

CASA DE SALUD VALDECILLA
SANTANDER

SERVICIO DE HUESOS Y ARTICULACIONES
JEFE: DR. SIERRA CANO

NEURINOMA DEL CUBITAL

DR. ALBERTO PALMA RODRÍGUEZ
MÉDICO INTERNO

Creemos interesante publicar este caso de neurinoma del cubital por la rareza con que estos tumores se localizan en los nervios periféricos de las extremidades. La historia es:

Enferma M. V. G., de 21 años de edad. Antecedentes familiares y personales sin interés.

Enfermedad actual. Refiere la enferma que a los 12 años de edad, se cortó con un cristal en borde cubital de muñeca izquierda, herida que cicatrizó bien. A los pocos días le apareció una tumoración en las inmediaciones del corte en dirección proximal con relación a éste, la cual fué creciendo paulatinamente hasta alcanzar el tamaño que presenta en la actualidad (huevo de paloma). Al principio no le molestaba nada. Desde hace unas semanas molestias y pérdida de fuerza en la mano con hormigueos en cuarto y quinto dedos.

Exploración. Tumoración del tamaño de un huevo de paloma en cara anterointerna de cuarto inferior de antebrazo izquierdo, dura, que rueda bajo la piel, sin adherirse a ella, ni al cúbito subyacente, dando la impresión de formar cuerpo con el músculo cubital anterior.

Los exámenes complementarios de sangre, orina y radiográfico, son normales.

Por la exploración nos dió la impresión de tratarse de una tumoración benigna del músculo cubital anterior y que el tamaño de esta al hacer ciertos movimientos de la mano comprimiera el nervio cubital y fuese la causa de las molestias que aquejaba la enferma.

Con esta suposición diagnóstica decidimos la intervención. Esta se lleva a cabo con anestesia local (novocaina al 1% con adrenalina). Incisión sobre tumoración de unos 4 cm. de longitud, que interesa piel y celular subcutáneo. Hemostasia del celular subcutáneo. Sección de la aponeurosis, que al separarla nos permite ver el músculo cubital anterior que cubre la tumoración sin formar cuerpo con ella. Colocada la muñeca en flexión palmar y cubital relajamos el músculos cubital anterior, que rechazamos hacia dentro. Nos aparece entonces la tumoración, bien limitada, que se despega fácilmente de los tejidos circundantes, viéndose entonces como se encuentra incluida en el nervio cubital, rechazando sus fibras que lo envuelven a modo de red. Buscamos un plano de clivaje entre el tumor y los haces nerviosos y por disección obtusa logramos la enucleación del mismo. Cierre por planos. Piel con nylon.

Macroscópicamente era de consistencia fibrosa homogénea.

El informe anatomopatológico (Dr. OLIVA) es: «Estructuras correspondientes a un neurinoma con típica disposición de sus núcleos en empalizada».

El neurinoma es un tumor de los nervios periféricos o de sus raíces espinales o craneales. Aparece en el adulto con predilección por el sexo femenino y con frecuencia tiene un antecedente traumático. Afecta principalmente a los ramos sensitivos tendiendo dentro del trayecto nervioso a ser proximales. Pueden ser únicos o múltiples o bien ir asociados a neurinomas del sistema nervioso central. Con respecto al nervio, pueden ser centrales o excéntricos. El tamaño puede oscilar entre 3 y 5 cm. de diámetro. VAQUERO publica un caso localizado en el cubital de 12 cm. y RODRÍGUEZ DE MATA otro que media 28 cm. de largo por 18 cm. de diámetro (no dice de qué rama nerviosa procede).

Son tumores bien capsulados, nodulares o redondeados, de consistencia variable, a veces fibrosa y a veces mixosarcomatosa

y en ocasiones quístico. Su color es grisáceo, amarillento o pardo. De crecimiento lento (crecen por expansión) y de evolución benigna.

Al principio se les consideró como tumoraciones desarrolladas a expensas del elemento noble del nervio; posteriormente se modificó considerándolos desarrollados por proliferación de las células intersticiales, que envuelven, disocian y destruyen las fibras nerviosas.

VEROCAY es el primero que emite la idea de un posible origen de estas tumoraciones a expensas de las células de SCHWANN. Téngase en cuenta que estas células son consideradas al principio de origen mesenquimatoso. Llama entonces VERO-CAY neurinomas a estos tumores, pues siendo las células de SCHWANN exclusivas de los nervios, también lo son y merecen nombre propio sus tumoraciones. Los experimentos de HARRISON modifican el concepto de la procedencia de las células de SCHWANN considerándolas de origen neuroectodérmico. Se homologa después esta célula de SCHWANN a la glia de los centros nerviosos y por lo tanto los neurinomas son considerados como gliomas periféricos.

MALLORY niega la capacidad de las células de SCHWANN para originar las fibras reticulares y colágenas que abundan en estos tumores. Para él, estos elementos están originados a expensas de los elementos conjuntivos mesodérmicos; por tanto del perineuro y del endoneuro, por lo que designa a estas tumoraciones fibroblastomas perineurales.

DEL RIO-HORTEGA cree que el neurinoma está constituido por células que tienden decididamente a la diferenciación fibrilar, pero que en ningún caso adoptan tipos semejantes a los que ofrecen las células conjuntivas.

Están formados por células más o menos alargadas, a veces apolares, aisladas o reunidas en una suerte de sincitio o espongioma plasmático continuo, a veces con prolongaciones y aspecto neuróglia. Se caracterizan por sus núcleos ovales o alargados en forma de bastoncitos que se distribuyen en desorden, abundan más en unas partes que en otras y tienden a veces a formar series paralelas o empalizadas. Se desconoce el mecanismo de formación de estas empalizadas, que ha sido explicado de muchos mo-

dos, pero lo más probable es que sean consecuencia de un proceso de división celular incompleta. En las células específicas del neurinoma ha sido descrito un protoplasma tenue, mal limitado, difuso, con frecuencia recorrido por fibrillas largas, finas, uniformes, dispuestas en haces paralelos.

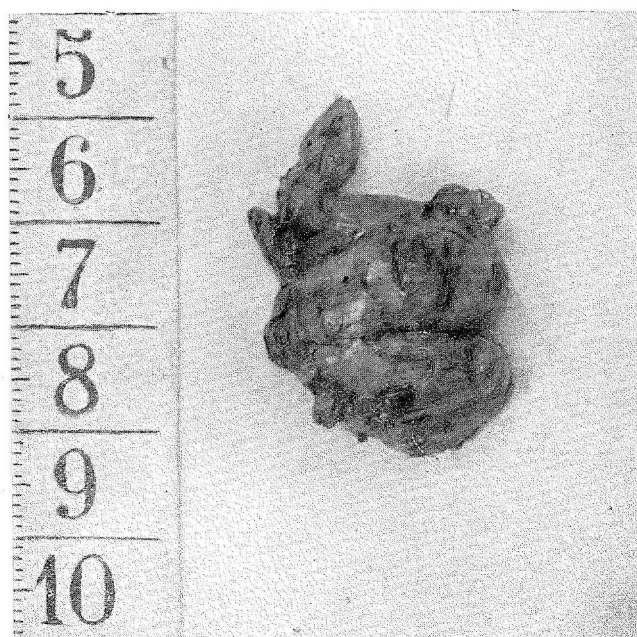
Se han descrito casos de malignización de los neurinomas, pero sin tendencia a la madurez fibrosa ni protoplasmática de las células, pero sí a conservarse estas indiferenciadas, a proliferar vivamente, a adoptar polimorfismo nuclear y a asumir propiedades semejantes a los sarcomas invasores.

Clínicamente son muy polimorfos; cuando asientan a nivel de un nervio periférico la falta de síntomas a nivel del cordón afectado es la regla. STOUT dice que solo en un 25 por 100 aparecen síntomas sensitivos y que cuando asientan en un nervio predominantemente motor, los síntomas motores son excepcionales. Pueden existir dolores, parestesias y a veces trastornos tróficos. BARALDI y RUIZ citan el caso de un neurinoma del mediano en que aparecía un aumento enorme del tamaño del pulgar e índice de la mano del lado afecto.

Cuando no producen ningún trastorno, el tumor es el único síntoma, tumoración bien delimitada en el trayecto de un nervio o rama nerviosa, de consistencia elástica, uniforme, que se desplaza bien en el sentido transversal, menos en el longitudinal, en ocasiones con dolor a la presión, irradiado a lo largo del territorio de distribución del nervio. La compresión del nervio por encima de la tumoración disminuye la intensidad de los dolores (signo de ARONSOHN).

En muchos de los casos publicados no existe sintomatología de carácter nervioso.

El tratamiento es solo y exclusivamente quirúrgico. El tumor crece de tal modo que empuja el tronco nervioso a un lado o lo expande. El nervio no entra directamente en la masa, pero es desplazado lateralmente o es empujado hasta rodear por completo la neoplasia; por esto, siempre se encuentra un buen plano de clivaje que permite la disección del tumor sin lesionar las fibras nerviosas o perturbar su integridad funcional. Este fué el tratamiento practicado en nuestro caso.



Fotografía de la pieza operatoria.

Cuando el nervio yace hacia un lado, puede ser disecado con facilidad; si, por el contrario, el nervio rodea el tumor, las fibras que lo cubren deben ser separadas longitudinalmente para permitir la extracción del crecimiento central.

Cuando el tumor se infiltra y no puede enuclearse, se efectúa la resección segmentaria con sutura cabo a cabo de los extremos nerviosos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 REVENTÓS MORAGAS.—«Neurinoma del nervio mediano»: Rev. Clín. Esp., XII, 41, 1944.
- 2 MARTÍNEZ GARCÍA Y CARDENAL.—Rev. de Cir. Barcelona, 6, 165, 1933.
- 3 PIULACHS.—«Lecciones de Patología». Tomo I. Ed. Janés, Barcelona, 1948.
- 4 ROCA DE VIÑALS Y REVENTÓS MORAGAS.—«Neurinoma del cubital»: Rev. Clín. Esp., XI, 6, 1943.
- 5 MAX BORST.—«Histología Patológica». Ed. Labor, 1945.
- 6 DEL RÍO HORTEGA.—«Anatomía microscópica de los tumores del sistema nervioso central y periférico». Madrid, 1934.
- 7 MERCHÁN, M.—«Neurinoma del mediano»: Bol. Inst. Pat. Médica, 6, 184, 1951.
- 8 OLIVÉ BEDOSA.—«Neurinoma del mediano»: Med. Clin., IV, 42, 1945.
- 9 CUTLER, C. Y GROSS, E.—«The surgical treatment of tumors of the peripheral nerves»: Ann. of Surg., CLV, 436, 1936.
- 10 LEWIS Y HART, D.—«Tumors of peripheral nerves»: Ann. of Surg., XCII, 916, 1930.
- 11 VAQUERO GONZÁLEZ Y FERREZ TORRELLES.—«Sobre un caso de neurinoma gigante del cubital»: Act. Ortop. Traum. Iber., II, 319, 1954.