

Schwannoma trigeminal

Representan el 0.8 hasta el 8% de todos los [schwannomas intracraneales](#).

Se asientan en el [cavum de Meckel](#) y pueden aflorar de la raíz nerviosa, del [ganglio de Gasser](#) o de cualquiera de las tres divisiones del nervio trigémino; por lo tanto, pueden ocupar los pisos posterior y/o medio de la base del cráneo e incluso compartimentos extracraneales, confundándose en muchas ocasiones con tumores primarios de dichas regiones.

Aunque quedan generalmente limitadas a la fosa infratemporal, también puede implicar el seno maxilar, la órbita y el espacio retrofaríngeo.

La asociación de un quiste aracnoideo se ha publicado en un caso y podría ser consecuencia de un atrapamiento cisternal (Amagasa y col., 1986).

Clasificación

Yoshida y Kawase, los clasifican en 6 tipos:

- 1) M, a los localizados en la fosa media, ya sea que se hayan originado del ganglio de Gasser o de algunas de sus ramas en la pared del seno cavernoso;
- 2) P, a los que se originan de la raíz del trigémino y por consiguiente se localizan en la fosa posterior;
- 3) E, a los originados extracranealmente de alguna de las divisiones del V par;
- 4) MP, a los tumores que se encuentran en la fosa media y la posterior;
- 5) ME, a los localizados en el piso medio con extensión extracraneal;
- 6) MPE, a los que se ubican en los tres compartimentos.

con dos subgrupos:

- 1) Los que ocupan la órbita;
- 2) los que invaden la fosa infratemporal y la fosa pterigopalatina los cuales son muy infrecuentes y que pueden tener escaso componente intracraneal. La angiografía preoperatoria en estos casos debe ser una herramienta importante en la planificación quirúrgica, para evitar complicaciones vasculares, (si tomamos en cuenta que en la fosa infratemporal transcurren la arteria maxilar interna y sus ramas), a pesar de ser un tumor escasamente vascularizado (Santos-Franco y col., 2005).

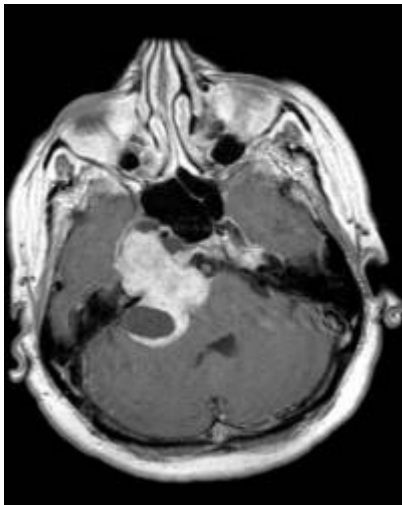
Clínica

La mayoría de los pacientes se hallan en la cuarta década de vida, con una duración de los síntomas que van desde 1 mes a 13 años (Sharma y col., 2008).

La parálisis del nervio motor ocular externo como síntoma inicial es rara. Hasta 1985 se han descrito ocho casos similares el mecanismo puede ser por compresión a nivel del seno cavernoso, vértice del peñasco o la fosa posterior (Katoh y col., 1985).

Diagnóstico

La observación en la RM de un aumento de tamaño del trigémino con captación de gadolinio ha llevado a algunos autores a suponer que parte de los casos se deben a un schwannoma trigeminal de pequeño tamaño.



En raras ocasiones se encuentra únicamente en el seno cavernoso (Inoue y col., 1990).

Tratamiento

Durante las últimas décadas, se han desarrollado técnicas quirúrgicas que permiten la extirpación total de estos tumores.

Vías

Frontotemporal transsilviana

Subtemporal-intradural

Subtemporal-transtentorial

Suboccipital

Por la base del cráneo

Frontotemporal-extradural intradural

Frontoorbitozigomatica

Petrosa subtemporal anterior

Petrosa presigmoidea posterior

La vía habitual suele ser la subtemporal interdural (Dolenc), o una combinación de estas.

La vía por fosa media cigomática es particularmente útil y segura, desde donde se puede llegar al seno cavernoso, la fosa infratemporal, y la fosa posterior a través de la ampliación cavum de Meckel (Al-Mefty y col., 2002).

Aunque los que invaden las tres fosas pueden precisar una vía suboccipital y una vía subtemporal intradural (Pelissou y col., 1988), la mayoría de los schwannomas del trigémino pueden ser extirpados en su totalidad de forma segura en una sola operación, por lo que la radiocirugía no se debe aplicar

como tratamiento de primera elección para pacientes jóvenes. Un conocimiento anatómico correcto es fundamental para minimizar la exposición del cerebro y evitar las complicaciones quirúrgicas (Fukaya y col.,2010).

Las vías a través de la base de cráneo, permiten una extirpación del tumor mayor que cuando se utilizan los métodos convencionales, aunque las complicaciones perioperatorias son similares en ambos (Taha y col., 1995). Para este tipo de vía se precisan amplios conocimientos anatómicos y de técnicas quirúrgicas (Komatsu y col., 2012).

La invasión del seno cavernoso es el principal obstáculo para la extirpación completa (Zhang y col, 2009).

Complicaciones

Las complicaciones observadas después de la operación fueron: persistencia de la anestesia en la zona del trigémino, la atrofia del músculo masetero, la parálisis transitoria del nervio facial con ulceración y opacificación de la córnea, y la parálisis transitoria del nervio motor ocular externo (Koziarski y col., 2002).

Bibliografía

Al-Mefty, O., Ayoubi, S. & Gaber, E., 2002. Trigeminal schwannomas: removal of dumbbell-shaped tumors through the expanded Meckel cave and outcomes of cranial nerve function. *Journal of Neurosurgery*, 96(3), págs.453-463.

Amagasa, M. et al., 1986. [Trigeminal neurinoma associated with suprasellar arachnoid cyst]. *No Shinkei Geka. Neurological Surgery*, 14(3 Suppl), págs.357-360.

Fukaya, R. et al., 2010. Trigeminal schwannomas: experience with 57 cases and a review of the literature. *Neurosurgical Review*, 34(2), págs.159-171.

Inoue, T. et al., 1990. Neurinoma in the cavernous sinus: report of two cases. *Neurosurgery*, 27(6), págs.986-990.

Katoh, M. et al., 1985. [Trigeminal neurinoma presenting abducens nerve palsy as initial symptom: a report of two cases]. *No Shinkei Geka. Neurological Surgery*, 13(5), págs.555-560.

Komatsu, Fuminari, Mika Komatsu, Antonio Di Ieva, and Manfred Tschabitscher. 2012. "Endoscopic Approaches to the Trigeminal Nerve and Clinical Consideration for Trigeminal Schwannomas: a Cadaveric Study." *Journal of Neurosurgery* (August 17). doi:10.3171/2012.7.JNS11730.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22900839>.

Koziarski, A. et al., 2002. [Surgical treatment of trigeminal neurinoma]. *Neurologia I Neurochirurgia Polska*, 36(3), págs.587-595; discussion 595-596.

Pelissou, I. et al., 1988. [Neurinoma of the trigeminal nerve. Excision by combined suboccipital and pteriono-temporal approach]. *Neuro-Chirurgie*, 34(1), págs.8-16.

Santos-Franco, J.A. et al., 2005. Schwannoma trigeminal intracraneal con extensión a la fosa infratemporal, espacio parafaríngeo, órbita, seno maxilar y fosa nasal: A propósito de un caso. *Neurocirugía*, 16. Available at:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-14732005000100011

Sharma, B.S. et al., 2008. Trigeminal schwannomas: experience with 68 cases. Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia, 15(7), págs.738-743.

Taha, J.M. et al., 1995. Comparison of conventional and skull base surgical approaches for the excision of trigeminal neurinomas. Journal of Neurosurgery, 82(5), págs.719-725.

Zhang, L. et al., 2009. Trigeminal schwannomas: a report of 42 cases and review of the relevant surgical approaches. Clinical Neurology and Neurosurgery, 111(3), págs.261-269.

From:

<http://www.neurocirugiacontemporanea.com/> - **Neurocirugía Contemporánea** ISSN
1988-2661

Permanent link:

http://www.neurocirugiacontemporanea.com/doku.php?id=schwannoma_trigeminal

Last update: **2019/09/26 22:21**

