

CASO CLÍNICO

Schwannoma axilar. Reporte de un caso y revisión de la literatura.

*Luciana D'Angelo**, *Graciela Abecasis***, *Laura Andretto**,
*Florencia Costa**, *Cecilia Deluca****, *María Guillermina Pigni****, *Macarena Rizzese*****,
*Tatiana Rocha**, *Verónica Sanchotena**, *María Soledad Crespo Erramuspe**

RESUMEN

Introducción

El schwannoma (neurinoma o neurilemoma) es un tumor benigno originado en la vaina de mielina de los nervios periféricos a partir de las células de Schwann. En su variedad benigna es el tumor más frecuente dependiente de estas estructuras. Se manifiesta entre la tercera y quinta década de vida, sin distinción de género. La localización axilar es extremadamente infrecuente, constituyendo el 5% de todos los casos reportados. Los schwannomas son tumores bien delimitados y de lento crecimiento. La presentación más frecuente es como masa palpable o por la sintomatología clínica correspondiente al territorio de inervación del nervio afectado. Es importante tener en cuenta que estas lesiones pueden formar parte de cuadros clínicos de base genética más complejos como la neurofibromatosis, entre otros. El método diagnóstico de elección es la resonancia magnética nuclear. El tratamiento consiste en la extirpación de la lesión tratando de preservar la función de la estructura nerviosa afectada.

*Servicio Mastología Sanatorio Dr. J. Méndez

**Servicio de Anatomía Patológica Sanatorio Dr. J. Méndez

*** Servicio de Imagenología Sanatorio Dr. J. Méndez

****Residente Cirugía General Sanatorio Dr. J. Méndez

Responsable de correspondencia:
D'Angelo Luciana

Dirección postal: Av. Avellaneda 551 CP:1405

Teléfono de contacto: 0111569976333

Correo electrónico de contacto:
lucianadangelo@hotmail.com

Objetivo

El objetivo del presente trabajo es realizar el reporte de un caso de lesión compatible con schwannoma axilar y realizar una revisión de la literatura.

Palabras clave

Shwannoma. Neurinoma. Neurilemoma.

SUMMARY

Introduction

Schwannoma (neurinoma or neurilemoma) is a benign tumor originated in myelin sheath of peripheral nerves from schwann cells. In its benign variety, it is the most frequent tumor dependent of these structures. It appears between the third and fifth decade of life without distinction of gender. Axillary location is extremely rare, accounting for 5% of all reported cases.

Schwannomas are well-defined, slow-growing tumors.

The most frequent presentation is as palpable mass or due to the clinical symptoms corresponding to the innervation territory of the affected nerve. It's important to know that these lesions can be part of more complex genetic-based clinical cases such as neurofibromatosis. The diagnostic method of choice is magnetic resonance imaging. Treatment consists of excising the lesion, trying to preserve the function of the affected nerve structure.

Objective

The aim of this report is to describe our experience with one case of axillary schwannoma diagnosed in our institution and to perform a review of the literature.

Keywords

Shwannoma. Neurinoma. Neurilemoma.

INTRODUCCIÓN

El Schwannoma o Neurilemoma es un tumor encapsulado benigno del sistema nervioso periférico, desarrollado a partir de las células de schwann que le dan su nombre. Fue descripto por primera vez por Verocay en 1908.^{1,2,3}

OBJETIVO

Reportar un caso de schwannoma axilar diagnosticado en el Sanatorio Dr. J. Méndez y realizar una revisión de la literatura.

CASO CLÍNICO

Se presenta a la consulta una paciente de 36 años, sin antecedentes personales de relevancia, con antecedentes familiares de segundo grado de cáncer de mama (tía y abuela paternas diagnosticadas luego de los 50 años).

La paciente concurre por nódulo localizado en región axilar izquierda, de aparición repentina, levemente doloroso a la movilización del miembro superior, y de pocas semanas de evolución.

Al examen físico se constata la presencia de una formación nodular axilar izquierda de 5 cm de diámetro, de consistencia aumentada y renitente, parcialmente móvil y dolorosa a la movilización. No presentaba alteración en los tejidos suprayacentes ni tampoco síntomas sistémicos asociados. (Figura 1)



Figura 1. Tumelación nodular en axila izquierda (señalada con flecha).

Estudios por imágenes solicitados:

- Mamografía bilateral: Mamas con tejido fibroglandular heterogéneamente denso (ACR C). No se observan imágenes de sospecha. Categorización: Br 2. (Figura 2)
- Ecografía mamaria y axilar: No se reconocen lesiones focales sólidas ni quísticas en el parénquima de ambas mamas. En región axilar izquierda imagen focal, redondeada, de bordes circunscriptos, predominantemente anecoica, con refuerzo acústico posterior y con septos finos en su interior. Presenta área hipoecoica dependiente de una de las paredes de la formación con doppler negativo y con variación de posición en relación al cambio de decúbito. Mide **49 x 45 x 50 mm** y se encuentra a 14 mm del plano cutáneo. Se interpreta en primera instancia como quiste complicado. Categorización: BR 3 a correlacionar con la clínica, antecedentes y estudios previos. (Figura 3)

Figura 2. Imágenes Mamográficas.

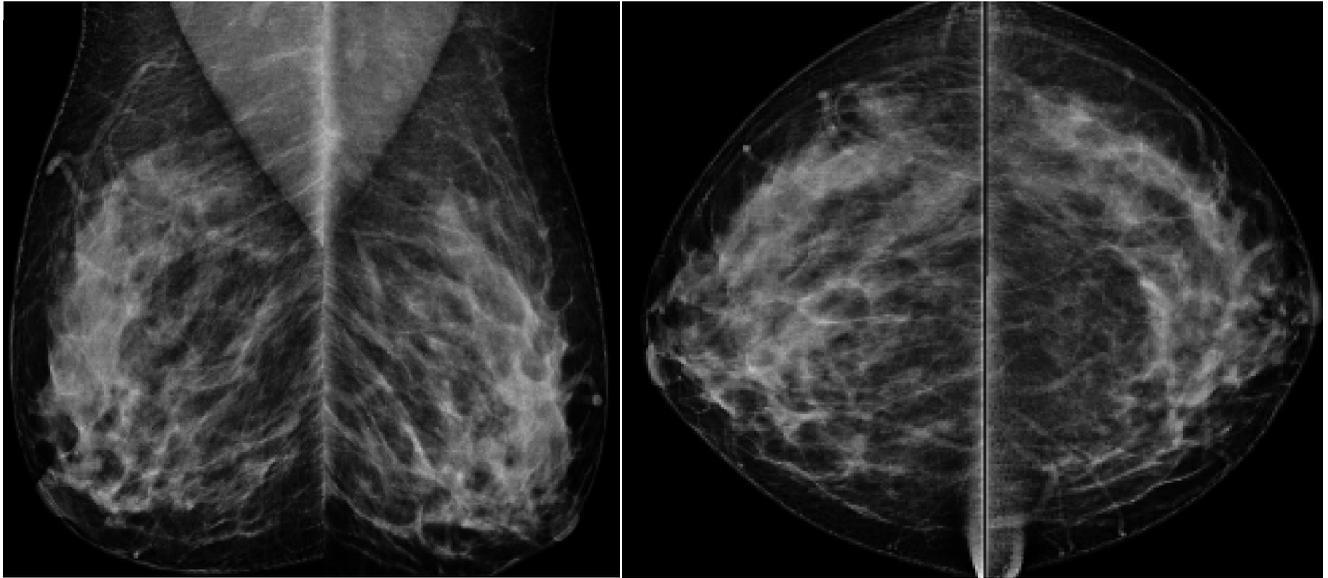
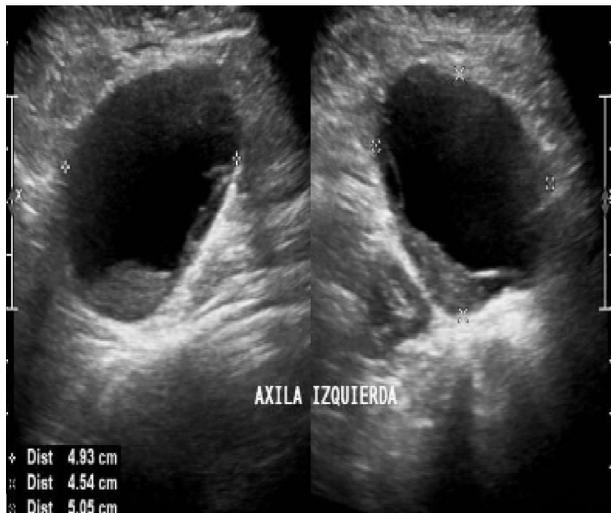
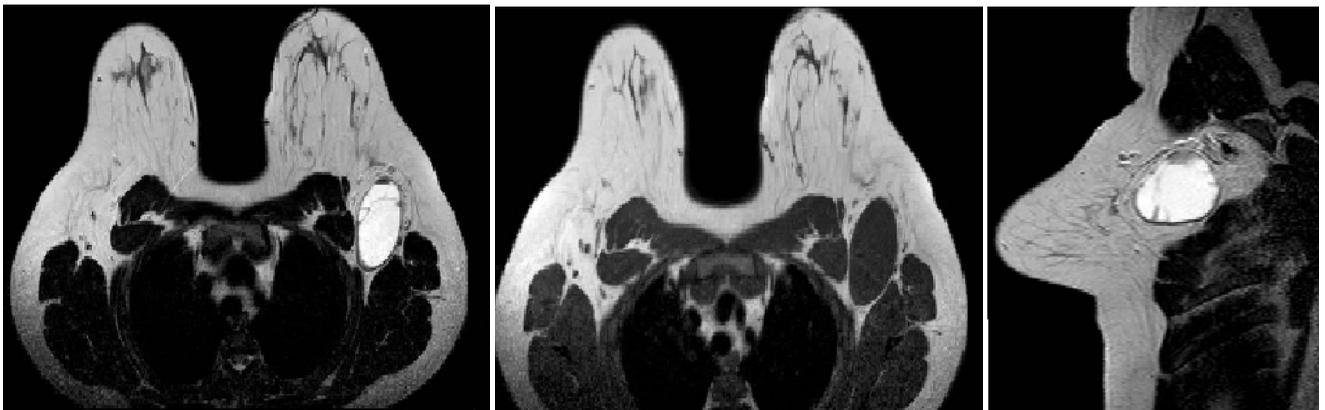


Figura 3. Imágenes ecográficas.



• Resonancia magnética mamaria con y sin contraste: En axila izquierda, imagen nodular de márgenes circunscritos, predominantemente líquida, con septos internos y área de engrosamiento parietal posterointerno. Sus dimensiones son **69 x 43 x 56 mm**. Se identifica captación del contraste en forma homogénea y tenue tanto en las áreas sólidas como en los tabiques internos de la formación descrita previamente. Categorización: Br 4. (Figura 4)

Figura 4. Imágenes de Resonancia Magnética Nuclear.



Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF), obteniéndose líquido citrino cuyo análisis citológico y bacteriológico fueron negativos para gérmenes y células neoplásicas. A las 24 hs luego de la punción evacuadora la lesión se reprodujo, alcanzando nuevamente la dimensión original.

Debido al tamaño de la lesión, a su rápida reproducción luego de evacuada y la sintomatología: dolor y parestesias del miembro superior homolateral con aumento en forma progresiva, se decide conducta quirúrgica.

Se realiza exéresis de la formación quística axilar izquierda vía axilar directa. Se constata lesión nodular renitente a expensas de contenido líquido, cuyas dimensiones fueron de **5.4 x 4.3 x 1.9 cm**. Se realiza exéresis de la misma en forma completa sin requerir evacuación durante el procedimiento. (Figura 5)

Figura 5. Pieza quirúrgica.

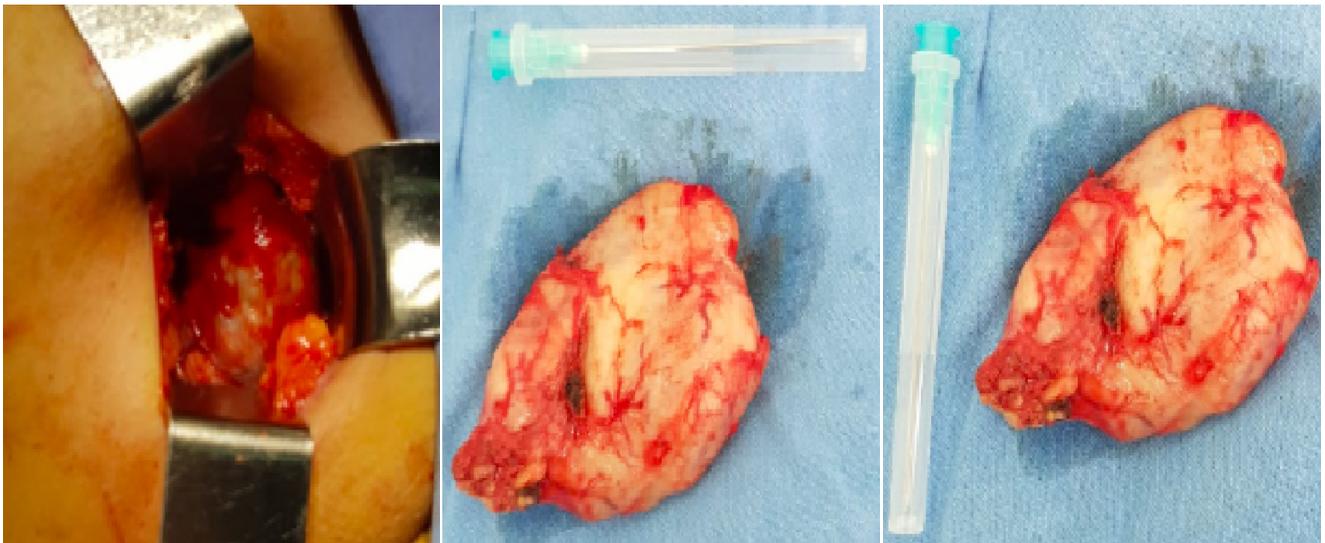
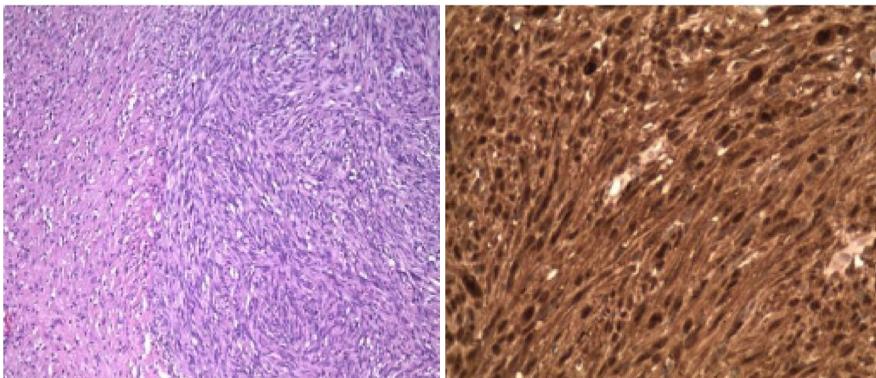


Figura 6. Estudio anatomopatológico en el cual se evidencia la presencia de proteína S 100 +



El análisis anatomopatológico informó: Schwannoma con degeneración quística y áreas xantomizadas. IHQ: S 100 +, CD 138 neg, AE1-AE2 neg, Ki 67 1%. (Figura 6)

La paciente evolucionó favorablemente, sin presentar secuelas neurológicas, continuando sus controles periódicos con un enfoque multidisciplinario.

DISCUSIÓN

El schwannoma, también conocido como neurinoma o neurilemoma, es un tumor benigno, encapsulado, originado a partir de las células de schwann que forman parte de la vaina de mielina de los nervios pertenecientes al sistema nervioso periférico.^{4,5,6}

Constituye el 8% de las masas benignas de los tejidos blandos, y es la formación tumoral más frecuente de los nervios periféricos.^{7,8,9} El 25% de los casos se presentan en el territorio de la cabeza y el cuello, siendo los schwannomas axilares extremadamente infrecuentes. Solo el 5% de los schwannomas se localizan a nivel del plexo braquial.^{5,10,11,12}

Su mayor incidencia ocurre entre la tercera y la quinta década de vida, afectando a ambos géneros por igual.⁵

La presencia de múltiples schwannomas en el mismo paciente podría ser sugestivo de otras patologías o síndromes de transmisión genética que los presentan como parte del espectro de manifestaciones clínicas, como lo es la Neurofibromatosis.^{13,14}

Macroscópicamente los schwannomas suelen ser tumores solitarios, bien delimitados, firmes y de superficie lisa.¹⁵ Presentan un patrón de crecimiento lento y expansivo, no infiltrante; y pueden manifestarse como una masa palpable, o por la sintomatología referida al territorio de inervación de la estructura nerviosa afectada (dolor, parestesia, hiperestesia).⁴ Pueden presentar cambios degenerativos secundarios como la degeneración quística y/o la calcificación (por lo cual, como en el caso descrito, se lo puede confundir con lesiones quísticas simples o complicadas).¹¹

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran las adenomegalias, lipomas, paragangliomas, angiomas, quistes de los arcos branquiales y ciertos tumores vasculares.¹⁶

La resonancia magnética nuclear es el método de diagnóstico de elección. En la misma, el schwannoma se visualiza como una lesión bien definida, con realce homogéneo, que se presenta característicamente isointensa en T1 e hiperintensa en T2.¹⁷

El tratamiento consiste en la extirpación extracapsular o enucleación del mismo, intentando preservar la función nerviosa (sensitiva y motora) de la estructura alrededor de la cual se desarrolla. No es infrecuente cierto grado de déficit neurológico postoperatorio, que puede o no ser transitorio. En el caso presentado no se observó dicha alteración secuelar.¹⁸

La biopsia previa a la cirugía es una herramienta importante para el diagnóstico. Desde el punto de vista histológico (microscopía electrónica e inmunohistoquímica) estas formaciones nerviosas contienen una proporción variable de dos diferentes áreas: 1) las áreas Antoni-A que se caracterizan por ser altamente celulares, y contienen células compactas que forman los cuerpos de Verocay y 2) las áreas Antoni-B que son menos celulares, más organizadas y presentan mayor cantidad de tejido mixoide. El schwannoma está compuesto en su mayoría por tejido Antoni-A en donde puede demostrarse la presencia de proteína S - 100.^{19,20}

CONCLUSIÓN

Los schwannomas son tumores benignos pertenecientes al sistema nervioso periférico. Son infrecuentes, y más aún los de localización axilar (braquiales) y quísticos (menos del 1% del total). Este tipo de lesiones deben ser tenidas en cuenta como diagnóstico diferencial frente a una lesión quística axilar sin patología mamaria ni sistémica que justifique su hallazgo.

REFERENCIAS

1. Lin J, Martel W. Cross-sectional imaging of peripheral nerve sheath tumors: characteristic signs on CT, MR imaging, and sonography. *AJR Am. J. Roentgenol.* 2011; 176: 75–82. ◀
2. Enzinger FM, Weiss SW. Benign tumors of peripheral nerves. *Soft Tissue Tumors* 1995; 4th ed pp. 821–888. ◀
3. Chiapasco M, Ronchi P, Scola G. Neurilemmoma (Schwannoma) of the oral cavity: a report of 2 clinical cases. *Minerva Stomatol.* 1993; 42 (4) 173–178. ◀
4. Aref H, Abizeid GA. Axillary schwannoma, preoperative diagnosis on a tru-cut biopsy: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 2018; 52: 49–53. ◀◀
5. Kumar A, Islary B, Ramachandra R, Naik T. Axillary Nerve Schwannoma: A Rare Case Report *Prem. Asian J Neurosurg.* 2017; 12(4): 787–789. ◀◀
6. Uchida N, Yokoo H, Kuwano H. Schwannoma of the Breast: Report of a Case. *Surgery Today* 2005; 35, 238–242. ◀
7. Kransdorf MJ. Benign soft-tissue tumors in a large referral population: distribution of specific diagnoses by age, sex, and location. *Am. J. Roentgenol.* 1995; 164 (2) 395–402. ◀
8. An JK, Oh KK, Jung WH. Soft-tissue axillary masses (excluding metastases from breast cancer): sonographic appearances and correlative imaging. *J. Clin. Ultrasound* 2005; 33 288–297. ◀
9. Badar Z, Farooq Z, Zaccarini D, Ezhapilli SR. Tongue base schwannoma: differential diagnosis and imaging features with a case presentation. *Radiol. Case Rep.* 2016; 11(4): 336–340. ◀
10. Kumar A, Akhtar S. Schwannoma of Brachial Plexus. *Indian J Surg.* 2011; 73(1):80-1. ◀
11. Vergara-Amador E, Andrade Rodríguez JC. Schwannoma del plexo braquial de localización atípica en región axilar. *Medicas UIS* 2015; Vol 28. ◀◀
12. Sohn YM, Kim SY, Kim EK. Sonographic appearance of a schwannoma mimicking an axillary lymphadenopathy. *J. Clin. Ultrasound* 2011; 39(8):477-479. ◀
13. Mansukhani SA, Butala RPR, Shetty SH, Khedekar RG. Familial Schwannomatosis: A Diagnostic Challenge. *J Clin Diagn Res.* 2017; 11(2): RD01–RD03. ◀
14. Cimino PJ, Gutmann DH. Neurofibromatosis type 1. *Handb Clin Neurol.* 2018; 148:799-811. ◀
15. Jadhav CR, Angeline NR, Kumar1 B, Bhat RV, Balachandran G. Axillary Schwannoma with Extensive Cystic Degeneration. *J Lab Physicians* 2013; 5(1): 60–62. ◀
16. Inoue M, Kawano T, Matsumura H, Mori K, Yoshida T. Solitary Benign Schwannoma of the Brachial Plexus. *Surg Neurol.* 1983;20(2):103-8. ◀
17. Ergun T, Lakadamyali H, Derincek A, Tarhan NC, Ozturk A. Magnetic resonance imaging in the visualization of benign tumors and tumor-like lesions of hand and wrist. *Current Problems in Diagnostic Radiology* 2009; 39(1):1-16. ◀
18. Leal MB, Aguiar AAX, Ribeiro B et al. Schwannoma de plexo braquial. Relato de dois casos. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62(1):162-6. ◀
19. Knight DM, Birch R, Pringle J. Benign solitary schwannomas: a review of 234 cases. *J Bone Joint Surg Br.* 2007;89(3):382-7. ◀
20. Traistaru R, Enachescu V, Manuc D, Gruia C, Ghilusi M. Multiple right schwannoma. *Rom J Morphol Embryol.* 2008;49:235-9. ◀