

como posible diagnóstico diferencial de tumores óseos con patrones líticos de origen benigno y algunos malignos. A su vez, remarcamos la importancia del seguimiento posquirúrgico por su alta tasa de recurrencia local.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Bohm P, Krober S, Greschniok A, Laniado M, Kaiserling E. Desmoplastic fibroma of the bone. A report of two patients, review of the literature, and therapeutic implications. *Cancer*. 1996;78:1011-23.
- Stefanidis K, Benakis S, Tsatalou E, Ouranos V, Chondros D. Computed tomography and magnetic resonance imaging of desmoplastic fibroma with simultaneous manifestation in two unusual locations: a case report. *J Med Case Rep*. 2011;5:28.
- Fletcher Ch, Bridge J, Hogendoorn P, Mertens F, editores. WHO classification of tumours of soft tissue and bone. 4th Edition. Lyon: IARC Press; 2013, 10-1/240-1.
- Crim JR, Gold RH, Mirra JM, Eckardt JJ, Bassett LW. Desmoplastic fibroma of bone: radiographic analysis. *Radiology*. 1989;172:827-32.
- Shi H, Wang P, Wang S, Yu Q. Desmoplastic fibroma of the mandible. *Dentomaxillofac Radiol*. 2008;37:408-11.
- Yarmish G, Klein MJ, Landa J, Lefkowitz RA, Hwang S. Imaging characteristics of primary osteosarcoma: nonconventional subtypes. *Radiographics*. 2010;30:1653-72.
- Kumar R, Madewell JE, Lindell MM, Swischuk LE. Fibrous lesions of bones. *Radiographics*. 1990;10:237-56.

J.I. Bernasconi^{a,*} y J.P. Santilli^b

^a Departamento de Diagnóstico por imágenes, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

^b Departamento de Anatomía patológica, Hospital Universitario Fundación Favaloro, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanignaciobernasconi18@hotmail.com (J.I. Bernasconi).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.03.004>
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Schwannoma parafaríngeo de la cadena simpática cervical



Parapharyngeal schwannoma of the cervical sympathetic chain

Estimada Editora:

Los tumores del espacio parafaríngeo representan el 0,5-0,8% de todos los tumores de la cabeza y el cuello. De estos, el 40-50% son tumores de las glándulas salivales accesorias, el 17-25% corresponde a tumores neurogénicos y el 10-15% a paragangliomas¹.

Comunicamos el hallazgo de un schwannoma de la cadena simpática del espacio parafaríngeo en un varón de 28 años de edad. El paciente consultó al servicio de Otorrinolaringología por disfagia, pero al realizar una fibrolaringoscopia se detectó un abombamiento de la pared faríngea, por lo que se solicitó también una tomografía computada (TC). En este estudio se observó una lesión expansiva con densidad de partes blandas, no homogénea, de bordes bien definidos y de 5 cm x 4 cm, ubicada en el espacio parafaríngeo derecho. La lesión desplazaba a la faringe hacia el lado contralateral, generando una separación entre las carótidas interna y externa, con moderado realce tras la inyección del medio de contraste (fig. 1a).

La evaluación se complementó con una resonancia magnética (RM) que mostró una lesión bien delimitada y lobulada, con señal de baja a intermedia en ponderación T1 y alta en ponderación T2, con realce tras la inyección de gadolinio (figs. 1b-c y 2a).

Entre los diagnósticos diferenciales, se planteó, de acuerdo con la topografía y las características de la lesión, adenopatía cervical, paraganglioma, schwannoma del nervio glossofaríngeo, tumor del lóbulo profundo de la glándula parótida y linfoma. Se completó el estudio de la lesión con una angiografía digital, en la que se determinó que no existía comunicación significativa con el sistema arterial ni venoso (fig. 2b).

Un comité interdisciplinario decidió la exéresis quirúrgica de la lesión por vía convencional con maxilotomía (asumiendo los riesgos por una posible secuela neurológica posoperatoria), debido al tamaño de la lesión, la ubicación y la edad del paciente.

En la cirugía se observó que los pares craneanos de la región estaban indemnes y que la tumoración dependía del plexo simpático cervical (fig. 3). La macroscopia de la anatomía patológica de la pieza mostró una tumoración de morfología ovoide y consistencia firme elástica, con cápsula translúcida y depósitos hemáticos, que medía 5,3 cm x 3,8 cm x 2,6 cm. Al corte, se observó un tejido sólido de aspecto trabecular, granular y color pardo-amarronado con puntillado oscuro (fig. 4). En la microscopia se identificó proliferación

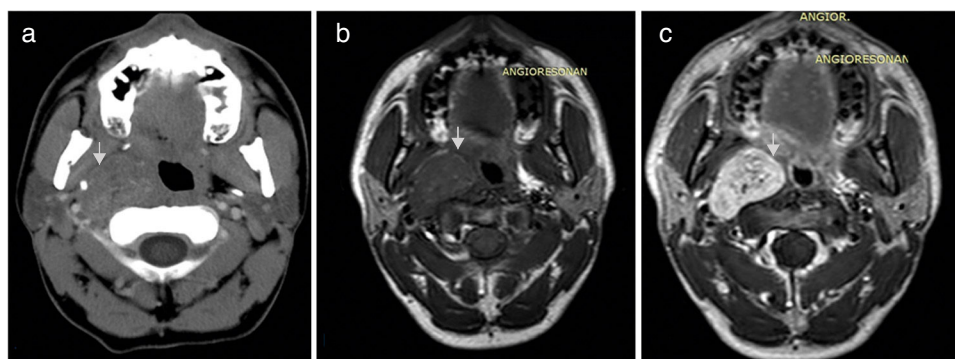


Figura 1 (a) Tomografía computada en corte axial con contraste a nivel de evidencia una lesión de densidad de partes blandas con realce tras la administración del mismo. (b) Resonancia magnética de cuello (b) en corte axial y ponderación en T1 y (c) en corte axial ponderada en T1 con realce tras la administración de gadolinio muestra lesión circunscrita (flechas).

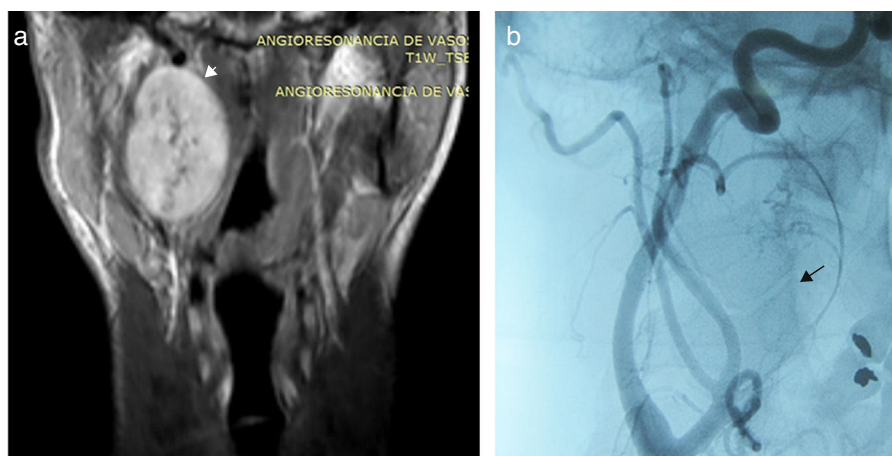


Figura 2 (a) Resonancia magnética en corte coronal y ponderación T1 con contraste. (b) Angiografía digital identifica la vascularización que presentaba la lesión sólida (flecha).

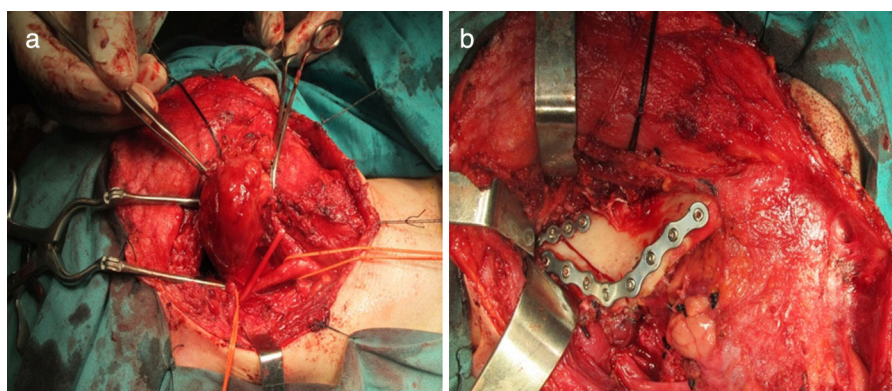


Figura 3 (a) Imagen quirúrgica muestra parte del procedimiento de extirpación de la lesión tumoral. (b) Cierre de la lesión con material de osteosíntesis.

fusocelular, con áreas hiper e hipocelulares, y cápsula respetada. Las áreas hiper celulares mostraban imágenes de pseudoempalizada. El diagnóstico fue tumor parafaríngeo compatible con schwannoma, con cápsula íntegra y bordes libres.

Los schwannomas o neurinomas son tumores originados en la vaina de Schwann. Fueron descritos por primera

vez en 1910 por Verocay y tipificados histológicamente por Antoni en 1920. Se dividen en 2 grupos: tipo Antoni A, que presenta núcleos en empalizada, denominados cuerpos de Verocay; y tipo Antoni B, que se define por su hipocelularidad².

El 10% de los schwannomas son extracraneales: el 25-45% se localiza en la cabeza y el cuello (laterocervical) y el

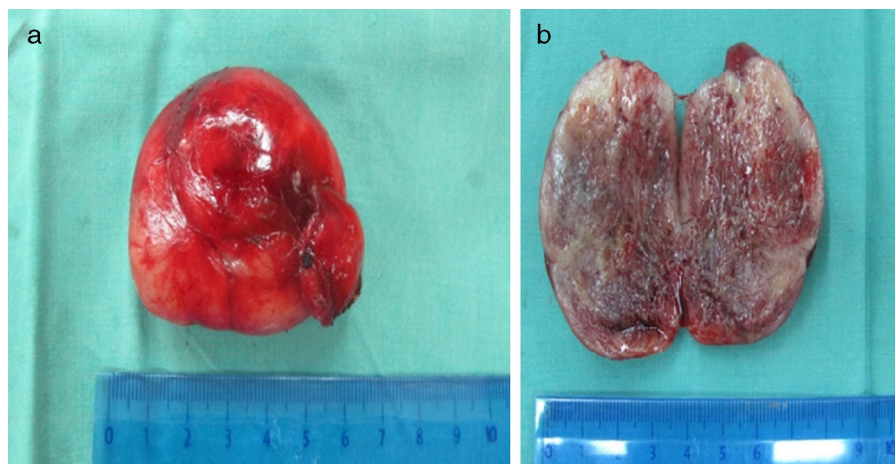


Figura 4 (a y b) Pieza quirúrgica de anatomía patológica.

50% se origina en el nervio vago. La cadena simpática cervical ocupa el segundo lugar en frecuencia³.

Si bien el adenoma pleomorfo y el neurinoma tienen una apariencia semejante en la RM, los primeros desplazan en sentido posterior a los vasos carotídeos, mientras que los neurinomas del nervio glosofaríngeo lo hacen en sentido anterior y lateral. A diferencia de los neurinomas, los paragangliomas presentan áreas de vacío de flujo en la RM, con desplazamiento anterior y medial de los vasos carotídeos^{4,5}. En nuestro caso, el desplazamiento fue en sentido posterolateral.

En el posoperatorio el paciente evolucionó con disfagia total, tanto a líquidos como a sólidos, que revirtió con rehabilitación quinésica. La evolución fue buena, sin secuelas neurológicas de relevancia.

La RM en este caso fue concluyente. Permitió establecer el plano de clivaje de las lesiones y determinar que no había angioinvasión tumoral, por lo que pudo llevar a cabo una rápida conducta quirúrgica.

Saludamos a usted con distinguida consideración,
Los autores

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Capitán Cañadas LM, Sicilia Gutiérrez MA, Martínez Castillo SL, Labrot Moleón IL, Sánchez López D, Valencia Laseca E. Schwannoma parafaríngeo gigante: diagnóstico diferencial y enfoque terapéutico. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2005;27: 217–24.
2. deVicente-Rodríguez JC, Junquera-Gutiérrez LM, Fresno-Forcelledo MF, López-Arranz JS. Schwannomas cervicales. *Med Oral.* 2003;8:71–6.
3. Bocciolini C, Dall'olio D, Cavazza S, Laudadio P. Schwannoma of cervical sympathetic chain: assessment and management. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2005;25:191–4.
4. Beaman FD, Kransdorf MJ, Menke DM. Schwannoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 2004;24:1477–81.
5. Suh JS, Abenozza P, Galloway HR, Everson LI, Griffiths HJ. Peripheral (extracranial) nerve tumors: correlation of MR imaging and histologic findings. *Radiology.* 1992;183: 341–6.

D.H. Davola, S.V. Toledo y S.R. Bronca*

Servicio de Diagnóstico por imágenes, Hospital Dr. César Milstein, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: bronca.silvio@hotmail.com
(S.R. Bronca).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rard.2017.04.004>
0048-7619/

© 2017 Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).