







Tumor de vaina del nervio periférico en un paciente pediátrico, reporte de un caso

Peripheral Nerve Sheath Tumor in a Pediatric Patient: A Case Report

Déborah Mitjans Hernández ¹  , Eduardo Antonio Hernández González ¹ , Sialy de las Mercedes Rivera López ¹ 

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

Citar como: Mitjans Hernández D, Hernández González EA, Rivera López SM. Tumor de vaina del nervio periférico en un paciente pediátrico, reporte de un caso. Columna Méd. [Internet]. 2026 [citado: fecha de citado]; 5:e313. Disponible en: <https://revcolumnamedica.sld.cu/index.php/columnamedica/article/view/313>

Resumen

Introducción: Los sarcomas representan un conjunto de neoplasias de baja incidencia que se desarrollan en el tejido óseo, conectivo, adiposo y muscular, aquí se incluye el tumor maligno de la vaina del nervio periférico.

Objetivo: Describir el diagnóstico de un tumor de vaina del nervio periférico.

Presentación de caso: Preescolar masculino de cinco años, este presenta en neonatología un íctero fisiológico agravado, con seguimiento en ortopedia por presentar asimetría de ambos hemicuerpos. Tiene el antecedente de parotiditis, tratada con antibióticoterapia, de evolución tórpida, esta requiere ingreso. Al examen físico de cabeza y cuello se palpa un tumor poco movable, doloroso en la región submandibular izquierda. Se realizan estudios que permiten el diagnóstico de un tumor de vaina del nervio periférico. No es posible el tratamiento quirúrgico ni la radioterapia. Se indica quimioterapia paliativa.

Conclusiones: El tumor de vaina del nervio periférico, del tejido blando es raro y agresivo en pacientes pediátricos. La resonancia magnética es el examen de elección. El tratamiento utilizado es la quimioterapia.

Palabras clave: Neoplasias de la vaina del nervio, neurofibrosarcoma, pediatría

Abstract

Introduction: Sarcomas represent a group of low-incidence neoplasms that develop in bone, connective, adipose, and muscular tissues; this includes malignant peripheral nerve sheath tumors.

Objective: To describe the diagnosis of a peripheral nerve sheath tumor.

Case Presentation: A five-year-old male preschooler presented in the neonatal period with aggravated physiological jaundice and was followed up in orthopedics due to asymmetry of both body halves. He has a history of parotitis, treated with antibiotic therapy, which had a torpid evolution requiring hospitalization. Upon physical examination of the head and neck, a poorly movable, painful tumor is palpated in the left submandibular region. Studies are performed leading to the diagnosis of a peripheral nerve sheath tumor. Surgical treatment or radiotherapy is not possible. Palliative chemotherapy is indicated.

Conclusions: Peripheral nerve sheath tumors of soft tissue are rare and aggressive in pediatric patients. Magnetic resonance imaging is the diagnostic test of choice. The treatment used is chemotherapy.

Keywords: Nerve Sheath Neoplasms, Neurofibrosarcoma, Pediatrics

Recibido: 30-06-25 Aceptado: 20-12-25 Publicado: 11-02-26



Introducción

Los sarcomas constituyen un grupo de neoplasias malignas poco frecuentes que se desarrollan en el tejido óseo y en tejidos conectivos, como el adiposo y el muscular. En la mayoría de los casos, la etiología del sarcoma es idiopática, si bien los antecedentes familiares y la exposición a radiación o determinados productos químicos se consideran factores de riesgo.¹

Dentro de esta categoría se encuentra el Tumor Maligno de la Vaina del Nervio Periférico (TMVNP), una variedad de sarcoma de tejidos blandos. Su patogénesis se inicia cuando las células de la vaina nerviosa proliferan de forma anómala y forman neoplasias derivadas de los nervios periféricos que presentan una diferenciación variable hacia los componentes celulares de la vaina.¹

Los TMVNP son entidades raras, de comportamiento local agresivo, con un patrón clínico caracterizado por recidivas frecuentes y potencial metastásico. La presentación clínica suele incluir dolor, la presencia de una masa palpable y el déficit funcional del nervio afectado. Su clasificación dentro de los sarcomas se fundamenta en su origen histogénico y su comportamiento biológico.²

Por primera vez en 1935, son denominados como neurilemoma maligno, también reciben los nombres de schwannoma maligno, neurofibrosarcoma y sarcoma neurogénico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) introduce el término "tumores malignos de la vaina del nervio periférico" para evitar confusiones con terminologías anteriores.³

Los TMVNP representan el 5 % de todos los sarcomas de partes blandas, con una incidencia general en la población de 0,001 %. Esta frecuencia se incrementa hasta en un 10 % en pacientes con Neurofibromatosis tipo 1 (NF1). Desde el punto de vista epidemiológico, la mitad de los casos son esporádicos, mientras que la otra mitad se presenta en el contexto de la NF1. La incidencia es similar entre ambos sexos, con una edad de presentación que oscila entre los 20 y 50 años.^{3,4}

Tras una revisión bibliográfica exhaustiva de las principales bases de datos biomédicas nacionales e internacionales, no se encuentran reportes o antecedentes de casos idénticos o similares en la edad pediátrica documentados, en Cuba. Por consiguiente, el caso que se pre-

senta, constituye el primer reporte en la provincia de Pinar del Río. Esta falta de antecedentes previos subraya la rareza su condición.

Su diagnóstico y tratamiento son desafiantes, debido a la limitada información disponible en la literatura porque se trata de una entidad rara en la población pediátrica. Este caso adquiere un alto valor educativo al tratarse de un TMVNP en un paciente pediátrico sin NF1, esto aumenta aún más su singularidad. Este trabajo busca mejorar el diagnóstico temprano, orientar las opciones de tratamiento y contribuir al conocimiento científico sobre el TMVNP. Se pretende elevar la conciencia dentro de la comunidad médica y el público en general sobre esta condición, lo que facilita la detección oportuna y el manejo adecuado de los pacientes afectados. Se traza como objetivo, describir el diagnóstico de un tumor de vaina del nervio periférico.

Presentación del caso

Preescolar, masculino de cinco años, blanco, producto de un parto eutócico a las 39,4 semanas, peso de 7,10 libras. Con antecedentes patológicos personales de hemihipertrofia izquierda, antecedentes patológicos familiares de su madre con trombotopatía disfuncional. El paciente no presenta alergia a medicamentos, operaciones previas ni transfusiones sanguíneas.

Presenta ingreso en neonatología por un íctero fisiológico agravado, se mantiene seguimiento con ortopedia, en el Complejo Científico Ortopédico Internacional Frank País, por presentar asimetría de ambos hemicuerpos.

En mayo de 2023, presenta un cuadro de parotiditis izquierda, con síntomas de dolor, sensibilidad en la región de la mandíbula, fiebre, malestar general, dificultad para masticar y tragar. Debido a la gravedad de estos síntomas y el riesgo de complicaciones, el paciente ingresa en el Hospital Provincial Pediátrico Pepe Portilla, recibe antibióticoterapia para prevenir infecciones bacterianas secundarias (Amoxicilina en dosis de 80 mg/kg al día por vía oral, administrada en tres subdosis, durante 10 días).

Recibe el egreso hospitalario, pero con el trascurso de los días involuciona el cuadro clínico y en el mes de junio se hospitaliza para realizar un mejor estudio y tratamiento.

Al examen físico de cabeza y cuello se palpa un tumor poco movable, doloroso en la región submandibular izquierda, sin adenopatías cervicales. Se examina el triángulo de la evaluación pediátrica sin afectaciones de sus componentes.

Los exámenes complementarios muestran que la fosfatasa alcalina se encontraba elevada (139 u/L) y la LDH (446 u/L) en el límite superior.

Se indican estudios imagenológicos para precisar el diagnóstico clínico y descartar otras complicaciones.

Resonancia Magnética Nuclear

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

Extensa lesión ocupativa isointensa en T1 con el músculo desde la periferia, ocupa la región parótida izquierda, músculo masetero y pterigoideo izquierdo. La lesión oblitera la nasofaringe, obstruye y desplaza la vía aérea superior. Se extiende a los compartimentos carotideos, yugular, esternocleidomastoideo y paravertebral. Mide 62x58x52 mm. Se muestra hiperintenso en T2 con áreas isointensas centrales, asimétricas por contenido sólido o proteínico, multilocular. El oído izquierdo muestra ocupación parcial de las celdas mastoideas, figuras 1 y 2.

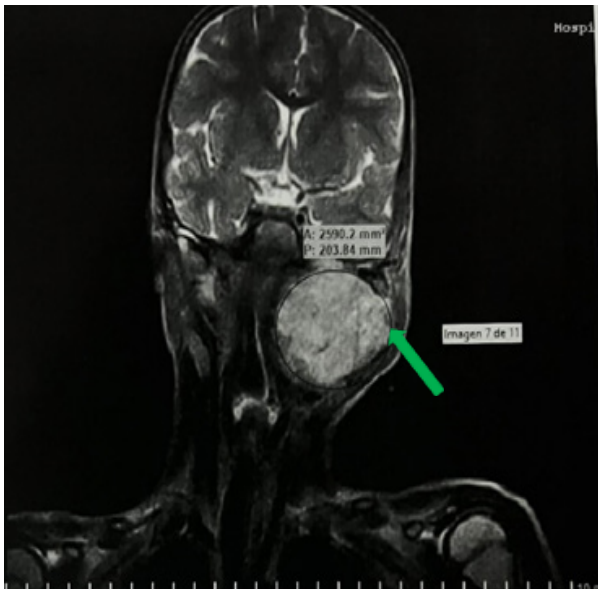


Fig.1. Resonancia magnética nuclear. Corte Coronal. Lesión extensa que ocupa la región parótida izquierda, músculo masetero y pterigoideo izquierdo.

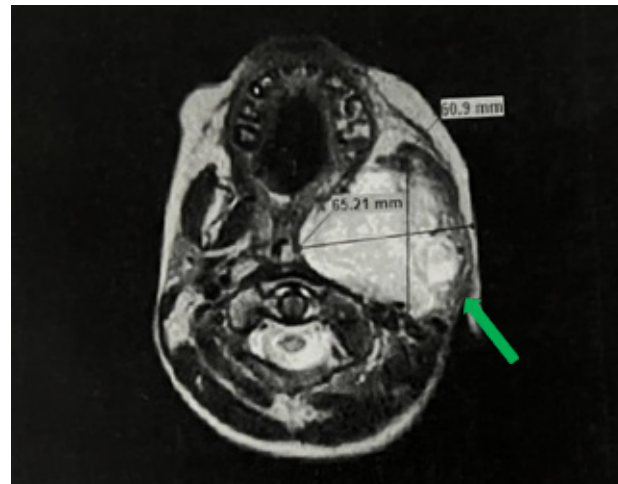


Fig. 2. Resonancia magnética nuclear. Corte axial. La lesión oblitera la nasofaringe, obstruye y desplaza la vía aérea superior.

Tomografía por Emisión de Positrones y Tomografía Computarizada (TEP/ TC)

Se administra por vía endovenosa 2,2 mCi de 18F-FDG, 60 min después se constata la glucemia en 5,2 mmol/l. Se realiza Tomografía por Emisión de Positrones desde el vértice de cráneo hasta tercio medio de los fémures y Tomografía Computarizada de baja dosis, no contrastada para corrección de atenuación y localización anatómica de las áreas hipermetabólicas apreciadas en el estudio TEP.

Se aprecian áreas anómalas de hipermetabolismo glucolítico en cabeza y cuello. Además, una extensa masa tumoral heterogénea de 24 UH (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, mide en sus mayores dimensiones 71,68 x 48,02 x 54,60 mm con un Valor de Captación Estandarizado (SUV) máximo de 7,11.

En el contexto clínico del paciente, la masa descrita, muestra actividad glucolítica compatible con un tumor primario a ese nivel.

Inmunohistoquímica

Se recibe una muestra de tejido obtenida por biopsia que al examen microscópico revela un tumor con características histológicas de proliferación de células fusiformes con atipia nu-

clear, alta actividad mitótica, áreas de necrosis tumoral y un patrón de crecimiento infiltrativo, compatible con un tumor de vaina del nervio periférico.

Tomografía Axial Computarizada (TAC) 64 cortes

En la región del cuello muestra hiperdensidad (40-54 UH) de aspecto tumoral, heterogénea, que ocupa los espacios masticador, parafaríngeo, pre y pospteroideo y paratiroideo izquierdos sin precisar interfase con los músculos pterigoideos medial, lateral y parte del temporal de este lado. Provocan asimetría a predominio izquierdo de la pared lateral izquierda de la nasofaringe, lesión lítica de la rama de la mandíbula izquierda de 2,3 cm de diámetro mayor, del proceso cigomático del temporal y lisis con destrucción ósea de la cara infratemporal del ala mayor del esfenoides. Se observa una erosión ósea del hueso cigomático, apófisis pterigoidea, y distorsión anatómica del cóndilo mandibular que afecta la articulación temporomandibular, todo del lado izquierdo. Se observa una cánula de traqueostomía, figuras 3 y 4.

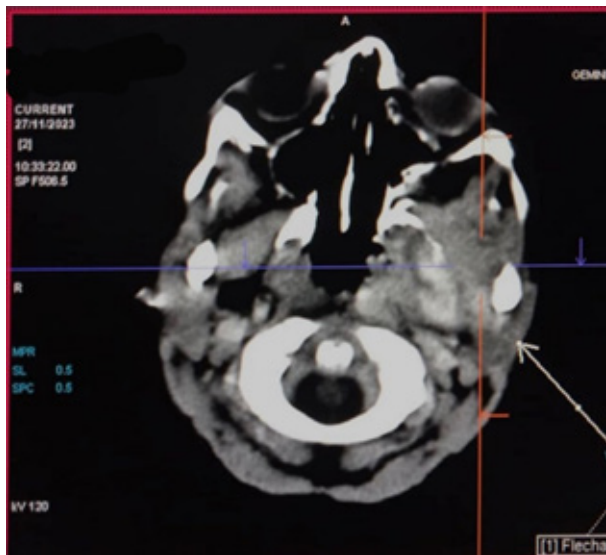


Fig. 3. Tomografía Axial Computarizada. Vista axial. Lesión que ocupa los espacios: masticador, parafaríngeo, pre y pospteroideo y paratiroideo izquierdos.

Tomografía Axial Computarizada 64 cortes con contraste

Se precisa que el área tumoral mide 30x26 mm al corte axial en sus mayores diámetros, provoca distorsión de los músculos adyacentes y borramiento de la grasa perilesional. Lesión

lítica de la rama izquierda de la mandíbula de 12x6 mm. 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 el estudio anterior.

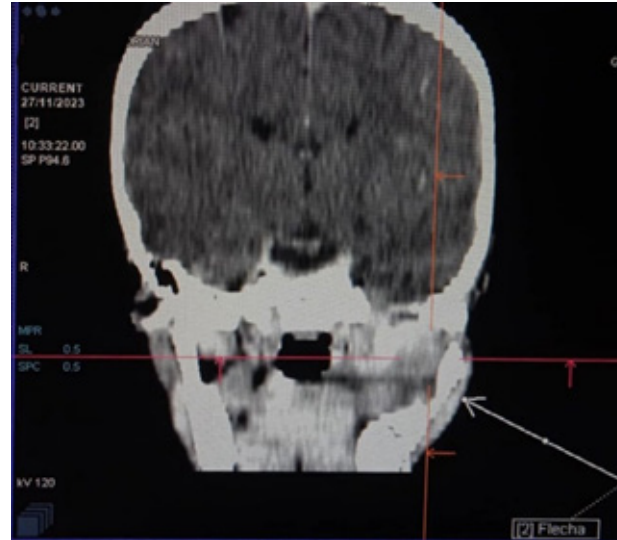


Fig. 4. Tomografía Axial Computarizada. Vista corona. Masa tumoral con lesión lítica de la rama de la mandíbula izquierda.

Tomografía Axial Computarizada de cabeza, cuello y tórax

Cráneo/cuello: Imagen ocupativa de espacio en lóbulo temporal izquierdo, asociada a discreto borramiento de los giros y surcos en el hemisferio cerebral izquierdo. La imagen anterior proviene de la infiltración por una extensa masa tumoral que ocupa todo el macizo facial izquierdo con pérdida de la anatomía de todos los grupos musculares, infiltración del espacio pterigopalatino y masticatorio izquierdo y extensión con solución de continuidad hacia la pared posterior de la órbita, pared medial y lateral del seno maxilar izquierdo, cuerpo del esfenoides, a la menor del mismo y destrucción de paladar duro. 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 20 mm en segmento basal medial del lóbulo inferior izquierdo.

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

Se diagnostica un tumor maligno de la vaina del nervio periférico. Se discute el caso en la consulta de cabeza y cuello del Instituto Nacional de Oncología donde se considera por la magnitud del tumor como no operable. Se decide realizar tratamiento oncoespecífico con Quimioterapia neoadyuvante por protocolo, con una duración de 6 meses. Se observa el tratamiento quimioterápico, tabla 1.

por vía intravenosa, con la intención de mejorar la sintomatología local. Se realiza traqueostomía para garantizar una vía aérea permeable y segura en el uso del tratamiento, en estos momentos existe compromiso de la misma por desplazamiento secundario a la compresión del tumor. Para el alivio del dolor se inicia con Paracetamol (Acetaminofén) en supositorios de 300 mg, dosis de 150 mg cada 6 horas.

Tabla 1. Tratamiento quimioterápico

Semanas	Medicamentos	Presentación	Dosis
1 ^{ra}	Ifosfamida + Doxorrubicina	Ifosfamida (bulbo 1 g)	Ifosfamida 3 g/m ² /dosis Días 1, 2 y 3 Vía intravenosa
4 ^{ta}	Ifosfamida + Doxorrubicina		
7 ^{ma}	Ifosfamida	Doxorrubicina (bulbo 10 g)	Doxorrubicina 37,5 mg/m ² /dosis Días 1 y 2 Vía intravenosa Dosis acumulativa de doxorubicina 375 mg/m ² Vía intravenosa
10 ^{ma}	Ifosfamida		
16 ^{ta}	Ifosfamida + Doxorrubicina		
19 ^{na}	Ifosfamida + Doxorrubicina		
22 ^{da}	Doxorrubicina		

Se evalúa en la semana 13, se mantiene el criterio de irsecabilidad del tumor por lo que continúa el tratamiento.

Una vez finalizado el tratamiento, el paciente no muestra respuesta y se encuentra en franca progresión de su enfermedad. Se cambia tratamiento con Ciclofosfamida (tableta de 50 mg) 25 mg/m² diaria, vía oral y Vincristina (bulbo 1 g) 1,5 mg/m² los días 1,8 y 15 por vía intravenosa.

Se discute en colectivo de radioterapia la posibilidad de realizar el tratamiento con radiaciones ionizantes. Luego de evaluar por clínica y por exámenes imagenológicos, 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.

Por la extensión de la enfermedad y después de haberse discutido el caso con los equipos multidisciplinarios se reafirma que el paciente se encuentra en franca progresión de la enfermedad. Es ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Pediátrico Provincial Docente Pepe Portilla. Tributario de cuidados paliativos, se propone quimioterapia con Ifosfamida (bulbo 1 g) 3 g/m²/dosis por vía intravenosa y Etopósido (bulbo 100 g) 5 g/m²/dosis

Discusión

El presente caso se destaca por la inusual aparición de un TMVNP en un paciente pediátrico, un grupo etario en el que estos tumores son raros. Se realiza una amplia gama de estudios imagenológicos que incluyen RMN y TAC, que no solo confirman el diagnóstico, sino que también proporcionan información detallada de la localización, características morfológicas y su relación con estructuras adyacentes. La combinación de estos métodos permite una evaluación integral del caso, se destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el diagnóstico de TMVNP en pacientes pediátricos.

El TMVNP es una neoplasia 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 agresiva, este origen se deriva de las células de la vaina nerviosa: célula de Schwann, fibroblastos perineurales o fibroblastos endoneuriales.⁵

Según Chávez Sánchez SA, et al.⁶ 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 los pacientes, los lugares más frecuentes: en el pulmón, los huesos, los ganglios linfáticos y el hígado. El TMVNP del paciente en este caso se encuentra en cabeza y cuello y en su estadio final con metástasis pulmonares y óseas.

La NF1, 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, de los tumores del sistema nervioso central y variedades de tumores estromales gastrointestinales.⁷

En el estudio de Parentini F, et al.¹, muestran el caso de una paciente con NF1, lo que no coincide con el presente. El paciente de este caso no presenta antecedentes personales de NF1 ni familiares de TMVNP, por esto se desconoce la causa del tumor y su aparición es de forma esporádica.

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 es fundamental, la resonancia magnética es el examen de elección. Se pueden observar márgenes irregulares, edema perilesional, degeneración química, realce heterogéneo en T1 y captación irregular de contraste en T1.^{1,6}

Establecer el diagnóstico diferencial entre el TMVNP, el fibrosarcoma y leiomioma, puede ser aún más retador. Porque estas lesiones típicas están constituidas por una población fusocelular. A pesar que los tumores de origen neural se distinguen por la característica "ondulante" de su célula y el leiomioma por tener citoplasma más eosinofílico con núcleos menos aguzados respecto al fibrosarcoma, estas entidades poseen diferentes variantes, entre ellas la presencia de células "epitelioides" que pueden oscurecer el diagnóstico morfológico.⁸

El diagnóstico diferencial, entre un tumor benigno de la vaina del nervio periférico (neurofibroma) y su contraparte maligna (TMVNP), puede ser complejo, algunos neurofibromas son bastante celulares e incluso tener ocasionales células pleomórficas. Sin embargo, el conteo mitótico en estos casos, es fundamental para establecer el diagnóstico, los TMVNP exhiben una elevada actividad mitótica.⁸

Según Fagúndez Núñez JM, et al.⁹ el tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa con márgenes oncológicos de al menos un centímetro, la cual disminuye el riesgo de recidiva. En su estudio se realiza sub-maxilectomía izquierda. En el caso clínico de Ruiz Martín I, et al.¹⁰ el tratamiento es radioterapia adyuvante con dosis de 56 Gy. Datos discordantes en la presente investigación, debido a la magnitud del tumor no es operable y se decide realizar tratamiento quimioterápico.

El uso de quimioterapia sistémica adyuvante se recomienda por 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.

Consideraciones éticas

La presente investigación se rige por las normas éticas, según lo expuesto en la Declaración de Helsinki¹¹, se cumplen los principios de beneficencia, no maleficencia, justicia y autonomía. La información se utiliza con fines científicos y en aras de ampliar el conocimiento, se respeta la confidencialidad de los datos obtenidos con el respectivo consentimiento informado de los tutores legales.

Conclusiones

El tumor de vaina del nervio periférico es maligno del tejido blando, raro y agresivo, en pacientes pediátricos. Su diagnóstico requiere de una interpretación clínica y el apoyo de exámenes imagenológicos, es fundamental la resonancia magnética, como 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 [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. Rev. colombiana. cir.

[Internet]. 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 [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 CA, Jurado Basildo C, Novoa Ferro M, Del Campo Estepar S, Aleman Millares R. Tumores del sistema nervioso periférico: el papel del radiólogo, anatomopatólogo y cirujano. seram [Internet]. 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 [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 [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 [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. 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. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2017 [citado 23/3/2025]; 29(2):123-129. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375650363007>.

9. Fagúndez Núñez JM, Salazar L, Araujo J, Mota S, Cedeño N. Neoplasias del sistema nervioso periférico en cabeza y revisión de la literatura. Rev Venez Oncol. [Internet]. 2023 [citado 5/9/2025]; 35(4):250-259. Disponi-

ble en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375675350006>

10. Ruiz Martín I, Ramos Zayas A, Calcines Torres N, Sánchez AG. Tumor maligno de la vaina del nervio periférico mandibular. Caso clínico y revisión de la literatura. Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac [Internet]. 2020 [citado 5/9/2025]; 42(3): 132-135. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-05582020000300006&lng=es.

11. Rodríguez Puga R. Nuevas directrices de la Declaración de Helsinki, impacto y ética en la investigación médica actual. Rev Cubana Oftalmol [Internet]. 2025 [citado 7/9/2025]; 38:e2043. Disponible en: <https://revoftalmologia.sld.cu/index.php/oftalmologia/article/view/2043>

Declaración de autoría

Mitjans Hernández D: Conceptualización, investigación, metodología, recursos, supervisión, visualización, redacción-borrador original, redacción- revisión y edición.

Hernández González EA: Conceptualización, investigación, metodología, visualización, redacción-borrador original, redacción- revisión y edición.

Rivera López SM: Investigación, metodología, redacción-borrador original, redacción- revisión y edición.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Fuentes de financiación

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

Equipo editorial

Maricela Alvarez Vega 

Editora Redactora y Correctora de Estilo
Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque.
Mayabeque, Cuba.

Beatriz Barranco González 

Traductora
Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque.
Mayabeque, Cuba.

Leany Díaz Delgado 

Editora Gestora de Información
Facultad de Ciencias Médicas Mayabeque.
Mayabeque, Cuba.

Revisores externos

Adriel Herrero Díaz 

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
Villa Clara, Cuba.

Yonathan Estrada Rodríguez 

Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas.
Matanzas, Cuba.

Dionis Ruíz Reyes 

Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara.
Villa Clara, Cuba.

© 2026: Mitjans Hernández D, Hernández
González EA, Rivera López SM