

“Releyendo a”

Wilkinson EP, Hoa M, Slattery WH 3rd, Fayad JN, Friedman RA, Schwartz MS, Brackmann DE. Evolution in the management of facial nerve schwannoma.

Laryngoscope 2011 Oct;121(10):2065-74. doi: 10.1002/lary.22141. Epub 2011 Sep 6.

PMID: 21898431.

Tiberti Liliana, Juárez M. Soledad, Orfila Daniel

FLENI, Buenos Aires, Argentina

Los schwannomas del nervio facial son tumores infrecuentes del hueso temporal. Pueden afectar cualquier segmento del nervio, con especial predilección por el ganglio geniculado, el segmento timpánico y mastoideo. Los síntomas que pueden presentar incluyen paresia facial progresiva o parálisis, hipoacusia, acúfeno, síntomas vestibulares o la presencia de una lesión en el conducto auditivo interno.

En este artículo Wilkinson E.P. y col. presentan un algoritmo de tratamiento de los schwannomas del facial (SNF) basado en su experiencia de 30 años. Se utilizaron como opciones terapéuticas: resección quirúrgica con injerto, descompresión ósea, observación y radiocirugía estereotáxica. Un total de 37 pacientes (46.8%) recibió tratamiento quirúrgico con injerto o anastomosis, otros 21 (26.6%) recibió descompresión ósea únicamente, 15 (19%) observación únicamente y 6 (7,6%) radiocirugía estereotáxica. Previo a 1995, el 85% de los casos recibió tratamiento quirúrgico y ninguno observación; luego de 1995, 27% recibió cirugía con injerto, 33% descompresión ósea, 29% observación y 11% radioterapia. La función facial se mantuvo o mejoró en el 78,9% de los casos de descompresión y observación versus el 54,8% de la resección quirúrgica.

Con respecto a la discusión, el manejo de los SNF ha evolucionado desde la resección completa con injerto hacia abordajes más conservadores con “preservación del nervio facial”, entre los que se incluyen la observación con resonancia magnética seriadas, la descompresión y la radiocirugía. El asunto parece ser si un tumor de cualquier tamaño con función facial HBI-II debe ser removido. En aquellos casos con alta sospecha de SNF, ya sea por imágenes o electroneuronografía, se debe mantener la mejor función facial posible, sin importar el tamaño del tumor, con la excepción de tumores grandes que generen síntomas compresivos o efecto de masa en el lóbulo temporal o sobre el tronco del encéfalo. La resección quirúrgica con injerto se sugiere en pacientes con función facial HB III o peor. El 84% de los pacientes de esta serie presentó función postoperatoria HB III o IV. La electroneu-

ronografía fue propuesta como una herramienta útil para diferenciar un SNF de un hemangioma o un schwannoma vestibular. Sin embargo, en algunos casos la TC y RM permiten realizar el diagnóstico diferencial. La radiocirugía estereotáxica es un tratamiento emergente en los SNF, a pesar de haber sido utilizada ampliamente en los schwannomas vestibulares. En el caso de la radiocirugía fraccionada se observa la ventaja de detener el crecimiento tumoral conservando la función del nervio facial y la desventaja de que el tumor persista, crezca o se malignice. Los autores proponen el siguiente algoritmo: el tratamiento será seleccionado de acuerdo con la estabilidad del tumor, la función del nervio facial y el área afectada. Los tumores con función facial buena (HB I-II) deben ser observados. Aquellos con peor función facial y que se encuentren en el conducto auditivo interno con extensión al ganglio geniculado o segmento laberíntico deberán ser considerados para descompresión. En tumores grandes con riesgo de compresión en ángulo pontocerebeloso o de invasión del lóbulo temporal a partir del ganglio geniculado se puede considerar el uso de radiocirugía. En tanto, en tumores que generan compresión, hidrocefalia o falla post radiocirugía se debe realizar la resección con injerto. Adicionalmente, en los tumores con función facial peor que HB II la mejor opción es la resección con injerto.

Como conclusión, el tratamiento de los SNF debe tener como objetivo la preservación de la función facial en el mejor nivel durante el mayor tiempo posible. La resección con injerto permite obtener una función facial HB III. En casos con buena función HBI-II se sugiere observación, la descompresión y la radiocirugía. Habiendo tantas opciones de tratamiento, el equipo debe conocer todas las opciones terapéuticas para determinar la mejor opción en cada caso. Un abordaje más conservador permitirá a los pacientes preservar una mejor función facial por más tiempo.

Fortalezas

El artículo aborda un tema de manejo muy complejo aun en la actualidad, lo realiza de forma clara y ordenada dan-

do pautas de manejo en cada caso.

Siendo una patología muy infrecuente, el número de casos es importante y fueron todos tratados en un mismo centro especializado.

Debilidades

Habiendo pasado diez años de publicación, determinadas técnicas han mejorado con el tiempo. Actualmente no se utiliza la descompresión ósea del tumor, dejando relegado el abordaje quirúrgico para aquellos paciente que presentan función facial HB III o peor.

La radiocirugía se enfoca en paciente con residuo tumoral postquirúrgico irreseccable o con contraindicación de cirugía.

La resección quirúrgica se realizará en uno o varios tiempos quirúrgicos, dependiendo del volumen tumoral y los diferentes segmentos afectados, siendo siempre el objetivo final conservar la función facial. En caso de tumores de gran tamaño o ubicados en la primera porción o ganglio geniculado, debido a la falta de cabo proximal, se requerirá una anastomosis hipogloso facial con técnica de Sawamura.

Coincidiendo con los autores que la función facial determinará el abordaje terapéutico de cada paciente, cada caso deberá ser evaluado de forma independiente, ya que si bien los autores plantean un algoritmo de tratamiento, éste se aplicará de forma individual.