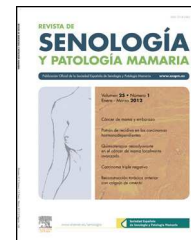




Revista de Senología y Patología Mamaria

www.elsevier.es/senologia



CARTA AL DIRECTOR

Schwannoma del plexo braquial simulando adenopatía axilar



Brachial plexus schwannoma mimicking an axillary adenopathy

Sr. Director:

Los schwannomas son los tumores benignos más frecuentes de los nervios periféricos y del plexo braquial, siendo su presentación rara. Pueden confundirse con otras lesiones tumorales según su localización.

Presentamos el caso de una mujer de 45 años que consultó con su médico por dolor y parestesias en miembro superior derecho tras haber sufrido un tirón en el mismo, refiriendo también una tumoración a nivel axilar. Se inició tratamiento con ibuprofeno 600 mg 3 veces/día, y al no mejorar se solicitó ecografía axilar en la que se informó de una lesión redondeada, hipocogénica, homogénea de unos 22 mm, sin vascularización visible que podía corresponder con una adenopatía patológica o lesión neoformativa de otro origen (fig. 1A). La paciente se remitió a la consulta de la unidad de patología mamaria, donde se completó estudio con una mamografía que mostró pequeñas imágenes de morfología nodular en cuadrante superoexterno de ambas mamas (categoría BI-RADS 2). A la exploración existía una tumoración axilar de 2 cm, móvil, dura y muy dolorosa. Se solicitó punción-aspiración con aguja fina ecoguiada de adenopatía axilar derecha adyacente a la arteria axilar extrayéndose una pequeña cantidad de líquido transparente (fig. 1B), siendo su realización dolorosa y que se informó como material hemático no valorable. Se solicitó biopsia con aguja gruesa ecoguiada que obtuvo escaso material (fig. 1C) compatible con tejido adiposo (probablemente por haberse usado avance corto de la aguja 15 mm ante la proximidad de la arteria axilar). En sesión clínica se decidió solicitar resonancia magnética mamaria que apreció adenopatías sólidas en axila derecha. Dado que la tumoración seguía siendo muy dolorosa se indicó exéresis de la adenopatía.

Se accedió a través de una incisión en pliegue axilar sobre la tumoración palpable, localizando un nódulo amarillo-grisáceo delimitado por una estructura venosa y otra estructura nerviosa (rama medial del tronco inferior del plexo braquial) que se disecaron y referenciaron con

vessel-loops, quedando la arteria axilar por debajo. Se completó la exéresis de la tumoración sin incidencias. El estudio anatomopatológico definitivo fue de schwannoma.

En las revisiones postoperatorias la paciente manifestó parestesias ocasionales en el primer y segundo dedo, la cara interna del antebrazo y brazo derechos, sin pérdida de fuerza. Por dicho motivo se remitió al servicio de neurocirugía del hospital de referencia para su seguimiento encontrándose la paciente asintomática en el momento actual.

Los schwannomas son tumoraciones sólidas benignas, de crecimiento lento, no adheridos a la piel o estructuras profundas y generalmente móviles, pudiendo afectar a diferentes nervios, suponiendo los de localización en el plexo braquial alrededor de un 5% del total que debido a su rareza y a la complejidad de sus localizaciones anatómicas constituyen un reto diagnóstico y terapéutico¹.

Epidemiológicamente suelen aparecer entre la tercera y quinta décadas de la vida² y ocasionalmente pueden asociarse a la neurofibromatosis tipo 2³.

Respecto a la clínica, Binder describe como más frecuentes la tumoración palpable (60%), parestesias (44%), dolor irradiado (44%) como síntomas más frecuentemente presentados solos o asociados⁴. En ocasiones puede existir el antecedente de un traumatismo previo en la zona⁵. Se deberían explorar sistemáticamente las fosas supraclaviculares y ambas axilas en las cervicobraquialgias para evitar que puedan pasar inadvertidos schwannomas en dichas localizaciones⁶. Se debe sospechar la existencia de un schwannoma ante tumoraciones dolorosas desplazables cuya percusión produce parestesias².

Respecto de los métodos diagnósticos los más usados son la TAC (nódulos isodensos respecto al parénquima cerebral)¹ y la RM (nódulos isointensos a hipointensos en T1 con realce al administrar gadolinio)⁷. Debe evitarse la realización de biopsias, ya sean abiertas o por punción⁴ pues se pueden lesionar los elementos nerviosos, y/o formarse adherencias que dificulten la identificación y disección del schwannoma⁸.

El diagnóstico diferencial es amplio e incluye la presencia de adenopatías, lipomas, angiomas, neurofibromas, paragangliomas, tumores primarios o metastásicos y síndrome de hombro doloroso^{3,5-7}.

La indicación para el tratamiento quirúrgico es la existencia de una disfunción neurológica, de dolor y/o crecimiento rápido¹ a ser posible mediante microcirugía en unidades especializadas⁵. El primer paso será la disección e

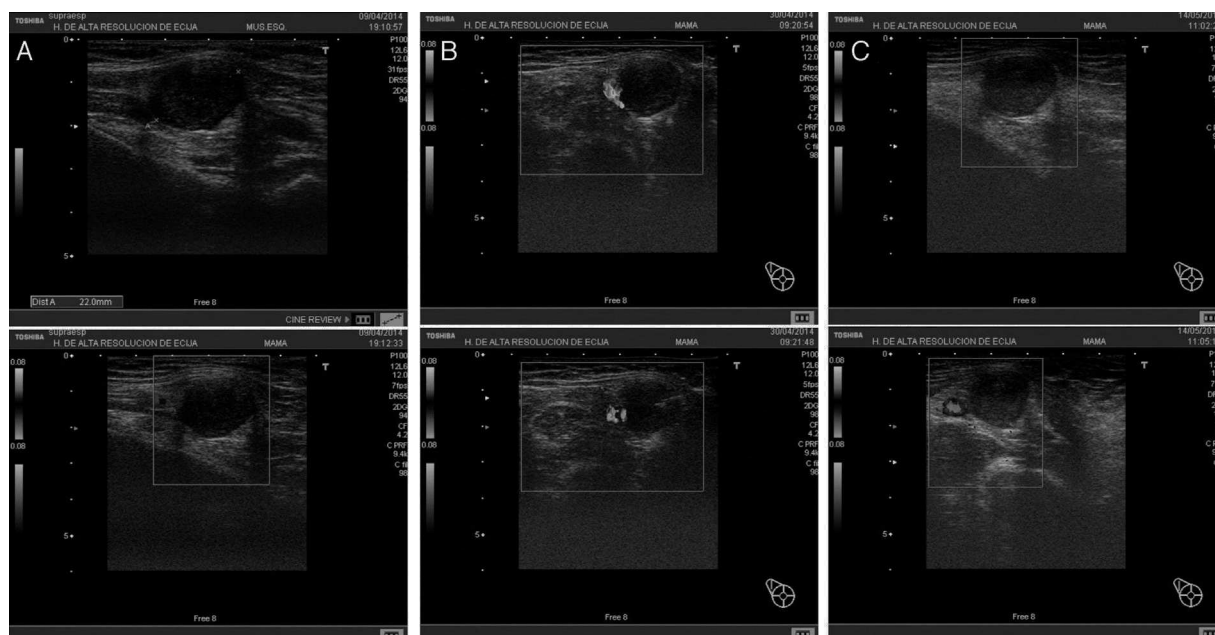


Figura 1 A) Ecografía axilar. B) PAAF-ecoguiada. C) BAG-ecoguiada.

identificación cuidadosa de las estructuras adyacentes¹. Es preferible una extirpación extracapsular o enucleación del mismo para preservar la función nerviosa tanto sensitiva como motora⁵, utilizando incluso monitorización neurofisiológica intraoperatoria⁷ aunque en ocasiones es preciso sacrificar el nervio para resear de forma completa el schwannoma⁹.

Respecto a las posibles secuelas no es infrecuente un cierto grado de déficit neurológico postoperatorio⁵ con recurrencias muy bajas³.

Como conclusión final podemos indicar que en aquellas tumoraciones axilares, sobre todo adenopatías, que se acompañen de un dolor intenso, asociado o no a parestias del miembro superior, debemos incluir en el diagnóstico diferencial la posibilidad de que se trate de un schwannoma.

Bibliografía

- Kumar A, Akhtar S. Schwannoma of brachial plexus. *Indian J Surg*. 2011; 73(1): 80-1. DOI 10.1007/s12262-010-0141-1.
- Rashid M, Salahuddin O, Yousaf S, Qazi VA, Yousaf K. Schwannoma of the brachial plexus; report of two cases involving the C7 root. *J Brachial Plex Periphery Nerve Inj*. 2013; 8:12. doi: 10.1186/1749-7221-8-12.
- Cortés S, Ortos A, García-Rayó R, Pérez-Cerda F, Gómez J. Schwannoma de plexo braquial en el diagnóstico diferencial del hombro doloroso. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;8:538-41.
- Binder DK, Smith JS, Barbara NM. Primary brachial plexus tumors: imaging, surgical, and pathological findings in 25 patients. *Neurosurg Focus*. 2004;16(5):1-6.
- Leal MB, Xavier AA, Ribeiro B, da Silva K, da Cunha MA, Pawa RK, et al. Schwannoma de plexo braquial. Relato de dois casos. *Arq Neuropsiquiatr*. 2004;62(1):162-6.
- Parrón P, Madruga JM, Pajares S, Lara F, Vicario C. Schwannoma de plexo braquial: descripción de un caso y revisión de la literatura. *Patología del Aparato Locomotor*. 2006;4:147-9.
- Rodríguez-Boto G, Moreno-Gutiérrez A, Gutiérrez-González R, Villar-Martín A, Arrez-Aybar LA, Serrano Hernando J. Neurinoma del plexo braquial simulando metastasis de adenocarcinoma de mama. *Medicina (Buenos Aires)*. 2011;71:459-61.
- Matejick V. Our experience with surgical treatment of the schwannomas of peripheral nerves. *Bratis Lek Listy*. 2002;103(12):477-9.
- Chen F, Miyahara R, Matsunaga Y, Koyama T. Schwannoma of the brachial plexus presenting as an enlarging cystic mass: report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2008;14(5):311-3.

Juan Pastor Roldán-Aviña^{a,*}, Luis Herrera-Gutiérrez^a, Evangelina Palacios García^a, María Estela Romero-Vargas^a, Concepción del Álamo-Juzgado^a, Francisco Muñoz-Pozo^a y María de Valle Paredes-García^b

^a Unidad de Patología Mamaria, U.G.C. Cirugía General y Digestiva, Hospital de Alta Resolución de Écija, Sevilla, España

^b Servicio de Radiología, Hospital de Alta Resolución de Écija, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jproldan@aecirujanos.es (J.P. Roldán-Aviña).