

SOBRE LA INTERPRETACIÓN CLÍNICA Y QUIRÚRGICA DEL SCHWANNOMA CERVICAL: RESPUESTA A CONSIDERACIONES

NOELIA ROMERO¹, LORENA ARANSIBIA¹, ALEJANDRA GUTIERREZ MOYANO²

¹Servicio de Clínica Médica, ²Servicio de Neurología, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno, Buenos Aires, Argentina

E-mail: gise_936@hotmail.com

Aprovechamos la carta *Anotaciones sobre el schwannoma cervical extramedular intradural* de Ilker Sengul, Demet Sengul¹, para ampliar algunos detalles que eran excluyentes en función del espacio asignado a una imagen en la revista *Medicina (B Aires)*. El schwannoma cervical superior es poco frecuente, con una incidencia de alrededor de 40%, son tumores benignos que suelen ser asintomáticos. Se presentan en igual proporción en ambos sexos, con una incidencia de 0.3/1 000 000 de personas al año y un pico de presentación entre la cuarta y quinta década de la vida². El diagnóstico preoperatorio es difícil y está basado en la sospecha clínica y confirmado por la patología quirúrgica. Suelen ser de crecimiento lento y a menudo llenan un nivel significativo del canal espinal antes de causar síntomas. Una vez que el tumor alcanza una masa crítica y causa compresión de la medula espinal, los signos y síntomas de mielopatía pueden progresar rápidamente. La mielopatía no tiene características distintivas y dentro de los diagnósticos diferenciales se incluyen la hernia de disco, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, mielitis transversa y otros. Lo particular de nuestro caso fue la edad del paciente (en un rango menor de lo habitual), y la forma de presentación que inició con astenia profunda y caídas frecuentes con múltiples consultas por consultorios externos, sin llegar a un diagnóstico certero y afectando enormemente la calidad de vida. Una vez ingresado a nuestro servicio y con el examen neurológico expuesto previamente en schwannoma cervical intradural extramedular³, en un primer momento se

sospechó de una esclerosis lateral amiotrófica, por la cuadriparesia y las fasciculaciones que se evidenciaban, por lo cual se solicitó una imagen neurológica más específica, en este caso, una resonancia magnética (RM) de columna cervical, dorsal y lumbar con gadolinio, modalidad más sensible y específica para evaluar posibles lesiones de la columna vertebral. Teniendo en cuenta los hallazgos clínicos e imagenológicos, se decidió la pronta intervención neuroquirúrgica. Los déficits mielopáticos y los signos radicales caracterizan a estos tumores a pesar de su inespecificidad, es aquí donde se hace énfasis en la necesidad de iniciar el análisis de los diagnósticos diferenciales. Con el informe del estudio de neuroimagen se planteó la posibilidad de otros tumores extramedulares intradurales que incluían el meningioma, ependimoma mixopapilar, paraganglioma, ganglioneuroma, hemangioma y angioma cavernoso. La RM puede definir la interfaz anatómica entre el tumor y la medula espinal, pero no puede establecer de manera confiable un diagnóstico histopatológico⁴. En la búsqueda bibliográfica nos encontramos con artículos como el de Palacios-Ruilova y col.⁵, y el de Sakaura y col.⁶ que mencionan el diagnóstico en jóvenes de 21 y 16 años respectivamente, recalcando ambos la forma de la presentación y el hallazgo histopatológico. En nuestro caso, el joven fue intervenido por el servicio de neurocirugía, se realizó laminectomía de C3 a C6 bajo magnificación según técnica, exéresis completa y laminoplastia suspendida, evidenciándose un tumor grisáceo. El postoperatorio transcurrió en la unidad de terapia intensiva donde cursó in-

ternación por 48 horas, retornando luego a sala general, cumpliendo rehabilitación motora con mejoría de los síntomas por los cuales consultó, con cuadriparesia leve de 4 miembros, sin evidencia de clonus y deambulando sin asistencia. La cirugía es la modalidad de tratamiento principal para los tumores intradurales grandes o sintomáticos. La resección total bruta de tumores benignos a menudo es curativa, y la mayoría se puede reseccionar de forma segura⁷. Los resultados han mejorado con avances como el microscopio quirúrgico y el monitoreo intraoperatorio neurofisiológico de la médula espinal. Los potenciales evocados somatosensoriales y los potenciales evocados motores se

pueden utilizar para monitorear la función en tumores que causan compresión de la médula espinal, en la columna cervical y torácica⁸. Para finalizar, agradecemos a los Dres. Ilker Sengul y Demet Sengul su atenta lectura y los valiosos comentarios expresados en su carta con relación a nuestra imagen. Coincidimos en la importancia de los schwannomas cervicales extramedulares intradurales como entidad clínica poco frecuente pero desafiante, tanto en su diagnóstico como en su abordaje terapéutico, merece más investigación. Gracias también a la revista por promover el intercambio científico que fortalece el conocimiento y mejora la atención de nuestros pacientes.

Bibliografía

1. Sengul I, Sengul D. Anotaciones sobre el schwannoma cervical extramedular intradural. *Medicina (B Aires)* 2025; 85:890-1
2. Espinosa Soto K, Arce Gálvez L, Rivera García JD, Tovar Sánchez MA. Schwannoma cervical con compromiso medular y radicular: síntomas neurológicos, manejo neuroquirúrgico y rehabilitación integral. *Neurology Perspectives* 2021; 1:131-2.
3. Romero N, Gutierrez Moyano A, Aransibia L. Schwannoma cervical intradural extramedular. *Medicina (B Aires)* 2024; 84: 600.
4. Koeller KK, Shih RY. Intradural extramedullary spinal neoplasms: Radiologic-pathologic correlation. *Radiographics* 2019; 39:468-90.
5. Palacios Ruilova, Reyes Luna M, Freire Cuesta S. Tumor cervical intradural extramedular. Presentación de caso. *Cedamaz* 2018; 8:15-22.
6. Sakaura H, Ohshima K, Iwasaki M, Yoshikawa H. Intra-extradural plexiform schwannoma of the cervical spine. *Spine (Phila Pa 1976)* 2007; 32 E611-4.
7. Park BJ, Noeller J, Gold C, Nourski KV, Bathla G, Hitchon PW. Spinal nerve sheath tumors: factors associated with postoperative residual and recurrent tumors: a single-center experience. *World Neurosurg* 2022; 167:e1062-71.
8. Krassioukov AV, Sarjeant R, Arkia H, Fehlings MG. Multimodality intraoperative monitoring during complex lumbosacral procedures: indications, techniques, and long-term follow-up review of 61 consecutive cases. *J Neurosurg Spine* 2004; 1:243-53.