
ARTICULO ESPECIAL

SCHWANNOMA (NEURILEMOMA) SUBMAXILAR

Tafoya-Ramírez Fabián*, García-Matus Rolando**

*Servicio de Anatomía Patológica.

**Servicio de Oncología Quirúrgica.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

CORRESPONDENCIA/CORRESPONDENCE

*** Fabián Tafoya Ramírez**

Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Domicilio conocido s/n, San Bartolo Coyotepec

Oaxaca. C.P. 71256

Tel. (951) 5018080 Ext. 1109

f_tafyamx@yahoo.com.mx

INFORMACION DEL ARTÍCULO

Recibido el 28 de junio de 2008

Aceptado el 31 de julio de 2008

Rev Eviden Invest Clin 2008; 1 (1): 34-37

PRESENTACIÓN DEL CASO

Masculino de 24 años de edad sin antecedentes importantes para su padecimiento actual, inicia hace 8 meses con aumento de volumen en región submaxilar derecha con incremento progresivo de tamaño, no se acompaña de otros síntomas sólo de sensación de cuerpo extraño que se eleva al hablar. A la exploración, el cuello muestra asimetría a expensas de tumor en región submandibular derecha de consistencia dura no dolorosa, a la palpación movable de 6 cm de diámetro, no se palpan adenopatías, se toma biopsia con reporte de sialoadenitis.

Se obtiene muestra que mide 7 x 4 x 3 cm, por la superficie es de color café grisáceo de aspecto lobulado, trama vascular aparente, al corte es de color café claro, brillante de consistencia ahulada, a los cortes seriados de similares características (figura 1).



Figura 1. Se aprecia tumor lobulado con trama vascular aparente, al corte brillante de consistencia

Histológicamente muestra células fusiformes con núcleos redondos homogéneos con 2 a 3 mitosis en 10 campos a seco fuerte, su citoplasma es elongado y eosinófilo, estas células se disponen en grupos y alternan con zonas anucleadas formadas por material

proteináceo amorfo, en otras áreas se disponen en zonas de aspecto “esponjoso” y en forma aleatoria, en cortes subsecuentes se distinguen vasos sanguíneos congestivos, los cuales se caracterizan por presentar esclerosis de su luz, sin ocluirla en su totalidad, se distingue escaso infiltrado inflamatorio crónico y agudo, se observa remanente de glándula salival el cual es comprimido, pero no infiltrado por la lesión antes descrita, dicha glándula se encuentra conformada por glándulas serosas (figura 2). El diagnóstico histopatológico fue de schwannoma (neurilemoma) con patrón Antoni A con predominio Antoni B, presencia de cuerpos de Verocay y esclerosis de vasos sanguíneos, 2 a 3 mitosis en 10 campos a seco fuerte, glándula salival sin alteraciones histológicas, sin evidencia de invasión angiolinfática ni de malignidad, se realizaron marcadores para inmunohistoquímica, los cuales fueron positivos para fosfatasa glial fibrilar, proteína S-100 y antígeno de membrana epitelial.

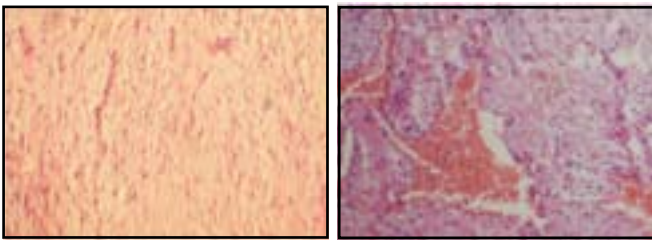


Figura 2. Se observan células en grupos que alternan con zonas anucleadas, se disponen de manera aleatoria, se distinguen vasos sanguíneos congestivos, los cuales se caracterizan por presentar esclerosis de su luz, sin ocluirla en su totalidad.

DISCUSIÓN

Los tumores neurógenos constituyen un porcentaje muy bajo dentro de las lesiones neoplásicas de cabeza y cuello. Este grupo heterogéneo está compuesto de tumores benignos (neurofibromas, neurilemomas, neuromas, nevus neurógeno y mioblastomas de células granulares) y tumores malignos (sarcomas neurogénicos, schwannomas malignos, neuroepiteliomas y melanomas).¹

En cuanto a la distribución por sexo, hay reportes que no encuentran una diferencia significativa y otros que muestran predilección por un sexo determinado.²

Casi toda la anatomía de la cabeza y cuello se ha visto afectada por los neurilemomas, incluidos los tejidos blandos de la cara, en especial la región preauricular, frente, órbita, cuero cabelludo, labios, maxilar, mandíbula, suelo de boca, lengua, senos paranasales, fosa nasal, glándula parótida, nasofaringe y laringe.²

Dentro de la localización intraoral, la lengua y el suelo de la boca son las zonas más comúnmente afectadas.³

Rara vez aparece como lesión central de los maxilares, con mayor frecuencia en la mandíbula, siendo el origen de éste el nervio dentario inferior.

Daly y Roesler, dividen éstos, cuando se localizan en cabeza y cuello, en dos grupos: medial y lateral. Los tumores laterales provienen de troncos nerviosos cervicales y de los plexos cervical y braquial; los mediales provienen de los últimos cuatro pares craneales y de la cadena simpática cervical, pudiendo manifestarse estos últimos clínicamente como tumores parafaríngeos^{2,3}. Inclusive, se han clasificado los tumores cervicales, según su relación con el músculo esternocleidomastoideo: de los triángulos anterior y posterior; y los parafaríngeos según su relación con la apófisis estiloides y los músculos que se originan en ésta: del compartimento preestiloideo o del postestiloideo¹.

La exacta determinación del nervio originario puede ser imposible de establecer, determinándose en 50%, el número de casos con correlación con su nervio de origen.^{2,4}

En el cuello, tanto el nervio vago como los del plexo cervical y braquial son con frecuencia los más afectados cuando el nervio puede reconocerse.²

Por lo regular es un tumor de consistencia acuosa o fangosa y de tamaño pequeño, entre 0.3 y 3 cm, siendo la mayor parte menores de 5 cm, aunque en ocasiones puede crecer hasta alcanzar los 20 cm de diámetro.²

³ En nuestro caso el tamaño fue de 7 cm de eje mayor. Los tumores grandes están irregularmente lobulados y pueden ser de manera parcial quísticos, denominándose schwannoma quístico o schwannoma degenerado. El aumento de tamaño puede estar relacionado con una hemorragia intralesional.³

Clínicamente, suele aparecer como una masa solitaria, de tamaño variable, no dolorosa, sin síntomas neurológicos, aunque en ocasiones puede comprimir tanto al nervio acompañante como a las estructuras vecinas, produciendo síntomas derivados de la presión de éstas así como dolor y parestesia.^{2,3} En nuestro caso fue la aparición de una masa. Pueden aparecer disfun-

ción de cuerdas vocales, ronquera, tos, dificultad respiratoria y, rara vez, un síndrome de Horner, según la anatomía específica de la región afectada.² Se puede confundir con otras enfermedades de cabeza y cuello, como infecciones o metástasis tumorales.⁴

En la evaluación inicial ha sido recomendado el uso de BAAF; Colreavy y cols., obtienen un diagnóstico preoperatorio definitivo en 25% de sus casos¹. En nuestro estudio la BAAF no fue útil.

El neurilemoma típico tiene un patrón histológico compuesto de regiones hipercelulares y compactas, áreas de Antoni A, mezcladas con regiones laxas e hipocelulares, áreas de Antoni B.^{2,3}

En el patrón Antoni A las células tienen el citoplasma y el núcleo fusiformes y están dispuestas en fascículos cortos. Las células se pueden disponer alineadas de forma característica formando empalizadas nucleares y cuerpos de Verocay (dos imágenes de empalizadas nucleares enfrentadas entre sí y separadas por una zona acelular).

El patrón Antoni B, está formado por células fusiformes similares a las del patrón Antoni A, aunque en menor número. En ocasiones la matriz laxa, característica de este patrón, puede degenerar, por cambios mixoides, a un área quística.⁴

En nuestra serie existieron ambos patrones. Cuando los cambios degenerativos son pronunciados, se producirán, además de formaciones quísticas, calcificaciones, hialinización, hemorragias y atipias nucleares, denominándose a estos casos neurilemomas antiguos, no siendo éstos determinantes de malignidad.² La microscopia electrónica y el análisis inmunohistoquímico (S-100, Leu-7) son útiles para diagnosticar y clasificar de forma precisa los tumores de vainas nerviosas¹. Los neurilemomas se marcan de modo intenso con anticuerpos de la proteína S-100 como en nuestro caso, lo que sirve para diferenciarlo de los tumores de músculo liso, que no se marcan.²

Clínica e histológicamente el schwannoma debe ser diferenciado del neurofibroma, que es un tumor neurogénico, también procedente de las células que constituyen la vaina nerviosa. El neurofibroma es más común, está constituido por una mezcla de células de Schwann y fibroblastos, y tiene mayor tendencia a la

malignización³. El neurofibroma es un tumor por lo general no encapsulado, lobulado, de superficie irregular y, a diferencia del neurilemoma, que desplaza al nervio asociado, éste se entremezcla con el nervio de origen.^{2,3} Se trata de un tumor de difícil escisión, que recurre o persiste debido a una resección incompleta y en casos de neurofibromatosis hereditaria, puede transformarse en tumor maligno.²

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica³. Los neurilemomas que aparezcan en troncos nerviosos mayores, deben ser disecados sin dañar el nervio, ya que las fibras nerviosas no forman parte del tumor, que surge de la envoltura del nervio y desplaza a los axones hacia un lado.² Los subtipos no encapsulados requieren un margen de seguridad en la extirpación.³ Tras la extirpación del neurilemoma pueden producirse secuelas neurológicas transitorias o permanentes, por lo que se debe informar, previa cirugía, sobre esta posibilidad.

Leu y cols., consideran prioritaria la conservación y reparación del nervio durante la escisión tumoral, debido a la rara probabilidad de transformación maligna. La anastomosis término-terminal o la interposición de un injerto nervioso son posibles soluciones cuando sea imposible la preservación del nervio originario¹. Se ha sugerido también el uso de técnicas microquirúrgicas para la preservación del nervio y la escisión completa del tumor.

En la revisión de casos de neurilemomas de médula espinal, realizada por Seppälä y cols., a 20 pacientes se les realizó una escisión parcial del tumor, para evitar dañar el nervio de origen. De éstos, 11 sufrieron recurrencia siendo necesaria la reintervención sólo en dos de ellos. Concluye el estudio que la escisión radical del tumor no está justificada cuando se comprometa la función nerviosa.⁵

CONCLUSIONES

Los neurilemomas son tumores benignos, derivados de la vaina neural, que se presentan por lo regular como una masa de crecimiento lento, que precisan de un examen microscópico para su diagnóstico y cuyo tratamiento es la resección quirúrgica.

REFERENCIAS

- 1.- COLREAVY MP, LACY PD, HUGHES J. HEAD AND NECK SCHWANOMMAS—A 10 YEAR REVIEWS. J LARYNGOL OTOL 2000; 114:119-24.
- 2.- THAWLEY SE, PANJE WR, BATSAKIS G, LINDBERG RD. TUMORS OF THE NECK. EN: COMPREHENSIVE MANAGEMENT OF HEAD AND NECK TUMORS. VOL II. SECOND EDITION. PHILADELPHIA. W.B.SAUNDERS COMPANY; 1999 pp.1338-40.
- 3.- ZACHARIADES N, SKOURA C, PAPAGEORGIOU G. GIANT ANCIENT NEURILEMMOMA OF THE CERVICAL REGION: REPORT OF CASE. J ORAL MAXILLOFAC SURG 2001; 59:668-72.
- 4.- LAWRENCE M. WEISS SOFT TISSUES. EN: WEIDNER, COTE, SUSTES, WEISS. MODERN SURGICAL PATHOLOGY. PHILADELPHIA. EDIT. SAUNDERS; 2003 pp.1834.
- 5.- SEPPÄLÄ MT, HALTIA MJJ, SANKILA RJ. LONG-TERM OUTCOME AFTER REMOVAL OF SPINAL SCHWANNOMA: A CLINICOPATHOLOGICAL STUDY OF 187 CASES. J NEUROSURG 1995;83:621-6.