

SCHWANNOMA DEL NERVIO MEDIANO: UN CASO PECULIAR BUCEANDO ENTRE PATOLOGÍA COMÚN



Rubén Inglán Montes, Germán Escribano Mateo, Gabriel González de los Mártires,
Alba Edo Olucha, David Rodríguez Palomo

OBJETIVO

Presentar un caso de una tumoración en cara volar de muñeca, inicialmente confundida con un ganglión, que terminó siendo diagnosticada de Schwannoma del nervio mediano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Acude a consulta de Traumatología General un varón de 62 años que presenta tumoración asintomática de 3 cm en región volar de muñeca izquierda.

En ecografía inicial se aprecia lesión quística compatible con ganglión. Se punciona, sin obtener líquido, y se infiltra con corticoide y anestésico local.

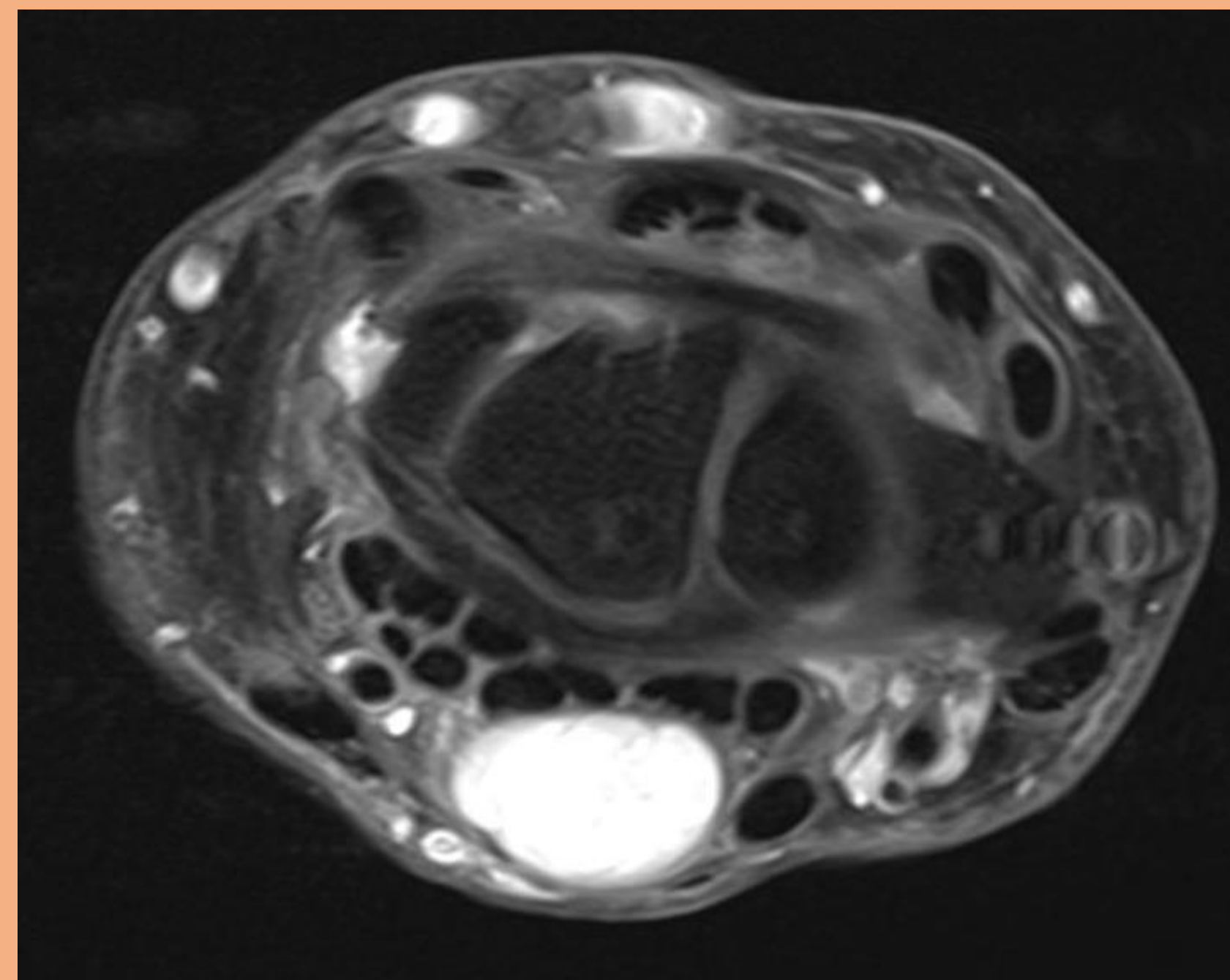
Se solicita RMN y se deriva a Unidad de Extremidad Superior.

En consulta sucesiva, el paciente relata dolor a la extensión de muñeca y a la palpación.

Presenta disestesias en territorio de nervio mediano que le despiertan por las noches.

A la exploración, Tinel +.

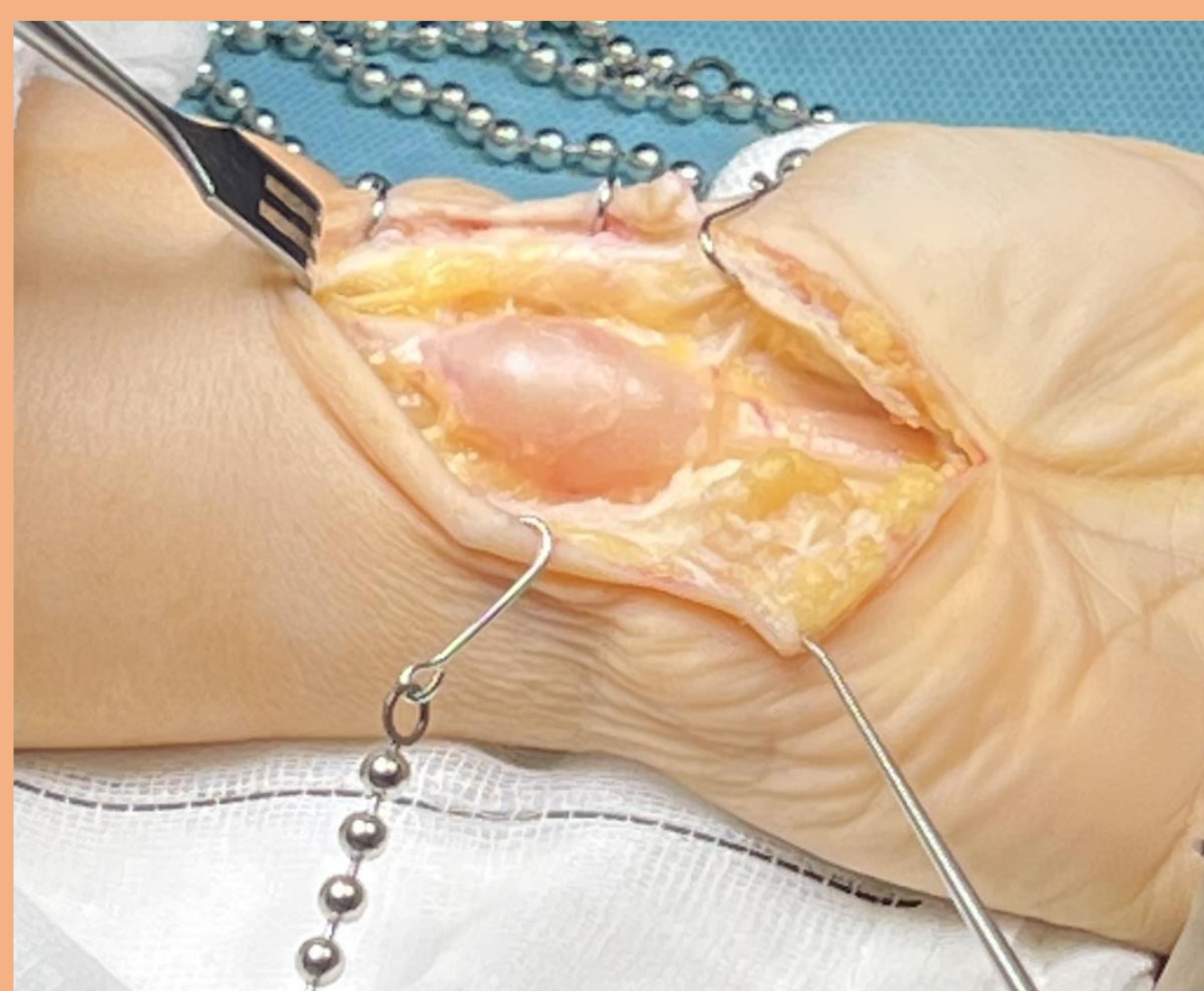
La RMN describe hallazgos compatibles con tumoración de estirpe neurogénica.



RESULTADOS

Se realiza cirugía mediante apertura de ligamento del carpo, disección de nervio mediano, apertura de epineuro y resección con ayuda de tenotomo de la tumoración. La anatomía patológica confirma la sospecha y da el diagnóstico definitivo de Schwannoma.

Tras la retirada de puntos, tanto las disestesias como el Tinel se habían negativizado.



CONCLUSIÓN

Pese a la alta incidencia de tumoraciones en miembros superiores que acuden a nuestras consultas, el Schwannoma representa únicamente el 5% de tumores en esta extremidades, reduciéndose a entre el 0,1-0,3% si nos referimos a la mano.

Los nervios más afectados son el peroneo y el cubital, mientras que solo el 7% de estas lesiones afectan al nervio mediano.

Dado el crecimiento lento de los Schwannomas, el tejido neural a menudo se adapta a la presión a la que se ve sometido, retrasando la aparición de clínica y pudiendo llevarnos a confusión con otras patologías más comunes a la hora del diagnóstico.

Aunque podemos ayudarnos de pruebas radiológicas, el único método concluyente para diagnosticarlo es el estudio histológico de la lesión.

La recurrencia es extremadamente baja tras su escisión total, por lo que la cirugía, optimizada con ayuda microscópica para evitar déficits postquirúrgicos, suele ser curativa.