

Informes sobre un caso de Schwanoma o Neurilemoma Retroperitoneal

Miguel S. Dejuk*

El 9 de febrero de 1963 envié al Sr. M.T.N., historia clínica 99388, de 52 años para ser admitido al Salón Zumbado, Cirugía del Hospital San Juan de Dios con diagnóstico de entrada de probable tumoración retroperitoneal. Durante su ingreso se anotó que el paciente presentaba tumoración abdominal grande, alrededor del epigastrio y periumbilical, que dice le comenzó hacía 7 años. Había hecho varias visitas al Hospital de Puntarenas en los últimos años en consulta externa sin habersele internado. En los últimos dos años se había quejado de dolores epigástricos postprandial, cólico periumbilical, pérdida de peso, debilidad, anorexia más marcada en los últimos meses, tuvo franca hematemesis y melena 15 días antes de ser admitido. Se quejaba de estreñimiento en los últimos años y de dolor de espalda. Negó tos, ictericia, fiebre, molestias urinarias. Al examen del abdomen presentaba tumoración grande, del tamaño de una toronja, redondeada, dura, que era fácilmente movable de ombligo a apéndice xifoide del esternón pero muy poco de ombligo hacia sínfisis pública y se desplazaba con amplitud transversalmente entre ambos hipocondrios. Se anotó las posibilidades diagnósticas de un tumor retroperitoneal, de un leiomioma gástrico en un estómago ptoado, de posible cistadenoma simple o degenerado de cuerpo o cola de páncreas, tumor del mesocolon transversal, tumor del mesenterio, epiploon, etc. etc. Se le hizo radiografía simple de estómago, pielograma intravenoso y retrógrado con placas A.P. y lateral, radiografía del estómago, tránsito de intestinos delgado y grueso con placas A.P. y lateral para confirmar o descartar masa retroperitoneal y poder situar suposición exacta. El caso se presentó en sesión clínica y uno de los médicos radiólogos reportó lo siguiente: Tubo Digestivo Alto: la ingestión de bario muestra un pasaje normal a través del esófago; al caer el bario en el estómago y al llenarse el mismo se nota inmediatamente en posición anteroposterior un rechazamiento de este órgano hacia arriba y hacia la derecha y en el perfil se constata un rechazamiento del estómago hacia adelante. En el mismo perfil se nota que la segunda, tercera y cuarta porción del duodeno quedan atrás del estómago sin sufrir rechazamiento. La placa de tránsito practicada unas horas después

* Asistente Servicio de Cirugía Federico Zumbado, Hospital San Juan de Dios. Instructor Cátedra Cirugía, Universidad de Costa Rica.

muestra opacificación del colon, se nota ya un desplazamiento hacia abajo del colon transversal, Enema opaco: Muestra una completa repleción del colon sin mostrar lesiones estenosantes ni evidencia de otra lesión orgánica. Se confirma el rechazamiento hacia abajo, uniforme de todo el colon transversal. Esta constatación unida al rechazamiento hacia arriba y hacia adelante del estómago sitúa la masa ocupante entre estos dos órganos o segmentos de tubo digestivo. Los ángulos hepático y esplénico se encuentran a una altura normal. En particular el ángulo esplénico se sitúa alto en el hipocondrio izquierdo descartando la posibilidad de una esplenomegalia que, como se sabe rechaza hacia abajo dicho ángulo esplénico. En la placa después de evacuación el enema se nota un rechazamiento hacia adelante de la porción distal del segmento transversal del colon.

Insuflación retroperitoneal asociada a pielograma retrógrado mostraron:

- 1.- Tamaño y forma normal de ambos riñones.
- 2.- Aliminación del medio de contraste por ambos riñones con opacificación y aspecto normal de las estructuras pielocalicitarias.
- 3.- Se nota un ligero rechazamiento hacia la derecha del ureter derecho.
- 4.- El espacio retroperitoneal aparece bien insuflado sin que se note masas ocupantes en el territorio perirrenal.

Diagnóstico: El desplazamiento del colon transversal hacia abajo y del estómago hacia arriba, adelante y hacia la derecha sugiere que la masa clínicamente palpable se encuentra en el mesocolon transversal, retroperitoneal con deslizamiento hacia adelante. Esta fue la impresión diagnóstica de uno de los cirujanos y del suscrito cuando el caso se presentó a Sesión Clínica de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, antes de que se interviniera quirúrgicamente. El colega radiólogo dio en esta sesión clínica los resultados y su impresión diagnóstica en relación a las radiografías opinando que se trataba de un quiste de cuerpo o cola de páncreas como alternativa más probable. La mayoría de los colegas se quedaron con el diagnóstico de quista pancreático por deslizamiento intergastrocólico. La operación se llevó a cabo el 8 de marzo de 1963.

Lesiones encontradas: Por incisión transrectal suprainfraumbilical izquierda se exploró el abdomen encontrándose tres enormes masas que medían 10 x 12 cm. de diámetro cada una unidas en una sola masa gigante ovoidea, bastante movable que se desplazaba principalmente en sentido transversal, masas duras, de superficie irregulares, que desplazaban el estómago anteriormente

y hacia la derecha y el colon transverso hacia abajo adosando la porción distal de dicho colon con la porción proximal de colon descendente, es decir cerrando el ángulo esplénico. Se trataba de un tumor del espacio retroperitoneal de la base del mesocolon transverso. En la disección se pudo respetar la arteria cólica media sin que hubiera necesidad de extirpar viscera hueca. Una de las tumoraciones se encontraba bastante posterior y alta desplazando al estómago hacia adelante y hacia la derecha. Durante un momento crítico de la operación, se desgarró una porción de estómago cerca de su curvatura menor; no es que hubiese infiltración o continuidad de la tumoración a dicha curvatura, sino que el desgarró se debió a la tracción impuesta sobre una de las masas. El bazo se encontraba completamente libre y de tamaño normal. El páncreas se encontraba sin lesiones, su cola y cuerpo no tenían invasión tumoral. El hígado normal, resto vísceras huecas normales. Biopsia por congelación de una de las masas fue reportada como tumor sarcomatoso. Postoperatorio sin complicaciones. Salió el 21 avo. día postoperatorio.

Diez años después de la operación se encuentra en muy buena salud, trabajando en sus labores de campo y sin molestias.



FIGURA 1

Disección de la masa tumoral que comenzaba en base del mesocolon transverso cubriéndose con ambas hojas de dicho meso. Se procedió a extirpar epiplón mayor que recubría la masa tumoral.

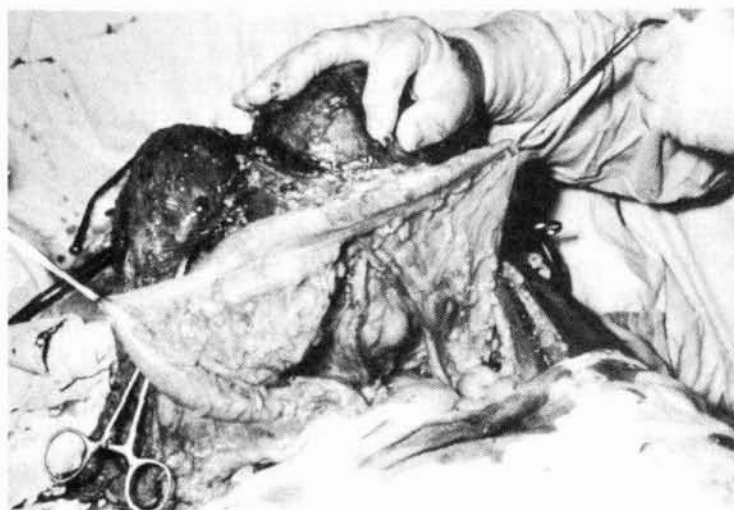


FIGURA 2

Se nota disección y extirpación amplia del mesenterio del colon transverso respetándose la arteria cólica media.



FIGURA 3

Un paso más avanzado de la disección hacia la base del mesocolon transverso para logra completa extirpación del tumor. Véase la arteria cólica media.

Reporte del patólogo sobre la lesión extirpada:

Masa tumoral lobulada e irregularmente ovoide que mide 30 x 20 x 12 cm. Su superficie de sección está compuesta de tejido rosado y fibrilar que presenta ocasionales quistes llenos de material gelatinoso. Hay áreas en que el tejido se vuelve friable. Tumor formado por fascículos de células fusiformes que se disponen en empalizadas. Es muy celular y muestra mitosis ocasionales. Diagnóstico: Neurilemoma (Schwannoma).



FIGURA 4

Tumor de 30 x 20 x 12 cm. de superficie externa lobulada aparentemente encapsulado.



FIGURA 5

La superficie de corte muestra tejido compacto, fibrilar, con zonas quísticas que contienen material galatinoso.

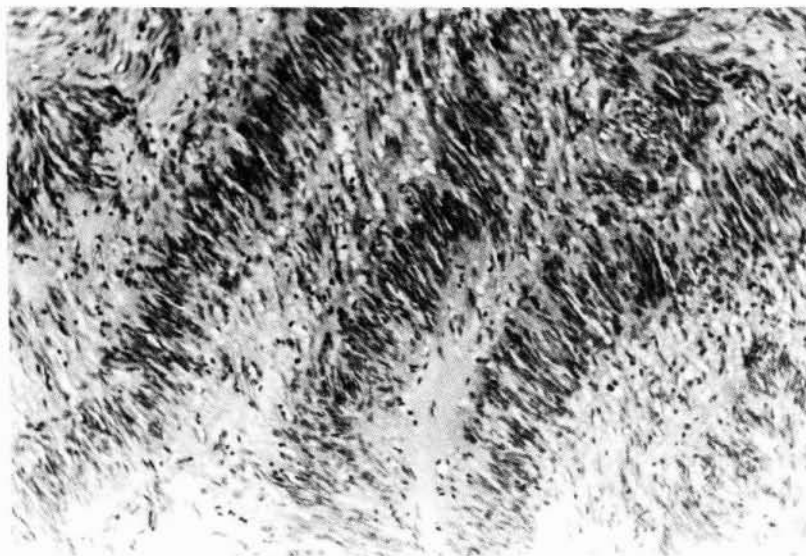


FIGURA 6

Las células del tumor son fusiformes y se disponen en empalizadas aspecto característico de los Neurilemomas.

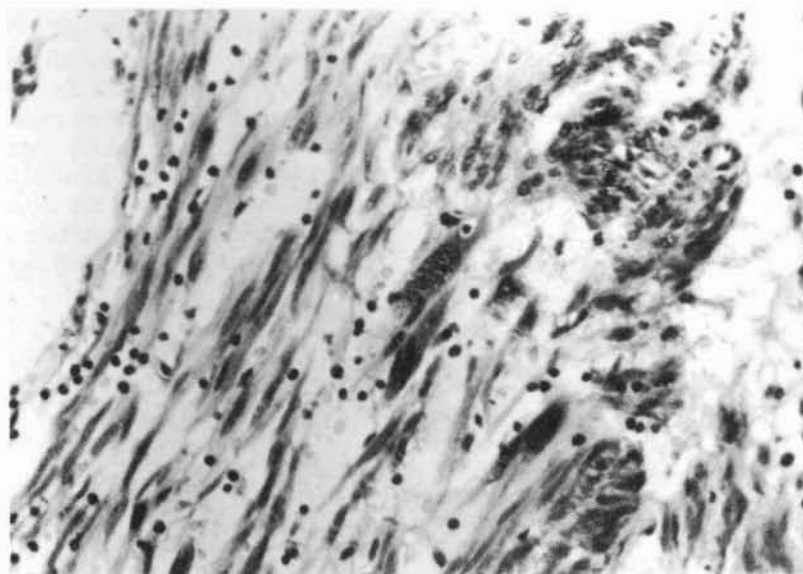


FIGURA 7

Las células del tumor son fusiformes y algunas muestran núcleo muy voluminoso e hipercromático.

Exámenes de Laboratorio:

9-2-63; Hb 6.2; leucocitos 9960; Hto. 21
Fórmula: 8 eosinófilos; 76 segmentados; 13% linfocitos; 3 monocitos
Orina: negativa
T Sangrado 40 segundos
T Coagulación 6 minutos
Grupo sanguíneo A (internacional); II Moss; Rh (D) positivo
11-2-63; Reacción heces por sangre oculta; positivo
Protrombina; 100 %
Fosfatasa alcalina 2.14 B/100 u suero
Proteínas totales; 6.1 gm %
Albuminuria; 3.6 gm %
Globulinas 2.5 gm %
Relación A/G; 1.4
Heces; negativo
Nitrógeno Ureico; 24.5 mg %
Creatinina; 1.8 mg %
ECG; normal
12-3-63 Heces; negativo

Calcio sérico; 9.5 mg %
Amilasa sérica; 16 unidades Winslow
Colesterol total; 312 mg %
Timol; negativo
Bilirrubina; 1.1 mg %
SGOT; 32 unidades
SGPT; 13 unidades
Amilasa en orina; 8 unidades
16-2-63 Heces: Sangre oculta positivo
18-2-63 Heces: Sangre oculta positivo
Tuberculina; negativo
VDRL; no reactiva
20-2-63 Fosfatasa Alcalina; 3.5 U.B/100 u
Colesterol; 208 mg %
Esteres del colesterol; 126 mg %
Glicemia; 89 mg %
22-2-63 Hematocrito; 36 %
Leucocitos; 10.800
Fórmula: 11 % eosinófilos; 63 % segmentados
22 % linfocitos; 2 % Monocitos
Retención Bromosulfaleína a los 5 minutos; 40 % ; a los 30 minutos del 3 %
23-3-63; Prueba de Rowntree-Gerahty. Eliminación:
a los 15 minutos; 20 %
a los 60 minutos; 18.3%
a los 120 minutos; 5 %
Total a las 2 horas; 43.4 %
27-2-73; Calcio Sérico; 10.9 mg %
Creatinina; 2.3 mg %
Urea Nitrógeno; 27 mg %
Glicemia; 109 mg %
5-3-63; Leucocitos; 6700; Hematocrito; 34 % ; 7 % eosinofilos;
62 % segmentados; 31 % linfocitos
8-3-63; Hematocrito; 38 y 28 Transoperatorio y Postoperatorio inmediato. Se le puso sangre.

RESUMEN

Se discute un caso del autor sobre un Neurilemoma o Schwannoma primario del Retroperitoneo, más propiamente del Mesocolon Transverso y se desea hacer hincapié que toda masa abdominal grande o pequeña, fija o movable, a menudo indolora, ha de hacer que el médico incluya en su diagnóstico diferencial el de tumor retroperitoneal después de haber descartado lesión de viscera intra-abdominal con la ayuda del pielograma intravenoso, ascendente, radiografía de estómago, tránsito delgado y grueso, colon por enema, etc. etc. todas ellas en proyecciones anteroposterior y lateral.

SUMMARY

The author informs about a case of primary retroperitoneal Neurilemmoma or Schwannoma located and derived from the base of the Mesentery of the transverse Colon. The author also wishes to stress that every mass in the abdomen whether small or large, fixed or movable frequently painless should make one include in his differential diagnosis tumor of the Retroperitoneal space. He also mentions the importance and value of intravenous, ascending pyelograms, X-ray of the stomach, Transit of small and large bowel, colon enema in A.P. and lateral projections.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— ACKERMAN, L.V.: Tumors of the retroperitoneum, Mesentery and omentum. Atlas of Tumor Pathology Sec. VI, Fasc. 23-24, Washington, Armed Forces, Institute of Pathology, 1954.
- 2.— GRAASCH, John W., Mon, Alberto B.; Primary Retroperitoneal Tumors, Surgical Clinics of North America, Vol. 47, number 3, page 663, June 1967.
- 3.— CHRISTOPHER: Tratado de Patología quirúrgica. Espacio y Tumores retroperitoneales p. 504, 1961.
- 4.— DONNELLY Bernard A.; Primary Retroperitoneal tumors. Surgery Gynec. & Obst. Vol. 83 No. 6 page, 705, Dec. 1946.
- 5.— HOLMAN, Shaun Purdy and Holman Emile F; Primary Tumors of Retroperitoneum, Mesentery and omentum; Abdominal Surgery by Arthur W. Allen and David Woolfolk Barrow, p 519, 1961.
- 6.— MIRIZZI, Pablo L.: Diagnóstico de los Tumores Abdominales, "espacio retroperitoneal" pag. 583, 1960.
- 7.— PACK, George T. and Tabah, Edward J.: Primary Retroperitoneal Tumors. Surg. Gyn & Obst. Vol. 99 page, 209, 1954.
- 8.— Pack, George T., Ariel Irving M.: Tumors of the Mesentery and Retroperitoneal Space, Chapters 14-15 of Treatment of Cancer and Allied Diseases, page 306-332, 1962.
- 9.— PRATT, Joseph H: Some Surgical considerations of retroperitoneal tumors. Amer. Journ. of Obster, Gynec. Vol. 87, p 956, 1963.

* * *
