

Schwannoma ungueal. Tratamiento quirúrgico

Nail schwannoma. Surgical treatment

Dr. Octavio Small-Arana

RESUMEN

El schwannoma o neurilemoma, es una tumoración benigna de las vainas de los nervios periféricos ocasionados por la proliferación de las células de Schwann. Se presenta el caso de un paciente de 61 años, con una masa tumoral que afecta el lecho ungueal del índice derecho, de ocho meses de evolución. Se reporta este caso por ser rara su presentación en este lugar y para mostrar el procedimiento quirúrgico empleado, con un buen resultado.

PALABRAS CLAVE. Schwannoma, neurilemoma, schwannoma ungueal, cirugía ungueal.

ABSTRACT

The schwannoma or neurilemoma, is a benign tumor of the peripheral nerve sheath caused by the proliferation of Schwann cells. We report the case of a patient of 61 years with a tumor that affects the nail bed of the right index of 8 months. We report this case to be rare presentation in this place and to show the surgical procedure used, with a good result.

KEY WORDS. Schwannoma, neurilemoma, nail schwannoma, nail surgery.

INTRODUCCIÓN

El schwannoma o neurilemoma, es una tumoración benigna de las vainas de los nervios periféricos ocasionados por la proliferación de las células de Schwann, de causa desconocida. Su localización es muy variada, siendo las más frecuentes en cabeza y cuello, cavidad oral, piel,

tejido subcutáneo, peritoneo, pene, extremidades y sistema osteoarticular. Afecta predominantemente a personas entre los 20 a 40 años. En cuanto al sexo, no existe predominio.

Por lo general su crecimiento es lento, pudiendo pasar varios meses hasta ser advertido. La tumoración al crecer desplaza al nervio y no se mezcla con él, tiene pocas manifestaciones clínicas, las que dependerán de su localización.¹⁻³ Se presenta el caso de un paciente de 61 años, con una masa tumoral que afecta el lecho ungueal del índice derecho al que la deforma y altera la estructura de la uña.

Se reporta este caso, porque su localización ungueal es rara y para mostrar el procedimiento quirúrgico empleado, con un buen resultado.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 61 años, natural de Lima, de raza mestiza, buen estado general. Sin antecedentes de importancia. Se desempeña desde hace 35 años como mecánico automotriz. Refiere que hace ocho meses, nota que la uña del dedo índice derecho presenta un discreto aumento de volumen en comparación con las uñas de los demás dedos y dos meses después, la uña se vuelve un poco áspera, al mismo tiempo la tumefacción se hace más evidente y puede advertir que

- Profesor Asociado de la Cátedra de Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima. Perú.
- Miembro Permanente del Instituto de Investigaciones Clínicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Dermatólogo de las Clínicas Maison de Santé. Lima. Perú. y Dermatólogo de la Clínica Universitaria de San Marcos. Lima-Perú.



Figura 1. Lámina ungueal distrófica.

la uña se deforma, se hace abombada, pierde brillo. Desde el cuarto mes nota una sensación de un pequeño ardor y a veces un poco de dolor al roce o la presión del dedo durante sus actividades de mecánico. En vista de que el dedo presenta ya una tumoración evidente y molestias dolorosas a la presión, decide consultar al dermatólogo buscando una solución quirúrgica.

Examen preferencial: Paciente febril. En la Figura 1 se puede apreciar una tumoración que levanta toda la uña, hay pérdida de la lámina ungueal en la parte media, por donde se aprecia la salida del tejido tumoral. La superficie de la uña ha perdido el brillo normal, tiene aspecto escamoso; en algunas zonas se desprenden con facilidad en laminillas pequeñas, debido a la distrofia secundaria. En la Figura 2, en una toma lateral se aprecia un gran aumento de volumen de la zona ungueal, se ve que la tumoración que crece hacia afuera gracias a la desaparición de la uña en ese sector. El



Figura 2. Uña abudada por la tumoración subungueal.

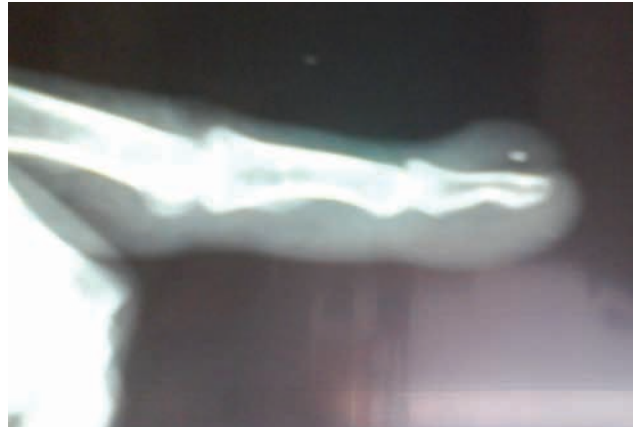


Figura 3. Tumoración radiolúcida por encima de la última falange.

surco lateral interno, está deprimido o algo hundido. Los exámenes de rutina de sangre y de factores de coagulación estaban dentro de los rangos normales.

Se tomó dos placas radiográficas del dedo, frente y perfil. En la toma frontal se aprecia que no hay alteraciones óseas, solo ligero aumento de la densidad por la presencia del tumor (Figura 3). En la toma lateral, no hay alteraciones óseas, solamente un aumento de volumen que levanta la zona ungueal (Figura 4).

Se efectuó una biopsia en *losange* de la zona tumoral, se envió a patología para descartar un papiloma subungueal, un dermatofibroma u otro tipo de tumoración fibromatosa. El informe de patología fue de schwannoma benigno ungueal tipo Antoni A (Figura 5). El cuadro histológico en la toma panorámica muestra el tejido ungueal y por debajo masa densa de células fusiformes, capilares y vasos dilatados. En las Figuras 5B y 5C, se aprecian el predominio de células



Figura 4. Ausencia de alteraciones óseas.

fusiformes que corresponden a las células de schwann dispuestas en haces ondeados y cuyos núcleos se disponen en empalizadas. El estudio de histoquímica para S-100 fue positivo. Figura 6.

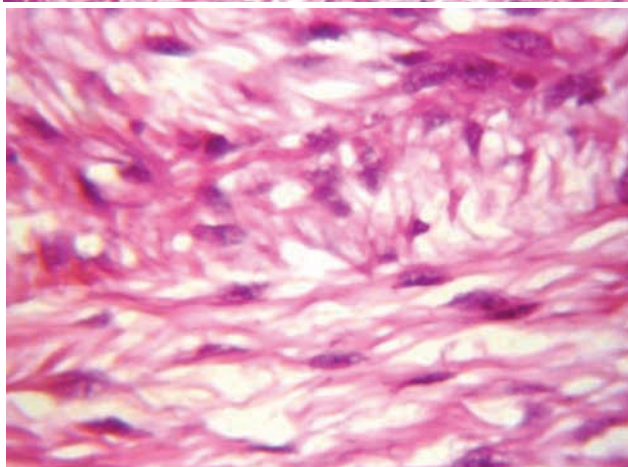
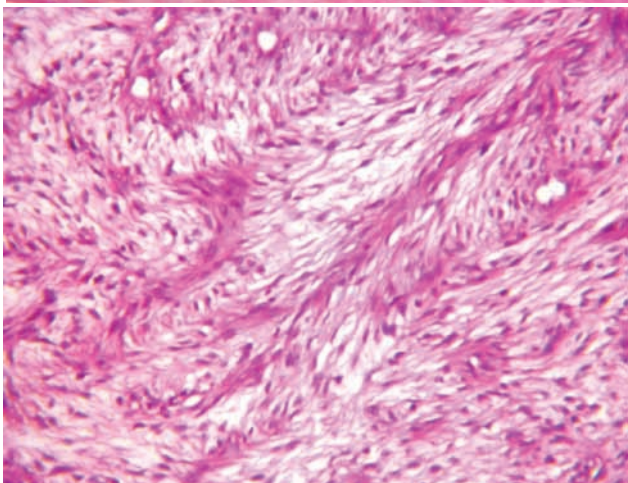
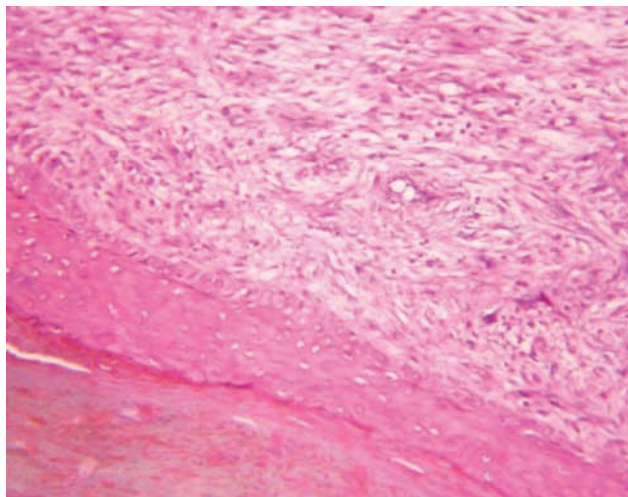


Figura 5. A) Patrón tumoral fusiforme. B) Células fusiformes alternado con zonas más laxas. C). Células fusiformes con núcleo alargado.

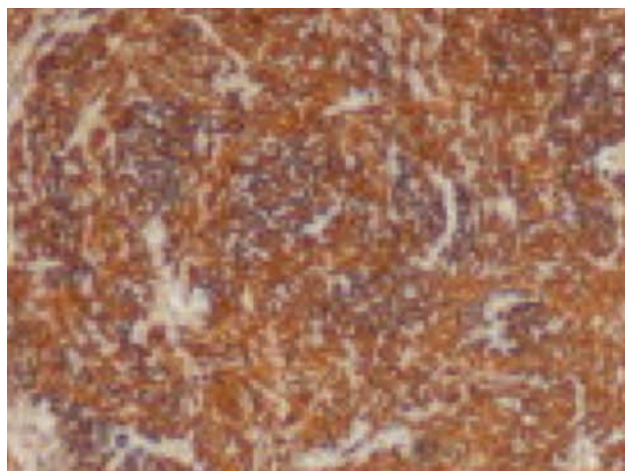


Figura 6. Tinción inmunohistoquímica positiva para S-100.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO EMPLEADO

Se siguieron los siguientes pasos:

1. Limpieza meticulosa del dedo con agua y jabón, luego aplicación de una solución antiséptica yodada.
2. Preparación de la zona operatoria con un campo fenestrado y material quirúrgico apropiado.
3. Anestesia troncular, en ambas caras laterales del dedo, con lidocaína al 2% sin epinefrina.
4. Ligadura hemostática en la base del dedo, que se retira después de poner el apósito sobre la herida.
5. Se inicia la extirpación, separando la masa tumoral conjuntamente con la uña. Se siente un tejido duro, algo leñoso al separar de la matriz (Figuras 7A y 7B). Se puede apreciar que la tumoración tiene un aspecto discretamente mamelonado, fibroso y firmemente adherido a toda la matriz ungueal por abajo y a la uña por arriba.
6. Se retira la uña y luego con mucho cuidado se corta con bisturí el tejido tumoral, teniendo cuidado de no dañar más la matriz ungueal ya lesionada.
7. Se efectuó curetaje y electrocauterización leve de los capilares sangrantes y del resto de tejido anormal. Figura 7C.
8. Una vez terminada la operación, se efectuó la limpieza con agua oxigenada para eliminar restos de sangre y material del curetaje
9. Aplicación de ungüento antibiótico y apósito con vendaje compresivo.



Figura 7. A) Separación del tumor y la uña. B) Tumor adherido al lecho y a la lámina ungueal. C) Herida limpia después de la intervención quirúrgica.

RECOMENDACIONES POSTOPERATORIAS

1. Reposo y evitar realizar tareas manuales por 5 días.
2. Antibiótico oral: ciprofloxacino, 500 mg, cada 12 horas, durante 5 días, y como analgésico y antiinflamatorio, meloxicam, 15 mg/d, por 4 días.
3. Se efectuó el primer control postoperatorio a las 48 horas, para cambiar el apósito, no habiendo sangrado, el lecho ungueal evoluciona bien. Los días siguientes el paciente siguió efectuando las curaciones y el cambio de apósitos.
4. Los controles posteriores se efectuaron a los siete y treinta días; luego cada tres meses hasta el año. Al año de la operación, el paciente no presentó ninguna recidiva, y el aspecto de la uña es bastante aceptable, teniendo en consideración que el tumor afectó la matriz ungueal, se aprecia una cicatriz plana (Figura 8), y no presenta sintomatología aguna.



Figura 8. Resultado final de la cirugía lecho ungueal afectado.

DISCUSIÓN

Verocay, en 1910, describió por primera vez un tumor que se había desarrollado en las vainas nerviosas. Masson, en 1932, identifica que este tumor deriva de las células de Schwann, y comenzó a denominarse desde entonces schwannoma.

El schwannoma es una tumoración benigna encapsulada que se origina en las células de la materia blanca de Schwann, que son derivadas de la cresta neural, o del neurilema que rodea los nervios periféricos. Su etiología es desconocida.¹⁻³ De todos los tumores que se originan en los nervios periféricos, los schwannomas corresponden a 55%. La masa tumoral está constituida por células de Schwann. Es de crecimiento lento, desplaza al nervio y no se mezcla con él, pudiendo advertirse después de varios meses por la presencia del tumor.^{1,3,4} El tumor se localiza con frecuencia en la cabeza, cuello, cavidad oral, maxilares,^{5,6} en las extremidades: brazos o piernas, tejido osteoarticular, peritoneo y retroperitoneo, genitales, pene, piel, tejido subcutáneo. Por lo general, los schwannomas son únicos,^{7,8} pero se han reportado casos en los que los tumores pueden ser múltiples, como el descrito en el nervio cubital.⁹ En cuanto a las manifestaciones clínicas por lo general son asintomáticos cuando se desarrolla en tejidos donde su crecimiento no compromete otras estructuras que den sintomatología. Pero puede haber dolor cuando al crecer

presiona otros tejidos. Si está localizado en la mandíbula, su crecimiento puede ocasionar desplazamiento de los dientes y reabsorción radicular de los dientes cercanos,^{5,6} cuando se desarrolla en peritoneo o retroperitoneo, su tamaño puede alcanzar hasta 11 cm, al desarrollar comprime tejidos y produce dolor.¹⁰ Las lesiones que se desarrollan en los genitales, mayormente asientan en el pene.¹¹

Puede afectar personas de cualquier edad, pero la mayor frecuencia se presenta entre los 20 y 40 años de edad. No existe predominio de raza ni de sexo.¹⁻³ En las imágenes radiológicas siempre se observa como una tumoración radiolúcida, unilocular redondeada u oval^{1,3,12} (Figuras 3 y 4). Para profundizar los estudios, según los casos, también se pueden solicitar resonancia magnética y tomografía computarizada.¹²

Histológicamente, el schwannoma es una lesión encapsulada por una vaina de perineuro. Se distinguen clásicamente dos zonas: una zona celular a predominio de células fusiformes o zona A de Antoni, conformada por células fusiformes con núcleos alargados, pálidas dispuestos en haces compactos en empalizada, a veces rodeada de una zona eosinofílica conocido como cuerpos de Verocay y otra zona con menos elementos celulares y más mixoide con presencia de colágeno o zona B de Antoni.^{1,3,4}

El schwannoma es inmunorreactivo a Ps-100, Leu 7 y a calcineurina.^{1,4} Este tumor rara vez se maligniza, se ha apreciado su incidencia en 1/1000.

Existen otras variantes histológicas, como la variante Celular, donde se hay abundantes células y pobres en áreas de Antoni B y escasas empalizadas o cuerpos de Verocay. La variante melanocítica, es muy poco habitual, es un schwannoma con áreas de melanocitos dendríticos y contiene cuerpos de psamoma (pequeños granos calcificados). Otra variante rara es el schwannoma plexiforme, conformado

por células fusiformes de escaso citoplasma.⁴

Los diagnósticos diferenciales se deben efectuar principalmente con los quistes anexiales, neurofibromas, fibromas, neurinomas, ameloblastomas y lesiones vasculares.

El tratamiento consiste en la extirpación quirúrgica total del tumor y, por lo general, no hay recidivas, por tanto, es de pronóstico bueno.

Se presenta este caso, para incrementar la casuística en su localización ungueal, el manejo quirúrgico efectuado con un resultado bastante bueno, teniendo en consideración que el tumor afectó directamente la matriz de la uña.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fitzpatrick TB, Eisen AZ, Wolff K, Freedberg IM, Austen KF. Dermatología en medicina general. 4.^a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1997. p 1334-1352.
2. Enzinger FM. Tumors of peripheral nerves. En: Enzinger FM, Weiss SW. eds. Soft tissue tumors. Saint Louis: CV Mosby Company; 1988. p. 719-860.
3. Campanacci M. Tumors of the peripheral nerves. En: Campanacci M. ed. Bone and soft tissue tumors. Wien: Springer-Verlag; 1986. p. 1013-32.
4. Rosai J. Soft tissues. In: Ackerman's surgical pathology 7.^a ed. Mosby; 1989. p. 1565-1573.
5. Park Y, Kim YW, Yang MH, Kim EJ, Ryu DM: Neurilemmoma of the mandible. Skeletal Radiol. 1999;28(9):536-9.
6. Belli E, Becelli R, Matteini C, Iannetti G. Schwannoma of the mandible. J Cranio Fac Surg. 1997; 8(5):413-63.
7. Classe DA, et al. Neurilemoma of the ulnar nerve. Can J Surg. 1996;39:356-7.
8. Kecici Y, et al. Benign giant schwannoma located in upper arm. Ann Plast Surg. 1997;39:100-2.
9. Patel MR, et al. Multiple schwannoma soft the cubital nerve: A case report. J Hand Surg. 1996;21:875-6.
10. De Diego E, Roca A, Martín B, et al. Schwannoma benigno retroperitoneal: aportación de un nuevo caso. Actas Urol Esp. 2000;24(8):685-688.
11. Mayersak JS, Viviano CJ, Babiarz JW. Schwannoma of the penis. J Urol. 1995;153(6):1931-2.
12. Muñoz S. Tumores neurogénicos de nervios periféricos: estudio por imágenes. Rev Chil Radiol. 2003;9:124-36
13. Chakraborty DK, Roy SK, Saha K, Majumdar S, Bhattacharjee PK. Unusual presentation of schwannoma. J Indian Med Assoc. 2000;98(7):394-5.

Recibido: 24-05-13

Aceptado: 30-05-13