

dilatados y un gran número de células plasmáticas. En ocasiones, se observa una proliferación epitelial dentro del estroma formando un crecimiento de tumores adenomatosos apocricos. La epidermis rodeando el SP es frecuentemente papilomatosa o verrucosa con signos de erosiones a consecuencia del rascado<sup>3,8</sup>.

El tratamiento de los SP consiste en la completa escisión de la lesión. En aquellos SP con características benignas resecaos completamente, no se han descrito recidivas.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Werther L. Syringadenoma papilliferum (naevus syringadenomatous papilliferus). Arch Dermatol Syphilol. 1913;116:865-70.
2. Monticciolo NL, Schmidt JD, Morgan MB. Verrucous carcinoma arising within syringocystadenoma papilliferum. Ann Clin Lab Sci. 2002;32:434-7.
3. Epstein BA, Argenyi Z, Goldstein G, Whitaker D. An unusual presentation of a congenital benign apocrine hamartoma. J Cutan Pathol. 1990;17:53-8.
4. Nowak M, Pathan A, Fatteh S, López J. Syringocystadenoma papilliferum of the male breast. Am J Dermatopathol. 1988;20:422-4.
5. Coyne JD, Fitzgibbon JF. Mixed syringocystadenoma papilliferum and papillary eccrine denoma occurring in a scrotal condyloma. J Cutan Pathol. 2000;27:199-201.

6. Kishimoto S, Wakabayashi S, Yamamoto M, Yoda Y, Takenaka H, Yasuno H. Apocrine acrosyringal keratosis in association with syringocystadenoma papilliferum. Br J Dermatol. 2000;142:543-7.
7. Ansai S, Koseki S, Hashimoto H, Hozumi Y, Kondo S. A case of ductal sweat gland carcinoma connected to syringoadenoma papilliferum arising in nevus sebaceous. J Cutan Pathol. 1994;21:557-63.
8. Lever W. Histopathology of the skin, 4th ed.. Philadelphia: Lippincott. 1967. pp. 546-549.
9. Mammino JJ, Vidmar DA. Syringocystadenoma papilliferum. Int J Dermatol. 1991;30:763.

Jaime Ruiz-Tovar<sup>a,\*</sup>, José Manuel Rodríguez<sup>a</sup>, Antonio Martínez-Lorente<sup>b</sup>, Antonio Arroyo<sup>a</sup> y Rafael Calpena<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

<sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario, Elche, Alicante, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [jruiztovar@gmail.com](mailto:jruiztovar@gmail.com) (J. Ruiz-Tovar).

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2011.01.005

## Schwannoma quístico cervical del nervio vago

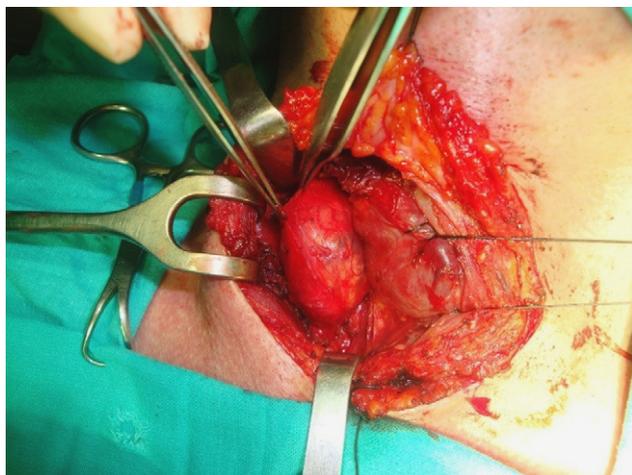
### Cervical cystic schwannoma of the vagus nerve

El schwannoma (neurilemoma) quístico cervical del nervio vago es un tumor poco frecuente cuyo diagnóstico preoperatorio es complejo debido a que no suele asociarse a sintomatología neurológica.

Varón de 45 años de edad, sin antecedentes de interés, que consultó por la aparición de una tumoración laterocervical derecha indolora, sin otra sintomatología asociada. La analítica no mostró alteraciones. La ecografía y una posterior tomografía computarizada cervical identificaron un nódulo de 2,5 cm situado lateral al lóbulo tiroideo derecho, entre la vena yugular y la carótida común, en su mayoría quístico o necrosado, con una zona periférica sólida. Se planteó el diagnóstico diferencial entre adenopatía necrosada, quiste branquial o schwannoma del nervio vago. La punción aspiración con aguja fina (PAAF) del polo sólido de la tumoración reveló una proliferación celular fusiforme escasa. Se realizó un abordaje cervical anterior mediante incisión de Kocher, que permitió localizar la lesión lateral al lóbulo tiroideo derecho, entre la vena yugular interna y la arteria carótida. Ante la imposibilidad de la enucleación, se realizó la exéresis de la lesión y tronco vagal con posterior reconstrucción nerviosa mediante una anastomosis termino-terminal microquirúrgica en colaboración con el servicio de

otorrinolaringología en el mismo acto quirúrgico (fig. 1), quedando como secuela una disfonía secundaria a la parálisis de la cuerda vocal ipsilateral. El estudio histopatológico reveló un nódulo de 3 x 3 cm, con áreas sólidas y quísticas, y con una proliferación celular fusiforme que mostraba positividad inmunohistoquímica para la proteína S-100, todo ello compatible con el diagnóstico de schwannoma quístico del nervio vago.

El schwannoma es un tumor que se origina en las células perineurales de Schwann. En el nervio vago, es el segundo subtipo histológico más frecuente (30%), por detrás del paraganglioma (50%). Suele aparecer en la 3.ª-6.ª década de la vida, con una frecuencia similar en ambos sexos, como una masa laterocervical indolora, de lento crecimiento, que no se acompaña de sintomatología neurológica lo que dificulta su diagnóstico preoperatorio. Se debe establecer el diagnóstico diferencial con adenopatías, quiste branquial, tumores neurogénicos (paraganglioma, neurofibroma) e incluso con nódulos tiroideos o adenomas paratiroideos. Su desarrollo en el nervio vago provoca disfonía y tos. Es característica la movilidad de la tumoración en dirección lateral pero no siguiendo el eje nervioso. Suelen ser lesiones solitarias salvo



**Figura 1 – Imagen intraoperatoria: nódulo de 3 × 3 cm lateral al lóbulo tiroideo derecho.**

en la enfermedad de Von Recklinghausen<sup>1-3</sup>. La PAAF tiene una baja capacidad diagnóstica<sup>1</sup>. En la ecografía, los schwannomas aparecen como masas hipoeoicas con sombra ecogénica moderada o intensa<sup>4</sup>. Sin embargo, las técnicas de diagnóstico por imagen de elección son la tomografía o la resonancia magnética cervical, donde aparece como una masa bien circunscrita situada entre la vena yugular interna y la arteria carótida (criterios de Furukawa), lo que lo diferencia del schwannoma de la cadena simpática cervical, que desplazaría ambas estructuras en vez de separarlas, con una mayor captación de contraste que la musculatura en la tomografía y de intensidad intermedia en T1 e hiperintensa en T2 en la resonancia<sup>5</sup>.

El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa de la lesión con preservación del tronco vagal; cuando esto no es posible, debe realizarse una resección y anastomosis terminoterminal del nervio afectado o la interposición de un injerto mediante técnicas microquirúrgicas, aunque en el 85% de los casos comporta una parálisis definitiva de la cuerda vocal<sup>1,6</sup>. Por esta razón, se recomienda la valoración prequirúrgica de la movilidad de las cuerdas vocales<sup>1</sup>. Para evitarlo, algunos autores han sugerido una resección incompleta del tumor<sup>8</sup>. Sin embargo, esto no es ampliamente aceptado debido a que la exéresis parcial produce una alteración funcional nerviosa permanente hasta en un 30% y transitoria hasta en un 45% de los casos, así como la posible recidiva tumoral y transformación maligna (4%)<sup>7</sup>. La monitorización intraoperatoria de los nervios permitiría la identificación del vago y del laríngeo recurrente, particularmente importante en los casos previamente operados en la región cervical, anomalías anatómicas, lesiones cervicales voluminosas, identificación de una lesión nerviosa o con el objetivo de reducir el riesgo de déficits funcionales tras la intervención de estos tumores<sup>8-10</sup>.

Dado que la mayoría de los pacientes no suelen presentar sintomatología neurológica, las principales indicaciones quirúrgicas son la prevención de complicaciones debidas a

su crecimiento y la estética<sup>1</sup>. El estudio anatomopatológico muestra tumores bien encapsulados constituidos por células fusiformes agrupadas en áreas de alta y baja celularidad (tipo A y B de Antoni, respectivamente), y es típica la presencia de necrosis, hemorragia y degeneración quística. En la caracterización inmunohistoquímica de estos tumores es frecuente la positividad de la proteína S-100, marcador del tejido derivado de la cresta neural<sup>1,2</sup>.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Chiofalo M, Longo F, Marone U, Franco R, Petrillo A, Pezzullo L. Cervical vagal schwannoma. A case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2009;29:33-5.
2. Kehagias D, Bourekas E, Christoforidis G. Schwannoma of the vagus nerve. *AJR.* 2001;177:720.
3. De Araujo C, Ramos D, Moyses R, Durazzo M, Cernea C, Ferraz A. Neck nerve trunks schwannoma: clinical features and postoperative neurologic outcomes. *Laryngoscope.* 2008;118:1579-82.
4. Le Carraller T, Sebag F, Vidal V, Jacquier A, Champsour P, Bartoli J, et al. Sonographic diagnosis of a cervical vagal schwannoma. *J Clin Ultrasound.* 2009;37:57-60.
5. Saito D, Glastonbury C, El-Sayed I, Eisele D. Parapharyngeal space schwannoma: preoperative imaging determination of the nerve origin. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007;133:662-7.
6. Wiel-Marin A, Zucchetti F, Butti A, Destito C, Mercuri M, Bolognini S, et al. Neurinoma of the vagus nerve. Description of 2 cases and review of the literature *G Chir.* 1998;19:31-4.
7. Vicente-Rodríguez J, Junquera-Gutiérrez L, Fresno-Forcelledo M, Villalaín L, López Arranz J. Schwannomas cervicales. *Med Oral.* 2003;8:71-6.
8. Mevio E, Gorini E, Sbrocca M, Artesi L, Mullace M, Castelli A, et al. Unusual cases of cervical nerves schwannomas: phrenic and vagus nerve involvement. *Auris Nasus Larynx.* 2003;30:209-13.
9. Levi AD, Ross AL, Cuartas E, Qadir R, Temple HT. The surgical management of symptomatic peripheral nerve sheath tumors. *Neurosurgery.* 2010;66:833-40.
10. Fujino K, Shinohara K, Aoki M, Hashimoto K, Omori K. Intracapsular enucleation of vagus nerve-originated tumors for preservation of neural function. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2000;123:334-6.

Andrés García Marín\*, Jorge Martín Gil,  
Luis Enrique Bernardos García, Laura Gómez Lanz y  
Fernando Turégano Fuentes

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo 2, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [agmarin80@yahoo.es](mailto:agmarin80@yahoo.es) (A. García Marín).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.10.016