



CASOS CLÍNICOS

Diagnóstico ecográfico de Schwannoma del nervio mediano al realizar bloqueo regional

Olías López B, Fajardo Pérez M.

Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)

Resumen

El Schwannoma, neurinoma o neurilemoma, es el tumor nervioso periférico más frecuente, y tiene su origen en las células de Schwann. Representa un 5% de las neoplasias benignas de los tejidos blandos.

Es un tumor benigno de la vaina neural. Suele ser un tumor solitario y, aunque puede ser también múltiple, generalmente son menores de 5 centímetros al diagnóstico, raramente malignizan y tienen una edad de presentación entre los 20 y 40 años, sin predominio por sexo.

Puede afectar a raíces espinales y simpáticas en cabeza y cuello, mediastino y retroperitoneo. La localización más frecuente es en los planos de flexión de grandes articulaciones. En el miembro superior se dan en la cara anterior, siendo los nervios más afectados: el cubital, mediano, radial y musculocutáneo. En el miembro inferior se dan en la cara posterior y afectan sobre todo a: nervio ciático, poplíteo y ciático poplíteo externo.

Introducción

El Schwannoma, neurinoma o neurilemoma, es el tumor nervioso periférico más frecuente, y tiene su origen en las células de Schwann. Representa un 5% de las neoplasias benignas de los tejidos blandos.

Es un tumor benigno de la vaina neural. Suele ser un tumor solitario y, aunque puede ser también múltiple, generalmente son menores de 5 centímetros al diagnóstico, raramente malignizan y tienen una edad de presentación entre los 20 y 40 años, sin predominio por sexo (1).

Son clínicamente móviles a la palpación en el plano transversal, de crecimiento lento y asintomático, excepto cuando son de gran tamaño que pueden presentarse con dolor y /o clínica de compresión neurológica (2).

Puede afectar a raíces espinales y simpáticas en cabeza y cuello, mediastino y retroperitoneo. La localización más frecuente es en los planos de flexión de grandes articulaciones. En el miembro superior se dan en la cara anterior, siendo los nervios más afectados: el cubital, mediano, radial y musculocutáneo. En el miembro inferior se dan en la cara posterior y afectan sobre todo a: nervio ciático, poplíteo y ciático poplíteo externo (3).

Es de morfología fusiforme y suele ser excéntrico en relación al eje del nervio. Histológicamente presenta áreas celulares (Antoni A) e hipocelulares (Antoni B), con alto contenido mixoide (1).

Son frecuentemente confundidos con gangliones, ya que pueden tener una consistencia similar. La resonancia magnética nuclear puede ser útil para delimitar la lesión, pero no siempre se

distingue de un neurofibroma o un tumor maligno de nervio periférico (1).

El Schwannoma se diferencia de otros tumores durante la cirugía, ya que típicamente se disecciona fácilmente del nervio adyacente.

La complicación más frecuente durante el postoperatorio de la intervención quirúrgica suele ser el déficit neurológico, parcial o total, que se puede dar hasta en un 4% de los casos, con mayor riesgo si existe una biopsia incisional previa, o una recurrencia del tumor (2).

En la mayoría de los casos la lesión se extirpa por completo y los síntomas neurológicos, si estaban presentes antes de la cirugía, mejoran. La recurrencia de este tumor es muy rara, aunque se ha descrito el hallazgo de múltiples lesiones en un único nervio periférico, y hay algún caso publicado en la literatura científica de transformación maligna, por lo que se recomienda su extirpación aunque no cause síntomas (3).

Caso Clínico

Se presenta el caso de una mujer con clínica de síndrome de túnel carpiano de la mano derecha. Tenía parestesias en los tres primeros dedos de la mano, con sensación de pérdida de fuerza y sensibilidad en esos dedos. El signo de Tinel* era positivo, así como el de Durkan**.

Fue incluida en lista de espera quirúrgica para liberación del nervio mediano mediante apertura del ligamento transversal del carpo.

Para la anestesia del miembro se fue a realizar un bloqueo nervioso a nivel de la cara palmar de la muñeca (Figura 1) y se identificó una imagen ecográfica muy característica (Figura 2): masa sólida hipocogénica en contigüidad

directa con el nervio en su polo proximal y distal, de aspecto globoso y excéntrica al eje del nervio. Áreas quísticas por acúmulo mixoide (Schwannoma quístico) y calcificaciones (Schwannoma antiguo). Todo ello compatible con Schwannoma del nervio mediano (3).

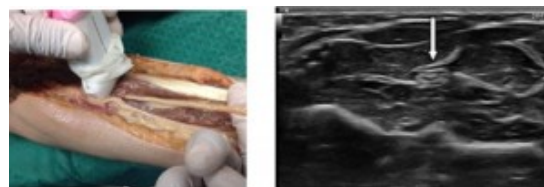


Figura 1. Técnica e imagen ecográfica para visualizar el nervio mediano en el antebrazo (flecha blanca)

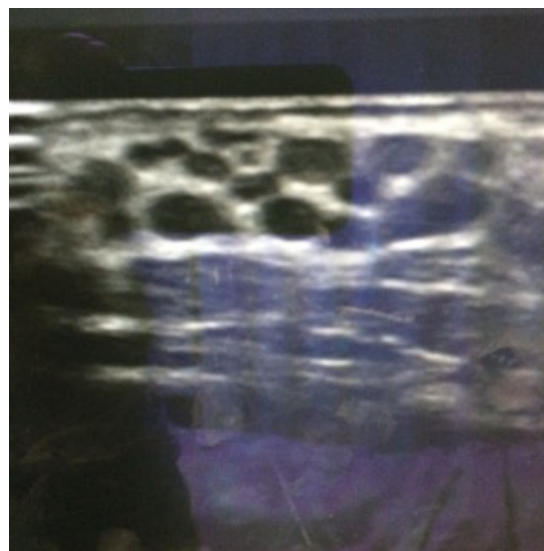


Figura 2. Imagen ecográfica “en panel de abejas” característica de Schwannoma de nervio mediano

Con este hallazgo no fue posible realizar un bloqueo nervioso en la cara volar de la muñeca, dado el riesgo de dañar el nervio mediano, por lo que se decidió cambiar a un bloqueo axilar.

Se realizó un abordaje longitudinal volar sobre el eje mayor del tumor, disección subcutánea y exposición de la lesión envuelta en su cápsula (Figura 3).

Se llevó a cabo enucleación intracapsular del tumor tras disección

cuidadosa del resto de fascículos nerviosos no afectados.

Se envió el tumor al servicio de Anatomía Patológica, confirmando diagnóstico de Schwannoma del nervio mediano.



Figura 3. Imagen intraoperatoria de Schwannoma de nervio mediano

Conclusiones

El Schwannoma es el tumor de la vaina de los nervios periféricos más frecuente.

Es benigno, puede ser múltiple, y rara vez maligniza.

Puede dar síntomas de compresión nerviosa y así confundir el diagnóstico clínico. Si afecta al nervio mediano no es posible anestesiarse bloqueando a ese nivel, y se debe realizar un bloqueo axilar.

El tumor se trata mediante su escisión quirúrgica y se confirma diagnóstico por un anatomopatólogo.

Tiene buen pronóstico y las complicaciones postquirúrgicas son raras.

Este es un ejemplo de un caso de Schwannoma diagnosticado in situ al ir a realizar anestesia regional en el mediano, y por ello hubo que cambiar la zona de bloqueo.

Bibliografía

- 1.- Canale & Beatry: Campbell's Operative Orthopaedics, ch.23 p (940-943) 2007 Mosby® 11th Ed.
- 2.- Wolfe S., Hotchkiss R.N, Pederson W.C et al. Green's Operative Hand Surgery. Ch. 65 p. (37-39) 2011 Elsevier® 6th Ed.
- 3.- Sarabia J.M., Nicolás G. y Carrillo F.J. Schwannomas múltiples de nervio mediano: descripción de un caso. Rev.esp.cir.ortop.traumatol.2009; 53 (2):120-12

Referencias

[PDF Túnel de Carpo](#)

* Signo de Tinel: “prueba física para comprobar la función neurológica en casos de síndrome del túnel del carpo consiste en percutir sobre el túnel del carpo, en la muñeca, y comprobar si aparecen signos de hormigueo o parestesias distales al punto de presión, por la regeneración nerviosa del nervio mediano, en cuyo caso se trata de un signo de Tinel positivo”.

**Signo de Durkan: “La presión mantenida sobre la muñeca, en el túnel del carpo, test de compresión de Durkan, lleva así mismo a la reproducción de los síntomas en casos de síndrome del túnel del carpo”.

Correspondencia al autor

Beatriz Olías López
bea.olias.lopez@gmail.com
 Médico Interno Residente de Cirugía
 Ortopédica y Traumatología de 2º año.
 Hospital Universitario de Móstoles (Madrid)

[Publicado por AnestesiaR el 15 de julio de 2015](#)