



Carta científica

«Ancient» schwannoma localizado en el músculo psoas



«Ancient» schwannoma in the psoas muscle

Los schwannomas son tumores benignos de las vainas de los nervios periféricos que excepcionalmente se localizan a nivel intramuscular^{1,2}. Aproximadamente se han publicado 15 casos de schwannomas en el músculo psoas en la literatura internacional^{1,3,4}. Presentamos un nuevo caso y revisamos la escasa literatura sobre este tipo de lesiones y la variedad «ancient schwannoma» que presentaba nuestra paciente.

Se trata de una mujer de 62 años, sin antecedentes médicos de interés excepto que ha sido intervenida en 3 ocasiones de hernia inguinal derecha que acude porque presenta dolor severo poshernioplastia en toda la región inguinal sin irradiación a miembro inferior derecho. En la RM abdominopélvica, se observa como hallazgo incidental una lesión ovalada, bien definida, quística, localizada en la porción más externa del músculo psoas derecho de 2,6 x 2,5 x 3,5 cm. La lesión es hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 con un polo sólido en el margen inferior y septos internos que tienen realce al inyectar contraste (fig. 1). Los estudios analíticos y marcadores tumorales (CEA, CA19-9) fueron normales. Se procede a su exéresis quirúrgica por vía abdominal con la sospecha de tumor nervioso maligno (fig. 2). Se realiza una maniobra de Cattle accediendo al retroperitoneo, se localiza el uréter, vena renal y riñón derecho, y vena cava inferior. Se visualiza en el psoas, una lesión de 3 cm en la localización citada y se procede a su exéresis con márgenes libres (R0). El postoperatorio transcurre sin incidencias. El estudio histológico muestra una lesión encapsulada de bordes expansivos constituida por células de núcleos elongados, sin atipia y con citoplasma eosinófilo presentando zonas de Antoni A con cuerpos de Verocay y otras zonas Antoni B. Se encuentran ocasionalmente núcleos pleomórficos con cambios mixoides y quísticos como ocurre en las formas evolucionadas («ancient schwannoma»). El estudio inmunohistoquímico muestra positividad para S-100, vimentina y enolasa neuroespecífica, y negatividad para actina muscular (SMA) y CD117. Existen márgenes quirúrgicos libres compuestos por tejido muscular. En las revisiones posteriores (6 meses) la paciente no presenta pérdida funcional, sigue con dolor en

región inguinal pero declina triple neurectomía y no hay signos de recidiva.

Los schwannomas son tumores formados por células de Schwann de las vainas de los nervios periféricos, habitualmente son benignos, y excepcionalmente pueden sufrir transformación maligna pero no existen datos concretos sobre la tasa de malignización y con las características clínicas que se relaciona⁴⁻⁶. Se han descrito asociados a la neurofibromatosis⁶. Son lesiones sólidas, encapsuladas y de crecimiento lento, localizadas más frecuentemente en cabeza, cuello y tronco^{1,2,5,6}. Histológicamente, presentan dos zonas alternantes, una de celularidad densa denominada Antoni A y otras áreas de matriz mixoide conocidas como Antoni B^{4,5}. Inmunohistoquímicamente, los schwannomas son positivos para S-100, vimentina y enolasa neuroespecífica, y negativos para actina muscular (SMA) y CD117⁵.

Existe una variante de schwannoma de características sólido-quísticas con cambios histológicos degenerativos que se conoce en la literatura anglosajona como «ancient schwannoma» descrita por Ackerman y Taylor en 1951^{1,5,7}. Las características histológicas típicas de esta variedad se atribuyen al crecimiento progresivo y la edad de la lesión^{1,5,7}. La existencia de atipia nuclear e hiper cromatismo en esta variedad puede causar un diagnóstico erróneo de malignidad. El pronóstico y la tasa de transformación maligna son idénticos a la de los schwannomas típicos⁵. El caso aquí presentado correspondería a esta variante.

Los schwannomas son habitualmente asintomáticos, cuando producen síntomas, estos son causados por compresión o infiltración de órganos vecinos sin ninguna especificidad^{1,2,4-6}. El diagnóstico habitualmente es incidental como en nuestro caso^{2,4}. El dolor que presentaba nuestra paciente creemos que está relacionado con la hernioplastia y no con la tumoración del psoas.

La TAC y la RM abdominal no presentan características patognomónicas que permitan confirmar preoperatoriamente el diagnóstico de schwannoma³⁻⁶. Por ello, el diagnóstico definitivo se obtiene en muchos pacientes tras el estudio

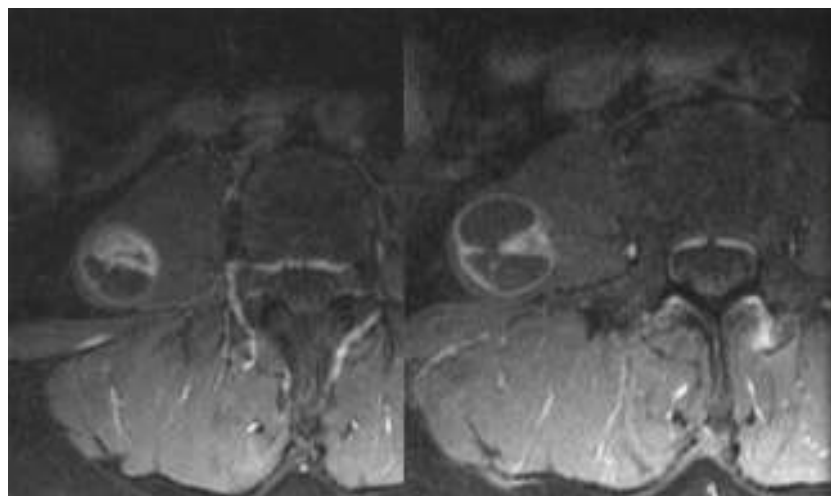


Figura 1 – Resonancia magnética: schwannoma en psoas.

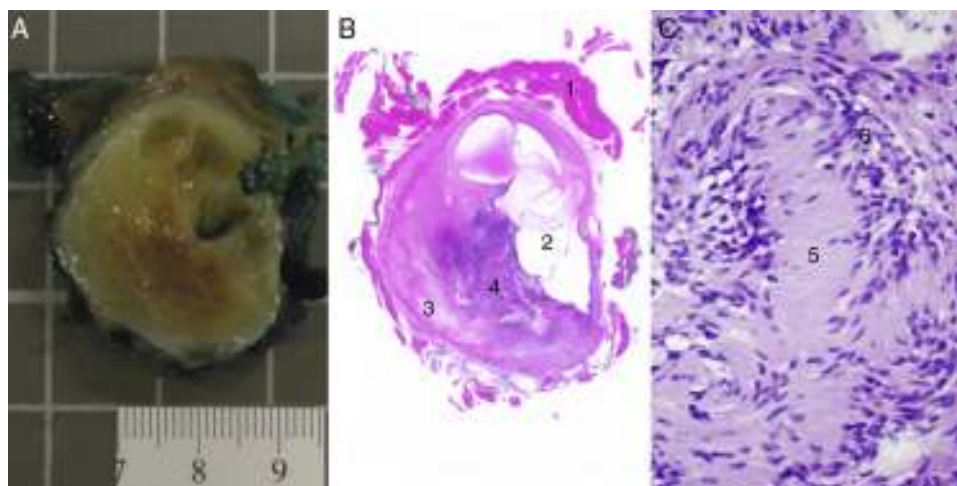


Figura 2 – A) Aspecto macroscópico de la lesión nodular: delimitada del músculo por una cápsula y en cuyo interior alternan zonas quísticas y sólidas de aspecto mixoide. B) Imagen al microscopio: confirma la buena delimitación con respecto al músculo¹, existen zonas quísticas² y zonas más sólidas eosinófilas-mixoides³ e incluso áreas más celulares⁴. C) En ellas, a mayor aumento se identifican los cuerpos de Verocay propios de los schwannomas: formados por grupos de fibrillas⁵ que se rodean de hileras de núcleos en forma de empalizada⁶.

histológico después de la resección quirúrgica^{1,4,6}. En las pruebas de imagen, habitualmente son lesiones sólidas homogéneas, bien encapsuladas y definidas, con captación periférica tras la administración de contraste^{3,5,6}. Los «ancient» schwannomas pueden presentar un patrón degenerativo con áreas quísticas, calcificaciones e hialización que aún dificulta más el diagnóstico radiológico^{2,5}. La RM parece ser superior a la TAC en los «ancient schwannoma» por su capacidad diagnóstica en las masas quísticas⁵. El uso del PET para determinar el potencial maligno de los schwannomas está por determinar⁸.

Algunos autores recomiendan la punción dirigida por TAC aunque tiene el gran inconveniente de una posible diseminación tumoral si el diagnóstico de schwannoma es

incorrecto^{1,4,6}. El diagnóstico diferencial se plantea con otros tumores musculares, abscesos crónicos, quistes hídricos, hematomas y lesiones musculares con necrosis central¹.

El tratamiento del schwannoma es la excisión quirúrgica con márgenes libres¹⁻⁶. La cirugía puede realizarse por un abordaje abdominal o retroperitoneal. Se recomienda el abordaje abdominal para las lesiones localizadas en la porción inferior del psoas, y el retroperitoneal para la porción más proximal³. Se ha realizado también algún caso aislado por abordaje laparoscópico¹. Debido a la naturaleza benigna del schwannoma hay que ser extremadamente cuidadoso con el uréter y la funcionalidad del miembro inferior^{3,5}. Si la exéresis es completa, el pronóstico de los schwannomas es excelente y las recidivas son excepcionales^{4,5}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Seo IY, Boldbaatr Y, Choi KH. Laparoscopic resection of ancient schwannoma embedded in psoas muscle. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2011;21:336-8.
2. Incedayi M, Sivrioglu AK, Ozyurek S, Kara K. Retroperitoneal ancient schwannoma: multidetector CT findings. *BMJ Case Rep* 2013; pii: bcr2012008083. doi: 10.1136/bcr-2012-008083.
3. Muramatsu K, Ihara K, Yoshida Y, Taguchi T. Intramuscular schwannoma arising from the psoas major muscle. *Clin Neurol Neurosurg.* 2008;110:532-3.
4. D'Silva KJ, Dwivedi AJ, Barnwell JM. Schwannoma of the psoas major muscle presenting with abdominal and back pain. *Dig Dis Sci.* 2003;48:1619-21.
5. Choudry HA, Nikfarajam M, Liang JJ, Kimchi ET, Conter R, Gusami NJ, et al. Diagnosis and management of retroperitoneal ancient schwannoma. *World J Surg Oncol.* 2009;7:12-6.
6. Jindal T, Mukherjee S, Kamal MR, Sharma RK, Ghosh N, Mandal NS, et al. Cystic schwannoma of the pelvis. *Ann R Coll Surg Engl.* 2013;95:e1-2.
7. Ackerman LV, Taylor FH. Neurogenous tumors within the thorax; a clinicopathological evaluation of forty-eight cases. *Cancer.* 1951;4:669-91.
8. Hamada K, Ueda T, Higuchi I, Inoue A, Tami N, Myoi A, et al. Peripheral nerve schwannoma: two cases exhibiting increased FDG uptake in early and delayed PET Imaging. *Skeletal Radiol.* 2005;34:52-7.

José Manuel Ramia^{a*}, Roberto de la Plaza^a, Soledad Alonso^b, Luis Gijón^c y José Valenzuela^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^bServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^cServicio de Radiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.01.008>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.