



# Tumores del nervio facial

J. Barbut, F. Tankéré

*Los tumores del nervio facial son raros y los más frecuentes de ellos son el schwannoma del nervio facial y el hemangioma. Las otras etiologías se describen como diagnósticos diferenciales. El schwannoma del nervio facial puede afectar a todos los segmentos intrapetrosos del nervio, pero se localiza preferentemente en el ganglio geniculado. Las manifestaciones más frecuentes son una afectación de la motricidad facial o los signos cocleovestibulares. La resonancia magnética y la tomografía computarizada (TC) son indispensables para pensar en el diagnóstico, precisar la extensión de la lesión, descartar las otras etiologías y definir la vía de acceso de un posible tratamiento quirúrgico. El reto principal en estos tumores del nervio VII es la preservación o la rehabilitación de la función facial teniendo en cuenta también el problema auditivo. Dependiendo del estado de la motricidad facial y de la audición, de la localización del tumor, de su progresión, así como de la edad y los deseos del paciente, el tratamiento puede ser quirúrgico (resección total o parcial), mediante radioterapia estereotáxica, o consistir en una vigilancia simple.*

© 2018 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Nervio facial; Schwannoma; Hemangioma; RM; TC; Cirugía; Radioterapia; Rehabilitación

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Presentación clínica y circunstancias del diagnóstico</b>	1
Afectación de la motricidad facial	1
Afectación cocleovestibular	2
Tumores parotídeos	2
■ <b>Pruebas complementarias</b>	2
Electromiografía (EMG)	2
Estudio audiovestibular	3
Pruebas de imagen de los schwannomas del nervio facial	3
■ <b>Tratamiento del SNF</b>	6
Generalidades	6
Tratamientos quirúrgicos	7
Vías de acceso del nervio facial	7
Radioterapia estereotáxica (RTE)	7
Lugar de la vigilancia	8
■ <b>Diagnósticos diferenciales de los SNF</b>	8
Tumores desarrollados a partir del nervio	8
Tumores de origen óseo	9
Tumores vasculares: paraganglioma (PG) timpanoyugular (TY)	9
Tumores parotídeos	9
Enfermedades generales	10
■ <b>Conclusión</b>	10

El SNF se desarrolla a partir de la vaina de mielina de las fibras nerviosas que sintetizan las células de Schwann a su salida del encéfalo y los oligodendrocitos en el caso de las fibras intracerebrales. La mayoría de los schwannomas son tumores benignos (>95% de los casos). Pueden afectar a todos los segmentos intrapetrosos del nervio facial, aunque la localización preferente es el ganglio geniculado, que está afectado en cerca de dos tercios de los casos. En menos ocasiones, los schwannomas del nervio VII se desarrollan a partir de su porción extracraneal (menos del 10% de los casos) [2]. Por último, en cerca de dos tercios de los pacientes, existe una afectación multisegmentaria que puede extenderse por varias porciones del nervio.

## ■ Presentación clínica y circunstancias del diagnóstico

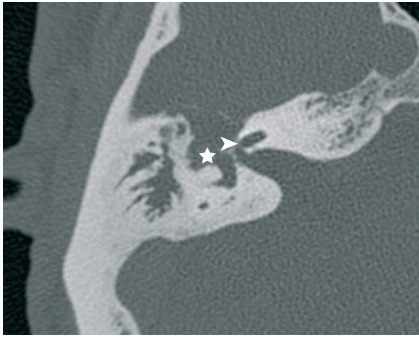
Los schwannomas del nervio facial afectan preferentemente a mujeres (proporción varones/mujeres: 0,4) de alrededor de 40 años. La lesión se descubre en la mayoría de los casos por la aparición de manifestaciones faciales o cocleovestibulares, pero también puede diagnosticarse de forma fortuita durante la realización de una prueba de imagen cervicofacial.

## ■ Introducción

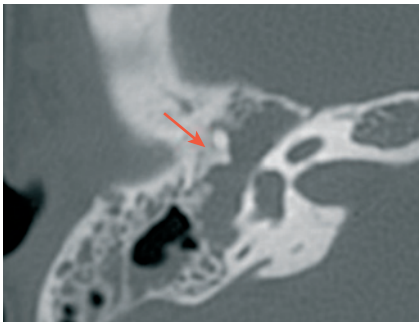
Los tumores del nervio facial son raros y el más frecuente es el schwannoma del nervio facial (SNF), que supone apenas el 1% de los tumores intrapetrosos [1]. Es la causa principal de los tumores originados a partir del nervio y las demás etiologías se describen en este artículo como diagnósticos diferenciales.

## Afectación de la motricidad facial

Una sintomatología relacionada con la afectación del nervio facial es el primer modo de revelación de este tipo de tumor. En la mayoría de los casos, se trata de una parálisis facial periférica (PFP), pero los signos deficitarios pueden acompañarse o precederse de actividades espásticas, como una hipertonía de reposo o de sincinesias de



**Figura 1.** Schwannoma del nervio facial al nivel del ganglio geniculado derecho con erosión de la espira basal de la cóclea (punta de flecha) y de la porción anterior del conducto semicircular lateral (estrella).



**Figura 2.** Schwannoma del nervio facial derecho que afecta al segmento timpánico del nervio. La tomografía computarizada del peñasco derecho en corte axial muestra un proceso expansivo que luxa lateralmente la cadena osicular (flecha).

localización variable. Por lo general, la instauración de la parálisis facial es progresiva; en este caso, se sospecha sistemáticamente una causa tumoral, pero no es infrecuente observar un inicio súbito que simule una PFP idiopática. Varias escalas permiten evaluar clínicamente el grado de afectación facial; las más utilizadas son la escala de House-Brackmann (HB) [3] y la de Sunny Brook [4].

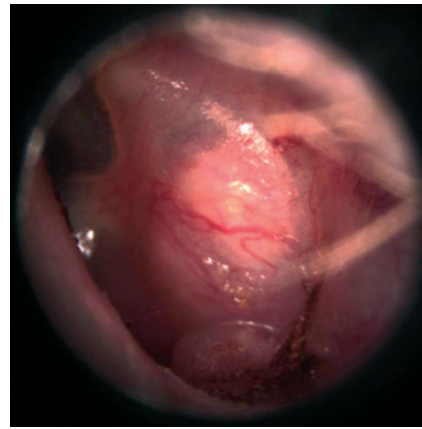
La afectación del nervio facial también puede asociarse a trastornos de la sensibilidad del tercio anterior de la lengua (afectación proximal a la cuerda del tímpano), a sequedad ocular o, por el contrario, a epifora (afectación de las vías lagrimales, distal al nervio petroso mayor) y/o a una abolición del reflejo estapedial. Estas manifestaciones deben buscarse, porque tienen valor para la localización.

## Afectación cocleovestibular

Un SNF también se puede manifestar por una afectación de contigüidad. En su trayecto, el nervio facial atraviesa el peñasco y pasa en contacto con la cápsula ótica y la cadena osicular.

Aunque su potencial de crecimiento es relativamente bajo, el SNF puede lisar los elementos del oído interno, provocando así una sintomatología cocleovestibular de tipo sordera de percepción, acúfenos o vértigo. Estos síntomas pueden relacionarse con la destrucción laberíntica o con un efecto de tercera ventana (Fig. 1). La fístula laberíntica puede quedar enmascarada durante mucho tiempo por el efecto de la «colmatación» por el tumor de la región lisada, por lo que es asintomática o sólo provoca una sintomatología frustrada (inestabilidad, sordera de percepción moderada en las frecuencias agudas).

El síndrome de masa también puede causar una sordera de transmisión por contacto simple entre la cadena osicular y el tumor (dificultando su movilidad) o por pérdida del efecto columelar en caso de luxación o de lisis de los huesecillos (Fig. 2).



**Figura 3.** Otorroscopia izquierda que muestra un tumor retro-timpánico desarrollado a partir del nervio VII.

Cuando el tumor ocupa el atrio, en ocasiones es visible a través del tímpano en forma de una lesión blanquecina o rosada (Fig. 3) que, al contrario que el paraganglioma, no es pulsátil.

En pocas ocasiones, la sintomatología vestibular está en primer plano con un síntoma funcional de tipo vértigo rotatorio o inestabilidad. Frente a este tipo de síntomas, sobre todo cuando no se acompañan de ninguna manifestación facial, el diagnóstico se orienta en primer lugar hacia un schwannoma vestibular (debido a su mayor frecuencia), principalmente si el tumor afecta al paquete acusticofacial en el ángulo pontocerebeloso (APC) o en el conducto auditivo interno (CAI).

## Tumores parotídeos

El SNF también puede manifestarse por la aparición de una masa parotídea. Cuando el tumor sólo afecta a la porción extracraneal del nervio, la lesión es indolora, firme y bien móvil, sugiriendo en primer lugar un adenoma pleomorfo o un tumor de Warthin. En esta localización exclusivamente parotídea, el SNF no provoca (o muy raramente) sintomatología facial, debido a su crecimiento lento y a la ausencia de compresión. El reto de esta localización es establecer el diagnóstico diferencial con los otros tumores parotídeos antes de realizar una cirugía de resección que expondría al paciente a una parálisis facial inevitable, sin que se le haya advertido sobre ésta.

## ■ Pruebas complementarias

### Electromiografía (EMG)

La EMG de la cara es un elemento clave del estudio de las afectaciones faciales. Sin embargo, la electrofisiología del nervio facial requiere una experiencia particular, tanto para la realización como para la interpretación de la exploración.

La EMG debe constar de:

- un electrodiagnóstico de estimulación (equivalente de la electroneurografía [ENoG] o prueba de Esslen) [5]. La ENoG consiste en registrar un potencial de acción muscular de los músculos periorales mediante dos electrodos de superficie situados a lo largo del surco nasogeniano, durante una estimulación supramáxima del nervio facial con un electrodo de superficie cerca del agujero estilomastoideo. Se pueden evaluar otros músculos representativos de la cara, como los músculos frontal, orbicular del ojo o mentoniano;
- los datos se recogen de forma bilateral y comparativa. La relación de las amplitudes entre los dos lados permite determinar un porcentaje de pérdida axonal o, para los anglosajones, de excitabilidad residual;



Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8797996>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8797996>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)