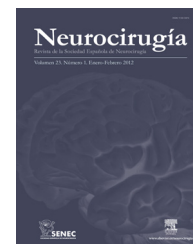


NEUROCIRUGÍA

www.elsevier.es/neurocirugia


Caso clínico

Plexopatía braquial compresiva por necrosis grasa encapsulada supraclavicular. Caso clínico

Miguel Domínguez-Páez^{a,*}, Luis de Miguel-Pueyo^a, Esteban José Marín-Salido^b, Antonio Carrasco-Brenes^a, Álvaro Martín-Gallego^a y Miguel Ángel Arráez-Sánchez^a

^a Servicio de Neurocirugía, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de octubre de 2013

Aceptado el 7 de marzo de 2014

On-line el xxx

Palabras clave:

Necrosis grasa encapsulada

Plexo braquial

Neuropatía compresiva

Keywords:

Encapsulated fat necrosis

Brachial plexus

Compressive neuropathy

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de un varón de 44 años de edad, sin antecedentes de interés, intervenido quirúrgicamente en nuestro servicio de una lesión ocupante de espacio supraclavicular diagnosticada tras un cuadro de un mes de evolución de paresia distal progresiva del miembro superior izquierdo. Tras el análisis histológico de la lesión reseca el diagnóstico fue de necrosis grasa encapsulada. Dicha entidad se caracteriza a nivel histológico por presentar una estructura quística, encapsulada, con necrosis grasa en su interior e infiltrado inflamatorio en su pared. La compresión de estructuras nerviosas secundaria a esta lesión tumoral es excepcional, la cual suele localizarse en miembros inferiores, especialmente en zonas expuestas a traumatismos. En el presente trabajo se expone el primer caso descrito de compresión supraclavicular del plexo braquial a consecuencia de una necrosis grasa.

© 2013 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Brachial plexus compression from supraclavicular encapsulated fat necrosis. A case report

ABSTRACT

We report the case of a 44-year-old male, lacking clinical history of previous illness, who had surgery at our hospital to treat a mass in the supraclavicular space. The patient presented with a 1-month progressive distal paresis of the left arm. The histo-pathological examination of the mass revealed an encapsulated fat necrosis. Fat necrosis is characterised by cystic architecture, encapsulation with fat necrosis within, and inflammatory infiltration of its walls. Neural structure compression secondary to this tumour mass is very rare. Fat necrosis is more frequent in the lower limbs, in areas exposed to trauma. This article is the first report of brachial plexus compression due to supraclavicular fat necrosis.

© 2013 Sociedad Española de Neurocirugía. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.m.dominguezpaez@gmail.com (M. Domínguez-Páez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.neucir.2014.03.002>

1130-1473/© 2013 Sociedad Española de Neurocirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Introducción

La necrosis grasa encapsulada (NGE) fue descrita por primera vez en 1975 por Schmidt-Hermes y Loskant¹. Se trata de una tumoración subcutánea de comportamiento benigno que suele localizarse en los miembros inferiores. Hasta la fecha se han utilizado varios términos para referirse a esta entidad patológica: «necrosis grasa nódulo-quística»², «lipoma móvil encapsulado»³, «necrosis grasa nodular», «herniación-degeneración grasa postraumática»⁴, «necrosis encapsulada»⁵ y «necrosis grasa encapsulada»⁶, siendo esta última la más acertada según algunos autores^{7,8}.

En el presente trabajo se describe el primer caso de plexopatía braquial compresiva secundaria a una NGE supraclavicular.

Caso clínico

Varón de 44 años, conductor de camiones, sin antecedentes médicos de interés, con un cuadro brusco de dolor escapular izquierdo asociado a una debilidad rápidamente progresiva de la mano ipsilateral (2 semanas de evolución), motivo por el cual solicitó asistencia médica. A la exploración inicial se objetivó el siguiente déficit motor: paresia 3/5 de la escala *Medical Research Council* (MRC) en la flexo-extensión de la muñeca y en la extensión de las articulaciones interfalángicas, así como una paresia severa 2/5 en la flexión interfalángica y en la musculatura intrínseca de la mano. Además, se objetivó una hipoestesia en el territorio radicular de la mano C7-C8. El estudio neurofisiológico practicado a las 2 semanas de la instauración de los síntomas puso de manifiesto una alteración de la inervación radículo-metamérica C7-C8-T1, sin signos de denervación activa, compatible con una lesión axonotmésica posganglionar en estas raíces. También se realizó una RM del miembro superior izquierdo, en la que se observó a nivel supraclavicular una masa redondeada, quística, de 3,6 × 2,6 × 2,6 cm, con contenido hiperintenso en secuencia T2 e hipointenso en T1 y captación periférica de contraste, la cual desplazaba en sentido caudal los vasos subclavios e impactaba sobre el tronco primario medio y el tronco primario inferior del

plexo braquial (fig. 1). Ante los hallazgos clínico-radiológicos se procedió, bajo monitorización neurofisiológica, a un abordaje supraclavicular con el fin de reseca la lesión. Durante la cirugía se objetivó una masa blanquecina, elástica, muy adherida a las estructuras adyacentes, con un contenido lechoso en su interior, que desplazaba el tronco primario medio y el tronco primario inferior. Se procedió a la exéresis completa de la lesión, liberando las estructuras del plexo braquial que estaban comprimidas (fig. 2). El informe anatomopatológico puso de manifiesto una lesión quística con contenido de aspecto graso necrótico, de paredes fibróticas sin revestimiento epitelial o endotelial, y con un importante infiltrado inflamatorio crónico en las mismas, destacando agregados focales de histiocitos espumosos que fagocitaban la grasa necrótica; compatible con NGE (fig. 3). Un mes después de la cirugía el paciente no presentaba déficit sensitivo-motor alguno.

Discusión

La NGE consiste en una tumoración subcutánea única o múltiple, benigna, no dolorosa y generalmente móvil, que suele localizarse en los miembros inferiores. Se trata de una entidad poco frecuente, de incidencia desconocida y que suele presentarse de forma más frecuente en mujeres en la quinta década de la vida. La tendencia a localizarse en los miembros inferiores parece estar en relación a la exposición a traumatismos, lo que podría tener relación con la etiopatogenia de esta entidad⁷. Hasta el presente trabajo no había sido descrita la localización supraclavicular.

La compresión sintomática de estructuras nerviosas secundaria a una NGE es excepcional, habiéndose descrito hasta la fecha un caso de neuropatía cubital por compresión a nivel del antebrazo⁹ y un caso de plexopatía subclavicular por compresión a nivel de la axila¹⁰. Destacar la rápida instauración de la sintomatología compresiva (menos de 2 semanas), tanto en el caso que aportamos como en los descritos por Segal et al.⁹ y López-Gómez et al.¹⁰. Teniendo en cuenta la naturaleza benigna de la tumoración, esta evolución podría estar

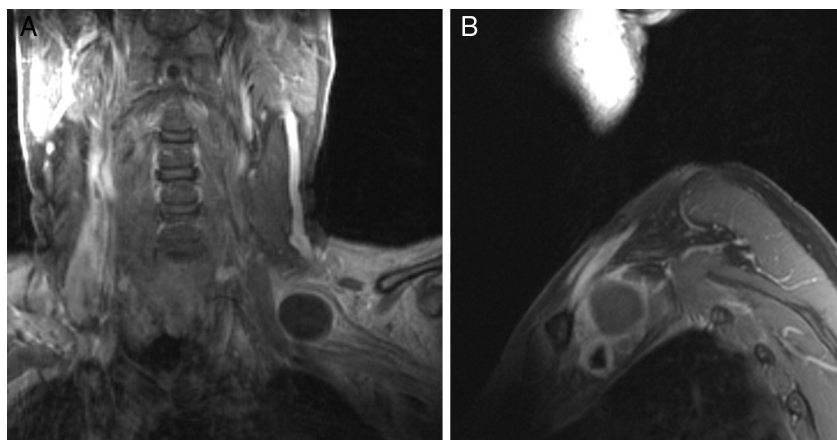


Figura 1 – A-B) Imágenes de RM en secuencia T1 con gadolinio, corte coronal y sagital, respectivamente. Se observa a nivel de la fosa supraclavicular una tumoración redondeada, quística, con un contenido homogéneo hipointenso y un realce de contraste periférico.

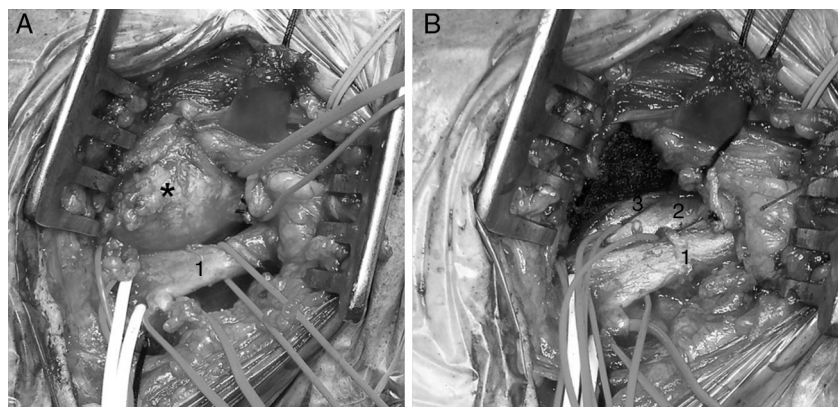


Figura 2 – A-B) Imágenes intraoperatorias del abordaje supraclavicular, antes y después de la resección de la tumoración, respectivamente. * : lesión tumoral, 1: tronco primario superior, 2: tronco primario medio, 3: tronco primario inferior.

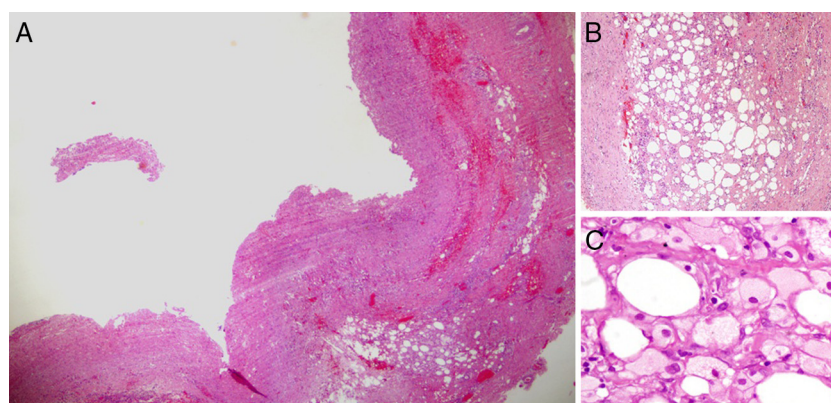


Figura 3 – Biopsia de la tumoración resecada, técnica de hematoxilina-eosina. A) Pared quística con fibrosis y áreas de necrosis grasa (x40). B) Área de necrosis grasa (x100). C) Histiocitos espumosos (x400). Diagnóstico histológico de necrosis grasa encapsulada.

justificada por la aparición de un componente inflamatorio que condujese al crecimiento rápido de la lesión.

A nivel histológico se trata de una lesión encapsulada, con una pared fibrótica de grosor variable y un contenido necrótico grasoso que puede estar tabicado. Es habitual identificar un infiltrado inflamatorio, especialmente a expensas de histiocitos espumosos, así como calcificaciones. Se han descrito casos con degeneración pseudomembranosa, degeneración mixoide y osificación metaplásica¹⁰⁻¹².

Existen pocos datos respecto al comportamiento radiológico de la NGE en RM. En el trabajo de Sonmez et al.¹³ se describe la lesión como un quiste subcutáneo con múltiples nódulos de intensidad similar a la grasa flotando en él. En nuestro caso la lesión se caracterizaba por ser un quiste único, con un fluido homogéneo en su interior hipointenso en secuencias T1 e hiperintenso en T2, así como una captación periférica de contraste.

El tratamiento de este tipo de lesiones parece ser exclusivamente quirúrgico, siendo obligado en aquellos casos en los que se produce una neuropatía compresiva secundaria al efecto masa de la lesión. Tanto en el caso de Segal et al.⁹ como en el aportado en este trabajo, la resección de la tumoración condujo a una restitución completa de la función nerviosa.

Conclusiones

La NGE es una entidad tumoral benigna poco frecuente. La compresión sintomática de estructuras nerviosas secundaria es excepcional, pero obliga a un manejo quirúrgico de la misma, con el fin de resecar la tumoración, eliminar la compresión y restituir así la función nerviosa.

BIBLIOGRAFÍA

- Schmidt-Hermes HJ, Loskant G. Verkalkte fettgewebsnekrose der weiblichen brust. *Med Welt*. 1975;26:1179.
- Przyjemski CJ, Schuster SR. Nodular-cystic fat necrosis. *J Pediatr*. 1977;91:605.
- Sahl Jr WJ. Mobile encapsulated lipomas. Formerly called encapsulated angioliipomas. *Arch Dermatol*. 1978;114:1684.
- Suenaga Y, Katayama N, Nishio K. Three cases of subcutaneous fatty tissue disease. *Nishinohon Hifuka*. 1982;44:126.
- Kikuchi I. Encapsulated necrosis on the legs showing a changing number of nodules. A special type of encapsulated adiponecrosis? *J Dermatol*. 1984;11:413.

6. Ezoe K, Shono M, Yoshimoto S. A case of encapsulated fat necrosis (Kikushi). *Rinsho Hifuka*. 1988;42:1139.
7. Kiryu H, Rikihisa W, Furue M. Encapsulated fat necrosis: A clinicopathological study of 8 cases and literature review. *J Cutan Pathol*. 2000;27:19–23.
8. Santos-Juanes J, Coto P, Galache C, Sánchez del Río J, Soto de Delás J. Encapsulated fat necrosis: A form of traumatic panniculitis. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2007;21:405–6.
9. Segal R, Saito R, Sen C. Ulnar neuropathy caused by fat necrosis with cystic myxoid degeneration at the upper forearm: Case report. *Neurosurg*. 1988;23:669–71.
10. López-Gómez M, Mediavilla-García JD, Bianchi-Llave JL, Duro-Ruiz G. Paralysis of the brachial plexus secondary to pseudotumoral fat necrosis. *Med Clin (Barc)*. 1995;105:116.
11. Felipo F, Vaquero M, del Agua C. Pseudotumoral encapsulated fat necrosis with diffuse pseudomembranous degeneration. *J Cutan Pathol*. 2004;31:565–7.
12. Hanami Y, Hiraiwa T, Yamamoto T. Nodular cystic fat necrosis with calcification and metaplastic ossification. *Am J Dermatopathol*. 2012;34:782–4.
13. Sonmez E, Safak T, Kecik A. Giant nodular cystic fat necrosis: A report of a rare case. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2009;62:152–4.