

NOTA CLÍNICA

Neuroma traumático palatino: presentación de un caso

María del Carmen González-Galván^{a,b}, Alvaro Peñaranda-García^a,
María Ángeles Echebarria-Goikouria^a, Antonio De Juan-Galindez^a
y José Manuel Aguirre-Urizar^{a,*}

^a Unidad de Patología Oral y Maxilofacial, Servicio Clínica Odontológica, Máster de Patología Oral, Facultad de Medicina y Odontología, Universidad del País Vasco/EHU

^b Becaria de la Itaipu Binacional-Paraguay, Paraguay

Recibido el 24 de junio de 2011; aceptado el 30 de agosto de 2011

Accesible en línea el 28 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Neuroma;
Traumático;
Paladar

KEYWORDS

Traumatic;
Neuroma;
Palate

GAKO-HITZAK

Neuroma;
Traumatiko;
Ahosabai

Resumen El neuroma traumático es una tumoración benigna del tejido nervioso periférico, de carácter reactivo. Se produce tras una agresión tisular, y en la cavidad oral ocurre por un traumatismo o tras un procedimiento quirúrgico como las exodoncias dentarias. Presentamos un caso clínico de neuroma traumático palatino en un paciente varón de 71 años y se realiza una revisión de los principales aspectos clinicopatológicos de esta enfermedad.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Traumatic neuroma in the palate: case report

Abstract Traumatic neuroma is a reactive tumor of the peripheral neural tissue produced after an injury. This entity appears in the oral cavity usually after a trauma or surgical procedures such as tooth extraction. We report a case of traumatic neuroma in the palate of a 71-year-old man and review the most important clinicopathological features of this tumor.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Neuroma traumatikoa ahosabaian: kasu baten aurkezpena

Laburpena Neuroma traumatikoa nerbio-ehun periferikoaren tumorazio onbera bat da, izaera erreaktibokoa. Aho-barrunbean agertzen da, kalte tisular baten ondoren, traumatismo batek edo prozedura kirurgiko batek (hala nola hortz-exodontziak) eraginda. Ahosabaian neuroma

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josemanuel.aguirre@ehu.es (J.M. Aguirre Urizar).

traumatikoa duen 71 urteko gizon baten kasu kliniko honetan, patologia honen alderdi kliniko-patologiko nagusiak aztertuko ditugu.

© 2011 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Argitaratzailea: Elsevier España, S.L. Eskubide guztiak gordeta.

Introducción

El neuroma traumático representa una proliferación reactiva tumoral del tejido nervioso periférico, que se produce tras una agresión tisular. En el territorio oral, se origina tras un traumatismo u otro procedimiento quirúrgico tal como la exodoncia dentaria¹⁻³. Puede aparecer a cualquier edad, pero es más frecuente en adultos y en las mujeres³⁻⁵, y en cualquier localización en la cavidad oral, siendo las más comunes: la lengua, el labio inferior y el área del orificio mentoniano^{1,5,6}. Generalmente es asintomático, aunque en algunas ocasiones puede ser doloroso y exacerbarse por presión⁶. El tratamiento de esta lesión es la exéresis quirúrgica, siendo infrecuentes las recidivas^{1,5,6}.

En este trabajo presentamos un caso de neuroma traumático en una localización infrecuente y revisamos sus principales aspectos clinicopatológicos.

Caso clínico

Paciente varón de 71 años, portador de prótesis superior parcial removible, que acude por presentar una tumoración asintomática en el paladar, desde hace 2 años. Presenta antecedentes de hipercolesterolemia, hipertensión arterial,

artrosis y asma, y está en tratamiento con Enalapril[®], Symbicort Turbuhaler[®] y paracetamol. Es ex fumador desde hace 30 años y consumidor moderado de alcohol.

En la exploración clínica se reconoce una tumoración única, lisa, de 0,3 cm de diámetro, firme, ubicada en la zona media del paladar, en la unión del paladar blando y el paladar duro, alejada del reborde de la prótesis parcial removible que portaba el paciente (fig. 1). La ortopantomografía no revela afectación ósea. Dadas las características clínicas de benignidad de la lesión se realiza exéresis quirúrgica bajo anestesia local. El post-operatorio transcurre sin complicaciones.

El análisis histopatológico muestra una lesión tumoral, bien delimitada, constituida por una proliferación fibrocelular de disposición anárquica, y aspecto neural, con pequeñas formaciones vasculares y focos de infiltración inflamatoria crónica. La lesión está revestida por un epitelio escamoso paraqueratinizado de grosor variable (fig. 2).

El análisis inmunohistoquímico demostró positividad para S-100 en los elementos celulares de la lesión (fig. 3).

Con estos datos se diagnosticó como neuroma traumático. Se realizó una exploración completa del paciente, para descartar la posibilidad de otras lesiones similares como parte de un síndrome, como el de neoplasia endócrina múltiple.

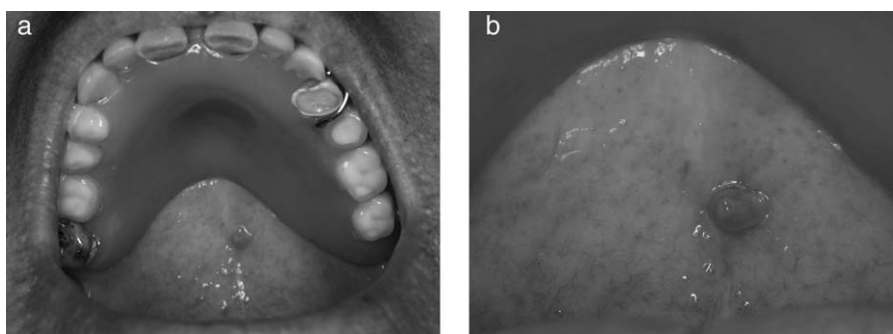


Figura 1 a) Visión clínica de la lesión tumoral. b) Se reconoce que no se relaciona con la prótesis.

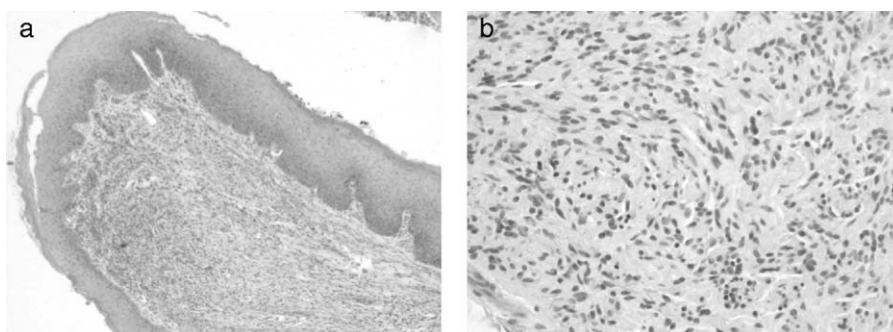


Figura 2 a) Visión a bajo aumento. b) Proliferación conectiva de disposición anárquica y aspecto neural.

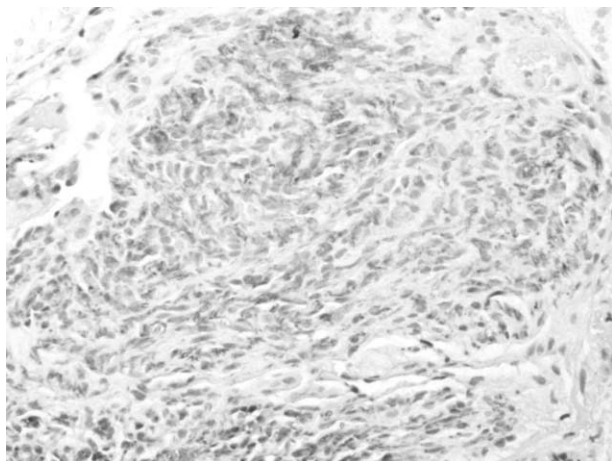


Figura 3 Análisis inmunohistoquímico con positividad para S-100.

La evolución ha sido favorable, el paciente sigue siendo controlado periódicamente y, transcurridos 19 meses, no se reconoce recidiva de la lesión.

Discusión

El neuroma traumático representa una proliferación reactiva de tejido nervioso tanto de las células de Schwann como de fibras nerviosas, que generalmente tiene lugar tras una agresión traumática o quirúrgica¹⁻³. En nuestro caso el paciente no refería ningún antecedente traumático en la zona de la lesión y no existía relación aparente con la prótesis removible. No obstante, no podemos descartar un antecedente traumático no reconocido en esta zona palatina, por ejemplo tras la ingesta de algún alimento.

Esta lesión parece ser predominante en las mujeres en las diferentes series³⁻⁵, aunque en nuestro caso fue un hombre el afectado.

Clínicamente se presenta como un nódulo, generalmente liso y firme, de menos de 2 cm de diámetro². En ocasiones se asocia a dolor, que puede ser exacerbado con la presión^{5,7}, o a parestesia alrededor del área tumoral^{2,5,7}. En nuestro caso el paciente no relató sintomatología alguna, a excepción de la sensación tumoral.

Las localizaciones orales más frecuentes de los neuromas traumáticos son: la lengua, el labio y el área del foramen mentoniano^{3,5,6}, aunque también se han descrito casos aislados en la mucosa yugal y paladar, como en nuestro caso^{1,3}.

Histopatológicamente esta tumoración muestra una proliferación madura de elementos nerviosos, dispuestos al azar, dentro de una estroma de tejido conjuntivo fibroso⁵. Dentro del neuroma en ocasiones se pueden observar células inflamatorias, que generalmente aparecen en aquellos neuromas que se acompañan de dolor^{2,5}.

El diagnóstico diferencial de esta lesión se debe hacer con el fibroma traumático, el schwannoma, así como con tumores de glándulas salivales, preferentemente en la localización palatina como ocurre en nuestro caso. En todos los casos se debe descartar la presencia de múltiples neuromas ya que podría ser el primer signo de un síndrome de neoplasia

endocrina múltiple tipo 2B^{8,9}, que en un 70-100% de los casos puede presentar un carcinoma medular de tiroides a partir de los 70 años¹⁰.

El síndrome de neoplasia endocrina múltiple tipo 2B es una enfermedad genética autosómica dominante infrecuente producida por mutaciones en el protooncogén RET, en el cromosoma 10^{8,9}. Entre sus características se incluyen neuromas traumáticos múltiples, carcinoma medular de tiroides y feocromocitoma, así como un hábito marfanoide y facies dismórfica^{8,11}. Los neuromas sobre todo en la zona anterior del dorso de la lengua, son manifestaciones iniciales de este síndrome en algunos casos infantiles⁸.

El tratamiento de elección del neuroma traumático es la exéresis quirúrgica^{1,5,6} siendo las recidivas muy infrecuentes^{1,5-7}.

Como conclusión de esta nota clínica, podemos señalar que el neuroma traumático debe ser considerado en el diagnóstico diferencial de las tumoraciones firmes submucosas orales. En todos los casos es primordial realizar un análisis clínico e histopatológico completo para alcanzar un correcto diagnóstico y descartar la presencia de un cuadro sindrómico.

Financiación

Grupo de investigación IT-192-07 (Gobierno del País Vasco).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal. Correlaciones clinicopatológicas. 3.ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 202.
- Foltán R, Klima K, Spacková J, Sedy J. Mechanism of traumatic neuroma development. *Med Hypotheses*. 2008;71:572-6.
- Tito Salla J, Batista AC, Gonçalves Garcia B, Ferreira Aguiar MC, Alves Mezquita R. Retrospective analysis of oral peripheral nerve sheath tumors in Brazilians. *Braz Oral Res*. 2009;23:43-8.
- Chrysomali E, Papanicolau 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.
- Neville BW, Dam DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral and Maxillofacial pathology. 3.ª ed. St Louis: Saunders - Elsevier; 2009. p. 524-5.
- Arribas García I, Alcalá Galiano A, Gutiérrez R, Montalvo Moreno JJ. Traumatic neuroma of the inferior alveolar nerve: A case report. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2008;13:186-8.
- Bagán Sebastián JV, Ceballos Salobreña A, Bermejo Fenoll A, Aguirre Urizar JM, Peñarrocha Diago M. *Medicina Oral*. Barcelona: Masson; 1995. p. 510.
- Morrison PJ, Nevin NC. Multiple Endocrine Neoplasia type 2B. *J Med Genet*. 1996;33:779-82.
- Lee MJ, Chung KH, Park JS, Chung H, Jang HC, Kim JW. Multiple Endocrine Neoplasia type 2B: Early Diagnosis by multiple Mucosal Neuroma and Its DNA analysis. *Ann Dermatol*. 2010;22:452-5.
- Moline J, Eng C. Multiple endocrine neoplasia type 2: An overview. *Genetic Med*. 2011;5 (Epub ahead of print).
- Wohlk N, Schweizer H, Erlic Z, Werner Schmid K, Walz MK, Raue F, et al. Multiple endocrine neoplasia type 2. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metabol*. 2010;24:371-87.