



## P-763 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE TUMORACIÓN ABDOMINAL EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASA PÉLVICA: SCHWANNOMA ABDOMINAL

*Calcerrada Alises, Enrique; Rodríguez Morillas, Diego; Mirón Pozo, Benito; Alcaide Lucena, Miriam; García Fernández, Estefanía; Capitán del Río, Inés; Gómez Sánchez, Javier; López-Cantarero Ballesteros, Manuel*

*Hospital Universitario San Cecilio, Granada.*

### Resumen

**Introducción:** Los schwannomas o neurilemomas son tumores bien encapsulados que se originan en las vainas de los nervios periféricos. Se presentan generalmente en cabeza, cuello, extremidades y mediastino posterior, siendo su localización sacra extremadamente rara. Generalmente son benignos y únicos. La incidencia observada es levemente más frecuente en mujeres. Se presentan en la cuarta década de la vida y la mayoría de las veces su hallazgo es casual.

**Caso clínico:** Mujer de 66 años intervenida de histerectomía subtotal y doble anexectomía por masa pélvica. En dicha intervención tras evidenciar que el origen de la misma era el sacro se finalizó la intervención para completar estudio y tratamiento definitivo por parte de Cirugía. En resonancia y TAC tumoración presacra sólida heterogénea de  $14 \times 12 \times 12,5$  cm, que crecía desde raíces sacras y ocupaba la totalidad de la pelvis desplazando sus estructuras. Se intervino evidenciando gran tumoración de 25 cm vascularizada, retroperitoneal, adherida a cara anterior sacra que desplazaba recto-sigma y comprimía ambos uréteres. Se tutorizaron los uréteres y se efectuó neuromonitorización intraoperatoria de los esfínteres. Se realizó resección parcial del tumor dado el alto riesgo de lesión de raíces nerviosas e incontinencia. El postoperatorio cursó con fiebre por vía central, ileo paralítico y oligoanuria requiriendo recolocación de catéteres urinarios. Fue dada de alta al 18 día. El resultado anatopatológico fue de schwannoma con una actividad proliferativa del 5-10% de células tumorales.

**Discusión:** El schwannoma pélvico es una enfermedad poco frecuente, de presentación inespecífica, que puede confundirse con una neoplasia ovárica. Las pruebas de imagen son esenciales para su diagnóstico, fundamentalmente ecografía, TAC y RM. No se recomienda la punción de biopsia guiada por imagen debido al pleomorfismo celular, componente quístico y gran vascularización que pueden obtener resultados inespecíficos u ocasionar hemorragia, infección o siembra tumoral. Cuando presentan síntomas suelen ser dolor abdominal, distensión abdominal y lumbalgia. Más raras incontinencia urinaria o fecal, neuralgias o déficits sensitivos. La malignidad está determinada por el número de mitosis, invasión vascular, y pleomorfismo; no siendo el tamaño tumoral un factor determinante. El diagnóstico diferencial se realiza con quistes epiteliales, abscesos, neurofibrosarcoma, meningioma sacro, ependimoma, condroma, condrosarcoma, tumor de células gigantes, quiste óseo aneurismático, condrosarcoma, osteoblastoma, teratoma sacrococcígeo, linfoma, o lesiones no neoplásicas como pseudoquiste de páncreas, linfocele y urinoma. Su tratamiento siempre que sea posible es la resección completa, dado que no es posible confirmar de forma intraoperatoria la malignidad del tumor. El manejo es complejo por el difícil acceso a la lesión, alto grado de recurrencia local, resistencia a la radioterapia, riesgo de malignización y alta vascularización del

tumor. Es recomendable la embolización previa a la cirugía para reducir el sangrado operatorio, que es la complicación intraoperatoria más grave. Como complicación postoperatoria pueden aparecer molestias en relación con los nervios involucrados (parestesias, debilidad, dolor).