

Caso clínico

Nerilemoma

¹María Briones Barreiro, ²María Carmen del Pino de la Fuente, ¹María Dolores Durán García, ¹Cristina Navarro Robles

¹Centro de Salud Las Lagunas- ²Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgentes Las Lagunas. Mijas (Málaga)

Mujer de 45 años de edad, sin antecedentes médicos personales ni familiares de interés.

Acude a su médico de familia por presentar un nódulo en la región epitroclear del codo izquierdo, de un mes de evolución. Como síntoma presenta dolor neuropático en el antebrazo sin déficit sensitivo ni motor.

Durante la exploración se observa una lesión superficial, redondeada, móvil, no adherida, de consistencia elástica.

Se realiza radiografía, en la que se descarta afectación ósea (figura 1).



Figura 1.

Se efectúa exploración ecográfica en el centro de salud con sonda lineal. Se provoca disestesia y dolor al pasar la sonda por la tumoración. Esta se corresponde con una lesión ovalada, hipoeoica, bien definida, de 1,58 cm en el plano transversal y 2 cm en el plano longitudinal, subcutánea y con escasa vascularización interna (figuras 2 y 3).

Es remitida a Cirugía Ortopédica y Traumatológica,

donde se solicita RMN. En ella se observa una lesión de 1,2 x 2,3 cm, situada en el tejido celular subcutáneo, pósterolateral a la vena de la cara interna del antebrazo, sin afectación de la musculatura ni del plano óseo; los bordes están bien definidos, sin edema; no presenta signos de infiltración del músculo ni del hueso. Es compatible como primera posibilidad con un neurinoma en dicha localización y se recomienda la realización de ecografía para confirmar la naturaleza sólida de la lesión (figura 4).



Figura 2.



Figura 3.

La nueva exploración ecográfica describe una tumoración que se corresponde con una lesión sólida, sin signos concluyentes de malignidad.



Figura 4.

Es ingresada para extirpación quirúrgica con biopsia posoperatoria.

La anatomía patológica confirma que se trata de un neurilemoma (schwannoma benigno).

El diagnóstico definitivo es de neurilemoma del nervio cubital.

COMENTARIO

Los tumores de los nervios periféricos son poco frecuentes.

Su nomenclatura es confusa. La mayoría de los autores se basan en la presencia o ausencia de neoplasia, si ésta es benigna o maligna y si se origina o no en la vaina del nervio.

Los tumores benignos de los nervios periféricos más frecuentes son los neurilemomas y los neurofibromas, estos últimos poco comunes a menos que se encuadren dentro de una neurofibromatosis. Los sarcomas y neurofibrosarcomas son los tumores malignos más comunes.

Los neurilemomas también, conocidos como schwannomas, son tumores benignos que crecen en la vaina de los nervios de los nervios periféricos; no se malignizan, salvo excepciones.

Los neurilemomas constituyen el 10-12 % de los tumores benignos de las vainas de los nervios. Derivan de la célula de Schwann de la vaina del nervio periférico y crecen de un solo fascículo. Su malignización es excepcional.

Son típicamente solitarios, encapsulados, de lento crecimiento. Su localización más frecuente es la cabeza y el cuello, seguida de las extremidades, el mediastino y el retroperitoneo.

Afectan a edades de 20-50 años sin diferenciación por

sexo.

Son asintomáticos. En su mayoría, pueden producir disestesia provocada por palpación, dolor neuropático, pérdida de sensibilidad, debilidad y a veces atrapamiento de estructuras vecinas.

Son de difícil diagnóstico utilizando solo pruebas de imagen, de modo que la confirmación del diagnóstico se realiza tras la resección quirúrgica.

Se caracterizan por ser tumores subcutáneos, bien definidos. Ecográficamente suelen conformar una imagen bien definida, redondeada u ovalada, hipocóica, de aspecto homogéneo, con o sin refuerzo acústico posterior; también pueden ser lobulados. Algunos son heterogéneos por presentar áreas de necrosis, hemorragias y cambios quísticos en su interior.

En ocasiones se observa la contigüidad directa y excéntrica con el nervio. La identificación del nervio íntegro y de una masa externa es típica de los tumores de la vaina de los nervios periféricos. El nervio en la zona adyacente al tumor aparece engrosado, con pérdida de la anisotropía, lo que hace que el tumor sea ovalado.

Con el doppler color presentan vascularización periférica, central o ambas, que puede ser mínima o muy intensa, aunque la mayoría tiene pobre vascularización.

Dado que son tumores periféricos, su tratamiento siempre es la exéresis. El nervio puede ser diseccionado y es posible preservar su continuidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pilavaki M, Chourmouzi D, Kiziridou A, Skordalaki A, Zarampoukas T, Drevelengas A. Imaging of peripheral nerve sheath tumors with pathologic correlation: pictorial review. *Eur J Radiol.* 2004;52:229.
2. Levi AD, Ross AL, Cuartas E, Qadir R, Temple HT. The surgical management of symptomatic peripheral nerve sheath tumors. *Neurosurgery.* 2010;66:833.
3. Size Wu, Guangqing Liu, Rong Tu. Value of ultrasonography in neurilemmoma diagnosis: the role of round shape morphology. *Med Ultrason.* 2012;14:192-6.
4. Tsai WC, Chiou HJ, Chou YH, Wang HK, Chiou SY, Chang CY. Differentiation between schwannomas and neurofibromas in the extremities and superficial body: the role of high-resolution and color Doppler ultrasonography. *J Ultrasound Med.* 2008;27:161-6.
5. Carlsen K, Leicht P, Bliddal H. A subcutaneous tumour in a patient with rheumatoid arthritis. *BMJ Case Rep.* 2010;22 pii: bcr0820092170. doi: 10.1136/bcr.08.2009.2170
6. Kami YN, Chikui T, Okamura K, Kubota Y, Oobu K, Yabuuchi H, Nakayama E, Hashimoto K, Yoshiura K. Imaging findings of neurogenic tumours in the head and the neck. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012;41:18-23.
7. Panadero Carlavilla FJ, Gómez González del Tánago P, Cerezo López E, Minaya Bernedo FJ, Navarro Vidal B, Jaén Díaz JI. Schwannoma. *EuroEco* 2011;2(2):81-83.