

Schwannoma de párpado

Eyelid schwannoma



Moretti, E.

Moretti, E. *, Cal, I.** , Galetto, M.** , Lattante, R.***

Resumen

El schwannoma es un tumor benigno de las células de Schwann de los nervios periféricos. Cuando se origina en ramas del V par craneal puede representar el 0,7% de los tumores palpebrales. Aunque rara vez maligniza, la cirugía es el tratamiento de elección.

Hasta donde conocemos, existen 11 casos de schwannoma palpebral publicados en la literatura. Nuestro objetivo es presentar un caso clínico de esta estirpe tumoral en una paciente de 51 años de edad, con antecedentes de extirpación transconjuntival previa de chalazión.

Abstract

Schwannoma is a benign tumour of Schwann cells of the peripheral nerves. When originated from branches of the V cranial nerve can represent 0.7% of eyelid tumours. Although rarely malignant, surgery is the treatment of choice.

Until we can know, there are 11 cases reported in the literature. Our goal is to present a case of eyelid schwannoma in a 51 years old patient with a history of previous transconjunctival excision of chalazion.

Palabras clave Schwannoma, Tumor palpebral.
Schwannoma palpebral.

Código numérico 176-221

Key words Schwannoma, Eyelid tumours,
Eyelid schwannoma.

Numeral Code 176-221

* Jefe del Servicio de Cirugía Plástica Estética y Reparadora.

** Médico Residente, Cirugía Plástica, Estética y Reparadora.

*** Anatomopatóloga.

Servicio Universitario de Cirugía Plástica, Sanatorio Los Arroyos, Rosario, Argentina. Servicio de Anatomía Patológica, Gamma Lab, Rosario, Argentina. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Abierta Interamericana, sede Rosario, Argentina.

Introducción

El schwannoma es un tumor benigno originado en las células de Schwann de la vaina de los nervios periféricos. Presenta una baja incidencia en la región palpebral, surgiendo de las ramas del nervio trigémino (V par craneal). Según los diversos autores consultados, su incidencia en esta zona anatómica es muy baja, en torno al 0,1-0,7% de los tumores de los párpados (1,2). Es un tumor exclusivo del adulto y su aparición es esporádica.

Clínicamente se caracteriza por ser un tumor único, asintomático, no invasivo, con crecimiento lento y evolución progresiva.

Este tipo de tumor no posee datos semiológicos patognomónicos y su diagnóstico se lleva a cabo mediante estudio anatomopatológico. Debe diferenciarse de otras patologías de la región palpebral como quistes de inclusión, tumores de la glándula lagrimal y chalaziones.

La presencia de lesiones múltiples es indicativa de neurofibromatosis (3).

El objetivo de este artículo es presentar un caso de schwannoma de párpado superior, demostrar el diagnóstico realizado mediante estudios histológicos específicos y la resolución del caso. Además, investigamos las publicaciones al respecto existentes en la literatura.

Caso clínico

Mujer de 51 años de edad que consulta por tumoración en párpado superior izquierdo recidivada, indolora, perceptible al tacto (Fig. 1) y de consistencia firme. Se constata además la existencia de blefarochalasia asociada y bolsas palpebrales.

La paciente refiere antecedentes de extirpación transconjuntival de chalazión 2 años antes, con recurrencia de la lesión al poco tiempo. El examen funcional ocular es normal.

Solicitamos para su estudio TAC con contraste del macizo facial (Fig. 2-4) en la que encontramos una for-



Fig. 1. Preoperatorio. Tumor visible en región externa de órbita izquierda (flecha)

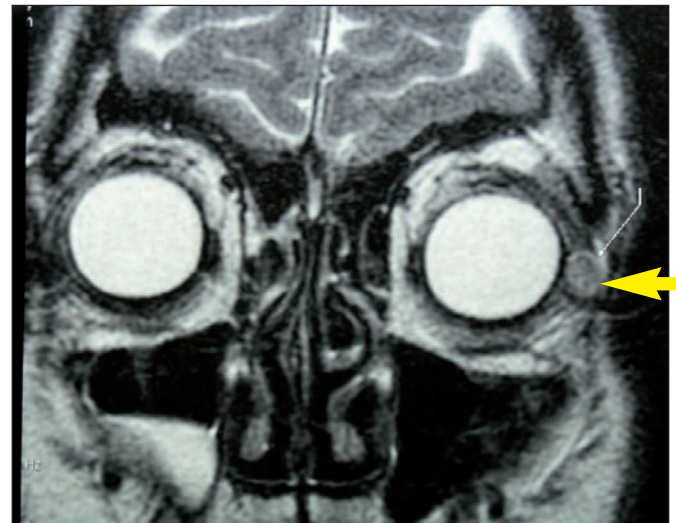
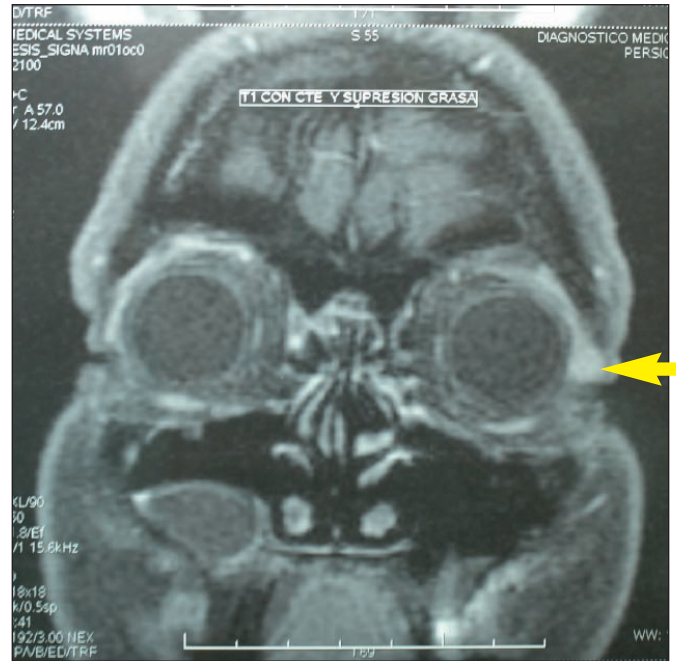


Fig. 2, 3 y 4: TAC con contraste del macizo facial. Formación sólida en la región súpero-externa de la órbita sin compromiso del globo ocular. Diagnóstico de presunción: tumor de glándula lagrimal.

mación sólida en la región súpero-externa de la órbita, sin compromiso del globo ocular, con el diagnóstico de presunción de tumor de glándula lagrimal.

Decidimos, de acuerdo con la paciente, llevar a cabo la resección quirúrgica del tumor y al mismo tiempo practicar blefaroplastia estética superior e inferior asociada.

El hallazgo intraoperatorio de la lesión fue de una formación palpebral izquierda de 1 x 0,8 x 0,5 cm de diámetro, de superficie lisa y consistencia elástica (Fig. 5 y 6), que no invadía estructuras oculares y que pudimos extirpar por completo (Fig. 7). La blefaroplastia superior se realizó según técnica clásica y la inferior por vía transconjuntival, con extirpación de bolsas palpebrales tanto superiores como inferiores (Fig. 8).

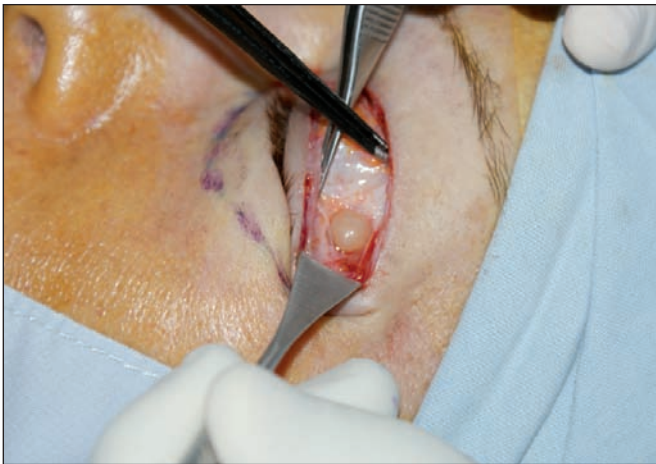


Fig. 5 y 6: Intraoperatorio. tumor sólido ubicado en fosa lagrimal. Abordaje externo.

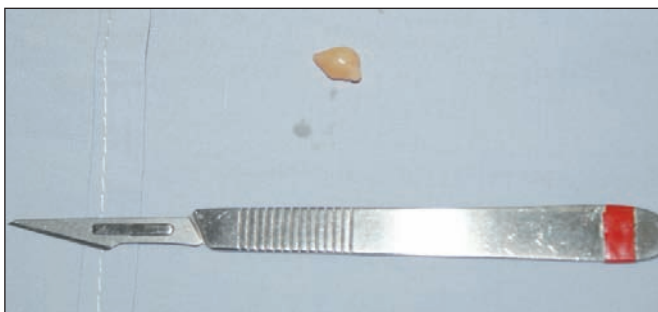


Fig. 7: Pieza quirúrgica extirpada.



Fig. 8. Material extirpado en la blefaroplastia superior (convencional) e inferior (transconjuntival) asociadas.

La evolución postoperatoria de la paciente fue buena, sin complicaciones, con un resultado estético muy satisfactorio (Fig. 9-12) y sin recidiva tumoral después de 12 meses de control.

El estudio anatomopatológico de la pieza de resección informó que se trataba de un tumor benigno, no infiltrativo, con cápsula bien definida (Fig. 13), constituido por fascículos de células fusiformes dispuestas en patrón verticilado o arremolinado alternando con áreas más laxas (patrones Antoni A y B respectivamente); sin signos de atipia (Fig. 14). Inmunológicamente, la proteína S-100 fue positiva confirmando el diagnóstico de schwannoma de párpado.

Discusión

El schwannoma es un tumor benigno que se origina en las células de schwann de la vaina de los nervios periféricos.

Cuando afecta a la región orbitaria constituye el 1% de los tumores de esta zona, originándose en las ramas del V par craneal (1,4,5). La afectación palpebral es extremadamente rara, entre el 0,1% (1) y el 0,7% (2) de los tumores de párpado, donde las neoplasias son benignas en el 75% de los casos (6). En algunas series publicadas, los párpados son el sitio anatómico más frecuente de aparición de los tumores de los anexos oculares (7).

Los schwannomas palpebrales, cuando aparecen, suelen ser unilaterales y de manifestación esporádica. La presencia de tumores múltiples es indicativa de neurofibromatosis (3). Es posible encontrarlos en el 1,5% de los pacientes que padecen esta patología, y en estos casos, debe descartarse malignidad (8).

Nuestra paciente presentaba un schwannoma aislado, sin historia familiar o hallazgos clínicos sugerentes de neurofibromatosis.

En nuestra pesquisa bibliográfica, hemos encontrado 11 casos de schwannoma palpebral publicados en la literatura, que aparecen reflejados en la Tabla I. Creemos que este hecho da mayor interés a la publicación de nuestro caso.

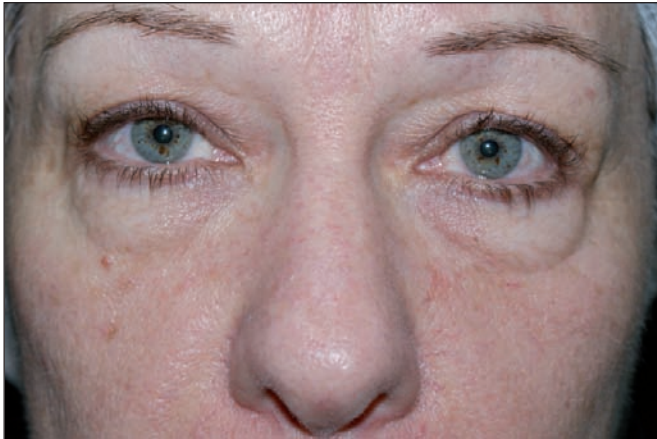


Fig. 9-12. Imágenes comparativas pre y postoperatorias a los 12 meses sin evidencia de recidiva.

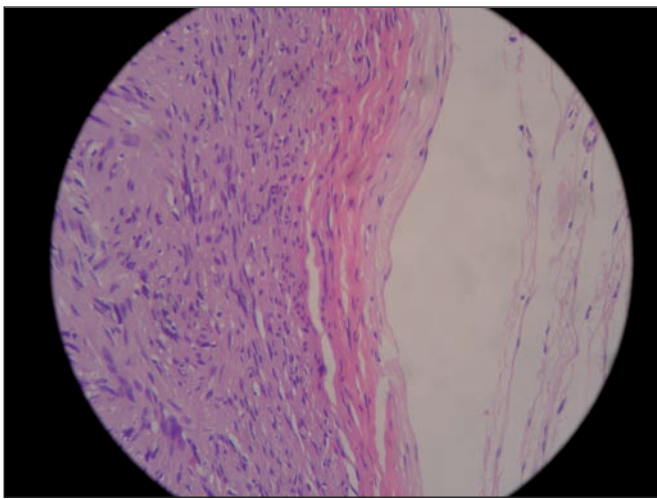


Fig. 13: Patrón tumoral fusiforme sin signos de atipia. Cápsula tumoral bien definida (flecha) (Tinción H/E - x100)

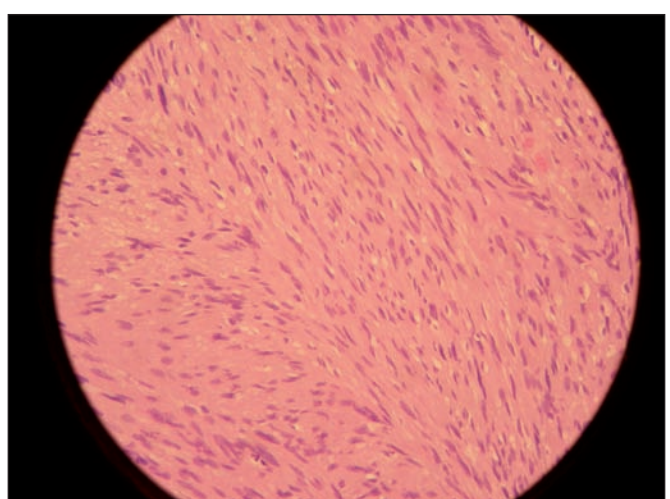


Fig. 14: Áreas de células fusiformes de núcleos elongados alternando con zonas más laxas de menor celularidad. (Tinción H/E - x400)

Como hemos comentado en la introducción, son tumores únicos, asintomáticos, de crecimiento lento y progresivo, no invasivos, de consistencia sólida, que carecen de datos semiológicos patognomónicos. El punto más interesante es por tanto su diagnóstico diferencial frente a otras patologías más frecuentes en párpados y que pueden inducir a error, tales como: quistes de inclusión, tumores de la glándula lagrimal (9) o chalazión, principalmente cuando son lesiones recurrentes (2,10).

Para evitar su recidiva es muy importante la exéresis tumoral completa, la cual se considera tratamiento de elección. Recordamos que el caso que presentamos tenía

antecedentes de resección previa bajo el diagnóstico supuesto de chalazión.

El diagnóstico definitivo se hace mediante los hallazgos morfológicos bajo microscopio óptico de luz polarizada, a través del cual se determina el tipo de proliferación celular, la arquitectura del tumor y la presencia o no de actividad mitótica. Histológicamente suele ser típica la presencia de áreas de células fusiformes con núcleos elongados, con patrón verticilado (es decir, fascículos celulares entrecruzados), y agrupadas en áreas de alta celularidad (patrón Antoni A) alternando con áreas más laxas, con menor cantidad de células (patrón Antoni B).

Tabla I: Publicaciones sobre Schwannomas palpebrales

AUTOR	EDAD del PACIENTE (años)	SEXO	PATRÓN HISTOLÓGICO
Reeh MJ (16)	60	Femenino	Antoni A y B
Baijal GC (11)	19	Masculino	Antoni A y B
Shields JA (12)	63	Femenino	Antoni A y B
Shields JA (13)	7	Masculino	Antoni A
Siddiqui MA (14)	53	Masculino	Antoni A y B
López Tizón E (1)	41	Femenino	Antoni A y B
López Tizón E (1)	70	Femenino	Antoni A y B
Chung YR (10)	66	Femenino	Antoni A y B
Touzri RA (2)	47	Masculino	Antoni A y B
Touzri RA (2)	20	Femenino	Antoni A
Patil S (15)	40	Masculino	Antoni A

Si bien la histología de estos tumores es característica, en ocasiones puede ser necesario recurrir al estudio inmunohistoquímico, en el que tiene fuerte positividad a la proteína S-100. Esta proteína es un antígeno marcador de tejidos derivados de la cresta neural, presente en las células de soporte del sistema nervioso y cuya inmunexpresión es intensa en los schwannomas. En nuestra paciente el estudio anatomopatológico halló un patrón histológico mixto y la realización de inmunohistoquímica junto a la arquitectura microscópica característica, confirmaron el diagnóstico.

Conclusiones

Ante la presencia de un tumor palpebral que no posee compromiso de la piel y que al examen radiológico se presenta como tumor sólido, debemos considerar una serie de diagnósticos diferenciales que incluyen: chalazión, quiste de inclusión, tumor de la glándula lagrimal y schwannoma palpebral.

La cirugía es el tratamiento de elección en todos los casos. La anatomía patológica será relevante para el diagnóstico final y en el caso de tratarse de un schwannoma, el estudio inmunohistoquímico dará la certeza ante la duda diagnóstica.

Son sólo 11 los casos que hemos hallado referentes a esta patología publicados en la literatura, lo que da mayor relevancia a la presentación de nuestro caso clínico, único caso encontrado en la literatura argentina.

Dirección del autor

Dr. Ernesto A. Moretti
Italia 1460, 2000, Rosario. Argentina
e-mail: contacto@esteticacentrum.com.ar

Bibliografía

1. López-Tizón E, Mencía-Gutiérrez E, Gutiérrez-Díaz E, Ricoy JR.: Schwannoma of the eyelid: Report of two cases. *Dermatol Online J.* 2007; 13:12.
2. Touzri, RA, Errais, K, Zermani, R, Benjilani, S, Ouertani, A.: Schwannoma of the eyelid: two cases. *Indian J Ophthalmol.* 2009; 57(4): 318.
3. Kim, D, Hwang, J, Park, S, Shin, J.: Schwannomatosis Involving Peripheral Nerves: a case report. *J Korean Med Sci* 2006; 21: 1136.
4. Garg, R, Dhawan, A, Gupta, N, D souza, N. A rare case of benign isolated schwannoma in the inferior orbit. *Indian J Ophthalmol* 2008; 56(6): 514.
5. Rootman, J, Goldberg, CH, Robertson, W: Primary orbital schwannomas. *British J Ophthalmol* 1982; 66: 194.
6. Villarroel Castrillón, F.: Tumores palpebrales. *Arch. chil. oftalmol* 1986;43(2):233
7. Gómez Cabrera, C, Toro Toloza, I, Vigoa Aranguren, L: Tumores de los anexos oculares. *Rev Cubana Oftalmol* 2001; 14 (2):129.
8. Alarcón-Henao, T, Del Ángel-Arenas, MT, Rodríguez-Reyes, A: Schwannoma maligno de la órbita. Presentación de un caso. *Rev Mex Oftalmol* 2004; 78(1): 29.
9. Santos Silva, D, Puig Mora M, Figueroa, A, Mojarrieta, J, Melgares Ramos, M, Gómez Cabrera, C: Tumores intrínsecos de la glándula lagrimal (1976-1996). *Rev Cubana Oncol* 1998;14 (1):22.
10. Chung, Y R, Moon, S, Jang, J: Eyelid Schwannoma in a Korean Woman. *Jpn J Ophthalmol* 2007; 51:231.
11. Baijal GC, Garg SK, Kanhere S, Monga S: Schwannoma of the eye-lid. *Indian J Ophthalmol.* 1980;28:155.
12. Shields JA, Guibor P: Neurilemoma of the eyelid resembling a recurrent chalazion. *Arch Ophthalmol.* 1984;102:1650.
13. Shields JA, Kiralti H, Shields CL, Eagle RC, Jr, Luo S: Schwannoma of the eyelid in a child. *J Pediatr Ophthalmol Strabismus.* 1994;31:332.
14. Siddiqui MA, Leslie T, Scott C, Mackenzie J: Eyelid schwannoma in a male adult. *Clin Exp Ophthalmol.* 2005;33:412.
15. Patil S, Kale S, Jaiswal S, Khare N: Schwannoma of upper eyelid: A rare differential diagnosis of eyelid swellings. *Indian J Plast Surg.* 2010 : 43(2): 213.
16. Reeh, MJ.: Treatment of lid and epibulbar tumors. Springfield, IL, Thomas Publishers; 1963, Chapter 7: Neural tumours of the eyelid, Pp: 117-123.