



TUMOR DE VAINA DEL NERVIO PERIFÉRICO EN UN PACIENTE PEDIÁTRICO, REPORTE DE UN CASO

PERIPHERAL NERVE SHEATH TUMOR IN A PEDIATRIC PATIENT, CASE REPORT

Autores: Déborah, Mitjans Hernández^{1*}, <https://orcid.org/0000-0002-2539-4961>, Eduardo Antonio, Hernández González¹, <https://orcid.org/0000-0001-7325-6099>, Laura Liset, Dominguez Martínez², <https://orcid.org/0000-0002-0656-2261>

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río. Facultad de Ciencias Médicas "Dr. Ernesto Che Guevara de la Serna". Pinar del Río, Cuba.

² Hospital Pediátrico Pepe Portilla. Pinar del Río, Cuba.

*e-mail: deborahmitjans@gmail.com

RESUMEN

Introducción: Los sarcomas son un grupo de cánceres poco frecuentes que se desarrollan en los huesos y en tejidos conectivos como grasa y músculos. Entre estos se encuentra el tumor maligno de la vaina del nervio periférico, que es un tipo de cáncer de tejido conectivo. **Presentación de caso:** Preescolar masculino de 5 años de edad, que estuvo en neonatología por un íctero fisiológico agravado, además con seguimiento con ortopedia en el Hospital Frank País por presentar asimetría de ambos hemicuerpos. Se recoge el antecedente de parotiditis, por lo cual tuvo antibioticoterapia, estuvo con igual evolución hasta que ingresa en el mes de junio. Se le realiza estudio resonancia magnética muestra lesión ocupativa del espacio extensa ocupa glándula parótidea izquierda.

Conclusiones: El tumor de vaina del nervio periférico, es un tumor maligno del tejido blando, raro y agresivo en pacientes pediátricos. Para su diagnóstico requiere de una interpretación clínica, examen físico y los exámenes complementarios para obtener un resultado de la enfermedad. El apoyo imagenológico es fundamental, siendo la resonancia magnética el examen de elección. El tratamiento recomendado es la exéresis quirúrgica completa pero en este caso no es posible y es utilizado el tratamiento con quimioterapia.



Palabras clave: Neoplasias de la Vaina del Nervio; Neurofibrosarcoma; Pediatría; Tumor Maligno de la Vaina Nerviosa Periférica

ABSTRACT

Introduction: Sarcomas are a group of rare cancers that develop in bones and connective tissues such as fat and muscle. These include malignant peripheral nerve sheath tumor, a type of connective tissue cancer. **Case presentation:** A 5-year-old male preschooler was in neonatology due to aggravated physiological jaundice, and was also followed up with orthopedics at the Frank Pais Hospital due to asymmetry in both sides of the body. A history of mumps was recorded, for which she received antibiotic therapy. Her progress was similar until admission in June. An MRI scan showed an extensive space-occupying lesion occupying the left parotid gland. **Conclusions:** Peripheral nerve sheath tumor is a rare and aggressive malignant soft tissue tumor in pediatric patients. Diagnosis requires clinical interpretation, physical examination, and complementary tests to obtain a result of the disease. Imaging support is essential, with MRI being the test of choice. The recommended treatment is complete surgical excision, but in this case, chemotherapy was used.

Keywords: Nerve Sheath Neoplasms; Neurofibrosarcoma; Pediatrics: Malignant Peripheral Nerve Sheath Tumor

INTRODUCCIÓN

Los sarcomas son un grupo de cánceres poco frecuentes que se desarrollan en los huesos y en tejidos conectivos como grasa y músculos. En la mayoría de los casos, se desconoce la causa del sarcoma, aunque los antecedentes familiares y la exposición a productos químicos o radiación pueden aumentar el riesgo.¹

Entre los sarcomas se encuentra el tumor maligno de la vaina del nervio periférico (TMVNP), que es un tipo de cáncer de tejido conectivo. Este tumor se origina cuando las células que cubren los nervios crecen y se multiplican anormalmente, formando neoplasias de tejidos blandos derivadas de los nervios periféricos, con una diferenciación variable hacia los componentes celulares de la vaina del nervio.¹

Los TMVNP son considerados raros y tienen un comportamiento localmente agresivo, con recidivas frecuentes y potencial para metastatizar. Los síntomas



incluyen dolor, efecto de masa y pérdida de la función del nervio afectado. Se clasifican como sarcomas debido a su origen y comportamiento.²

Descritos por primera vez en 1935 como neurilemoma maligno, los TMVNP también reciben los nombres de schwannoma maligno, neurofibrosarcoma y sarcoma neurogénico. La OMS introdujo el término "tumores malignos de la vaina del nervio periférico" para evitar confusiones con terminologías anteriores.³ Estos tumores representan aproximadamente el 5% de los sarcomas de partes blandas, con una incidencia de 0,001%, cifra que se eleva al 10% en la neurofibromatosis tipo 1 (NF1). La mitad de los casos son esporádicos, mientras que la otra mitad ocurre en pacientes con NF1. La incidencia es similar en ambos sexos, con una edad de presentación que fluctúa entre los 20 y 50 años, observándose aproximadamente 10 años antes en pacientes con NF1. Aunque la mayoría de los TMVNP se generan de novo, un 10% tiene antecedentes de exposición a radiación, con un período de latencia de 10 a 40 años. Además, se ha descrito una asociación entre NF1 y la transformación maligna de neurofibromas o schwannomas.^{3,4}

A menudo, su diagnóstico y tratamiento son desafiantes debido a la limitada información disponible en la literatura. Este estudio busca mejorar el diagnóstico temprano, orientar las opciones de tratamiento y contribuir al conocimiento científico sobre el TMVNP. Además, se pretende aumentar la conciencia en la comunidad médica y el público en general sobre esta condición, lo que favorecerá la detección y el manejo adecuado de los pacientes afectados.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Preescolar masculino de 5 años de edad, blanco, producto de un parto eutóxico a las 39.4 semanas, peso de 7.10 lbs. Estuvo en neonatología por un íctero fisiológico agravado, además con seguimiento con ortopedia en el Hospital Frank País por presentar asimetría de ambos hemicuerpos. Se recoge el antecedente de parotiditis izquierda, por lo cual tuvo antibioticoterapia (7/5/2023), estuvo con igual evolución hasta que ingresa en el mes de junio. Se le realiza estudio resonancia magnética de cabeza y cuello (22/6/2023) y se muestra lesión ocupativa del espacio extensa de 62x58x52mm que ocupa glándula parótidea izquierda, músculo pterigoideo y macetero y además desplaza vía aérea superior. Se decide su ingreso para mejor estudio y tratamiento.



Antecedentes patológicos personales: hemihipertrofia izquierda

Antecedentes patológicos familiares: trombopatía disfuncional (madre)

Alergia a Medicamentos: no refiere

Operaciones: no refiere

Transfusiones: no refiere

Examen Físico

Piel y mucosas: Normocoloreadas y húmedas

Sistema Respiratorio: Murmullo vesicular audible, vibraciones vocales conservadas. No se auscultan estertores. Frecuencia respiratoria: 20 x minutos.

Sistema Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, de buen tono e intensidad. No se auscultan soplos, pulsos periféricos presentes y sincrónicos. Frecuencia cardiaca: 86 x minutos.

Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda. No visceromegalia. Ruidos hidroáreos presentes.

Tejido Celular Subcutáneo: no infiltrado

Sistema Nervioso Central: activo, vigil, no signos de focalización meníngea

Exámenes Complementarios

Hemoglobina 130 g/L

Leucocitos 5.0×10^9 /L

Diferencial: polimorfonucleares 0.52/L, linfocitos 0.40 /L, eosinófilos 0.02 /L, monocitos 0.06 /L, células de stand 0.00 /L

Conteo de plaquetas 266×10^9 /L

Eritrosedimentación 10 mm/h

Coagulograma TP c 14 seg, TP p 13 seg, TPT c 28 seg, TPT p 24 seg

Glicemia 4.4 mg/dl

Creatinina 89 umol/L

TGP 15 u/I

TGO 19 u/I

Fosfatasa alcalina 139 u/L

LDH 446 u/L

Proteínas totales 70 g/L

- Resonancia Magnética Nuclear 23/6/2023

Secuencia coronal del cuello y cráneo T1 y T2, axial T1 y Flair



Extensa lesión ocupativa isointensa en T1 con el músculo que desde la periferia, ocupando la región parótida izquierda, músculo masetero y pterigoideo izquierdo. Sin poder precisar adecuadamente el cóndilo y rama ascendente de la mandíbula, así como hasta el arco cigomático. La lesión oblitera la nasofaringe, obstruye y desplaza la vía aérea superior. No tenemos secuencias sagitales. Se extiende a los compartimentos carotideos, yugular, esternocleidomastoideo y paravertebral. Mide 62x58x52mm. Se muestra hiperintenso en T2 con áreas isointensas centrales, asimétricas por contenido sólido o proteinaceo, multilocular. El oído izquierdo muestra ocupación parcial de las celdas mastoideas. Figuras 1 y 2.

- Inmunohistoquímica

Se informa tumor de vaina del nervio periférico.

- Tomografía por Emisión de Positrones (PET/CT) 11/7/2023

Procedimiento

A 60 minutos después de la administración endovenosa de 2.2 mCi de 18F-FDG, encontrándose la glucemia en 5.2 mmol/l, se realiza Tomografía por Emisión de Positrones desde vértice de cráneo hasta tercio medio de los fémures, en equipo INGENUITY TF; además se realiza Tomografía Computarizada de baja dosis, no contrastada y con limitado valor diagnóstico cuando se analiza aisladamente, con el objetivo de corrección de atenuación y localización anatómica de las áreas hipermetabólicas apreciadas en el estudio PET.

Hallazgos

El estudio PET y las imágenes de fusión PET-CT, revela áreas anómalas de hipermetabolismo glucolítico en: Cabeza y Cuello: SUV máximo 7.11 en extensa masa tumoral heterogénea de 24UH (Unidades Hounsfield) promedio en región parotídea izquierda a la altura de la nasofaringe que comprime y desplaza a la derecha la vía aérea superior, estructuras vasculares y el seno maxilar izquierdo sin infiltrarlo, con infiltración de las partes blandas a ese nivel, por imagen PET esta lesión no afecta al lóbulo temporal, midiendo en sus mayores dimensiones 71.68 x 48.02 x 54.60mm, no pudiendo definir por este estudio su dependencia específica debido a su tamaño y contacto con varias estructuras posibles de causas primarias tumorales. Biodistribución fisiológica del trazador en el resto la economía corporal. En imagen TAC se observan ganglios axilares e inguinales de morfología normal sin metabolismo.



Interpretación:

En el contexto clínico del paciente la masa descrita presenta actividad glucolítica tumoral en relación con tumor primario a ese nivel que sugerimos abordaje histológico, no observamos metabolismo tumoral en cadenas ganglionares regionales ni a distancia, no presenta lesiones secundarias en otras regiones a valorar por el médico de asistencia. Demás hallazgos ya descritos.

- Tomografía Axial Computarizada (TAC) 64 cortes 27/11/2023 (Figura 3 y 4)

Cráneo: IV ventrículo en la línea media. No alteraciones en fosa craneal posterior. No desviación de las estructuras de línea media. Adecuada delimitación sustancia gris-sustancia blanca.

Cuello: Hiperdensidad de aspecto T, heterogénea con densidades en este estudio simple que oscilan entre 40-54UH, que ocupa los espacios: masticador, parafaríngeo, pre y post-pterigoideos y paratiroides izquierdos sin precisar interfase con los ms pterigoideos medial, lateral y parte del temporal de este lado, provocando asimetría a predominio izquierdo de la pared lateral izquierda de la nasofaringe. Esta masa T provoca lesión lítica de la rama de la mandíbula izquierda de 2.3cm de diámetro mayor, del proceso cigomático del temporal y lisis con destrucción ósea de la cara infratemporal del ala mayor del esfenoides. Se observa además erosión ósea del hueso cigomático, apófisis pterigoidea, y distorsión anatómica del cóndilo mandibular afectando la articulación temporomandibular, todo del lado izquierdo. Presencia de cánula de traqueostomía. No se define ganglios patológicos en los diferentes niveles del cuello.

Tórax: Examen rotado, artefacteado y cortado no útil para diagnóstico.

- Tomografía Axial Computarizada 64 cortes con contraste 3/4/2024

Cráneo: IV ventrículo en línea media. No alteraciones en fosa craneal posterior. No desviación de las estructuras de línea media. No lesiones óseas secundarias, ni otras alteraciones craneoencefálicas en este examen.

Cuello: No alteraciones en la naso ni orofaringe. Laringe supraglótica glótica sin alteraciones. Presencia de cánula de traqueostomía. La imagen T reportada en TAC anterior, que ocupa espacio masticatorio y para faríngeo izquierdos, se muestra en este examen heterogénea predominantemente hipodensa, con



densidades variables en estudio contrastado de [39-54UH](#), sin poder definir realce pues no contamos con examen simple. Esta área T mide en este estudio 30x26mm en corte axial en sus mayores diámetros provocando distorsión de ms adyacentes y borramiento de la grasa perilesional, siendo de mayor utilidad la MRI en este caso. Lesión lítica de la rama izquierda de la mandíbula de 12x6mm. Destrucción ósea del ala mayor del esfenoides, erosión ósea del cigomático, cóndilo mandibular con afectación de la articulación temporomandibular todo del lado izquierdo sin variación en comparación con estudio anterior. No ganglios patológicos en los diferentes niveles del cuello.

Tórax: No ganglios patológicos mediastinales. No alteraciones PP en cortes altos del tórax.

Se diagnostica un tumor maligno de la vaina del nervio periférico. Se discutió el caso en la consulta de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Oncología donde se consideró por la magnitud del tumor como no operable. Se decide realizar tratamiento oncoespecífico quimioterapia (QTP) neoadyuvante por protocolo el día 28/8/2023 y el mismo terminó el 21/2/2024.

- Tomografía Axial Computarizada de cabeza, cuello y tórax 7/4/2025

Cráneo/cuello: Imagen ocupativa de espacio en lóbulo temporal izquierdo, asociada a discreto borramiento de los giros y surcos en hemisferio cerebral izquierdo, la imagen anterior proviene de la infiltración tumoral por gran masa tumoral que ocupa prácticamente todo el macizo facial izquierdo con pérdida de la anatomía de todos los grupos musculares, infiltración de espacio pterigopalatino y masticatorio izquierdo, rompiendo la pared posterior, de la órbita, pared medial y lateral del seno maxilar izquierdo, cuerpo del esfenoides, ala menor del mismo, destrucción de paladar duro entre otras. La vía aérea está desplazada a la derecha, obstruida a nivel de la orofaringe.

Tórax: Presencia de múltiples imágenes nodulares parenquimatosas pulmonares, bilaterales de aspecto secundario, la imagen mayor de 20mm en segmento basal medial de LII, no derrame pleural, no adenopatías mediastinales ni axilares de aspecto patológico.

Óseo: Presencia de imágenes osteolíticas de aspecto secundario en muro anterior de C2 y proceso transverso izquierdo de T11.

Tratamiento

Semana 1-4. Ifosfamida + doxorrubicina



Semana 7-10. Ifosfamida

Se evalúo en la semana 13, se mantuvo el criterio de irresecabilidad del tumor por lo que continúo el tratamiento.

Semana 16-19. Ifosfamida + doxorrubicina

Semana 22. Doxorrubicina

Ifosfamida 3g/m²/dosis Días 1-3

Doxorrubicina 37,5 mg/m²/dosis Días 1 y 2

Dosis acumulativa de doxorrubicina 375 mg/m²

El paciente no responde al tratamiento, se encuentra en franca progresión de su enfermedad. Se cambia tratamiento con ciclofosfamida oral 25mg/m² diaria y vincristina 1,5mg/m² días 1,8 y 15.

Se discute en colectivo de radioterapia (abril 2025) la posibilidad de realizar tratamiento con radiaciones ionizantes. Luego de evaluar clínico e imagenológicamente al paciente se decide que por el estado avanzado de la enfermedad local y a distancia (Metástasis pulmonares y óseas) no es tributario de radioterapia con fines curativos ni paliativos en estos momentos, debido a que la enfermedad está muy extendida local y a distancia, por tanto no es posible lograr control de la misma con radioterapia.

Por la extensión de la enfermedad y después de haber discutido con los equipos multidisciplinarios se concluye que el paciente se encuentra en franca progresión de la enfermedad ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Tributario de cuidados paliativos, se propone quimioterapia con intención paliativa esquema Ifosfamida/Etoposido con la intención de mejorar la sintomatología local. Se realizar tráqueostomía para garantizar una vía aérea permeable y segura en el uso del tratamiento ya que en estos momentos existe compromiso de la misma por desplazamiento secundario a la compresión del tumor. Se indica tratamiento sintomático de control del dolor, prevención de síndrome de hipertensión endocraneana.

DISCUSIÓN

El TMVNP es una neoplasia muy infrecuente, con una incidencia estimada de 0,001 % en la población general. Representa el 10 % de todos los sarcomas de tejidos blandos. Se trata de una entidad muy agresiva, cuyo origen deriva de las células de la vaina nerviosa: célula de Schwann, fibroblastos perineurales o fibroblastos endoneuriales.⁵



Según Chávez-Sánchez et al⁶, suelen ubicarse en las extremidades (40 a 45%), aunque pueden aparecer también en el tronco (22%), cabeza y cuello (21%) y retroperitoneo (15%). Se han descrito metástasis a distancia en casi el 50% de pacientes, siendo los lugares más frecuentes: pulmón, huesos, ganglios linfáticos e hígado. El TMVNP del paciente en este caso se encuentra en cabeza y cuello y en su estadío final con metástasis pulmonares y óseas.

La neurofibromatosis de tipo 1 suele estar asociada a múltiples tumores, desde el TMVNP, uno de los más frecuentes, que está relacionado con la pérdida de secuencia del brazo cromosómico 17q que provoca la inactivación de este gen. Además tumores del sistema nervioso central y variedades de tumores estromales gastrointestinales. El paciente de este caso no presenta NF1 y sin antecedentes familiares de TMVNP, por lo cual se desconoce la causa del tumor y su aparición es de forma esporádica.⁷

Los TMVNP pueden detectarse como masas palpables y para su diagnóstico es importante la información clínica, histológica, inmunohistoquímica y ultraestructural que sugieran la diferenciación de células de Schwann. Para complementar el estudio, el apoyo imagenológico será fundamental, siendo la resonancia magnética el examen de elección. Se pueden observar márgenes irregulares, edema perilesional, degeneración química, realce heterogéneo en T1 y captación irregular de contraste en T1.^{6,8}

Se le realizó al paciente una RMN con secuencia coronal del cuello y cráneo T1 y T2, axial T1 y Flair que mostró extensa lesión ocupativa isointensa en T1 con el músculo que desde la periferia, ocupando la región parótida izquierda, músculo masetero y pterigoideo izquierdo, mide 62x58x52mm. Se muestra hiperintenso en T2 con áreas isointensas centrales, asimétricas por contenido sólido o proteinaceo, multilocular.

Establecer el diagnóstico diferencial entre el TMVNP, el fibrosarcoma y leiomiosarcoma puede ser aún más retador. Porque estas lesiones están típicamente constituidas por una población fusocelular principalmente. A pesar que los tumores de origen neural se distinguen por la característica "ondulante" de su célula y el leiomiosarcoma por tener citoplasma más eosinofílico con núcleos menos aguzados respecto al fibrosarcoma, estas entidades poseen diferentes variantes, entre ellas la presencia de células "epiteloides" que pueden oscurecer el diagnóstico morfológico.⁹



El diagnóstico diferencial entre un tumor benigno de la vaina del nervio periférico (neurofibroma) y su contraparte maligna (TMVNP), puede ser complejo, ya que algunos neurofibromas pueden ser bastante celulares e incluso tener ocasionales células pleomórficas. Sin embargo, el conteo mitótico en estos casos resulta fundamental para establecer el diagnóstico ya que los TMVNP exhiben distintivamente elevada actividad mitótica.⁹

Según Lozano-Paula et al¹⁰, el tratamiento recomendado es la exéresis quirúrgica completa con márgenes oncológicos de al menos 1 cm. El uso de quimioterapia sistémica adyuvante se recomienda teniendo en cuenta la presencia de enfermedad diseminada, el tamaño tumoral y el grado histológico. Para la enfermedad diseminada, se utiliza de primera línea el tratamiento con antraciclinas, en algunos casos en combinación con ifosfamida. Por el tamaño del tumor en este paciente, la cirugía no se realiza y se decide tratamiento quimioterapéutico neoadyuvante.

CONCLUSIONES

El tumor de vaina del nervio periférico, es un tumor maligno del tejido blando, raro y agresivo en pacientes pediátricos. Para su diagnóstico requiere de una interpretación clínica, examen físico y los exámenes complementarios para obtener un resultado de la enfermedad. El apoyo imagenológico es fundamental, siendo la resonancia magnética el examen de elección. El tratamiento recomendado es la exéresis quirúrgica completa pero en este caso no es posible y se utiliza el tratamiento con quimioterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Parentini F, Rojas J, Fernández F, Bermeo J. Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica del nervio vago: Reporte de un caso. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2021 Jun [citado 11/3/2025] ; 81(2): 232-236. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162021000200232&lng=es.
2. Briceño-Morales C, Acosta-Ortiz S, Alarcón-Durán LA, Hernández-Gómez JA. Resección multivisceral para el tratamiento de un tumor maligno de la vaina del nervio periférico intraabdominal. Rdo. colombia. cir. [Internet]. Septiembre de



- 2024 [citado 11/3/2025]; 39(3): 467-469. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822024000300467&lng=en.
3. Lozano P, Almanza L, Juárez S, Gallmann A, Díaz Alfaro R, Gomez Zanni M, et al. Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica: reporte de un caso. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2024 Ene [citado 11/3/2025] ; 105: 3-3. Disponible en:
https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2024000100003&lng=es.
4. Sepúlveda-Villegas DCA, Jurado-Basildo DC, Novoa-Ferro DM, Del Campo-Estepar DS, Aleman-Millares DR, . Tumores del sistema nervioso periférico: el papel del radiólogo, anatopatólogo y cirujano. seram [Internet]. 18 de mayo de 2021 [citado 12/3/2025];1(1). Disponible en: <https://www.piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/4378>
5. Ruiz-Martín I, Ramos-Zayas A, Torres-Calcines N, Sánchez-Aniceto G. Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica mandibular. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2020 Sep [citado 12/3/2025] ; 42(3): 132-135. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582020000300006&lng=es.
6. Chávez-Sánchez SA, Bellido-Caparó Á, García-Encinas CA, Gallegos-Serruto GS, Bravo-Taxa MP, Vásquez Morales VM. Hemoperitoneum secondary to a malignant tumor of the sheath of the peripheral nerve in the liver. Rev. gastroenterol. Perú [Internet]. 2024 Abr [citado 22/3/2025] ; 44(2): 140-144. Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292024000200140&lng=es.
7. Martínez-Barrios E, Bortolatto L, Martínez-Bogado E, Noguera OG. Neurofibromatosis 1 asociada a tumor maligno de la vaina del nervio periférico: Un enfoque radiológico. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) [Internet]. 2020 Aug [citado 22/3/2025] ; 53(2): 157-164. Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1816-89492020000200157&lng=en.



8. Parentini HF, Rojas BJ, Fernández AF, Bermeo SJ. Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica del nervio vago: Reporte de un caso. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [Internet]. 2021 Jun [citado 2025 23/3/2025] ; 81(2): 232-236. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48162021000200232&lng=es.
9. Hernández MG, Acosta M, Ramírez AK, Paredes HR, Marín CE, Hernández RJ, et al. Tumor maligno de la vaina del nervio periférico primario de mama informe de caso Unidad de Mastología Clínica Leopoldo Aguerrevere. Revista Venezolana de Oncología [Internet]. 2017[citado 2025 23/3/2025] ; 29(2):123-129. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375650363007>
10. Lozano-Paula B, Almanza L, Juárez SC, Gallmann AL, Díaz Alfaro R, Gomez Zanni MS. et al . Tumor maligno de la vaina nerviosa periférica: reporte de un caso. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2024 Ene [citado 24/3/2025];105: 3-3. Disponible en: https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2024000100003&lng=es.

ANEXOS

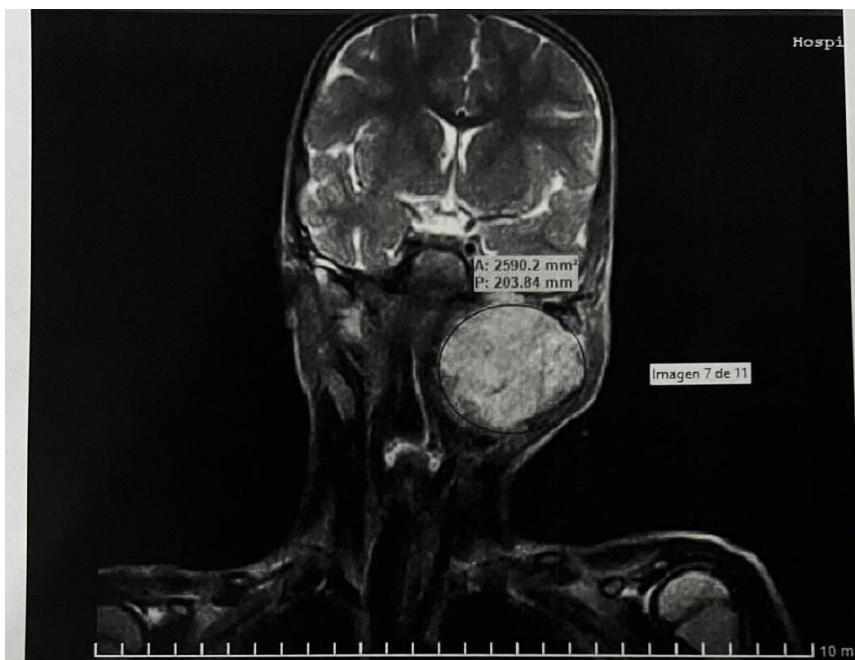




Figura 1. Resonancia magnética nuclear. Corte Coronal

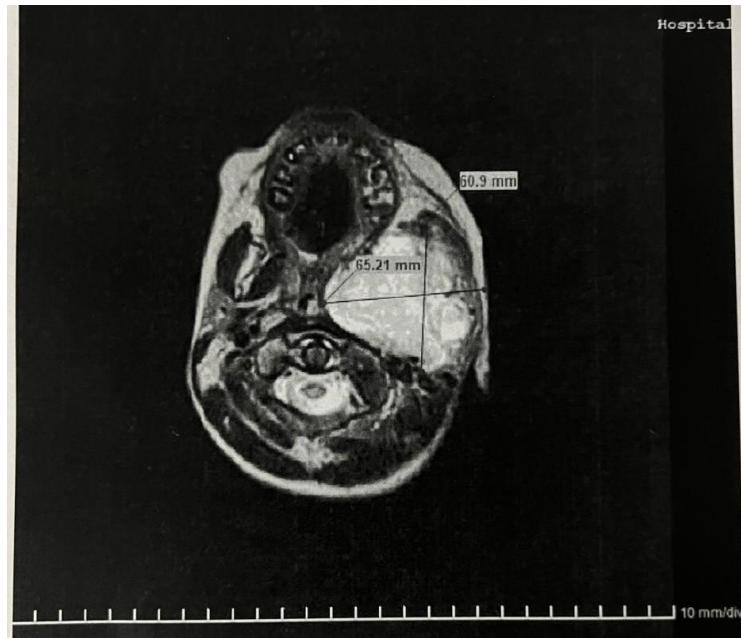


Figura 2. Resonancia magnética nuclear. Corte axial

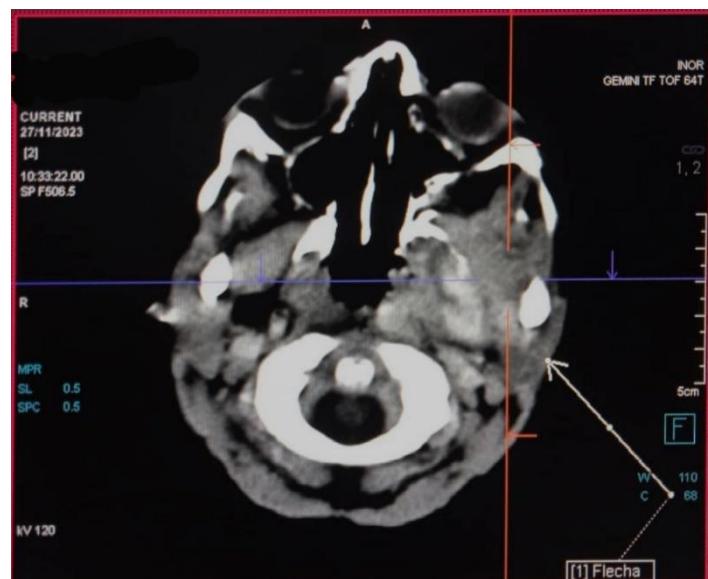


Figura 3. Tomografía Axial Computarizada. Vista axial



Figura 4. Tomografía Axial Computarizada. Vista coronal

Los autores certifican la autenticidad de la autoría declarada, así como la originalidad del texto.