente de 75 años sin antecedentes patológicos que ingresa en nuestro hospital por cuadro de deposiciones melénicas de 2 días de evolución sin otra sintomatología asociada. Se evidencia anemia importante con requerimiento transfusional masivo y endoscopia urgente que evidencia sangrado a nivel del yeyuno proximal, sin poder localizar su origen mediante angio-TC y arteriografía. Se decide realizar laparotomía exploradora, objetivando un tramo de 20 cm de longitud de yeyuno de consistencia fibrótica al tacto y coloración violácea. Se procede a la apertura de dicha asa intestinal objetivando sangrado activo en sábana a nivel de la mucosa yeyunal congestiva, por