

Diagnóstico y tratamiento del schwannoma esofágico

Diagnosis and treatment of esophageal schwannoma

Nuria LARA MARTÍN* , Elías RODRÍGUEZ CUÉLLAR* ,
Javier MARTÍNEZ CABALLERO* , Eduardo FERRERO HERRERO* 

* Servicio de Cirugía General,
Aparato Digestivo y Trasplante
de Órganos Abdominales.
Hospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid, España.

Autor de correspondencia:
Nuria Lara Martín
ORCID n° 0009-0008-4623-7683
Servicio de Cirugía General,
Aparato Digestivo y Trasplante
de Órganos Abdominales.
Hospital Universitario 12 de Octubre
Madrid España
email: nlaramar@yahoo.es

Recibido: 14-10-2025
Revisado: 18-10-2025
Aceptado: 22-10-2025
Published: 28-11-2025

**Descargo de responsabilidad/
Nota del editor:**

Las declaraciones, opiniones y datos contenidos en todas las publicaciones pertenecen exclusivamente a los autores y colaboradores individuales y no a Dykinson S.L. ni a los editores. Dykinson S.L. y/o el(los) editor(es) declinan toda responsabilidad por cualquier daño a personas o propiedad que resulte de cualquier idea, método, instrucción o producto mencionado en el contenido.

Este artículo, se distribuye bajo licencia Creative Commons Interaccional 4.0 No comercial - Sin obra derivada (CC BY-NC-ND 4.0)

© 2025. Los autores. Publicado por Archivos de Cirugía

Resumen

Introducción: Los schwannomas esofágicos son tumores benignos extremadamente infrecuentes (<2% de las neoplasias esofágicas benignas). Su diagnóstico preoperatorio es complejo por la inespecificidad clínica e imagenológica, requiriendo confirmación histológica e inmunohistoquímica.

Caso clínico: Varón de 60 años, valorado en Urgencias tras accidente de tráfico, en quien se identificó incidentalmente una masa sólida nodular de 2–3 cm en la unión del tercio proximal y medio esofágico. El paciente presentaba disfagia progresiva y pérdida ponderal. La ecoendoscopia con PAAF fue sugestiva de GIST, aunque el estudio citológico resultó no concluyente. Ante la clínica y tamaño tumoral se indicó enucleación toracoscópica. El análisis histopatológico confirmó schwannoma esofágico encapsulado, S-100 positivo y negativo para c-KIT, DOG-1, CD34 y desmina. La evolución postoperatoria fue favorable, con adecuada tolerancia oral y sin complicaciones en controles radiológicos.

Conclusión: El schwannoma esofágico es una entidad poco frecuente cuyo diagnóstico definitivo suele alcanzarse tras la resección quirúrgica. La enucleación mínimamente invasiva constituye el tratamiento de elección en lesiones de tamaño intermedio, ofreciendo excelentes resultados funcionales y pronóstico favorable. Se recomienda vigilancia periódica ante la posibilidad, aunque excepcional, de malignidad

Palabras clave: Schwannoma esofágico - tumor subepitelial - S100 - enucleación toracoscópica- esofagectomía - disfagia

Abstract

Introduction: Esophageal schwannomas are rare benign tumors (<2% of benign esophageal neoplasms). Preoperative diagnosis is challenging due to nonspecific clinical and imaging features, with histology and immunohistochemistry required for confirmation.

Case report: A 60-year-old male presented to the Emergency Department after a traffic accident, where an incidental 2–3 cm nodular solid mass was found at the junction of the proximal and middle esophagus. The patient reported progressive dysphagia and weight loss. Endoscopic ultrasound with fine-needle aspiration suggested a GIST, although cytology was inconclusive. Thoracoscopic enucleation was performed due to symptoms and tumor size. Histopathological analysis confirmed an encapsulated esophageal schwannoma, positive for S-100 and negative for c-KIT, DOG-1, CD34, and desmin. Postoperative recovery was uneventful, with adequate oral tolerance and normal radiological follow-up.

Conclusion: Esophageal schwannoma is a rare entity whose definitive diagnosis is usually established after surgical resection. Minimally invasive enucleation is the treatment of choice for intermediate-sized lesions, providing excellent functional outcomes and favorable prognosis. Periodic follow-up is recommended due to the rare risk of malignancy.

Keywords: Esophageal schwannoma- subepithelial tumor - S100 - thoracoscopic enucleation - esophagectomy - dysphagia



Lista de abreviaturas

TAC:	tomografía axial computarizada
EDA:	endoscopia digestiva alta
PAAF:	punción aspiración con aguja fina
GIST:	tumor del estroma gastrointestinal
EIC:	espacio intercostal
IHQ:	inmunohistoquímica
GFAP:	proteína ácida fibrilar glial

Introducción

Los tumores esofágicos benignos representan alrededor del 2% del total, localizándose con mayor frecuencia en el tercio proximal^{1,2}.

La mayoría de pacientes con estas lesiones se mantienen asintomáticos hasta adquirir un tamaño considerable³, siendo común su diagnóstico incidental. La mayoría son subepiteliales, destacando el leiomioma que constituye el tumor benigno más frecuente (70–80%), mientras que el schwannoma esofágico representa menos del 2% de estas lesiones.

Los schwannomas son el tipo más común de tumor neurogénico² y proceden de la célula de Schwann, en los nervios periféricos^{4,5}. Su localización gastrointestinal es muy poco frecuente, especialmente en esófago⁷. El 5% pueden asociarse con neurofibromatosis tipo I (con pronóstico más agresivo y presentación temprana).

La ecoendoscopia con punción aspiración con aguja fina (PAAF) desempeña un papel importante en el diagnóstico de las lesiones benignas esofágicas subepiteliales y para decidir el tratamiento (variable desde vigilancia hasta resección endoscópica o quirúrgica)³. El diagnóstico correcto y definitivo recae en el estudio anatomopatológico dado que estos tumores comparten características imagenológicas entre ellos⁵.

Caso

Presentamos el caso de un varón de 60 años valorado en Urgencias tras un accidente de tráfico a alta velocidad. Hemodinámicamente estable y sin lesiones físicas externas se realizan pruebas

de imagen. En tomografía axial computada (TAC) cervical se identifica incidentalmente una lesión excrescente nodular sólida de aproximadamente 2 cm, localizada a nivel T2-T3, que ocluye casi por completo la luz esofágica en la unión del tercio proximal con el tercio medio sin adenopatías axilares, mediastínicas o hiliares de tamaño significativo ni otras alteraciones significativas.

Además el paciente refiere disfagia de meses de evolución con pérdida de peso asociada.

A través de endoscopia digestiva alta (EDA) se evidencia a 20 cm de la arcada dentaria lesión que protruye hacia la luz de 3 cm de diámetro máximo sin condicionar estenosis, sugestiva de lesión submucosa esofágica.

Se realiza ecoendoscopia con PAAF en la que se identifica a 20–25 cm de los incisivos la lesión redondeada de límites bien definidos, dependiente de la capa submucosa con ecogenicidad predominantemente intermedia con áreas hipocogénicas, con hiperrealce heterogéneo tras contraste intravenoso compatible con probable lesión de origen mesenquimal sospechosa de GIST.

El informe de anatomía patológica indica: epitelio escamoso contaminante y agregados sincitiales de células mesenquimales con morfología fusiforme, disposición aleatoria y núcleos sin atipia citológica de alto grado con células mesenquimales negativas para desmina, CD117 y S100.

Tras el estudio de la lesión, sin lograr un diagnóstico de certeza sobre su origen y dado el tamaño de la misma en un paciente con disfagia asociada, se decide tratamiento quirúrgico para enucleación mediante abordaje toracoscópico.

Se coloca al paciente en decúbito prono realizando neumotórax a 8mmHg a través de trócar



Figura 1. TAC cervicotorácico con lesión de 2cm que protruye hacia luz esofágica a nivel de la unión del tercio proximal con tercio medio esofágico sin otros hallazgos significativos.

óptico de 11mm colocado en séptimo espacio intercostal (EIC); además un trócar de 12 mm en noveno EIC y otro de 5 mm en quinto EIC.

Se incide sobre la pleura mediastínica derecha a la altura del tumor esofágico. Tras localizar la lesión, se realiza miotomía longitudinal y disección cuidadosa respetando la mucosa esofágica. Tras exéresis de la lesión completa sin ruptura se realiza sutura del plano muscular longitudinalmente y flap de pleura mediastínica sobre la miotomía.

En el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica se concluye diagnóstico de lesión encapsulada Schwannoma DOG-1 negativa, S 100 positivo, c-kit, CD34 y desmina negativas.

Durante el seguimiento postquirúrgico el paciente tolera vía oral sin incidencias. En tránsito esofagogastroduodenal con contraste baritado de control se observa esófago de contorno liso, con calibre y peristaltismo normal sin reflujo gastroesofágico (RGE).

Discusión

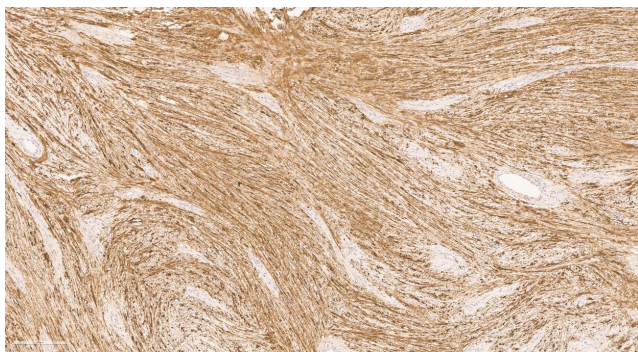
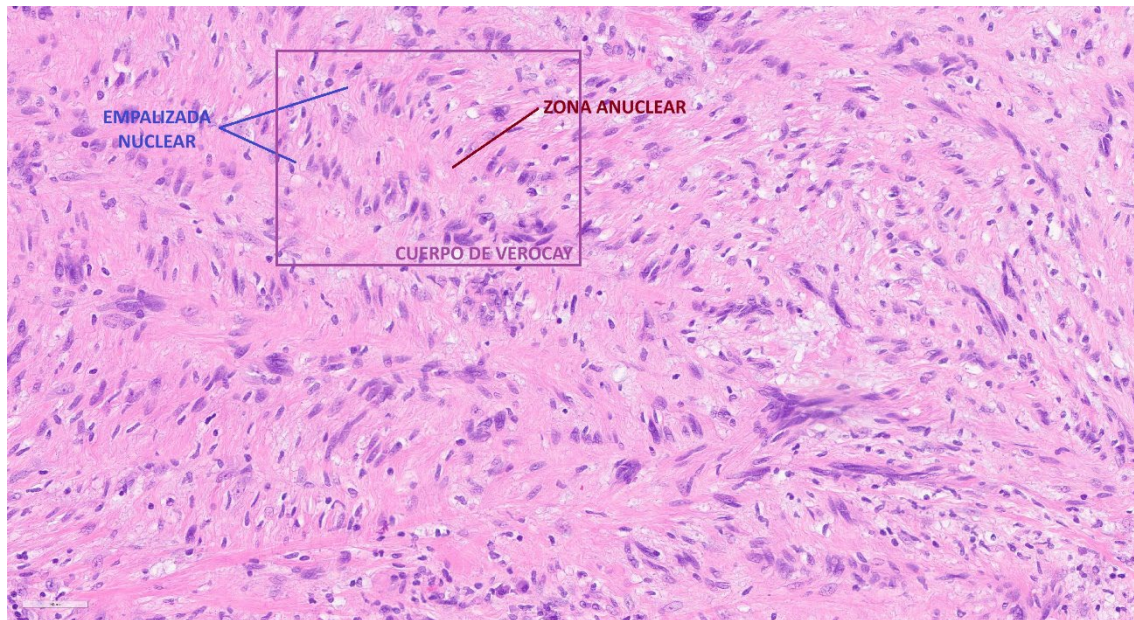
Los tumores subepiteliales esofágicos pueden corresponder a tres estirpes histológicas: miogénicos, entre los que destacan los leiomiomas (80%), neurogénicos, siendo los schwannomas los más frecuentes (<1%) y tumores del estroma gastrointestinal (GIST), de carácter maligno y poco frecuentes en el esófago. La distinción entre ellos a través de los métodos de diagnóstico por imagen es muy difícil^{4,6,3}.

Los tumores neurogénicos suelen aparecer en mediastino posterior, siendo los esofágicos muy poco frecuentes^{4,6,3}. El schwannoma esofágico tiene mayor incidencia en mujeres, fundamentalmente de raza asiática (ratio 4:1 mujer/hombre) durante la quinta/sexta década de la vida⁷. Muchos pacientes son asintomáticos, habiéndose descrito una amplia variedad de presentaciones y destacando la disfagia como síntoma principal^{4,1} pero también disnea (sobre todo en pacientes jóvenes)⁸, epigastralgia, dolor

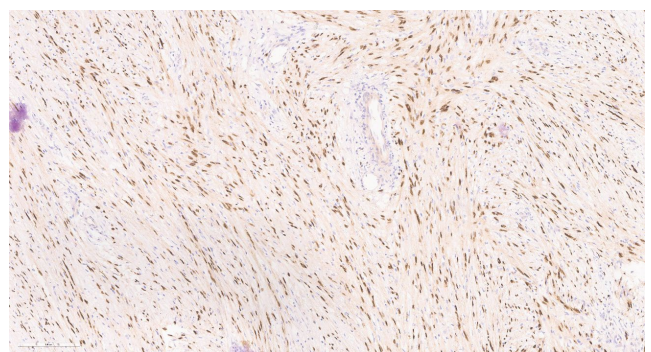


Figura 2. Ecoendoscopia digestiva alta con lesión de límites bien definidos dependiente de la capa submucosa superficial de la pared esofágica.

A



B: S100



C: SOX10

Figura 3. (A,B,C) Citología de la PAAF de la lesión con aguja histológica de 25G y 22G.

- A: HE. En el siguiente corte histológico se muestran células fusiformes sin atipia citológica con alternancia de áreas Antoni A y Antoni B.
- B y C. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, las células neoplásicas son positivas para S100 de manera fuerte y difusa, así como para SOX10.

torácico, hematemesis o tos^{9,10}. La mayoría son benignos, pero existen casos aislados de schwannoma esofágico maligno descritos en la literatura.

El diagnóstico del schwannoma esofágico supone un reto dada su clínica y presentación radiológica inespecífica^{6,10}. Resulta indistinguible de otras entidades en TAC, esofagograma con bario, endoscopia o PET; además su localización subepitelial supone una dificultad en la toma de biopsias endoscópicas que carecen de profundidad suficiente como para incorporar componentes de la vaina nerviosa periférica⁵ llevando a un diagnóstico inicial equivocado (muchas masas se asumen inicialmente como leiomiomas)⁵ obteniendo el diagnóstico definitivo durante el estudio anatomopatológico postquirúrgico¹⁰.

La descripción típica microscópica de los schwannomas esofágicos consiste en células fusiformes en empalizada bien encapsuladas con mínima variación nuclear, altamente vascularizadas con escasas figuras mitóticas o ausencia de ellas, y ausencia de necrosis. Las áreas celulares («Antoni A») se intercalan con áreas mixoides («Antoni B»), y ambas están rodeadas por un manguito periférico de células linfoides¹⁰.

El diagnóstico de confirmación se realiza mediante inmunohistoquímica. Los schwannomas son fuertemente positivos para S-100 y débilmente positivos para proteína ácida fibrilar glial (GFAP) mientras que resultan negativos para CD 117 (c-KIT), CD34 actina y desmina^{9,10}.

En cuanto a la actitud terapéutica a seguir no existe consenso definido en la literatura. En general la resección quirúrgica debería considerarse en pacientes con lesiones grandes, sintomáticas, con rápido crecimiento, dudas diagnósticas o sospecha de malignidad^{1,2} siendo variable la elección de técnica quirúrgica en función del tamaño y localización de la lesión². El carácter principalmente benigno de los schwannomas hace posible el planteamiento de cirugías mínimamente invasivas² como resección mediante enucleación (en lesiones entre 2 y 8 cm); no obstante, las más grandes (a partir de 8-10 cm) requieren esofagectomía. Si el tumor se encuentra a menos de 20cm de la arcada dentaria se recomienda abordaje cervical mientras que en tumores caudales que exceden los 30cm de los incisivos se prefiere abordaje toracoscópico². Existen casos de lesiones tratadas con abordajes híbridos³ y resecciones esofágicas amplias con esofagoplastia posterior para evitar estenosis⁷.

Podría valorarse la resección endoscópica en pacientes seleccionados con lesión bien delimitada \leq a 2cm⁶ con abordajes como la resección endoscópica submucosa o la resección mediante tunelización endoscópica¹¹. La opción de vigilancia pue-

de considerarse en algunos casos (principalmente en lesiones pequeñas asintomáticas) pero no está protocolizada.

El pronóstico del schwannoma esofágico tras resección completa es excelente siendo raras las recurrencias. Se recomienda vigilancia periódica con control endoscópico-radiológico puesto que se han reportado casos aislados de schwannomas malignos¹² con metástasis ganglionares cervicales⁶. El tratamiento adyuvante quimio-radioterápico no está indicado en este tipo de tumores^{6,10,8}.

Conclusiones

El schwannoma esofágico es una entidad infrecuente cuyo diagnóstico preoperatorio resulta complejo por su presentación clínica y radiológica inespecífica. La confirmación se establece mediante estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico. La resección completa mediante técnicas mínimamente invasivas, como la enucleación toracoscópica, ofrece excelentes resultados funcionales y pronóstico favorable.”

Bibliografía

1. Moro K, Nagahashi M, Hirashima K, Kosugi S-I, Hanyu T, Ichikawa H, Ishikawa T, Watanabe G, Gabriel E, Kawaguchi T, Takabe K, Wakai T. Benign esophageal schwannoma: a brief overview and our experience with this rare tumor. *Surg Case Rep.* 2017;3(1):97.
2. Nakagawa M, Mori N, Saisyo K, Yoshida T, Isobe T, Sakai H, Hisaka T, Ishibashi N, Fujita F. Hybrid surgical approach for a large schwannoma from the cervical esophagus to the upper thoracic esophagus: a case report. *Gen Thorac Cardiovasc Surg Cases.* 2024;3(1):45.
3. Alric H, Landi B, Samaha E, Palazzo L. Tumores benignos del esófago. *EMC - Tratado de Medicina.* 2023;27(2):1-5.
4. Mestas Núñez FA, Mestas Núñez RS, Vargas E, Portillo JL, MohrdeKrause N. Schwannoma esofágico. *Rev Argent Radiol.* 2013;77(4):295-7.
5. Cortés-Valencia T, Goyeneche-Casanova C, Lancheros-Hortúa N, Lozada-Benítez F, Fierro-Rodríguez D. Schwannoma esofágico gigante, un diagnóstico de exclusión: reporte de un caso. *Rev Col Gastroenterol.* 2017;32(2):157-61.
6. Chen HC, Huang HJ, Wu CY, Lin TS, Fang HY. Esophageal schwannoma with tracheal compression. *Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;54(8):555-8.
7. Degheili JA, Sfeir P, Khalifeh I, Hallal AH. Large esophageal schwannoma: En-bloc resection with primary closure by esophago-plasty. *Int J Surg Case Rep.* 2019;62:53-7.
8. Choo SS, Smith M, Cimino-Mathews A, Yang SC. An early presenting esophageal schwannoma. *Gastroenterol Res Pract.* 2011;2011:165120.
9. Dutta R, Kumar A, Jindal T, Tanveer N. Concurrent benign schwannoma of oesophagus and posterior mediastinum. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2009;9(6):1032-4.
10. Kassis ES, Bansal S, Perrino C, Walker JP, Hitchcock C, Ross P Jr, et al. Giant asymptomatic primary esophageal schwannoma. *Ann Thorac Surg.* 2012;93(6):e81-3.
11. Li B, Wang X, Zou WL, Yu SX, Chen Y, Xu HW. Endoscopic resection of benign esophageal schwannoma: Three case reports and review of literature. *World J Clin Cases.* 2020;8(22):5690-700.
12. Mishra B, Madhusudhan KS, Kilambi R, Das P, Pal S, Srivastava DN. Malignant schwannoma of the esophagus: a rare case report. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg.* 2016;49(1):63-6.
13. Sánchez A, Mariángela P, Carrasco C, Venturelli A, Vera G. Tumor esofágico maligno de las vainas nerviosas periféricas (schwannoma esofágico maligno). *Gastroenterol Hepatol.* 2004;27(8):467-9.

