

GASTROINTESTINAL / CARTA CIENTÍFICA

Schwannoma esofágico

Esophageal schwannoma

F.A. Mestas Núñez^{a,*}, R.S. Mestas Núñez^a, E. Vargas^b, J.L. Portillo^b y N. Mohr de Krause^c

^aInstituto Diagnóstico San Lucas, Posadas, Misiones, Argentina

^bServicio de Cirugía, Sanatorio Boratti, Posadas, Misiones, Argentina

^cServicio de Oncología, Sanatorio Boratti, Posadas, Misiones, Argentina

Recibido julio de 2013; aceptado septiembre de 2013

Estimada Editora:

Los schwannomas son tumores del sistema nervioso periférico que crecen a partir de las células de Schwann, procedentes de la cresta neural. La mayoría tiene un curso clínico benigno. Histológicamente son bien encapsulados, se encuentran altamente vascularizados y están compuestos por un patrón de células fusiformes que pueden tener aspecto de empalizada. En general, son asintomáticos hasta que adquieren un tamaño considerable¹.

Nuestro objetivo es comunicar el hallazgo de un schwannoma esofágico en una paciente mujer, de 42 años de edad, que consultó por una disfagia alta de tres años de evolución.

A través de una endoscopia digestiva alta, se detectó una lesión submucosa con compresión extrínseca de la luz del esófago torácico superior, sin lesión de la superficie mucosa. En la ecografía de cuello se observó (por vía supraesternal) una masa hipocogénica, de ecoestructura heterogénea, en el opérculo torácico, que estaba en relación con el polo inferior del lóbulo izquierdo tiroideo, desplazándolo levemente en sentido cefálico, pero sin infiltrar la glándula.

En el examen de radiología convencional, la exposición de tórax de frente evidenció un área de mayor densidad en el mediastino superior, con una doble densidad en el borde

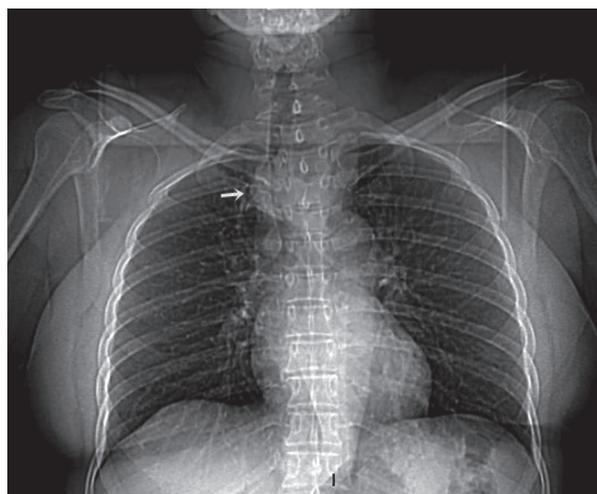


Figura 1 Rayos X de tórax de frente. En el mediastino superior se aprecia un área de mayor densidad. Nótese la doble densidad en el borde mediastinal derecho (flecha).

derecho, parcialmente definida y de difícil interpretación (fig. 1).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: faviomestas@sanlucasdiagnostico.com.ar (F.A. Mestas Núñez).

En la tomografía computada (TC) se observó una formación sólida con densidad de partes blandas, de contornos regulares y discretamente heterogénea, que se ubicaba en la base del cuello y se extendía caudalmente hacia el mediastino superior y posterior hasta el nivel del cayado aórtico. Producía desplazamiento de los troncos supraaórticos, comprimiendo la tráquea desde su cara posterior y tomando íntimo contacto con la pared izquierda del esófago, el cual estaba desplazado hacia la derecha (fig. 2).

En el estudio de resonancia magnética (RM) la formación se comportó isointensa en ponderación T1, hiperintensa en pulsos de ponderación T2 y realzó intensamente con el contraste endovenoso, con un área central hipocaptante atribuible a zonas de necrosis y/o degeneración quística. Sus dimensiones eran: 5 cm de diámetro transversal, 7 cm de

diámetro longitudinal y 3,6 cm de diámetro anteroposterior (fig. 3).

Dado que la lesión era abordable por vía supraesternal, se realizó una biopsia con aguja de corte (tipo TRU-CUT) y se obtuvo material para el estudio histológico.

El reporte de patología inicialmente destacó elementos fusiformes en variable concentración celular, con leve anisonucleosis. La inmunomarcación reveló resultados positivos para vimentina y proteína S 100, corroborando el origen vinculado a un tumor neural².

El caso se trató en el Comité de Tumores de la Institución y se decidió un abordaje quirúrgico combinado de cuello y tórax mediante una cervicotomía ampliada a mediastino. Se realizó la exéresis del tumor, logrando su decolamiento y la preservación de la pared esofágica.

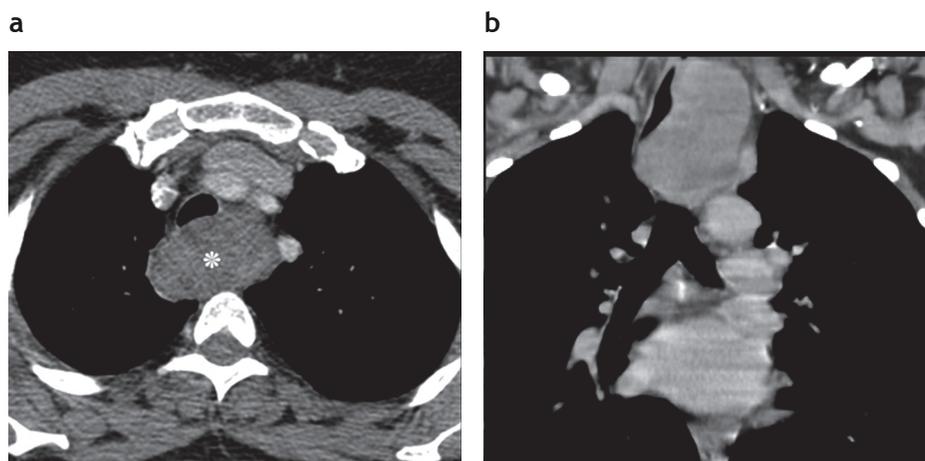


Figura 2 Tomografía computada multidetector. (a) Corte axial con contraste. Se observa una formación expansiva retrotraqueal (*) que desplaza el esófago lateralmente hacia la derecha y la arteria subclavia hacia la izquierda. (b) Reconstrucción coronal. Se advierte una formación tumoral que desplaza al esófago lateralmente y se ubica por encima del nivel del cayado aórtico.

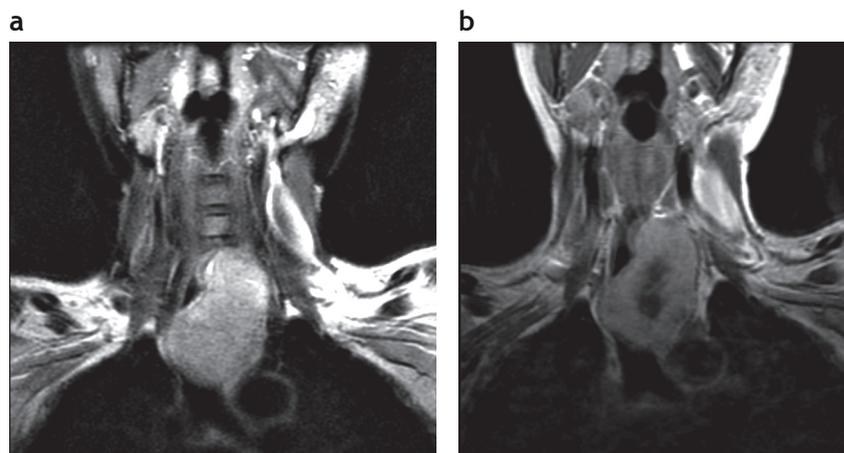


Figura 3 Resonancia Magnética. (a) Corte coronal en ponderación T2. La formación se comporta hiperintensa en esta secuencia. (b) Corte coronal en ponderación T1 con contraste paramagnético. Se observa la masa con intenso realce, permaneciendo una zona central hipocaptante.

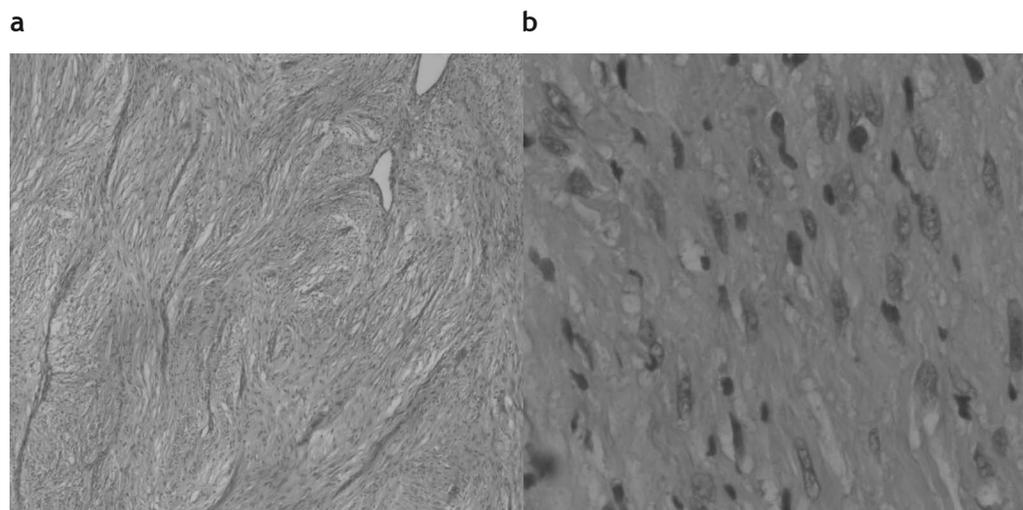


Figura 4 Schwannoma (microscopía óptica). (a) Se aprecian células fusadas, compactas y en empalizada. (b) A mayor aumento.

Finalmente, el resultado de la anatomía patológica de la pieza operatoria reveló la existencia de un tumor de 65 g y 7 cm × 5 cm × 4,5 cm. Éste era blanco amarillento, duro-elástico y estaba encapsulado. En la microscopía óptica, se observó que estaba constituido por células fusadas y compactas, que contenían núcleos ondulados y se disponían en bandas cortas y fascículos entrelazados con ocasionales cuerpos de Verocay (núcleos en empalizada bien alineados y separados por procesos celulares fibrilares). En algunas áreas adoptaban una configuración epitelioides y se ubicaban en cordones dentro del estroma colágeno. Los resultados eran compatibles con un neurilemmoma (schwannoma) (fig. 4).

En el posoperatorio la paciente evolucionó satisfactoriamente y sólo mantuvo una tos persistente que cedió al cabo de seis meses. Actualmente se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

Los tumores submucosos en el tracto gastrointestinal pueden corresponder a tres estirpes histológicas: tumores miogénicos (los más frecuentes), como los leiomiomas, tumores neurogénicos y tumores del estroma gastrointestinal (GIST). Su diferenciación es muy difícil a través de los métodos de diagnóstico por imágenes. Si bien los tumores neurogénicos son más frecuentes en el mediastino posterior, los originados en el esófago son extremadamente raros^{3,4}.

De los 30 casos que hay descritos en la literatura, gran parte ocurrió en la población asiática, la frecuencia ha sido mayor en mujeres de edad media y el síntoma predominante fue la disfagia. A pesar de que en su mayoría estos tumores

son benignos, algunos pueden ser malignos y deben ser tratados con esofagectomía para evitar recidiva⁵.

Saludan a Ud. con distinguida consideración,

Los autores

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, excepto el Dr. Favio Mestas Núñez que declara como posible conflicto de interés formar parte del Comité de Redacción de la RAR.

Bibliografía

1. Dutta R, Kumar A, Jindal T, Tanveer N. Concurrent benign schwannoma of oesophagus and posterior mediastinum. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2009;9:1032-4.
2. Chen HC, Huang HJ, Wu CY, Lin TS, Fang HY. Esophageal schwannoma with tracheal compression. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2006; 54:555-8.
3. Kassis ES, Bansal S, Perrino C, Walker JP, Hitchcock C, Ross P Jr, et al. Giant asymptomatic primary esophageal schwannoma. *Ann Thorac Surg.* 2012;93:e81-3.
4. Zhang W, Xue X, Zhou Q. Benign esophageal schwannoma. *SMJ.* 2008;101:450-1.
5. Choo SS, Smith M, Cimino-Mathews A, Yang SC. An early presenting esophageal schwannoma. *Gastroenterol Res Pract.* 2011; 2011:165120.