

NOTAS CLINICAS

UN CASO DE SCHWANNOMA GASTRICO

T. DELGADO PÉREZ.

Profesor adjunto.

Clinica Quirúrgica Universitaria de Madrid. Profesor: LEÓN CARDENAL.

Entre los tumores del estómago clínica y anatómopatológicamente benignos, tenemos aquellos que se desarrollan a expensas de la vaina de Schwann del plexo simpático parietal. Se trata de los fibroglomas, neurinomas o schwannomas. El siguiente caso nos da ocasión para que hagamos algunas consideraciones sobre ellos:

M. P. R., de cincuenta y ocho años, natural de Granada, de profesión empleado.

Antecedentes familiares: Casado, su mujer no ha tenido abortos; tres hijos sanos.

Antecedentes personales: En ocasiones ha padecido de cólicos nefríticos con orinas turbias.

Enfermedad actual: Desde la edad de veinte años padece de molestias en el estómago, consistentes en dolores y ardores.

El dolor se le presenta por encima del ombligo y se le corre a la espalda y al lado izquierdo; evoluciona a temporadas, aunque últimamente se ha hecho casi constante. No tiene gran relación con las comidas, pero en ocasiones se le calma algo con ellas. Estando tumbado parece que le duele más.

Los ardores son muy frecuentes y se le calman con los alcalinos, produciendo una gran cantidad de gases.

Nunca ha tenido vómitos, ni alimenticios ni de sangre.

Hace dieciséis años tuvo un desvanecimiento, quedándose muy pálido, con sudor frío y pulso muy frecuente. A las pocas horas sintió muchos ruidos de tripas haciendo una deposición abundantísima pastosa, negruzca y de muy mal olor. Siguió unos días más haciendo estas deposiciones con mal estado general, pero cuando le desaparecieron se recuperó bien. Al poco tiempo le volvió a pasar lo mismo en tres ocasiones más. Hace un mes ha tenido otro episodio como los anteriores, pero de mucha más intensidad, habiendo sido necesario hacerle tres transfusiones de sangre.

En el año de 1927 fué visto por un especialista de aparato digestivo que lo diagnosticó de "ligera ptosis y úlcera gástrica con hipersecreción". Desde entonces viene haciendo un severo régimen dietético-medicamentoso con el que no ha mejorado nada.

En general, tiene apetito y le sienta bien todo lo que come. Está muy estropeado.

No tiene tos ni palpitaciones. No se fatiga. Orina bien, salvo en las épocas en que padece los cólicos nefríticos.

No ha adelgazado, puesto que siempre ha estado delgado.

Exploración: Enfermo de hábito asténico, pálido. Pupilas con reacción normal a la acomodación y a la convergencia. Boca séptica, mal cuidada, con falta de piezas dentarias. Cuello normal sin adenopatías, lo mismo que la fosa supraclavicular.

Tórax correspondiente a su tipo con ángulo epigástrico muy agudo. Dolorimiento del epigastrio, siendo muy marcado el dolor a punta de dedo en el punto epi-

gástrico. No se palpa nada anormal ni existe bazuqueo gástrico. Hígado de límites normales a la palpación y percusión.

Punto de Boas muy positivo.

Análisis de jugo gástrico:

Acidez total, 8,08; acidez clorhídrica libre, 1,86.

Exploración radiológica: En radioscopia se aprecia una imagen de estómago vertical y descendida, con pliegues mucosos gruesos; borde de corvadura mayor muy dentado, con peristaltismo normal y vaciamiento lento, acusando molestias a la presión en ángulo superior del duodeno.

En la radiografía presenta el contorno de la corvadura menor muy dentado y un saliente muy pequeño en la corvadura menor, por encima de donde cruza la ter-

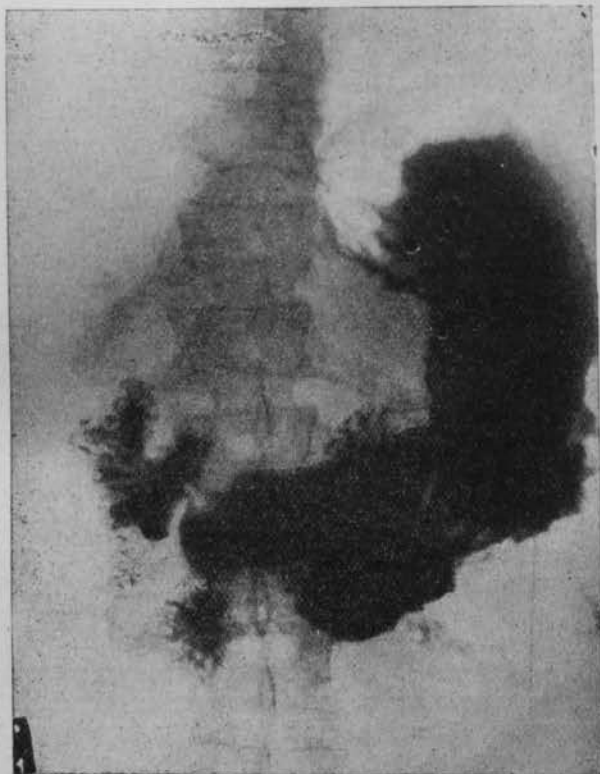


Fig. 1.

cera porción del duodeno. La imagen del bulbo duodenal muy irregular, de tamaño grande, con escasa replección en la zona alta (fig. 1).

Diagnóstico: Úlcera gástrica de corvadura menor.

Tratamiento: Operación el 18 de abril de 1947.

Anestesia general etérea.

Prevía preparación del campo operatorio con éter, alcohol y yodo se practica, en abdomen, una incisión para laparotomía media supraumbilical que abarca todos los planos hasta llegar a la cavidad abdominal.

Se explora el estómago y se aprecia a éste de tamaño normal, algo retorcido sobre su eje longitudinal, palpándose una tumoración a través del omento gastrocólico, redondeada, sesil, del tamaño de un huevo de gallina; corresponde a la parte media de la corvadura menor.

Se decide practicar una amplia resección gástrica so-

bre tejidos sanos. Liberación gástrica de piloro a cardias con sección entre clanes. Ligadura, previa estrangulación, del duodeno e invaginación del muñón con sutura en bolsa de tabaco. Anastómosis gastroyeyunal, a través de un ojal de mesocolon, según la técnica de Reichel-Polya, con asa semilarga, isoperistáltica. Puntos de sutura para la fijación de la boca anastomótica a mesocolon. Cierre de la pared por planos con sutura continua. Ligaduras y suturas con seda. Apósito de Kocher.

En la pieza operatoria (fig. 2) se aprecia una tumoración de aspecto sesil en corvadura menor. En el interior del canal gástrico hace prominencia y se aprecian

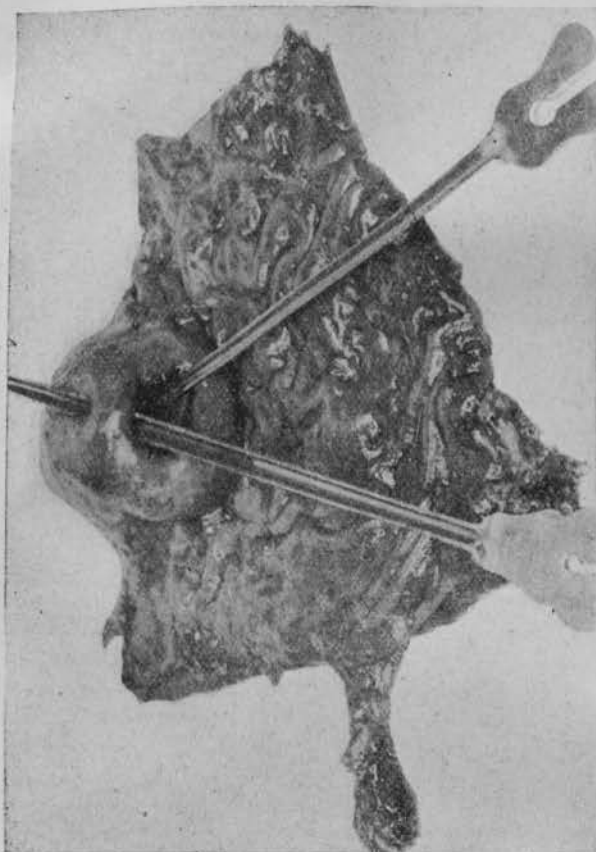


Fig. 2.

dos ulceraciones que se comunican entre sí y sirven de entrada a la cavidad existente dentro de la tumoración, cuyas paredes están ulceradas. Al corte presenta dicha tumoración un aspecto lardáceo, blanquecino, siendo de consistencia blanda.

El estudio microscópico con diferentes aumentos (figuras 3 y 4) de la tumoración, demuestra que está formada por una serie de células, cuyos núcleos, redondeados o fusiformes, están muy separados, estando rodeadas por un retículo precolágeno, sin núcleos, que las une entre sí, formando cintas de compactas filas de núcleos, que a veces se entrelazan o forman remolinos de células.

Diagnóstico anatomopatológico (Dr. Arteta): Schwannoma.

Curso postoperatorio: Durante los tres primeros meses que siguen a la operación, muy bueno. Se encuentra libre de molestias, se alimenta bien y engorda. A partir del mes de agosto de 1947 empieza con diarreas, algunos ardores y vómitos. El día 1 de septiembre tiene una abundante melena. Hace un tratamiento con alcalinos y papaverina. Dolores generalizados en el vientre.

Se le explora el estómago, y previo desayuno de Edwald-Bcas, se obtienen 50 c. c. de jugo gástrico, el cual contiene moco, pero no sangre. Tiene una acidez clorhídrica libre de 2.40.

En análisis de sangre se encuentran 3.080.000 hema-

tíes por milímetro cúbico; hemoglobina, 58 por 100; valor globular de 0.9.

Por radioscopia se aprecia un muñón gástrico pequeño, que vacía con cierta rapidez, sin apreciarse reflujo de aferente; hay dolor a la presión en la boca anastomótica, donde parece existir una erosión.

En la actualidad, al año de operado, padece digestiones pesadas y acideces. Ha adelgazado un poco.

Hasta la fecha se han descrito alrededor de unos 200 casos de schwannomas gástricos, pero cabe la duda de que todos ellos sean verdaderos schwannomas, ya que a estos tumores se les ha denominado impropriamente sarcomas; así, pues, no sería nada de extraño que fuesen sarcomas y no schwannomas muchos de los descritos. Sin embargo, es lógico que esto haya sido así puesto que una de las características de estos tumores es su gran polimorfismo celular.

Estos schwannomas están formados por células planas, estratificadas, redondeadas o fusiformes, con núcleos muy separados y, entre ellos, una delicada sustancia fibrilar, según KOBBSCH esponjosa, sin núcleos, que une entre sí las fibras de núcleos mediante fibras finas. Se originan así anchas cintas con compactas filas de núcleos, dispuestos en forma de empalizada en sentido longitudinal o en forma de falange, que se entrelazan entre sí y que en la sección transversal aparecen en forma de rosetón o de remolinos de células. Cuando varios de estos haces de núcleos se disponen uno al lado del otro, aparece al examen microscópico con débil aumento una imagen estriada por la colocación sucesiva y alternante de los haces de núcleos oscuros con la sustancia intercelular clara. Estas cintas celulares, rosetones o remolinos de células, que no pueden confundirse con los haces triviales del tejido conjuntivo, son las que constituyen el cuadro histológico característico del neurinoma. Esta estructura hizo que se pensara en un origen vascular de estos tumores; pero un estudio detenido del proceso publicado en la Memoria de GOSSET, BERTRAND y LOEWY, ha demostrado que la naturaleza histológica de estos tumores hay que buscarla en el Syncytium schwannico de la fibra de Remark, albergada en las paredes gástricas (COPELLO); de ahí que, como hemos dicho, se les llame neurinomas o schwannomas.

Macroscópicamente pueden adoptar la forma sesil y entonces asientan en el espesor de las paredes del estómago o pueden estar sujetos por un pedículo bien dentro o fuera del estómago. Así como los tumores malignos tienen predilección por los orificios del estómago, el schwannoma asienta de preferencia en las caras de la pequeña corvadura. Los tumores intragástricos se ulceran con facilidad y dan lugar a la formación, en la mucosa, del tumor, de un absceso o de una cavidad. La degeneración maligna es rara y las metástasis son excepcionales.

Se presentan con más frecuencia en las mujeres, aproximadamente en las dos terceras partes, siendo la edad de presentación de los cuarenta a los cincuenta años, aunque se puede pre-

sentar en los viejos, pero no se han descrito casos antes de los veinte años.

No es extraño encontrar, entre los antecedentes familiares de estos enfermos, casos de enfermedad de Recklinghausen u otras manifestaciones de neurofibromatosis.

Desde el punto de vista clínico, estos tumores pasan muchas veces inadvertidos, ya que por su localización, lejos de los orificios del estómago, no es de extrañar que den pocos síntomas. Pero lo corriente es que los enfermos

la tumoración, situada, por lo general, en el epigastrio; el volumen puede variar de el de un puño al de la cabeza de un adulto (BASSO); es lisa, elástica o con fluctuación; a veces es desplazable (BIANCHI). No suele ser dolorosa.

Los rayos X nos pueden dar un diagnóstico de probabilidad. Se puede apreciar una masa lacunar lejos de los orificios, aunque algunas veces, como se sitúan en la parte alta del estómago, es necesario poner al enfermo en posición de Trendelenburg para descubrirlos (HORTOLO-



Fig. 3.



Fig. 4.

presenten un cuadro clínico análogo al de los ulcerosos gástricos: dolor paroxístico, hambre dolorosa a las tres horas de las comidas y, lo más frecuente, hematemesis fulminantes o melenas, que la mayoría de las veces constituyen su primer síntoma (casos de SCHULTZ, RAMSON, RONZONI, LERICHE, etc.).

En otras ocasiones presentan clínicamente un gran parecido con el carcinoma gástrico, sobre todo en su forma intraparietal (casos de BONORINO UDAONDO, MONDOR, ABADIE y ARGAUD, GALLO y POZZO, etc.).

Más rara es su exteriorización por la presencia de un tumor palpable; los schwannomas palpables alcanzan una proporción del 30 por 100, aproximadamente, y la mayoría de ellos son exogástricos, pues en estos casos adquieren un volumen extraordinariamente grande, creciendo hacia la cavidad abdominal los anteriores y los de inserción posterior progresan hacia la cavidad de los epiplones.

Recurriendo a la palpación se suele apreciar

MEI), y, como recomienda LARDENNOIS, se puede emplear la insuflación combinada a la mezcla de contraste. Los tumores extragástricos producen una deformidad de los contornos gástricos, principalmente por presión sobre el sitio de implantación. Los tumores que emergen de la pequeña curvadura rechazan a ésta hacia abajo y a la izquierda, a veces producen torsiones o simulan tumores de órganos vecinos. En muchos casos no se observa alteración alguna (KALJSER). Tiene importancia el estudio del desplazamiento del colon transverso, que por lo general está rechazado hacia abajo (caso de BALABAN) o hacia delante por haberse abierto paso el tumor a través del ligamento gastrocólico (caso de KÖNIG).

El diagnóstico diferencial es difícil: basta recorrer la literatura médica para cerciorarse. La mayoría de las veces el diagnóstico fué hecho después de la operación.

Cuando el tumor asienta en el hipogastrio puede ser diagnosticado de un quiste de ovario,

como les ocurrió a HERMANN, RITTER, CAMES, PALL, etc., ya que son móviles en todos los sentidos.

En otras ocasiones, por tratarse de una tumoración lisa, renitente y móvil por casi toda la cavidad abdominal, se pensó en un riñón flotante. Cuando aparece la tumoración en el lado izquierdo se puede pensar en el bazo (caso de PACK y Mc NEER-GORDON); por el contrario, cuando es en el lado derecho, nos puede hacer pensar en la vesícula. En otras ocasiones, por la falta de datos radiográficos gástricos, intestinales y de pielografía, nos induce a pensar en un tumor retroperitoneal, quiste de páncreas, etcétera.

Su tratamiento es la extirpación quirúrgica de la tumoración junto con su base de implantación. En estos casos es donde tienen una de sus principales indicaciones las resecciones segmentarias del estómago. Sin embargo, debido a las alteraciones que en la mecánica gástrica suelen producir este tipo de resecciones y, sobre todo, a la duda que puede presentarse en el acto operatorio respecto a la malignidad del tumor, lo correcto será hacer, siempre que se pueda, una pilorogastrectomía típica y lo más amplia posible.

COMENTARIO.

Se presenta un caso de schwannoma gástrico, el cual, desde el punto de vista clínico, se caracteriza por el predominio de las hemorragias y la presencia de dolor y ardores gástricos.

Si nos atenemos a lo anteriormente dicho, no es de extrañar que el presente caso fuese a la mesa de operaciones con el diagnóstico probable de úlcera gástrica. Indiscutiblemente, la mayoría de los casos de tumores benignos del estómago se diagnostican mal por ser interpretados erróneamente los exámenes radiológicos. Se observa al consultar en las obras clásicas de radiodiagnóstico la exploración de los tumores benignos del estómago, que son poco fértiles en enseñanzas, ya que se limitan a describir casos personales y las radiografías en ellas reproducidas son poco demostrativas y, sobre todo, no informan del paralelo de estos exámenes con la realidad anatomopatológica observada en la operación o en la autopsia. El presente caso es demostrativo de ello, puesto que se había interpretado la radiografía de modo diferente a la realidad anatómica. Así, en la radiografía se aprecia una imagen gástrica en la que a nivel del corpus, un poco por encima de la incisura angularis, vemos una imagen lacunar con unos pliegues gruesos que dan la sensación de que el estómago está retorcido según su eje longitudinal. A nivel de la porción del sinus la sombra gástrica se hace más densa y se aprecia bien la superposición de una imagen redondeada. Si comparamos esta exploración radiográfica con la exploración operatoria, aclaramos el hecho de que los pliegues gruesos corresponden, efectivamente, a la circunstancia de estar el estó-

mago retorcido por el peso que produce en su curvadura menor la tumoración. Al estar llena la cavidad existente en la tumoración de papilla de bario el peso, como es lógico, se hace mayor, a la vez que produce la sombra densa redondeada que se ve a nivel del sinus. De esta forma interpretamos la radiografía que antes de la operación no fué bien interpretada.

BIBLIOGRAFIA

1. ARBOT, G.; REDÓN, H., y LIRAUD, H.—Arch. Malad. I. App. Dig. et Nutrition, 32, 97, 1934.
2. ARADIE-ARGAUD.—Bull. de l'Assoc. franc. pour l'étude du cancer, 17, 104, 1928.
3. ARECOLI.—Morgagni, 77, 239, 1937.
4. BALABAN, I. V.—Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahl., 49, 513, 1934.
5. BARRAGUE.—Contribution a l'étude des schwannomes gastriques (tesis). París, 1929.
6. BASSO, R.—Il Policlinico, 173, 1933.
7. BIANCHI, A., y PAVLOVSKY, A.—Arch. Argent. del Ap. Digest. y de la Nutric., 29, 1929-1930.
8. BONORINO UBAONDO, C., y BROCHETTO-BRIAND, D.—Prensa Méd. Argent., 22, 1025, 1932.
9. BRODIN, LARDENOIS y TEDESCO, Mme.—Bull. et Mem. Acad. de Chir., 694, 19 mayo 1937.
10. CAMES, O.; CID y RONCONI.—Soc. de Cirug. de Buenos Aires, 20, 22, 1936.
11. GALLO, A. G., y POZZO, J. J.—Rev. de Cirug. de Buenos Aires, 19, 595, 1940.
12. GOSSET, BERTRAND y LOEWY.—Jour. de Chir., 577, 1924.
13. HERMANN, Karl.—Beil. Zblatt. f. Chir., 47, 2784, 1935.
14. KALISER, S.—Fortschr. auf dem Gebiete der Röntgenstrahl., 53, 331, 1936.
15. KONIG, E.—Der Chirurg, 636, agosto 1934.
16. LAPEUNETIER, F.; MARIN, G., y PERIER, E. A.—Jour. de Radiol. e d'Electrol., 25, 3, 1942.
17. LERICHE.—Lyon Chirurgical, 536, 1929.
18. LARDENOIS, G.—Soc. Nat. de Chir. de París, 563, 1928.
19. MONDOR, V. H., y GAUTHIER-VILLARS, P.—Bull. et Mem. de la Soc. Nat. de Chir., 1253, 1934.
20. NEYRAND: Les schwannomes de l'estomac (tesis). París, 1938.
21. PACK, G. T., y McNEER-GORDON.—Ann. Surg., 101, 1206, 1935.
22. PALL, G. V.—Zblatt. fur Gynäk., 112, 700, 1940.
23. RANSOM, H. K., y KAY, B. E.—Ann. Surg., 112, 700, 1940.
24. SCHULTZ, W.—Der Chirurg, 947, 1937.
25. SOLER JULIÁ y BARRERA VOLTOS.—Rev. Esp. Enferm. Ap. Digest. y Nutric., 1, 201, 1935.

EL SÍNDROME DE LA EMINENCIA TERES

R. FRANCO y A. SALVADOR.

Servicio de Policlínica del Hospital Provincial. Profesor:
C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Dentro de las parálisis aisladas de los nervios craneales se presentan en la clínica, como más frecuentes, las del facial y las del motor ocular externo, siendo aquéllas, con mucho, más numerosas.

Ante una parálisis aislada de dichos pares nos enfrentamos siempre, como primer objetivo, con la necesidad, si queremos establecer un pronóstico y una terapéutica correctas, de hacer un diagnóstico etiológico de las mismas. Dentro de la gran diversidad de causas que pueden conducir a dicho cuadro, podemos enumerar como más importantes las siguientes:

a) *Causas toxi-infecciosas.*—Se han descrito como más frecuentes: Sarampión, la difte-