criterios diagnósticos de quiste hiperdenso podemos tener la seguridad de que estamos ante un quiste simple. A pesar de ello hemos encontrado en la literatura dos casos de presentación de un tumor renal como un quiste hiperdenso, no obstante uno de ellos captaba contraste y ecográficamente se presentaba como una masa sólida (9) y el otro presentaba ecos intraquísticos (4). Por ello pensamos que la ecografía renal es útil en el estudio de estas lesiones, comportándose éstas, como quistes simples. Algún autor, cuando en la ecografía aparece algún área sólida, realiza seguimiento de estas lesiones (clase IIF). En estos casos nosotros somos más partidarios de explorarlas quirúrgicamente. No realizamos punción aspiración con aguja fina por la escasa rentabilidad de esta técnica en masas quísticas y la posibilidad de diseminación en el trayecto de la aguja (10).

El caso que presentamos se trata de un paciente al que se le detecta de forma incidental en un TAC una masa homogénea menor de 3 cm, exorrenal, bien definida, hiperdensa con valores de atenuación de 100 UH y que no se modificaba con la introducción del medio de contraste. Ecográficamente era indistinguible de otros quistes simples que presentaba en el mismo riñón. El diagnóstico, por tanto, fue de quiste hiperdenso. No se le realizaron más estudios y no se le han programado más controles.

CONCLUSIONES

Los quistes hiperdensos son quistes simples que han sufrido en algún momento hemorragia o infección. Se diagnostican mediante TAC observándose una masa homogénea hiperdensa y que no capta contraste. Ecográficamente se comporta como un quiste simple. Aplicando estrictamente los criterios diagnósticos prácticamente no ofrecen dudas sobre su naturaleza y por tanto no precisan tomar actitudes invasivas ni seguimiento radiológico.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

*1. ALBISU, A.; VESGA, F.; LLARENA, R. y cols.: "Masa quística renal: el dilema diagnóstico." Arch. Esp. Urol., 48: 767, 1995.
**2. BOSNIAK, MA.: The current radiological aproach to renal cyst." Radiology, 158: 1, 1986.
**3. BOSNIAK, M.A.: "Difficulties in classifying cystic lesions of the kidney." Urol. Radiol., 13: 91, 1991.
*4. HARTMAN, D.S.; WEATHERBY, E.; LASKIN, W. y cols.: "Cystic renal cell carcinoma: CT findings simulating a bening hyperdense cyst." AJR, 159: 1235, 1992.
5. LEVINE, E.; GRANTHAM, J.: "High-density renal cyst in autosomal dominant polycystic kidney disease demonstrated by CT." Radiology , 154: 477, 1985.
6. FISHMAN, M.C.; POLLACK, H.M.; PETER, H. y cols.: "High protein content: another cause of CT hyperdense bening renal cyst." J. Comput. Assist. Tomogr., 7: 1103, 1983.
**7. KAWASHIMA, A.; GOLDMAN, S.M.; SANDLER, C.M.: "The indeterminate renal mass." Radiol. Clin. North Am., 34: 997, 1996.
8. MACARI, M.; BOSNIAK, M.: "Delayed CT to evalate renal masses incidentally discovered at contrast-enhanced CT: demonstration of vascularity with deenhancement." Radiology, 213: 674, 1999.
9. DUNNICK, N.R.; KOROBKIN, M. y CLARK, W.M.: "CT demonstration of hyperdense renal carcinoma." J. Comput. Assist. Tomogr., 8: 1023, 1984.
*10. WOLF, J.S.: "Evaluation and management of solid and cystic renal masses." J. Urol., 159: 1120, 1998

casos clínicos 14

Arch. Esp. Urol., 55, 7 (858-860), 2002

Shwannoma benigno suprarrenal.

RAFAEL BARRERO CANDAU[1], ANTONIO RAMIREZ MENDOZA, ANTONIO MORALES LOPEZ, JOSE LUIS MAESTRO DURAN, IGNACIO HUESA MARTINEZ, EDUARDO LEON DUEÑAS, JOSE LEAL ARENAS, JOSE LUIS MOYANO Y JUAN BRAULIO GARCÍA RAMOS.

Centro Urológico San Ignacio. Sevilla.
[1]Servicio de Urología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia
Rafael Barrero Candau
C/ Sebastián Elcano 8, 2º izda.
41011 Sevilla.
España.
e-mail: rafaelbarrero@latinmail.com

Trabajo recibido el 26 de junio de 2001.

Resumen.- *OBJETIVO: Aportamos un nuevo caso de Schwannoma benigno retroperitoneal de localización suprarrenal.*

MÉTODO: Varón de 53 años diagnosticado de HBP moderada en tratamiento con alfa-bloqueantes. Refiere en la última revisión molestias en flanco derecho de dos meses de evolución sin otra sintomatología acompañante; la evaluación radiológica mediante ECO y TAC, y el estudio endocrino preoperatorio sugirieron tumor adrenal no funcionante que se extirpó quirúrgicamente

RESULTADOS: El estudio histopatológico informó que se trataba de un Schwannoma benigno yuxta adrenal.

CONCLUSIONES: Es un tumor retroperitoneal poco frecuente. La existencia de cambios quísticos en un tumor retroperitoneal es relativamente frecuente en los Schwannomas y puede sugerir el diagnóstico. En el caso que presentamos no existían estructuras quísticas.

Palabras clave: *Tumores retroperitoneales. Schwannoma benigno. Neurilemoma. Neoplasia del nervio periférico.*

Summary.- *OBJECTIVE: We report a new case of benign retroperitoneal schwannoma arising from the adrenal gland.*

METHODS: 53 year old male with history of moderate benign prostatic hyperplasia under alpha blocker theraphy who referred right flank discomfort for two months prior to last visit, without any other symptoms; radiologic examination with Ultrasound and CT scan and preoperative endocrine study were suggestive of non functioning adrenal tumour which was surgically extirpated.

RESULTS: Anatomopathological report showed a benign yuxtaadrenal schwannoma.

CONCLUSIONS: It is an uncommon retroperitoneal tumour. The presence of cystic changes within a retroperitoneal tumour is relatively frequent in schwannomas and may suggest its diagnosis. The case we report did not have cystic structures.

Keywords: *Retroperitoneal tumours. Benign schwannoma. Neurilemoma. Peripheral nerve neoplasm.*

INTRODUCCIÓN

El Schwannoma (neulemoma o neurinoma) es un tumor poco frecuente procedente de las células de Schwann que recubren la vaina de los troncos nervios periféricos. Suelen localizarse en cabeza, cuello y extremidades. En urología se han descrito en retroperitoneo (1), cordón espermático (2), testículo (3), túnica vaginal (4) y pene (5). Nosotros presentamos un caso de Schwannoma benigno de localización suprarrenal.

CASO CLÍNICO

Varón de 53 años con padre muerto por cáncer de próstata, herniorrafia inguinal derecha 26 años antes e HBP en tratamiento con alfa-bloqueantes. Acude a revisión, refiriendo molestias en flanco derecho de dos meses de evolución sin que existan síntomas miccionales, hematuria ni otros síntomas. La exploración abdominal es anodina y el tacto rectal revela una próstata adenomatosa sin cambios con respecto a tactos anteriores. Se solicitó ecografía abdominal en la que se observó un quiste cortical simple en tercio superior del riñón derecho de 5,5 cm de diámetro y una imagen nodular, redondeada, bien delimitada y ligeramente hipoecogénica de 4 cm de diámetro localizada en el área suprarrenal derecha. La determinación de las hormonas suprarrenales y bioquímica (Cortisol libre y catecolaminas en orina, andrógenos, aldosterona, iones y resina plasmáticas) fue normal, por lo que se descartó adenoma suprarrenal funcionante y feocromocitoma. En la TAC se observó claramente que la masa no dependía del riñón, no objetivándose adenopatías, infiltración vascular ni metástasis (Fig. 1). La PAAF obtuvo una citología hemorrágica sin otros hallazgos.

Por medio de incisión extraperitoneal (lumbotomía) se procedió a la extirpación de la masa calificada clínicamente de tumor adrenal no funcionante, enucleándola con facilidad y haciendo quistectomía renal derecha.

El estudio anatomopatológico informó de neoplasia benigna encapsulada, constituida por células fusiformes con núcleos ovalados, dispuestas en haces (áreas Antoni A), sin atipias madurativas importantes, mitosis ni infiltración vascular. La técnica de inmunoreactividad fue positiva a la proteína S-100

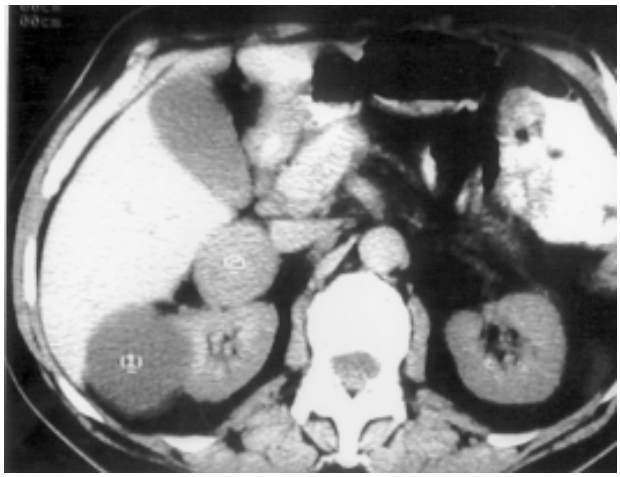


Fig. 1: TAC. (1) Quiste cortical simple, (2) Tumoración suprarrenal derecha.

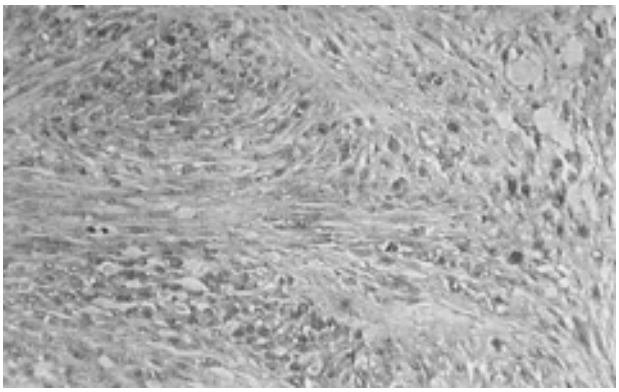


Fig. 2: Inmunohistoquímica de la proteína S-100.

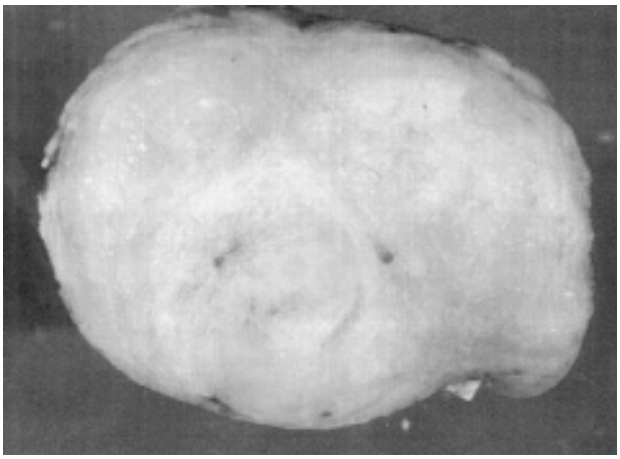


Fig. 3: Corte de la pieza que no muestra el aspecto quístico que suelen presentar estos tumores.

(Fig. 2) y negativa para la actina. Estos hallazgos confirman que se trata de un Schwannoma benigno yuxta adrenal.

COMENTARIOS

La frecuencia de este tumor oscila entre el 1% y el 10% de los tumores retroperitoneales primarios (1).

Clínicamente es un tumor de evolución lenta y silente, con síntomas inespecíficos y su diagnóstico suele ser accidental en ECO o TAC. La combinación de estas dos pruebas permite una aproximación diagnóstica sobre la benignidad o no del tumor retroperitoneal. La existencia de cambios quísticos en un tumor retroperitoneal es relativamente frecuente en los Schwannomas (6). En el caso que presentamos no existían estructuras quísticas (Fig. 3).

El diagnostico definitivo viene dado por el estudio anatomopatólogo de la pieza, que muestra células fusiformes dispuestas en haces o fascículos (áreas tipo Antoni A) que se entremezclan con otras zonas laxas, de poca celularidad y matriz edematosa (áreas tipo Antoni B). La inmunohistoquímica positiva para la proteína S-100 ayuda a distinguir el Schwannoma de otros tumores con células en huso (7). La malignidad del proceso depende de la existencia de mitosis, pleomorfismo e invasión vascular.

En relación al tratamiento, debe tenerse en cuenta que el 70% de estos tumores son benignos (6) y no precisan más que enucleación del mismo (8), aunque hay quien plantea cirugía oncológica ya que el diagnostico definitivo no se tiene hasta el estudio de todos los cortes congelados (9). La presencia de manchas café con leche o neurofibromas cutáneos que se asocian a la enfermedad de Von Reklinghausen nos puede orientar a ser más radicales en el tratamiento desde el principio, pues los schwannomas asociados a esta patología tienen mayor riesgo de ser malignos (1) .

Las revisiones son obligadas, aunque incluso en el caso de los schwannomas malignos la evolución de las metástasis es muy lenta (10). Las recidivas se tratan mediante cirugía, ya que ni la quimioterapia ni la radioterapia son útiles en estos tumores.

BIBLIOGRAFÍA Y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

**1. MICALI, S.; VIRGILI, G.; VESPASIANI, G. y cols.: "Bening Schwannoma surrounding and obstructing the ureteropelvic juntion." Eur. Urol., 32: 121, 1997.
2. MARSIDI, P.J.; WINTER, C.C.: "Schwannoma of de penis." Urology, 16: 303, 1980.
3. PELLICE, C.; COSME, M.; CASALOT, J.: "Schwannoma del cordón espermático." Actas Urol. Esp., 18: 328, 1994.
4. RACHAU, L.T.: "Malignant Schwannoma of the testicle." Afr. Fr. Chir., 17: 172, 1959.
5. COWEN, R.: "Tumor of the tunica vaginalis testis: Case report of neurilemoma." J. Urol., 77: 59, 1957.
*6. TAKATERA, H.; TAKIUCHI, H.; NAMIKI, M. y cols.: "Retroperitoneal Schwannoma." Urology, 28: 529, 1986.
7. NG, K.J.; SCERIF, A.; McCLINTON, S. y cols.: "Giant ancient Schwannoma of the urinary bladder presenting as a pelvic mass." Br. J. Urol., 72: 513, 1993
8. DAS GUPTA, T.K.; BRASFIELD, R.D.; STROG, E.W.: "Bening solitari Schwannoma." Cancer, 72: 513, 1993.
9. CORTES ARANJUIZ, I.; FERNANDEZ ARJONA, F.; DE CASTRO BARBOSA, F. y cols.: "Schwannoma retroperitoneal benigno: Revisión de la literatura y aportación de un nuevo caso." Actas Urol. Esp., 27: 621, 1999.
10. KRID, M.; ELLEUCH, A.; GOUCHEM, M. y cols.: "Schwannoma retroperitoneal demarche diagnostique et therapeutique." Actas Urol. Belg., 65 : 69, 1997.