UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

“SCHWANNOMA DE LABIO SUPERIOR (MEDIO): REPORTE DE CASO”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA

P.C.D. MARÍA ALEJANDRA MARISCAL CALDERÓN

DIRECTOR DE TESIS

DR. EN C.A. Y R.N. WAEL HEGAZY HASSAN MOUSTAFA

REVISORES DE TESIS

DR. EN EST.P. VÍCTOR HUGO TORAL RIZO

C.M.F. JOSÉ EDGAR GARDUÑO MEJÍA

TOLUCA, MÉXICO OCTUBRE 2022

2022 - 2026

ÍNDICE

Resumen **1**

Introducción **2**

Tumores de la vaina del nervio periférico. 2

Definición de Schwannoma 3

Etiología de Schwannoma 3

Morfología de Schwannoma 4

Inmunohistoquímica 7

Características clínicas 8

Sitios de desarrollo 9

Diagnóstico diferencial 9

Terapéutica y pronóstico 9

Antecedentes **11**

Justificación **15**

Objetivo general **16**

Objetivos específicos **16**

Materiales y Métodos **17**

Material 17

Métodos 17

Resultados de la tinción 18

Procedimiento 19

Caso Clínico **20**

Resultado de estudio anatomo-patológico 21

Estudio histopatológico 21

Intervención terapéutica 22
Seguimiento 24
Discusión 25
Implicaciones Bioéticas 27
Bibliografía 28
Anexos 30
Carta de Consentimiento Informado ..... **¡Error! Marcador no definido.**
Aviso de privacidad de la Facultad de Odontología 33
Resultado de Estudio Anatomo-Patológico 34

Resumen

Se describe en el presente caso, paciente masculino de 24 años, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por aumento de volumen en la región del labio superior medio, a nivel del tubérculo central, el paciente refiere 4 años de evolución. A la exploración clínica intraoral se observa en mucosa labial superior un tumor de 4 x 3 cm de diámetro, de color similar a la mucosa adyacente, presenta en la superficie ulceración causada por los dientes anteriores inferiores, tiene base sésil y consistencia blanda; que se extiende desde la mucosa interna del labio en la unión mucocutánea hasta fondo de saco, bordes bien definidos, consistencia firme y superficie lisa.

Ante sospecha de tumor de glándula salival, se realiza toma de biopsia incisional, se procede a realizar exámenes histológicos para determinar diagnóstico adecuado, con los rasgos clínicos que el paciente presentaba, dando como resultado anatomopatológico de neurilemoma; en corte histológico se observa la organización de uno de los patrones Antoni A, que se caracteriza por células en empalizada dispuestas alrededor de una zona acelular central eosinófila, conocidas como cuerpos de Verocay. También se observan patrones Antoni B, se identifica como zona menos celular, compuesto por células fusiformes ordenadas de forma aleatoria sobre un estroma más laxo.

Posteriormente el paciente es referido a cirugía maxilofacial. La remoción quirúrgica es bajo anestesia local, cuidando en todo momento la recuperación estética. Tumores de gran tamaño en región facial requieren de procedimientos terapéuticos que recuperen la estética minimizando los posibles efectos posteriores a la cirugía.

Introducción

Tumores de la vaina del nervio periférico.

Existen neoplasias benignas y malignas que se clasifican dentro del grupo de Tumores de la Vaina del Nervio Periférico, estas neoplasias están conformadas por células que tienen signos de diferenciación en las células de Schwann; los tipos más comunes de tumores de la vaina del nervio periférico son Schwannoma, neurofibroma y el tumor maligno de la vaina del nervio periférico (TMVNP).[1]

Este tipo de tumores son un grupo heterogéneo de neoplasias de tejidos blandos, muchas veces sus características tan específicas, representan un problema para su diagnóstico clínico.[2]

En ocasiones se pueden originar otros tumores llamados perineuromas que son menos frecuentes y estos se originan de la diferenciación celular perineural.[1]

De acuerdo con diversas investigaciones para el diagnóstico clínico de los tumores de la vaina del nervio periférico se requiere de exámenes histopatológicos e inmunohistoquímicos específicos, no son tan frecuentes y pueden ser de tipo periférico intracraneal o intrarraquídeos. La clasificación por orden de frecuencia de acuerdo a su desarrollo de estos tumores son schwannomas, neurofibromas y perineuromas, su desarrollo es ocasional y normalmente se asocian con síndromes.[3]

Cuando los nervios salen del encéfalo se produce un cambio drástico entre la mielina central (por medio de oligodendrocitos) y la mielina periférica (por medio de las células de Schwann); por esta razón existen ocasiones donde los tumores del nervio periférico se desarrollan dentro de la duramadre o a lo largo del trayecto distal de los nervios periféricos.[1]

Existen características específicas de los tumores de la vaina del nervio periférico y una de ellas es la relación frecuente que existe con los síndromes hereditarios como la neurofibromatosis tipo 1 (NF1), la neurofibromatosis tipo 2 (NF2) y la schwannomatosis.[1] Además de los TVNP más comunes previamente mencionados existen otras variantes de diagnóstico como los schwannomas plexiformes, celulares y melanóticos.[2]

Los tumores relacionados con la Neurofibromatosis Tipo 1 son originados cuando se lleva a cabo el proceso de malignización de neurofibromas plexiformes benignos, esto solo ocurre en el caso de carcinomas, los tumores de partes blandas difícilmente se malignizan.[1]

Definición de Schwannoma

Los Schwannomas, también llamados neurilemomas, neurilema, neurinoma o tumor de célula de Schwann, es una neoplasia encapsulada neurogénica benigna, este tumor de la vaina del nervio periférico está compuesto únicamente por células de Schwann y su diferenciación, en un estroma mal colagenizado.[1,2,4,5]

Descrito por primera vez en 1910 por Verocay y en 1935 se acuño el termino Neurilemoma por Stout, estos tumores normalmente aparecen en pacientes adultos de entre la tercera y quinta década de vida, sin distinción entre el sexo masculino y femenino.[4]

Los schwannomas se pueden originar en distintas zonas anatómicas como la piel, tejidos subcutáneos, especialmente en región de cabeza y cuello, también en superficies flexoras de las extremidades y en algunas ocasiones pueden surgir en aparato digestivo.[2] La mayoría de este tipo de neoplasias se originan en la zona de cabeza y cuello representando el 25 al 40%, y a pesar de que los labios y la cavidad oral son zonas altamente inervadas, los neurilemomas orales representan únicamente el 1% de todos los schwannomas de cabeza y cuello.[4,5]

El primero en describir el Neurilemoma en labio fue Das Gupta en 1969, según un estudio realizado con otros autores, de 146 casos de schwannomas orales el 52% ocurría en lengua, el 20% en mucosa bucal o vestibular, el 9% en paladar balando y el 19% en encía o labios.[4]

Etiología de Schwannoma

La etiología de estas lesiones aún es incierta, se dice que durante la cuarta semana de gestación cuando se produce el desprendimiento ectomesenquimal de la cresta neural, las células de Schwann se desarrollan y proliferan, en ocasiones pueden dar origen a un tumor, estos tumores regularmente se originan de troncos nerviosos y pueden crecer desplazando a estos.[4]

Los Schwannomas tienen diferenciación en las células de Schwann y estas se originan en la mayoría de las veces directamente de los nervios periféricos, estas neoplasias benignas pueden formar parte de la enfermedad de NF2 y algunos de estos tumores que con frecuencia son esporádicos pueden asociarse a alguna mutación desactivadora del gen NF2 que se encuentra en el cromosoma 22.[1]

Es muy usual la relación que existe entre la aparición de Schwannomas con la perdida de expresión del producto del gen NF2, llamada merlina. Cuando hay homeostasis y no existe ningún tipo de alteración, la merlina se encarga de limitar la expresión en la superficie celular de receptores de factores de crecimiento, como por ejemplo EFGR, y esto se lleva a cabo con interacciones de la actina del citoesqueleto. Cuando existen este tipo de alteraciones con respecto a la merlina, las células tienen una reproducción excesiva en respuesta a los factores de crecimiento.[1]

Morfología de Schwannoma

Los neurilemomas se caracterizan por ser masas benignas encapsuladas, con bordes bien definidos que se pueden encontrar en la periferia del endoneuro, están en estrecho contacto con el nervio asociado, pero no lo invaden; la principal característica que facilita su total extirpación es que se encuentra encapsulado sin invadir el nervio de origen.[1,2]

A la exploración clínica pueden variar en tamaño, pero generalmente no superan los 5cm, macroscópicamente se observan como lesiones firmes, de base sésil, de consistencia blanda, bordes bien definidos, con color amarillento o gris y en ocasiones pueden presentar áreas focales de degeneración macroscópica.[1,2]



Figura 1. Fotografía intraoral. Fotografía inicial, aumento de volumen en labio anterior a nivel del tubérculo central que mide 4 x 3 cm.



Figura 2. Fotografía intraoral. Se observa remoción completa de la lesión y el perfecto afrontamiento de los límites de la incisión por medio de la sutura con Vycril.

A nivel microscópico se conforma por dos tipos de zonas: zonas densas (Antoni A) y zonas laxas o hipocelulares (Antoni B)[1]; y estas áreas están circunscritas por una cápsula fibrosa.[2]

Áreas densas eosinófilas Antoni A: Son zonas que se caracterizan por tener organización de células fusiformes dispuestas en fascículos celulares entrecruzados. A menudo se organizan empalizadas de los núcleos y existen zonas entre estas empalizadas carentes de núcleo y se llaman cuerpos de Verocay[1], que fueron descritas por José Verocay, patólogo uruguayo en 1910.

Áreas hipocelulares Antoni B: En esta zona las células fusiformes se separan por la presencia de una matriz extracelular mixoide prominente, compuesta por mucopolisacáridos ácidos y puede estar asociada a la aparición de microquistes, una característica para el diagnóstico son los vasos hialinizados de paredes gruesas que tienden a sangrar y esto da origen a la hemosiderina.[1,3] Las células de Schwann se caracterizan porque presentan núcleos alargados fusiformes con forma ondulada o abombada.[1]

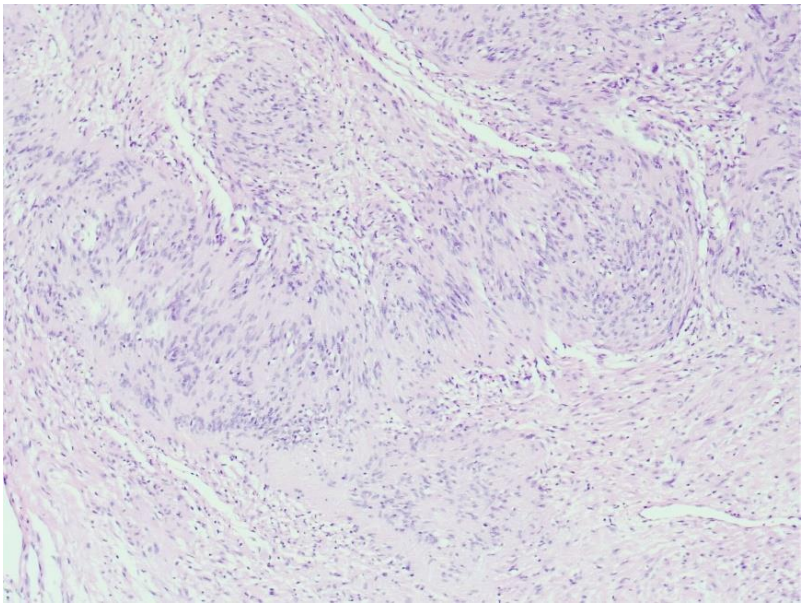


Figura 3. Microfotografía donde se pueden observar en parte inferior zona celular Antoni B y en la parte superior de la imagen zona hipocelular Antoni A.

En ambas zonas Antoni A y Antoni B las células son similares porque sus núcleos son fusiformes y tienen extremos puntiagudos, también existe presencia de cromatina granular

homogénea esta tiene un citoplasma eosinófilo con bordes mal definidos y existe escasa mitosis.[2]

En el microscopio electrónico se pueden observar depósitos de membrana basal y estos rodean a las fibras de colágeno o a células individuales. Se sabe que el crecimiento de estas masas desplaza el nervio al que se asocia, cuando se hacen tinciones inmunohistoquímicas o de plata para las proteínas de neurofilamento se demuestra que los axones se excluyen del tumor en gran parte, pero pueden estar atrapados en la cápsula fibrosa que lo circunde.[1]

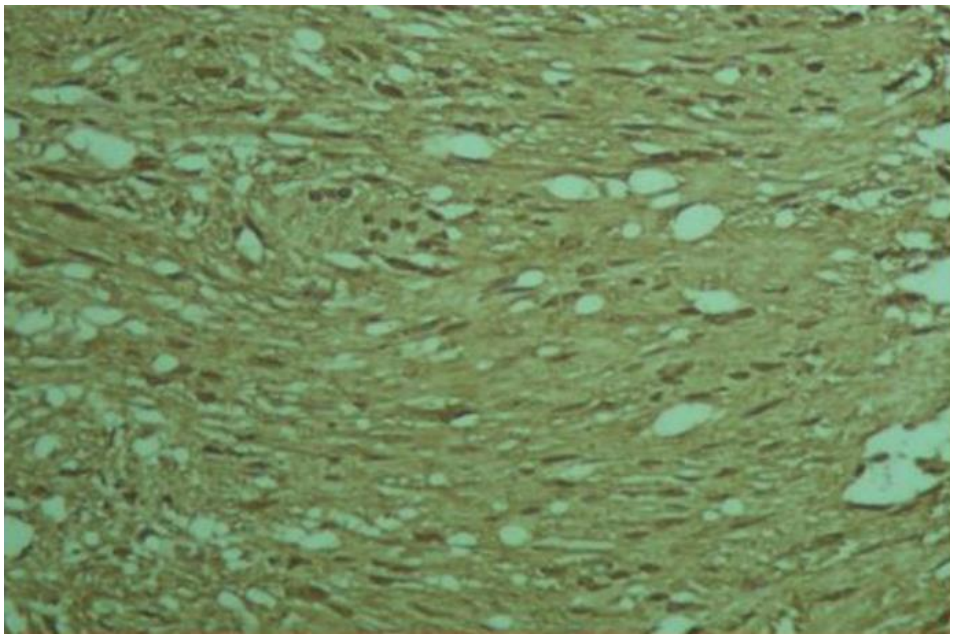


Figura 4. Imagen donde se observa la tinción del tejido, inmunohistoquímica por S-100 (40X). Kamboj, M., Shreedhar, B., Husain, B., & Husain, P. (2014). Oral Schwannoma Of Upper Lip - Report. Journal of Clinical Dental Research & Education, 59-61.

Inmunohistoquímica

Cuando por medio de un examen histoanatomopatológico no se llega a un correcto diagnóstico, en ocasiones es necesario realizar un examen auxiliar de inmunohistoquímica para llegar al diagnóstico final.

Las células de Schwann tienen inmunorreactividad uniforme con S-100.[1] Se expresa la inmunorreactividad difusa e intensa en los núcleos y citoplasmas para esta proteína, también hay positividad nuclear para el SOX-10, estos tumores también son positivos a CD271, PGP

9.5 y calretinina, la colágena IV y la laminina que tienen marcación peri celular porque marcan la membrana basal de estas células.[2]

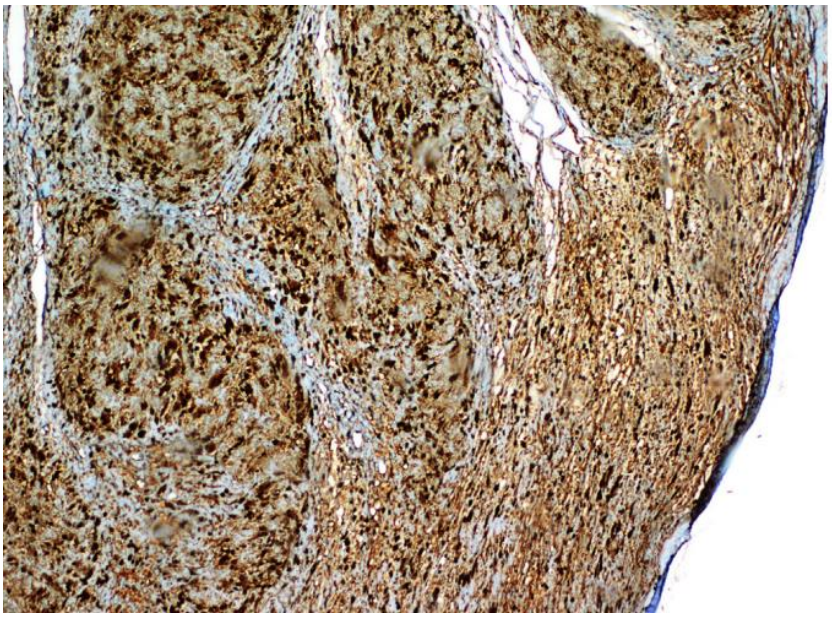


Figura 5. Tinsión difusa positiva por inmunohistoquímica S-100 (100X). Abdulkadir ÖZgür, Recep Bedir, Zerrin ÖZergin Coşkun, ÖZlem ÇElebi Erdivanlı,Suat Terzi, & Engin Dursun. (2015). Schwannoma of the upper lip: A case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology*. https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2015.05.001

En el caso de SOX-10 este factor de transcripción es producto del gen SOX-10 que se encuentra activado en células que tienen origen en la cresta neural y es fundamental para la formación de nervios y melanocitos, este marcador inmunohistoquímico nuclear es más específico que la proteína S-100, para realizar el correcto diagnóstico de los Schwannomas.[2]

Características clínicas

Generalmente estos tumores benignos son asintomáticos, pero existen sus excepciones.

En ocasiones el descubrimiento de los tumores de las células de Schwann es incidental ya que permanecen quietos durante un largo tiempo, los schwannomas que usualmente presentan algún tipo de síntoma; es porque son masas que presentan alargamiento gradual[4] y llegan a desplazar a los nervios o interfieren en las funciones normales de las zonas anatómicas afectadas.

La gran parte de los Schwannomas, ocasionan síntomas por la compresión local del nervio afectado o de las estructuras adyacentes como por ejemplo médula espinal.[1]

Los que se originan en el interior de la bóveda craneal, la mayoría se localizan en el ángulo pontocerebeloso y en esta zona es donde se unen a la rama vestibular del octavo par craneal.[1]

Raramente el dolor y los síntomas neurológicos están asociados, pero en casos donde los tumores invadan áreas submucosas; estos provocan dolor e incomodidad.[4]

Los pacientes afectados presentan, con frecuencia, acúfenos e hipoacusia, en especial cuando las lesiones se originan en lengua o en alguna región de la cavidad oral, ocasionando también disnea o disfagia.[1,4]

Sitios de desarrollo

Habitualmente los neurilemomas se denominan neuroma acústico, este término es doblemente inapropiado porque no se origina en la porción acústica y no es un neuroma.[1] En otras regiones de la duramadre, tienen preferencia por los nervios sensitivos; como las ramas del trigémino y raíces posteriores, y cuando son extradurales se asocian a troncos nerviosos grandes y se expresan como lesiones de tejidos blandos sin que necesariamente estén asociados a algún nervio.[1] Del total de los Schwannomas presentes, el 25-48% se localizan en la región de cabeza y cuello, y solo el 1% son localizados en la región oral.[5]

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial puede incluir: tumores de glándulas salivales como por ejemplo adenoma pleomorfo, lesiones inflamatorias, mucoceles, quistes, tumores neurales y otros tumores benignos de tejido epitelial o conectivo.[4]

En algunas ocasiones existen Schwannomas grandes que tiene actividad mitótica y estos no presentan zonas hipocelulares Antoni B y pueden llegar a imitar el comportamiento de sarcomas.[1]

Terapéutica y pronóstico

La terapéutica indicada es la excisión quirúrgica completa de la lesión.

La extirpación de los haces nerviosos de la superficie del tumor debe realizarse cuidadosamente, para su correcta enucleación.[4]

La única forma de que los schwannomas recidiven localmente es porque no se realizó la enucleación completa, pero es casi imposible que se malignicen (no como en el caso de los neurofibromas plexiformes).[1]

La mayoría de los schwannomas tienen un progreso y pronóstico favorable, sin signos de recidiva.[5,6]

Antecedentes

En el año 2015 Guadarrama y Ramos, en colaboración con el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” de Toluca, Estado de México, realizaron la documentación de un caso clínico de Schwannoma en cavidad oral[7], específicamente en la región bucal del lado derecho, referida por parte de la Facultad de Odontología una paciente femenina de 64 años de edad con antecedentes de importancia de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial con cinco años de evolución y tratada con hipoglucemiantes orales y antihipertensivos, se observa aumento de volumen en la región bucal del lado derecho.

La lesión que comenzó con crecimiento lento desde enero de 2010 y ligero dolor a la masticación, que fue el motivo por el cual la paciente acudió con el médico general, el cual diagnosticó proceso infeccioso y prescribió antibiótico y analgésico por 10 días, sin resultados de mejoría. Durante el tiempo siguiente la lesión fue asintomática y sin crecimiento y durante febrero de 2012 la paciente presentó dolor a la masticación y aumento de volumen, por lo que acudió a la Facultad de Odontología donde se realizó la toma de biopsia incisional; el corte fue analizado por estudio histopatológico y se reportó adenoma sebáceo, posteriormente se refirió al Servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Médico “Lic. Adolfo López Mateos” de Toluca para valoración y tratamiento.

A la exploración extraoral se observó aumento de volumen en la región bucal y geniana de 10 x 8 x 5 cm, indurada, bordes bien definidos y sin cambios de coloración, a la expoliación intraoral se observó crecimiento en la región yugal del lado derecho de 7 x 4 cm, indurada, sin lesiones de ulceración, ni cambio de coloración, no hiperémica ni hipertérmica y no alteraba la secreción normal del conducto de Stenon derecho.

El diagnóstico histopatológico no coincida con las características clínicas de un adenoma sebáceo, por lo que se realiza una nueva biopsia incisional con estudio histopatológico y arroja el diagnóstico de Schwannoma en la región bucal del lado derecho, los Schwannomas o neurilemomas deben ser considerados como diagnóstico diferencial en este tipo de casos y situaciones.[7] Finalmente como tratamiento se realizó un abordaje quirúrgico, exéresis completa de la lesión bajo anestesia general, sin complicaciones. Durante el control posoperatorio de la paciente a seis meses, presentó evolución favorable sin recidiva del tumor benigno.

Durante el año 2019 Espinosa y Rodríguez et al. Reportaron el caso de un paciente masculino de 49 años, que acude al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital General del México “Dr. Eduardo Liceaga”, que fue referido de consulta externa por presentar asimetría facial ocasionado por aumento de volumen en la región de la mejilla derecha.[8]

Durante el interrogatorio el paciente niega antecedentes de neurofibromatosis de von Recklinghausen y trauma en la región, antecedentes crónico-degenerativos, quirúrgicos y alérgicos interrogados y negados. El paciente refiere que la lesión en la mejilla derecha con tres años de evolución inició con aumento de volumen en el año 2012, con un tamaño de 4 x 4 cm, con movilidad, sin alteraciones en la coloración circundante, firme a la palpación y asintomático, sin presencia de hiperemia ni hipertermia.

Para su diagnóstico se realizó tomografía computarizada y mediante los hallazgos clínicos y radiográficos se concluyó el diagnóstico diferencial de adenoma pleomorfo, quiste dermoide y rabdomioma, se realizó la toma de biopsia escisional del tumor. Como tratamiento se realizó escisión completa de la lesión, bajo anestesia general con intubación orotraqueal, se envió el espécimen al Departamento de Patología del Hospital General de México y se diagnosticó histopatológicamente Schwannoma en mejilla derecha.



Figura 6. Fotografías extraoral extraorales (frontal y submentovertex) se observa asimetría facial ocasionada por aumento de volumen en región de mejilla derecha. Espinosa FJ, Rodríguez LR, Ortiz CAB, et al. Schwanoma en carrillo derecho. Reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2019;15(1):35-40.

Moreno et al. en 2019 documentaron el caso de un Neurilemoma lingual en un adolescente de 15 años, paciente masculino, la lesión con un año de evolución se observó aumento de su diámetro a 2 cm, nódulo firme, bordes bien definidos, localizada en cara dorsal izquierda de la lengua, asintomático, la coloración normal de la mucosa y había presencia de papilas linguales atróficas.[9] Al inicio el diagnóstico diferencial fue neurofibroma, neurilemoma, tumor de células granulares y hamartoma, para su correcto diagnóstico se realizó una biopsia excisional en la Clínica de Especialidades en Odontología Pediátrica y un estudio histopatológico en el Departamento de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de Tijuana.

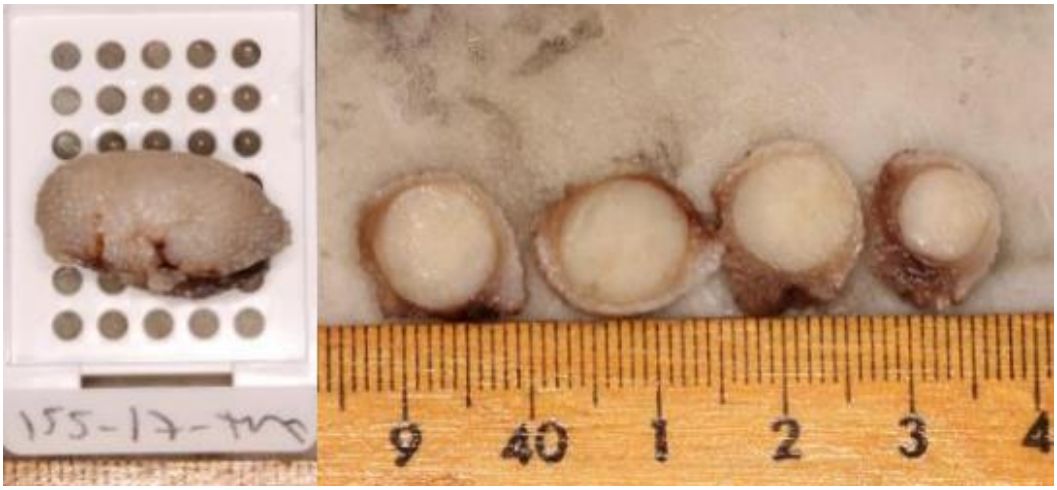


Figura 7. Fotografía del estudio histopatológico con aumentos consecutivos. Moreno EJO, Ocampo AF, De La Cruz CB, et al. Neurilemoma lingual en adolescente. Rev Tame. 2019;7.8(21):848-850.

En las características macroscópicas, se puede observar una masa encapsulada por una capa de tejido conectivo y cubierta por epitelio escamoso estratificado, microscópicamente todas las características corresponden a patrones Antoni A, cuerpos de Verocay y patrones en la periferia Antoni B, por lo que el diagnóstico final fue neurilemoma lingual. Finalmente, no se observó recidiva 18 meses posteriores a la cirugía.

En el año 2019 Menezes et al. documentaron el caso de un Schwannoma de Labio Inferior imitando a un Mucocele en un paciente pediátrico masculino de 7 años, caucásico que fue referido al servicio de la Escuela de Odontología en la Universidad Tiradentes en Brasil, refiriendo una lesión en labio inferior asintomática de 2 meses de evolución. [5]

En la exploración extraoral no se detectó ninguna anormalidad, pero en la exploración intraoral se observó, lesión nodular firme en la mucosa del labio inferior, sin alteración en la coloración, midiendo 0.8 cm. Basándose en las características clínicas se diagnosticó mucocele. Se realizó una biopsia excisional y el espécimen se envió para análisis histopatológico. En el examen histológico se observaron células en forma de uso con sus núcleos alineados; células de Schwann y también todas las características histológicas de un Schwannoma. Se confirmó el diagnóstico con un análisis de inmunohistoquímica, donde hubo un marcaje positivo de células neoplásicas con la proteína S-100.

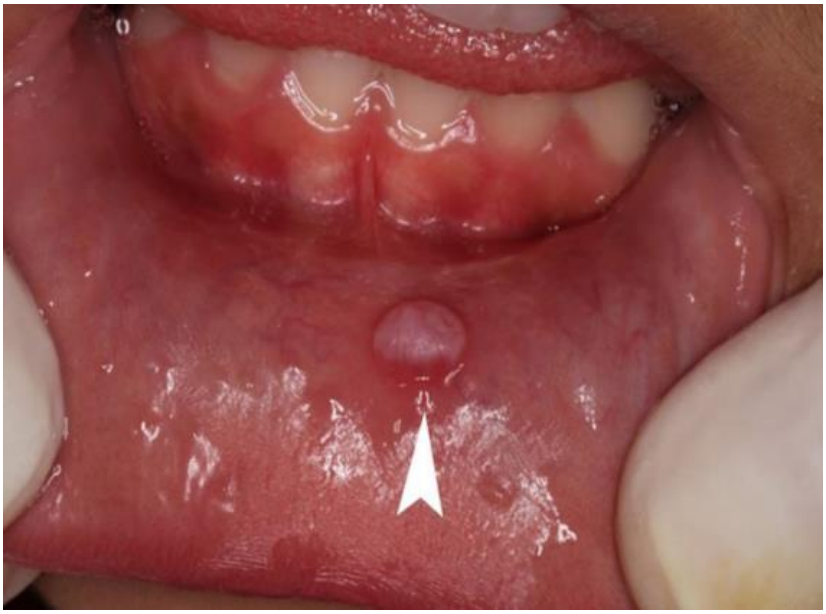


Figura 9. Fotografía intraoral de la lesión. Menezes, N. F. D., Cunha, J. L. S., Chaves-Júnior, S. D. C., & Bezerra, B. T. (2019). Schwannoma of the lower lip mimicking a mucocele in children. Autopsy and Case Reports, 10(1). https://doi.org/10.4322/acr.2019.134

La submucosa presento un crecimiento lento, sin endurecimiento de tejidos adyacentes, el tumor benigno con bordes bien definidos, asintomático y se reportó antecedentes de hábito de morder la mucosa.[5]

Justificación

El presente reporte de caso se centra principalmente en aportar información sobre Schwannomas en cavidad oral, específicamente en la región de labio superior; dirigida al área que compete al Cirujano Dentista, ya que resulta una patología poco común, a pesar de ser una neoplasia benigna; resulta importante que el profesionista tenga conocimiento sobre ella, realizar un diagnóstico oportuno para evitar a largo plazo las complicaciones y limitantes de esta lesión cuando existe un crecimiento desmedido.

Es necesario destacar la importancia de la autoexploración por parte de los pacientes, la pronta atención en caso de observar alguna alteración, el conocimiento sobre las diversas patologías que existen y están relacionadas con la cavidad oral y métodos de diagnóstico, de esta forma se lleva a cabo un diagnóstico temprano y acertado.

Este reporte busca aportara a la comunidad odontológica información sobre este tipo de neoplasias benignas, en el idioma español y en una región anatómica donde no es común su aparición, para así proporcionar conocimientos teóricos y sean aplicados en el área clínica.

La estética posoperatoria debe ser planeada desde la fase inicial del tratamiento, considerando los aspectos psicológicos del paciente, ya que la apariencia del paciente juega un papel muy importante.

Objetivo general

Documentar un caso de Schwannoma de Labio Superior, describiendo sus manifestaciones clínicas, hallazgos histológicos, características inmunohistoquímicas y tratamiento.

Objetivos específicos

1. Reportar las manifestaciones clínicas en un paciente con una neoplasia benigna: Schwannoma en Labio Superior.
2. Adjuntar todas las evidencias clínicas, histológicas, inmunohistoquímicas y fotográficas para fundamentar el diagnóstico de Schwannoma en Labio Superior.
3. Describir las características morfológicas que caracterizan a los Neurilemomas para su correcto diagnóstico.
4. Indicar el tratamiento correcto de los Schwannomas para evitar secuelas posoperatorias y recidiva de la lesión.

Materiales y Métodos

Material

Se realizó anamnesis, historia clínica completa del paciente, examen extraoral e intraoral utilizando los siguientes materiales:

- Guantes de látex
- Espejos intraorales
- Retractores
- Juegos de exploración 1x4
- Unidad dental
- Gasas
- Algodón
- Barreras protectoras
- Mango de bisturí no.5
- Carpulle
- Cartucho de anestesia (lidocaína con epinefrina al 2%)
- Aguja corta

Métodos

Se realiza exploración clínica de labios superior e inferior, mucosa, carrillos, paladar blando, paladar duro, dorso, bordes y cara inferior de la lengua, órganos dentarios y tejidos adyacentes.

En caso de hallazgo de alguna anormalidad en los tejidos de la cavidad bucal, se tomará una muestra por medio de biopsia incisional. Previo a la biopsia incisional es necesario realizar el protocolo de asepsia y antisepsia de la zona extraoral e intraoral a tratar, para posteriormente realizar la anestesia local de la zona. Al finalizar el procedimiento se dan las indicaciones posoperatorias al paciente.

Una vez obtenida la muestra del tejido se colocará en formol al 10% y será enviada al laboratorio para su estudio histológicamente en el cual se realizará la tinción con Hematoxilina-Eosina.

El procedimiento de preparación y tinción del tejido para el montaje de las laminillas es el siguiente: [15]

1.- Obtención, mediante biopsia incisional total del tejido

2.- Fijación: formalina

3.- Deshidratación: lavado y deshidratación con alcohol al 100%

4.- Utilización de medios intermedios y aclarantes: aclarado con solventes orgánicos: xileno y tolueno, para extraer el alcohol antes de la infiltración con parafina fundida.

5.- Inclusión en parafina: parafina fundida.

6.- Corte en micrótomo: “taco”

7.- Desparafinización: se coloca la muestra en el portaobjetos, se añade solución de medio de montaje como adhesivo.

8.- Rehidratación: disolver parafina (xileno o tolueno) y se rehidrata con alcohol de concentraciones decrecientes.

9.- Tinción con Hematoxilina.

10.- Deshidratación: alcohol de concentración creciente.

11.- Tinción con Eosina.

12.- Montaje en portaobjetos.

Resultados de la tinción

Se reciben tres fragmentos de tejido blando y duro fijados en formol, son de formas laminares, de color café amarillento, miden en conjunto 2.1 x 0.8 x 0.3 cm. Son de superficie rugosa y de consistencia crepitante al corte. Se incluyen íntegramente en dos cápsulas.

Dependiendo el resultado de la biopsia se realizarán estudios complementarios y de ser necesario se canalizará al paciente al servicio de tercer nivel de atención.

Posterior a una semana de la toma de biopsia se entregarán resultados histológicos.

Procedimiento

Paciente masculino de 24 años, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por aumento de volumen en la región del labio superior medio, a nivel del tubérculo central, con 4 años de evolución. A la exploración intraoral se observa un tumor de 4 x 3 cm de diámetro en la mucosa labial superior, la coloración de la lesión es similar a la mucosa adyacente, se observa en la superficie lesiones de ulceración ocasionadas por el contacto con los dientes anteriores inferiores, de base sésil y consistencia blanda, la lesión se extiende desde la mucosa interna del labio en la unión mucocutánea hasta fondo de saco, los bordes están bien definidos y superficie lisa.

Ante sospecha de tumor de glándula salival, se realiza toma de biopsia incisional, el espécimen fijado en formol al 10% con medidas de 3.3 x 2.5 x 2.4 cm, de forma ovoide y de superficie lisa con áreas lobuladas en la que se observan huso de piel y mucosa de color café. En los cortes histológicos teñidos con H y E se observa neoplasia de estirpe mesenquimal, donde se identifican dos patrones; zonas densas (Antoni A), zonas laxas o hipocelulares (Antoni B) y que están encapsulados por tejido conjuntivo.

Con resultado anatomopatológico de neurilemoma, el paciente es referido a cirugía maxilofacial. La remoción quirúrgica es bajo anestesia local, cuidando en todo momento la repercusión estética.

Caso Clínico

Paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes personales de interés que acude a consulta por aumento de volumen en región de labio superior medio, a nivel del tubérculo central, el paciente refiere 4 años de evolución. A la exploración la lesión presenta 4 x 3 cm de diámetro, coloración similar a la mucosa adyacente, consistencia firme, de base sésil, tumoración bien delimitada y superficie lisa, que se extiende desde la mucosa interna del labio en la unión mucocutánea hasta fondo de saco, en la superficie de la lesión se observa ulceración por el contacto con los dientes anteriores inferiores (Fig. 4). Con diagnóstico clínico de tumor de glándulas salivales (adenoma pleomorfo), se refiere para toma de biopsia incisional.



Figura 4. Fotografía intraoral. Fotografía inicial, aumento de volumen en labio anterior a nivel del tubérculo central que mide 4 x 3 cm.

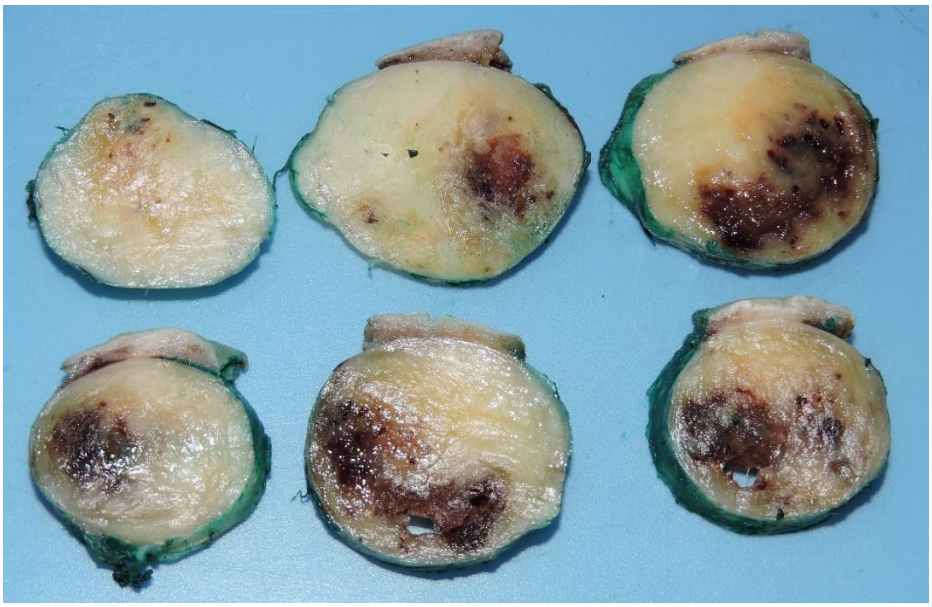


Figura 5. Fotografía de la lesión. Espécimen fijado en formol al 10%, al corte sólido, se observa coloración amarilla con zonas marrones bien circunscrita.

Resultado de estudio anatomo-patológico

Descripción macroscópica: Se reciben tres fragmentos de tejido blando y duros fijados en formol, son de formas laminares, de color café amarillento, miden en conjunto 2.1 x 0.8 x 0.3 cm. Son de superficie rugosa y de consistencia crepitante al corte. Se incluyen íntegramente en dos cápsulas.

Estudio histopatológico

Corte histológico teñido con H y E, donde se observan la organización de células fusiformes dispuestas en dos tipos de patrones, una zona densa o Antoni A, que se caracteriza por la organización de células en empalizada dispuestas alrededor de una zona acelular central eosinófila (cuerpos de Verocay) y una zona laxa también llamada Antoni B, esta zona es hipocelular, está organizada por células fusiformes que están ordenadas de forma aleatoria sobre un estroma más laxo, evidencia de Schwannoma.

Impresión diagnóstica: referido como biopsia incisional de tumor en labio superior con: Schwannoma (Neurilemoma), código ICD-O: 9560/0 9540/0, WHO Cassification of Head and Neck Tumours (4th edition).

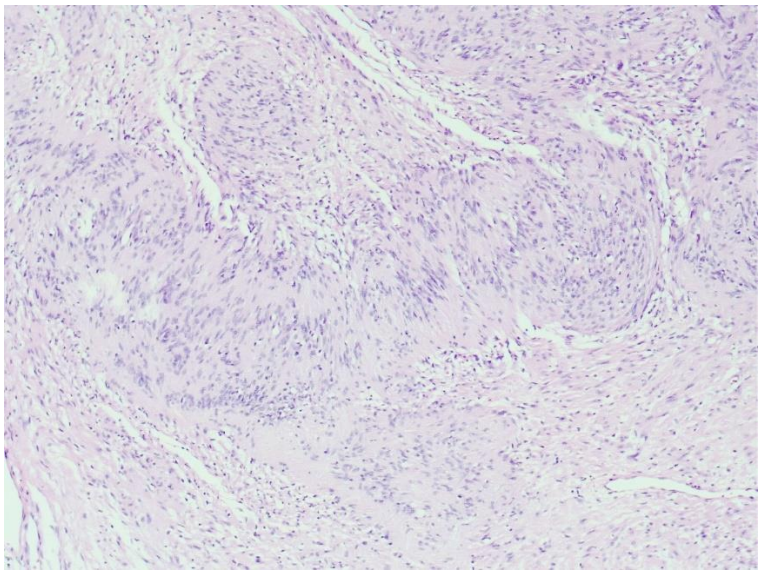


Figura 6. Fotografía de corte histológico. H y E. En la parte superior de la imagen se observa una zona densa o Antoni A, organizada en forma palizada alrededor de una zona acelular llamada cuerpos de Verocay. En la parte inferior de la imagen se observa una zona laxa también llamada Antoni B, esta zona es hipocelular.

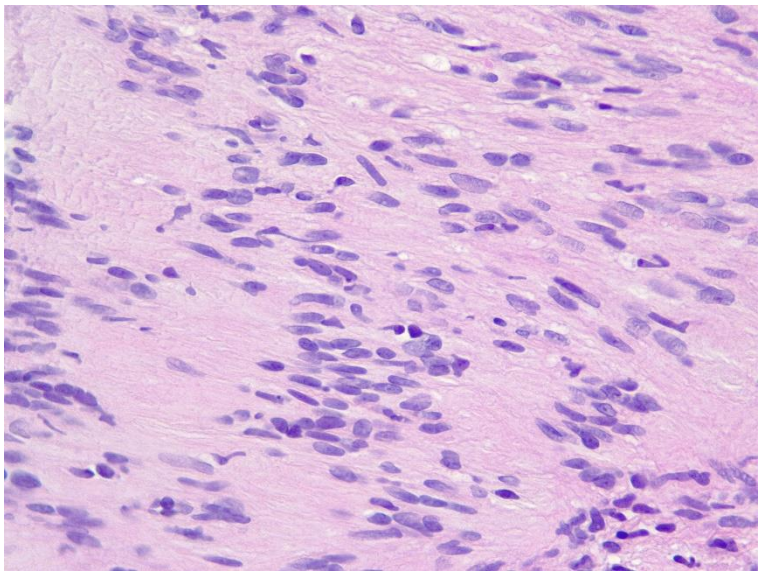


Figura 7. A mayor aumento se observa neoplasia de estirpe mesenquimal conformada por células de morfología fusiforme con núcleos ovoides, que se organizan en empalizada, con áreas centrales acelulares. (Antoni A y Cuerpos de Verocay).

Intervención terapéutica

Basados en los hallazgos obtenidos en la biopsia incisional del tumor en labio superior, se obtuvo el diagnóstico de Schwannoma (Neurilemoma) y es referido al área de cirugía

maxilofacial para la remoción quirúrgica total del tumor, a comparación de otras lesiones tumorales donde es necesario realizar la extirpación e incluir un margen de seguridad [16], en el caso de los Schwannomas no es necesario ya que la característica de que es un tumor encapsulado bien delimitado facilita la extirpación total.

El procedimiento se realizó bajo anestesia local, utilizando la técnica de bloqueo de los nervios alveolares Antero-Superiores, la intervención quirúrgica consistió en el análisis transoperatorio de los márgenes de la pieza resecada y realizar un mapeo tumoral de la lesión.[16]

Se respeto la reconstrucción labial de la mucosa con un perfecto afrontamiento de los límites de la incisión, utilizando el tipo de sutura Vycril y la técnica Surgete Anclado o Sutura Continua en Ojal[16], cuidando en todo momento la recuperación estética y funcional del labio superior.

Se dieron indicaciones posoperatorias, con tratamiento de farmacoterapia (antibioterapia y analgesia) para control de una posible infección e inflamación.



Figura 8. Fotografía intraoral. Se observa remoción completa de la lesión y el perfecto afrontamiento de los límites de la incisión por medio de la sutura con Vycril.

Seguimiento

Tras un año de la intervención quirúrgica y terapéutica, el paciente respondió favorablemente sin recidiva y ausencia de la lesión.

Discusión

El tumor benigno de las células de Schwann, también llamado Schwannoma, neurilemoma, fibroblastoma perineural, neurilemoma o lemoma, es un neoplasma benigno de rara aparición que se deriva de las células perineurales de Schwann [9]. Su causa es desconocida, se sabe que se origina de la vaina neural de las células de Schwann, de cualquier nervio periférico, ya sea simpático, craneal o somático.[6,10] De todo los neurilemomas, solo el 25-48% aparecen en la región de cabeza y cuello y solo el 1% aparecen en cavidad oral, el lugar de aparición más frecuente es la lengua.[9,11] Existe cierta prevalencia por el sexo femenino y normalmente ocurren en la cuarta y quinta década de vida.[10]

A diferencia de lo antes descrito en el presente caso las características del paciente son distintas, es un paciente masculino de 24 años, sin antecedentes de importancia, con aumento de volumen en el labio superior medio, a nivel del tubérculo central, de 4 años de evolución y coloración similar a la mucosa adyacente. Clínicamente se reporta como una masa indolora que puede provocar disfonía, alteraciones en la estética y dolor en caso de existir alguna lesión ocasionada por la masticación.[4]

En el examen anatomo-patológico se describe el diagnóstico de Schwannoma (Neurilemoma), con base en los resultados obtenidos de la descripción macroscópica y hallazgos documentados de los cortes histológicos teñidos con H-E, en el presente caso no fue necesario realizar exámenes de inmunohistoquímica; ya que los hallazgos morfológicos reportados en el estudio anatomopatológico y características, se llegó a la conclusión del diagnóstico de neurilemoma, descartando el diagnóstico clínico ante sospecha de tumor de glándulas salivales.

En algunos casos contrastando con el presente, es necesario realizar exámenes inmunohistoquímicos, para un diagnóstico certero, como la evaluación inmunohistoquímica positiva a la tinción por la proteína S-100.[12]

Como conclusión, las neoplasias en el labio superior son de entidad poco frecuente e implican diversas posibilidades diagnósticas y el neurilemoma debe de considerarse dentro de éstas, según Abdulkadir Ö., Recep B., et al.

Una anamnesis y exploración integral, exámenes histológicos e inmunohistoquímicos y un correcto procedimiento terapéutico como la exéresis quirúrgica complete de la lesión, se

presentan buenos resultados clínicos para el paciente y la importancia que repercute en la estética, minimizando los posibles efectos postoperatorios y recidiva de este tipo de tumor.[4,13]

Implicaciones Bioéticas

El reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud en su título quinto, capítulo único establece lo siguiente:

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar recursos terapéuticos o de diagnóstico bajo investigación cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que se cuente con el consentimiento informado firmado por éste, de su representante legal en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine la ley y otras disposiciones aplicables.

Bibliografía

1. Mitchell, R. N., & Kumar, V. (2017, pp. 1227–1249). Compendio de Robbins y Cotran. Patología estructural y funcional. Student consult (9ª edición) (9.ª ed.). Elsevier.
2. Ortiz-Hidalgo, C., & Camacho-Partida, I. G. (2018). El diagnóstico histológico e inmunohistoquímico de las neoplasias de vaina nerviosa periférica. *Patología Revista Latinoamericana*.
3. Aguirre-Quezada, Martínez-Anda, Aguilar-Ayala, Chávez-Macías, & Olvera-Rabiela. (2006). Tumores de vaina de nervio periférico intracraneales e intrarraquídeos. Informe de 20 casos de autopsia / intracranial and intramedullary peripheral nerve sheath tumours. Case reports from 20 autopsies. *ES1.1 - BNCS*. https://www.researchgate.net/publication/324435635_El_Diagnostico_Histologico_e_Inmunohistoquimico_de_las_neoplasias_de_vaina_nerviosa_periferica
4. Kamboj, M., Shreedhar, B., Husain, B., & Husain, P. (2014). Oral Schwannoma Of Upper Lip - Report. Journal of Clinical Dental Research & Education, 59-61.
5. Menezes, N. F. D., Cunha, J. L. S., Chaves-Júnior, S. D. C., & Bezerra, B. T. (2019). Schwannoma of the lower lip mimicking a mucocele in children. Autopsy and Case Reports, 10(1). https://doi.org/10.4322/acr.2019.134
6. Tuba Bayindir, M. Tayyar Kalcioglu, Mehmet T. Cicek, Nese Karadag, Abdurrahman Karaman, "Schwannoma with an Uncommon Upper Lip Location and Literature Review", *Case Reports in Otolaryngology*, vol. 2013, Article ID 363049, 3 pages, 2013. https://doi.org/10.1155/2013/363049
7. Guadarrama ÁG, Ramos MI. Schwannoma en cavidad oral. Reporte de un caso clínico. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2015;11(1):27-32.
8. Espinosa FJ, Rodríguez LR, Ortiz CAB, et al. Schwanoma en carrillo derecho. Reporte de un caso y revisión de literatura. Rev Mex Cir Bucal Maxilofac. 2019;15(1):35-40.
9. Moreno EJO, Ocampo AF, De La Cruz CB, et al. Neurilemoma lingual en adolescente. Rev Tame. 2019;7.8(21):848-850.
10. Purwar P, Dixit J, Bhartiya K, Sareen S. Conflation of gingival overgrowth and schwannoma. BMJ Case Rep. 2014 Oct 19;2014:bcr2014205879. doi: 10.1136/bcr-2014-205879. PMID: 25331149; PMCID: PMC4208106.

11. Gainza-Cirauqui ML, Eguía-Del Valle A, Martínez-Conde R, Coca-Meneses JC, Aguirre-Urizar JM. Ancient Schwannoma of the hard palate. An uncommon case report and review. J Clin Exp Dent. 2013 Feb 1;5(1):e62-5. doi: 10.4317/jced.50950. PMID: 24455054; PMCID: PMC3892226.

12. Abdulkadir ÖZgür, Recep Bedir, Zerrin ÖZergin Coşkun, ÖZlem ÇElebi Erdivanlı,Suat Terzi, & Engin Dursun. (2015). Schwannoma of the upper lip: A case report. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine and Pathology*. https://doi.org/10.1016/j.ajoms.2015.05.001

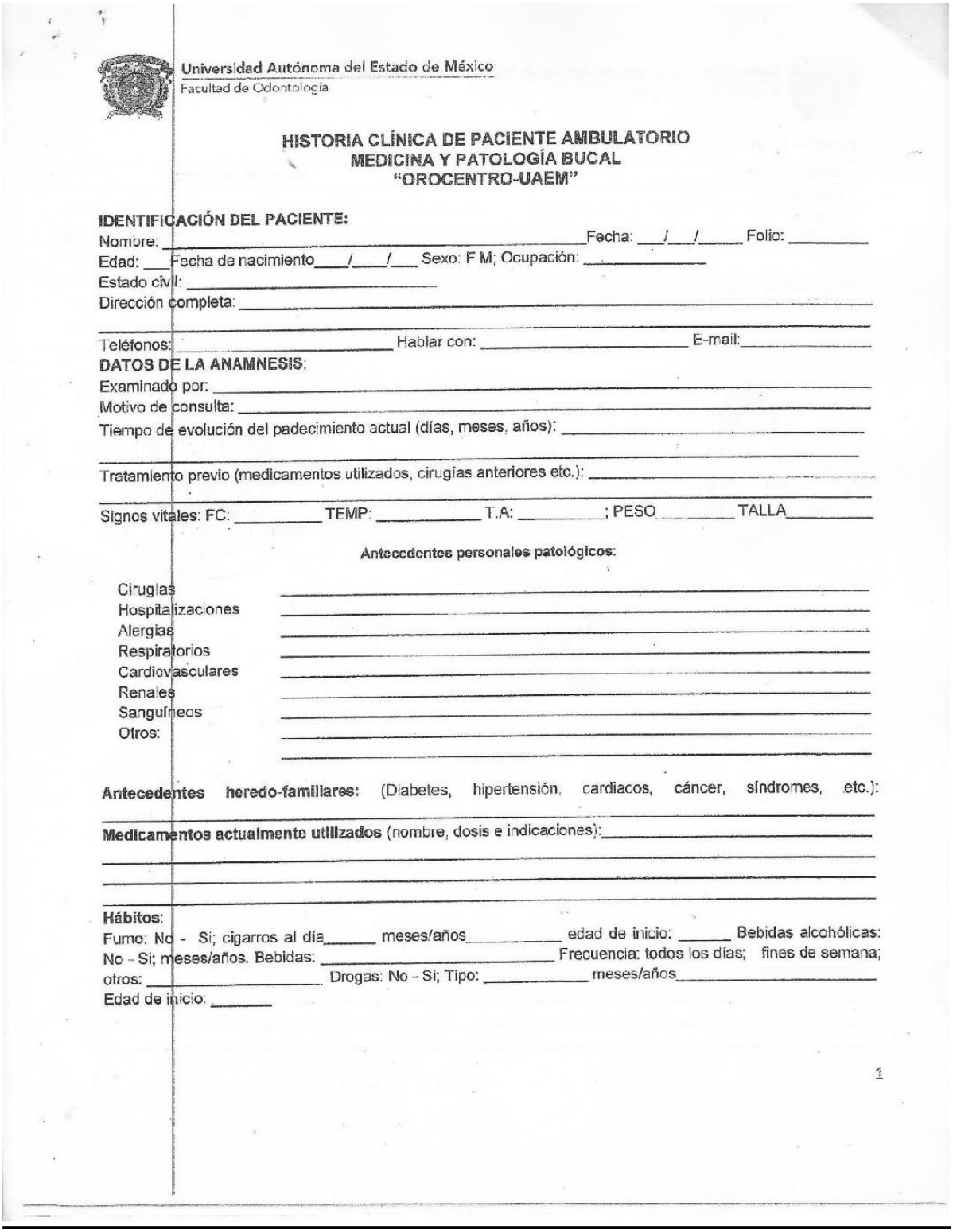
13. Salehinejad J, Sahebnasagh Z, Saghafi S, Sahebnasagh Z, Amiri N. Intraoral ancient schwannoma: A systematic review of the case reports. Dent Res J (Isfahan). 2017 Mar-Apr;14(2):87-96. PMID: 28584531; PMCID: PMC5443014.

14. Hajong R, Hajong D, Naku N, Sharma G, Boruah M. Schwannoma of Upper Lip: Report of a Rare Case in a Rare Age Group. J Clin Diagn Res. 2016 Aug;10(8):PD10-1. doi: 10.7860/JCDR/2016/20888.8395. Epub 2016 Aug 1. PMID: 27656503; PMCID: PMC5028558.

15. Ross, M. H., & Pawlina, W. (2013, pp. 1–21). *Histología: Texto y Atlas Color con Biología Celular y Molecular* (6.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

16. Davis, A. L., & Martín-Granizo López, R. M. G. (2011). *Cirugia Oral y Maxilofacial / Oral and Maxillofacial Surgery* (3.ª ed.). Editorial Médica Panamericana.

Anexos



Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología

HISTORIA CLÍNICA DE PACIENTE AMBULATORIO
MEDICINA Y PATOLOGÍA BUCAL
"OROCENTRO-UAEM"

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE:
Nombre: _____Fecha: ___/___/_____ Folio: _____
Edad: ___Fecha de nacimiento___/___/___ Sexo: F M; Ocupación: _____
Estado civil: _____
Dirección completa: _____
_____
Teléfonos: _____ Hablar con: _____ E-mail:_____
DATOS DE LA ANAMNESIS:
Examinado por: _____
Motivo de consulta: _____
Tiempo de evolución del padecimiento actual (días, meses, años): _____
_____
Tratamiento previo (medicamentos utilizados, cirugías anteriores etc.): _____
_____
Signos vitales: FC: _____ TEMP: _____ T.A: _____; PESO_____ TALLA_____

Antecedentes personales patológicos:

Cirugías _____
Hospitalizaciones _____
Alergias _____
Respiratorios _____
Cardiovasculares _____
Renales _____
Sanguíneos _____
Otros: _____
_____

Antecedentes heredo-familiares: (Diabetes, hipertensión, cardiacos, cáncer, síndromes, etc.):
_____
Medicamentos actualmente utilizados (nombre, dosis e indicaciones):_____
_____
_____
_____

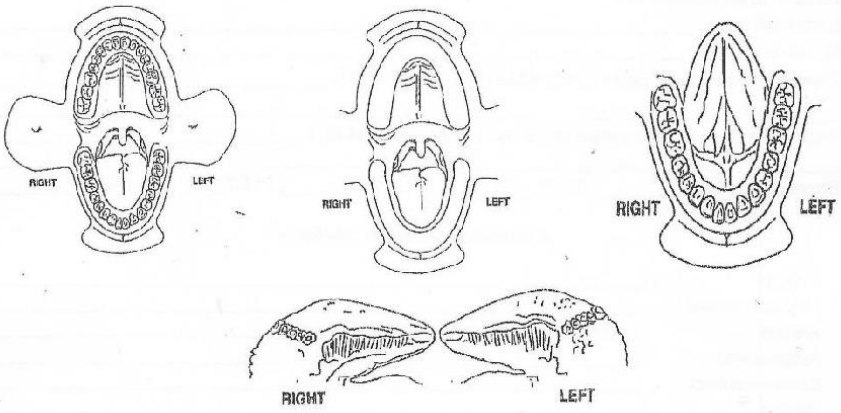
Hábitos:
Fumo: No - Si; cigarros al día_____ meses/años_____ edad de inicio: _____ Bebidas alcohólicas: No - Si; meses/años. Bebidas: _____ Frecuencia: todos los días; fines de semana; otros: _____ Drogas: No - Si; Tipo: _____ meses/años_____
Edad de inicio: _____

1

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología

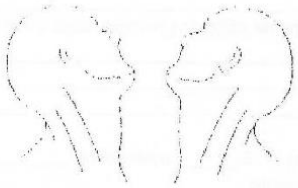
EXAMEN CLÍNICO:

Lesión elemental:		Núm. de lesiones:
Localización:		
Tamaño:	Color:	Consistencia:
Superficie:	Forma:	Bordes:
Base:		
Diagnóstico clínico:		



Compromiso de Cadenas ganglionares de cabeza y cuello:
SI: No: Unilateral izquierdo Unilateral derecho Bilateral:

Tipo de linfadenopatía:
Inflamatoria
Neoplásica
Reaccional
Otros (as)



Observaciones:

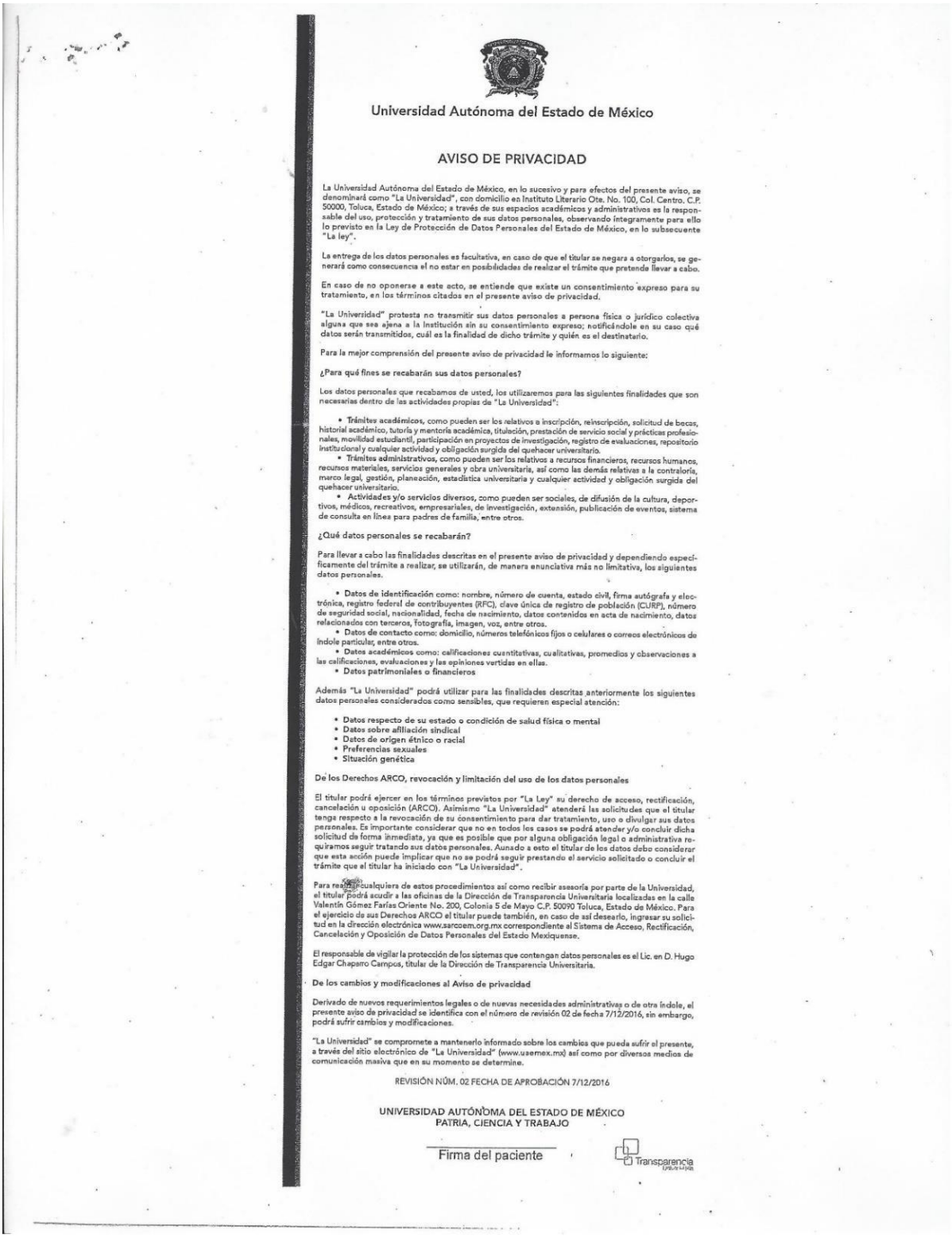
2

Universidad Autónoma del Estado de México
Facultad de Odontología

Día/Hora	NOTAS DE EVOLUCIÓN

3

Aviso de privacidad de la Facultad de Odontología



Universidad Autónoma del Estado de México

AVISO DE PRIVACIDAD

La Universidad Autónoma del Estado de México, en lo sucesivo y para efectos del presente aviso, se denominará como "La Universidad", con domicilio en Instituto Literario Ote. No. 100, Col. Centro. C.P. 50000, Toluca, Estado de México; a través de sus espacios académicos y administrativos es la responsable del uso, protección y tratamiento de sus datos personales, observando íntegramente para ello lo previsto en la Ley de Protección de Datos Personales del Estado de México, en lo subsecuente "La ley".

La entrega de los datos personales es facultativa, en caso de que el titular se negara a otorgarlos, se generará como consecuencia el no estar en posibilidades de realizar el trámite que pretende llevar a cabo.

En caso de no oponerse a este acto, se entiende que existe un consentimiento expreso para su tratamiento, en los términos citados en el presente aviso de privacidad.

"La Universidad" protesta no transmitir sus datos personales a persona física o jurídico colectiva alguna que sea ajena a la institución sin su consentimiento expreso; notificándole en su caso qué datos serán tranamitidos, cuál es la finalidad de dicho trámite y quién es el destinatario.

Para la mejor comprensión del presente aviso de privacidad le informamos lo siguiente:

¿Para qué fines se recabarán sus datos personales?

Los datos personales que recabamos de usted, los utilizaremos para las siguientes finalidades que son necesarias dentro de las actividades propias de "La Universidad":

- **Trámites académicos**, como pueden ser los relativos a inscripción, reinscripción, solicitud de becas, historial académico, tutoría y mentoría académica, titulación, prestación de servicio social y prácticas profesionales, movilidad estudiantil, participación en proyectos de investigación, registro de evaluaciones, repositorio institucional y cualquier actividad y obligación surgida del quehacer universitario.
- **Trámites administrativos**, como pueden ser los relativos a recursos financieros, recursos humanos, recursos materiales, servicios generales y obra universitaria, así como las demás relativas a la contraloría, marco legal, gestión, planeación, estadística universitaria y cualquier actividad y obligación surgida del quehacer universitario.
- **Actividades y/o servicios diversos**, como pueden ser sociales, de difusión de la cultura, deportivos, médicos, recreativos, empresariales, de investigación, extensión, publicación de eventos, sistema de consulta en líneas para padres de familia, entre otros.

¿Qué datos personales se recabarán?

Para llevar a cabo las finalidades descritas en el presente aviso de privacidad y dependiendo específicamente del trámite a realizar, se utilizarán, de manera enunciativa más no limitativa, los siguientes datos personales.

- **Datos de identificación** como: nombre, número de cuenta, estado civil, firma autógrafa y electrónica, registro federal de contribuyentes (RFC), clave única de registro de población (CURP), número de seguridad social, nacionalidad, fecha de nacimiento, datos contenidos en acta de nacimiento, datos relacionados con terceros, fotografía, imagen, voz, entre otros.
- **Datos de contacto** como: domicilio, números telefónicos fijos o celulares o correos electrónicos de índole particular, entre otros.
- **Datos académicos** como: calificaciones cuantitativas, cualitativas, promedios y observaciones a las calificaciones, evaluaciones y las opiniones vertidas en ellas.
- **Datos patrimoniales o financieros**

Además "La Universidad" podrá utilizar para las finalidades descritas anteriormente los siguientes datos personales considerados como sensibles, que requieren especial atención:

- **Datos respecto de su estado o condición de salud física o mental**
- **Datos sobre afiliación sindical**
- **Datos de origen étnico o racial**
- **Preferencias sexuales**
- **Situación genética**

De los Derechos ARCO, revocación y limitación del uso de los datos personales

El titular podrá ejercer en los términos previstos por "La Ley" su derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición (ARCO). Asimismo "La Universidad" atenderá las solicitudes que el titular tenga respecto a la revocación de su consentimiento para dar tratamiento, uso o divulgar sus datos personales. Es importante considerar que no en todos los casos se podrá atender y/o concluir dicha solicitud de forma inmediata, ya que es posible que por alguna obligación legal o administrativa requiramos seguir tratando sus datos personales. Aunado a esto el titular de los datos debe considerar que esta acción puede implicar que no se podrá seguir prestando el servicio solicitado o concluir el trámite que al titular ha iniciado con "La Universidad".

Para realizar cualquiera de estos procedimientos así como recibir asesoría por parte de la Universidad, el titular podrá acudir a las oficinas de la Dirección de Transparencia Universitaria localizadas en la calle Valentín Gómez Farías Oriente No. 200, Colonia 5 de Mayo C.P. 50090 Toluca, Estado de México. Para el ejercicio de sus Derechos ARCO el titular puede también, en caso de así desearlo, ingresar su solicitud en la dirección electrónica www.sarcoem.org.mx correspondiente al Sistema de Acceso, Rectificación, Cancelación y Oposición de Datos Personales del Estado Mexiquense.

El responsable de vigilar la protección de los sistemas que contengan datos personales es el Lic. en D. Hugo Edgar Chaparro Campos, titular de la Dirección de Transparencia Universitaria.

De los cambios y modificaciones al Aviso de privacidad

Derivado de nuevos requerimientos legales o de nuevas necesidades administrativas o de otra índole, el presente aviso de privacidad se identifica con el número de revisión 02 de fecha 7/12/2016, sin embargo, podrá sufrir cambios y modificaciones.

"La Universidad" se compromete a mantenerlo informado sobre los cambios que pueda sufrir el presente, a través del sitio electrónico de "La Universidad" (www.uaemex.mx) así como por diversos medios de comunicación masiva que en su momento se determine.

REVISIÓN NÚM. 02 FECHA DE APROBACIÓN 7/12/2016

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO

Firma del paciente

Transparencia

Resultado de Estudio Anatomo-Patológico

ESTOMATOPATOLOGÍA MÉXICO
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

RESULTADO DE ESTUDIO ANATOMO-PATOLÓGICO

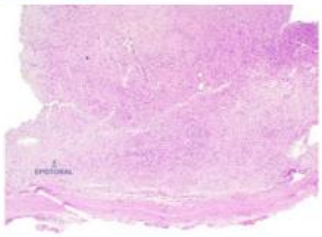
No. de biopsia:

Paciente: Edad: Sexo: **HOMBRE**
Diagnóstico clínico: **TUMOR EN LABIO SUPERIOR (MEDIO) ADENOMA PLEOMORFO**
Solicitante
Fecha de recepción: **20 DE MAYO DEL 2021**
Fecha de elaboración: **27 DE MAYO DEL 2021**



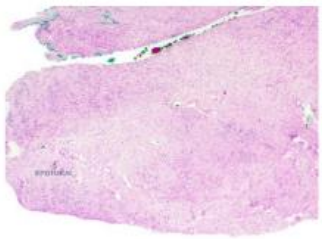
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA:

Se reciben tres fragmentos de tejido blando y duro fijados en formol, son de formas laminares, de color café amarillento, miden en conjunto 2.1 x 0.8 x 0.3 cm. Son de superficie rugosa y de consistencia crepitante al corte, Se incluyen íntegramente en dos cápsulas.



IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

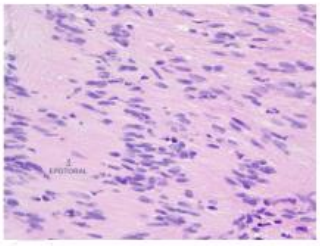
Referido como biopsia incisional de tumor en labio superior con:



SCHWANNOMA
(NEURILEMOMA)

CÓDIGO ICD-O: 9560/0
9540/0

WHO Cassification of Head and Neck Tumours (4th edition)



Notas: se sugiere correlación clínica completa y confirmación con piza quirúrgica.

1 de 1