

6. Del Chiaro M, Segersvärd R. The state of the art of robotic pancreatotomy. *Biomed Res Int.* 2014;2014:920492.

A. Cuendis-Velázquez^a, M.A. López y López^{a,*},
O. Bada-Yllan^a, J.M. Zozaya-García^a, J. Melchor-Ruan^b,
I. Vela-Sarmiento^b y M. Moreno-Portillo^a

^a Departamento de Cirugía General y Endoscópica, Clínica de Hígado y Vías Biliares, Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México, México

^b Instituto Nacional de Cancerología, Departamento de Gastroenterología, Ciudad de México, México

*Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía General y Endoscópica. Hospital General Dr. Manuel Gea González, Ciudad de México. Teléfono: 5545933014; fax: +4000 3000.

Correo electrónico: miguel.lopezylopez@gmail.com
(M.A. López y López).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.03.009>

0375-0906/ © 2019 Publicado por Masson Doyma México S.A. en nombre de Asociación Mexicana de Gastroenterología. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Schwannoma gástrico: una rareza entre los tumores mesenquimatosos del tracto gastrointestinal



Gastric schwannoma: A rarity among mesenchymal tumors of the gastrointestinal tract

Una mujer de 55 años de edad, sin antecedentes de enfermedad, buscó atención médica en nuestro departamento debido a dolor epigástrico progresivo de 6 meses de evolución, acompañado de reflujo y saciedad temprana. Había estado tomando inhibidores de la bomba de protones y procinéticos, sin obtener ninguna mejora clínica. La paciente fue programada para una tomografía computarizada abdominal y una endoscopia superior. Sin embargo, antes de su cita tuvo un episodio de melena y acudió a la sala de emergencias, donde se realizaron los estudios mencionados anteriormente. La endoscopia reveló un crecimiento submucoso sobre la porción anterior del fondo gástrico, sin señas de hemorragia activa. Después de la estabilización, se realizó la tomografía computarizada de abdomen y pelvis, con lo que se identificó un tumor exofítico bien definido (de 4.4 × 5.2 cm) sobre el fondo gástrico, sin datos de enfermedad localmente avanzada ni de enfermedad metastásica (fig. 1A y B). Por medio de un ultrasonido endoscópico se confirmó la invasión de la lesión en la muscular propia, evitando la realización segura de una extirpación endoscópica. La paciente fue programada para cirugía para el siguiente día.

Durante el procedimiento quirúrgico, se realizó una incisión de línea media supraumbilical, seguida por la extirpación completa del tumor gástrico mediante una extensa resección en cuña (fig. 1D y E). Se obtuvo un espécimen de 7 × 5 cm y no se encontraron implantes peritoneales, adenopatías o metástasis. El análisis histopatológico reportó un schwannoma gástrico (SG) con márgenes negativos y un índice mitótico de 1/50 campos de poder (fig. 2). La paciente fue dada de alta después de un periodo posoperatorio sin complicaciones y se le ha dado seguimiento en nuestra clínica. Hasta el momento, no ha dado muestras de recurrencia o morbilidad.

Los SG son tumores mesenquimatosos benignos de crecimiento lento que se originan en las células de Schwann. Suman el 6.3% de todos los tumores mesenquimatosos y el 4%

de todos los tumores gástricos benignos. Cuando se encuentran schwannomas en el tracto gastrointestinal, usualmente emergen de la vaina nerviosa del plexo de Auerbach. En la literatura se ha descrito una mayor prevalencia en mujeres, con una razón hombre:mujer de 1:3 y una edad promedio de diagnóstico de 57 años. Los pacientes con SG usualmente están asintomáticos y el tumor es un hallazgo incidental en el 43.3% de los casos. Los pacientes sintomáticos típicamente presentan dolor abdominal, seguido de sangrado gastrointestinal superior. Con menor frecuencia presentan un tumor abdominal palpable (3%), anorexia (3%), dispepsia (1.8%), pérdida de peso (1.2%) y vómito (0.6%)¹.

El abordaje preoperatorio puede ser engañoso en pacientes con SG. La tomografía computarizada usualmente revela una lesión bien definida, pero los hallazgos radiológicos no son muy específicos y a menudo apuntan a un tumor del estroma gastrointestinal. La endoscopia gastrointestinal superior muestra los SG como tumores submucosos sésiles que a menudo tienen mucosa ulcerada, mientras que el ultrasonido endoscópico identifica una lesión hipoeoica que surge de la cuarta ecocapa del estómago. El ultrasonido endoscópico permite la realización de una biopsia por aspiración con aguja fina durante el procedimiento, lo cual es diagnóstico en el 85.2% de los casos². El análisis histopatológico es el estándar actual para el diagnóstico. Las células de Schwann están organizadas característicamente de manera fascicular y muestran inmunohímica positiva para la proteína S-100, vimentina y proteína gliofibrilar ácida, lo que confirma el diagnóstico³. La extirpación quirúrgica es el único tratamiento curativo para el SG y el tipo específico de procedimiento depende del tamaño y la localización de la lesión. La extirpación endoscópica no es viable en la mayoría de los casos, ya que la neoplasia usualmente surge del plexo de Auerbach y los crecimientos tienden a involucrar todo lo ancho de la muscular propia. Por otro lado, las técnicas de invasión mínima (laparoscópicas) han demostrado resultados satisfactorios. La extirpación formal del ganglio linfático no es necesaria, ya que los SG rara vez presentan diseminación linfática o transformación maligna. Solo se han reportado unos cuantos casos así en la literatura médica.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

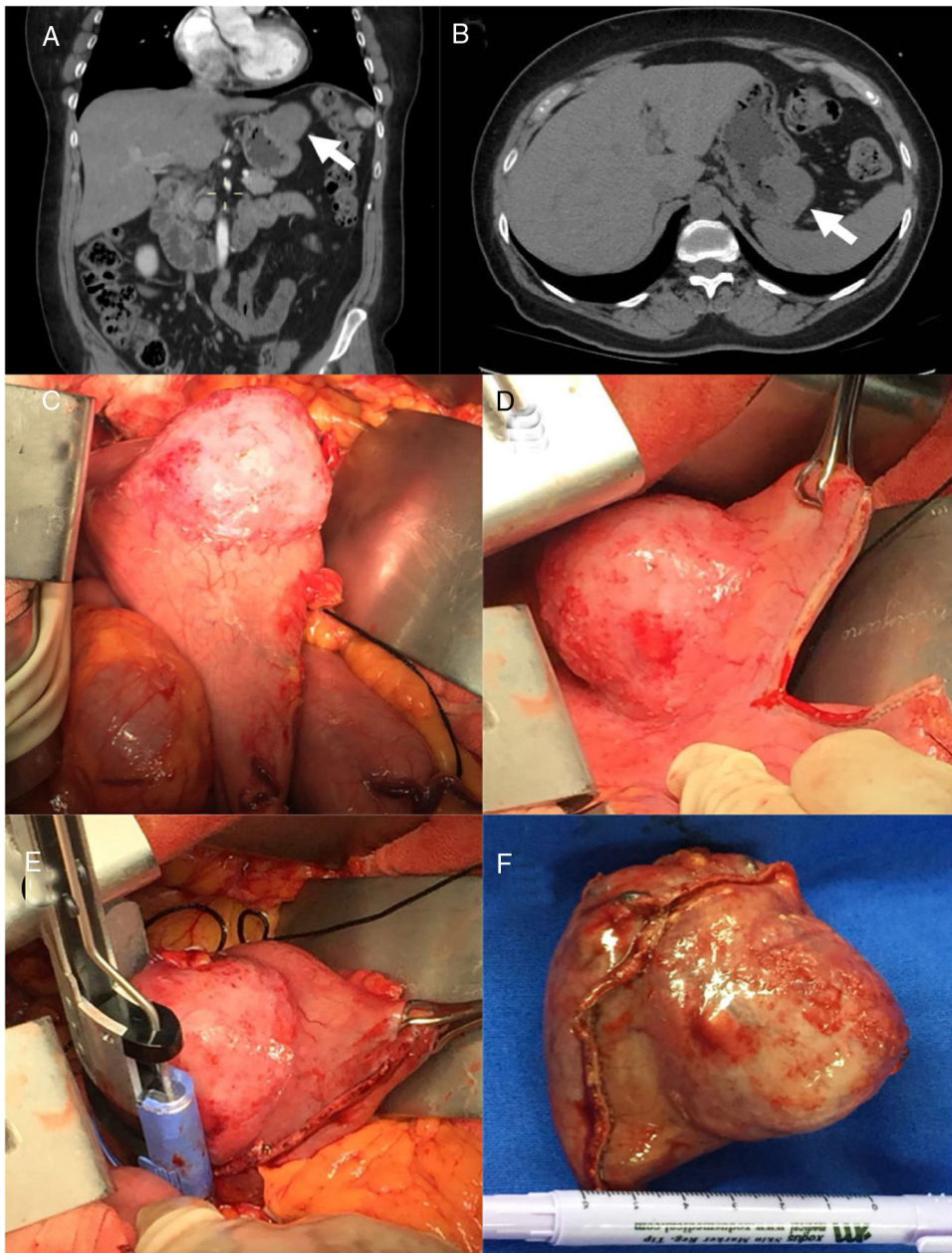


Figura 1 Tomografía computarizada abdominal con vista coronal (A) y sagital (B), donde se observa engrosamiento del fondo gástrico y lesión exofítica (4.4 × 5.2 cm) con bordes bien definidos (flechas blancas). Lesión neoplásica del fondo gástrico anterior (C). Imágenes quirúrgicas que muestran resección en cuña realizada con una combinación de engrapadora lineal (D) y curva (E). Espécimen quirúrgico después de extirpación exitosa, de 7 × 5 cm (F).

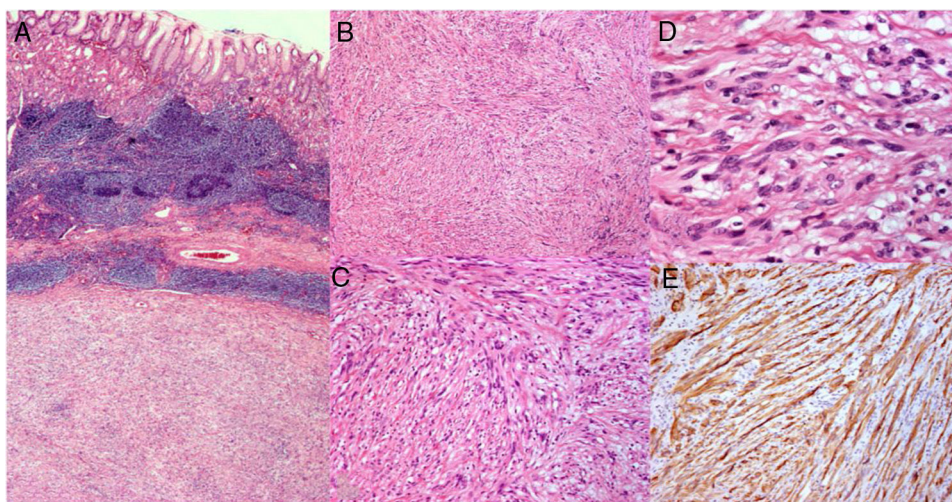


Figura 2 Sección del espécimen quirúrgico ($\times 40$) (A). Tumor submucoso mesenquimatoso bien definido que surge de la cubierta del plexo de Auerbach, compuesto de células fusiformes organizadas en grupos cruzados acompañados de material fibrilar hialino (B, C, D). La inmunohimica muestra positividad a S-100 y proteína gliofibrilar ácida (E).

Consideraciones éticas

Los autores declaran que la paciente firmó el consentimiento informado para la publicación del presente texto, lo cual está en conformidad con las políticas y normas de nuestro comité institucional de ética. Los autores declaran también que en el presente artículo no se presenta información personal de identificación del paciente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Yoon JM, Kim GH, Park DY, et al. Endosonographic features of gastric schwannoma: A single center experience. *Clin Endosc.* 2016;49:548–54.
2. Beaulieu S, Rubin B, Djang D, et al. Positron emission tomography of schwannomas: Emphasizing its potential in preoperative planning. *AJR Am J Roentgenol.* 2004;182:971–4.
3. Shah AS, Rathi PM, Somani VS, et al. Gastric schwannoma: A benign tumor often misdiagnosed as gastrointestinal stromal tumor. *Clin Pract.* 2015;5:775.

G.E. Sánchez-Morales^{a,*}, A.M. Trolle-Silva^b,
P. Moctezuma-Velázquez^a, J.H. Rodríguez-Quintero^a
y R.J. Alcazar-Félix^a

^a *División de Cirugía General, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

^b *División de Patología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México*

* Autor para correspondencia. Departamento de Cirugía General, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México. Teléfono: +01 (52) 54 87 09 00 ext. 2133.

Correo electrónico: huroqu90@gmail.com
(G.E. Sánchez-Morales).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2019.03.006>
0375-0906/ © 2019 Asociación Mexicana de Gastroenterología.
Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tumoración clavicular como manifestación inicial de un hepatocarcinoma fibrolamelar



Clavicle tumor as an initial manifestation of fibrolamellar hepatocellular carcinoma

Presentamos el caso de un varón de 30 años sin antecedentes de interés, quien consultó por una tumoración a nivel de la articulación esternoclavicular izquierda, sin traumatismo previo. A la exploración se palpaba una tumoración de 6 cm bien delimitada, fija y adherida a planos profundos.

Se realizó ecografía de partes blandas que mostraba una masa heterogénea hipocóica con calcificaciones, marcada vascularización y patrón de destrucción óseo en la clavícula adyacente.

Se completó el estudio con una RMN en la que se describía una masa redondeada en epífisis proximal de clavícula izquierda, hipointensa en T1 y discretamente hiperintensa en T2, que presentaba signos de agresividad con rotura de la cortical (fig. 1).

Se realizó biopsia de la masa observando un infiltrado por una proliferación tumoral con crecimiento en nidos, con celularidad de talla grande con amplios citoplasmas