

Schwannoma de nervio tibial posterior (Neurilemoma): reporte de un vaso

Posterior tibial nerve schwannoma (Neurilemoma): case report

Jose Luis Moreno¹, Marcelino Gonzalez¹

Descriptores:

Neurilemoma/cirugía; Nervio tibial/ patología; Imagen por resonancia magnética; Informes de caso

Keywords:

Neurilemmoma/surgery; Tibial nerve/ pathology; Magnetic resonance imaging; Case reports

RESUMEN

El Schwannoma es una tumoración benigna poco frecuente de las envolturas de los nervios periféricos, con un diagnóstico en la mayoría de los casos tardío. Se asocia a síntomas irritativos del nervio por su efecto compresivo. Al momento de la evaluación, la paciente tenía tres años de evolución. Luego de contar con una resonancia magnética del área, la misma fue llevada a cirugía donde le fue extraída la masa. Biopsia reportada como schwannoma. Un año después de la cirugía, la paciente se encuentra sin dolor con leves molestias y sin recidiva de la neoplasia.

ABSTRACT

Schwannoma is a rare benign tumor of the peripheral nerve sheaths, with a diagnosis in most cases late. It is associated with irritative symptoms of the nerve by its compressive effect. At the time of evaluation, the patient was three years of evolution. After MRI, it was taken to surgery where it was extracted mass. Biopsy reported as schwannoma. One year after surgery, the patient is pain with mild discomfort and no recurrence of the tumor.

INTRODUCCIÓN

El Schwannoma, también conocido como Neurilemoma, es una neoplasia de comportamiento benigno y crecimiento lento; si bien está entre un 2 y 7 % de los tumores de tejidos blandos, según sea la literatura que se revise,¹ es el tumor de las envolturas nerviosas más frecuente. No muestra preferencia de sexo, sin distribución etárea bien establecida. Presentándose la mayor incidencia en nervios craneales y espinales sobre los periféricos (1); y con mucha menor frecuencia afecta nervios del pie y tobillo. Su presencia se asocia a signos de irritación nerviosa y dolor a la palpación de una masa, que por lo general tiene años de evolución. Los métodos de imagen han evolucionado de tal manera que, si no se puede determinar de forma exacta el diagnóstico, nos brindan suficientes datos que nos encaminan a uno presuntivo.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 64 años, con antecedente de hipertensión arterial y diabetes mellitus, la cual refiere dolor en tobillo derecho de 3 años de evolución. No presenta antecedente de trauma, el dolor sin predominio horario y sin limitación de los rangos de movimiento. Fue tratada inicialmente como un esguince de tobillo, sin mejoría del cuadro descrito. La paciente presenta aumento progresivo de una masa localizada en la parte pósterio-

¹ Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid Ciudad de Panamá, Panamá.

Autor correspondiente:

Jose Luis Moreno
Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias
Vía Transistmica – Cidade do Panamá
E-mail: jlmorenoortiz@me.comr

Conflictos de interés:

No

Recibido en:

05/09/2014

Aceptado en:

01/11/2014

medial del tobillo derecho, así como del dolor, el cual llegó a ser 8/10, según describe.

Al examen físico con aumento de volumen localizado en la parte póstero-medial del tobillo, no asociado a eritema, equimosis, exudado o prurito. La misma es dolorosa a la palpación, irradiándose hacia la parte medial y distal del pie. Se palpa de consistencia cauchosa, móvil, no adherida a planos profundos. Signo de Tinnel positivo a la percusión de la rama del tibial posterior.

Radiografías de tobillo sin alteraciones. Se realizó resonancia magnética del área, la cual evidenció en T1 masa hipointensa, uniforme, bien delimitada en la cara medial del tobillo y en estrecha relación al nervio tibial posterior. En modalidad T2 con contraste (Gadolinio) la misma presenta reforzamiento (Figura 1). No involucra estructuras vasculares. No se realizaron estudios de conducción nerviosa.



Figura 1. A) Corte coronal en T1, muestra masa hipointensa en cara medial del tobillo; B) Corte axial en T2 muestra refuerzo con Gadolinio

La paciente fue llevada al salón de operaciones donde se le realizó abordaje póstero-medial del tobillo. Se llegó al retináculo flexor, se incide a través y se evidencia masa uniforme en sociedad a nervio tibial posterior. Se incide epineuro de forma longitudinal y cápsula, para evidenciar masa amarillenta, parcialmente lobulada, con dimensiones de 3.0 x 2.0 x 1.5 en sus tres planos (Figura 2). Se reseca de forma roma, sin lesionar macroscópicamente el nervio, y se aproxima epineuro con puntos simple de sutura absorbible 5-0. Se aproximó subcutáneo y cierre de piel con sutura no absorbible 4-0.



Figura 2. Abordaje posteromedial. Epineuro y capsula seccionados

Se envió pieza completa a patología, de donde reportan un Schwannoma como diagnóstico histológico (Figura 3).

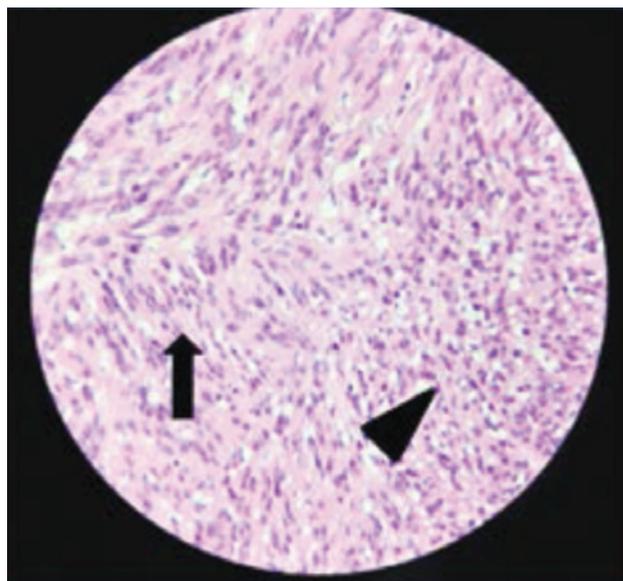


Figura 3. Microfotografía mostrando patrones Antoni A (flecha) y Antoni B (punta de flecha)

A sus 3 meses post quirúrgico, la paciente describe un área de hipoestesia en la parte medial de la planta del pie, sin limitación funcional. Luego de un año del procedimiento quirúrgico, la paciente refiere continuar con el área de hipoestesia, sensación de “puntazos” en el área del abordaje quirúrgico y edema local ocasional, los cuales no limitan sus actividades de la vida diaria.

DISCUSIÓN

El Schwannoma de tibial posterior es una entidad poco frecuente, siendo el 2% de los tumores de tejidos blandos y cuyo diagnóstico puede llevar años en realizarse.² En más del 90% de los casos es una lesión benigna, en promedio de 3-4 cm de diámetro³ y tiene como característica la presencia de dolor a la palpación y signo de Tinnel positivo, aunque este último se encuentra de forma inconsistente.²

La aparición de una masa palpable puede ser el primer síntoma en estos casos, aunque los síntomas irritativos del nervio pueden anteceder a la aparición de la masa.⁴ Sin predominio de edad ni sexo, el neurilemoma afecta nervios periféricos con mucha menos frecuencia que pares craneales y nervios espinales y de ellos alrededor del 7% afectan pie y tobillo.⁵

El Schwannoma tiene como hallazgo histológico característico presentar un doble patrón celular.³ Antoni A, el más típico, con células fusiformes organizadas en empalizadas, cuyo conjunto forma arreglos conocidos como cuerpos de Verocay; y Antoni B, con aspecto mixomatoso y degenerativo, con micro quistes y vasos sanguíneos con paredes engrosadas.⁵ Las fibras nerviosas suelen verse rechazadas por el tumor afectadas, por lo que puede removerse sin afectarlas.

Al tener sintomatología nerviosa, algunos autores recomiendan la realización de estudios de conducción,⁶ en nuestro caso no se realizaron ya que teníamos una masa que nos estaba produciendo la sintomatología. La resonancia magnética es el estudio de elección en estos casos de tumores de tejidos blandos,⁷ sirviendo esta para delimitar el tumor, guía para biopsia y evaluación de recurrencias. Pueden mostrar señales intermedias en T1 y heterogéneas altas en T2 y un realce difuso con Gadolinio. Los de gran tamaño pueden presentar un halo de grasa o signo "split fat". Pueden presentar también el "signo fascicular", que es un aspecto alargado por la continuidad con los ases nerviosos. Ninguno de estos se halló en la paciente.

Luego de incidir epineuro, es posible realizar la resección de la masa sin o con mínimo daño al nervio a través de una disección roma,⁸ habiendo resultados variables y cuyo factor más asociado al resultado es el

tamaño de la lesión.⁸⁻¹⁰ Existe controversia en cuanto a si la enucleación se debe realizar extracapsula o intracapsular,⁸ en nuestro caso, se realizó de forma intracapsular. En el caso de nuestra paciente, presento lo que ella describe como "adormecimiento" de la cara medial del tobillo los primeros meses posteriores a la cirugía.⁸ Un año después, la paciente continúa con área de anestesia y molestias locales recurrentes, las cuales no se asocian a déficit motor.⁹

CONCLUSIÓN

Neoplasias de las envolturas nerviosas deben ser tomadas en cuenta al momento de tener signos de irritación nerviosa asociados a masas proximales, sobre todo al estar estas sobre el recorrido anatómico del nervio. Es de suma importancia el apoyo con los estudios de imagen para darnos luces dentro del posible diagnóstico diferencial. Si bien no contamos con un alto nivel de evidencia en estos casos, la resección roma es la técnica de elección y con buenos resultados a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ghosh A, Talwar OP, Pradhan SV. Tumour and tumour-like conditions of peripheral nerve origin: ten years' experience. *Kathmandu Univ Med J (KUMJ)*. 2010; 8(29):97-101.
2. Nawabi DH, Sinisi M. Schwannoma of the posterior tibial nerve. The problem of delay diagnosis. *J Bone Joint Surg Br*. 2007; 89(6):814-6.
3. Heck RK Jr. Soft-tissue tumors. In: Terry Canale S, Beaty JH. *Campbell's operative orthopaedics*. 11th ed. Philadelphia: Mosby; 2008. Chapter 23. p.940-1.
4. Spiegel PV, Cullivan WT, Reiman HM, Johnson KA. Neurilemoma of the lower extremity. *Foot Ankle*. 1986; 6(4):194-8.
5. White NB. Neurilemomas of the extremities. *J Bone Joint Surg Am*. 1967;49(8):1605-10.
6. Wade SB, James AA. Neurilemoma of the tibial nerve. *J Bone Joint Surg Am*. 1992;74(3):443-4.
7. Pino C, Ghazle H, Bhatt S, Dogra V. Schwannoma of the tibial nerve. *J Diag Med Sonogr*. 2010;26(4):205-8.
8. Kim SM, Seo SW, Lee JY, Sung KS. Surgical outcome of Schwannomas arising from major peripheral nerves in the lower limb. *Int Orthop*. 2012; 36(8): 1721-5.
9. Oberle J, Kahamba J, Richter HP. Peripheral nerve schwannomas-an analysis of 16 patients. *Acta Neurochir (Wien)*. 1997;139(10): 949-53.
10. Ogoose A, Hotta T, Morita T, Otsuka H, Hirata Y. Multiple Schwannomas in the peripheral nerves. *J Bone Joint Surg Br*. 1998; 80(4):657-61.