

Schwannoma del nervio vago. Exéresis quirúrgica

Natalia Lucía Gómez y Eduardo Luis Mazzaro

PRESENTACIÓN DE CASO

Se presenta el caso de una paciente de 29 años sin antecedentes de relevancia, derivada a nuestro Hospital por tumor lateral de cuello con sospecha de schwannoma del nervio vago. Se le realizó resonancia magnética en otro centro, que evidencia lesión que impresiona de origen neural de 40×30 mm, que realza con contraste, no presenta vascularización y se encuentra en contacto y desplazando estructuras vasculares vecinas. Se realiza exéresis quirúrgica a través de un abordaje cervical lateral transverso. En intraoperatorio (Fig. 1) se observa la lesión y su relación íntima con la vena yugular interna, sin compromiso de esta (por tratarse de una enfermedad benigna). Se esqueletiza y lateraliza el músculo esternocleidomastoideo, y se independiza el tumor del nervio con disección roma, bisturí frío y tijera, logrando una enucleación completa, sin sacrificio nervioso (Fig. 2); medial a la lesión puede observarse la arteria carótida. La anatomía patológica confirma el origen tumoral. La paciente evoluciona con ligera disfonía en el posoperatorio inmediato, con restitución *ad integrum* dentro del mes posoperatorio.

Los schwannomas son tumores benignos originados en la vaina de los nervios periféricos sensitivos y motores. Derivan del neuroectodermo, y el origen, como su nombre lo indica, son las células de Schwann. La cabeza y el cuello son la localización más común de estos tumores, con una frecuencia de aparición en la cabeza y el cuello de entre 25-45%; se ubican preferentemente en el espacio cervical lateral. Los nervios más frecuentemente afectados son el vago y la cadena simpática lateral, aunque pueden aparecer en el resto de los pares craneales, a excepción del olfatorio y el óptico. La presentación clínica más habitual es una masa de crecimiento lento e indolora, por lo que el motivo de consulta es un tumor lateral de cuello o incidentaloma. La función nerviosa generalmente no se ve afectada y el paciente puede hacer una vida normal. La tomografía de macizo facial y cuello y la resonancia magnética son esenciales para el diagnóstico: por lo común evidencian un tumor fusiforme que realza con contraste pero sin vascularización propia. La punción con aguja fina tiene bajo rédito diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico a través de una enucleación subcapsular, que preserva una funcionalidad de las fibras nerviosas superior al 30%, con ninguna o escasas secuelas funcionales a mediano y largo plazo. Los tumores de la región medial pueden requerir cirugías con abordajes más complejos, por lo cual una opción frente a ellos (y también con los laterales) es la observación clínica periódica.

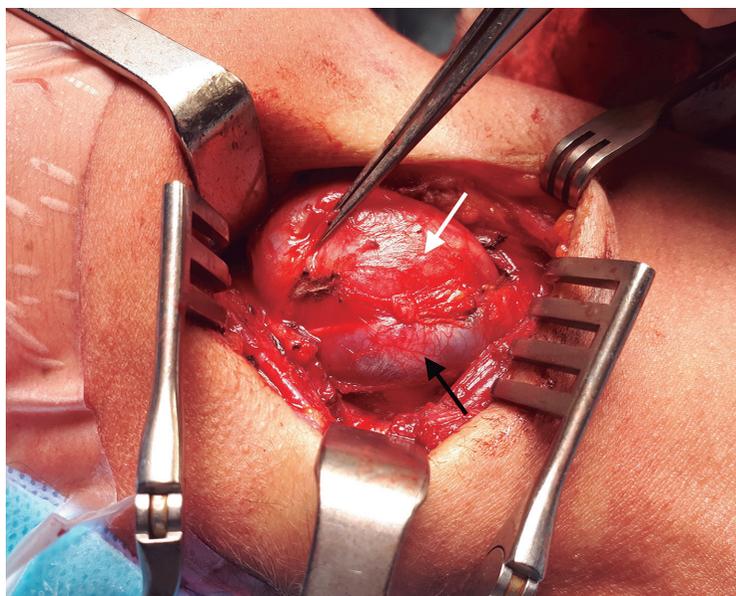


Figura 1. Se observa el schwannoma (flecha blanca) en contigüidad a la vena yugular interna (flecha negra).

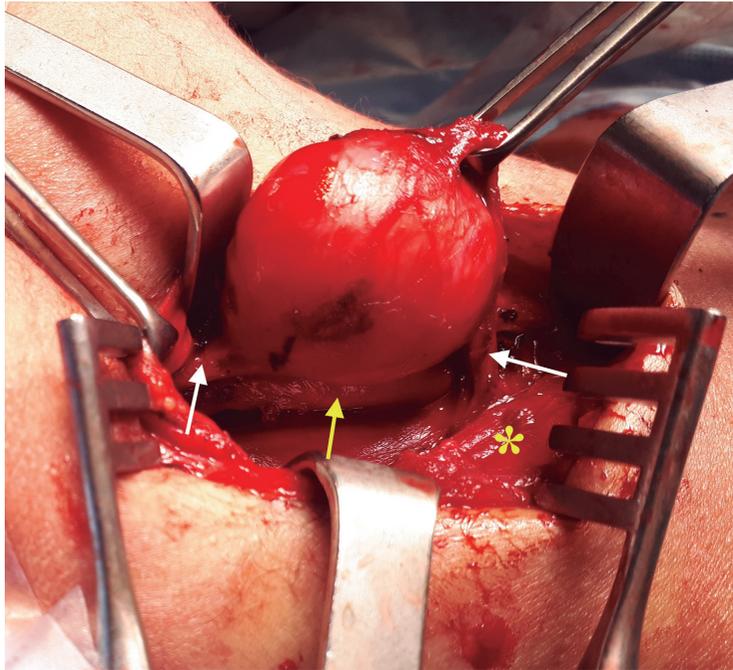


Figura 2. El músculo esternocleidomastoideo se encuentra lateralizado por el separador (asterisco); medial a la lesión se muestra la arteria carótida (flecha amarilla); se observa la dependencia nerviosa de la lesión a nivel proximal y distal (flechas blancas).

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS

- Carroll C, Jagatiya M, Kamel D, et al. A parapharyngeal space schwannoma arising from the vagus nerve: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 41:22-5.
- Ijichi K, Murakami S. Surgical treatment of parapharyngeal space tumors: A report of 29 cases. *Oncol Lett.* 2017; 14(3):3249-54.
- Ramdass AA, Yao M, Natarajan S, et al. A Rare Case of Vagus Nerve Schwannoma Presenting as a Neck Mass. *Am J Case Rep.* 2017; 18:908-11.
- Shrikrishna BH, Jyothi AC, Kulkarni NH, et al. Extracranial Head and Neck Schwannomas: Our Experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2016; 68(2):241-7.