

# Síndrome de compresión del nervio mediano en el brazo por una neoplasia mixoide intramuscular de bajo grado con potencial de recidiva

Medina Macías S.M.<sup>1</sup>; Marcos García A.<sup>2</sup>; Medina Henríquez J. A.<sup>2</sup>; Sánchez Díaz J.<sup>1</sup>; Ojeda Castellano J.<sup>1</sup>; Navarro García R.<sup>1</sup>; Báez Marrero O.<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

<sup>2</sup>UNIDAD DE MANO, MIEMBRO SUPERIOR Y NERVIOS PERIFÉRICOS

<sup>3</sup>SERVICIO DE ANATOMÍA PATOLÓGICA HOSPITAL UNIVERSITARIO INSULAR DE GRAN CANARIA

## Resumen:

Los tumores mixoides de los tejidos blandos abarcan un grupo heterogéneo de tumores con una conducta biológica variable, incluyendo tumores totalmente inofensivos, tumores con tendencia a recurrir localmente pero no a metastatizar, y tumores malignos. En estos tumores, el diagnóstico histológico correcto, la inmunohistoquímica y la citogenética molecular son necesarias para su apropiado seguimiento.

## Caso Clínico

Una mujer de 51 años consultó por presentar una tumoración en la cara interna del brazo izquierdo que fue aumentando de tamaño en los últimos meses, refiriendo además dolor y parestesias en la mano, clínica que presentaba una evolución de 7 meses. A la exploración se observó una tumoración de 5x3 cm en la cara interna del brazo, móvil, no adherida a piel ni a planos profundos, dolorosa, con Tinel positivo a ese nivel y parestesias en el territorio del nervio mediano en la mano (Fig. 1).

La RMN que portaba la paciente cuando la recibimos en nuestra unidad, informaba de Schwannoma del nervio mediano a nivel del brazo, lo que podía coincidir con la clínica que presen-

taba la paciente, pero llamaba la atención la superficialidad de la lesión en los cortes longitudinales y transversales de la resonancia (Fig. 2a, 2b).

Se realizó la exéresis quirúrgica de la tumoración para obtener el diagnóstico exacto, observándose en la intervención que se trataba de una tumoración ovoide, bien circunscrita, intramuscular, situada a nivel del Músculo Braquial Anterior, y que comprimía al Nervio Mediano, a la Arteria y a la Vena Braquial en el Canal Bicipital Interno del brazo (Fig. 3).

El Estudio Anatomopatológico de la pieza escindida en la intervención, informó que se trataba de una Neoplasia Mixoide Intramuscular de Bajo Grado con Potencial de Recidiva. Macroscópicamente

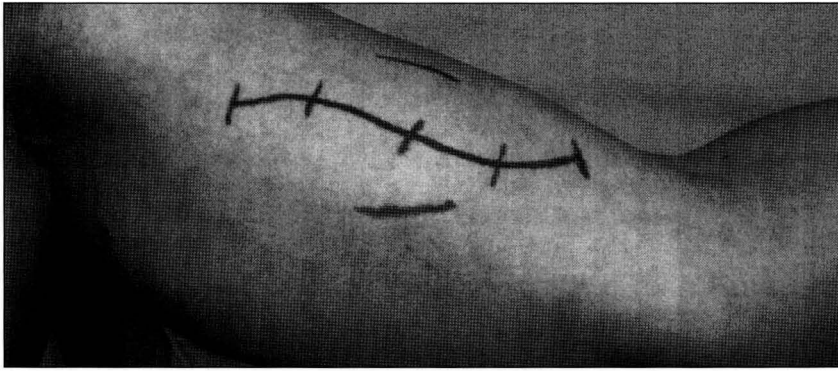
esta tumoración consistía en una formación nodular encapsulada de superficie lisa y vascularizada de 4x2,5 cm. Al corte presentaba una consistencia moderada, detectándose una formación quística en su interior que ocupa la mayor parte de la lesión con un contenido mucoso, denso y consistente en su interior (Fig. 4). Histológicamente en la tinción con hematoxilina-eosina, se observa una tumoración laxa y mixoide con discreta participación de celularidad fibrilar, fusiformes o dentríticas, de núcleos ovalados, en ocasiones irregulares e hipercromáticos, con mayor participación vascular que la que suele presentar el mixoma intramuscular (Fig. 5a). En los bordes afecta a haces musculares estriados, ofreciendo en otras zonas una ligera banda fibrosa pseudocapsular (Fig. 5b). Inmunohistoquímicamente, las células expresan CD 34, siendo negativa para la proteína S-100 y tiñéndose irregularmente y de forma débil con la actina cx del músculo liso (Fig. 6).

## Discusión

La Neoplasia Mixoide Intramuscular de Bajo grado con Potencial de Recidiva, o también denominada Mixoma Celular, es

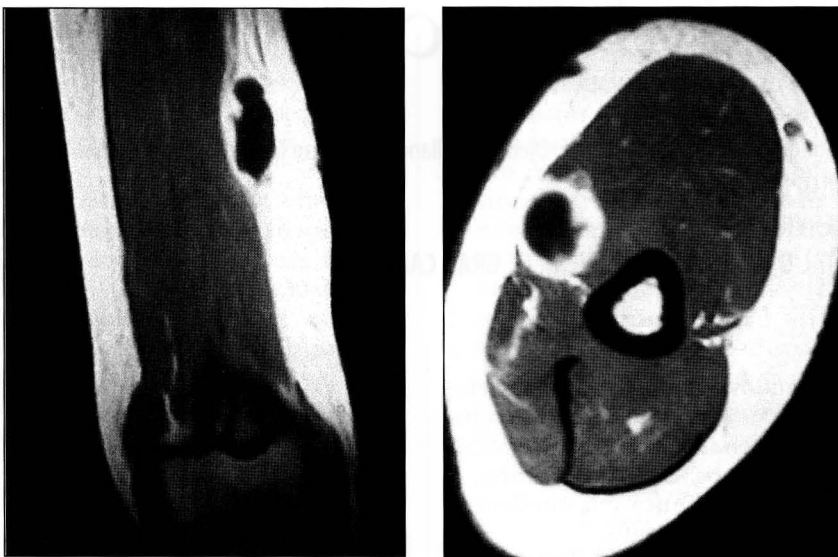
## Correspondencia:

Dra. S.M. Medina Macías  
C/ Ale. José Hidalgo Carreño, 4 35100  
San Fernando de Maspalomas Gran Canaria



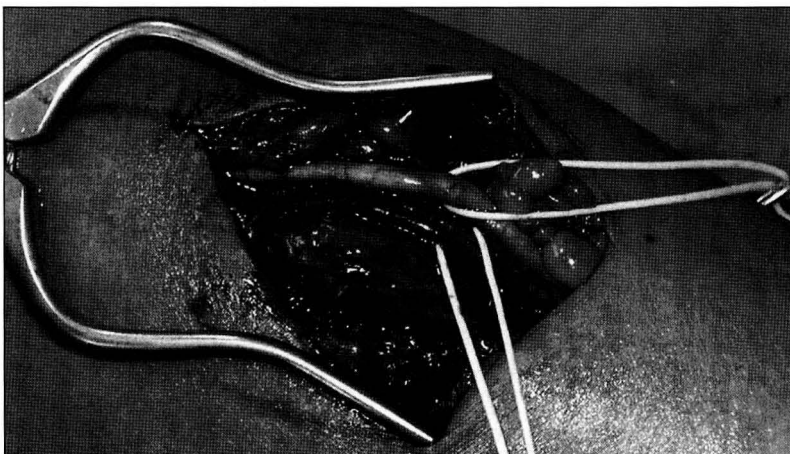
**Figura 1**

Aspecto clínico de la tumoración en la cara interna del brazo izquierdo previa a la intervención quirúrgica.



**Figuras 2a, 2b**

Imágenes de RMN informada como probable Schwannoma del nervio mediano, en las que llama la atención la localización superficial de la lesión.



**Figura 3**

Imagen intraoperatoria de tumoración ovoide intramuscular a nivel del Músculo Braquial Anterior, que comprime al Nervio Mediano, Arteria y Vena Braquial en el Canal Bicipital Interno.

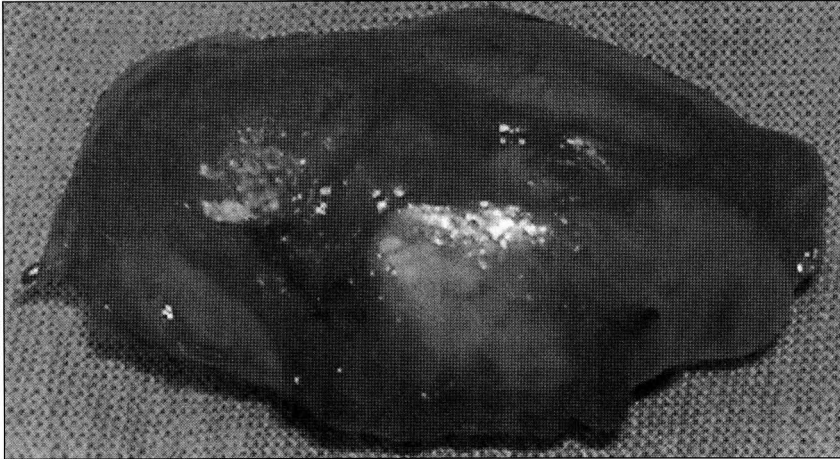
una variedad de tumor mixoide con una apariencia intermedia entre el mixoma intramuscular, que es más hipercelular e hipervascular, y el mixofibrosarcoma de bajo grado, que carece de atípicas y de la arquitectura curvilínea de los vasos.

En la Inmunohistoquímica las células de este tumor son positivas a CD34, como ocurre en el caso presentado, lo que es debido a su naturaleza fibroblástica, y puede ser positivas a la actina a del músculo liso (SMA), pero son negativas a la proteína S100 y a la desmina, lo que permite diferenciarlo de un tumor nervioso o de un tumor del músculo liso.

Clínicamente afecta a ambos sexos, con un ligero predominio femenino, y aparece mayormente entre los 55 y 60 años. Suele asentar en ambas extremidades, más en la inferior que en la superior, siendo más frecuente su localización proximal, en al área del muslo o del brazo, y es raro en la mano y alrededor de las cinturas. Como vemos estas características epidemiológicas y de localización del tumor coinciden con las del caso clínico presentado.

La mayoría se presentan como una masa de crecimiento lento subcutánea, subfacial o intramuscular, y No dolorosa, salvo que por su volumen origine un déficit funcional o un SÍNDROME DE COMPRESIÓN DE LOS ELEMENTOS NERVIOSOS VECINOS, lo cuál NO SUELE SER FRECUENTE pero que hemos de tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial con otros cuadros de compresión del nervio mediano a nivel del brazo, lo cual suele ser debido normalmente a anomalías anatómicas que descompensen su desfiladero a este nivel (ligamento de Struthers o banda fibrosa de la apófisis supracondílea a la epitroclea; el lacertus fibrosus o expansión aponeurótica del bíceps sobre los músculos epitrocleares; músculo pronador redondo- fibrosis del arco del flexor común superficial; anomalías vasculares; bolsa bicipital hipertrófica). En los raros casos, en los que el Mixoma

Celular se presenta originando un síndrome de compresión nerviosa, la duración media preoperatoria para la aparición de los sínto-



**Figura 4**

Aspecto macroscópico de la tumoración tras la exéresis quirúrgica.

mas suele ser de 6 meses. Por otro lado, se observa como las neoplasias intramusculares son móviles y se fijan por la contracción muscular.

En el caso presentado y teniendo en cuenta la clínica de la paciente de afectación del nervio mediano, también habría que hacer el diagnóstico diferencial con un Schwannoma al ser el tumor nervioso más frecuente del miembro

superior, que sin embargo, y a diferencia del Mixoma Celular, se localiza más frecuentemente distalmente, en la cara anterior del antebrazo y en la cara palmar de la mano y los dedos. Generalmente también se presenta como una tumoración única, redondeada, regular, firme a la palpación, móvil transversalmente pero no en sentido longitudinal. Su evolución es

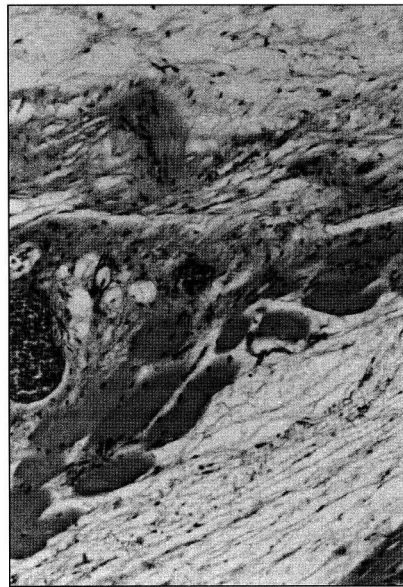
siempre lenta, con un aumento progresivo de volumen, pero es raro que sea muy voluminoso, no suelen ser mayores de 3 a 4 centímetros, siendo la aparición de signos de compresión nerviosa tardíos y estando en relación con el volumen del tumor. Su evolución es benigna y el tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica, tratándose generalmente de una tumoración excéntrica en el trayecto de un nervio con fácil clivaje lo que nos permite escindirlo respetando la totalidad de las fibras nerviosas.

Para el tratamiento de la Neoplasia Mixoide Intramuscular de Bajo Grado o Mixoma Celular es suficiente también la exéresis quirúrgica ampliada pero con un margen de seguridad apropiado, pues el seguimiento de estas lesiones a largo plazo ha demostrado su Conducta Biológica Benigna con un sólo pequeño riesgo de recidiva local (5-10%) si dicha escisión es insuficiente, pero no da metástasis a distancia, por lo que no hemos de hacer un diagnóstico injustificado de malignidad, no estando indicado normalmente instaurar ningún tipo de tratamiento coadyuvante.



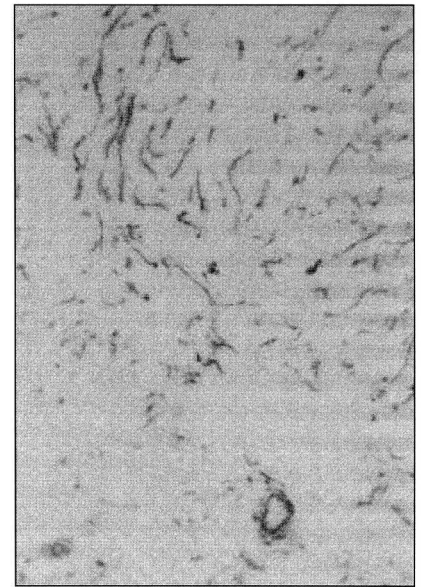
**Figura 5a**

Tinción con Hematoxilina-Eosina a mayor aumento. Celularidad fibrial, fusiformes o dentadas con participación vascular.



**Figura 5b**

Tinción con Hematoxilina-Eosina. Se observa a la derecha el tumor y a la izquierda la infiltración intramuscular de los haces musculares estriados por el tumor con una banda fibrosa pseudocapsular.



**Figura 6**

Tinción Inmunohistoquímica con CD 34.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Allen PW. Myxoma is not a single entity: a review of the concept of myxoma. *Ann. Diagn. Pathol.* 2000; 4: 99-123.
2. Graadt van Roggen JF, Hogendoorn PCW, Fletcher CDM. Myxoid tumours of soft tissue. *Histopathology* 1999; 35: 291-312.
3. Graadt van Roggen JF, McMenamin ME, Fletcher DM. Cellular myxoma of soft tissue: a clinicopathological study of 38 cases confirming indolent clinical behaviour. *Histopathology* 2001 Sept; 39: 3, 287-297.
4. Catroppo JF, Olesnick L, Ringer P, Goldenkranz P, Casas V, Wright T. Intramuscular low-grade myxoid neoplasm with potential (cellular myxoma) of the lower extremity: case report with cytohistologic correlation and review of the literature. *Diagn. Cytopathol.* 2002 May- 26 (5): 301- 305.
5. Mentzel T, Calonje E, Wadden C et al. Myxofibrosarcoma. Clinicopathologic analysis of 75 cases with emphasis on the low grade variant. *Am. J. Surg. Pathol.* 1996; 20: 391-405.