

# Schwannoma Intratemporal del nervio facial

*(Presentación de un caso y revisión literaria)*

*Dr. Enrique Aguilar-Paz*

*Abstracto:*

Se suma un caso más de schwannoma intratemporal del nervio facial a la literatura médica universal. Se exponen los resultados de estudios clínicos, radiológicos e histopatológicos de este caso. Se hace un comentario y una revisión bibliográfica del tema.

## **PRIMERA PARTE**

*Presentación de un caso clínico*

Ficha Clínica 8764/59 del Hospital General "San Felipe" de Tegucigalpa.

En julio de 1959 se presenta a nuestro consultorio extemo una anciana de 66 años, de raza mestiza, viuda, dedicada a oficios domésticos y vecinada en la ciudad de Tegucigalpa.

Anamnesis: Relata que desde hace 10 años se le inició una sordera en el oído izquierdo, acompañada de supuración y tinnitus en el mismo oído. Su sordera progresivamente se ha ido acentuando. Desde hace 3 años se "le estableció en forma gradual una parálisis facial izquierda, la cual le ha quedado total y permanente.

Procedemos al estudio del caso, con los siguientes hallazgos positivos:

*I. -Otoscopía*

Oído derecho normal.

Oído izquierdo: Se observa una pequeña masa tumoral, de aspecto poliposa, que obstruye completamente el meato externo. De forma esférica, de color blanco-grisáceo, de consistencia dura, no sangrante, moderadamente dolorosa a la presión, no se desplaza a los intentos de rotación. Está rodeada de secreción purulenta.

---

\* Trabajo presentado en el IV Congreso Centroamericano de Otorrinolaringología, Tegucigalpa, Honduras, 1962.

\*\* Profesor Titular de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras (U.N.A.H.).

*W.-Radio grafía de mastoides:*

Incidencia de Schuller: Neumatización normal. Hay opacidad difusa de la mastoides izquierda, con disminución de los contornos de las paredes de dichas celdillas. No hay destrucción ósea ni engrosamiento de las paredes celulares. Las mastoides derecha es normal". Dr. Alfredo C. Midence (Jefe del Departamento de Radiología del Hospital San Felipe, Tegucigalpa).

*III.-Estudio audiométrico:*

Las pruebas con diapasones evidencian una hipoacusia de conducción izquierda. El examen audiométrico (Maico ADC), demuestra una acentuada hipoacusia de transmisión izquierda, pero también observamos cierto grado moderado de hipoacusia neural bilateral.

*IV.- Características de su parálisis facial izquierda de tipo periférico:*

- 1.- Anestesia sensorial lingual anterior izquierda.
- 2.- Ausencia del reflejo estapédico izquierdo.
- 3.- Conservación del reflejo naso-lacrimal izquierdo.
- 4.- Parálisis motora, tipo periférica, izquierda.

Concluimos en el diagnóstico topográfico de lesión periférica del nervio facial izquierdo: supraestapédica y subgenicular.

*V.- Exploración quirúrgica:*

Se practica una aticoantrotomía izquierda el 8 de agosto de 1959. Se utiliza una incisión endopreauricular y la trepanación ósea se realiza con torno eléctrico. Se expone primero el antro, sin bajar la pared posterior del meato externo. Encontramos una masa tumoral dura, la cual comprobamos luego que hace cuerpo con la masa tumoral que habíamos observado en el conducto auditivo externo. Se practica una resección total de la tumoración bilobulada. Se limpia minuciosamente la caja del tímpano de granulaciones y secreciones, con ayuda microscópica.

*VI.- Estudio anatomopatológico*

Inclusión N° 8646 (Departamento de Patología del Hospital General "San Felipe", Tegucigalpa. Jefe: Dr. Raúl A, Durón).

*Descripción macroscópica*

La muestra consiste en una tumoración dura, bilobulada, que mide 2 x 1cm. Un lóbulo es blanquecino y el otro muestra zonas hemorrágicas. La superficie de corte muestra lobulación y necrosis en el centro del nódulo.

*Descripción microscópica*

Haces de tejido nervioso de apariencia fibrosa dispuesto en diversas direcciones entrecruzándose unos con otros. Las células son de protoplasma fusiforme, los cuales no muestran actividad mito sica exagerada.

*Diagnóstico anatomopatológico***"NEURINOMA DEL NERVIIO FACIAL"**

Después de dos años de control postoperatorio no se ha presentado recidiva tumoral. Su parálisis facial no se ha modificado.

*Comentario*

Hemos considerado útil publicar este caso por su valor casuístico. Los schwannomas intratemporales del nervio facial no son tan comunes. En nuestra revisión bibliográfica hemos encontrado, sumando el presente reporte: 47 casos, de los cuales solamente 16 se han referido localizados en la porción horizontal del nervio facial. El presente caso representa por consiguiente el caso N° 16 de la literatura médica.

Estamos, sin embargo, de acuerdo con RAINER (12) en que es necesario crear conciencia de esta entidad patológica, generalmente desconocida para el novel otólogo, y con esa idea consideramos oportuno agregar a este informe una revisión bibliográfica de esta afección.

**SEGUNDA PARTE**

(Revisión Literaria)

Schwannoma Intratemporal del VII par Craneal

*\.- Nomenclatura*

Los tumores de los nervios fueron clasificados en 1863 por Virchow (11), denominándolos Neuromas, y distinguiendo verdaderos y falsos neuromas, estos últimos están constituidos especialmente de tejido conectivo y los llamó neurofibromas. THOMPSON (11) subdividió los neurofibromas en múltiples (como los que se encuentran en la enfermedad de von Recklinghausen) y en neuromas falsos solitarios.

Se han utilizado diversas denominaciones para estos tipos de tumores: Neurilemmoma, Lemmoma, fibroblastoma periférico, glioma periférico, neurofibroma encapsulado, fibroneuroma. Un término muy común es el de Schwannoma, que está a favor de la teoría histogénica en las células de Schwann. Algunos usan la palabra scwannoglioma.

Sin embargo, el término más ampliamente empleado es el de NEURINOMA, introducido por VEROYAY(7).

---

## 2.- *Histogénesis*

La mayoría de los autores están de acuerdo en que estos tumores se originan de las células de Schwann del neurilemma que recubre al nervio. Sin embargo, TARLOV y PENFIELD (11), que han utilizado diversas técnicas de coloración, creen que estos tumores son fibroblásticos y que se originan del tejido conectivo de los fascículos nerviosos.

## 3.- *Patología* *Generalidades*

Estos tumores se desarrollan más frecuentemente en los nervios sensoriales, no mixtos, pero también se encuentran en estos últimos. Rara vez se desarrollan en nervios que contienen solamente fibras motoras. Pueden encontrarse en los nervios craneales, así como también en los nervios simpáticos. El nervio vestibular es el más comúnmente afectado. De acuerdo a DANDY (3) los neurinomas son los tumores benignos capsulados más comunes en el compartimiento intracraneano.

CUSHING (2) establece que los schwannomas vestibulares representan del 8 al 9% de los tumores intracraneales.

En la serie de neurinomas coleccionada por STOUT (10), solamente el 26% se encontraban por debajo de la clavícula.

Se desconoce la etiología de los neurinomas. TRONCONI (10) cree que es debida a un estímulo anormal o desequilibrio en el sistema neurítico-Schwanniano-fibroblástico. EIGLER (7) ha descrito un neurofibroma del nervio facial de origen traumático.

La mayoría de los autores dice que no hay predominancia de sexo en esta afección, pero KETTEL (7), en una revisión al respecto de 27 casos, cuyo sexo se conocía, encontró una predominancia de 20 casos del sexo femenino. En el estudio especial sobre la edad hecho por HENSCHEN (1), reporta que estos tumores son más frecuentes entre los 20 y los 50 años.

Los neurinomas solitarios generalmente son de naturaleza benigna, y crecen despaciosamente hacia los lugares adyacentes que ofrecen menos resistencia. Pero hay que recordar lo que dice ROBERTS (8): "Al invadir tejidos adyacentes, pueden destruir estructuras vitales y en este sentido pueden llegar a considerarse malignos". Si se extirpan totalmente no recidivan. Si la resección es parcial, recidivan lentamente.

Se han reportado en la literatura neurinomas malignos (histológicamente) del nervio facial. FONTAINE (5), GUTTMAN y SIMÓN (7).

### *Descripción macroscópica*

Los neurinomas varían considerablemente de tamaño. De consistencia dura. Generalmente son capsulados, fusiformes, de superficie lisa, aunque también puede ser lobulada o nodular. La

---

superficie usualmente es grisácea, y algunas veces se distinguen en su superficie pequeños quistes de degeneración. Al corte se ve una superficie grisácea, pero se pueden observar también algunas áreas de extensión variable de color amarillentas, anaranjadas o cobrizas. Son tumores que sufren degeneraciones quísticas y algunas veces ofrecen al corte un aspecto de esponjas que retienen parte de tejido neoplásico. Los depósitos de calcio son raros.

#### *Descripción microscópica*

Las descripciones microscópicas más detalladas se ven en los trabajos de VEROYAY, KORBSCH, GNASSI y BARRONE (7), pero particularmente ANTONI (1) (7) ha presentado una gran monografía en tal sentido.

EHRlich y MARTIN (11), realizan una magnífica descripción histológica en 1943, señalando cuatro hechos característicos en los neurinomas: 1) Núcleos en empalizada, 2) Fascículos de fibras entrelazadas, 3) Pequeñas regiones pigmentadas y focos de degeneración, 4) Células espumosas.

Lo más característico son los núcleos en empalizada, pero es el hallazgo menos frecuente. En cambio, el tipo más frecuente, pero menos característico es el entrelazamiento de fascículos paralelos de fibras y células, que constituye el denominado tipo histológico ANTONI tipo A (1). Algunos elementos algunas veces semejan mínimos corpúsculos táctiles, que se conocen con el nombre de "Cuerpos de Verocay" (1). El denominado Tipo B de ANTONI, se caracteriza por una disposición reticular de las fibras, focos relativamente acelulares y áreas de degeneración microfística, las cuales al fusionarse forman los grandes quistes intersticiales.

#### *4.- Sintomatología*

ALTMANN fue el primero que hizo descripciones clínicas de esta afección. Sin embargo, todos los casos que presentó correspondían a casos implantados en la porción vertical del trayecto intrapetroso del nervio facial. En 1936, GREIFENSTEIN reporta el primer caso de neurinoma implantado en la porción horizontal del facial, y señala que en este paciente no preexistía parálisis facial. En 1944, BOGDASARIAN señala ya en forma categórica que los neurinomas del facial que se localizan en la porción horizontal pueden producir primero sordera conductiva antes que parálisis facial. KETTEL (7,8), establece una descripción clínica y muy completa y acusada, cuyo lineamiento seguiremos en la presente descripción.

Sobre los tumores que se desarrollan en la tercera porción del nervio facial, KETTEL (7) considera tres grupos:

1.- Tumores restringidos únicamente al proceso mastoideo; sin invadir el conducto auditivo externo. En este grupo hay dos casos: El caso 1 de CAWTHORNE y el caso de KETTEL.

El caso de KETTEL tenía siete años de duración. Se encontró un proceso destructivo de la mastoide, desde la parte más posterior del canal semicircular horizontal hasta el agujero estilomastoideo. En estos dos casos la audición era normal, así como la membrana y el meato acústico externo.

2.- Tumores localizados en la mastoides, pero que también se extienden hasta el conducto auditivo externo.

El primer signo que se encuentra es una inminente destrucción de la pared posterior del conducto auditivo externo, en donde se encuentra una zona rojiza, blanda a la exploración de la cureta (casos de SCHMIDT y OHNISHI).

Después se produce el desarrollo del tumor en forma de pólipo, dando la impresión desconcertante de tratarse de una otitis media crónica polipomatosa. Algunas veces el desarrollo del pólipo es tan acentuado que puede llegar a ocupar la concha auricular (caso de WILLIAMS y PASTORE).

3.- Tumores que invaden el oído medio e interno y la fosa craneal por expansión. Los neurinomas que se originan en el segmento vertical que se extienden por destrucción ósea al oído medio (casos CAWTHORNE 2, SCHROEDER, WILLIAMS y PASTORE); que destruyen el laberinto (casos GROSSMAN y LEIDLER, SCHROEDER y ROSENWASSER) y que pueden extenderse hasta la fosa posterior dando un absceso cerebral (SCHROEDER), o bien destruyendo la pared anterior del meato auditivo externo e invadiendo la parótida (GROSSMAN y LEIDLER).

En los tumores implantados en la porción horizontal, se distinguen dos formas:

1.- Tumores circunscriptos a la cavidad timpánica. FEHRE (7), encuentra casualmente en una disección un neurinoma circunscripto al conducto de Falopio, dejando la cavidad timpánica libre. El caso de EMHART (4) también fue un hallazgo casual operatorio, y el neurinoma estaba circunscripto a la caja timpánica. El otro caso circunscripto fue el de BRADLEY y MAXWELL (7), el cual se podía visualizar a través de un tímpano transparente. Pero la regla es que el neurinoma localizado en la porción horizontal del facial, no encuentra gran resistencia a su crecimiento y rápidamente invade la caja del tímpano y zonas adyacentes,

2.- En este otro grupo se incluyen los tumores localizados en la porción horizontal que invaden la caja y espacios circunvecinos. En algunos casos invade el neurinoma todo el proceso mastoideo (ROBERTS, LOELIGER 2, REJTO). Puede perforar el tímpano y crecer hacia el conducto auditivo externo, teniendo la forma de un gran pólipo (POU caso 1, AGUILAR-PAZ).

El crecimiento puede llegar hasta la duramadre (GUTTMAN y SIMÓN).

#### A) CUADRO CLÍNICO DE LOS NEURINOMAS QUE SE ORIGINAN EN EL SEGMENTO VERTICAL DEL NERVIO FACIAL, EN SU TRAYECTO INTRAPETROSO.

##### *Parálisis facial*

Casi en todos los casos este fue el primer síntoma en aparecer. Puede aparecer gradualmente (SCHMIDT, KETTEL). Pueden haber remisiones, aunque son raras (KETTEL). El Caso LUNDGREN 1, no presentó parálisis facial; /

### *Síntomas auditivos*

Generalmente aparecen después de la parálisis facial. Sin embargo, en el caso LUNDGREN 3, la parálisis facial apareció hasta seis meses después de haberse presentado los síntomas auditivos. Los trastornos auditivos pueden deberse a obstrucción del meato externo, invasión del oído medio o del oído interno. La otorrea se presenta cuando hay infección secundaria. Puede presentarse vértigo por erosión de<sup>1</sup>, canal semicircular lateral (ALTMANN, ROSENWASSER).

### *Dolor*

Esta afección es indolora, o el dolor si se presenta es moderado. Sin embargo, se han presentado excepciones a esta regla (GROSSMANN y LEIDLER, WILLIAMS y PASTORE, KETTEL).

### *Síntomas cerebrales*

Sólo se han reportado en el caso de SCHROEDER, en el cual se desarrolló un absceso cerebral.

### *Pólipos en el conducto auditivo externo*

Es un síntoma común. Sin embargo, en algunos pocos casos el conducto auditivo externo y la membrana del tímpano se encontraron normales (CAWTHORNE, KETTEL).

## B) CUADRO CLÍNICO DE LOS NEURINOMAS QUE SE ORIGINAN EN EL SEGMENTO HORIZONTAL DEL NERVIO FACIAL

### *Parálisis facial*

No es un síntoma precoz. Se establece gradualmente, para luego quedar permanente. Sin embargo, en el caso de GRAF, la parálisis mejoró durante 6 años, para luego volver a quedar completa. En el caso de GREIFENSTEIN, a pesar de que el neurinoma invadía toda la caja del tímpano, no se había observado anteriormente parálisis facial.

En dos casos, la parálisis fue precedida de tic facial (LOELIGER 2, RAINER).

### *Síntomas auditivos*

Los trastornos auditivos generalmente son los primeros síntomas en aparecer, y algunas veces son los únicos síntomas por varios años, antes de que aparezca la parálisis facial. Dice BOGDASARIAN: "La sordera de diversos grados y tipos se presenta como primer síntoma, dependiendo del trastorno que se ocasione en el movimiento de los huesecillos, en la fijación de la platina o en la obstrucción de la ventana redonda".

En un caso la sordera se inició, y no fue sino hasta siete años después que apareció la parálisis facial (AGUILAR-PAZ). La otorrea por infección secundaria es común.

---

En un caso se presentó vértigo por erosión del conducto semicircular lateral (7).

#### *Pólipos en el conducto auditivo externo*

Se han presentado en cuatro casos (LOELIGER CASO 1, REJTO, POU, AGUILAR-PAZ). Por otra parte, se ha señalado como signo precoz la hinchazón o protrusión que se observa en la membrana timpánica.

#### *5.-Diagnóstico*

Pocos casos han sido diagnosticados preoperatoriamente. La mayoría han sido diagnosticados erróneamente como Parálisis de Bell o como otitis medias crónicas. En otros han sido hallazgos casuales de disección, autópsicos o quirúrgicos.

Debe tenerse como posibilidad diagnóstica la existencia de un neurinoma en toda parálisis facial que aparezca gradualmente, sin dolor, sin manifestaciones aurales.

En todo caso sospechoso de neurinoma, deben realizarse cuidadosas exploraciones radiológicas.

En toda parálisis facial debe reglamentarse una completa exploración otoneurológica, incluyendo un minucioso examen audiométrico.

Debe respetarse un método completo para el examen neurológico del VII par, de acuerdo a los conceptos anatómicos y fisiológicos que se han publicado de este nervio.

En los casos en los cuales el tumor ha invadido el conducto auditivo externo, el diagnóstico se facilita por la biopsia.

Sin embargo, debemos recordar que se han reportado casos en los cuales la parálisis ha aparecido súbitamente, que el dolor ha estado presente, que no se han encontrado signos anormales a la otoscopia y que las exploraciones radiográficas han resultado negativas. En estos casos el diagnóstico diferencial entre una Parálisis de Bell y un tumor del nervio facial clínicamente es casi imposible, y en los casos en que surjan dudas, la exploración quirúrgica se impone.

#### *6.- Diagnóstico diferencial*

Debemos de distinguir el neurinoma del facial de las siguientes afecciones:

Otitis media crónica, mastoiditis crónica, tuberculosis proliferativa del oído, tumores epidermoideos, glomus yugulare, carcinoma del oído, parálisis de Bell, tumores de la rinofaringe.

a) La otitis y mastoiditis crónicas generalmente presentan una historia larga de supuración. La mayor confusión existe con los neurinomas que se originan en la porción horizontal, en los cuales hemos señalado que hay manifestaciones de complicación infecciosa del oído medio muchas veces antes de que aparezca la parálisis facial. Hay que recordar que la radiografía por lo general muestra una mastoidees esclerosa en los procesos infecciosos crónicos y que este

---



hallazgo es infrecuente en los neurinomas. La palpación de la membrana del tímpano puede resultar útil: será fácilmente depresible en las otitis, y encontrará en cambio resistencia tumoral en los neurinomas. (BRADLEY y MAXWELL han utilizado un estilete flexible de plata en esta maniobra). En algunos casos de otitis media granulomatosa, solamente el estudio microscópico podrá distinguir estas afecciones.

b) La tuberculosis del oído generalmente se acompaña de afecciones tuberculosas en otras partes del organismo, en especial en el sistema respiratorio. Es de gran utilidad la investigación bacteriológica.

c) Los tumores epidermoideos de origen embrionario (colesteatomas veros) pueden dar un cuadro similar en algunos aspectos al neurinoma. Sin embargo, en la exploración radiográfica puede llegar a distinguirse la típica formación de "quistes" en los colesteatomas. En éstos no es tan común la parálisis facial, salvo que por erosión ósea compriman o lesionen al nervio.

d) El glomus yugulare es un tumor que se puede originar en el cuerpo carotídeo, así como también en todos los paragangliomas no cromafínicos que se encuentran en el plexo nervioso del nervio de Jacobson o en el trayecto del nervio vago y sus ramas. Cuando la localización de esta afección es timpánica es cuando puede dar lugar a confusión. Sin embargo, el glomus yugulare se caracteriza por lo intensamente sangrante que es cuando se traumatiza, en contraste con la relativa poca vascularización que presentan los neurinomas. No hay lugar a confusión en el aspecto histológico.

e) En el cáncer del oído existe una constante y crónica otorrea, fétida, hay dolor y la parálisis facial puede ser tardía. Sin embargo, en los cuadros dudosos el diagnóstico debe basarse exclusivamente en el resultado histopatológico positivo.

f) En la parálisis de Bell por lo general existe un antecedente "a frigore", la aparición de la parálisis es súbita, no hay alteraciones radiológicas. Sin embargo, volvemos a recordar que se han presentado casos en los cuales únicamente la exploración quirúrgica logró establecer el diagnóstico correcto (6).

g) Algunos tumores de la rinofaringe que lesionan los nervios craneales se han citado como causas de parálisis facial (14), sin embargo, el daño facial nunca es el primero, y cuando se llega a presentar hay compromiso de otros nervios y grandes lesiones óseas de la región.

#### *1.- Pronóstico*

De todos los casos reportados de neurinomas intratemporal (47 casos, de acuerdo a nuestra revisión), ninguno ha muerto de esta afección. Por consiguiente, puede decirse que la prognosis *quoad vitam* es favorable. Sin embargo, debe serse reservado en los tumores cercanos al oído interno y cavidad craneal. La invasión al oído interno y el compromiso del nervio coclear pueden ocasionar una sordera permanente. El caso con mayores complicaciones fue el de SCHROEDER, el cual presentó destrucción laberíntica y absceso cerebral.

---

El pronóstico funcional del nervio facial es malo si la reparación plástica no se realiza. Y hay algunos casos en los cuales la cronicidad de la afección imposibilita el buen éxito del reparo neural. Se debe practicar un injerto del nervio en la zona reseçada cuando el sitio es accesible y cuando no hay signos de degeneración muscular.

#### 8.- *Tratamiento*

Es exclusivamente quirúrgico. El tumor debe reseçarse. Según el caso, se practicará una mastoidectomía simple, una aticoantrotomía, una mastoidectomía radical o incluso, una laberintectomía.

Un problema muy interesante que esta afección presenta es la reparación funcional del nervio facial. Debe señalarse un axioma: "Debe realizarse el injerto facial en el mismo tiempo quirúrgico de la resección del tumor". Se han reportado casos en los cuales el injerto neural en un segundo tiempo fracasó por haber presentado el extremo distal una degeneración fibrosa. En todo caso en el cual los músculos den una respuesta vigorosa a la corriente galvánica, debe procederse a colocar un injerto neural. Es factible realizar un injerto en la zona accesible del nervio en su trayecto intratemporal, que está comprendida entre el ganglio geniculado y el agujero estilomastoideo.

KETTEL, aplicando el método quirúrgico publicado en 1927 por BUNNELL, y el trabajo fundamental de BALLANCE y DUEL aparecido en 1932, ha logrado resultados clínicamente satisfactorios en el 90% de 63 casos operados, a los cuales se les practicó injertos neurales en el trayecto del facial.

Siempre queda el recurso de la cirugía plástica en los casos en que no sea posible restaurar la función del nervio facial. .-*Casuística*

El número de casos varía según las revisiones personales de la literatura médica de los diversos autores. La más completa la realiza KETTEL en enero de 1959, encontrando publicados 31 casos, a los cuales en reciente trabajo agrega 5 casos más (8).

A los 36 casos de la revisión de KETTEL, tenemos que agregar algunos casos recientemente publicados: En 1959: POU, 2 casos; SARKAR, 1 caso; FURLOW y WALSH, 4 casos; KLEINSASSER y FRIEDMAN, 1 caso.

En 1960: SCHENK ET AL., 1 caso; EMHART, 1 caso. Agregando el presente reporte, tenemos un total de 47 casos de neurinomas intratemporales del nervio facial registrados en la literatura médica universal.

Los casos de neurinomas intratemporales del nervio facial localizados en la porción horizontal, que constituyen la entidad clínica señalada por BOGDAS ARIAN en 1944 y definida por KETTEL en 1959, suman en la revisión de este último autor, 10 casos: GREIFENSTEIN (1936); REJTO (1939); FEHRE (1940); ROBERTS (1943); BOGDASARIAN (1944); LOELIGER, 2 casos (1947); RAINER (1954); JONGKEES, 2 casos (1959).

---

A estos casos debemos de agregar los publicados últimamente:

SARKAR (1959); FURLOW y WAJSH (2 casos) (1959); SCHENK ET AL (1960); EMHART (1960).

Agregando el presente reporte, tenemos 16 casos localizados en la porción horizontal del nervio facial, que han sido registrados en la literatura médica universal.

#### *Summary*

This is a report of a case of neurinoma of the facial nerve arising in the horizontal segment. The result of examination are described. In the literature reviewed we found 47 reports of intratemporal neurinomas of the facial nerve, including the case described in the present paper. According to the point of origin, only 16 cases belong to the group of neurinoma arising in the horizontal segment of the facial nerve.

#### *Resume*

Il s'agit du report d'un cas de neurinome du nerve facial a son segment horizontale. On décrit le résultat de son examen. Nous trouvons dans la révision de la literature 47 cas reportes de Neurinome Iníratemporal et compris le cas décrit dans le present article. En reference au point d'origine, on trouve que seulement 16 cas appartiennent au groupe de Neurinome qui son localisés au segment horizontal du Nerve Facial.

#### *Zusammenfassung*

Es handelt sich um den Bericht eines Falles von Neurinome der wagrechten Portion des Nervus Facialis. Es wird das Ergebnis der Untersuchung beschrieben. In der revisión der Weltliteratur fanden wir 47 Berichte Intratemporaler Neurinome des Nervus Facialis, aienschliesslich des Falles der in dieser arbeit vorgestellt wird. Von dem Ursprungspunkt betrachtet, sind nur 16 Falle unter der gruppe Neurinome die in der wagrechten Portion des Nervus Facialis entstehen.

### RECONOCIMIENTO

El autor expresa su gratitud a los Doctores Raúl A. Durón y Alfredo C. Midence por su colaboración científica en el estudio del presente caso. Asimismo agradece la participación técnica de la fotógrafa Sita. S. Paysen.

## BIBLIOGRAFÍA

1. ASH, J.E. AND RAUM, M.- "An AÚas of Otolaryngologic Pathology", U.S. Armed Forces Inst of Pathology, 1949.
2. CUSHING, H.W.- "Tumors of the Nervus Acusticus and the Syndrome of the Cerebellopontine Angle", Philadelphia, W.B. Saunders Co., 1917.
3. DANDY, W.-"Cerebellopontine (Acoustic) Tumors, in the Practice of Surgery", Lewis D. Prior Co. Inc., 1932.
4. EMHART L., O.- "Neurofibroma del Nervio Facial", Revista de Otorrinolaringología. Santiago, Chile. VoLXX, N° 1, p.27-29,1960.
5. FONTAINE, R. ET AL.- "Neurinome malin du nerf facial dans son trajet intrapetreux". Neurochirurgie, Par. 1, N° 2,1955, p.227-29.
6. FURLOW, L.T. AND WALSH, T.E.- "Neurilemmoma of the Facial Nerve". Laryngoscope: Vol. 69, p.1075-84,1959.
7. KETTEL, K.- "Peripheral Facial Palsies due to Tumors". A.M.A. Archives Otol.: Vol. 69, p.276-92, 1959.
8. KETTEL, K.- "Peripheral Facial Palsy". Published by Munksgaard, Copenhagen, Denmark, 1959.
9. KLEINSASSER, O. UND FRIEDMANN, G.- "Uber Neurinome des Nervus Facialis". Zbl. Neurochir. 19, 1959, p.49-59.
10. KOTYZA, F.- "Neurinome des Nervus Facialis im Schlafenblein". Mschr. Ohrenh., Wien. 93, N° 1,1959, p.13-6.
11. POU, J.W.- "Neurinoma (Schwannoma) of the Facial Nerve". A.M.A. Archives: Vol.69, Jan. 1959, p.48-56.
12. RAINER, V.- "A case of Neurinoma of Facial Nerve". Les annales d'otolaringologie, Vol.71, p.770,1954.
13. SARKAR, S.- "Neurinoma of the Facial Nerve". J. Lar. Otol. London. Vol. 73, N° 2, p.129-32,1959.
14. SCHNECK, S. A. ET AL.- " Facial Nerve Tumors and Progressive Facial Palsy". A.M.A. Archives of Neurology. Vol. 2, p.106/452-11/457, Apr.1960.