

Parálisis del nervio interóseo posterior secundario a lipoma profundo



Posterior interosseous nerve palsy secondary to deep lipoma

Sr. Editor:

La causa más frecuente de parálisis del nervio interóseo posterior (rama profunda del nervio radial) es la traumática. Existen, también, causas no traumáticas, aunque suelen ser raras. En la literatura se han reportado diversas masas en los tejidos blando extraneurales como lipomas, nódulos reumatoideos, gangliones, mixomas que producen compresión de dicho nervio^{1,2}. A continuación se presenta el caso de un paciente con antecedentes de enfermedad reumatológica y parálisis radial de evolución progresiva.

Varón de 40 años de edad con antecedente de síndrome de SHAPO (sinovitis, acné, pustulosis, hiperostosis y osteítis), quien consulta con historia de imposibilidad para la extensión, tanto del dedo índice y pulgar, de la mano derecha de un mes de evolución. No refiere traumatismo ni actividad laboral de riesgo. En la exploración neurológica se objetiva incapacidad para la extensión del dedo índice y pulgar de la mano derecha, sin ningún otro déficit neurológico, ni se palpan lesiones en la extremidad superior derecha. El electromiograma (EMG) pone de manifiesto una lesión axonal subaguda en el nervio radial, predominantemente en su compartimento posterior (nervio interóseo posterior), y a nivel de la región proximal del brazo. Ante la sospecha de atrapamiento, se realiza resonancia magnética que muestra tumoración hiperintensa en T1 que rodea cuello de radio de aproximadamente $4 \times 3 \times 2$ cm, y que se torna hipointensa en STIR, que sugiere probable origen graso (figs. 1 y 2). Se realiza cirugía para descompresión neural, se extirpa la lesión y se liberan ambas ramas del nervio radial. El estudio anatomopatológico se informa como lipoma. El EMG de control, a los 6 meses del postoperatorio, evidencia ausencia de compromiso de la conducción a nivel de nervio radial. Tras un año de rehabilitación, el paciente consigue una recuperación prácticamente completa respecto al déficit inicial. Se valoró la funcionalidad del miembro superior derecho mediante los scores Quick-DASH y Jamar®.

Los lipomas son tumores benignos que usualmente se localizan en el tejido celular subcutáneo, aunque pueden aparecer en planos más profundos, y condicionar compresión de las estructuras adyacentes. Son una causa poco común de parálisis del nervio interóseo posterior. Richmond, en 1953, fue el primero en describirlo como entidad clínica, en un pintor de 62 años. En el año de 1958 Husted describe 2 casos de manera subsecuente, y hasta la fecha solamente hay reportados alrededor de 40 casos en la literatura^{1,3,4}. Las localizaciones más frecuentes de lipomas que condicionan compresión nerviosa periférica suele ser a nivel del fémur, radio y tibia^{3,4}. La compresión del nervio interóseo posterior secundario a lipomas suele tener un cuadro clínico de inicio progresivo, consistente en incapacidad para la extensión de los dedos y mano, sin alteraciones de la sensibilidad⁵⁻⁷. Hay

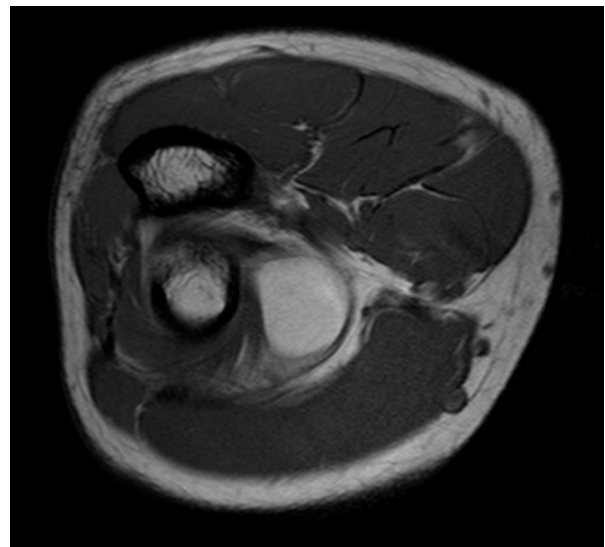


Figura 1 Resonancia magnética de extremidad superior derecha 1,5T, imagen en potenciación T1, corte axial: muestra tumoración hiperintensa que rodea cuello de radio de aproximadamente $4 \times 3 \times 2$ cm.

cierto predominio en mujeres, y tiende a ocurrir entre los 50-80 años. La sintomatología puede ser errática, y la presencia de dolor es variable. En la radiografía simple, el lipoma se puede manifestar como una radiolucencia, tal como lo describiera Richmond ya en el año 1953⁸. El EMG nos ayuda a confirmar la sospecha clínica, y a localizar el nivel de la compresión. La resonancia magnética es el estudio de elección para la valoración estructural de los tejidos blandos circundantes al nervio. El tratamiento es quirúrgico, y la resección del tumor debe ser completa para evitar recidivas como ya ha sido reportado⁶. Un diagnóstico precoz y un tratamiento quirúrgico oportuno serán de gran importancia de cara al pronóstico funcional.

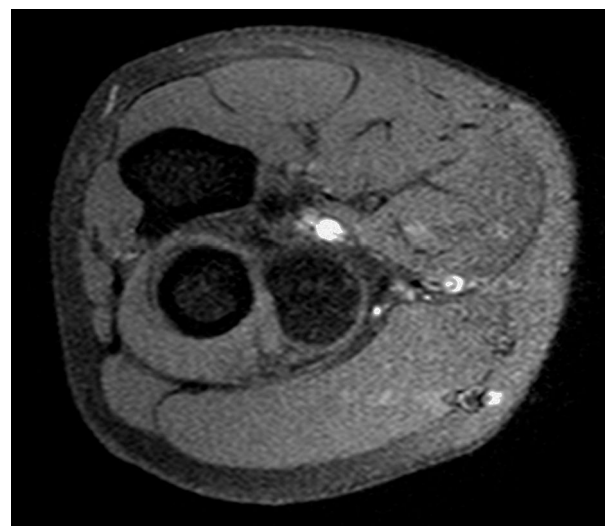


Figura 2 Resonancia magnética de extremidad superior derecha 1,5T, imagen en STIR, corte axial: tumoración hipointensa que es sugestiva de lipoma.

Conflicto de intereses

El trabajo no ha sido financiado por ninguna entidad pública o privada y los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fitzgerald A, Anderson W, Hooper G. Posterior interosseous nerve palsy due to parosteal lipoma. *J Hand Surg Br.* 2002;27:535–7.
2. Henrique A. A high radial neuropathy by parosteal lipoma compression. *J Shoulder Elbow Surg.* 2002;11:386–8.
3. Hirachi K, Kato H, Kasashima T, Kaneda K. Clinical features and management of traumatic posterior interosseous nerve palsy. *J Hand Surg Br.* 1998;23:413–7.
4. Avram R, Hynes NM. Posterior interosseous nerve compression secondary to a parosteal lipoma: Case report and literature review. *Can J Plast Surg.* 2004;12:69–72.
5. Kursumovic A, Mattiassich G, Rath S. Delayed diagnosed posterior interosseous nerve palsy due to intramuscular myxoma. *BMJ Case Rep.* 2013;2013, <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-008332>, pii: bcr2012008332.
6. Monacelli G, Cecil F, Prezzemoli G, Spagnoli A, Lotito S, Irace S. Posterior interosseous nerve palsy by synovial cyst of proximal radioulnar joint: Our experience after 5 years. *J Neurosurg Sci.* 2011;55:93–6.
7. Waitzenegger T, Chammas M, Lazerges C, Coulet B. Posterior interosseous nerve entrapment syndrome following distal rupture of the biceps tendon: physiopathology and literature review, an unreported case report. *Chir Main.* 2013;32:44–7.
8. Richmond DA. Lipoma causing posterior interosseous nerve lesion. *J Bone Joint Surg Br.* 1953;35B:83.

B.J. Flores Robles^a, J. Sanz Sanz^a,
A.A. Sanabria Sanchinel^{b,*} y A. Hualde Juvera^c

^a Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

^b Servicio de Neurología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^c Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: abelsanabria2000@yahoo.es
(A.A. Sanabria Sanchinel).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2015.12.020>
0213-4853/

© 2016 Sociedad Española de Neurología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>).