

Cartas al Director

Manifestación atípica de una lesión infrecuente: vídeo y ecoendoscopia de un schwannoma gástrico

Palabras clave: Schwannoma gástrico. Hemorragia digestiva alta. Tumores estromales.

Key words: Gastric schwannoma. Upper gastrointestinal bleeding. Stromal tumors.

Sr. Director:

Las enfermedades ácido pépticas y las varices esofágicas en los cirróticos son las causas más frecuentes de hemorragia digestiva alta (HDA) en el mundo desarrollado. Sin embargo hay otras lesiones menos frecuentes como malformaciones vasculares, ectasias o angiodisplasias, neoformaciones y tumores submucosos que pueden desencadenar un cuadro de HDA. Presentamos el caso de un tumor submucoso gástrico infrecuente que debutó como una hemorragia digestiva.

Caso clínico

Paciente de 67 años de edad, hipertensa sin antecedentes de úlcus gastroduodenal, ni ingesta de fármacos gastrolesivos, que consultó en área de urgencias por melenas y cansancio progresivo de unas dos semanas de evolución. En la analítica destacaba la presencia de unas cifras de Hb de 9,8, con palidez a la exploración física, normotensa y aceptable estado general con tacto rectal negativo.

Se le practicó una endoscopia alta en donde se evidenció una lesión submucosa en fundus gástrico de gran tamaño excavada en su centro por una ulceración de fondo fibrinoso sin signos de sangrado activo actual ni reciente (Fig. 1a). Se interpretó como

lesión submucosa gástrica ulcerada muy probablemente leiomiomatosa responsable del sangrado digestivo.

Se le aplicó una ecoendoscopia que confirmó la naturaleza submucosa de dicha lesión, dependiente de la cuarta capa de la pared gástrica (muscularis propia), hipoecogénica, homogénea, con bordes delimitados y de 4,6 x 3,4 cm de diámetro máximo. Su borde en la cara de la luz gástrica presentaba una excavación secundaria a una úlcera de unos 2 cm de tamaño (Fig. 1b). No se observaron adenopatías perilesionales ni en tronco celiaco. Se hizo el diagnóstico ecoendoscópico de tumor gástrico submucoso estromal (tumor GIST) de probable estirpe muscular.

Con dicho diagnóstico y debido a los criterios ecoendoscópicos de tamaño (mayor de 4 cm) y complicación hemorrágica se sometió a tratamiento quirúrgico electivo mediante la resección y enucleación de la lesión.

El estudio histológico de la pieza reseçada dio como resultado un schwannoma gástrico.

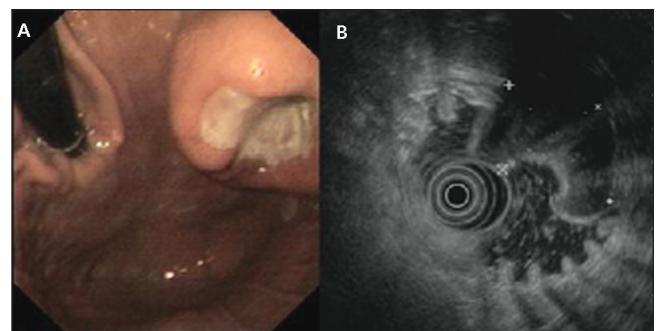


Fig. 1.

Discusión

El schwannoma es un tumor submucoso infrecuente de origen neural (1). Desde el punto de vista de la ecoendoscopia es una lesión que depende de la muscular propia o cuarta capa de la pared gástrica.

Toda lesión que dependa de dicha capa y sea homogénea e hipocogénica ha de ser considerada inicialmente por ecoendoscopia como un tumor del estroma y lo más frecuente es que sea de extirpe muscular o leiomioma (2). En el caso que nos ocupa se trata de un tumor estromal infrecuente en donde la línea totipotencial ha derivado en una tumoración neural tipo *schwannoma*. La terminología actual hace que hablemos de tumores estromales o tumores del estroma o GIST (*gastrointestinal stromal tumor*) para definir a aquellos tumores con origen en una célula mesenquimal, o intersticial de Cajal, la cual, por su propiedad pluripotencial, se diferencia en neural, muscular o de extirpe indeterminada que son los propiamente denominados GIST o estromales, también llamados GIPAC (*pacemaker gastrointestinal tumor*). De ahí que se prefiera abandonar la nomenclatura clásica de leiomiomas, leiomioblastomas, leiomiomasarcomas, etc. por hacer referencia sólo a un origen de células de músculo liso (3).

El *schwannoma* gástrico se caracteriza histológicamente por presentar negatividad inmunohistoquímica a c-kit, un marcador distintivo de tumor del estroma, y positividad S-100 (4). La ecoendoscopia no es capaz de diferenciarlo de un leiomioma ni de otro tumor estromal.

La mayoría de los tumores estromales en general son benignos, y no existe ningún criterio citológico por el que los patólogos consensúen su degeneración maligna, por tanto la utilidad de su punción mediante ecoendoscopia está en tela de juicio y en general no se aconseja (5). Existen hallazgos ultrasonoendoscópicos como irregularidad en el borde extraluminal, presencia de áreas quísticas, focos hiperecogénicos y tamaño superior a 4 cm que se utilizan con gran fiabilidad para el diagnóstico de malignidad (6).

La mayoría de los tumores submucosos son asintomáticos y

se descubren de forma casual en el curso de una endoscopia convencional indicada por otros motivos.

La complicación hemorrágica como nuestro caso es rara y obliga a tratamiento quirúrgico mediante la resección del tumor mediante laparotomía clásica o laparoscópica.

J. J. Martínez Crespo, J. J. Vicente, B. García Pérez, M. Pérez Guillermo¹ y R. González Costea²

Sección de Aparato Digestivo. ¹Servicio de Anatomía Patológica. ²Servicio de Cirugía General. Hospital Santa María del Rosell. Cartagena, Murcia

Bibliografía

1. Melvin WS, Wilkinson MG. Gastric schwannoma. Clinical and pathologic considerations. *Am Surg* 1993; 59: 253.
2. Boyce GA, Sivak MV, Rösch T, Classen M, Fleischer DE, Worth Boyce H, et al. Evaluation of submucosal upper gastrointestinal tract lesions by endoscopic ultrasound. *Gastrointestinal Endoscopy* 1991; 37: 449-54.
3. Seidal T, Edvardsson H. Expression of c-kit (CDI 17) and Ki67 provides information about the possible cell of origin and clinical course of gastrointestinal stromal tumors. *Histopathology* 1999; 34: 416-24.
4. Ando N, Got H, Niwa Y, Hirroka Y, Ohmiya N, Nagasaka T, et al. The diagnosis of GI stromal tumors with EUS-guided fine needle aspiration with immunohistochemical analysis. *Gastrointestinal Endoscopy* 2002; 55: 37-43.
5. Giovanini M, Seitz JF, Monges G, Perrier H, Rabbia I. Fine needle aspiration cytology guided by endoscopic ultrasonography: results in 141 patients. *Endoscopy* 1995; 27: 171-7.
6. Chak A, Canto MI, Rösch t, Dittler HK, Hawes R, Tio TL, et al. Endosonographic differentiation of benign and malignant stromal cell tumors. *Gastrointestinal Endoscopy* 1997; 45: 468-73.