

Schwannoma gástrico. Reporte de un caso

Gastric Schwannoma: A Case Report

Darío Montes N.¹ , Nixon Cevallos R.²  y Rubén Montes N.³ 

1 Servicio de Gastroenterología, SOLCA Núcleo Machala, El Oro, Ecuador.

2 Servicio de Oncología, SOLCA Núcleo Machala, El Oro, Ecuador.

3 Servicio de Medicina Interna, Hospital General Dr. León Becerra Camacho. Milagro, Guayas, Ecuador.

Recibido: 04/05/2023

Aceptado: 23/02/2024

Publicado: 30/04/2024

RESUMEN

Introducción: Los schwannomas son tumores mesenquimatosos benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los nervios de los plexos Meissner y Auerbach. Aunque pueden aparecer en cualquier localización, son poco frecuentes en el tracto gastrointestinal. **Caso clínico:** Nuestro caso es la presentación de un schwannoma gástrico con evolución favorable y buen pronóstico tras su resección completa. **Conclusión:** La importancia de presentarlo radica en tenerlo presente en el diagnóstico diferencial de los tumores gástricos subepiteliales.

Palabras Clave: Schwannoma gástrico, Tumores del estroma gastrointestinal, Inmunohistoquímica.

ABSTRACT

Introduction: Schwannomas are benign, slow-growing, Mesenchymal Tumors (MT) that originate in the Schwann cells of the nerves of the Meissner and Auerbach plexuses. Although they can appear in any location, they are rare in the gastrointestinal tract (GIT). **Case report:** Our case is the presentation of a gastric Schwannoma with favorable evolution and a good prognosis after a complete resection. **Conclusion:** It is relevant to present this to keep it in mind in the differential diagnosis of subepithelial gastric tumors.

Keywords: Gastric Schwannoma, Gastrointestinal stromal tumors, Immunohistochemistry.

* **Autor de correspondencia:** Darío Javier Montes Nájera, javiermontesn89@gmail.com

Cómo citar: Montes Nájera D, Cevallos N, Montes R. Schwannoma gástrico. Reporte de un caso. *Oncología (Ecuador)*. 2024;34(1): 52-57. <https://doi.org/10.33821/742>

1. Caso clínico

Femenina de 61 años, antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con hipoglucemiantes. Sin antecedentes familiares oncológicos.

Presenta cuadro clínico de dispepsia tipo distress postprandial, sin signos de alarmas, de un año de evolución. Sin alteraciones en su tracto digestivo bajo o en la esfera hepatobiliar. En el examen físico se identifica buen estado general. El abdomen se palpa blando depresible, no doloroso, no tumoraciones, no visceromegalia. No se reflejan particularidades en dicho examen. En la paraclínica sanguínea tampoco se hallan alteraciones.

En la tomografía computarizada de abdomen-pelvis (Figura 1) se evidencia, en antro gástrico, engrosamiento parietal asociado a tumoración con crecimiento exofítico que mide 79 × 84 × 88 mm, y se aprecian ganglios incrementados de tamaño en región hiliar hepática, tronco celíaco y periféricos.



Figura 1. Tomografía computarizada (TC) abdomen-pelvis
Fuente: Hospital SOLCA Núcleo Machala

En la endoscopia digestiva alta, a nivel de antro sobre curvatura, se refleja la mayor lesión subepitelial de 4 cm, recubierta de mucosa de aspecto habitual sugestiva de tumor del estroma gastrointestinal (GIST) (Figura 2).

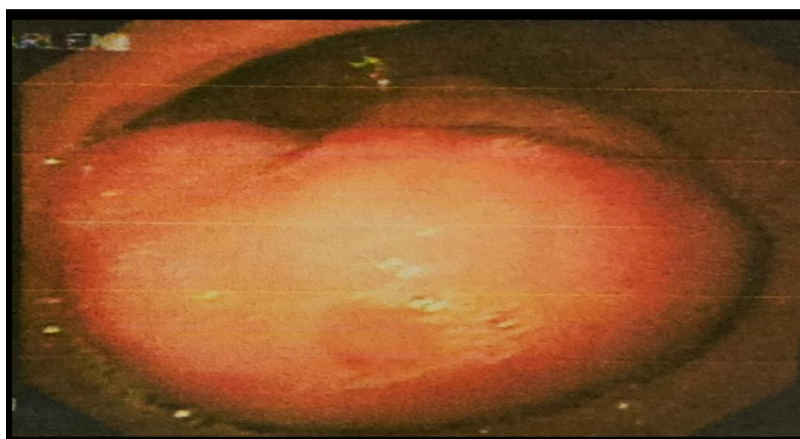


Figura 2. Lesión subepitelial en antro vista por EDA
Fuente: Hospital SOLCA Núcleo Machala

Se realiza ecoendoscopia que evidencia: en antro, lesión hipoeoica de 3 × 4 cm, que se origina en la cuarta capa (muscular propia), heterogénea, con áreas anecoicas en su interior, contornos irregulares. Se realiza punción con aguja 19 G ACQUIRE de la lesión para estudio de patología (Figura 3).

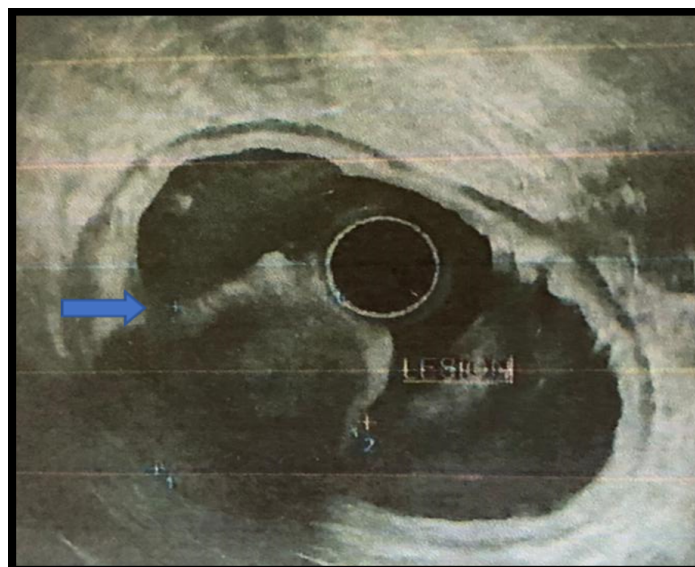


Figura 3. Lesión subepitelial en antro vista por ecoendoscopia

Fuente: IECED GUAYAQUIL (Instituto Ecuatoriano de Enfermedades Digestivas)

Informe histopatológico describe infiltrado de leucocitos polimorfonucleares neutrófilos y mononucleares, además de un fragmento de músculo liso de aspecto neoplásico, formado por fibras musculares lisas, fusiformes, bipolares de núcleos ovalados que preservan la relación núcleo-citoplasma. Se realiza inmunohistoquímica (IHQ): S100 positivo y desmina, actina músculo específico, CD 34 Y CD 117 (c-Kit) negativos; estableciendo diagnóstico de schwannoma gástrico (SG).

Como tratamiento definitivo, se realiza cirugía por vía abierta: gastrectomía subtotal. Reporte anatomopatológico de SG con ganglios linfáticos perigástricos e hiperplasia folicular reactiva. En el seguimiento evolutivo a 24 meses se encuentra asintomática en lo digestivo.

2. Discusión

Los tumores gastrointestinales subepiteliales se dividen en tres grandes grupos: neurogénicos (schwannomas, neurofibromas), miogénicos (leiomiomas y leiomiomas) y GIST. El diagnóstico diferencial es importante, puesto que difieren en el pronóstico [3].

Los schwannomas son TM benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los plexos Meissner y Auerbach. Son infrecuentes, su ubicación más común en el TGI es el estómago (a nivel de curvatura mayor y antro), seguido del colon y el recto [3, 5].

Los SG son raros, una incidencia de 0,2 % de todos los tumores gástricos; 6,3 % de los tumores gástricos mesenquimatosos; y 4 % de los tumores gástricos benignos [4]. Mayor prevalencia en mujeres, con una razón hombre:mujer de 1:3 y una edad promedio al diagnóstico de 57 años [6,12].

La presentación clínica de los SG puede ser muy variable. La mayoría son asintomáticos y su diagnóstico surge como un hallazgo. Los pacientes sintomáticos, frecuentemente, experimentan dolor abdominal, seguido de hemorragia gastrointestinal alta. Con menor frecuencia, presentan tumor abdominal palpable (3 %), anorexia (3 %) y dispepsia (1,8 %) [6].

La EDA, y las biopsias que de ella se obtienen, muestran bajo rendimiento [4]. Se evidencian como tumores subepiteliales sésiles, recubiertos de mucosa de aspecto habitual con crecimiento exofítico [7]. El ultrasonido endoscópico identifica una lesión hipoeoica homogénea o heterogénea. En muchas

ocasiones, suele observarse un halo marginal que se localizan en la cuarta capa y, en otros casos, en la tercera. La punción aspiración con aguja fina es el método diagnóstico inicial, en el 85,2 %. Aunque, cuando el tejido obtenido es insuficiente o inespecífico, la biopsia por punción con aguja gruesa presenta mejor rendimiento [3, 8].

Otra herramienta diagnóstica utilizada es la TC contrastada que muestra tumoración heterogénea hipervascular que realza al contraste, con áreas de necrosis, pero los hallazgos radiológicos son inespecíficos y suelen describirlo como tumor del estroma gastrointestinal [7, 13].

Histológicamente, los SG son encapsulados que contienen abundantes células fusiformes con una agregación linfoide prominente, caracterizada por áreas de Antoni A y Antoni B. Algunos autores demostraron que el diagnóstico solo puede confirmarse sobre la base de IHQ en la que los SG muestran positividad para S-100, vimentina y proteína gliofibrilar ácida, y negatividad para CD117 y SMA [3, 9, 10, 15].

En relación con el tratamiento, la cirugía es la única opción curativa para el SG, y el tipo específico de procedimiento depende del tamaño y la localización de la lesión. A su vez, tanto las técnicas convencionales como la laparoscópica han demostrado resultados satisfactorios. La resección de ganglios linfáticos no es necesaria, ya que los SG rara vez presentan diseminación linfática o transformación maligna. La opción endoscópica no es viable, en la mayoría de los casos, ya que la lesión usualmente surge del plexo de Auerbach y los crecimientos tienden a involucrar toda la capa muscular propia. La tasa de recurrencia es muy rara por lo que no requiere vigilancia [7, 10, 14].

3. Conclusión

Los schwannomas son TM benignos de crecimiento lento, se originan en las células de Schwann de los nervios de los plexos Meissner y Auerbach. Son poco frecuentes en el TGI. Deben estar presentes en el diferencial de las lesiones subepiteliales diagnosticadas por endoscopia.

4. Abreviaturas

- TM: Tumores mesenquimatosos.
- TGI: Tracto gastrointestinal
- AST: Aminotransferasa aspartato
- ALT: Alanina aminotransferasa
- VN: Valor normal
- FA: Fosfatasa alcalin
- GGT: Gamma glutamiltransferasa
- TC: Tomografía computarizada
- GIST: Tumores del estroma gastrointestinal
- IHQ: Inmunohistoquímica
- SG: Schwannomas gástricos
- SMA: Actina músculo específico
- EDA: Endoscopia alta

5. Información administrativa

5.1. Archivos Adicionales

Ninguno declarado por los autores

5.2. Agradecimientos

Ninguno.

5.3. Contribución de los autores

Conceptualización, metodología, administración de proyectos, supervisión, redacción – borrador original: Darío Montes N. Análisis formal, visualización, redacción – revisión y edición: Nixon Cevallos R. Investigación y validación: Rubén Montes N. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

5.4. Financiamiento

Los autores no recibieron ningún tipo de reconocimiento económico por este trabajo de investigación.

5.5. Disponibilidad de datos y materiales

Existe la disponibilidad de datos bajo solicitud al autor de correspondencia. No se reportan otros materiales.

5.6. Declaraciones

5.6.1. Consentimiento para publicación

El paciente dio su consentimiento informado por escrito para el presente estudio.

5.6.2. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

References

1. Bosolino A, De la Torre A, Ratto R, Marzano C. Schwannoma gástrico Gastroenterol Hepatol. 2010 Nov; 33(9):686-7. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.04.004>
2. Busta Nistal MR, Alcaide Suarez N, Fernández Salazar L, Corrales Cruz D. Gastric schwannoma. Differential diagnosis of submucosal tumours. Gastroenterol Hepatol. 2022 Apr; 45 Suppl 1:58-59. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.02.005>
3. Sanei B, Kefayat A, Samadi M, Goli P, Sanei MH, Khodadustan M. Gastric Schwannoma: A Case Report and Review of the Literature for Gastric Submucosal Masses Distinction. Case Rep Med. 2018 Apr 10; 2018:1230285. <https://doi.org/10.1155/2018/1230285>
4. Sreevathsa MR, Pipara G. Gastric Schwannoma: A Case Report and Review of Literature. Indian J Surg Oncol. 2015 Jun; 6(2):123-6. <https://doi.org/10.1007/s13193-014-0367-7>
5. Hu BG, Wu FJ, Zhu J, Li XM, Li YM, Feng Y, Li HS. Gastric Schwannoma: A Tumor Must Be Included in Differential Diagnoses of Gastric Submucosal Tumors. Case Rep Gastrointest Med. 2017; 2017:9615359. <https://doi.org/10.1155/2017/9615359>
6. Yoon JM, Kim GH, Park DY, Shin NR, Ahn S, Park CH, et al. Endosonographic features of gastric schwannoma: A single center experience. Clin Endosc. 2016; 49:548-554. <https://doi.org/10.5946/ce.2015.115>
7. Williamson JM, Wadley MS, Shepherd NA, Dwerryhouse S. Gastric schwannoma: a benign tumour often mistaken clinically, radiologically and histopathologically for a gastrointestinal stromal tumour--a case series. Ann R Coll Surg Engl. 2012 May; 94(4):245-9. <https://doi.org/10.1308/003588412X13171221590935>
8. Lee MW, Kim GH. Diagnosing Gastric Mesenchymal Tumors by Digital Endoscopic Ultrasonography Image Analysis. Clin Endosc. 2021 May; 54(3):324-328. <https://doi.org/10.5946/ce.2020.061>

9. Shah AS, Rathi PM, Somani VS, Mulani AM. Gastric Schwannoma: A Benign Tumor Often Misdiagnosed as Gastrointestinal Stromal Tumor. *Clin Pract*. 2015 Oct 12; 5(3):775. <https://doi.org/10.4081/cp.2015.775>
10. Sunkara T, Then EO, Reddy M, Gaduputi V. Gastric schwannoma-a rare benign mimic of gastrointestinal stromal tumor. *Oxf Med Case Reports*. 2018 Mar 12; 2018(3):omy002. <https://doi.org/10.1093/omcr/omy002>
11. Sánchez-Morales GE, Trolle-Silva AM, Moctezuma-Velázquez P, Rodríguez-Quintero JH, Alcazar-Félix RJ. Gastric schwannoma: A rarity among mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract. *Rev Gastroenterol Mex (Engl Ed)*. 2020 Jan-Mar; 85(1):102-104. <https://doi.org/10.1016/j.rgmxen.2019.03.005>
12. Yagihashi N, Kaimori M, Katayama Y, Yagihashi S. Crystalloid formation in gastrointestinal schwannoma. *Hum Pathol* 1997; 28:304-308. [https://doi.org/10.1016/s0046-8177\(97\)90128-3](https://doi.org/10.1016/s0046-8177(97)90128-3)
13. Goh BK, Chow PK, Kesavan S, Yap WM, Ong HS, Song IC, Eu KW, Wong WK. Intraabdominal schwannomas: a single institution experience. *J Gastrointest Surg*. 2008 Apr; 12(4):756-60. <https://doi.org/10.1007/s11605-007-0441-3>
14. Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. *Am Surg*. 1993;59:293-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8489097/>
15. Agaimy A, Märkl B, Kitz J, Wünsch PH, Arnholdt H, Füzési L, Hartmann A, et al. Peripheral nerve sheath tumors of the gastrointestinal tract: a multicenter study of 58 patients including NFI associated gastric schwannoma and unusual morphologic variants. *Virchows Arch* 2010; 456: 411-422. <https://doi.org/10.1007/s00428-010-0886-8>