

Reumatología clínica en imágenes

Lipoma gigante en antebrazo como causa de compresión extracarpiana del nervio mediano

Giant lipoma of the forearm as a cause of extracarpal compression of the median nerve

Carlos A. Guillén Astete*, Marta del Carmen Prieto Morales y Antonio Zea Mendoza

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Caso clínico

Enfermera de 42 años, diestra, que consultó por un cuadro de 4 meses de evolución de parestesias en el primer, el segundo y el tercer dedos de la mano izquierda, dependiente de la realización de movimientos de flexión del carpo o de aprehensión de objetos con los dedos. Refería notar recientemente la presencia de un bulto en la región ventral del antebrazo ipsilateral.

La paciente no cuenta con antecedentes médicos relevantes.

El examen físico de la mano era normal, sin signos distróficos. Los pulsos y el llenado capilar eran normales. La fuerza y la sensibilidad estaban inalteradas. Presentaba Tinel y Phalen negativos. En el antebrazo se palpaba una masa blanda, indolora, redondeada, en el tercio proximal de la cara ventral, que no se desplazaba con los movimientos de la muñeca.

Análíticamente, presentaba reactantes de fase aguda normales y perfil tiroideo normal, sin otros hallazgos analíticos destacables.

Se realizaron una ecografía de carpo comparativa, que fue rigurosamente normal, y una ecografía del codo y el antebrazo, que mostraba una masa fusiforme de 4,9 × 1,9 cm, sin evidenciarse contacto con estructuras óseas, musculares ni tendinosas (fig. 1). Una RM demostró la presencia de una estructura que rodeaba anteriormente al tendón del bíceps de 5 cm en sentido craneocaudal por 1,8 anteroposterior por 1 cm en sentido transversal. La lesión presentaba un aumento de intensidad de la señal en las secuencias potenciadas en T1 y en T2, y suprimida en la secuencia de supresión grasa (fig. 2).

Se practicó una exéresis completa de la lesión, con posterior resolución completa de la sintomatología. El estudio de anatomía patológica informó la lesión como lipoma.

Discusión

Las parestesias en territorios típicos de inervación del nervio mediano inducen a la sospecha clínica de una compresión

carpiana de este nervio, conocida como el síndrome del túnel del carpo (STC). El STC predominantemente afecta al carpo de la mano dominante¹. Inicialmente, cursa con clínica de parestesias en el primer, el segundo y el tercer dedos, mientras que en estadios avanzados puede presentar alteraciones motoras que se correlacionan con lesiones demostrables por electromiografía^{2,3}.

Característicamente, el STC se manifiesta por las noches, aliviándose habitualmente con movimientos de sacudida de la mano. Esto hace que una de las terapias no farmacológicas se base en la colocación de férulas carpometacarpofalángicas nocturnas que fijen el carpo en posición fisiológica durante el sueño^{4,5}.

En el caso de nuestra paciente, la anamnesis sugería un STC con una exploración de la mano con Phalen y Tinel negativos. Hasta un 90% de los pacientes diagnosticados de síndrome de túnel del carpo presentan una sintomatología similar a la de la paciente (compromiso sensitivo del primer, el segundo y el tercer dedos), mientras que el signo de Tinel y Phalen tienen una sensibilidad entre el 48-73% y el 67-83%, con lo que su ausencia no descarta el diagnóstico. Por otro lado, la presencia de lipomas en el antebrazo ha sido descrita anecdóticamente en el antebrazo, sin haberse documentado ningún caso con clínica compatible al STC¹. Este caso no contradice los conocimientos existentes sobre las lesiones del nervio mediano, sino que ilustra una compresión en una región del mismo extremadamente infrecuente. Si bien el punto de compresión más frecuente del nervio mediano está en el carpo, deben considerarse otros posibles puntos de compresión proximales al carpo cuando la exploración física no respalda la sospecha y máxime cuando la exploración ecográfica del carpo es normal^{3,6-8}. Son estos los casos en los que la realización de una ecografía del antebrazo y del codo o una RM permiten identificar una compresión extracarpiana en la que el agente etiológico puede ser un lipoma, tal y como ha sido descrito esporádicamente en la literatura y por lo cual ambas pruebas deben ser consideradas dentro del estudio^{7,9}. Otras lesiones que junto con los lipomas, pueden originar una compresión nerviosa, tanto en el carpo como en regiones ventrales del antebrazo, y que clínicamente se comporten como un STC son los hamartomas, los sarcomas y los tumores óseos^{6,8,9}.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cguillen.hrc@salud.madrid.org (C.A. Guillén Astete).



Figura 1. Vista longitudinal de ecografía del codo y el antebrazo izquierdos. CR: cabeza del radio; H: húmero; m: masa.

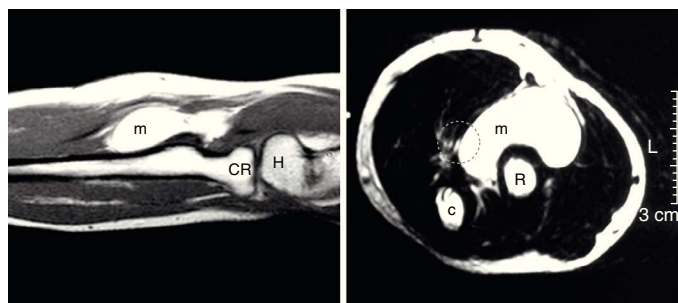


Figura 2. Resonancia magnética de antebrazo en T2. Izquierda: aspecto longitudinal donde se observa la masa anterior al radio. Derecha: corte transversal que demuestra la masa provocando un desplazamiento del área teórica por donde discurre el nervio mediano (circulo punteado). c: cúbito; CR: cabeza del radio; H: húmero; m: masa; R: radio.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ibrahim I, Khan WS, Goddard N, Smitham P. Carpal tunnel syndrome: a review of the recent literature. *Open Orthop J.* 2012;6:69–76.
2. Werner RA, Andary M. Electrodiagnostic evaluation of carpal tunnel syndrome. *Muscle Nerve.* 2011;44:597–607.
3. Watson JC. The electrodiagnostic approach to carpal tunnel syndrome. *Neurol Clin.* 2012;30:457–78.
4. Ashworth NL. Carpal tunnel syndrome. *Clin Evid (online)* [Internet]. 2011 [citado 31 Mayo 2012]; 2011. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22018420>
5. Baker NA, Moehling KK, Rubinstein EN, Wollstein R, Gustafson NP, Baratz M. The comparative effectiveness of combined lumbrical muscle splints and stretches on symptoms and function in carpal tunnel syndrome. *Arch Phys Med Rehabil.* 2012;93:1–10.
6. Louaste J, Zejjari H, Chkoura M, Houmadi A, Rachid K. Carpal tunnel syndrome due to fibrolipomatous hamartoma of the median nerve. *Hand (N Y).* 2011;6: 76–9.
7. McClelland Jr WB, Means Jr KR. Palmaris profundus tendon prohibiting endoscopic carpal tunnel release: case report. *J Hand Surg Am.* 2012;37: 695–8.
8. Jalan D, Garg B, Marimuthu K, Kotwal P. Giant lipoma: an unusual cause of carpal tunnel syndrome. *Pan Afr Med J.* 2011;9:29.
9. Chen C-H, Wu T, Sun J-S, Lin W-H, Chen C-Y. Unusual causes of carpal tunnel syndrome: space occupying lesions. *J Hand Surg Eur Vol.* 2012;37: 14–9.