



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Schwannoma trigeminal maxilar. Presentación de un caso y revisión de la literatura



CrossMark

Alejandro Jacob Madrid-Sánchez^{a,*}, Carlos Castillo-Rangel^a,
Myriam Leticia Contreras-Ayala^b, Edgardo Ruiz-García^a, Ana Karen Castillo-Castro^c y
Ricardo Ramírez-Aguilar^d

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE, Ciudad de México, México

^b Servicio de Urgencias, Hospital General de Ticomán, Ciudad de México, México

^c Escuela de Medicina, Universidad Anáhuac México Norte, Ciudad de México, México

^d Servicio de Neurocirugía, Hospital General Balbuena, Ciudad de México, México

Recibido el 18 de septiembre de 2015; aceptado el 26 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 31 de diciembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Schwannoma;
Neurilemoma;
Trigémino;
Maxilar

Resumen

Introducción: Los schwannomas son tumores benignos que son relativamente comunes en la cabeza, sin embargo, el involucro de la región sinunusal es raro y en la literatura actual tan solo aparecen 5 casos reportados en la maxila, que representan menos del 1% de los tumores óseos.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer con schwannoma maxilar derecho a la que se realizó una resección completa de la lesión. Se hace énfasis en la rareza de la lesión por su localización y se incluye una revisión acerca del comportamiento clínico, del diagnóstico y de las opciones actuales de tratamiento.

Conclusiones: El schwannoma trigeminal del maxilar es una lesión que debe sospecharse al presentarse síntomas vagos sinunasales, tumoración paranasal o, como en el caso presentado, neuralgia del trigémino. El tratamiento es quirúrgico invariablemente y las distintas vías de abordaje dependen de la localización y extensión de la lesión.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia. Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional Primero de Octubre ISSSTE, Avenida Instituto Politécnico Nacional 1669, Colonia Magdalena de las Salinas, Delegación Gustavo A. Madero, C. P. 07300 Ciudad de México, México. Teléfono: 55866011. Celular: 5541937609.

Correo electrónico: jacobaggio@yahoo.com.mx (A.J. Madrid-Sánchez).

KEYWORDS

Schwannoma;
Neurilemmoma;
Trigeminal;
Maxillary

Maxillary trigeminal schwannoma. Presentation of a case and review of literature**Abstract**

Introduction: Schwannomas are benign tumours that are relatively common in the head, however the involvement of the sinunasal region is rare and there are only 5 cases reported in the maxilla in current literature, representing less than 1% of bone tumours.

Clinical case: We report the case of a woman with a right maxillary schwannoma who underwent a complete resection of the lesion. Emphasis is placed on the rarity of the lesion in terms of its location and includes a review of clinical behaviour, diagnosis and current treatment options.

Conclusions: Maxillary trigeminal schwannoma must be suspected if vague sinunasal symptoms, paranasal mass or, as in this case, trigeminal neuralgia present. Surgical treatment is indicated, and approaches vary according to location and tumour size.

© 2016 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los schwannomas o neurilemmomas, inicialmente descritos por Verocay en 1910, son tumores benignos de crecimiento lento, que se originan de las células de Schwann, en la vaina de las fibras nerviosas mielinizadas. Estos tumores pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo donde haya nervios cubiertos por una vaina de células de Schwann¹, pero son relativamente comunes en la cabeza (25 al 45%): se originan en la zona de transición de la mielina central con la periférica (zona de Obersteiner-Redlich)². Sin embargo, el involucro de la región sinunasal es raro (4%)^{3,4}, al igual que el de la región oral. Aún más raras son las presentaciones intraóseas. En la literatura actual, hay 39 casos aceptables de neurilemmomas en la mandíbula y tan solo 5 casos en la maxila, que representan menos del 1% de los tumores óseos⁵. Clínicamente, los pacientes empiezan a experimentar síntomas nasales vagos y la consulta con el especialista es buscada solamente cuando las medidas conservadoras fallan en mejorar los síntomas. La anatomía sinunasal hace que el

diagnóstico temprano de dichos tumores sea difícil y que el diagnóstico definitivo sea realizado una vez que el schwannoma es demasiado grande⁶.

Caso clínico

Se presenta el caso de una mujer de 68 años que acude a la consulta por dolor facial en la segunda rama del nervio trigémino del lado derecho. A la exploración se presentó con integridad neurológica y solo se encontró dolor a la compresión del agujero infraorbitario derecho. La imagen de resonancia magnética demuestra una lesión homogénea que ocupa el seno maxilar derecho, así como la fosa infratemporal. Se realizó una resección total por medio de un abordaje sublabial derecho, y se encontró una lesión de consistencia dura, amarillo pálida, adherida firmemente a estructuras adyacentes, con irrigación moderada. La paciente egresó al segundo día posquirúrgico, asintomática y sin déficit neurológico (figs. 1 y 2).

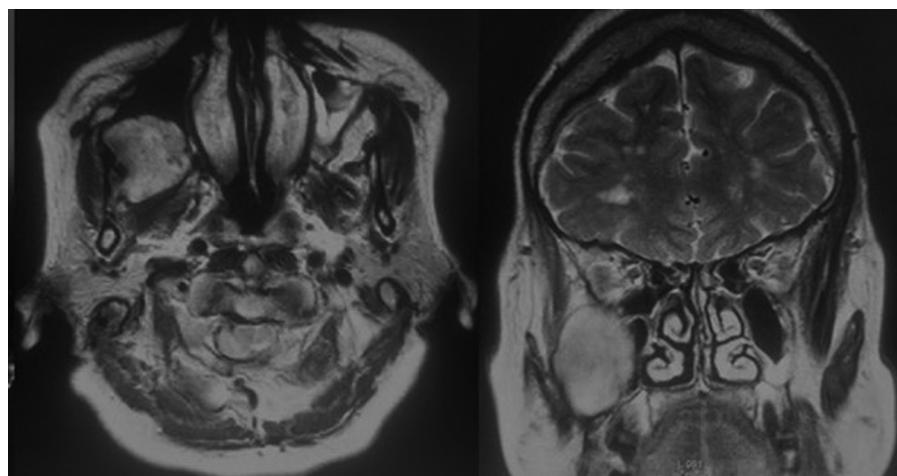


Figura 1 Cortes de la resonancia magnética axial y coronal en los que se observa una lesión redondeada, homogénea y bien delimitada, que invade el seno maxilar y la fosa pterigopalatina del lado derecho.

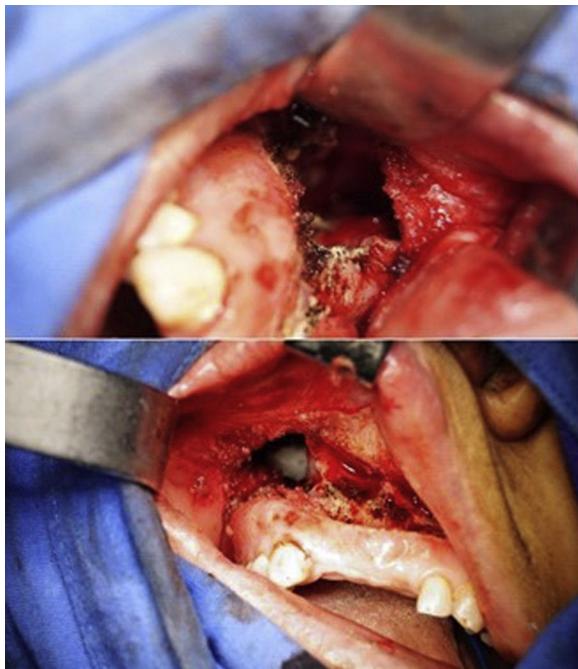


Figura 2 El abordaje sublabial permite el acceso al antró maxilar. Por medio de un retractor se visualizó incluso la pared posterior del seno maxilar, exponiendo la lesión y permitiendo su resección total.

Discusión

Los schwannomas constituyen el 8-10% de los tumores intracraneales; son tumores de crecimiento lento, sin predilección por sexo, que pueden presentarse a cualquier edad. Dentro de los nervios craneanos, el más afectado es el VIII par en su rama vestibular; el nervio trigémino es el segundo nervio más frecuentemente comprometido^{2,7}.

La incidencia de los schwannomas intraóseos es menos del 0.2% de los tumores óseos primarios⁸. Este tumor se presenta como una masa de crecimiento lento, no dolorosa, más frecuentemente en mujeres (2/1). Hay 3 mecanismos por los cuales los schwannomas pueden involucrar a un hueso: a) un tumor puede crecer centralmente dentro del hueso; b) un tumor puede crecer dentro del canal nutriente y c) un tumor periódico o de los tejidos blandos puede causar erosión secundaria y penetrar al hueso⁹.

El diagnóstico casi siempre es complejo, pues los síntomas suelen ser vagos y de evolución lenta^{6,7}. Desde el punto de vista clínico se puede presentar insuficiencia respiratoria nasal unilateral, epistaxis, rinorrea, dolor, proptosis y anosmia^{7,10,11}. Los estudios de tomografía computada mostrarán una lesión de superficie lisa, unilocular, redondeada u oval, con bordes bien definidos por una cortical fina bien circunscrita^{10,12}. Se debe realizar una tomografía contrastada rutinariamente, pues algunos schwannomas son muy vascularizados¹⁰. La ventana ósea muestra alteraciones de los huesos circundantes que, más que erosionados y destruidos, se presentan desplazados por el tipo de crecimiento tumoral. En la resonancia magnética se muestran bien definidos y circunscritos, isointensos o hipointensos, con relación al parénquima cerebral, en T1 e hiperintenso

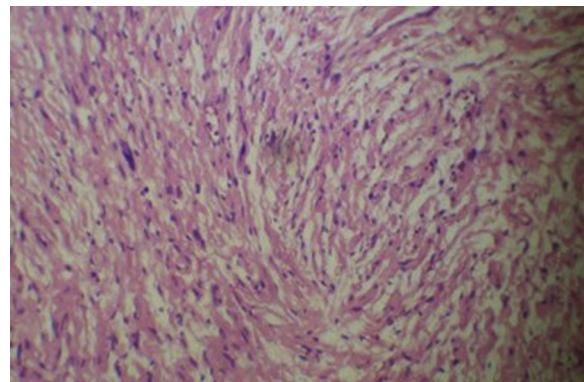


Figura 3 Microfotografía de un schwannoma. La imagen histopatológica característica de los schwannomas son los «cuerpos de Verocay», patrones de células en empalizadas verdaderas, así como las células Antoni A y Antoni B, células fusiformes y células redondas, respectivamente.

en T2. En la angiografía se muestran avasculares, con desplazamiento de vasos vecinos¹². Se puede realizar punción aspirativa por aguja fina, cuando sea accesible, para obtener una muestra citológica de la lesión y así alcanzar el diagnóstico¹³. Microscópicamente, se observan células en forma de huso en las características Antoni A y Antoni B, interpuestas con cuerpos de Verocay¹⁴. Estas células tumorales, típicamente muestran una inmunorreactividad positiva para proteína S-100, aunque los tumores malignos se tiñen con menos intensidad^{15,16} (fig. 3).

Debido a la localización variable dentro y fuera del cráneo de estos tumores, Yoshida y Kawase propusieron en 1999 una clasificación que divide los schwannomas del nervio trigémino de acuerdo con el sitio anatómico, lo que ayuda a considerar la estrategia quirúrgica¹⁷ (tabla 1).

El tratamiento se basa en distintos parámetros, incluyendo la localización de la lesión, el tamaño, así como el involucro de otras estructuras. Sin embargo, es fundamentalmente quirúrgico, sin consenso sobre la vía de abordaje. La elección de la vía depende de las variables mencionadas. El seno maxilar se aborda mejor por medio de una incisión Caldwell Luc y, para tumores con una extensión limitada, se puede lograr la resección por vía endoscópica. Para lesiones limitadas a la fosa pterigopalatina, el abordaje mediante endoscopia sinusal representa menor morbilidad que los abordajes externos¹². Las recurrencias son raras si la escisión es completa y el tumor está limitado^{10,11}.

Tabla 1 Clasificación de Yoshida y Kawase (1999)

M	En la fosa media, originado en el ganglio de Gasser o de alguna de sus ramas
P	En la fosa posterior, originado de la raíz del V par
E	Extracraneales a partir de alguna de las ramas del V par
MP	Ubicado en la fosa media y posterior
ME	Ubicados en el piso medio con extensión extracraneal
MPE	Localizados en los 3 compartimentos

Cuando el tumor es maligno se ha empleado, además de la cirugía resectiva, quimioterapia, braquiterapia y radioterapia. Esta última se reserva exclusivamente para tumores malignos, pues los schwannomas no son lesiones radiosensibles^{6,18}.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Batsakis JG. Tumours of the peripheral nervous system. 2.^a edición Baltimore: Williams and Wilkins; 1979. p. 313–33.
2. Mercado MV, Córdoba FT, Verscheure PF, Herrera CP. Schwannoma benigno del nervio infraorbitario: Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello. 2007;67:186–90.
3. Sheikh HY, Chakravarthy RP, Slevin NJ, Sykes AJ, Banerjee SS. Benign schwannoma in paranasal sinuses: A clinico-pathological study of five cases, emphasising diagnosing difficulties. J Laryngol Otol. 2008;122:598–602.
4. Younis RT, Gross CW, Lazar RH. Schwannomas of the paranasal sinuses. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1991;117:677–80.
5. Vermaa A, Banerjee K, Verma A, Singh S, Rao J, Om P. Maxillary neurilemmoma. Rarest of the rare tumour:Report of 2 cases. Int J Surg Case Rep. 2013;1044–7.
6. Vallamkondu V, Shakeel M, Houghton D. Schwannoma presenting as unilateral nasal blockage: A case report and review of literature. J Otolaryngol ENT Res. 2015;1.
7. Santos FJ, Barragan A, Mercado PR, Ortiz VI, García PC, Barquet PE. Schwannoma trigeminal intracranial con extensión a la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, órbita, seno maxilar y fosa nasal. A propósito de un caso. Neurocirugía. 2005;16:67–74.
8. Fawcett KJ, Dahlin DC. Neurilemmoma of bone. Am J Clin Pathol. 1967;47:759–66.
9. Buranovic M, Macan D, Begovic EA, Luksic I, Brajdic D, Manojlovic S. Schwanomma with secondary erosion of mandible: Case report with review of literature. Dentomaxillofac Radiol. 2006;35:456–60.
10. Khanna S, Gupta S, Singh P. Schwannoma of maxillary sinus. Indian J Otolaryngol Head Neck Surg. 2003;55:132–5.
11. Gómez-H.J., Palomeque VJ, Vargas FJ, Sainz QM. Localización atípica del schwannoma en el seno maxilar. Actual Med. 2014;99:99–100.
12. Rosique LL, Rosique AM, Sánchez CF. Schwanoma de la fosa pterigopalatina. Abordaje endoscópico. Neurocirugía. 2010;21:405–10.
13. Lobos MA, Cardemil MF, Villagrán RD. Schwannoma del nervio facial como diagnóstico diferencial de tumor parotídeo. Reporte de un caso. Rev Chil Cir. 2009;61:556–9.
14. Lacerda AS, Brentegani LG, Rosa AL, Vespucio MV, Salata LA. Intraoral schwanomma of mandibular symphysis: Case report. Braz Dent J. 2006;17:255–8.
15. Colreavy MP, Lacy PD, Hughes J, Bouchier HD, Brennan P, O'Dwyer AJ, et al. Head and neck schwannomas—a 10 year review. J Laryngo Otol. 2000;114:119–24.
16. Gnepp DR. Diagnostic surgical pathology of the head and neck: Expert consult. 2.^a edición Philadelphia: Saunders; 2009. p. 245–6.
17. Yoshida K, Kawase T. Trigeminal neurinomas extending into multiple fossae: surgical methods and review of the literature. J Neurosurg. 1999;91:202–11.
18. González TJ, Salcedo CG, Rodríguez RA, Bernal UG. Schwannoma maligno: Informe de un caso. Rev Mex Oftalmol. 2007;81:350–2.