Dr. Gustavo Pineda
Epineuroma en mano. Reporte de un caso.

Dr. Fabio Suárez Romero*, Dr. Sergio Bocanegra**, Dr. Alvaro García***, Dr. Gustavo Pineda Acero****, Dr. César Enrique Gamba***** , Dr. Gabriel Toro******, Dr. Roger Montes Alvarez*******

* Especialista Cirugía de Mano, Jefe Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central
** Especialista Cirugía de Mano, Coordinador Clínica de manó, Hospital Militar Central
*** Especialista Cirugía de Mano, Servicio Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central
**** Especialista Tumores Óseos, Coordinador Clínica Tumores Musculoesqueléticos, Hospital Militar Central.
***** Residente IV año Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central
****** Jefe Servicio de Neuropatología, Hospital Militar Central
******* Especialista Servicio de Patología, Hospital Militar Central

Investigación realizada en el Departamento de Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

Los tumores de los nervios periféricos no son comunes en la extremidad superior, representando el 5 % de todos los tumores en esta región. El diagnóstico de un tumor de nervio periférico rara vez se hace antes de cirugía y se realiza básicamente con los hallazgos operatorios o con el examen histológico del tejido removido.

Existe un tumor extremadamente raro denominado Perineuroma o epineuroma, el cual corresponde a menos del 1% de las neoplasias de las envolturas del tejido neural. Este es un tumor benigno compuesto en su totalidad por células neuroplásicas perineurales y hay menos de 30 casos reportados en la literatura mundial.

![Figura 1. Apariencia clínica mano derecha. Preoperatorio.](image)

Reporte del caso

Un paciente de 21 años, sexo masculino, ocupación soldado del Ejército, diestro, consultó al servicio de Cirugía de Mano del Hospital Militar Central por presentar de 2 años de evolución una masa en la región tenar de la mano derecha asociado a dolor con actividades manuales prolongadas, disminución de la fuerza para empuñar y disestesias en 1 y 2 digítes. No había limitación para los arcos de movilidad.

El examen físico mostraba masa de consistencia blanda en la región tenar y palmar de segundo rayo adherida a planos profundos de aproximadamente 3x5 cm con el dedo índice fusiforme a nivel proximal. Atrofia de la musculatura tenar con arco de movilidad normal en todas las articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y de la muñeca (Figura 1).

Presentaba signo de túnel positivo en la región tenar y ausencia del mismo a nivel del túnel carpiano. Las radiografías de la mano y muñeca eran normales. Se le había realizado un año atrás en otra institución biopsia incisional la cual reportó un tumor compatible con neurofibroma. El paciente refirió aumento progresivo de la masa en los últimos 6 meses asociado a persistencia de su sintomatología.

Con base en el examen clínico y el resultado histopatológico de la biopsia previa fue llevado a cirugía con impresión diagnóstica de neurofibroma del nervio mediano. Se realizó abordaje palmar del segundo rayo con incisión tipo Bunnell extendida distalmente hasta el pliegue de flexión interfalángica proximal del índice 2 cm proximal al túnel del carpo. Se encontró masa de consistencia cauchosa, de color amarillo pardoazul dependiente del nervio mediano que se...
extendía 2 cm. bajo el túnel del carpo e involucraba parcialmente el colateral cubital del pulgar y los colaterales del índice, con una dimensión de 2 cm. de diámetro y una longitud total de 10 cm. (Figura 4). Como hallazgo intraoperatorio se encontró sección completa de la Rama tenarina con neuroma de la misma (presumiblemente iatrogénica de la primera biopsia). Se realizó disección microquirúrgica del nervio mediano, separando los fascículos normales de la zona tumoral hasta lograr la resección completa de la misma (Figuras 2 y 3).

Figura 4. Placa de patología

El reporte de la biopsia señala en los diferentes cortes proliferación de células perineurales grandes en capas concéntricas que surgen al imagen en secuencias de cebo y envuelven las fibras nerviosas. Las células perineurales tenían núcleo elongado y núcleo inespecífico. Las coloraciones de inmunohistoquímica revelaron EMA + y S100 + focalmente que podría corresponder a proliferación residual de células de Schwann. Con estas características se concluyó que se trataba de un perineuroma intrainervicial (Figura 5).


En el postoperatorio mediato presentó como complicación sufrimiento del colgajo cutáneo el cual fue manejado con cuidados locales con una evolución satisfactoria (Figura 6). El control al año postoperatorio no mostró recidiva de la masa o signos o síntomas de compromiso sensitivo del
nervio mediano, a excepción de la atrofia tenaria, con aceptable funcionalidad de la mano (figura 1).

Discusión

Aunque por mucho tiempo el perineuroma intraneural fue considerado como una neuropatía hipertrófica ya hoy un día es reconocido como una verdadera neoplasia de incidencia extremadamente rara que debe distinguirse de los tumores malignos de las envolturas del nervio periférico que muestran una diferenciación perineural.1-8

Como la mayoría de los tumores de nervio periférico usualmente su crecimiento es lento y por lo general son mínimamente sintomáticos pudiéndose presentar únicamente como una masa sin otro hallazgo positivo. La importancia del perineuroma intraneural radica en su rareza (30 casos reportados en la literatura de los cuales solo 4 corresponden al nervio mediano) y en su importancia como diagnóstico diferencial de otras neoplasias de nervio periférico. Es un tumor que usualmente se presenta en la adolescencia y en adultos jóvenes que se mantiene localizado sin mostrar hasta el momento evidencia de transformación maligna o asociación alguna con neurofibromatosis.2-5

En este caso a pesar de que hubo confusión en el diagnóstico histológico realizado en otra institución, es cierto que microscópicamente el perineuroma muestra características de un neurofibroma celular pero en los cortes transversales es fácil poder ver los características bulbos de escotilla que asumen la proliferación de las células de Schwann en las neuropatías hipertróficas pero que en este caso están constituidas por células perineurales.

Los perineuromas son tumores benignos cuyo seguimiento a largo plazo en la literatura indica que no hay tendencia a la recurrencia o a las metástasis. Lo que debe quedar claro de este caso es que la biopsia por sí sola es suficiente para poder hacer el diagnóstico. El manejo es quirúrgico y se debe evitar resecar el nervio tratando de preservar la máxima función neurológica posible ya que los reportes de la literatura concernientes a la escisión del nervio y reconstrucción con injertos nerviosos muestran una tasa baja de recuperación. Por último es indispensable contar con un laboratorio especializado en estudios de neuropatología,3-9 ya que como vimos en este caso el pronóstico va a depender en gran parte de un adecuado análisis histopatológico previo a cualquier procedimiento; además de un adecuado juicio intraoperatorio por parte del cirujano de mano quien debe
estar atento a detectar potenciales signos de malignidad que un momento determinado puedan jugar un papel importante en el diagnóstico diferencial de estos tumores y en su manejo definitivo.

Correspondencia: si desea ampliación o alguna aclaración sobre el caso comuníquese al teléfono: 3486868, ext. 5260 - 5261.
E-mail: fasnarez@salud.es

Bibliografía