

## Schwannoma gástrico

### Gastric schwannoma

Los schwannomas (neurileomas) del tracto gastrointestinal son poco frecuentes, mayoritariamente benignos, que se incluyen dentro de la clasificación de tumores mesenquimáticos (2–8%)<sup>1</sup>. Se originan en la pared muscular a partir de las vainas periféricas de los nervios de los plexos de Meissner y Auerbach, siendo el estómago su localización más frecuente dentro del tracto gastrointestinal<sup>2</sup>. Nuestro objetivo: presentar un caso de schwannoma gástrico, destacar su baja incidencia dentro de los tumores mesenquimáticos y las características inmunohistoquímicas que permiten diferenciarlo de los GIST.

Paciente, sexo femenino, 64 años, sin antecedentes patológicos, que consulta por constipación. Al examen físico se constata masa palpable en hipocondrio izquierdo, indolora, móvil, asintomática. Se realiza: ecografía, que muestra una masa hipoecoica de 6 cm de diámetro, en flanco izquierdo que pende de la pared gástrica, contorno liso y homogéneo. La tomografía computada abdominal (fig. 1) confirma el diagnóstico, no visualizándose protrusión en la luz gástrica ni refuerzo parietal tras la administración de contraste. La videoendoscopia fue normal. Se decide tratamiento quirúrgico (cirugía mini invasiva) con ligadura del pedículo vascular y resección completa de la lesión.

Anatomía patológica: formación ovoide de 8,5 cms de diámetro, superficie lobulada, color pardo-rosado. Histológicamente, proliferación de células con patrón fusiforme, núcleos elongados, disposición en fascículos y formación de empalizada. Leve pleomorfismo nuclear, menos de 5 mitosis  $\times$  50 campos de gran aumento, focos de hemorragia e infiltrados linfoides.

**Inmunohistoquímica:** S-100+, Vimentina+ y CD 99+, CD 117 –, Desmina –, CD 34 con positividad focal

Técnica de histoquímica (PAS): negativa para cristaloides. (fig. 2) La morfología y el inmunofenotipo confirman diagnóstico de schwannoma gástrico. Evoluciona sin complicaciones.

Al igual que el resto de los tumores estromales, la presentación clínica de los schwannomas puede ser muy variable. La mayoría son asintomáticos y su diagnóstico

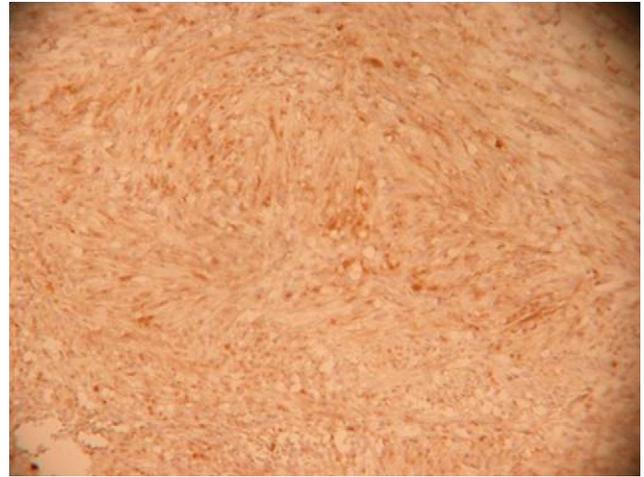


Figura 2 Inmunohistoquímica - S-100 positiva.

surge como hallazgo. Los síntomas, cuando están presentes, se deben, por lo general, a sus complicaciones (sangrado digestivo, compresión, síntomas obstructivos por masa abdominal, invaginación). Al ser lesiones por lo general, de crecimiento submucoso, la endoscopia tiene bajo rédito diagnóstico, al igual que las biopsias que en ellas se obtengan. Los estudios contrastados pueden mostrar imágenes de falta de relleno con mucosografía normal y alteraciones morfológicas que orienten al diagnóstico. Los estudios por imágenes (Eco – TAC – RNM)<sup>3,4</sup> son los que brindan mayor información. En su gran mayoría, los schwannomas son benignos y excepcionalmente presentan comportamiento maligno. Este se basa en el número de mitosis, la atipia nuclear, el marcado peomorfismo nuclear y la necrosis tumoral<sup>5,6</sup>.

El diagnóstico diferencial más importante por frecuencia, es con los GIST, particularmente con aquellos con diferenciación nerviosa incompleta (CD 117+//S-100 negativos, más frecuentes en intestino delgado)<sup>7,8</sup> y con los leiomiomas (desmina+– S-100 negativos).

### Conclusiones

1. Tumor de muy baja frecuencia (0,2% del total de tumores gástricos).
2. En nuestra paciente, el tamaño era mayor que el habitual (promedio mencionado en la literatura 6,4 cm.)<sup>9</sup>, con criterio de benignidad, en este caso dado por el bajo índice mitótico, la ausencia de atipia nuclear y de necrosis tumoral.
3. Presentaba localización subserosa, siendo más frecuente la submucosa. Esto explica la falta de hallazgos positivos en la endoscopia que según algunos autores, sería una herramienta útil de diagnóstico<sup>10</sup>.
4. No estaba asociado a neurofibromatosis (enfermedad de Von Recklinghausen) como se presentan algunos casos en la literatura.
5. Por inmunohistoquímica, presentó positividad para S-100, vimentina y CD 99, mientras que desmina y CD 117 fueron negativos.

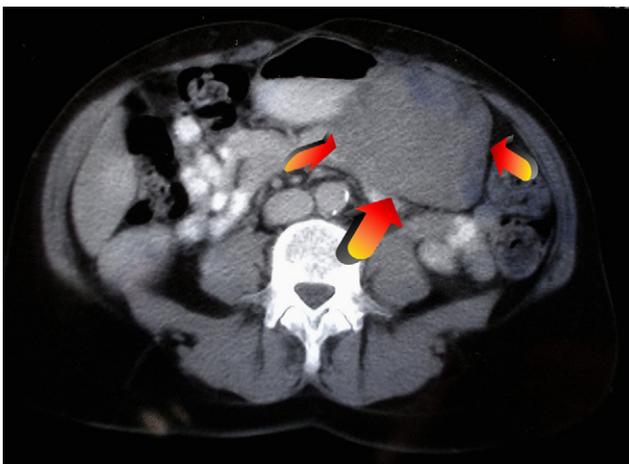


Figura 1 Tomografía computarizada abdominal.

6. Destacamos el valor de la inmunohistoquímica, que permite el diagnóstico diferencial con GIST, GANT y leiomiomas.

## Bibliografía

1. Prévot S, Bienvenu L, Vaillant JC, de Saint-Maur PP. Benign Schwannoma of the digestive tract: A clinicopathological and immunohistochemical study of five cases, including a case of esophageal tumor. *The American Journal of Surgical Pathology*. 1999;23:431–6.
2. Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. *Am Surg*. 1993;59:293–6. [Pub-Med].
3. Fujii Y, Taniguchi N, Hosoya Y, Yoshizawa K, Yasuda Y, Nagai H, et al. Gastric Schwannoma: sonographic findings. *J Ultrasound Med*. 2004;23:1527–30. [Pub-Med].
4. Miettinen M, Shekitka KM, Sobin LH. Schwannomas in the colon and rectum: A clinicopathological and Immunohistochemical study of 20 cases. *The American Journal of Surgical Pathology*. 2001;25:846–85.
5. Stupnik S, Rafaelli C, González GO, Pestalardo ML, Quesada M, Viúdez P. Subepithelial tumors of the gastrointestinal tract. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2009;39:118–24.
6. Yoon HY, Kim CB, Lee YH, Kim HG. Gastric Schwannoma. *Yonsei Med J*. 2008;49:1052–4.
7. Kim JY, An JY, Choi MG, Noh JH, Sohn TS, Kim S. A Case of Giant Gastric Schwannoma Accompanied with Bleeding. *J Korean Gastric Cancer Assoc*. 2006;6:47–51. Korean.
8. Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Stemmermann GN, Lantz PE, Isaacson PG. Mesenchymal tumors. En: Fenoglio-Preiser CM, Noffsinger AE, Stemmermann GN, Lantz PE, Isaacson PG, editores. *Gastrointestinal Pathology*, 3ª ed. Lippincott Williams and Wilkins; 2008. p. 1203–65.
9. Soifer LO. Tumores no epiteliales del esófago y del estómago. Relato. Argentina: Congreso Gastroent y Endoscopia Digestiva; 2000.
10. Kim SH. Gastric schwannoma *Korean J Gastroenterol*. 2009;53:141–3.

Adriana Bosolino<sup>a,\*</sup>, Alejandro De la Torre<sup>c</sup>, Raquel Ratto<sup>b</sup> y Carlos Marzano<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad Gastroenterología, Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez, Buenos Aires, Argentina

<sup>b</sup>Unidad de Anatomía Patológica, Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez, Buenos Aires, Argentina

<sup>c</sup>División Cirugía, Sanatorio Municipal Dr. Julio A. Méndez, Buenos Aires, Argentina

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abosolino@intramed.net (A. Bosolino).