

Tumoración perianal que simulaba ser un absceso



Perianal tumour simulating an abscess

El schwannoma es una neoplasia poco frecuente cuya incidencia es de 0,6 casos \times 100.000 habitantes¹. Ha recibido multitud de sinónimos (neurinoma, neurilemoma, fibroblastoma perineural, glioma de nervio periférico,...), lo que ha dificultado su registro en la literatura médica. Fue descrito por primera vez por Verocay en 1910². Masson denominó schwannoma a este tipo de tumores en 1932³ y Stout en 1935 acuñó el término de neurilemoma para referirse a la misma lesión⁴.

Presentamos el caso de un paciente de 36 años, que acude a urgencias por una tumoración glútea derecha dolorosa, que refería ser de una semana de evolución. No presentaba claros signos infecciosos y los análisis eran anodinos. Se realizó ecografía en la consulta en la que se observaba una tumoración glútea de contenido heterogéneo, de aproximadamente 5 cm (fig. 1). La sospecha ecográfica era de colección perianal (probable absceso), por lo que a pesar de la discordancia entre la clínica y la imagen, se decidió realizar una exploración anal bajo anestesia de forma urgente.

La masa se puncionó en quirófano en varias zonas, sin obtener contenido purulento. La anoscopia no revelaba abombamientos a nivel del canal anal. Se procedió a la apertura cutánea a nivel perianal-glúteo, mediante una incisión longitudinal sobre la masa. Se evidenció una tumoración gelatinosa ovoide, no concordante con la sospecha inicial de absceso perianal. El tamaño aproximado era 10 \times 5 cm, de consistencia elástica, y superficie lisa y brillante (fig. 2). Se disecaba con facilidad y se pudo extirpar en bloque sin problemas, encontrándose alejada del plano esfinteriano. El paciente fue dado de alta a las 48 h, dada su buena evolución. No hubo recidivas.

La anatomía patológica de la pieza fue un tumor benigno de nervio periférico (schwannoma, neurilemoma), con marcador S100 positivo. El resto de marcadores utilizados fueron negativos: c-kit, CD34, EMA, actinas y desmina. La familia de proteínas S100 se utilizan fundamentalmente como marcadores tumorales, pues se ha visto que existe

una marcada disregulación de proteínas S100 en diversos tumores, como cáncer de mama, melanomas o de sistema nervioso. Estas proteínas se asocian a progresión tumoral^{4,5}.

Los schwannomas constituyen un tipo de neoplasias benignas de la vaina neural originadas a partir de las células de Schwann, y que carecen de fibras axonales. En la mayoría de los casos se desarrollan a expensas de nervios craneales (especialmente el vestibular) o de raíces posteriores de nervios espinales. Afectan por igual a ambos sexos, y suelen aparecer en la edad adulta (30-50 años). Son tumores encapsulados que generan síntomas compresivos al expandirse de manera intra y extrarraquídea. No son invasivos y rara vez malignizan. La localización cutánea y visceral de los schwannomas es excepcional. Los schwannomas cutáneos solitarios suelen aparecer en la hipodermis, en el trayecto de un nervio periférico. Son tumoraciones de crecimiento lento, poco sintomáticas, aunque a veces pueden generar dolor y parestesias cuando se les comprime⁶. Se localizan generalmente en la región latero-cervical o en las flexuras de las extremidades, siendo de mayor incidencia en los miembros superiores respecto a los inferiores, con una relación de 2:1⁷. Algunos síndromes, como la neurofibromatosis tipo 1, se caracterizan por la aparición de múltiples schwannomas cutáneos, fenómeno conocido como «schwannomatosis» o «neurilemomatosis».

El schwannoma es una tumoración encapsulada por una vaina de perineuro que debe diferenciarse de otras neoplasias de la vaina neural, en especial del neurofibroma, no encapsulado y con componente mucoide. El diagnóstico se sospecha por la apariencia típica en la resonancia magnética y se confirma por estudio histológico e inmunohistoquímico. La PAAF de estas lesiones no suele aportar certeza diagnóstica por el pleomorfismo celular propio de estos tumores que en ocasiones puede confundir al patólogo⁸.

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica completa con preservación de fascículos nerviosos. Está



Figura 1 La ecografía muestra una lesión de aspecto heterogéneo.



Figura 2 Tumoración encapsulada de consistencia elástica.

indicada cuando ocasione molestias o problemas estéticos⁶. Son tumores de buen pronóstico, ya que la transformación maligna es excepcional, inferior al 0,001% en los schwannomas aislados. En la mayoría de los casos, el componente maligno exhibe una morfología epiteloide⁹. En la neurofibromatosis tipo 1 la tasa de malignización asciende al 18%¹⁰.

Bibliografía

- Gorgan M, Sandu AM, Bucur N, Neacsu A, Pruna V, Voina A, et al. Sciatic nerve schwannoma-case report. *Romanian Neurosurgery*. 2009;15:27–31.
- Verocay J. Zur kenntnis der Neurofibrome. *Beitr Pathol Anat Allg Pathol*. 1910;48:1–5.
- Masson AP. Experimental and spontaneous schwannomas (peripheral gliomas): Part I. *Am J Pathol*. 1932;8:367–70.
- Stout AP. The peripheral manifestations of the specific nerve sheath tumor (neurilemmoma). *Am J Cancer*. 1935;24:51–5.
- Ortiz-Muñoz B, Menéndez-López A, Yayá-Tur R, Arribas-Alpuente L, Maíquez Richart J, Bordes-Monmeneu M. Proteína S100 en tumores del sistema nervioso central. *Rev Neurol*. 2003;36:1011–5.
- Rodríguez Acar M, Alcalá Pérez D, González González M, Novales Santa Coloma J, Flores Castellanos M, de Alba Alcántara L, et al. Tumores cutáneos de origen neural. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2012;21:109–15.
- Enríquez Merino J, Villaseñor Camacho P, Ramos Garibay A. Neurilemoma: comunicación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2007;16:89–92.
- Requena Caballero L, Herrera Ceballos E, Moreno Carazo A, Rodríguez Peralto JL. *Dermopatología: Correlación clínico-patológica*. Badalona: Grupo Menarini. 2013.
- Barrera M, Spelta G, Moya J, Gavazza S, Barbarulo A, Fontana MI, et al. Schwannoma. A propósito de un caso. *Arch Argent Dermatol*. 2008;58:153–6.
- Traistaru R, Enachescu V, Manuc D, Gruia C, Ghilusi M. Multiple right schwannoma. *Rom J Morphol Embryol*. 2008;49:235–9.

Daniel González Plo*, Arturo García Pavía,
Carmen Lucero León Gámez,
Alberto Pueyo Rabanal
y Víctor Sánchez Turrión

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: danigonalezplo@gmail.com
(D. González Plo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.05.001>
0210-5705/

© 2016 Elsevier España, S.L.U., AEEH y AEG. Todos los derechos reservados.

Diverticulosis yeyunal: una causa rara de obstrucción intestinal



Jejunal diverticulosis: A rare cause of intestinal obstruction

Los divertículos de yeyuno e íleon ocupan, junto con los de estómago, el último lugar en frecuencia de los divertículos digestivos, constituyendo, aproximadamente el 0,9-1% de toda la enfermedad diverticular. Se presentan, principalmente, en adultos mayores y, normalmente, no se sospecha entre los diagnósticos diferenciales del dolor abdominal, lo cual hace que se retarde el manejo adecuado.

Clínicamente suelen ser asintomáticos o bien presentan una sintomatología inespecífica. En ocasiones surgen complicaciones agudas, como perforación, hemorragia y obstrucción intestinal, que suelen precisar tratamiento quirúrgico urgente.

Presentamos el caso de un paciente varón de 86 años, con antecedentes personales de resección transuretral por carcinoma vesical en 2013 y colecistectomía, que consultó por presentar durante el último mes dolor abdominal de tipo cólico, localizado en vacío derecho, que en las últimas 24 h había empeorado y se acompañaba de vómitos. En la exploración física presentaba mal estado general, con taquicardia y tendencia a la hipotensión. El abdomen estaba distendido, doloroso a la palpación en vacío derecho, con defensa voluntaria y signos de irritación peritoneal.

En la radiografía de abdomen se podían observar asas de intestino delgado con algún nivel hidroaéreo (fig. 1A). La analítica presentaba leucocitosis con desviación izquierda. Dado el contexto clínico del paciente (edad avanzada y deterioro del estado general) se solicitó una tomografía computarizada abdominal urgente para completar el diagnóstico, ante la posible necesidad de intervención quirúrgica, que informó de distensión de asas de intestino delgado, sin poder identificar la causa obstructiva (fig. 1B).

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal fue intervenido hallando un vólvulo de intestino delgado secundario a una brida, que afectaba a un segmento de yeyuno con múltiples divertículos de gran tamaño y signos de isquemia (fig. 2). Se realizó resección del segmento afecto y anastomosis. No presentaba divertículos en otras localizaciones.

Durante el postoperatorio desarrolló un edema agudo de pulmón, siendo exitus al 3.º día del postoperatorio.

La enfermedad diverticular del yeyuno e íleon, si excluimos el divertículo de Meckel, es una enfermedad infrecuente y habitualmente asintomática. Puede presentarse tanto de forma crónica como aguda, lo cual hace difícil el adecuado diagnóstico. Además, por su desconocimiento, rara vez es considerada como parte del diagnóstico diferencial de enfermedades digestivas. Las primeras descripciones de la diverticulosis yeyunal fueron hechas por Sommervit en 1794, Voigtel en 1804 y Sir Astley Cooper en 1807¹. Desde esa fecha se han publicado varios artículos describiendo complicaciones clínicas de esta enfermedad.