

# CERVICOBRAQUIALGIA COMO SINTOMA PRIMARIO DE UN TUMOR BENIGNO DEL PLEXO BRAQUIAL: TRATAMIENTO QUIRURGICO

Dra. Marianela Merlini; Dr. Christian Allende; Dra. Natalia Gutierrez; Dra. Lorena Zecchini; Dr. Nicolas Ortiz

*Servicio de Traumatología y Ortopedia-Instituto Allende-Sanatorio Allende Córdoba, Capital Argentina*

## OBJETIVO

Presentar dos pacientes que consultaron por cervicobraquialgia como síntoma primario de tumor benigno del plexo braquial y su abordaje quirúrgico.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### CASO 1

Masculino, 36 años; consulta por cervicobraquialgia izquierda, reiteradas consultas previas por este síntoma. Examen físico: no presentaba déficit motor o sensitivo, MRC 5/5. Se palpaba masa tumoral a nivel de base de cuello, que el paciente desconocía. (Fig.1) Radiografía: no se observa compromiso óseo (Fig.2) Ecografía: En proximidad al hueco supraclavicular, se observa formación quística con tabiques internos, hipo vascular. (Fig.3) Resonancia magnética con (Fig.4) tractografía: formación tumoral en relación con el segmento post foraminal de la raíz nerviosa C6 de bordes definidos de 28 x 18 mm de diámetro hiperintensa en T2, e hipointensa en T1 con realce periférico de los tabiques tras la inyección de contraste. Se procede a la planificación y exéresis quirúrgica (Fig.5 y 6)

Técnica quirúrgica: Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general, a través de un abordaje lateral cervical izquierdo, protegiendo el paquete vascular del cuello, se llega hasta plano nervioso hasta la salida de las raíces nerviosas C5, C6, C7, a nivel del tronco superior y medio, se realiza neulolisis y escisión de tumor intraneural de la raíz C6 izquierda.

Fig. 1 Rx (Frente y perfil)



Fig. 2. Ecografía de cuello



Fig. 3. RMN cervical

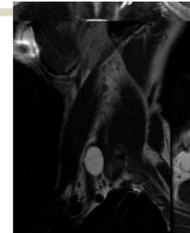
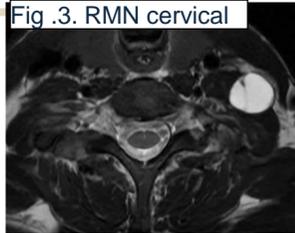


Fig. 4. Tractografía

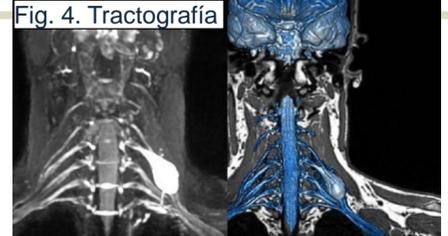
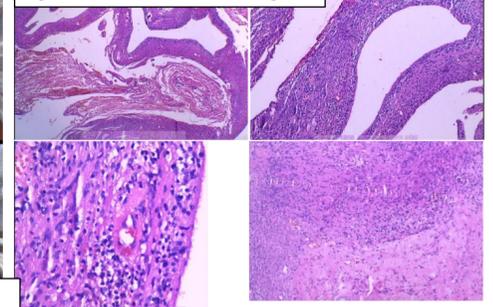


Fig. 5. Posicionamiento, abordaje preoperatorio



Fig. 6. Incisión quirúrgica y visualización de sitio donde se encontraba lesión quística.

Fig. 7. Anatomía Patológica



### CASO 2

Masculino 42 años; consulta por cervicobraquialgia izquierda sin déficit motor o sensitivo, MRC 5/5, es evaluado por servicio de neurocirugía. Le solicitan (Fig.8) resonancia de columna cervical evidenciándose masa tumoral a nivel de raíces bajas del plexo braquial. Es derivado al equipo de traumatología de miembro superior y microcirugía. Resonancia de plexo braquial con tractografía (Fig.9) : A nivel del hueco supraclavicular izquierdo se identifica lesión expansiva en relación con la raíz nerviosa de T1, bordes regulares, hiperintensa en T2, hipointensa T1, con realce tras la inyección de gadolinio de 62x49x40 mm.

Se procede a su resección.

Técnica quirúrgica: (Fig.10) Paciente en decúbito dorsal bajo anestesia general. A través de un abordaje transversal supraclavicular. Se identifican los troncos superior, medio e inferior. Se localiza tumor a nivel de la división anterior y posterior del tronco inferior. Se realiza neulolisis y resección completa de la tumoración sin lesionar la cápsula.

En ambos procedimientos se utilizó electro estimulador para identificar las raíces nerviosas y controlar función nerviosa posterior a la exéresis tumoral.

Fig. 8. Resonancia Magnética de cuello

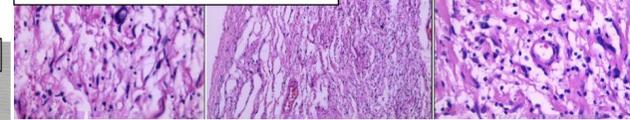


Fig. 9. Tractografía

Fig. 10. Procedimiento quirúrgico. Resección tumoral.



Fig. 11. Anatomía patológica



## RESULTADOS

Anatomía patológica:

**Caso 1:** Neurilemoma o Schwannoma quístico. (Fig.7)

**Caso 2:** Neurofibroma intraneural. (Fig.11)

Ambos pacientes cursaron el postoperatorio con buena tolerancia al dolor, refirieron inicialmente parestesias y disestesias que se irradiaban al miembro superior izquierdo pero que cedieron progresivamente con fisioterapia y pregabalina 150 mg/día por 30 días, permitiendo retomar sus actividades de la vida diaria.

## PUNTOS RELEVANTES

La cervicobraquialgia es un síntoma frecuente de consulta, pero su asociación como síntoma inicial de presentación de un tumor benigno del plexo braquial tiende a ser infrecuente, ya que se manifiestan como masas palpables e indoloras de crecimiento lento.<sup>1,2</sup>

Los tumores benignos del plexo braquial comprenden a los schwannomas y neurofibromas, cuyo origen surge de las células de Schwann que forman la mielina y ayudan en la recuperación y regeneración axonal en caso de daño.<sup>1</sup>

Aproximadamente el 19%<sup>1-3</sup> de todos los schwannomas se encuentran en las extremidades superiores, el 25-45% comprenden la cabeza y el cuello y el 5% de ellos se presentan en el plexo braquial (PB).<sup>1-2-4</sup>

Suelen predominar entre la tercera y quinta década de la vida, con una edad promedio de 40 años y prevalecer en mujeres.<sup>4</sup>

Su manifestación comprende desde la detección por una masa palpable (94%) en la región supraclavicular o infraclavicular, cervicalgia, irradiación en el territorio del nervio comprometido, parestesias y/o déficit motor a los miembros superiores, signo de Tinel o el hallazgo incidental del mismo.

Su detección se realiza mediante RMN, estudio de elección, que permite delimitar con mayor precisión la lesión y su relación con los tejidos circundantes.<sup>3-4</sup>

El tratamiento principal cuándo son sintomáticos es la escisión quirúrgica.<sup>1</sup> El primer informe de un tumor del plexo braquial tratado quirúrgicamente fue en 1886 por Courvoisier.<sup>4</sup> El éxito es cercano al 89% y presentan una tasa de complicaciones que va desde 11% al 17%. La resección completa del tumor se reporta principalmente en los schwannomas (hasta el 100% en distintas series) al ser lesiones encapsuladas, mientras que en los neurofibromas son principalmente resecciones parciales.<sup>3-4-5</sup>

## CONCLUSIÓN

La cervicobraquialgia es un síntoma frecuente de consulta, pero su asociación como síntoma inicial de presentación de un tumor benigno del plexo braquial tiende a ser infrecuente, ya que se manifiestan como masas palpables e indoloras de crecimiento lento. por lo tanto, deben considerarse en los diagnósticos diferenciales. Debido a su rareza y ubicación anatómica compleja, estos casos son un desafío diagnóstico y terapéutico para los cirujanos. En ambos pacientes, el tratamiento quirúrgico fue exitoso, mejorando la clínica y sin recidivas a la fecha.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aleksanyan LV, Afyan TS, Khachatryan PS, Poghosyan AY. Schwannoma of the brachial plexus with cystic degeneration: A case report schwannoma of the brachial plexus. Clin Case Rep. 2021.
2. Ranjan S, Arora N, Sethi D, Kaur D, Sethi G. Schwannoma of the Brachial Plexus: A Rare Case Report. Iran J Otorhinolaryngol. 2020.
3. Żyłuk A, Owczarska A. Outcomes of surgery for schwannomas of the upper extremity. Pol Przegl Chir. 2021
4. Felipe C Fredes, Santiago R Martínez, Alexis B Urrea. Schwannoma de plexo braquial: Reporte de un caso. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello. 2018.
5. Vergara-Amador Enrique, Andrade Rodríguez Juan Carlos. Schwannoma del plexo braquial de localización atípica en región axilar. Medicas UIS.2015.