

Actualización acerca del Schwannoma cervical a partir de un caso atendido en nuestro centro

Roberto Domingo Tabernero Rico*, **Sonia Francisca Pozo González***, **Bianca Prieto Hernández***, **Ignacio Martín García***, **Rodrigo Blanco Hernández***, **Manuel Ángel Martín Pérez****.

* *LES. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.*

** *Jefe de Sección. Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora. España.*

Correspondencia: *Roberto Domingo Tabernero Rico. rdtabernero@saludcastillayleon.es*

RESUMEN

Introducción: Los Schwannomas cervicales son tumores de origen neural (dependientes de la vaina de Schwann) muy infrecuentes en esta localización. Se presentan como nódulo o masa del espacio carotídeo más comúnmente, generalmente de crecimiento lento, suelen ser asintomáticos. Son lesiones de diagnóstico preoperatorio difícil, cuyo tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica; muchas veces complejo por la localización anatómica siendo difícil conservar el nervio de origen.

Caso clínico: Se presenta el caso de una mujer de 47 años, con antecedente submaxilectomía izquierda por lesión glandular en el año 2018 con informe AP quirúrgico de Schwannoma. Se realiza RM de control en región cervical donde se evidencia una lesión en espacio carotídeo izquierdo, bien delimitada, con realce periférico tras administración de gadolinio intravenoso.

Diagnóstico y discusión: La RM cervical es la técnica de elección para la determinación de lesión de estirpe neural. Se aprecia una lesión en espacio carotídeo izquierdo, bien delimitada, con compresión sobre estructuras vecinas. El espacio carotídeo se continúa a través de los espacios cervicales suprahioideos e infrahioideo, dividiéndose en segmentos nasofaríngeo (también llamado espacio para faríngeo retroestiloideo), oro faríngeo, cervical y mediastínico. Contiene distintas estructuras en cada nivel, lo que da la clave diagnóstica para determinar la dependencia de estas lesiones.

PALABRAS CLAVE

Schwannoma, espacio carotídeo, tumor neural.

CASO CLINICO

INTRODUCCIÓN

Los tumores nerviosos del cuello surgen a partir de grandes troncos nerviosos: los IX, X, XI y XII pares craneales, la cadena simpática cervical, el plexo cervical y el plexo braquial.

Por lo general, se localizan en la zona parafaríngea, sobre todo en el espacio retroestiloideo, que para la mayoría de autores se corresponde con el espacio carotídeo (comprende al eje carotídeo, la vena yugular interna, los nervios IX, X, XI, XII pares craneales, así como el ganglio cervical simpático superior).

Los schwannomas, también llamados neurilenomas o neurinomas, son tumores benignos de origen neuroectodérmico, compuestos por células de Schwann diferenciadas. Estas células forman la vaina de mielina alrededor de los axones periféricos mielinizados.

Son poco frecuentes en el área de la cabeza y el cuello (constituyen entre el 25%- 45%). El nervio vestibular está involucrado en la mayoría de los casos a nivel intracraneal, seguido de los del espacio

carotideo, que con mayor frecuencia corresponden al nervio vago (X par) y al tronco simpático cervical [1].

El schwannoma cervical se presenta como una masa parafaríngea, unilateral, benigna, de crecimiento lento, a menudo asintomático, con un riesgo muy bajo de transformación maligna en la población general. El diagnóstico sigue siendo un desafío [2-4].

El diagnóstico preoperatorio se base en técnicas de imagen, entre ellas la TC y fundamentalmente la RM, ambos incluyendo estudio tras administración de contraste. La Ecografía dirigida también puede tener un papel importante, cada vez más desarrollado. La RM posee mayor resolución espacial y ofrece mayor cantidad de características y datos acerca de la naturaleza de la lesión y de su relación con las estructuras vecinas. Además para el correcto diagnóstico se puede ayudar de citología con aguja fina (PAAF) o gruesa (BAG) guiada habitualmente por ultrasonidos [2].

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección, incluso si su estrecha relación con las fibras nerviosas amenaza la preservación del nervio [5].

CASO CLÍNICO

Se presenta a una paciente del género femenino, de 47 años de edad, con el antecedente submaxilectomía izquierda por de lesión glandular en el año 2018 con resultado anatomopatológico postoperatorio de Schwannoma.

Se realiza TC donde se describe la existencia de una lesión en espacio carotídeo, aconsejando realizar RM para mejor caracterización (Figura1). En la RM cervical se constata la presencia de lesión en espacio carotideo izquierdo, bien delimitada, con realce periférico tras administración de gadolinio intravenoso, que desplaza arteria carótida hacia posterior. Se aprecia también atrofia/hipotrofia de hemilengua izquierda de manera incidental (Figuras 2 y 3).

Ante la sospecha de tumor de origen neural, se decide investigar entre los antecedentes de la paciente. La lesión submaxilar, que fue estudiada por TC, Ecografía y posterior PAAF siendo el resultado de material insuficiente para análisis (Figuras 4 y 5). Se le practicó BAG guiada con ecografía arrojando un informe anatomopatológico de: BAG compatible con tumor mesenquimal de origen nerval ($\leq 100+$), probable Schwannoma.

Se constata entonces tumoración extra glandular, siendo dependiente del XII par craneal, que fue intervenido con submaxilectomía. Como complicación de la intervención se señala desviación de la lengua hacia el lado izquierdo. Se correlaciona con la atrofia de hemilengua izquierda que presenta la paciente, debido a denervación del nervio hipogloso izquierdo.

En el estudio de control se aprecia otra segunda lesión en espacio carotideo izquierdo suprahioideo, que desplaza arteria carótida hacia posterior y grasa del espacio parafaríngeo hacia anterior, con captación periférica de contraste paramagnético. Se informa como probable lesión de estirpe neural (schwannoma, neurofibroma...). Debido a la localización anatómica (espacio carotideo suprahioideo) y por frecuencia en la literatura se sugiere probable dependencia del X par, aunque por imagen (en RM de 1,5 Teslas de campo magnético) no se consigue distinguir dependencia entre IX, X, XI y XII pares, siendo menos probable cadena parasimpática cervical. Otra posibilidad sería secundaria a XII par, asentando dos lesiones en un mismo nervio.

La paciente es derivada a Salamanca ante sospecha de afectación del X par, debido a las posibles complicaciones (digestivas, respiratorias, cardiovasculares, gastrointestinales...) que pueden presentarse en caso de daño del nervio vago. Está siendo valorada por el servicio de ORL y actualmente se encuentra en lista espera para intervención.

DIAGNÓSTICO Y DISCUSIÓN

El espacio carotídeo se divide en dos porciones: suprahioidea e infrahioidea. Es importante recordar que su contenido cambia de manera significativa conforme las estructuras nerviosas abandonan este espacio. La porción suprahioidea contiene: la arteria carótida interna, la vena yugular interna, los pares craneales IX, X, XI y XII, el plexo simpático y ganglios. En la porción infrahioidea se alojan: la carótida común, la vena yugular interna, el X par y ganglios [6].

Las lesiones propias de este espacio tienden a desplazar a la grasa del espacio parafaríngeo hacia anterior. Las más frecuentes son las adenopatías; los paragangliomas tienen unas características de imagen más específicas (vacíos de señal en

secuencias de alta velocidad e intenso relace con lavado rápido tras administración de contraste).

Los tumores neurales, en general, son lesiones benignas bien delimitadas con una morfología fusiforme que sigue el eje longitudinal del trayecto de un nervio. Los neurofibromas y los schwannomas proceden de los pares craneales o de la cadena simpática. El nervio vago suele ser el más afectado. Los tumores neurogénicos malignos son raros.

En las pruebas de imagen la clave para sugerir el diagnóstico por imagen es la morfología fusiforme y bien circunscrita siguiendo el eje craneocaudal.

- En TC, habitualmente, tienen una densidad similar al músculo con zonas de baja atenuación.
- En la RM, tienen una señal intermedia en T1 y alta en T2 con áreas de señal baja. La captación de contraste es variable.

La afectación de los pares craneales del espacio carotídeo por las lesiones conduce a la denervación de las estructuras con parálisis y atrofia de la musculatura. Estos dos últimos hallazgos suelen ser muy evidentes en los estudios de imagen. La distribución de la afectación junto a la combinación de pares afectados orienta a la localización de la lesión responsable.

El diagnóstico preoperatorio, a parte de los estudios de imagen puede ser ayudado por estudio citológico (PAAF o BAG), normalmente guiado por Ecografía, que cada vez tiene más utilidad en el diagnóstico de estas lesiones [2].

A pesar de que son lesiones de naturaleza benigna y lento crecimiento. El pilar del tratamiento es la escisión intracapsular completa con preservación del

nervio de origen. En los tumores extensos, la resección subtotal o el sacrificio del nervio con reconstrucción y rehabilitación son alternativas consideradas [3-5].

BIBLIOGRAFÍA

1. Katre MI, Telang RA. Schwannoma of parapharyngeal space: a case report. *Indian J Surg.* 2015 Feb; 77(1):79-81.
2. Carroll C, Jagatiya M, Kamel D, Siddiqi J. A parapharyngeal space schwannoma arising from the vagus nerve: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 41:22-5.
3. Kang GCW, Soo K-C, Lim DTH. Extracranial non-vestibular head and neck schwannomas: a ten-year experience. *Ann Acad Med Singapore.* 2007 Apr; 36(4):233-8.
4. Cavallaro G, Pattaro G, Iorio O, Avallone M, Silecchia G. A literature review on surgery for cervical vagal schwannomas. *World J Surg Oncol.* 2015 Mar 29; 13:130.
5. Sandler ML, Sims JR, Sinclair C, Sharif KF, Ho R, Yue LE, et al. Vagal schwannomas of the head and neck: A comprehensive review and a novel approach to preserving vocal cord innervation and function. *Head Neck.* 2019 Jul; 41(7):2450-66.
6. Zheng X, Guo K, Wang H, Li D, Wu Y, Ji Q, et al. Extracranial schwannoma in the carotid space: A retrospective review of 91 cases. *Head Neck.* 2017; 39(1):42-7.

TABLAS Y FIGURAS

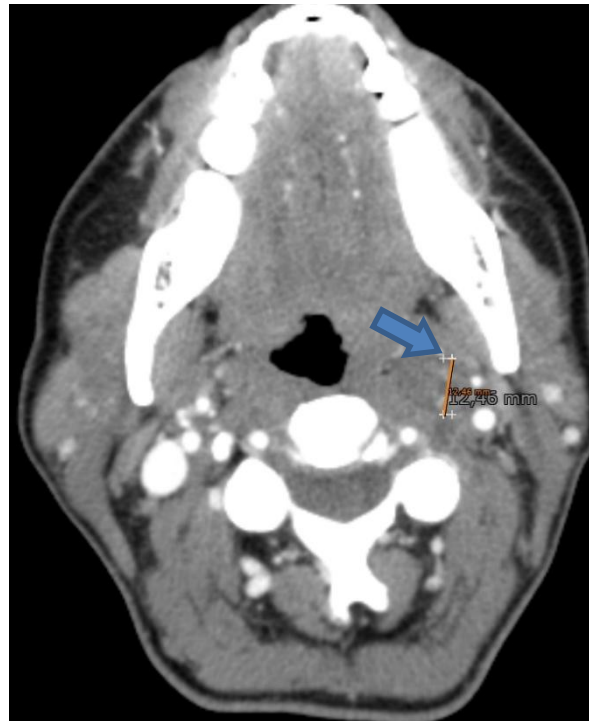


Figura 1. TC. Lesión en espacio carotídeo izquierdo.
(Imágenes obtenidas en el Hospital Virgen de la Concha. Zamora)

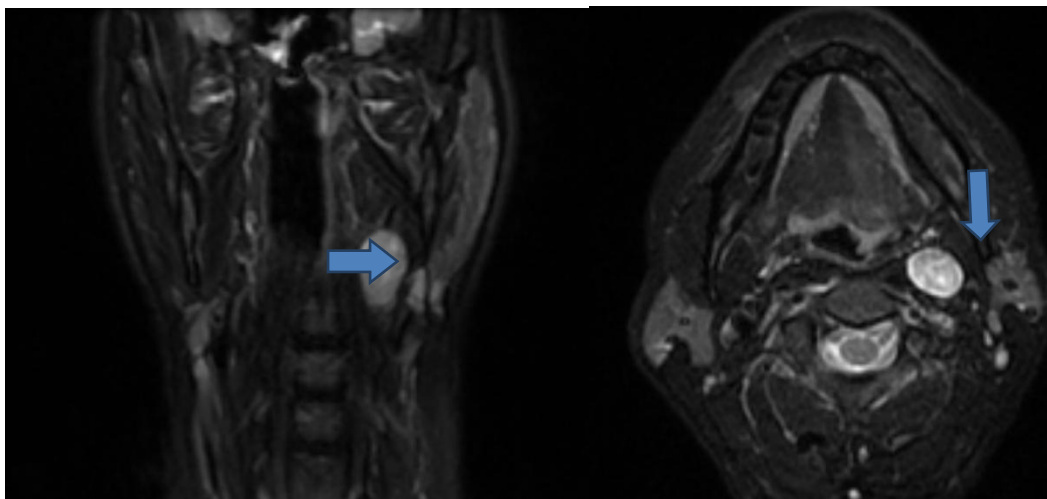


Figura 2. RM potenciada en T2. Planos coronal y axial. Lesión en espacio carotídeo izquierdo.
En la imagen de la derecha se aprecia también atrofia de musculatura de hemilengua izquierda.
(Imágenes obtenidas en el Hospital Virgen de la Concha. Zamora)

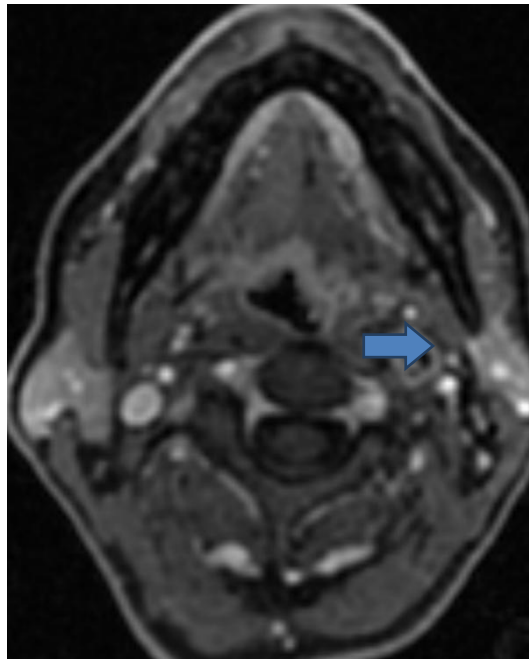


Figura 3. RM potenciada en T1 tras administración de gadolinio.
Lesión en espacio carotídeo izquierdo con captación periférica.
(Imágenes obtenidas en el Hospital Virgen de la Concha. Zamora)



Figura 4. TC cervical previo de 2018. Lesión nodular hipodensa submaxilar izquierda.
(Imágenes obtenidas en el Hospital Virgen de la Concha. Zamora)

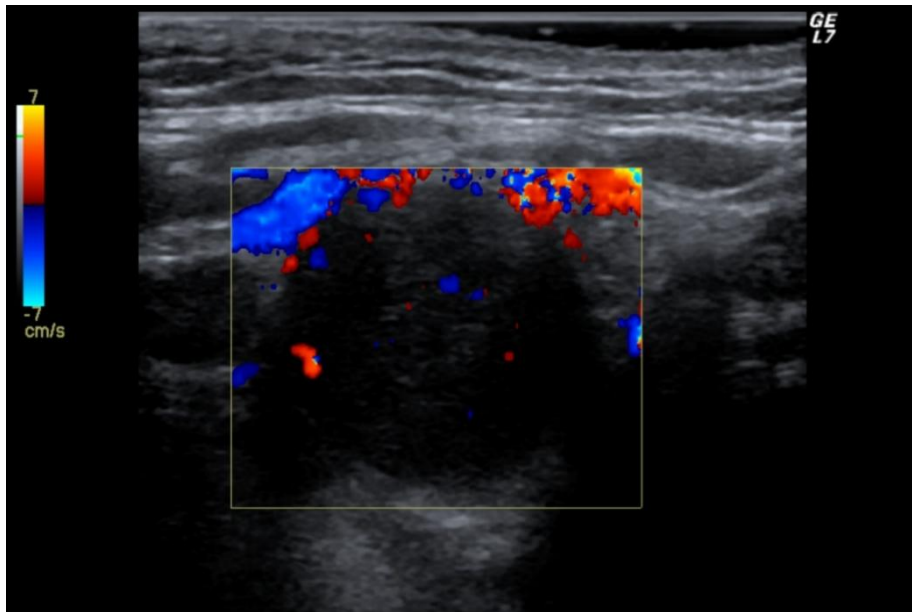


Figura 5. Ecografía. Lesión submaxilar sin apenas flujo en su interior.
(Imágenes obtenidas en el Hospital Virgen de la Concha. Zamora)