

Caso clínico

Schwannoma del tabique nasal: comunicación de un caso

Román Sánchez B,* María Fernández O,* Alejandro Esparza R,** Javier Dibildox M,*** Cuauhtémoc Oros Ovalle,**** Juan José Reyes Fortanelli

Resumen

El schwannoma es un tumor neurogénico benigno de crecimiento lento. El 45% de los casos ocurren en la región de la cabeza y el cuello; su origen en la cavidad nasal y los senos paranasales es poco común: aproximadamente 4%. Se comunica el caso de un schwannoma del tabique nasal en un paciente de 68 años de edad, con una tumoración de ocho años de evolución que clínicamente mostraba sólo obstrucción nasal y rinorrea. Se realizó extirpación por abordaje de rinotomía lateral, con éxito. Luego de tres años de seguimiento no muestra recurrencia.

Palabras clave:

schwannoma, tabique nasal.

Abstract

Schwannoma is a benign neurogenic tumor of slow growing. Forty-five percent of cases occur in head and neck region; its origin on nasal cavity and paranasal sinuses is not common, about 4%. We report the case of a nasal septum schwannoma in a male 68 year-old patient, with a tumor of eight years of evolution with clinical signs of nasal obstruction and rhinorrhea. Extirpation by lateral rhynotomy was done successfully. After three years of follow-up patient does not have recurrence.

Key words:

schwannoma, nasal septum.

Introducción

El schwannoma es un tumor originado en las células de Schwann, también conocido como neurilemoma o glioma periférico, entre otros nombres; habitualmente es benigno, de crecimiento lento.^{1,2,3} La primera descripción del padecimiento fue hecha en 1908 por Verocay, pero fue hasta 1926, en Alemania, cuando por primera vez se describió esta enfermedad en la cavidad nasal.^{4,5,6} Esta neoplasia puede afectar cualquier parte del cuerpo, pero 45% de todos los schwannomas se originan en la cabeza y el cuello, principalmente en el VIII par craneal;

su origen en la cavidad nasal y los senos paranasales es poco común: se han reportado unos 40 casos en la literatura.^{1,4,5,7,8}

Se comunica el caso de un paciente con schwannoma septal.

Caso clínico

Paciente masculino de 68 años de edad, sin antecedentes de importancia.

Padecimiento actual: ocho años con obstrucción nasal izquierda, lentamente progresiva hasta la obstrucción total bilateral.

* Médico adjunto, servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí.

** Médico residente de cuarto año de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Centro Médico del Noreste, Hospital de Especialidades núm. 25, Monterrey, Nuevo León, IMSS.

*** Jefe del servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

**** Jefe del servicio de anatomía patológica.

Hospital Central Ignacio Morones Prieto, San Luis Potosí, México.

Correspondencia: Dr. Román Sánchez B. Servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Central Ignacio Morones Prieto. Av. Venustiano Carranza 2395, Zona Universitaria, CP 78240, San Luis Potosí, SLP. Tel.: 01-444-8342700.

Exploración física

En la rinoscopia anterior se halló una tumoración que protruía la fosa nasal izquierda y la ocupaba en su totalidad; era de consistencia ahulada, coloración ocre, con rinorrea verdosa abundante y desplazamiento septal (figura 1).



Figura 1. Tumor que protruye por ambas fosas nasales, coloración amarillorosa, indistinguible de otras neoplasias.

Se realizó tomografía computada de nariz y senos paranasales en fases simple y contrastada, donde se observó una imagen heterogénea que abarcaba completamente la fosa nasal izquierda, desplazando el tabique a la derecha, con extensión posterior a las coanas y nasofaringe; tenía bordes bien definidos, a la aplicación del medio de contraste se acentuó el reforzamiento; había ocasionado remodelación ósea de las paredes laterales y el tabique nasales, indicativo de un comportamiento benigno (figuras 2 y 3).



Figura 2. Tomografía computada axial simple donde se observa densidad de tejidos blandos que ocupan la cavidad nasal casi en su totalidad y han provocado desplazamiento del tabique nasal a la derecha. La lesión es hipodensa respecto de la densidad de los músculos. Los senos maxilares están ocupados por obstrucción del drenaje.

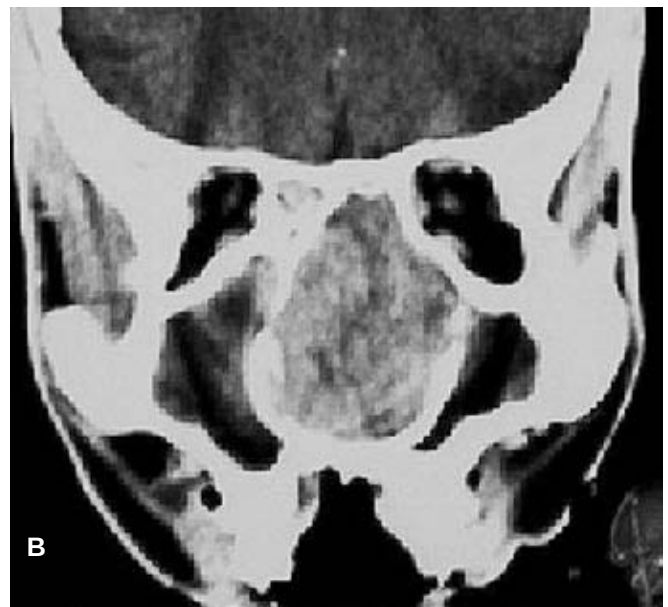


Figura 3. Tomografía computada en corte coronal: A) técnica para hueso, B) para tejidos blandos con contraste I.V. La gran tumoración se originó en la fosa nasal izquierda y desplazó el tabique, al que remodeló al igual que a las paredes laterales nasales. También muestra un comportamiento expansivo en el etmoides y no se observa el esqueleto de los cornetes. El reforzamiento con el medio de contraste es acentuado.

Se practicó biopsia incisional y se diagnosticó schwannoma, por lo que se decidió realizar resección tumoral por medio de rinotomía lateral, con lo cual se encontró el sitio de implantación en la porción inferior del tabique nasal (figuras 4 y 5).

Tras un seguimiento de tres años el paciente se encuentra asintomático. No existe evidencia de recurrencia, por control tomográfico y endoscópico.

Discusión

Antes de ser llamada schwannoma, esta enfermedad recibió acepciones como neuroma, schwannoglioma, glioma periféri-

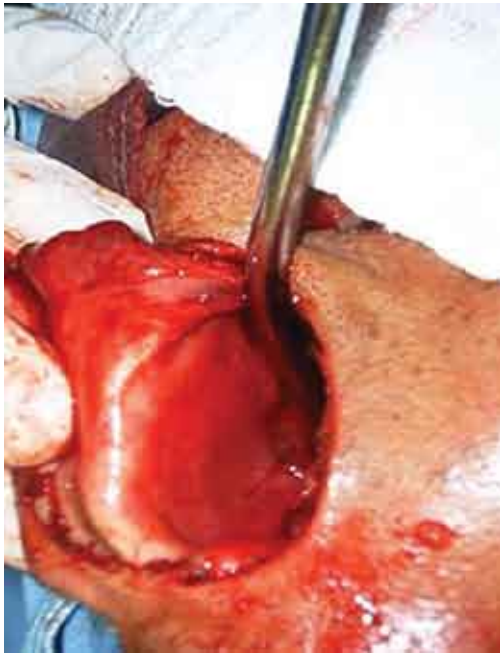


Figura 4. Se muestra el pedículo de la tumoración que pone de manifiesto su origen en el tabique nasal.



Figura 5. Pieza quirúrgica. Tumor de aproximadamente 10 cm, color gris-rosado con áreas polipoides.

co, fibroblastoma, entre otras; esto ha dificultado su análisis y búsqueda de información al respecto. La literatura reporta que entre 25 y 45% de los casos de schwannoma ocurren en la cabeza y el cuello.^{1,3,4,9,10} En 1993, Higo, en Japón, recopiló datos de 160 casos de schwannoma de cavidad nasal y senos paranasales que muestran una distribución por edad entre 6 y 78 años, con mayor incidencia entre la segunda y quinta décadas de la vida; no encontró prevalencia por sexo o raza. Las celdillas etmoidales fueron el sitio más frecuente de origen, seguidas por el seno maxilar, la cavidad nasal y el seno esfenoidal.^{11,12,13}

Con excepción del nervio óptico y el olfatorio (considerados extensiones del sistema nervioso central, por ser cubiertos

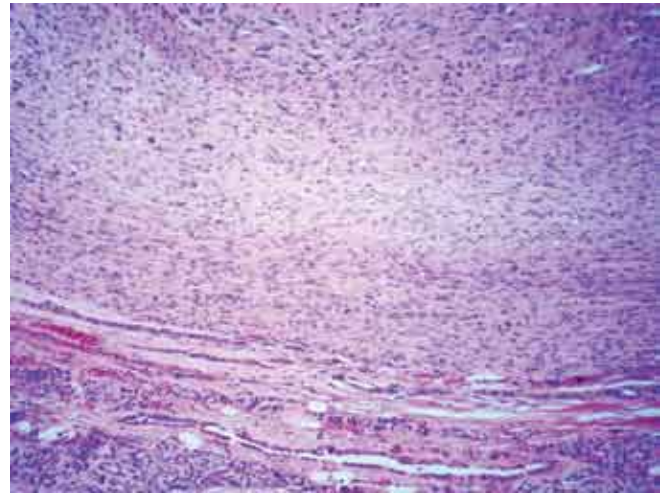


Figura 6. Tumor encapsulado, submucoso. Muestra zonas hipercelulares Antoni A, alternas con zonas hipocelulares Antoni B en un fondo fibrilar. (H&E 10X)

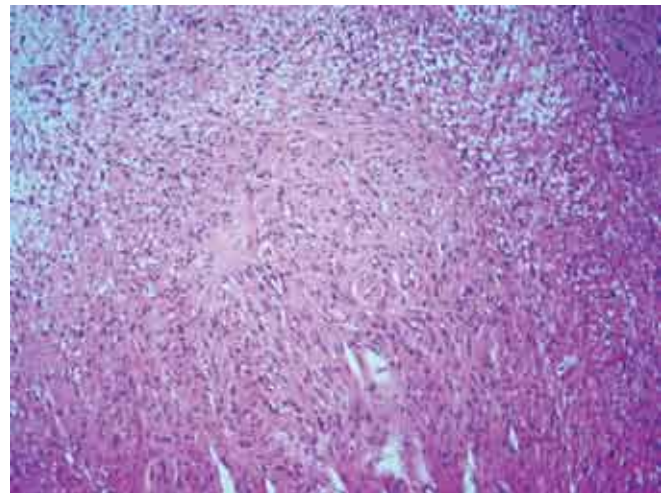


Figura 7. Las células se organizan en pequeños fascículos con núcleos pequeños en palizadas o en filas (cuerpos de Verocay). Se observa prominente vascularidad. (H&E 20X).

sus axones por células de la glia y no células de Schwann), un schwannoma puede originarse en cualquier nervio. En la cabeza y el cuello se originan principalmente en la rama oftálmica o la maxilar del nervio trigémino, pero también puede haberlo en las fibras simpáticas del plexo carotídeo y las fibras parasimpáticas del ganglio esfenopalatino que inervan la mucosa nasal.^{1,4,13}

Desde el punto de vista clínico, el schwannoma se comporta según el sitio anatómico que afecte, el nervio dañado y la afección de estructuras adyacentes.^{5,6,8,14} La manifestación más frecuente es la obstrucción nasal unilateral progresiva, con epistaxis ocasional y rinorrea mucopurulenta, a veces anosmia y dolor. Cuando la afección se ubica en el seno esfenoidal, la diplopía puede ser la primera manifestación por afección del III, IV o VI pares.

Además de la historia clínica y la evaluación física, es muy útil la endoscopia nasal.^{15,16,17} El estudio topográfico es fundamental para valorar la lesión y las estructuras óseas afectadas. Esta afección habitualmente muestra un reforzamiento periférico con la aplicación del medio de contraste, pero en ocasiones puede mostrar una lesión heterogénea que sugiere áreas con hipervascularidad y áreas de necrosis. La resonancia magnética es útil para diferenciar la lesión tumoral del edema perilesional o la extensión intracraneal. Estas lesiones tienen una intensidad intermedia en T1, con una intensidad de intermedia a alta en T2, dependiendo de la celularidad que muestre.^{1,7,11,12,18}

El manejo de esta neoplasia es principalmente quirúrgico con resección completa, con lo cual el pronóstico es excelente. El abordaje quirúrgico puede darse mediante una rinotomía lateral, una Caldwell-Luc o incluso una resección endoscópica, dependiendo de la extensión.^{6,10,16}

Desde el punto de vista macroscópico el schwannoma tiene un aspecto polipoide de consistencia gelatinosa o quística encapsulada, la cual puede mostrar zonas de degeneración quística, necrosis, trombosis o lagunas venosas, pero sin ninguna característica distintiva, por lo que el diagnóstico diferencial es muy amplio y va desde un angioma o un pólipo nasal hasta un melanoma o un neuroblastoma.^{3,5}

El schwannoma maligno es extremadamente raro. El 10% de ellos han afectado la región de la cabeza y el cuello y sólo 18 casos bien documentados involucran a los senos paranasales y la cavidad nasal.¹⁹

La transformación maligna de esta neoplasia es poco común y se relaciona principalmente con la enfermedad de Von Recklinghausen (8-15%), por esto es importante descartarla. La hiperplasia, alta actividad mitótica y pleomorfismo nuclear, principalmente con una marcada atipia citonuclear, sitios de necrosis y un índice de proliferación alto (>5 mitosis/20 HPF) nos hacen suponer posible malignidad.^{3,9,19}

En 1920, Antoni clasificó al schwannoma, de acuerdo con las características histopatológicas, en Antoni A (áreas con células agrupadas, compactas en fascículos con vacuolas intranucleares que forman los cuerpos de Verocay) y Antoni B (áreas degenerativas con escasa celularidad en husos que se dispersan libremente por el estroma fibroso).³

La inmunohistoquímica es fundamental para el diagnóstico diferencial de esta enfermedad. La proteína S100, que es un marcador neuroectodérmico, en los schwannomas muestra alta inmunorreactividad, difusa, a diferencia de los nasoangiofibromas, hemangiopericitomas o sarcomas. Además, cuando la proteína S100 tiene positividad focal generalmente se asocia con malignidad.^{3,19,20}

Es importante considerar la posibilidad de este padecimiento, debido a que sus síntomas clínicos son escasos, inespecíficos y pueden aparecer a cualquier edad.

Referencias

- Guimarães R, Becker H, Silva C, Crossara P, et al. Nasal schwannoma with intracranial extension. Case report. *Rev Bras Otorrinolaringologia* 2000;66(3):279-82.
- Adler ET, Cable BB, Casler JD, Greenspan RB. Pathologic quiz case 2. External nasal schwannoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997;123:443-5.
- Buob D, Wacrenier A, Chevalier D, Aubert S, Quinchon JF, Grosselin B, et al. Schwannoma of the sinonasal tract: a clinicopathologic and immunohistochemical study of 5 cases. *Arch Pathol Lab Med* 2003;127:1196-9.
- Donnelly MJ, al-Sader MH, Blayney AW. Benign nasal schwannoma. *J Laryngol Otol* 1992;106:1011-5.
- Hasegawa SL, Mentzel T, Fletcher CD. Schwannomas of the sinonasal tract and nasopharynx. *Mod Pathol* 1997;10:777-84.
- Leakos M, Brown DH. Schwannomas of the nasal cavity. *J Otolaryngol* 1993;22:106-7.
- Hegazy HM, Snyderman CH, Fan CY, Kassam AB. Neurilemmomas of the paranasal sinuses. *Am J Otolaryngol* 2001;22:215-8.
- Hawkins DB, Luxford WM. Schwannomas of the head and neck in children. *Laryngoscope* 1980;90:1921-6.
- Leu YS, Chang KC. Extracranial head and neck schwannomas: a review of 8 years experience. *Acta Otolaryngol* 2002;122:435-7.
- Oi H, Watanabe Y, Shojaku H, Mizukoshi K. Nasal septal neurinoma. *Acta Otolaryngol* 1993;504(Suppl):151-4.
- Pasic TR, Makielski K. Nasal schwannoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;103:943-6.
- Yang TL, Hsu MC, Liu CM. Nasal schwannoma: a case report and clinicopathologic analysis. *Rhinology* 2001;39:169-72.
- Liu YP, Huang JK, Cheng SJ, Sheu CY. Neurilemoma of the nasal septum: a case report. *Chin J Radiol* 2002;27:79-82.
- Mohan D, Krishna A, Ramakrishnan V. Schwannoma presenting as a nasal tip deformity. *Ann Plast Surg* 1997;38:83-4.
- Younis RT, Gross CW, Lazar RH. Schwannomas of the paranasal sinuses. Case report and clinicopathologic analysis. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:677-80.
- Facon F, Forman C, Paris J, Chapon F, Moulin G, Dessi P. A case of nasal septum schwannoma: endoscopic resection. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2004;121(3):179-83.
- Shinohara KA, Hashimoto K, Yamashita M, Koichi O. Schwannoma of the nasal septum removed with endoscopic surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005;132(6):963-4.
- Siqueira MG, Jennings E, Moraes OJS, Santos MTS, Zanon N, et al. Naso-ethmoid schwannoma with intracranial extension. *Arch Neuro Psiquiatr* 2001;59:2B.
- Marvel JB, Parke RB Jr. Malignant schwannoma of the nasal cavity. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1990;102(4):409-12.
- Yaqoob N, Soomro I, Moatter T, Zaffar A. Coexistence of benign schwannoma and lymphoma in a nasal polyp. *J Laryngol Otol* 2002;116:865-7.