

SCHWANNOMA RETROPERITONEAL

Dres. ALBERTO E. GARCIA *, JUAN JOSE SOLARI, ALBERTO MUZIO
 y JOSE M. MONSERRAT

Esta comunicación tiene por objeto presentar una variedad poco frecuente de tumor retroperitoneal, el Schwannoma o lemnocitoma, haciendo especial referencia a la modalidad evolutiva que siguió en el caso observado.

Los tumores retroperitoneales comprenden una gran variedad de tipos anatomopatológicos, cada uno de ellos con una distinta frecuencia de aparición y una distinta manera de evolucionar.

Uno de estos grupos es el de los denominados tumores de origen neurogénico, los que abarcan una serie de neoformaciones de distinta génesis, que por el hecho de ser discutida ha dado lugar a la enunciación de diversas clasificaciones; con la consiguiente confusión para el que debe enfrentarse con ellas. Sólo mencionaremos, por su importancia, a la de Patel y Tubiana y la de Del Río Ortega.

Formando parte de este grupo, están las neoplasias originadas en elementos del sistema nervioso periférico, las que a su vez se dividen en dos variedades, a saber:

- a) Los tumores originados en los elementos mesenquimáticos, o sea tumores fibroblásticos semejantes a los del resto del organismo.
- b) Los tumores originados en las estructuras ectodérmicas de los nervios o tumores gliales que para Del Río Ortega pueden ser:
 - 1) Indiferenciados = lemnoblastoma o lemnoblasto-epitelioma, lemnocitoma, schwannoma o neurinoma.
 - 2) Diferenciados = lemnocitofibroma o neurofibroma de Recklinghausen.
 lemnocitoma terminal o neuronevus de Mason.

El representante fundamental de este último grupo es el schwannoma o lemnocitoma, que fuera descripto por primera vez por Verocay como neurinoma por creerlo posible generador de fibras nerviosas. Mason fue el primero en denominarlo schwannoma y Stout neurilenoma.

Pío Del Río Ortega lo consideró también de origen ectodérmico y utilizó la denominación de lemnocitoma, poco conocida fuera de los países hispanos como lo pudimos comprobar al efectuar la revisión bibliográfica.

El mismo estableció en sus trabajos que los elementos de las envolturas nerviosas se originan en una célula pluripotente, el lemnoblasto primitivo, a partir del cual se produce el lemnocito de las fibras mielínicas o células de Schwann, el de las fibras amielínicas o célula de Remak y los que se encuentran en las terminaciones sensoriales o gliocitos terminales.

La teoría del origen ectodérmico de estas neoplasias ha sido confirmada mediante los trabajos que con cultivos de células de schwannomas realizaron Murray y Stout.

* Paraguay 1852 - Capital.

No son muchos los casos de lemnocitomas retroperitoneales que hemos encontrado en la literatura, como tampoco lo son todos los demás tumores nerviosos periféricos de esta región.

Stout reúne 6 casos, todos malignos; Ackerman, 1 caso maligno; Carpenter, 17, siendo 4 malignos; Mahev, 1 caso maligno; Nusdeo, 1 caso.

Si bien en los distintos trabajos examinados es escasa la referencia acerca de la evolución hacia la malignidad de schwannomas inicialmente benignos, se admite tal posibilidad, reconociéndose al mismo tiempo que se trata de casos de larga evolución.

Los tumores de origen schwannico se caracterizan macroscópicamente por constituir masas de tejido frecuentemente lobuladas muy blandas al tacto y que al corte presentan una superficie gelatinosa, brillante, blanquecina, siendo frecuente encontrar áreas de necrosis con o sin formación de pseudoquistes y focos hemorrágicos antiguos y recientes.

Esta tumoración crece por expansión pero sin constituir, en general, un plano de clivaje neto, por lo que la extirpación total es dificultosa y a veces imposible, lo que explica las frecuentes recidivas.

Microscópicamente, en cortes coloreados con técnicas clásicas, se aprecia la presencia de células de núcleos ovales o redondeados; ligeramente vesiculosos y regulares, siendo muy raras las mitosis. El citoplasma es escasamente visible pero en algunos casos se observan ligeras ramificaciones del mismo.

El estroma intercelular es sumamente laxo, sin estructuras y está surcado por arteriolas aisladas y algunos capilares. Esta pobre irrigación explica la frecuencia de focos necróticos y hemorrágicos.

Con impregnaciones argénticas según la técnica de Del Rio Ortega, se aprecia con todo detalle la estructura celular, comprobándose la existencia de finas y largas ramificaciones citoplasmáticas que frecuentemente se anastomosan con las vecinas.

Los cambios malignos son poco evidentes, macroscópicamente es muy difícil el diagnóstico dada la carencia en ambos casos de plano de clivaje.

Microscópicamente los signos de malignidad tampoco son evidentes, se los puede encontrar aislados y confundidos con el resto de la masa tumoral de aspecto benigno. Por este motivo al estudiar estos tumores es necesario examinar un gran número de cortes de distintos sectores de la pieza.

Los signos de malignidad consisten en una moderada desigualdad en la forma y tamaño de los núcleos, la presencia de algunos de ellos hiper cromáticos y atípicos, la mayor abundancia de mitosis y la desorganización celular. Es excepcional encontrar mitosis atípicas.

El caso presentado por nosotros es el siguiente:

J. M. V., 72 años, español, casado, agricultor: Antecedentes familiares y personales sin importancia.

Enfermedad actual: En el mes de marzo de 1965 concurre a visitar a su médico por presentar vagos dolores en el hipogastrio, que atribuye a la presencia de una hernia ing. derecha. Al ser examinado por el médico, éste comprueba la existencia de una tumoración en hemiabdomen derecho por lo que envía al enfermo a este Servicio para su estudio.

Examen clínico: Buen estado general.

En hemiabdomen derecho se comprueba la existencia de una tumoración que se extiende desde hipocondrio a fosa iliaca derecha, de consistencia dura, superficie irregular, algo desplazable e indolora.

Análisis: Eritrosedimentación 1ª hora 119 mm., resto s.p.

Exámenes radiológicos: La urografía excretora revela la presencia de una tumoración que ocupa prácticamente el hemiabdomen derecho, borramiento del

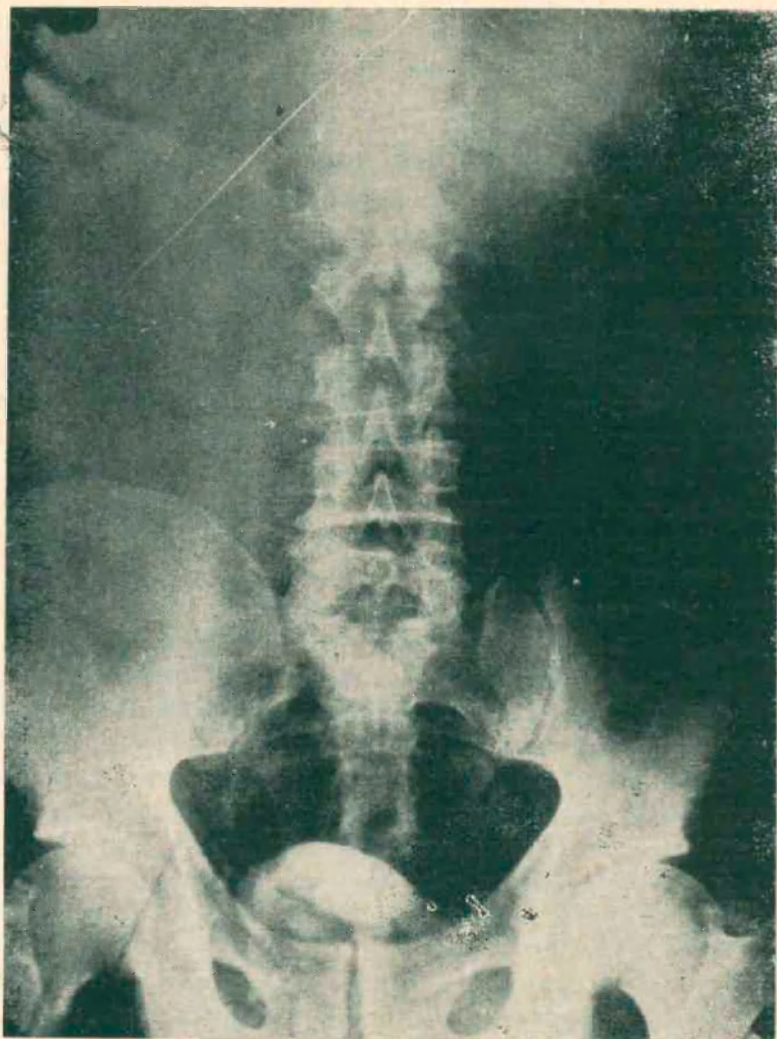


Figura 1

psoas y desplazamiento del riñón derecho hacia arriba y adentro. El colon por enema revela el rechazo del hemicolon derecho hacia el lado izquierdo. El retroneumoperitoneo muestra total falta de entrada de aire en todo el espacio retroperitoneal derecho y hasta el borde izquierdo de la columna (figs. 1, 2 y 3).

Tratamiento: Con el diagnóstico de tumor retroperitoneal se interviene el 26/4/1965. Lumbotomía derecha ampliada con sección del recto anterior derecho. Abierta la pared se comprueba la existencia de un gran tumor que rechaza la bolsa peritoneal hacia el lado izquierdo y al riñón derecho con su perinefrio hacia arriba sin comprometerlo. El tumor se va enucleando fácilmente, desprendiéndose como en grandes "gajos", sin que se encuentren verdaderos pediculos vasculares ni adherencias a otros órganos. Una abertura del peritoneo se cierra de inmediato. Drenaje por contrabertura. Cierre por planos.

Anatomía Patológica (N° 32.894): Lemnositoma retroperitoneal con focos de necrosis. No se observan signos de malignidad.

Peso 2 ks. 200 grs. (fig. 4).

Evolución: Buena, sólo alterada por una dermatitis originada por el anti-séptico cutáneo usado. Rx. de colon por enema un mes después de operado muestra al intestino en situación normal (fig. 5).

Reingresa en marzo de 1966.

Presenta una tumoración semejante a la anteriormente descrita.



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6



Figura 7

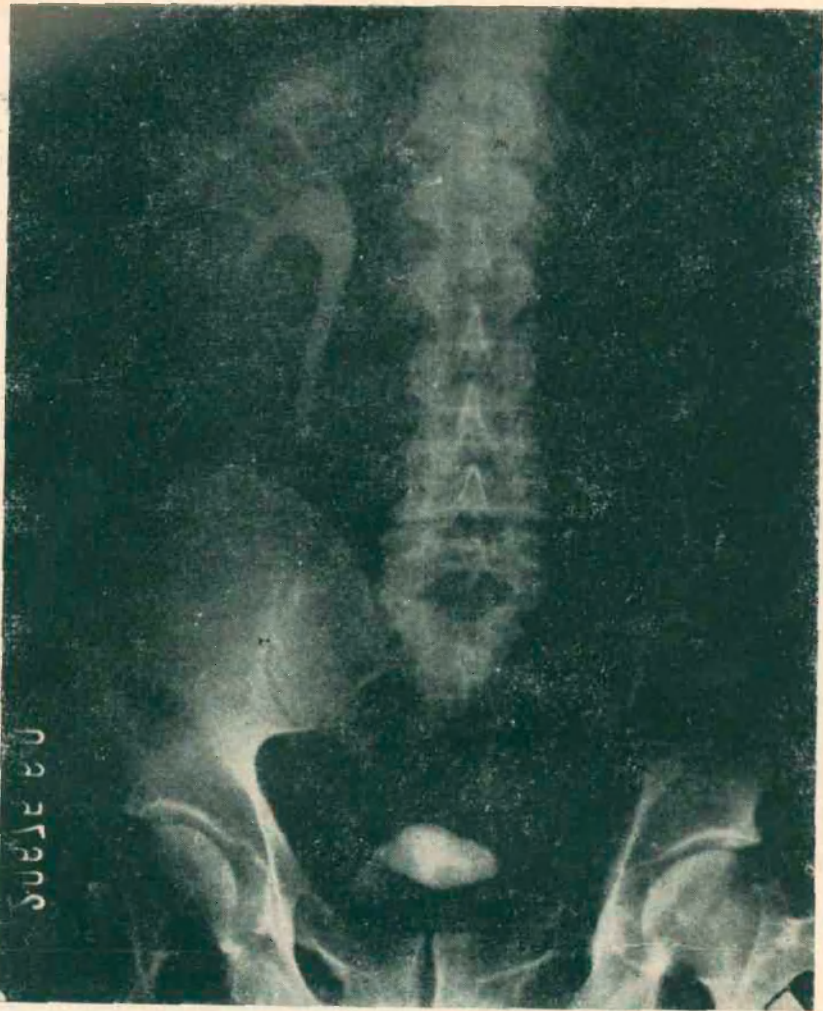


Figura 8

Análisis: Eritrosedimentación 1ª hora 120 mm., resto s.p.

Exámenes radiológicos: La urografía excretora es semejante a la anterior, muestra la tumoración, el borramiento del psoas derecho y el desplazamiento del riñón derecho arriba y adentro. El colon por enema muestra al ángulo hepático rechazado hacia abajo y adentro (figs. 6 y 7).

Tratamiento: Lumbotomía ampliada que permite extirpar fácilmente un tumor de 2 ks. de peso de iguales características que el anterior. El informe histopatológico es semejante.

En el postoperatorio se efectúa telecobaltoterapia en campos anterior, lateral y posterior, con un total de 4.500 R.

Evolución normal durante dos años.

Reingresa en octubre de 1968.

Presenta una gran masa tumoral que ocupa todo el hemiabdomen derecho, móvil, lobulada, indolora, dura. El estado general del enfermo está algo desmejorado, ha tenido algunos episodios de constipación pertinaz.

Análisis: Glóbulos rojos, 3.900.000 por cc. Eritrosedimentación, 122 mm. primera hora.

Estudios radiológicos: La urografía excretora muestra que la tumoración ha rechazado hacia arriba y sobre el psoas al riñón derecho, hay un marcado



Figura 9

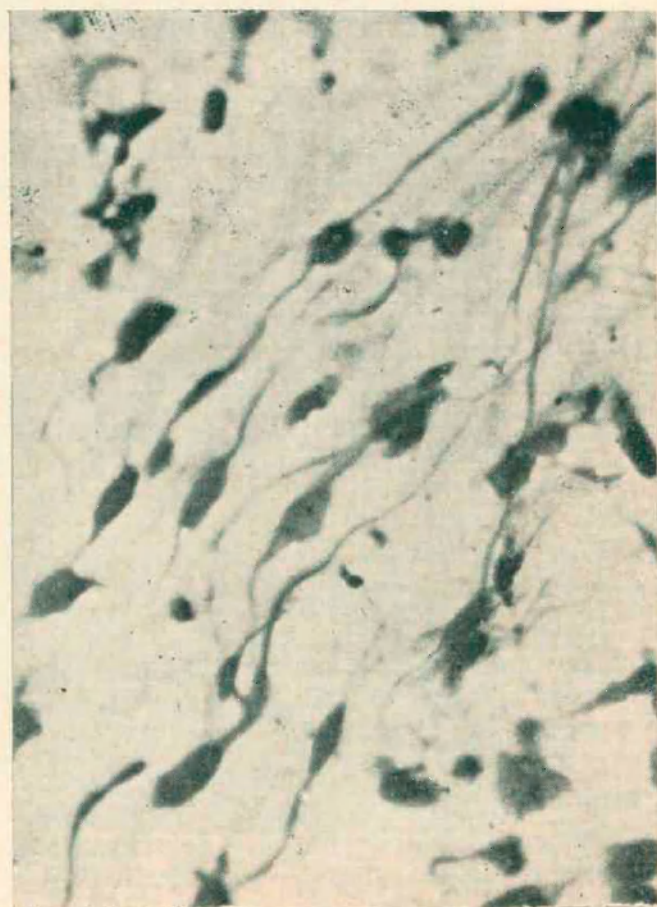


Figura 10



Figura 11

grado de ectasia que llega al tercio medio del uréter. El colon por enema muestra el rechazo del ángulo hepático que está comprimido y afinado por el tumor (figs. 8 y 9).

Tratamiento: Laparotomía paramediana transrectal derecha, se abre peritoneo comprobándose la existencia de una tumoración móvil, del tamaño de un melón, fija a epiplón y que se reseca. Se moviliza peritoneo parietal posterior para llegar al tumor retroperitoneal, que es enucleado igual que en anteriores ocasiones.

Anatomía patológica: Peso 2 ks. Lemnocitoma maligno o schwannoma maligno (figs. 10, 11 y 12).

Postoperatorio normal, por el drenaje se instila 1 ampolla diaria de Endoxan 100 mgs. durante 10 días.

Evolución hasta el momento actual sin novedad. Se efectuó un Rx. de colon por enema donde se observa que el intestino ocupa su lugar normal, si bien sobre el borde externo del colon ascendente hay una imagen sospechosa de comprensión (fig. 13).

Comentarios:

Hemos presentado un caso de schwannoma retroperitoneal, tumor poco frecuente de origen neurogénico. Observamos la escasa sintomatología que lo



Figura 12



Figura 13

acompañó, pese al gran tamaño alcanzado, y la tendencia a la recidiva pese al tratamiento quirúrgico y a las radiaciones que no impidieron su evolución a la malignidad.

Se observó en la última intervención la aparición de una masa tumoral intraperitoneal con los mismos caracteres histológicos que el tumor primitivo.

BIBLIOGRAFIA

- Carpenter W., Kernohan J.*: Retroperitoneal ganglioneuromas and neurofibromas, *Cancer* 16: 788, 1963.
- Del Río Ortega P.*: A propósito de la estructura de los neurinomas. *Arch. Soc. Arg. Histología Normal y Pat.* 4: 14, 1942.
- Maher E., Goodman M.*: Retroperitoneal malignant Schwannoma and Chylous effusions. *Arch. Int. Med.* 118: 168, 1966.
- Michans J.*: Tumores retroperitoneales. 24 Cong. Arg. de Cirugía, pág. 1, 1953.
- Murray M., Stout A.*: Sympathetic ganglioneuroma cultivated in vitro, *Cancer* 1: 242, 1948.
- Nusdeo O.*: Neurinoma gigante retroperitoneal. *Bol. Soc. Arg. Cir.* N° XVII, 1956.
- Polack M.*: Anatomía Patológica y clasificación de los tumores de los nervios periféricos. *Arch. de Hist. Normal y Pat.* IV, fasc. II, 192, 1950.
- Stout A.*: The malignant tumors of the peripheral nerves. *Am. J. Cancer* 25: 1, 1935.
- Patel J., Tubiana R.*: Tum. retroperiton. *Ann. d'Anat. Path.* 17: 329, 1947.

DISCUSION

Dr. Hereñú. — Este caso es muy interesante.

Quiero contribuir a la casuística. En un trabajo de adscripción presentado a la Facultad de Medicina, donde quedan archivados sin dársele difusión alguna, tuvimos oportunidad de revisar la casuística de tumores retroperitoneales. Encontramos un trabajo de los Dres. Trabucco y Bottini, presentado en 1946 a esta Sociedad; otro de los Dres. Allende y Arteaga, publicado en la Revista de la Academia Nacional de Medicina en 1952; dos casos del doctor Mauricio Firstater, presentados al Congreso celebrado en Rosario en 1960 y aportamos uno nuestro, en el año 1964.

El caso presentado por los comunicantes es muy similar al nuestro. Se trataba de un schwannoma maligno que fue tratado en el servicio de cirugía general del Hospital Ferroviario, donde actuábamos entonces. Era un hombre de 40 años, con un gran tumor retroperitoneal, con una historia quirúrgica previa, que se había interpretado mal como un trastorno gastroduodenal. A raíz de una eventración fue intervenido y se halló un tumor retroperitoneal, cuya existencia no se sospechaba.

Le hicimos un estudio urográfico que puso de relieve una masa grande ubicada en el lado izquierdo.

Con una orientación más precisa, lo intervenimos junto con el doctor Vepo. Abordamos el tumor que se consideró irreseccable por su ubicación, se le practicó una biopsia y demostró ser un tumor similar al que presentan los autores de esta comunicación.

Se le administró una dosis importante de radioterapia profunda, con lo que el tumor disminuyó de tamaño, que con el doctor Vepo operamos y resecamos.

A los pocos meses, el tumor recidivó y falleció por metástasis.

Dr. Solari. — Agradezco el aporte del doctor Hereñú.

No sé si estoy equivocado, pero creo haber leído los trabajos de los doctores Trabucco y Bottini y de Allende y Arteaga y no sé si se trataba de un schwannoma o de un ganglioneuroma.

Dr. Hereñú. — Los tengo fichados como schwannomas. El nuestro, que no lo puede encontrar en ninguna parte, era un schwannoma idéntico.

**Un aporte para una
mayor esperanza...**

**más sobrevida en
mejores condiciones**



**NUEVO ESTROGENO DE
SINTESIS DE ACCION SOSTENIDA
Y PROLONGADA
ACTIVO POR VIA ORAL**

que por sus propiedades
muy particulares significa un
gran avance como medicación en el

**CARCINOMA DE
PROSTATA**

HORMONISENE

Clorotrianisene

Disperit

Ituzaingó 1010 Buenos Aires