

Neurofibroma solitario. Informe de caso clínico

Solitary neurofibroma. Clinical case report

Presentado: 20 de enero de 2016

Aceptado: 10 de marzo de 2017

Sofía Paola Bomprezzi, María Paula Portillo, Fabio Sansone, Cristian Sansone

Residencia en Odontología Preventiva y Social, Centro Odontológico OSEP (Obra Social de los Empleados Públicos), Mendoza, Argentina

Resumen

Objetivo: Informar, a partir de la descripción de un caso clínico, la presencia de un neurofibroma solitario, lesión poco frecuente en cavidad bucal.

Caso clínico: Un paciente de sexo masculino, de 47 años de edad, reconsultó por un bulto asintomático en la zona posterior de mucosa yugal izquierda. A partir de los datos de la historia clínica y de estudios complementarios, se procedió a efectuar la extirpación quirúrgica de la lesión, para luego realizar la biopsia y la anatomía patológica. Los resultados

confirmaron la presencia de un neurofibroma solitario en cavidad bucal, en un sitio poco frecuente, como lo es la mucosa yugal.

Conclusión: Si bien el neurofibroma es una lesión poco frecuente en cavidad bucal, su diagnóstico y su tratamiento oportuno son fundamentales para evitar posibles recidivas o transformaciones malignas.

Palabras clave: Carrillo, cavidad oral, neoplasia, neurofibroma, neurofibromatosis.

Abstract

Aim: To report and describe the presence of a solitary neurofibroma, infrequent injury in the oral cavity, from the report of a clinical case.

Case report: A 47-year-old male patient consulted from an asymptomatic lump in the posterior area of the left jugular mucosa. From the data of the clinical history and complementary studies, the surgical excision of the lesion was carried out, after which the biopsy and the pathological anatomy study were performed. The results confirmed the presence of

a solitary neurofibroma in the oral cavity, in a rare site, such as the jugular mucosa.

Conclusion: Although the neurofibroma is a rare lesion in the oral cavity, its diagnosis and timely treatment are fundamental to avoid possible recurrences or malignant transformations.

Key words: Jugular mucosa, neoplasia, neurofibroma, neurofibromatosis, oral cavity.

Introducción

El neurofibroma es una neoplasia benigna de etiología desconocida, que deriva de las fibras nerviosas, y está compuesto por células de Schwann, células perineurales y fibroblastos. Puede presentarse como una lesión solitaria o múltiple. En el 90% de los casos, se asocia a neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) o enfermedad de Von Recklinghausen.¹

El término “neurofibromatosis” (NF) designa a un grupo de desórdenes genéticos que afectan primariamente el crecimiento celular de los tejidos neura-

les. Existen varias formas de NF; las dos principales son la NF-1 y la NF tipo 2 (NF-2).²

La NF-1 se caracteriza por algunos de los siguientes signos: múltiples neurofibromas en piel de tórax y extremidades, manchas color café con leche en piel, pecas en axilas o ingles, glioma óptico, nódulos de Lisch y displasia en los huesos largos. Esta enfermedad tiene una expresión muy variable. Entre las complicaciones más frecuentes, se mencionan los problemas de crecimiento, difi-

cultades de aprendizaje, precocidad o retraso de la pubertad, hipertensión y aumento del perímetro cefálico.²

La presencia de un caso aislado de neurofibroma requiere un examen clínico exhaustivo y la indagación de la historia familiar, a fin de excluir la enfermedad.¹

El neurofibroma solitario se encuentra comúnmente en la piel. La localización en la cavidad oral es poco frecuente; puede presentarse de forma intraósea (el sitio más afectado es el maxilar inferior, debido al paquete vasculonervioso dentario inferior) o extraósea (afecta sobre todo la lengua, seguida de la mucosa oral, el piso de boca, el paladar, los labios y las encías). Se han informado pocos casos de lesión intraósea. Solo el 6,5% de los casos de neurofibroma solitario en cavidad oral no está relacionado con NF-1.³⁻⁵

El neurofibroma solitario puede darse en un amplio rango de edades, de los 10 meses a los 70 años, aunque comúnmente es detectado en la tercera década de vida. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, y la tasa de recidiva es muy baja.³⁻⁴

Caso clínico

Un paciente de sexo masculino, de 47 años de edad, consultó al Servicio de Cirugía del Centro Odontológico OSEP (Obra Social de los Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza) por la aparición de una lesión en la zona posterior de la mucosa yugal izquierda, de crecimiento lento y progresivo, asintomática y de cuatro meses de evolución.

Luego de una exhaustiva anamnesis, se descartaron antecedentes médicos de relevancia, tanto personales como familiares.

En el examen clínico intraoral se observó una ligera elevación de la mucosa yugal izquierda próxima a la salida del conducto de Stenon. A la palpación se percibió una lesión nodular, de aproximadamente 2,5 cm, con superficie lisa, bordes delimitados, y de consistencia blanda y móvil. Se descartaron factores traumáticos asociados a la lesión. En la inspección extraoral, no se observaron alteraciones anatómicas ni adenopatías.

Como primer examen complementario, se decidió efectuar punción aspirativa con aguja fina del contenido de la lesión. Se realizó el informe citológico con técnica de coloración de hematoxilina y eosina, en el cual se asentó la ausencia de células atípicas, la presencia de tejido conectivo y adiposo entremezclado con hematías y aislados linfocitos, y la ausencia de células epiteliales.

Se solicitaron otros estudios complementarios: laboratorio, radiografía panorámica y ecografía de tejidos blandos de la cara (región maxilar izquierda).

El examen de laboratorio arrojó valores normales, y el estudio radiográfico evidenció estructuras óseas y dentarias conservadas.

La ecografía de partes blandas, realizada con transductor lineal de 10 Hz, describía una formación redondeada de ecoestructura mixta, de predominio hipoecoica, con límites netos, sin señal al doppler color, y de aproximadamente 18 × 19 × 13 mm. Los planos musculares y la cortical ósea se observaban respetados. Las glándulas parótida y submaxilar tenían las características habituales.

A partir de los resultados obtenidos, y con el previo consentimiento del paciente, se procedió a la extirpación quirúrgica de la lesión. Con anestesia infiltrativa local, se realizó el abordaje intraoral mediante una incisión lineal próxima al sitio de la lesión (fig. 1). Se efectuó decolado y divulsión por planos hasta lograr acceso y extirpación del nódulo en su totalidad (fig. 2). Se continuó con la toilette del lecho quirúrgico, la reposición de tejidos y la sutura. El paciente recibió indicaciones posquirúrgicas por escrito y se indicó el retiro de la sutura a los 7 días.

Se solicitó el estudio anatomopatológico de la lesión. El examen macroscópico informó un tejido nodular, parcialmente encapsulado, con superficie externa blanquecina, de 1,6 cm de diámetro (fig. 3). Al corte, evidenciaba igual color, con focos de hemorragia aislados, áreas edematosas y consistencia elástica. En el examen microscópico, se observó un nódulo constituido por una proliferación de células fusadas de núcleos regulares, elongadas, con extremos delicados y citoplasma pálido débilmente basofílico, de



Figura 1. Incisión en mucosa yugal próxima al sitio de la lesión.

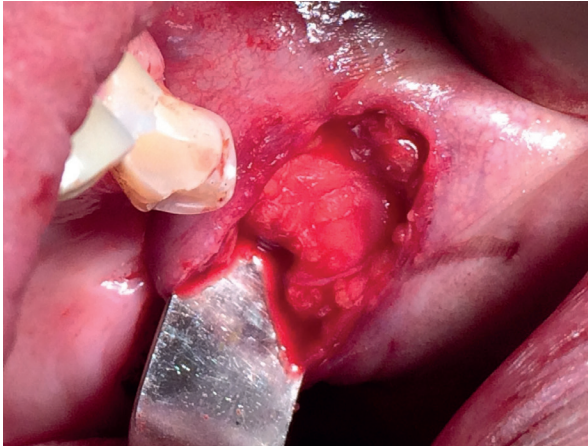


Figura 2. División por planos. Enucleación de lesión y extirpación.

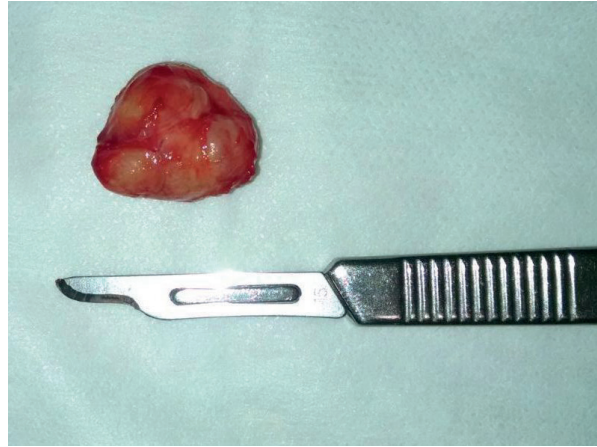


Figura 3. Lesión nodular de 1,6 cm, parcialmente encapsulada.

contornos citoplasmáticos poco definidos, dispuestas en sectores, en haces o fascículos cortos entrelazados. Las áreas celulares alternaban con otras de menor celularidad, en las que las células se disponían al azar o de forma paralela, dentro de una abundante matriz laxa, mixoide. La actividad mitótica era baja. La delimitación, neta, en pseudoencapsulación incompleta. El diagnóstico definitivo determinó hallazgos histológicos vinculables a neurofibroma mixoide.

Conclusiones

La bibliografía revisada refiere que el 90% de los casos de neurofibroma se asocia a NF-1, mientras que solo el 6,5% se presenta en la cavidad bucal de forma solitaria sin asociación a esta enfermedad.

Es importante distinguir entre neurofibromas aislados y aquellos asociados con NF-1, ya que el tratamiento y el pronóstico difieren en gran medida: los relacionados a NF-1 son más propensos a recidivar o a someterse a una transformación maligna.

El diagnóstico obtenido corresponde a neurofibroma mixoide solitario, que es poco frecuente en la cavidad bucal, de presentación esporádica y sin antecedentes de NF-1.

La realización de biopsia escisional y anatomía patológica constituye el método diagnóstico *gold standard* para estas lesiones.

El seguimiento de los pacientes a largo plazo es fundamental para monitorizar posibles recidivas o transformaciones malignas indeseadas.

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Referencias

1. Carmona Fernández E. Neurofibroma tipo 1 con manifestaciones en el maxilar superior. *Rev Ciencias Médicas del Pinar del Río* 2016;20:249-54.
2. Rodrigues G, Joaquim A, Ghizoni E, Queiroz L, Tedeschi H. Giant cervical neurofibroma with concomitant deformity. Surgical strategies for treatment. *J Bras Neurol* 2013;23:323-7.
3. Alvarado Namen N, Caez Ruiz K, Mendoza Suárez L, Redondo Bermúdez C. Neurofibroma solitario gigante de la cavidad oral con extensión al cuello. Reporte de un caso. *Rev Cien Bioméd* 2015;6:376-80.
4. Mahmud SA, Shah N, Chattaraj M, Gayen S. Solitary encapsulated neurofibroma not associated with neurofibromatosis-1 affecting tongue in a 73-year-old female. Case report. *Case Report in Dentistry* 2016:3630153.
5. Bhatnagar D, Bhatnagar D, Gupta P. Intraosseous neurofibroma in maxilla. A case report. *Indian Journal of Dental Sciences* 2016;8:61-3.

Contacto:

MARÍA PAULA PORTILLO

portillo.mariapaula@gmail.com

Ingeniero Baglietto 3082

(M5500EWE) Mendoza, Argentina