

SCHWANNOMA DEL ESTOMAGO

Dres. D. Prat y H. Ardao

Cordial homenaje a la Academia de Cirugía de México

Uno de nosotros (Dr. Prat) ha tenido ocasión de tratar un caso de gran hemorragia gástrica en el año 1926; hemorragia que fué considerada como ocasionada por un tumor benigno del estómago o Schwannoma. La naturaleza precisa de la lesión no pudo ser determinada en su oportunidad y como casi veinte años después, la misma enferma presenta un tumor yuxta gástrico, al parecer de la misma naturaleza que el anterior; hemos considerado interesante y oportuno presentar la observación completa de esta enferma a la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

M. E. M., de 20 años, uruguaya, soltera. En el mes de junio del año 1925, dentro de un cuadro de salud perfectamente normal, empieza a sentir molestias del estómago, a las que no les da mayor importancia y que se propone curar con la ingestión de un purgante.

Este purgante ocasiona tres deposiciones líquidas y de un "color negro", cosa que llama la atención de la enferma. Al mismo tiempo tiene fuertes dolores en el estómago y en la espalda, mareos, estado nauseoso y profundo tinte anémico.

Al día siguiente, como se encuentra mejor, come algo y sale a cumplir sus tareas habituales, de maestra de música.

A duras penas regresa a su casa, con un profundo decaimiento y un intenso dolor en la espalda y vómitos.

Es vista por el Servicio de Urgencia de la Asistencia Pública, diagnosticándosele una úlcera duodenal, para cuya terapéutica le instituyen el tratamiento clásico: reposo, hielo al vientre, cloruro de calcio, tónicos cardíacos y medicación antihemorrágica.

Luego la sigue asistiendo el médico de la familia (doctor P. P.), quien continúa el mismo tratamiento, — puesto que ha hecho idéntico diagnóstico, — y lo amplía con el suero normal de caballo. Se produce una intensa afección sérica, con dolores articulares, urticaria y edemas. Tres días más tarde se produce un nuevo desvanecimiento, que hace pensar en una nueva hemorragia. Nueva inyección de suero. En adelante mejora, empieza su alimentación a los 11 días y abandona la cama a los 16 días.

Cuatro meses después de este accidente, vuelve a tener otra deposición negra, que se acompaña de astenia, cansancio y anemia pronunciada. La reacción de Weber en las materias fecales es positiva. Con un tratamiento simple, todo entra en orden, y la enferma mejora. En setiembre de 1925, el doctor Barcia le hace una radioscopia, que da un estómago y duodeno normales.

Sigue perfectamente bien, sin ningún trastorno gástrico, hasta agosto de 1926. Tiene su menstruación con dolores del bajo vientre, se acuesta y tiene entonces una hematemesis de sangre líquida y poco abundante. Durante esos días había observado deposiciones normales con vetas negras. Se le establece nuevamente el tratamiento clásico de hemorragia gastroduodenal por ulcus. Cuatro días después, y coincidiendo con un lavaje intestinal, tiene una abundante deposición negra. La enferma adquiere un tinte exageradamente anémico, con pulso rápido y unos quintos de temperatura.

Es entonces que tenemos ocasión de ver, en consulta, a la enferma con el doctor Pérez Pallas. El cuadro clínico es el que hemos mencionado ya: vientre libre, algo doloroso en el epigastrio.

Examen de sangre (Agosto 15/1926):

Hemoglobina (Sahli), 25 %.

Glóbulos rojos: 4:254.000 p. mm.³

Glóbulos blancos: 11.800.

Examen de sangre (Agosto 23/1926):

Hemoglobina (Sahli), 28 %.

Glóbulos rojos: 2:000.000 p. mm.³

Glóbulos blancos: 10,490.

Tiempo de sangría, 2 minutos.

Tiempo de coagulación, 10 minutos.

Análisis de materias fecales. Investigación de parásitos, negativa.

Reacción de Weber, positiva.

Además del tratamiento clásico que se le ha hecho a la enferma por su hemorragia, se le hace una transfusión de sangre (doctor J. Moreau).

La enferma hace con la transfusión, no obstante el examen previo de la sangre, un accidente anafiláctico, con escalofríos, vómitos y pérdida del conocimiento. Hematuria.

No obstante estos incidentes, la enferma mejora con el tratamiento y se logra alimentarla y reponer su estado general, muy debilitado. Una vez mejorada, hacemos hacer una radioscopia y radiografía gástrica a fin de precisar el diagnóstico.

Esta radiografía, practicada por el doctor Barcia, pone de manifiesto una sombra lacunar clara redondeada, de bordes netos, en la región pilórica. (Ver radiografías). Se llega al diagnóstico de tumor benigno del estómago, y se propone la operación, que es aceptada. Tonificación cuidadosa de la enferma.

Operación. Doctores Prat e Iraola. Eter. Celiotomía mediana. En la cara anterior del estómago, cerca de la gran curva gástrica, en pleno antro pi-

lórico, se encuentra una tumefacción del tamaño de una ciruela, sesil con una ulceración en la mucosa. Extirpación amplia del tumor, cierre del estómago en dos planos y como el piloro aparece disminuido en su luz por la extirpación, se hace, además, una gastroenterostomía posterior.

Cierre de la pared en 3 planos.

Post-operatorio excelente; alta, curada, a los 12 días.

El doctor Lasnier ha hecho el examen histológico de la pieza y llega a la conclusión de que se trata de un leiomioma con elementos conjuntivos embrionarios, no diferenciados aún.

Los caracteres macroscópicos del tumor corresponden perfectamente a

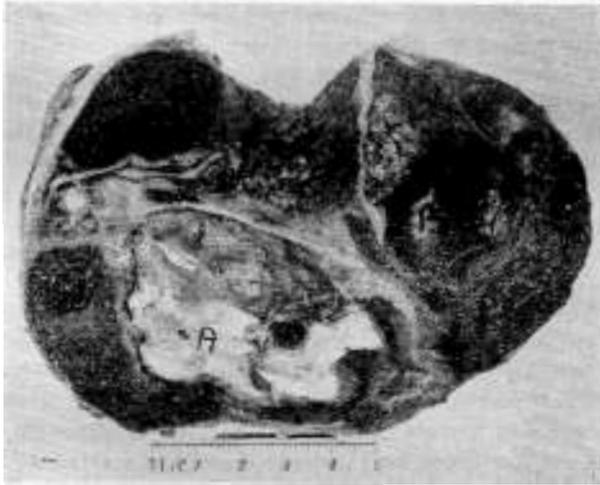


FIG. 1. — Superficie de sección del tumor. En la periferia se nota bien la cápsula fibrosa, los tabiques que emergen de ella y la lobulación. En A aparece la masa tumoral blanquecina sin alteraciones. En B una celda gelatinosa. En C otra celda llena por tejido tumoral y en D otra en la que se ha producido una hemorragia anteriormente. (Dr. Ardao).

los que el profesor Gosset ha dado de los Schwanomas o tumores de la vaina de los nervios gástricos. De acuerdo con el aspecto macroscópico de la pieza extirpada que tiene todas las características de las tumefacciones gástricas descritas por Gosset como Schwanomas, con una ulceración en el centro, saliente de su superficie mucosa y por el examen de las preparaciones microscópicas, creo se trate de un Schwanoma típico.

La enferma, después de su operación, siguió perfectamente bien, sin haber tenido en lo sucesivo ninguna manifestación de su tubo digestivo. Se casó y en las vecindades de los 37 años tuvo su primer embarazo y en el curso del tercer mes de su gravidez, siente algunas mo-

lestias que la deciden venir a consultarme. En el examen que hago a la enferma, encuentro en el vientre superior, una tumefacción del tamaño de una mandarina, localizada a la derecha de la cicatriz de su celiotomía mediana. Tumefacción redondeada, completamente indolora, movable y desplazable en el sentido transversal y vertical; movimientos relativamente limitados.

Se le practica un examen radiológico en el laboratorio del Dr. Barcia y se encuentra un estómago y duodeno normales con una gastro enterostomía que funciona regularmente. Supongo que se trata de una posible recidiva del tumor gástrico operado en 1926, que está con una gravidez de tres meses, que presenta un estado general excelente, en una mujer que está ansiosa por tener un hijo; resuelvo entonces no plantear la extirpación inmediata del tumor, dejando evolucionar el parto, esto de completo acuerdo con la colega Dra. Gorli, que es la encargada de vigilar la gravidez de esta enferma.

Durante su embarazo la veo dos o tres veces sin que el tumor sufra mayores modificaciones. El parto se realiza normalmente pero la paciente pasa dos o tres años sin consultarnos y cuando la volvemos a ver, comprobamos que el tumor ha aumentado bastante de volumen, es del tamaño de una gruesa naranja; pero la enferma está otra vez embarazada. La tumefacción ocupa las regiones del epigastrio y umbilical, redondeada, menos movable que antes y poco sensible. Nos impresiona su aumento de volumen y por eso, a pesar de la gravidez aconsejamos a la paciente la extirpación inmediata del tumor, antes que su rápido crecimiento haga imposible su extirpación en una zona tan vulnerable y delicada, como es la región en que está ubicada la tumefacción. Nuestra indicación es aceptada y después de realizar todos los exámenes de sangre y orina de la paciente, que resultaron normales, se le tonifica con glucolin, calsodin, régimen de hidratos de carbono y digitalina.

Operación. Junio 13/1945. Dres. D. Prat y A. Nogueira. Anestesia: Eter y CO². Incisión de celiotomía mediana resecaando la cicatriz anterior. Abierto el peritoneo comprobamos la existencia de un tumor redondeado del tamaño de un pomelo, que está recubierto por el epiplon, con gruesos vasos que lo cruzan y que está alojado entre la gran curva gástrica y el colon transversal, aplicado contra el mesocolon. El tumor extirpado anteriormente a esta enferma, se había desarrollado en la porción antral del estómago; la tumefacción actual es yuxtagástrica pero mucho más voluminosa lo que nos hace suponer que su extirpación será muy difícil, sin embargo en nuestro primer examen de exploración, no encontramos mayores conexiones del tumor con las vísceras.

Empezamos por liberar la cara anterior redondeada del tumor, disociando el epiplón mayor, cuidando lesionar los gruesos vasos que lo cruzan. Llegamos así rápidamente a la cara externa del tumor, que es esférica y lisa y como comprobamos que esa superficie se deja liberar y aislar, como si existiese un verdadero plano de clivamiento, se va aislando con toda facilidad; primero en toda su cara anterior, luego en la inferior

que permite separarlo con toda facilidad del mesocolon transverso y así continuamos la liberación de la cara posterior, donde creíamos encontrar obstáculos, pero también se aisló con la mayor facilidad, valiéndonos sólo de la disección realizada por presión con una compresa de gasa. Llegamos así a la parte superior del tumor, junto a la gran curva gástrica y aquí encontramos la misma facilidad en la liberación, hasta que en un momento dado y con la eficaz ayuda del Dr. Nogueira, nos encontramos con el tumor completamente libre en nuestras manos, sin haber cortado ningún pedículo ni seccionado bridas importantes.

Quiere decir que lo que imaginamos que iba a ser una operación extremadamente difícil se redujo a una liberación sencillísima, más simple aun que la enucleación de un quiste tiroideo. En síntesis, no se encontró elemento anatómico alguno que permitiera establecer una relación de origen del tumor con una víscera determinada del abdomen. Revisión cuidadosa de la hemostasis en el lecho del tumor y se procede al cierre con una sutura continua al catgut, de la brecha del epiplón. Cierre de la pared en tres planos: uno peritoneal con catgut fino, otro aponeurótico con catgut cromado; puntos dérmicos con catgut y lino en la piel. Esta sutura de la herida operatoria es realizada con gran cuidado porque sabemos que será sometida a la distensión por el embarazo.

Post operatorio excelente, cura por primera y a los doce días es dada de alta en excelentes condiciones. En seguida de llegar a su casa se produce el aborto sin provocar ningún contratiempo.

El día que operé a esta enferma coincidía con la sesión de la Sociedad de Cirugía y tuve la oportunidad de presentar la pieza operatoria de este interesante caso a los miembros que asistían a la sesión de ese día.

La enferma ha seguido perfectamente bien, sin tener molestias de ninguna clase, desde el momento de su segunda intervención hasta la fecha.

El Dr. Ardao ha realizado el estudio anatomopatológico del tumor extirpado a la enferma M. E. M. de Y. y sus conclusiones están contenidas en el informe siguiente.

Los schwannomas son gliomas periféricos; tumores desarrollados a expensas solamente de la neuroglia de la vaina de Schwann, por eso Masson los considera como *neuromas aneuríticos*. Son los tumores descritos y estudiados primitivamente por nuestro compatriota Verocay, con el nombre de *neurinomas*. El schwannoma se desarrolla con relativa frecuencia en el estómago constituyendo la gliomatosis gástrica, bien estudiada y descrita por Gosset y Bertrand en las clínicas de la Salpêtrière en el año 1926.

Existe una particular tendencia de los clínicos a reunir y confundir los tumores benignos del estómago, tales como los

fibromas, miomas, fibromiomas, adenomas, etc. y los schwannomas, en el grupo único de los tumores gliomatosos o schwannomas. Esto no puede aceptarse como estricta verdad histológica, puesto que el schwannoma tiene sus características anatómicas que se pueden sintetizar en lo siguiente: tumores constituidos por células fusiformes dispuestas en remolino; aspecto de cilindroma, nódulos con células dispuestas en barrera, que constituiría un dato casi patognomónico y una degeneración microquística del tumor (Gosset y Bertrand).

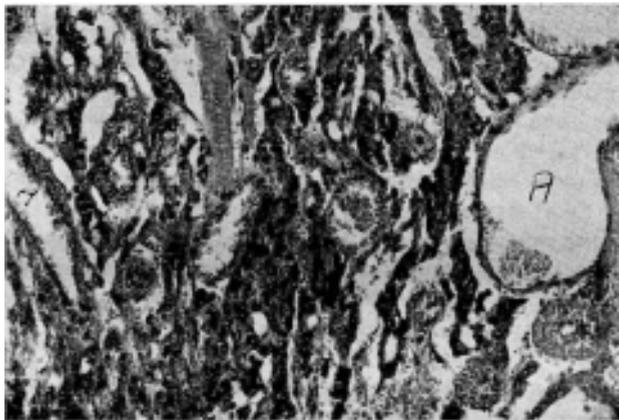


FIG. 2. — Examen microscópico del tumor. Se observa con mayor precisión la estructura del tumor. En A grandes lagunas vasculares con glóbulos rojos. En B cordones celulares en los que los límites entre célula y célula no se percibe claramente. Se pueden notar algunos elementos fibrilares en B'. (Dr. Ardao).

Es indudable que esta duda o inseguridad en la clasificación de estos tumores gástricos, surge por la gran dificultad que existe a veces para reconocer microscópicamente la verdadera estructura histológica de los schwannomas y por eso vemos que algunos anatómos patólogos niegan la exactitud diagnóstica de muchos de estos tumores, considerados como tales por clínicos o autoridades en histología patológica. En nuestro caso el profesor Lasnier, en la pieza primitivamente extirpada, diagnosticó un tumor benigno de fibras musculares lisas sin poder concluir que se tratase de un schwannoma; en cambio, otros técnicos establecieron este diagnóstico.

Es de desear que los anatomo patologistas armonicen un criterio uniforme en el diagnóstico del schwannoma, para que desaparezcan estas incertidumbres histológicas del tumor en cuestión, pero creemos que ello se debe a la complejidad de la lesión, que constituye uno de los problemas más discutidos y difíciles de la histología microscópica.

Nuestro colega y buen amigo el Profesor Brachetto Brian de Buenos Aires, ha tenido la gentileza de realizar un examen anatomo patológico del tumor motivo de esta comunicación de la enferma M. M. de I. y he aquí su resultado.

“Es muy probable, como Vd. dice, que el tumor originario haya sido un schwannoma. Actualmente (en el trozo enviado), sólo por excepción en algunos campos puede sospecharse tal tipo de blastoma. La mayoría de los campos muestra un sarcoma polimorfo con abundantes células gigantes polinucleadas, como Vd. podrá apreciar en la microfotografía que tengo el placer de enviarle. Sin duda, se trata de la transformación, sarcomatosa de un schwannoma, evolución bastante frecuente en estos tipos de blastomas”.

Firmado: **Brachetto Brian.**

El schwannoma gástrico, tumor poco común, se está observando cada vez con mayor frecuencia y por eso Brocq en su comunicación a la Academia de Cirugía de París, destaca el hecho de que, desde 1938 a 1942 la bibliografía ha reunido 39 casos de tumores benignos del estómago, de los cuales 6 eran schwannomas o sea el 15 % de estos tumores, que en la estadística de Minées y Geschickter de 1936, sólo era de 10,9 %. Con seguridad estas cifras no reúnen todos los casos de la bibliografía universal, lo que quiere decir que su cantidad y su frecuencia son mayores aun, como lo prueban los casos presentados a la Sociedad Argentina de Cirugía y los producidos en nuestro país. El profesor Stajano hizo una publicación en un apartado de los Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo en 1941 sobre tres casos de tumores benignos intersticiales, pediculados, submucoso o subserosos de la pared gástrica que él clasificó con la denominación provisional de tumores conjuntivos. No es nuestra intención ni nuestro deseo, realizar un estudio completo de los

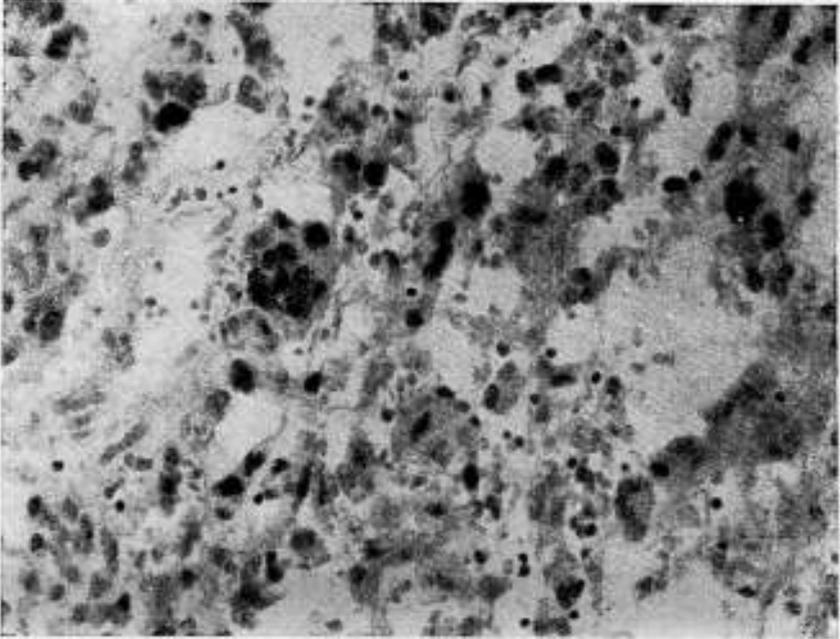


FIG. 5. — Sarcoma polimorfo con abundantes células gigantes polinucleadas. (Brachetto - Brian).

schwannomas gástricos, nuestra finalidad sólo estriba en comunicar a esta Sociedad, un caso de *recidiva* más bien de *repetición* de gliomatosis gástrica y analizar las características clínicas más salientes de nuestra observación.

Los schwannomas gástricos son pediculados o sesiles; generalmente son pediculados, sin embargo en nuestro caso la tumefacción era sesil, del tamaño de una ciruela y ya ulcerada. Habitualmente estos tumores son endogástricos, pero pueden ser, endo y exogástricos y también únicamente exogástricos. Se localizan de preferencia en la pequeña o gran curva gástrica o en los caras, en la vecindad del píloro.

Sus características clínicas son perfectamente conocidas, para que no insistamos en ellas; destacaremos solamente sus profusas y frecuentes hemorragias, que hace confundir a menudo estos tumores con el ulcus gastro duodenal. El diagnóstico radiológico de los tumores benignos del estómago se ha perfeccionado bastante en estos últimos años; es característica y bien conocida la imagen lacunar circular que ellos dan, como lo puso

también de manifiesto el Dr. Zerboni en una comunicación a esta Sociedad. Lo más típico de la imagen radiológica del schwannoma gástrico, es la imagen en "cocardé", o sea en *escarapela*, producida por la imagen lacunar circular y un punto negro central, que corresponde a la retención de la sustancia opaca en la ulceración que estos tumores suelen presentar en su vértice mucoso más saliente. Hay que tener presente sin embargo, que esta imagen en escarapela no es característico del schwannoma, puesto que los tumores benignos, particularmente el mioma se suelen ulcerar y pueden dar esta misma imagen.

El diagnóstico radiológico de estas lesiones gástricas debe investigarse, empleando la técnica de la compresión e insuflación del estómago, usando una capa delgada de sustancia opaca (Chaoul), asociándole la insuflación y examinando al paciente en diferentes posiciones, hasta que aparezca nítidamente la imagen lacunar. Con un examen radiológico realizado en estas condiciones es difícil que pase desapercibida la lesión tumoral gástrica.

La mucosa que recubre el tumor gástrico, pediculado o sesil, puede presentar una o más perforaciones, que se originan por la evacuación en el estómago del líquido producido por degeneración mucoide del tumor o de una mortificación intra tumoral. A veces, la mucosa presenta verdaderas ulceraciones que pueden sangrar intensivamente y que pueden ser única, a veces dos y llegar hasta tres.

La patogenia de estas ulceraciones se ha explicado por dos mecanismos: según Lecène se deberían a una simple acción mecánica por distensión de la mucosa por el volumen del tumor; otros autores admiten el mismo mecanismo del *ulcus péptico*, favorecido por la isquemia que asigna la compresión del tumor sobre la mucosa.

Antes de ocuparnos de la terapéutica de los schwannomas, debemos establecer que por lo general, su evolución es benigna pero que ellos pueden transformarse en malignos, cosa comprobada por una serie de observaciones bien confirmadas. A veces, el schwannoma puede ser primitivamente maligno, de tipo sarcomatoso, pero esto es bastante raro. Además de la recidiva del schwannoma gástrico que se observa en los casos de enucleación o extirpación limitada del tumor o cuando se ha producido la metástasis, puede plantearse el caso de la aparición de un nuevo

schwannoma ya sea a expensas de un núcleo aberrante no alcanzado por la primera intervención o que se origine en la vaina de Schwann de otro nervio del estómago, distinto y distante del que originó el primer tumor. Este sería nuestro caso en que la enferma operada de un schwannoma con extirpación de la implantación gástrica del tumor, es reoperada 19 años más tarde de otro schwannoma del tamaño de una naranja, que es yuxtágástrico y al que *no se le encuentra ninguna conexión o pedículo* con las paredes del estómago. Se podría argumentar que al realizar una resección parcial del estómago, dejamos algún núcleo aberrante o germen de glioma en evolución y que éste sería la causa del segundo schwannoma; pero esto no es aceptable dado que el segundo tumor operado a nuestra enferma *estaba por fuera e independiente* de las paredes gástricas. Esto nos obliga a plantear la posibilidad del *schwannoma gástrico o regional iterativo*, vale decir, *producido en distintos focos y aun independientes del estómago*. En lo que respecta a la terapéutica de los schwannomas se hace su tratamiento por la *enucleación o resección* limitada del estómago, particularmente en los tumores pediculados, en los sesiles, se aconseja una resección más amplia y debido a las recidivas confirmadas hoy día, los cirujanos tienden a preconizar y a realizar la gastrectomía.

En nuestro caso en que nos limitamos a la amplia resección antral del tumor sesil, practicamos además la gastro entero-rostomía porque la resección estrechó mucho el antro y el píloro.

Brocq y otros cirujanos se inclinan hoy día, francamente por la gastrectomía, sobre todo en el schwannoma sesil, pero aunque se recurra a esta operación amplia y completa, que a veces puede significar una exageración quirúrgica en un tumor pequeño; no se evitará por eso la aparición de otro schwannoma, si éste se origina en otra porción del estómago conservada o si, como en nuestro caso, el glioma aparece independientemente del estómago, en cuya circunstancia no se evitará la producción de otro tumor aunque la gastrectomía sea lo más amplia posible. Felizmente, parece que hechos semejantes son muy raros pues, no hemos encontrado casos parecidos al nuestro en la búsqueda bibliográfica realizada.