



CARTAS CIENTÍFICAS

Schwannoma pericárdico. La ecoendoscopia como herramienta de apoyo en el estudio de lesiones cardíacas



Pericardial schwannoma. Echoendoscopy as an aid in the study of cardiac lesions

El empleo de la ultrasonografía endoscópica (USE) en el estudio del mediastino nos ha permitido obtener información morfológica detallada de esta área, más allá de la aportada por otras técnicas de imagen como la TC o la RM, con la ventaja además de poder realizar con las medidas de vigilancia adecuadas un diagnóstico anatomopatológico certero cuando se precise¹.

Presentamos el caso de una mujer de 58 años de origen boliviano, sin antecedentes personales de interés, a la que en el contexto de dolor torácico se solicita desde atención primaria una ecocardiografía. Esta revela (sobre todo con el abordaje transesofágico) la presencia de una masa redondeada de aproximadamente 5 × 4 cm de diámetro que ocupa gran parte de la porción posterior de la aurícula izquierda, no vascularizada, y con áreas quísticas o necróticas en su interior. El estudio analítico, que incluyó por las características de la lesión la serología de hidatidosis y cisticercosis, fue normal y estas negativas.

Se completó el estudio de la masa cardíaca con USE mediante sonda lineal que describe una lesión redondeada encapsulada, con un contenido heterogéneo incluyendo áreas sólidas más ecogénicas junto con otras de aspecto quístico, que contienen a su vez capas dispuestas en paralelo y formaciones con apariencia de vesículas. Durante su realización se decide no proceder a la punción de la masa, al no disponer en ese momento de la serología de hidatidosis y cisticercosis, y dado el tamaño de la lesión parecía lógico considerar el abordaje quirúrgico. Como primer diagnóstico se establece el de lesión sólido-quística pericárdica de origen incierto (fig. 1).

Se realizó también una RM cardíaca, que mostró una masa redondeada y bien definida que se sitúa posterior a la aurícula izquierda y anterior a la aorta torácica descendente y el esófago y que ejerce efecto masa sobre estas estructuras (fig. 2).

Con estos hallazgos es intervenida mediante cirugía extracorpórea con resección del tumor pericárdico adherido a aurícula izquierda y la realización de plastia de aurícula izquierda con venas pulmonares. El diagnóstico intraoperatorio es de tumor mesenquimatoso. Finalmente se definió, gracias a la inmunohistoquímica, como schwannoma pericárdico benigno.

Los tumores primarios cardíacos son una entidad muy poco frecuente pero que pueden producir, dependiendo de la localización y de la histología del tumor, síntomas cardiovasculares como dolor torácico, disnea y ortopnea². Los schwannomas son tumores mesenquimatosos neurogénicos benignos que proceden de las células de Schwann que producen las bandas de mielina que van a recubrir a los axones. La inmunohistoquímica nos permite diferenciarlos de otros tumores mesenquimatosos ya que este tipo de tumores son positivos para la proteína S100 y vimentina³. La localización cardíaca o digestiva es excepcional. Gracias a la USE, que permite obtener una imagen ecográfica de hasta 7-10 cm de profundidad a través del tubo digestivo, podemos acceder a las cavidades cardíacas. Aunque en general se considera que debe practicarse punción aspirativa de todas aquellas lesiones en las que el diagnóstico anatomopatológico es importante para decidir la actitud terapéutica, cuando esta va dirigida a una cavidad estéril como es el corazón y por su estrecha relación anatómica con los grandes vasos, parece

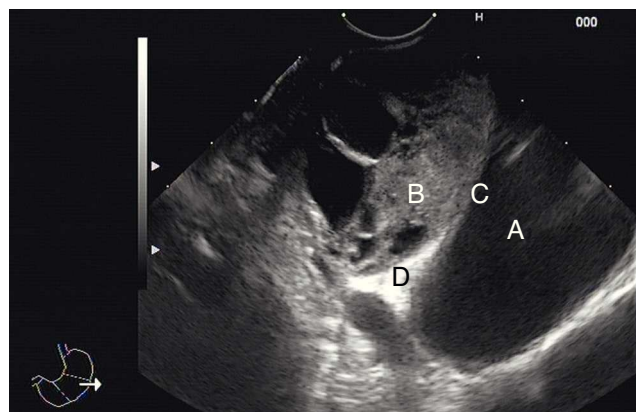


Figura 1 Aspecto endosonográfico de la lesión pericárdica en estudio: A) aurícula izquierda; B) lesión pericárdica; C) pared de la aurícula izquierda, y D) pericardio.



Figura 2 Masa heterogénea, de bordes bien definidos, situada posterior a la aurícula izquierda y anterior a la aorta que ejerce efecto masa sobre dichas estructuras y que indican una localización intrapericárdica.

lógico pensar que esta vía de acceso deba plantearse con la máxima precaución, aunque la experiencia que aporta la literatura médica tanto en experimentación animal como en humanos muestran su utilidad en el abordaje de cavidades cardíacas tanto en la vertiente diagnóstica como en la terapéutica^{4,5}. Hay solo un caso previamente descrito en la literatura médica que aporte las imágenes visualizadas por ecoendoscopia⁶.

Bibliografía

1. Soria MT, Solé M, Pellisé M, Bordas JMA, Ginès A. Ultrasonografía endoscópica intervencionista diagnóstica y terapéutica. *Gastroenterol Hepatol*. 2002;25:467-74.
2. Jassal DS, Légaré JF, Cummings B, Arora RC, Raza A, Crowell R, et al. Primary cardiac ancient schwannoma. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2003;125:733-5.
3. Onoda N, Ishikawa T, Toyokawa T. Adrenal Schwannoma treated with laparoscopic surgery. *JSL*. 2008;12:420-5.
4. López Martín A, Pérez-Paredes M, Esteban P, Latorre R, Soria F, Lima R, et al. Transesophageal access to the cardiac cavities and descending thoracic aorta via echoendoscopy. An experimental study. *Rev Esp Enferm Dig*. 2009;101:601-9.
5. Fritscher-Ravens A, Ganbari A, Mosse CA, Swain P, Koehler P, Patel K. Transesophageal endoscopic ultrasound-guided access to the heart. *Endoscopy*. 2007;39:385-9.
6. Romero-Castro R, Rios-Martin JJ, Gallego-Garcia de Vinuesa P, Castro-Fernandez AJ, Marques-Asin FJ, Caparros-Escudero C, et al. Pericardial tumor diagnosed by EUS-guided FNA. *Gastrointest Endosc*. 2009;69 3 Pt 1:562-3.

Aurelio López-Martín^a, Paloma Bebia-Conesa^{a,*},
Matías Pérez-Paredes^b
y Enrique Pérez-Cuadrado Martínez^a

^a Unidad de Gastroenterología, Hospital Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España

^b Unidad de Cardiología, Hospital Universitario José María Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: palomabebia@gmail.com

(P. Bebia-Conesa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.10.003>

Paniculitis mesentérica como causa de dolor abdominal crónico



Mesenteric panniculitis as a cause of chronic abdominal pain

La paniculitis mesentérica (PM) es una entidad infrecuente caracterizada por la inflamación crónica del tejido adiposo del mesenterio. El dolor abdominal es la manifestación más común y su diagnóstico se basa en la confirmación histológica de los hallazgos indicados previamente mediante pruebas de imagen.

Presentamos el caso de una mujer de 51 años derivada a las consultas de digestivo para estudio por un cuadro de dolor abdominal de 1 año de evolución.

Sin factores de riesgo cardiovascular, entre sus antecedentes destacan los diagnósticos de trastorno de ansiedad, cólicos renales de repetición, apendicectomía y tonsilectomía en la infancia.

El dolor se localizaba en la región mesogástrica y era de intensidad leve-moderada. No mejoraba de forma significativa con analgésicos comunes. Se acompañaba de

sensación de plenitud posprandial, saciedad precoz y un discreto aumento del número habitual de deposiciones sin productos patológicos. No refería fiebre ni síndrome constitucional asociado.

En la exploración física presentaba un abdomen globuloso con leve dolor a la palpación profunda en mesoepigastrio, sin datos de irritación peritoneal.

Analíticamente destacaba un discreto aumento del fibrinógeno, la proteína c reactiva y la velocidad de sedimentación. La ecografía abdominal, un tránsito intestinal baritado y una colonoscopia con ileoscopia no mostraron alteraciones relevantes.

Ante la persistencia de los síntomas sin respuesta a medidas convencionales (analgésicos y antiespasmolíticos) y el aumento de los marcadores analíticos de inflamación, se decidió solicitar una tomografía computarizada (TC) abdominal. Esta evidenció un aumento de densidad y engrosamiento de la grasa intraabdominal compatible con PM (fig. 1).

Frente a estos hallazgos se llevó a cabo una biopsia guiada por TC para confirmar el diagnóstico, y un estudio exhaustivo para descartar otros procesos asociados a esta entidad (neoplasias, enfermedades hematológicas y vasculitis).