



## Página del residente. Soluciones

# Schwannoma del nervio facial

## Facial Nerve Schwannoma

Alberto Candau-Alvarez\*, Alicia Dean-Ferrer, Francisco Jesús Alamillos-Granados y Susana Heredero-Jung

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario «Reina Sofía», Córdoba, España



Ante la sospecha diagnóstica por la PAAF y la RM de un tumor derivado de tejido neural, se realizó un abordaje de parotidectomía suprafacial. Se identificó el tumor, completamente adherido al tronco del nervio facial (fig. 1). Se realizó una resección del tumor, respetando la continuidad del nervio facial. Se realizó monitorización intraoperatoria del nervio facial para asistir y ayudar a la resección del tumor, sin precisar injerto neural.

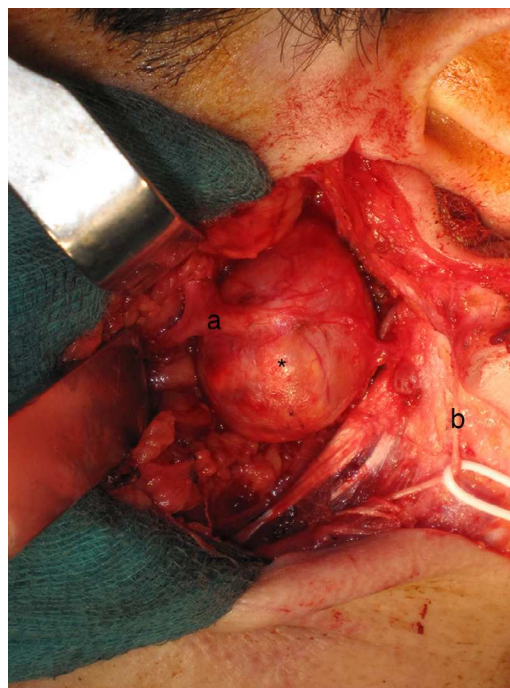
El estudio histopatológico postoperatorio reveló la presencia de una lesión encapsulada, con predominio de celularidad fusiforme con núcleos en empalizada, indicativa de schwannoma del nervio facial.

El paciente presentó parálisis facial completa durante 6 meses, que se resolvió espontáneamente, estando en la actualidad asintomático (fig. 2).

### Discusión

El schwannoma (también llamado neurilemoma) es un tumor benigno que surge de las células de Schwann. La afectación periférica del nervio facial suele comenzar como una masa en región parotídea de lento crecimiento, generalmente indolora.

Debemos establecer el diagnóstico diferencial, en primer lugar, con el adenoma pleomorfo parotídeo sobre la base del resultado de la PAAF, y de las pruebas de imagen (ecografía y TC). En segundo lugar, debemos descartar la presencia de un neurofibroma parotídeo<sup>1</sup>. Histológicamente, los



**Figura 1 – Imagen intraoperatoria de la tumoración, realizada durante la disección de la glándula parótida izquierda. Se aprecia el tumor (\*), que se dispone periférico al nervio facial (a). Se aprecia, identificado y retirado del campo, el nervio auricular mayor (b).**

Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.001>.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dr.candauvalvarez@gmail.com](mailto:dr.candauvalvarez@gmail.com) (A. Candau-Alvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.002>

1130-0558/© 2014 SECOM. 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/>).



**Figura 2 – Se muestra la evolución postoperatoria del paciente. Derecha: postoperatorio inmediato, con parálisis facial periférica izquierda. Izquierda: tras 6 meses, el paciente presentó recuperación espontánea completa de la mímica facial.**

neurofibromas crecen englobando al nervio del que proceden, haciendo que la separación entre nervio y tumor sea muy dificultosa. Entre un 10-15% de neurofibromas (especialmente el tipo plexiforme) pueden malignizarse hacia neurofibrosarcoma<sup>2</sup>. En la enfermedad de von Recklinhausen, o neurofibromatosis tipo 1<sup>3</sup>, la tasa de malignización de los neurofibromas está aumentada<sup>3</sup>.

No existen pruebas diagnósticas preoperatorias definitivas. Sin embargo, la eco-PAAF, cuya sensibilidad es del 40% en casos de schwannomas<sup>4</sup>, puede excluir los tumores parotídeos más frecuentes. La TC nos orienta a la localización del tumor, pero es la RM la que mayor información aporta respecto a las características de este tumor, mostrando una masa isoíntensa al músculo en T1 e hiperíntensa al músculo en T2. El hallazgo en T2 de una intensidad débil en el centro de la masa que se hace mayor hacia la periferia, conocido como «signo de la diana», es indicativo de los tumores neurogénicos<sup>4</sup>.

El diagnóstico histológico definitivo de schwannoma lo da una biopsia, que se recomienda hacer de una zona periférica de la lesión, para no lesionar el nervio. Pueden apreciarse lesiones encapsuladas con doble patrón histológico: las áreas de Antoni A y B. Las áreas de Antoni A son células fusiformes con núcleos dispuestos en empalizada, formando 2 filas paralelas separadas por las prolongaciones de las células de Schwann, originando los denominados «cuerpos de Verocay». Las áreas de Antoni B son menos celulares, predominando un estroma mixoide laxo con vasos sanguíneos y células inflamatorias crónicas.

La resección depende de la extensión tumoral, la presencia de parálisis facial, la posibilidad de reparación nerviosa y la preferencia del paciente<sup>5</sup>. La posibilidad de lesión nerviosa durante la cirugía es alta<sup>6</sup>. El injerto nervioso inmediato se recomienda en casos donde se aprecie una sección del nervio. El nervio donante más frecuentemente empleado es el nervio auricular mayor, por su cercanía. En casos de afectación circunferencial, donde el tumor rodea al nervio

completamente, se prefiere la escisión completa con reparación e injerto directo<sup>7</sup>. La escisión de los schwannomas se asocia a una tasa de curación del 100%.

En nuestro caso, la resección cuidadosa permitió la exéresis del tumor, con una recuperación funcional completa al cabo de 6 meses. La utilización de la monitorización intraoperatoria con estimulador nervioso ayudó a localizar y preservar el nervio facial.

## 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 y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## BIBLIOGRAFÍA

- García de Marcos JA, Ruiz Masera JJ, Dean Ferrer A, Alamillos Granados FJ, Zafra Camacho FM, Barrios Sánchez G. Neurilemomas de cavidad oral y cuello. *Rev Esp Cir Oral Maxilofac.* 2004;26:384-92.
- García de Marcos JA, Dean Ferrer A, Alamillos Granados FJ, Ruiz Masera JJ, García de Marcos MJ, Vidal Jiménez A, et al. Neurofibroma gingival en un paciente con neurofibromatosis tipo 1. Presentación de un caso clínico. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:230-4.

3. García García B, Dean Ferrer A, Zafra Camacho FM, Delgado Acosta F. Página del residente. ¿Cuál es su diagnóstico? Fístula arteriovenosa en neurofibromatosis tipo I. Rev Esp Cir Oral Maxilofac. 2012;36:45-7.
  4. Kami YN, Chikui T, Okamura K, Kubota Y, Oobu K, Yabuuchi H, et al. Imaging findings of neurogenic tumours in the head and neck region. Dentomaxillofac Radiol. 2012;41:18-23.
  5. Belli E, Rendine G, Mazzone N. Schwannoma of the facial nerve: Indications for surgical treatment. J Craniofac Surg. 2013;24:e396-8.
  6. Gross BC, Carlson ML, Moore EJ, Driscoll CL, Olsen KD. The intraparotid facial nerve schwannoma: A diagnostic and management conundrum. Am J Otolaryngol. 2012;33:497-504.
  7. Lee DW, Byeon HK, Chung HP, Choi EC, Kim SH, Park M. Diagnosis and surgical outcomes of intraparotid facial nerve schwannoma showing normal facial nerve function. Int J Oral Maxillofac Surg. 2013;42:874-9.
- <http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.002>

## Abordaje preauricular transcigomático



### Preauricular traszygomatic approach

Alfonso Mogedas-Vegara\*, Alejandro Mazarro-Campos, Jorge Masià-Gridilla, Javier Gutiérrez-Santamaría y Daniel Malet-Hernández

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

#### Introducción

La paciente del caso clínico presenta un osteoma gigante a nivel del cóndilo mandibular, la rama ascendente y la apófisis coronoides que se extiende a la fosa infratemporal y es por ello que se decide realizar un abordaje preauricular transcigomático para su exéresis y posterior reconstrucción.

La fosa infratemporal (FI) es un compleja zona anatómica que se encuentra delimitada a nivel superior por el ala mayor del hueso esfenoides, en la parte inferior por el músculo pterigoideo medial en su inserción en el borde inferior de la mandíbula, lateralmente por la rama mandibular y por el ala lateral de la apófisis pterigoides del hueso esfenoides en su parte más medial. El límite anterior corresponde a la tuberosidad del maxilar y el posterior está constituido por la porción timpánica del hueso temporal junto a la apófisis estiloides y la mastoides. Las estructuras anatómicas más importantes a este nivel son: el paquete vasculonervioso maxilar, el plexo venoso pterigoideo, el nervio mandibular, la cuerda del tímpano y el ganglio ótico.

La aparición de tumoraciones a este nivel presenta un reto para el neurocirujano y el cirujano maxilofacial a la hora de elegir el abordaje más apropiado debido a su compleja anatomía y barreras que presenta. El abordaje debe facilitar un

campo amplio, la resección completa de la tumoración, el control de las estructuras vasculonerviosas involucradas y una reconstrucción que deje las menores secuelas posibles.

#### Discusión

La aparición de tumores en la FI es poco frecuente y pese a que se pueden originar de forma primaria de estructuras de esta región, estas solo constituyen un 25-30% de los mismos, ya que normalmente surgen por contigüidad de las estructuras vecinas tales como la mandíbula, los senos paranasales, la fosa craneal media, la nasofaringe, la glándula parótida y el oído externo. Normalmente suelen ser asintomáticos y de lento crecimiento, por lo que cuando se diagnostican suele ser en estadios avanzados y la clínica que los pacientes refieren suele estar relacionada con alteraciones en los pares craneales como diplopía, visión borrosa, sordera y parálisis facial. La detección de metástasis a este nivel es infrecuente<sup>1</sup>.

Las primeras referencias en la literatura sobre los abordajes de la FI aparecen en 1956 y 1961 a mano de Conley y Barbosa ya que previamente era considerado como inaccesible y los pacientes que presentaban tumoraciones en este nivel se consideraban inoperables. Pero no fue hasta

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.007>.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [alfmgvy@hotmail.com](mailto:alfmgvy@hotmail.com), [alfonso.mogedas@iclod.com](mailto:alfonso.mogedas@iclod.com) (A. Mogedas-Vegara).