

NEUROLINOMA BUCOMAXILOFACIAL

AUTOR: *Dr. JULIO CESAR FERNANDEZ*

COAUTORES: *Dr. ANIBAL SUSSINI, Dr. MARCELO CAPPELLI, Dr. DAVID FIGUEROA*

Departamento de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial del
Instituto de Oncología. Centro Oncológico de Excelencia.
Fundación Prof. Dr. José M. MAINETTI
Para el Progreso de la Medicina. Hospital Comunitario

SINONIMIA: Schwannoma - Fibroblastoma perineural - Glioma periférico
- Neurinoma, Neurilemoma (ANDERSON 1977 - STOUT 1935
- WILLIS 1948 - BLACKWOOD Y LUCAS 1951).

Introducción:

El Schwannoma es una neoplasia benigna e infrecuente de histogénesis a punto de partida de la célula neurolemática de Schwann. Estadísticamente y comparándolo con el Neurofibroma, este es más frecuente en el territorio bucomaxilofacial, que el Schwannoma; en relación (8:1).

Los diferentes autores coinciden que se presenta en pacientes de raza blanca, habitualmente con lesiones asintomáticas y si bien puede desarrollar a cualquier edad, por lo general, los pacientes se encuadran en al 3ra y 4ta. década de vida.

Topográficamente los sitios de mayor frecuencia por orden son: El carrillo - el paladar - la lengua - los labios y la cresa alveolar.

A la inspección clínica se presenta como pequeños crecimientos sisiles, de superficie lisa, sobre una mucosa bucal intacta, tipo nódulos circunscriptos de consistencia duroelástica y crecimiento lento-estable. (4) - (7) - (9).

Microscópicamente el Neurilemoma es un tumor encapsulado compuesto por

células de Schwann y proliferación fibroblástica, siendo así el rasgo más característico de este tumor, su aspecto histopatológico. El tumor estructura haces retorcidos o se alinean de tal manera que los núcleos celulares se colocan tipo "empalizada"; de aca se forman grupos celulares llamados cuerpos de verocay y así la parte del tumor compuesta de cuerpos de verocay se denomina tejido antoni/tipo "A", como así también está compuesto por una variable cantidad de tejido Antoni Tipo "B": Mezcla laxa y desorganizada de fibras, células de Schwann y fibroblastos (4).

A diferencia; el Neurofibroma no es encapsulado y se compone por solo tejido Antoni Tipo "B" mas cilindroejes; por lo tanto el Neurofibroma surge de las células perineurales.

La reseña bibliográfica refleja una controversia en torno de la histogénesis y clasificación de las lesiones nerviosas periféricas (FOOT, 1940, HEARD, 1962; MASSON, 1932, PENFIELD, 1932; STOUT, 1935; WILLIS, 1948).

En la actualidad la mayoría de los autores opinan que los tumores de las vainas nerviosas derivan en particular de las células neurolemáticas (de Schwan) y del posible origen común de estas lesiones, se distinguen dos tipos

neoplásicos diferentes por su cuadro histológico y clínico, el neurolemoma, (Schwannoma) y el neurofibroma, tanto solitario o como parte de un síndrome: La neurofibromatosis múltiple.

También se reconoce una tercera lesión, no neoplásica e inducida por traumatismos que consiste en una hiperplasia tumoral llamada neuroma traumático o de amputación.

En una revisión de la literatura Das Gupta y Cols. describen 303 casos de

Neurilemoma, de los cuales 136 se encontraron en la cabeza y el cuello.

No obstante, 16 se localizaron intraoralmente. Desde 1945- 1964, Hatziotis y Aspride encuentran solo 106 casos de Neurilemoma naciendo en la cavidad bucal, de los que 2 eran de paladar y 59 de la lengua. Chen y Miller identifican 49 Neurofibromas y 6 Schwannomas intraorales, de los que 2 estaban en la lengua, Sinha y Cols. informan un caso en la lengua.

Resumen clínico-quirúrgico del caso que presentamos

Paciente de 67 años, raza blanca, sexo masculino.

Diagnóstico: De certeza confirmado por biopsia preoperatoria: Schwannoma benigno de borde de lengua derecha región acral.

Estado local: Tumor nodular de base sesil, consistencia duroelástica y crecimiento lento-estable de 2 cm. de diámetro, con glosodimia y neuritis lingual típica de la hemilengua correspondiente.

Estado general: Bueno-normocompensado.

Estado psicológico: receptivo y colaborador.

Antecedentes: Con biopsia preoperatoria de excisión total y secuela

residual neuropática que no cede con los tratamientos medicamentosos con sustancias ocultantes y neurotróficas.

Histopatología: Protocolo N°B 951/89. Dra. Luisa Castelletto. Schwannoma de células granulosas, benigno, ulcerado. La sección quirúrgica pasa por tejido sano en bordes y profundidad. Hospital General San Martín.

Estadificación: T1 No Mo

Tratamiento quirúrgico: Por los antecedentes y la estadificación anatomotopográfica del tumor, se decidió una neurectomía periférica del nervio lingual desde el espacio pterigo-mandibular hasta la punta de la lengua, en sentido postero-anterior y con disección prolija. Electrocoagulación acral de los muñones nerviosos mas infiltración troncular con glicerol.

Dr. Julio César FERNANDEZ: Jefe Dpto. de Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial. Centro Oncológico de Excelencia. Fundación Prof. Dr. José M. Mainetti. Asistente Extranjero del M.D. Anderson Hospital and Tumors Institute. University of Texas. System Cancer Center. Houston. U.S.A. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Maxilo Facial.

Dr. Anibal SUSSINI: Jefe de Servicio de Cirugía General y Torácica Hospital "San Juan de Dios" de La Plata. Profesor de la Cátedra de Cirugía "A" de la U.N.L.P. Facultad de Ciencias Médicas.

Dr. Marcelo CAPPELLI: Integrante del Equipo de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial C.O.E.

Dr. David FIGUEROA: Médico residente del Servicio de Cirugía General y Torácica - Hospital I.E.A. y C. "San Juan de Dios", La Plata.

ICONOGRAFIA

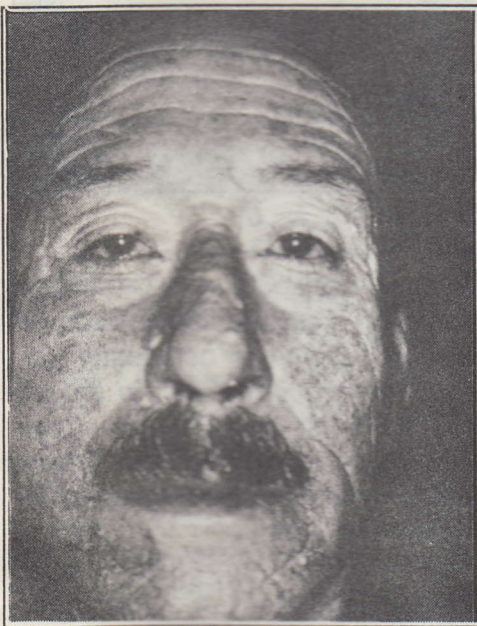


FOTO N° 1

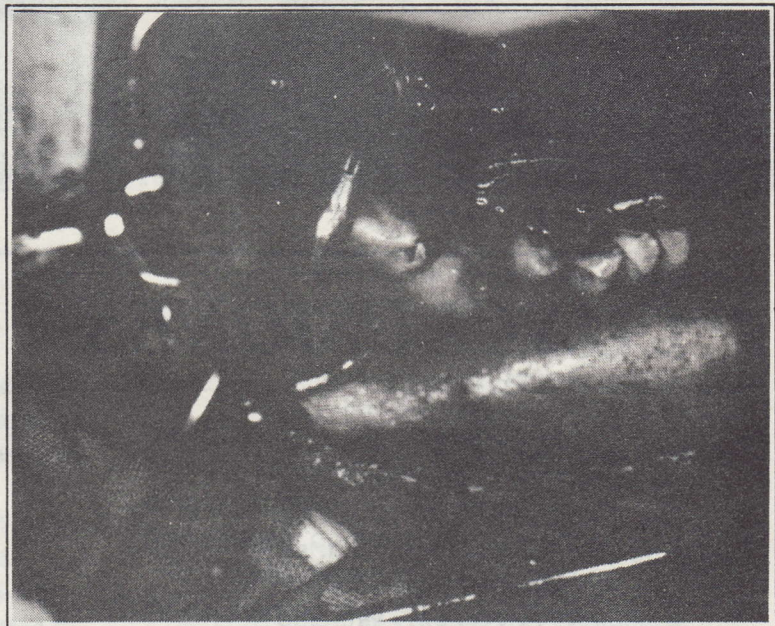


FOTO N° 3



FOTO N° 2

Foto N°1

Aspecto clínico facial preoperatorio.

Foto N°2

Aspecto clínico intrabucal.

Foto N°3

Abordaje intraoral. Incisión en surco gingivo-ligal y reparo troncular del nervio lingual.

Foto N°4

Disección postero-anterior del lingual: desde el espacio pterigo-mandibular hasta la punta de la lengua. Nótese las ramas del lingual para las glándulas submaxilar y sublingual respectivamente.

Foto N°5

Pieza operatoria. Nervio lingual disecado. Neurectomía periférica.

Foto N°6

Microfotografía de la historia patología del Schwannoma. Aspecto típico, núcleos en empalizada, cuerpos de Verocay tejido Antoni Tipi "A" y "B".

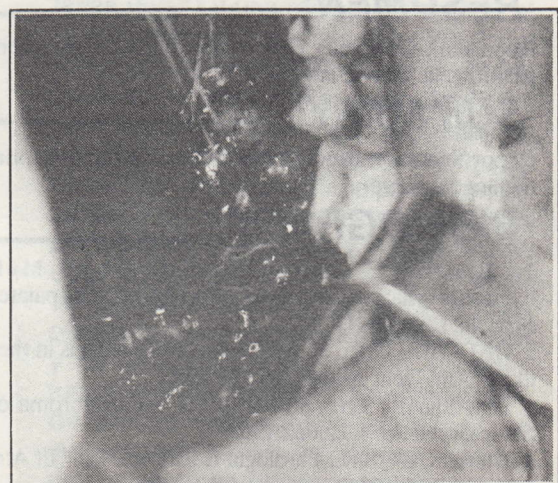


FOTO N° 4



FOTO N° 5

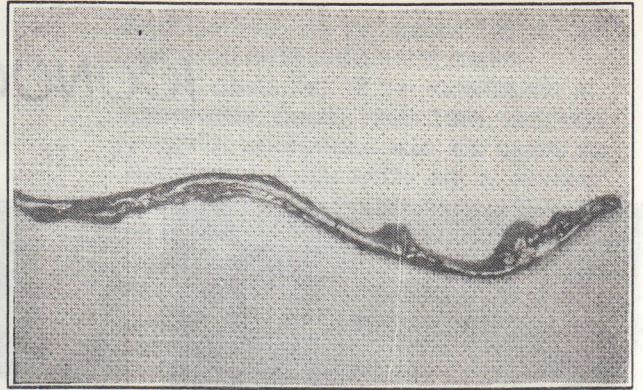


FOTO N° 6

CONCLUSIONES

Consideramos de vital importancia, la biopsia preoperatoria y como es lógico el estudio histopatológico hecho por un patólogo especialista en patología bucomaxilofacial.

Es así, que de esta manera no se pierde efectividad en el tratamiento quirúrgico a realizar. En lo que respecta al tratamiento del Schwannoma afirmamos que debe ser quirúrgico conservador, por tratarse en una neoplasia benigna; pero se tiene que tener muy en cuenta las secuelas residuales neuropáticas que muchas veces generan un disconfort en el paciente mas importante que el mismo tumor. Teniendo siempre presente, ante una

neuropatía residual post resección los tratamientos medicamentosos, ya sea con sustancias octudentes (alcohol, fenol, glicerol, etc., o drogas neurotróficas) y dejar de última elección las neurotomias periféricas, cuando fracasan los tratamientos incruentos. (9) - (6).

Concluimos diciendo que el Neurilemmoma es un tumor poco frecuente en la cavidad oral, con sitio primario de ocurrencia en tejidos blandos, poco dolorosos, circunscrito, de volumen variable, encapsulado, por lo tanto, requiere para un diagnóstico de certeza el estudio histopatológico. Siendo de elección el tratamiento quirúrgico por enucleación total, la incompleta extirpación lleva por regla a la recurrencia y hay que tener en cuenta que son tumores radioresistentes.

RESUMEN:

Reportamos un caso clínico-quirúrgico de Neurilemoma primitivo del nervio lingual.

SUMMARY:

Report one case surgery -clinic the neurilemmoma primitive the lingual nerve.

BIBLIOGRAFIA:

1. BADEN, E. and FISCHER, R.J.: Múltiple Neurofibromatosis and Neurofibroma of the palate, oral surg. 16:1356, 1963.
2. BADGER, G.R.: Solitary Neurofibromatosis in the maxilla: J. Am. Dent Assoc. 100:213, 1980.
3. BHASKAR, S.N. and FRISCHJ: Neurofibroma of oral tissues, oral. Surg. 22:662, 1966.
4. BHASKAR, S.N.: Patología Bucal, 6ta. Ed. "El Ateneo", pág. 343-387, 1984.

5. CHEN, S. and MILLER, A.S.: Neurofibroma and Schwannoma of the oral cavity, oral. Surg. 35:54, 1973.
6. CONLEY, J.J.: Complications of head and neck surgery W.S. Saunders Company P: 554, 1979.
7. LASKIN, D.J.: Cirugía Bucal y Maxilofacial Ed. Panamericana. Pag. 579-612, 1987.
8. MORGAN, G.A. and MORGAN, P.R.: Neurilemmoma, oral Surg., 1968.
9. YOEL, J.: Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. Ed. Salvato. Pág. 805, 1986.
10. SALAS MOLINA, J.; CARRERA MORENO, G.: Neurilemoma oral solitario. Rev. Iberoamericana. Cirugía Oral y Maxilofacial, 6, 16 (120-122), 1984.
11. WIDMANN, G.M.: Oral Neurilemmoma, Br. J. Oral. Surg., 10, (97-99), 1972.
12. SINHA, S.N. Y SAMUEL, K.C.: Neurilemmoma of tongue. J. Laryngol. Otolology, 85, 623-625, 1971.