
TUMORACIÓN EN EL TERCIO DISTAL DEL ANTEBRAZO Y PARESTESIAS EN EL TERRITORIO DEL NERVIO MEDIANO

**A. B. Fernández Cortiñas, M. Méndez Álvarez,
A. D. Izquierdo Santos, I. Vázquez Andrade**

*Servicio CHOU
Complejo Hospitalario. Ourense*

SUPERVISIÓN
J. Blanco Novoa
Médico Adjunto

CASO CLÍNICO

Anamnesis

Varón de 41 años de edad, agricultor de profesión, que acudió a la consulta externa por una tumoración en la cara volar del tercio distal del antebrazo derecho. Refería parestesias en el territorio del nervio mediano, especialmente en el tercer dedo, que aparecían tras la actividad manual moderada o traumatismos mínimos. No se acompañaba de clínica nocturna. El paciente no pudo precisar el momento del inicio de los síntomas, pero refería exacerbación de los mismos en los últimos seis meses, coincidiendo con un aumento del tamaño de la tumoración.

Exploración física

Se palpaba una tumoración de 8 × 3 cm, de disposición axial, en la cara volar del tercio distal del antebrazo, móvil, no dolorosa ni adherida a planos superficiales ni profundos. La función motora de la muñeca y de la mano era normal, objetivándose sólo una discreta pérdida de

fuerza de la pinza del pulgar y de la presa del puño, valorada mediante dinamometría.

Los test de provocación de los síntomas específicos del síndrome del túnel carpiano (Phalen y Durkan) eran positivos, así como el test de Tinel a nivel de la tumoración, irradiándose parestesias al tercer dedo. Test de Allen normal.

Pruebas complementarias

- La radiología simple no reveló datos de interés.
- El electromiograma reveló signos incipientes de compresión del nervio mediano en el túnel del carpo.
- En la resonancia magnética (RM) se apreció una masa fusiforme de señal similar al músculo normal, dando una imagen de baja intensidad de señal en todas las secuencias, localizada en el tercio distal del antebrazo derecho, volar al nervio mediano y medial al tendón del *flexor carpi radialis* (fig. 1).

se ubicaron sobre las zonas en las que protruía una estructura tendinosa que se tensaba a la tracción del vientre muscular distal. Se constató un tendón que, partiendo del vientre muscular anómalo, ascendía hasta insertarse en la epitroclea (fig. 2). Se resecó el vientre muscular junto con su tendón proximal, no considerándose necesario realizar el destechamiento del túnel carpiano.

Evolución

A las cuatro semanas de la intervención, el paciente refería una desaparición completa de los síntomas sensitivos, con una recuperación total de la función motora y normalización de los test de provocación.

DISCUSIÓN

Las variaciones anatómicas del músculo *palmaris longus* en cuanto a su forma y posición son muy raras, sin que tengan generalmente repercusión clínica. Sin embargo, algunas de estas anomalías pueden producir compresión del nervio

mediano, bien a nivel del canal carpiano por inserciones tendinosas anómalas en el interior del túnel, provocando un verdadero síndrome del túnel carpiano; o bien en la parte distal del antebrazo provocado por vientres musculares aberrantes, dando lugar a un pseudosíndrome del túnel carpiano¹⁻⁴.

El diagnóstico de estas anomalías adquiere especial importancia en los casos de compresión extracanal con el objeto de evitar gestos quirúrgicos innecesarios (destechamiento del túnel carpiano) o fracasos terapéuticos. La realización de una resonancia ante un caso con clínica de compresión del nervio mediano es obligada cuando se asocie a cualquier anomalía estructural o funcional distal del antebrazo. En la mayoría de los casos descritos en la literatura médica, la presencia de esta anomalía muscular se demostró durante el acto operatorio, procediéndose a su extirpación, asociada o no a la liberación del ligamento anular del carpo⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ari I, Sendemir E, Kurt MA, Ikiz I. A rare case of a multiple variation of the muscles in the upper and lower extremities. *Kaibogaku Zasshi*. 1997; 72: 521-4.
2. Natsis K, Levva S, Totlis T, Anastasopoulos N, Paraskevas G. Three-head reversed palmaris longus muscle and its clinical significance. *Ann Anat*. 2007; 189: 97-101.
3. Tubiana R. Tratado de cirugía de la mano. Tomo I. Barcelona: Masson; 1991.
4. Zeiss J, Jakab E. MR demonstration of an anomalous muscle in a patient with coexistent carpal and ulnar syndrome. Case report and literature summary. *Clin Imag*. 1995; 19: 102-5.
5. Zeybek A, Gürünlüoğlu R, Cavdar S, Bayramiçli M. A clinical reminder: a palmaris longus muscle variation. *Ann Plast Surg*. 1998; 41: 224-5.