

Schwannoma vaginal: caso clínico y revisión de la literatura

Schwannoma vaginal: Case Report and Literature Review

Gustavo Fonseca dos Santos,¹ Vanessa Vianna de Carvalho Barbosa,¹ André Luiz Farinhas Tomé,²
Woite Antônio Bertoni Meloni,² Ricardo Alberto Aun,² Fábio Atz Guino²

1: Residente de Urología del Hospital Ana Costa, Santos/SP, Brasil.

2: Asistente del Servicio de Urología del Hospital Ana Costa, Santos/SP, Brasil.

Servicio de Urología del Hospital Ana Costa, San Pablo, Brasil.

INTRODUCCIÓN

Los Schwannomas son tumores benignos de la vaina perineural de los nervios periféricos (células Schwann). Son tumores con bordes bien definidos y no se infiltran ni metestatan, con pocas posibilidades de neoplasia maligna (neurofibrosarcoma).^{1,2}

El sitio más común donde se encuentran es la región de la cabeza y el cuello, entre el 25-35% de los casos, y puede llegar al 45%, y 3-4% son hallazgos incidentales en la autopsia. Otros sitios que se pueden encontrar son la lengua, el estómago (siendo uno de los sitios más comunes), colon, rodilla y pene, siendo muy rara localización en el tracto genital. Se cree que los Schwannomas vaginales se originan en las ramas del plexo del nervio hipogástrico inferior y los nervios de pudendos.^{1,2}

Los síntomas clínicos difieren según la ubicación del tumor, así como su tamaño, y generalmente se presentan síntomas atípicos. La extirpación quirúrgica total del tumor se considera el tratamiento de elección para la mayoría de este tipo de tumor, debido a su naturaleza encapsulada.^{1,2}

El objetivo de este trabajo es comunicar un caso raro de Schwannoma vaginal con diagnóstico incidental en el examen de control postoperatorio, en un paciente sometido a una gastrectomía casi total debido al adenocarcinoma en células del anillo sinete, sin necesidad de tratamiento adyuvante y llevar a cabo una revisión bibliográfica.

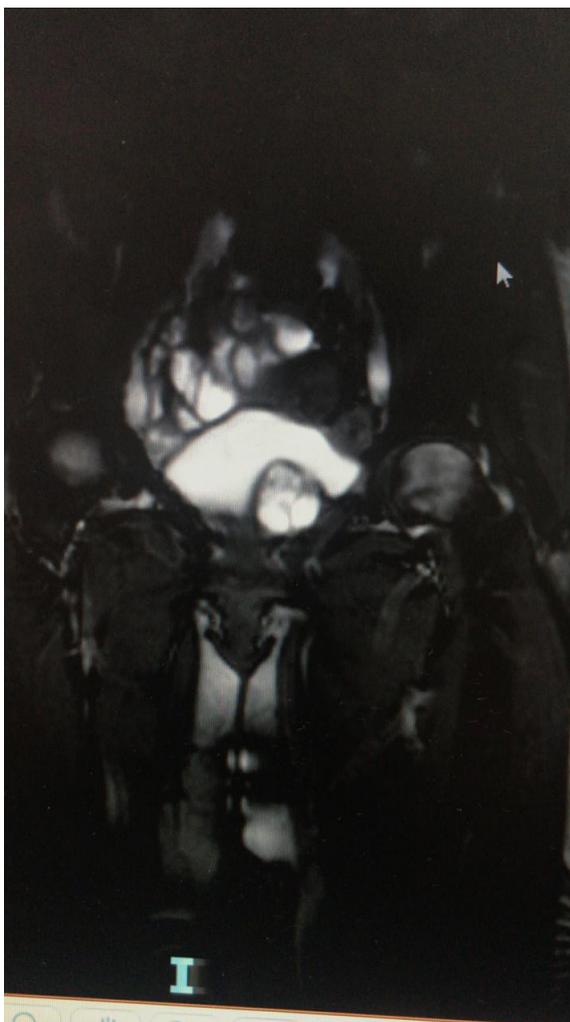
CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente sexo femenino, 59 años sometida a seguimiento oncológico después de una gastrectomía laparoscópica casi total asociada con la linfoadenectomía a D2, debido al adenocarcinoma en un anillo de sinete, sin indicación de adyacencia por parte del equipo de oncología del servicio, en 2017 en un hospital público de Santos.

En un seguimiento oncológico, con tomografía computarizada del abdomen y la pelvis en julio de 2019, se encontró una formación de uniforme perivesical inferior a la izquierda, inespecífico de 3,0 cm, y se eligió una resonancia magnética (RM) para definir mejor la lesión.

La resonancia magnética pelvis realizada en agosto/2019 mostró formación quística con paredes engrosadas y heterogéneas en topografía retovesical y anterior en la pared lateral de la vagina a la izquierda, midiendo 3,6 cm con una mejora intensa del componente parietal y el septa postcontraste (Figura 1). Se continuó una investigación diagnóstica con histeroscopia que presentaba pólipo endometrial, pero sin otras alteraciones y colonoscopia sin otras alteraciones.

Figura 1. Resonancia magnética pelvis (corte sagital). Se observan formación quística con paredes engrosadas y heterogéneas en topografía retovesical y anterior en la pared lateral de la vagina a la izquierda, midiendo 3,6 cm con una mejora intensa del componente parietal y el septa postcontraste.



El paciente se sometió a cistoscopia en febrero/2020, que no mostró alteraciones o invasión en el cuello de la vejiga ni ninguna infiltración en la región de la vejiga, y resección del tumor a través de la vaginal, que parecía ser una lesión encapsulada, sin infiltración y fácil extirpación.

El material histopatológico de la muestra quirúrgica fue de dos fragmentos, el más grande de 2,5 x 1,4 x 0,7 cm y el más pequeño con medidas de 1,8 x 1,0 x 0,5 cm, superficie marrón claro, aspecto finamente granulomatoso y consistencia elástica, con finalización de la proliferación en la pared vaginal, lo que sugiere la complementación del eje con inmunquímica (Figura 2 y 3).

Figura 2. El Examen microscópico mostró una disposición fascicular de células de husillo sin atipia nuclear. No se observó mitosis.

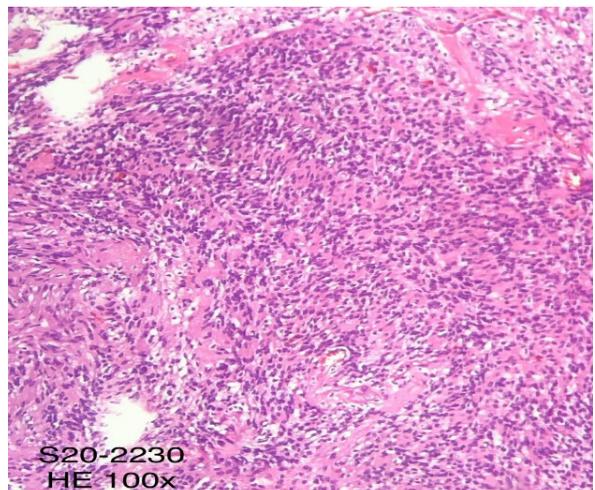


Figura3. Muestra quirúrgica con medidas de 1,8 x 1,0 x 0,5 cm, superficie marrón claro, aspecto finamente granulomatoso y consistencia elástica.



La investigación inmunohistoquímica se realizó a partir de diapositivas previamente seleccionadas, manchadas por el método HE, presentando resultados positivos para las reacciones: enolase (positivo focal), S-100 (positivo) y Ki-67 (índice positivo bajo), y los marcadores juntos fueron concluyentes para el diagnóstico de Schwannoma.

DISCUSIÓN

Schwannoma es el término preferido para este tipo de neoplasia, que suele ser única y encapsulada, bien delimitada y proviene de los nervios periféricos, más precisamente células schwann. Este tipo de tumor es de ocurrencia esporádica (90% de los casos) o de causa genética, participando en schwannomas síndromicos, siendo parte de la neurofibromatosis tipo 2 y en la schwannomatosis familiar. Puede afectar a todas las edades con una incidencia máxima entre 30 y 60 años, siendo mujeres más afectadas que los hombres.^{3,4}

Es un tumor solitario, bien delimitado, sin características de infiltración, situado más comúnmente en las áreas de las raíces nerviosas, nervio intracraneal y nervios periféricos en la cara, cuello, extremidades, mediastino y pelvis, siendo retroperitona y región genital como la vagina, lugares más raros.^{3,5}

El diagnóstico precoz de este tipo de tumor es difícil, y los diagnósticos incidentales son más comunes, debido a la falta de síntomas específicos que presentan, especialmente cuando se encuentran en la ubicación del tracto genital, como en el caso presentado.

Las pruebas de diagnóstico por imágenes, como la tomografía computarizada, la ecografía y la resonancia magnética son pruebas de diagnóstico por imágenes que pueden sugerir dicha lesión, y pocos informes que se encuentran en la literatura con la descripción de la imagen por rmnes. Una apariencia quística en la TC o la RMN puede ser una característica relativa para el diagnóstico diferencia el schwannoma de las masas retroperitoneales, ya que hasta el 60% de los schwannomas presentan cambios quísticos, como se informa en el caso. Además, el uso de la RMN debe utilizarse para definir las relaciones anatómicas y la naturaleza de la lesión.^{3,4,6}

Teniendo en cuenta la formación patológica, los schwannomas tienen una superficie firme, y pueden ser de color oscuro con manchas amarillentas, sin necrosis evidente, como se describió anteriormente, y pueden presentar la aparición de células fusiformes comprimidas (Antoni tipo A) o estructuras más sueltas (Antoni tipo B). Sin embargo, pueden aparecer varias presentaciones histológicas, y el schwannoma celular se define porque se compone predominantemente de antoni skyareas. En este informe, se presenta la disposición de las células fusiformes, sin necrosis, y sin atipia, caracterizando el formato Antoni tipo A.^{3,4}

Todas las variables del schwannoma son fuertes y difusamente positivas para la prueba inmunohistoquímica S100 y SOX10, siendo la confirmación diagnóstica del tumor, que fue definitiva para la conclusión del caso presentado. Otros marcadores histológicos que ayudan en el diagnóstico son CD117, DOG-1, CD34, SMA y Ki-67, y la expresión de este último puede tener un índice superior al 20% en Schwannomas malignos.^{1,4}

El diagnóstico diferencial de las masas vaginales incluye quistes congénitos o adquiridos y neoplasias benignas o malignas de origen epitelial y no epitelial, siendo la gran mayoría de origen epitelial, siendo el schwannoma una causa rara de tumor vaginal benigno, y según la revisión de Kemman et al, se pueden encontrar en la región del clítoris, pelvis, trompa de Falopio, ligamentos redondos, útero, cuello uterino y ovarios, y los síntomas clínicos son inespecíficos.⁷

Según el informe del schwannoma retroperitoneal, el tratamiento indicado es la resección quirúrgica total, y la cirugía agresiva no está indicada, ya que tanto la quimioterapia como la radioterapia son ineficaces. Generalmente tienen un buen pronóstico, con recurrencia rara, alcanzando hasta el 10% de los casos, lo que requiere seguimiento postoperatorio.^{3,5}

A pesar de la historia oncológica del paciente, no se encontró ningún material de investigación correlacionada a la patología anterior (neoplasia gástrica), con la discutida en este artículo, a pesar de que el schwannoma del tracto gastrointestinal es uno de los lugares más comunes de este tumor. Por lo tanto, la paciente en cuestión continúa con su seguimiento oncológico.

BIBLIOGRAFÍA

1. AN *et al.* Schwannoma of the vagina. *Molecular and clinical oncology* 7: 783-786, 2017.
2. B. Dane *et al.* Vaginal Schwannoma in a case with uterine myoma / *Annals of Diagnostic Pathology* 14 (2010) 137-139.
3. T. Inoue *et al.* Retroperitoneal schwannoma bearing at the right vaginal wall *J. Obstet. Gynaecol. Res. Vol. 30, No. 6: 454-457, December 2004.*
4. Meyer, A & Billings, SD What's new in nerve sheath tumors, *Virchows Archiv.*
5. Jung-Woo Park, *et al.* Incidental diagnosis of vaginal schwannoma *Obstet Gynecol Sci* 2014;57(1):86-88.
6. Romano N, *et al.* MR imaging of vaginal cellular schwannoma. *Diagnostic and Interventional Imaging* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.diii.2018.08.003>
7. Kemman, E., Conrad, P., Chen, C., and Nicaski, A. Pelvic neurolemmoma (case report), *Gynecol. Oncol.* 5, 387-395 (1977).