

## ***Schwannoma* de piso bucal. Reporte de un caso y revisión de la literatura**

### **Schwannoma of the floor of the mouth. A case report and literature review**

**Mônica Andrade Lotufo<sup>I</sup>; José Antonio Ventiades<sup>II</sup>; Celso Augusto Lemos Junior<sup>III</sup>; Cristiane Miranda França<sup>I</sup>**

<sup>I</sup> Cirujano Dentista. Profesora Doctora de la Maestría en Odontología. Universidad Ibirapuera, São Paulo, Brasil.

<sup>II</sup> Cirujano Dentista. Especialista en CTBMF. Posgraduado del Programa de Maestría en Odontología de la Universidad Ibirapuera, São Paulo, Brasil.

<sup>III</sup> Cirujano Dentista. Profesor Doctor del Departamento de Estomatología de la Universidad de São Paulo, Brasil.

---

#### **RESUMEN**

Los *schwannomas*, también conocidos como neurilemomas, forman parte del grupo de las neoplasias benignas de origen neural. Son de crecimiento lento e indoloro, a pesar de su origen nervioso. La cabeza y cuello son regiones bastante comunes donde se desarrollan estas neoplasias y en la literatura se reporta que en la región bucal predominan en la lengua, paladar, mucosa yugal, labio y encía, con pocas manifestaciones en el piso bucal. En este trabajo se presenta un caso de *schwannoma* de rara localización, además de abordar las posibilidades diagnósticas y tratamiento.

*Palabras clave:* *schwannoma*, neurilenoma, estomatología, doenças de la boca.

---

#### **ABSTRACT**

Schwannomas, also known as neurilemomas, are benign neoplasias with neural origin. They present painless growth despite its origin. Head and neck are very common sites of development of this neoplasia and when seen intraorally, the sites

of predilection are: tongue, palate, bucal mucosa, lips, gengiva and the floor of the mouth is rarely affected. In this case report we describe a schwannoma in an unusual localization and discuss its diagnosis and treatment.

**Key words:** schwannoma; neurilemoma; oral diagnosis; oral lesions

---

## INTRODUCCIÓN

*Schwannomas*, también conocidos como neurilenomas, son neoplasias benignas que se originan de las células de Schwann presentes en nervios periféricos; son raros en la cavidad bucal. Aproximadamente del 25 % al 45 % de estos tumores surgen en la región de cabeza y cuello, apenas 1 % tienen localización intrabucal, con predilección por la lengua, seguida del paladar, mucosa yugal, labios y encía.<sup>1,2</sup>

Generalmente las lesiones son solitarias, asintomáticas en el inicio, tornándose sensibles a la palpación con el aumento de la lesión. Se manifiesta en cualquier grupo etáreo, con un pico entre 20 y 50 años, sin predilección por género o etnia.<sup>2</sup>

Clínicamente, el *schwannoma* puede ser confundido con otras lesiones benignas de origen neural, como el neurofibroma y el tumor de vaina neural; o lesiones de origen mesenquimal como el tumor de células granulares; en otros casos con patologías de glándulas salivales como el adenoma pleomórfico. El diagnóstico definitivo es corroborado por el examen histopatológico, donde se observa la cápsula tumoral y la disposición de las células de Schwann en palizada (patrón Antoni A) y los cuerpos de Verocay, en una área con las células dispuestas aleatoriamente entre sí (patrón Antoni B).<sup>3</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un caso de *schwannoma* intra bucal de rara localización y discutir las posibilidades de diagnóstico y conducta a seguir.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años de edad, género femenino, raza blanca, que acudió a la Clínica de Diagnóstico Oral de la Universidad aquejada por presentar una "bola debajo la lengua" y dificultad para la deglución, con antecedente de crecimiento lento e indoloro de aproximadamente 2 años de evolución. Al examen extra bucal notamos nódulos linfáticos con características inflamatorias en la cadena submandibular derecha. Al examen clínico intra bucal, en la región del piso bucal derecho, observamos un nódulo sesil, submucoso, circunscrito, recubierto por mucosa normal, movable, firme y sintomático a la palpación, que medía aproximadamente 2cm x 2,5cm, sin características clínicas de quiste, ni evidencias de parestesia ([fig. 1](#)). Radiográficamente no se observó ninguna alteración anormal. La hipótesis diagnóstica fue de neoplasia benigna de glándula salival.

En vista de los hallados clínicos, se determinó como conducta la exéresis de la lesión. Durante la realización de la biopsia excisional, la lesión se presentó encapsulada y del mismo color del tejido local ([fig. 2](#)).

Histológicamente se observó neoplasia de tejido laxo caracterizada por la presencia de células fusiformes, a veces dispuestas en palizada, con regiones acelulares y eosinofílicas, conocidas como "cuerpos de Verocay", y a veces dispuestas de modo fasciculado con células dispuestas aleatoriamente entre sí. Basados en estos hallados típicos, se emitió el diagnóstico final: schwannoma (fig. 3). La paciente se mantuvo en control periódico en intervalos de un año y no fue constatada ninguna recidiva de la lesión.

## DISCUSIÓN

Basados en la literatura, se verifica que la cavidad oral es un sitio raro de presentación del *schwannoma* y cuando ocurre, el local más común es la lengua.<sup>4,5</sup> *Wright* y *Jackson* analizaron 146 casos de *schwannomas* y verificaron que 52 % ocurrieron en la lengua, 19,86 % en la mucosa yugal o vestibular, 8,9 % en el paladar blando y los 19,42 % restantes ocurrieron en el labio o la encía. La ocurrencia en la región del piso bucal es muy poco frecuente.<sup>6</sup>

La hipótesis inicial de este caso era de tumor benigno de glándula salival, por las evidencias clínicas, la localización y la edad de la paciente. Otras hipótesis que podrían haberse considerado fueron ránula, quiste dermoide o quiste epidermoide, que fueron descartadas en el acto de palpación, ya que en vez de lesión con contenido líquido o semi-sólido, presentó consistencia firme y endurecida.

El principal problema en el diagnóstico de las lesiones benignas de origen neural, es que algunas sobreponen sus aspectos histológicos entre sí o con otros tumores de origen mesenquimal, como leiomiomas y las fibromatosis, y frente a este cuadro, se hace necesario el uso de técnicas inmunohistoquímicas.<sup>7</sup> En el caso del *schwannoma* relatado, el análisis histológico con coloración de rutina (hematoxilina & eosina), fue suficiente para llegar al diagnóstico final, una vez que el patrón histológico Antoni A y Antoni B observados son característicos de la lesión.

La malignización del *schwannoma* es poco probable, y para fines prácticos, puede ser descartada.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yang SW, Lin CY. Schwannoma of the upper lip: Case report and literature review. *Am J Otolaryngol* 2003;24:352-4.
2. Bansal R, Trivedi P, Shanti P. Schwannoma of the tongue. *Oral Oncology Extra* 2005;41:15-17.
3. Jordan RC, Regezi J. Oral spindle cell neoplasms: A review of 307 cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2003;95:717-24.
4. Arda HN, Akdogan O, Arda N, Sarikaya Y. An unusual site for an intraoral Schwannoma: A case report. *Am J Otolaryngol* 2003;24:348-50.
5. Dudic Y. Schwannoma of the floor of the mouth. *Schwannoma of the floor of the mouth. Otolaryngol Head Neck Surg* 2003;129:144-6.

6. Wright BA, Jackson D. Neural tumors of the oral cavity. A review of the spectrum of benign and malignant oral tumors of the cavity and jaws. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1980;49:509-22.

7. Chrysomali E, Papanicolaou SI, Dekker NP, Regezi JA. Benign neural tumors of the oral cavity. A comparative immunohistochemical study. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:381-90.

Recibido: 2 de octubre de 2007.

Aprobado: 25 de octubre de 2007.

*Cristiane Miranda França*. Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 948 apto. 93, Vila Mariana \_ São Paulo, São Paulo \_ Brasil, CEP 04014-002. Fone/fax: 55 11 5081 4037. e-mail: [cristiane321@gmail.com](mailto:cristiane321@gmail.com)  
Universidad Ibirapuera, São Paulo, SP, Brasil



Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión, se presenta forma nodular, sesil, recubierto por mucosa normal.

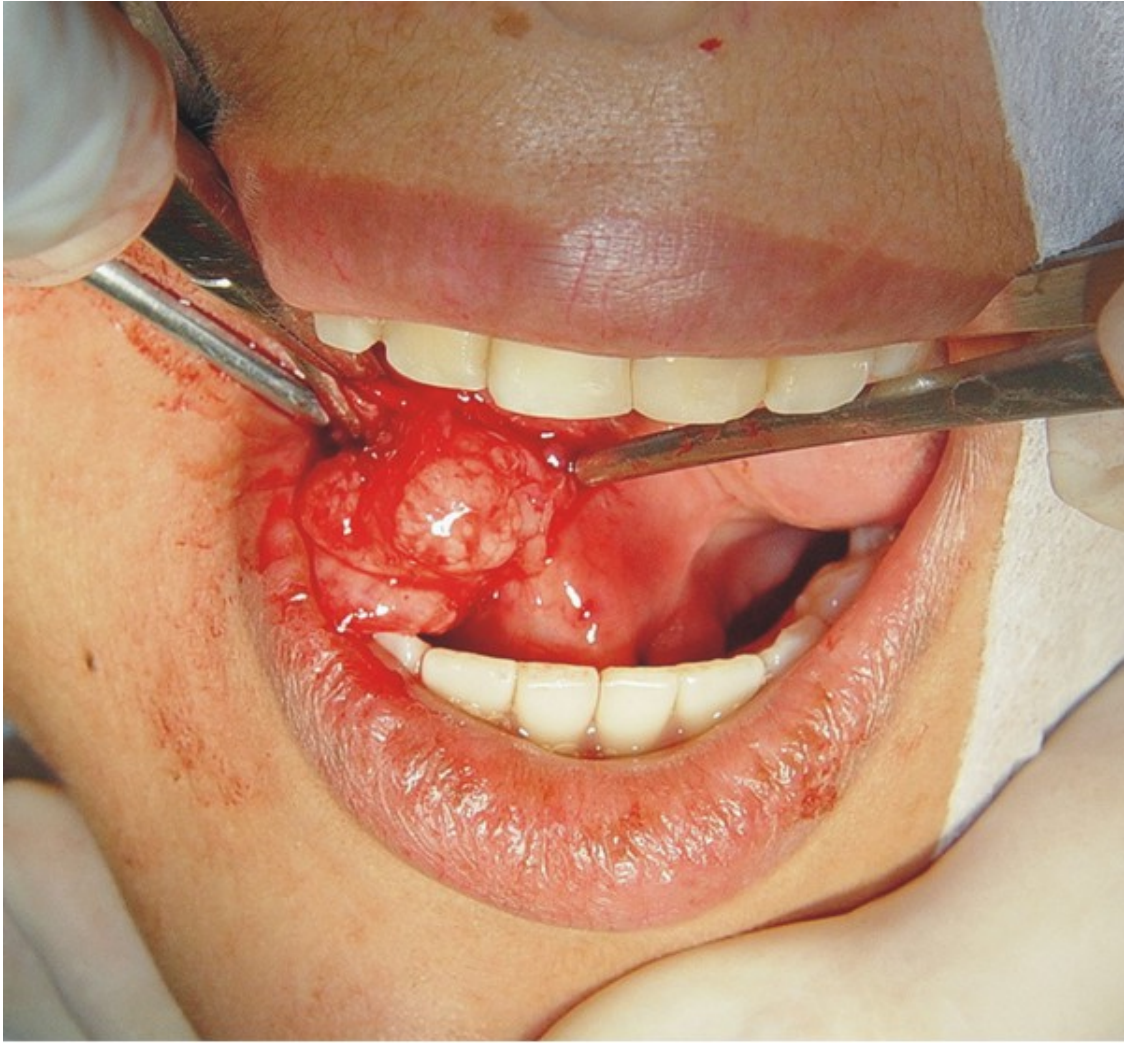


Fig. 2. Biopsia excisional mostrando lesión encapsulada, de consistencia firme y color rosado pálido.

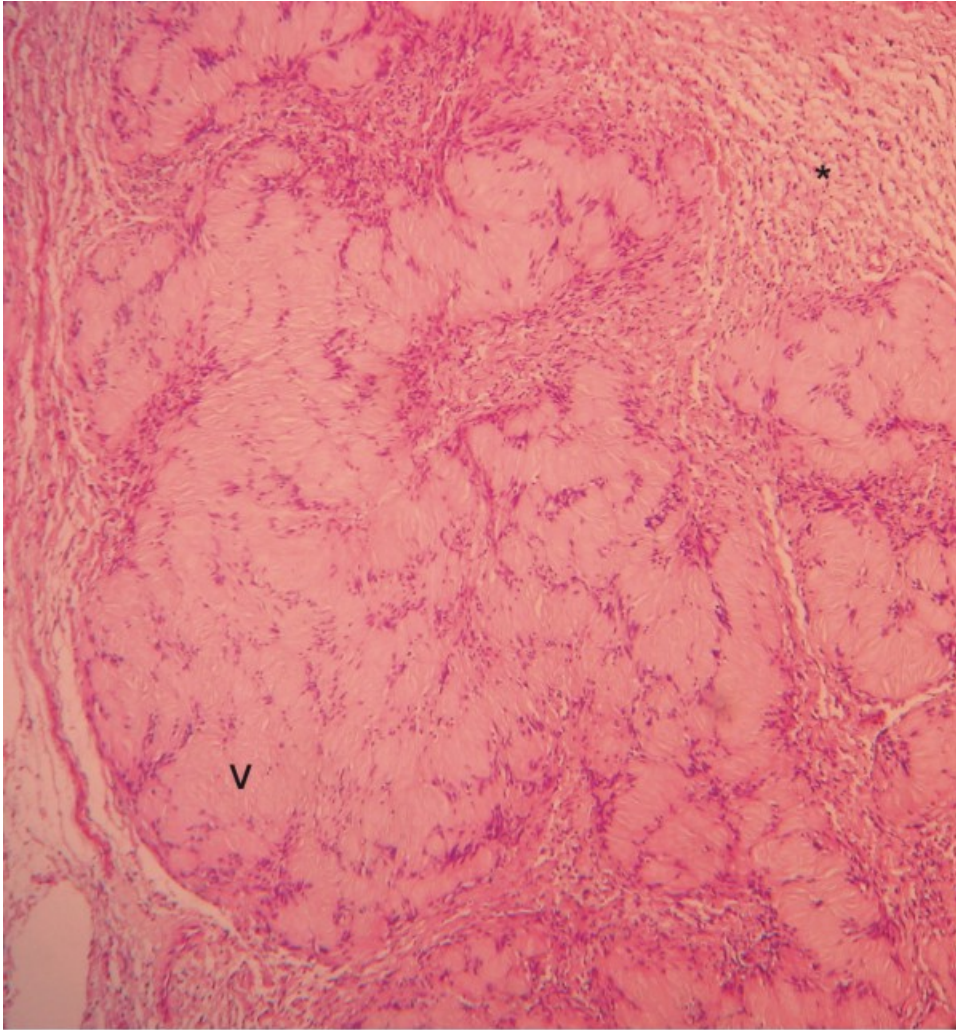


Fig. 3. Células fusiformes dispuestas de modo paralelo mostrando cuerpos de Verocay (V) y zonas con celularidad difusa (\*).  
HE, magnificación original 40x.