



CASO CLÍNICO

Schwannoma de la línea media cervical

Cervical midline schwannoma



Zenaida Piñeiro-Aguín^{a,d,*}, Jacinto García-Lorenzo^b y Sara Simonetti^c

^a Servicio de Otorrinolaringología, Hospital del Espíritu Santo, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona, España

^b Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España

^c Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España

^d Hospital General de Catalunya, Sant Cugat del Vallés, Barcelona, España

Recibido el 18 de octubre de 2013; aceptado el 12 de noviembre de 2013

Disponible en Internet el 10 de febrero de 2014

Mujer de 41 años de edad con tumoración cervical anterior, asintomática de 10 años de evolución que incrementa su tamaño en los últimos 5 años de forma lenta. En la anamnesis, la paciente no refiere disnea, disfagia ni odinofagia u otros síntomas a nivel del área ORL.

En la exploración destaca una tumoración en la línea media cervical de unos 2 cm de diámetro, de consistencia gomosa, no adherida a planos profundos, no dolorosa a la palpación, y que se moviliza con la deglución. La fibroendoscopia nasolaríngea es anodina.

La paciente aporta una ecografía cervical que muestra lesión nodular de bordes bien definidos que mide 2 × 1,7 cm con patrón hipocóico, pero con ecos en su interior. El resto de la exploración ecográfica cervical es normal.

Se realiza PAAF, informada como muestra acelular y una tomografía computarizada (TC) de cuello sin contraste (por alergia de la paciente al mismo) que muestra una masa localizada inmediatamente por debajo del cartílago tiroides de 2 × 1,8 cm de diámetro máximo, hipodensa, encapsulada que no invade estructuras adyacentes, sin presencia de adenopatías, compatible con quiste del conducto tirogloso con detritus intraquísticos (fig. 1). Dados los hallazgos clínicos

y radiológicos se propone a la paciente la exéresis quirúrgica de la tumoración y resección del cuerpo del hioides bajo anestesia general, la cual se realiza sin complicaciones. El estudio anatomopatológico muestra una tumoración encapsulada formada por células fusiformes sin atipias. El estudio inmunohistoquímico mostró intensa inmunorreactividad para S-100, siendo el diagnóstico de schwannoma (fig. 2). Al año del seguimiento, la paciente permanece asintomática y sin signos de recidiva.

Discusión

Los schwannomas, también conocidos como neurilemomas, neuromas o neurinomas, son tumores benignos poco frecuentes que proceden de la proliferación anormal de las células de Schwann que forman la vaina de mielina de los nervios craneales (con la excepción del nervio olfatorio y el nervio óptico), periféricos y del sistema simpático y parasimpático¹. La malignización es inusual. Alrededor del 25 al 45% de los schwannomas se presentan en el área de cabeza y cuello, siendo el 90% de los mismos en el nervio vestibular, seguido del nervio facial, trigémino y acústico^{1,2}. Respecto a las localizaciones extracraneales que afectan al área cervical, los más frecuentes son los del nervio vago, en especial en el espacio parafaríngeo, de la cadena simpática cervical, y del plexo braquial, siendo mucho más infrecuente

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zenaida1979@gmail.com (Z. Piñeiro-Aguín).

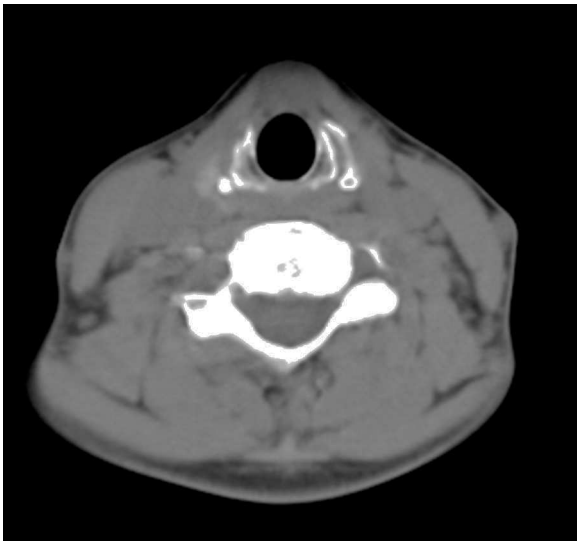


Figura 1 Corte axial de la tomografía computarizada donde se evidencia tumoración hipodensa en contacto con el borde inferior del cartilago tiroideos.

otras localizaciones^{1,2}. Cualquiera que sea la localización, la presencia de neurinomas o schwannomas extracraneales obliga a descartar la neurofibromatosis tipo 1, no siendo infrecuente la presentación solitaria². Los schwannomas de cabeza y cuello extracraneales pueden aparecer a cualquier edad y presentan una cierta predominancia en las mujeres. Clínicamente son lesiones de crecimiento lento, por lo que la consulta suele producirse cuando tienen un tamaño considerable^{1,2}. La forma de presentación más frecuente es la de una masa asintomática^{3,4}. Pueden presentar signos o síntomas que suelen estar relacionados con el efecto de masa o déficit del nervio afectado. El tratamiento de estos tumores consiste en la extirpación quirúrgica completa de la lesión. Con frecuencia se logra la eliminación completa del tumor, pero la resección subtotal o casi total puede estar indicada para intentar preservar la función nerviosa, no garantizando en ningún caso la funcionalidad posterior del nervio de origen. La morbilidad postoperatoria se asocia con lesión del nervio por el abordaje quirúrgico y/o la resección del nervio involucrado. Por esta razón es importante conocer el nervio de origen³⁻⁵. En el caso que nos ocupa es curiosa la localización, dado que no encontramos el origen nervioso evidente del que pueda derivar el tumor, al no existir a este nivel estructuras nerviosas importantes que ocupen la línea media. No hemos encontrado en la literatura ningún caso

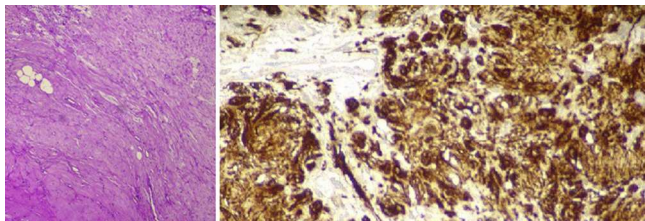


Figura 2 Corte histológico donde se muestra las células fusiformes del schwannoma. Positividad en tinción inmunohistoquímica para la proteína S-100.

idéntico al presentado en este artículo⁴⁻¹⁰. Dada la localización inusual, el diagnóstico clínico en nuestro caso fue equivoco, y mediante la TC sin contraste la información fue insuficiente. En la TC, el schwannoma se observa como una masa hipodensa con límites bien definidos que no infiltra estructuras vecinas. El quiste del conducto tirogloso (que fue el diagnóstico sugerido por la TC) es la masa en el cuello congénita más común y puede aparecer en cualquier lugar entre la base de la lengua y la región esternal, siendo típica su localización en la línea media cervical. En general se diagnostica clínicamente, y el papel de las pruebas de imagen es para confirmar el diagnóstico clínico, identificar la glándula tiroides y proporcionar información preoperatoria sobre la presencia o ausencia de tejido sólido intraquístico². La TC en el quiste tirogloso muestra una masa hipodensa, pero con densidades inferiores (densidad líquido)²⁻⁵. En la exploración mediante resonancia magnética el schwannoma aparece como una masa isointensa o ligeramente hiperintensa en T1 e hiperintensa en T2, y tras la administración de gadolinio. En el caso de un quiste tirogloso, la exploración sería una masa de características quísticas hiperintensa en T2 e isointensa en T1 al igual que el schwannoma, pero sin realce en el T1 tras la administración de contraste³. Es frecuente que en el manejo de lesiones como la del caso clínico en discusión con crecimiento lento, localización compatible, típica y asintomáticas, no se realicen pruebas de imagen específicas dado que el diagnóstico es clínico. En los tumores de la línea media cervical, además de con el quiste tirogloso, debemos realizar diagnóstico diferencial con el quiste dermoide, adenopatías cervicales y tumoración maligna². Dado que con la exploración y las pruebas de imagen no se puede obtener un diagnóstico definitivo, ni descartar tumoraciones malignas, el diagnóstico debe ser histopatológico. La PAAF puede servir de orientación en la mayoría de las ocasiones, pero el diagnóstico definitivo se obtiene del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. En conclusión, se presenta un schwannoma cervical de localización atípica, lo cual llevó a un diagnóstico de sospecha erróneo inicialmente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Liu HL, Yu SY, Li GK, Wei WI. Extracranial head and neck Schwannomas: A study of the nerve of origin. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2011;268:1343-7.
2. Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D, editores. World Health Organization. Classification of head and neck tumors. Pathology and genetics. Lyon: IARC Press; 2005.
3. Lloyd C, McHugh K. The role of radiology in head and neck tumours in children. *Cancer Imaging*. 2010;10:49-61.
4. Colreavy MP, Lacy PD, Hughes J, Bouchier-Hayes D, Brennan P, O'Dwyer AJ, et al. Head and neck schwannomas-a 10 year review. *J Laryngol Otol*. 2000;114:119-24.
5. Biswas D, Marnane CN, Mal R, Baldwin D. Extracranial head and neck schwannomas-a 10-year review. *Auris Nasus Larynx*. 2007;34:353-9.
6. Yasumatsu R, Nakashima T, Miyazaki R, Segawa Y, Komune S. Diagnosis and management of extracranial head and neck schwannomas: A review of 27 cases. *Int J Otolaryngol*. 2013;2013:973045.

7. Sharma DK, Sohal BS, Parmar TL, Arora H. Schwannomas of head and neck and review of literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2012;64:177–80.
8. Keane E, Francis EC, Thambipillai SP. A rare case of paediatric neck swelling: Cervical sympathetic chain schwannoma. *Case Rep Otolaryngol.* 2013;2013:712365.
9. Bayindir T, Kalcioğlu MT, Cicek MT, Karadag N, Karaman A. Schwannoma with an uncommon upper lip location and literature review. *Case Rep Otolaryngol.* 2013;2013:363049.
10. Lee MK, Sidell DR, Mendelsohn AH, Blackwell KE. Hypoglossal schwannoma masquerading as a carotid body tumor. *Case Rep Otolaryngol.* 2012;2012:842761.