

y disnea⁵⁻⁹. Esto hace a nuestro caso todavía más singular ya que cursó sin manifestaciones respiratorias, siendo un hallazgo casual.

A pesar de estar descrita la resolución espontánea de los nódulos necrobióticos en la EII, de 5 casos reportados en EC, únicamente en uno de ellos desaparecieron espontáneamente⁶. El resto siguieron tratamiento con prednisona oral con resolución completa. Recientemente se está utilizando infliximab para aquellos nódulos pulmonares refractarios a esteroides sistémicos¹⁰.

Bibliografía

1. Storch I, Sachar D, Katz S. Pulmonary manifestations of inflammatory bowel disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2003;9:104-15.
2. Kraft SC, Earle RH, Roesler M, Esterly JR. Unexplained bronchopulmonary disease with inflammatory bowel disease. *Arch Intern Med*. 1976;136:454-9.
3. MacDermott RP, Nash CS, Nahm MH. Antibody secretion by human intestinal mononuclear cells from normal controls and inflammatory bowel disease patients. *Immunol Invest*. 1989;18:449-57.
4. Golpe R, Mateos A, Pérez-Valcárcel J, Lapeña JA, García Figueiras R, Blanco J. Multiple pulmonary nodules in a patient with Crohn's disease. *Respiration*. 2003;70:306-9.
5. Faller M, Gasser B, Massard G, Pauli G, Quoix E. Pulmonary migratory infiltrates and pachypleuritis in a patient with Crohn's disease. *Respiration*. 2000;67:459-63.
6. Sanjeevi A, Roy HK. Necrobiotic nodules: A rare pulmonary manifestation of Crohn's disease. *Am J Gastroenterol*. 2003;98:941-3.

7. Freeman HJ, Davis JE, Prest ME, Lawson EJ. Granulomatous bronchiolitis with necrobiotic pulmonary nodules in Crohn's disease. *Can J Gastroenterol*. 2004;18:687-90.
8. Warwick G, Leecy T, Silverstone E, Rainer S, Feller R, Yates DH. Pulmonary necrobiotic nodules: A rare extraintestinal manifestation of Crohn's disease. *Eur Respir Rev*. 2009;18:47-50.
9. Tsuyoshi M, Chak E, Matsukuma K. A Rare Cause of Pulmonary Nodules. *Case Rep Gastroenterol*. 2016;10:633-9.
10. Hayek AJ, Pfanner TP, White HD. Inflammatory bowel disease of the lung: The role of infliximab? *Respir Med Case Rep*. 2015;15:85-8.

Laura Larrey Ruiz^a, Cristina Sabater Abad^{b,*}, Laura Peño Muñoz^a, Jose María Huguet Malavés^a y Gustavo Juan Samper^b

^a Servicio de Patología Digestiva, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

^b Servicio de Neumología, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sabaterabadcristina@gmail.com

(C. Sabater Abad).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.04.021>

0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Schwannoma pleural que simula metástasis pleural de un carcinoma de recto



Pleural Schwannoma Mimicking Metastatic Rectal Carcinoma

Estimado Director:

Los schwannomas neuroblastoma-like o neurilemomas son tumores benignos extremadamente infrecuentes; se derivan de las células de Schwann de la vaina neural, y fueron descritos por primera vez por Goldblum en 1994¹. Afectan predominantemente a la cabeza, especialmente a mandíbula, cuello y superficie flexora de extremidades y raíces raquídeas posteriores¹. Suelen ser tumores solitarios y excepcionalmente afectan a pared torácica², aunque ocasionalmente pueden ser múltiples en neurofibromatosis tipo 2 (NF2) o en la entidad denominada schwannomatosis³.

Presentamos el caso de un paciente de 57 años con antecedentes de tabaquismo de 80 paquetes/año, neoplasia de próstata por la que se sometió a resección transuretral y neoplasia de recto localizada en tercio medio inferior que se trató quirúrgicamente, y por la que inició quimioterapia y radioterapia (RT). El paciente se encontraba clínicamente estable y asintomático desde el punto de vista respiratorio. En el estudio de extensión se realizaron tomografía computarizada (TC) de tórax donde se apreciaba un engrosamiento nodular ovalado pleural, localizado en la porción posterolateral del 8.º arco intercostal derecho de 35 × 11 mm bien delimitado e inespecífico, y resonancia magnética nuclear (RMN) que mostraba la misma lesión. Se remitió al paciente a nuestra consulta para descartar la existencia de metástasis pleural. Realizamos ecografía torácica en la que se visualizaba una lesión anecoica y homogénea, aunque mal delimitada, de unos 4,3 cm de largo y 1,8 cm de grosor en pared torácica derecha. En posición medial respecto a la misma se visualizaba la pleura visceral que no mostraba datos de infiltración. Se realizó biopsia ecoguiada con aguja Acecut[®] 14 G × 75 mm y 22 mm de avance (TSK, Japón). El estudio anatomopatológico demostró una proliferación celular fusiforme, sin patrón característico, con celularidad arremolinada, moderado pleomorfismo, cariomegalia ocasional y escasas figuras

mitóticas, así como zonas más hipocelulares, con un estroma más laxo. Se realizó inmunohistoquímica con el resultado de S100 positivo, vimentina positiva y Sox-10 positivo, compatible con schwannoma con cambios focales degenerativos (fig. 1).

La mayoría de los tumores pleurales son malignos (aproximadamente el 95%), sobre todo de origen metastásico⁴. Los tumores benignos pleurales son inusuales, y entre ellos, los schwannomas suelen asentar en mediastino posterior, sobre todo en localización paravertebral. Los schwannomas situados en la pared lateral del tórax son entidades infrecuentes y corresponden a menos del 5% del total⁵. La anatomía patológica es característica y consiste en una proliferación de células tumorales excéntricas al nervio y aspecto fusiforme; existen áreas densamente celulares (Antoni A) en las que los núcleos se disponen ocasionalmente en empalizada formando los denominados cuerpos de Verocay y áreas más laxas (Antoni B)⁶. Casi siempre presentan positividad a S100.

Desde el punto de vista clínico, los schwannomas pueden ser asintomáticos o dar lugar a tos, dolor torácico o disnea². La malignidad es excepcional y se ha descrito fundamentalmente en pacientes con antecedentes de RT⁷.

La ecografía torácica suele mostrar tumores anecoicos y suele discriminar adecuadamente entre tumores malignos y benignos⁸. No obstante, en nuestro caso, la imagen no mostraba bordes nítidos y dado que la existencia de una metástasis pleural podía tener repercusiones terapéuticas, se optó por la realización de biopsia ecoguiada de la lesión.

Otras técnicas de imagen deben plantear el diagnóstico diferencial entre lesiones solitarias pleurales como lipomas, metástasis únicas, mesoteliomas y tumores fibrosos u otros tumores neurogénicos. En el schwannoma, la TC con contraste puede demostrar lesiones heterogéneas de diferente celularidad que demarcan las áreas de lesión tipo Antoni A o B, con realce de las primeras, lo que sugiere zonas con degeneración quística⁹. En la RMN, los schwannomas suelen mostrar una imagen en T1 isointensa, similar al músculo y a veces el llamado «split fat sign» que corresponde a un borde periférico de grasa desplazada en el haz neurovascular¹⁰, con señal hiperintensa en T2, aunque las regiones quísticas pueden

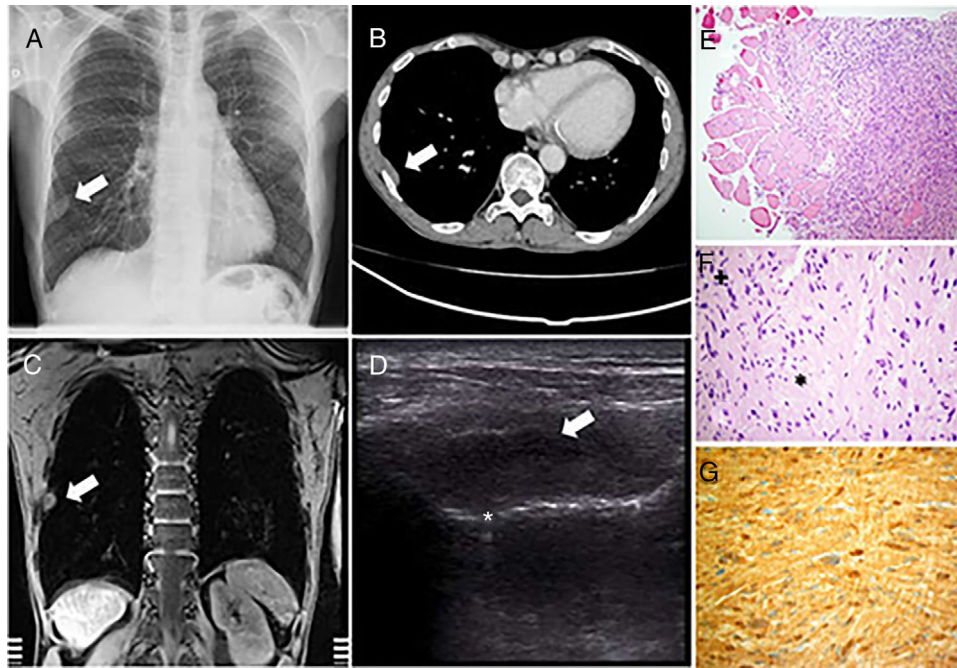


Figura 1. A) Rx de tórax posteroanterior. B) TC con contraste intravenoso en ventana de mediastino. C) RMN con secuencia GRE-T1 tras la administración de contraste paramagnético. D) Ecografía con sonda lineal siguiendo un espacio intercostal. Las flechas blancas señalan una lesión con características extrapulmonares en todas las imágenes. En la imagen ecográfica se puede apreciar una imagen lineal de localización inferior a la lesión correspondiente a la línea pleuropulmonar y que, en la exploración dinámica mostraba movimiento preservado por lo que no sugeriría infiltración de la hoja visceral. E) Celularidad fusiforme, con patrón arremolinado, con músculo y vasos atrapados. F) Se observa moderado pleomorfismo celular, con ocasional cariomegalia, alternando áreas hipercelulares (+) o Antoni A e hipocelulares (*) o Antoni B, sin que se visualicen figuras mitóticas. G) Positividad para proteína S100.

tener una señal de baja intensidad. La RMN permite además, demostrar la afectación vascular. La tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/TC), sin embargo, es de escasa utilidad, dado que con frecuencia presenta elevada captación¹¹, a pesar de ser un tumor benigno, lo que no permitiría el diagnóstico diferencial con metástasis de tumores de otro origen.

El tratamiento suele ser quirúrgico. Tras el mismo, la recurrencia es poco habitual¹²; sin embargo, en nuestro caso, ante la ausencia de sintomatología y la enfermedad de base acompañante, se decidió mantener una actitud conservadora en función de la evolución clínica y radiológica.

Bibliografía

1. Cury J, Coelho RF, Srougi M. Retroperitoneal schwannoma: Case series and literature review. *Clinics (Sao Paulo)*. 2007;62:359–62.
2. McClenathan JH, Bloom RJ. Peripheral tumors of the intercostal nerves. *Ann Thorac Surg*. 2004;78:713–4.
3. Koontz NA, Wiens AL, Agarwal A, Hingtgen CM, Emerson RE, Mosier KM. Schwannomatosis: The Overlooked Neurofibromatosis? *Am J Roentgenol*. 2013;200:W646–53.
4. Wernecke K. Ultrasound study of the pleura. *Eur Radiol*. 2000;10:1515–23.
5. Ferretti GR, Chiles C, Choplin RH, Coulomb M. Localized benign fibrous tumors of the pleura. *Am J Roentgenol*. 1997;169:683–6.
6. Skovronsky DM, Oberholtzer JC. Pathologic classification of peripheral nerve tumors. *Neurosurg Clin N Am*. 2004;15:157–66.
7. Yamanaka R, Hayano A. Radiation-Induced Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumors: A Systematic Review. *World Neurosurg*. 2017;105:961–70.
8. Vollmer I, Gayete Á. Ecografía torácica. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:27–34.

9. O'Sullivan P, O'Dwyer H, Flint J, Munk PL, Muller N. Soft tissue tumours and mass-like lesions of the chest wall: A pictorial review of CT and MR findings. *Br J Radiol*. 2007;80:574–80.
10. Albert P, Patel J, Badawy K, Weissinger W, Brenner M, Bourhill I, et al. Peripheral Nerve Schwannoma: A Review of Varying Clinical Presentations and Imaging Findings. *J Foot Ankle Surg*. 2017;56:632–7.
11. Shah N, Sibtain A, Saunders MI, Townsend E, Wong WL. High FDG uptake in a schwannoma: A PET study. *J Comput Assist Tomogr*. 2000;24:55–6.
12. Lee JY, Lee KS, Han J, Yoon HK, Kim TS, Han BK, et al. Pictorial essay. Spectrum of neurogenic tumors in the thorax: CT pathologic findings. *J Comput Assist Tomogr*. 1999;23:399–406.

Francisco Julián López González^{a,*}, Lucía García Alfonso^a, Ana Isabel Enríquez Rodríguez^b y Héctor Enrique Torres Rivas^c

^a Servicio de Neumología, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Carmen y Severo Ochoa, Cangas del Narcea, Asturias, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central Universitario de Asturias, Oviedo, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fjlopezglez@gmail.com (F.J. López González).

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.05.002>

0300-2896/

© 2018 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.