



Por: Xavier Raurell

Schwannoma lumbar; un caso clínico.

Resumen

Se describe un Schwannoma en un caniche de 8 años de edad que se presentó en nuestro hospital con una historia de dolor lumbar recidivante y cojera posterior izquierda que progresó a paraparesia e incontinencia urinaria. Se procedió a la descompresión quirúrgica y al mismo tiempo se tomó biopsia, la cual dió el diagnóstico de Schwannoma. El animal fue eutanasiado debido a la pobre respuesta al tratamiento, que se pudo explicar por una mielitis necrotizante.

Introducción

Las neoplasias que afectan a la médula espinal pueden ser primarias o de origen metastásico. También pueden comprimir a partir de estructuras vecinas como vértebras (osteosarcomas, condrosarcomas) o meninges (meningiomas). Los tumores neurales primarios son el astrocitoma, glioma, ependimoma, neuroepitelioma, tumores de vainas mielínicas (Schwannoma). También se han descrito linfomas primarios del tejido neural.

Las neoplasias de las vainas de mielina pueden invadir el canal vertebral desde los nervios periféricos y comprimir la médula espinal o tronco del encéfalo si se trata de raíces craneales. Existen distintos patrones de comportamiento según su localización; en el plexo lumbo-sacro pueden originarse en el canal vertebral e invadir las raíces y nervios de ambos lados.

La distinción histológica entre Schwannoma, sarcoma de células de Schwann, neurofibroma y neurofibrosarcoma es muy difícil de establecer y por eso se incluyen en el mismo término de neoplasia maligna de las vainas de mielina ("Malignant Peripheral Nerve Sheath Neoplasia"). Otro sinónimo es el de neurilemoma.

Los tumores espinales pueden comprimir a la médula y provocar lesiones isquémicas, hemorragias o incluso fracturas vertebrales patológicas; de este modo, dichas neoplasias pueden presentarse también de forma aguda.

Los signos clínicos van a depender de la localización del tumor y su diagnóstico se basará en el estudio por imagen de los segmentos afectados. Podemos usar radiología simple en los tumores vertebrales (osteosarcomas, mielomas) o bien mielografía para concretar si la localización es extradural, intradural-extramedular o intramedular. También podemos usar el TAC o resonancia magnética para definir mejor las características tisulares de las estructuras afectadas.

En algunos tipos de neoplasias podremos ver cambios en el líquido céfalo-raquídeo como es el caso de algunos meningiomas y en el linfoma.



En cuanto al tratamiento, está indicada la exploración/descompresión quirúrgica a la vez que tomamos muestra para biopsia de tumores extradurales o intradurales-extramedulares. La mielotomía estaría indicada para los tumores intramedulares. Si se trata de neoplasias que pueden infiltrar el canal vertebral a partir del plexo braquial o lumbo-sacro, está también indicada la amputación del miembro afectado.

La mejor opción de tratamiento suele ser la combinación de cirugía con radioterapia y/o quimioterapia aunque va a depender del tipo de tumor.

La gran mayoría de agentes quimioterápicos tienen una penetración insuficiente en el L.C.R como para llegar en concentraciones terapéuticas al tumor. Existe el tratamiento intratecal con metotrexato o citosina-arabinósido, pero tenemos riesgos de convulsiones y aracnoiditis.

El pronóstico de las neoplasias que afectan a la médula espinal depende del tipo de neoplasia y su malignidad, de lesiones asociadas como hemorragias, isquemias o fracturas vertebrales, de la progresión de los síntomas y de la accesibilidad quirúrgica del tumor; los tumores difusos en meninges o los tumores intramedulares tendrán peor pronóstico.

Caso clínico

Se nos presentó un caniche macho de 8 años de edad con un cuadro progresivo de dolor lumbar, cojera posterior izquierda y finalmente paraparesia con incontinencia urinaria. En la exploración física no se observaron anomalías, excepto un adelgazamiento marcado. La exploración neurológica evidenció déficit de propiocepción en ambas extremidades posteriores, más marcado en la izquierda. El reflejo rotuliano se encontraba aumentado en la extremidad posterior izquierda y el reflejo flexor estaba disminuido en la misma extremidad. En el miembro posterior derecho el reflejo rotuliano se encontraba normal y el flexor disminuido al igual que en el lado izquierdo. El reflejo panicular y pares craneales no presentaron ninguna anomalía. La exploración de los miembros anteriores también resultó normal. Además, en la palpación, el animal mostraba un dolor marcado a nivel lumbar.

Se localizó la lesión en los segmentos medulares L3-S3 lateralizada a la izquierda. El animal fue hospitalizado para llevar a cabo un protocolo diagnóstico adecuado; la analítica sanguínea no reveló anomalías. Se anestesió a dicho animal con 0,5 mgr/Kg de diazepam, 0,017 mg/Kg de buprenorfina y tiobarbital al 2,5% (10 mg/Kg) para la inducción y halothano y oxígeno para el mantenimiento. El estudio radiológico reveló un aumento en el tamaño de la forámina entre L5-L6. En la mielografía se observó una compresión extradural lateralizada hacia el lado izquierdo (fotos 1 y 2).

Para establecer el diagnóstico definitivo se propuso la laminectomía, que nos serviría para descomprimir, extraer la masa y tomar muestra para la anatomía patológica al mismo tiempo (fotos 3 y 4). El resultado definitivo fue de Schwannoma. Después de la cirugía se instauró un tratamiento con cefadrina (22 mg/Kg/8h) como antibiótico de amplio espectro, buprenorfina (0,017 mg/Kg/8h) durante los 2 primeros días post-cirugía y fenilpropanolamina (

1mgr/Kg/12 h). Después de 7 días post-cirugía el animal no mostró ninguna mejoría motora en las extremidades posteriores ni en la función urinaria, por lo que se decidió la eutanasia del mismo.



Discusión

Generalmente los procesos que cursan con signos clínicos de motoneurona inferior, tienen peor pronóstico que los que cursan con motoneurona superior. Los tumores de las vainas de mielina son muy invasivos a nivel local y pueden infiltrar la médula espinal a partir de las raíces nerviosas. En este caso resultaba difícil saber si el tumor infiltraba el canal vertebral a partir de las raíces nerviosas, así como si los signos neurológicos eran debidos a compresión o invasión del tumor. La anatomía patológica mostró finalmente una mielitis necrotizante sin indicios de infiltración de células malignas con áreas de degeneración y necrosis del tejido nervioso, así como hemorragias e inflamación mixta con neutrófilos y macrófagos. Entonces la pobre evolución que experimentó este animal puede justificarse por el tipo de lesiones observadas en la médula a nivel de los segmentos lumbosacros, esta mielitis necrotizante con hemorragias podría explicarse por algún proceso vascular (isquemia, trombosis) debido al mismo tumor o bien por la compresión que dicho tumor ejercía sobre esta zona de médula.