

RESECCIÓN DE NEUROTECOMA EN ARTICULACIÓN SACROÍLIACA GUIADA POR NAVEGACIÓN: REPORTE DE CASO

RESECCIÓN DE NEUROTECOMA EN ARTICULACIÓN SACROÍLIACA GUIADA POR NAVEGACIÓN: REPORTE DE CASO

Autores: Fernando Andrés Saboya Yepes, Diana
Carolina Medina Castellanos



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN



El neurotecoma (NTC) es un tumor benigno cutáneo que se origina de las células de la vaina neural (1). La primera vez descrito fue en 1969 (1). Sin embargo, el término NTC lo acuñó en 1980 por Gallagher y Helwig (2).

Se presenta con mayor frecuencia durante la infancia (3). Su presentación clínica de los NTC suele ser asintomáticos, únicos y de crecimiento lento (3). Se describen como lesiones rojizas con forma de cúpula que compromete las partes superiores del cuerpo (cara, cuello, y brazos). No obstante, el NTC tiene variaciones atípicas como lo es el siguiente caso que se presentó en la articulación sacroilíaca (SI) derecha produciendo dolor e inestabilidad de la articulación por lo que se decide manejo quirúrgico con resección completa del tumor y artrodesis lumbopélvica.



REPORTE DE CASO

Paciente femenina de 46 años quien consulta por cuadro clínico de dolor lumbosacro, al examen físico se identifica origen del dolor en articulación SI derecha. Se solicitan exámenes imagenológicos, radiografía (*Imagen 1*), tomografía axial (*video 1*) y resonancia magnética pelvis (*video 2*). Por hallazgos y persistencia de síntomas, se realiza biopsia abierta reportando neoplasia mesenquimal sin criterios histológicos de malignidad compatible con origen neural e inmunohistoquímica positiva en células problema para S100 y EMA, y negatividad para CDK4, MDM2, CD34, CD31, AML y ESMINA. El Ki67 es de 0%. La conclusión de la inmunohistoquímica es tumor fusocelular sin criterios de malignidad con inmunoperfil compatible con origen neural tipo NTC.

Se considera paciente con lesión tumoral benigna, pero de histología agresiva con inmunoperfil de NTC, en quien se manejó conservadoramente, sin embargo, con persistencia de síntomas, por lo que se plantea manejo quirúrgico de resección de lesión ósea con artrodesis lumbopélvica.



Video 2. Resonancia magnética de pelvis con presencia de masa lítica lobulada en el sacro, articulación sacroilíaca e iliaco derecho

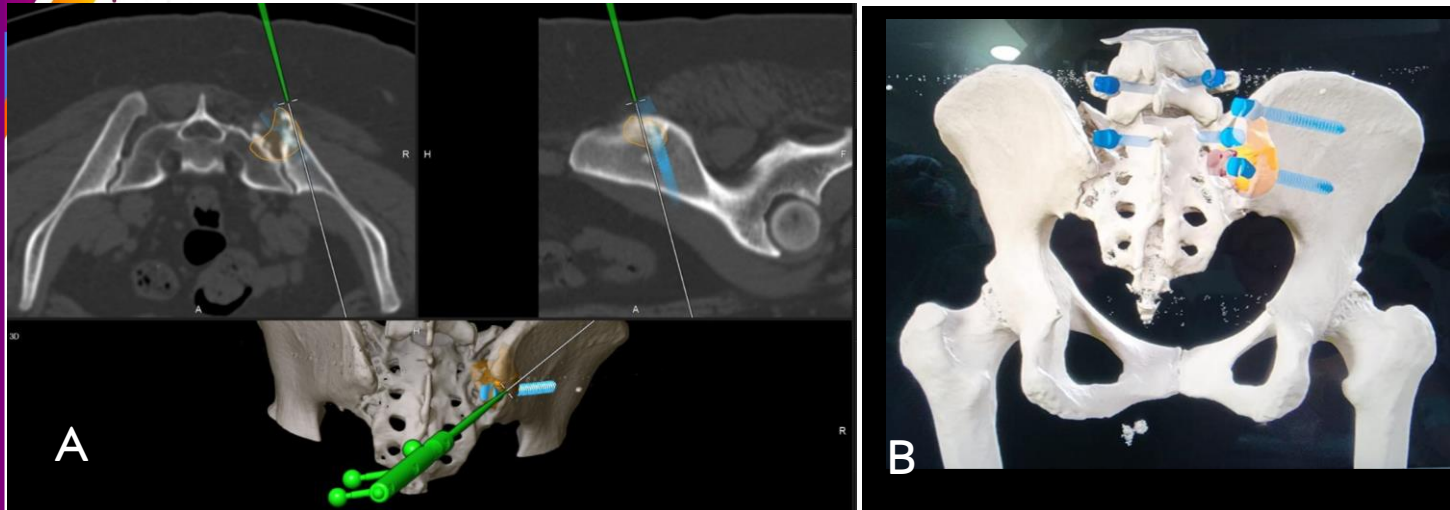


Imagen 2. A) Resección de tumor por navegación. **B)** Pelvis posteroanterior con aplicación de tornillos transpediculares y sacroilíacos por neuronavegación

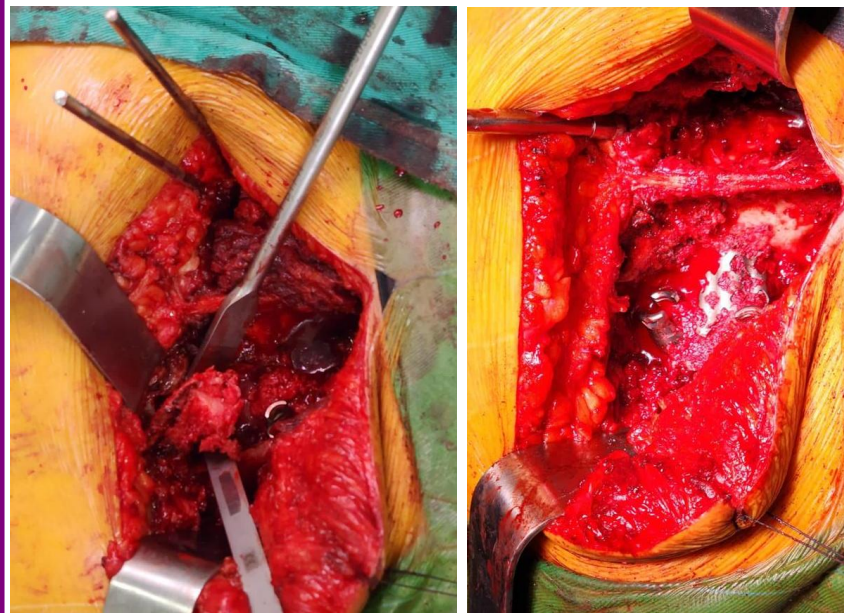
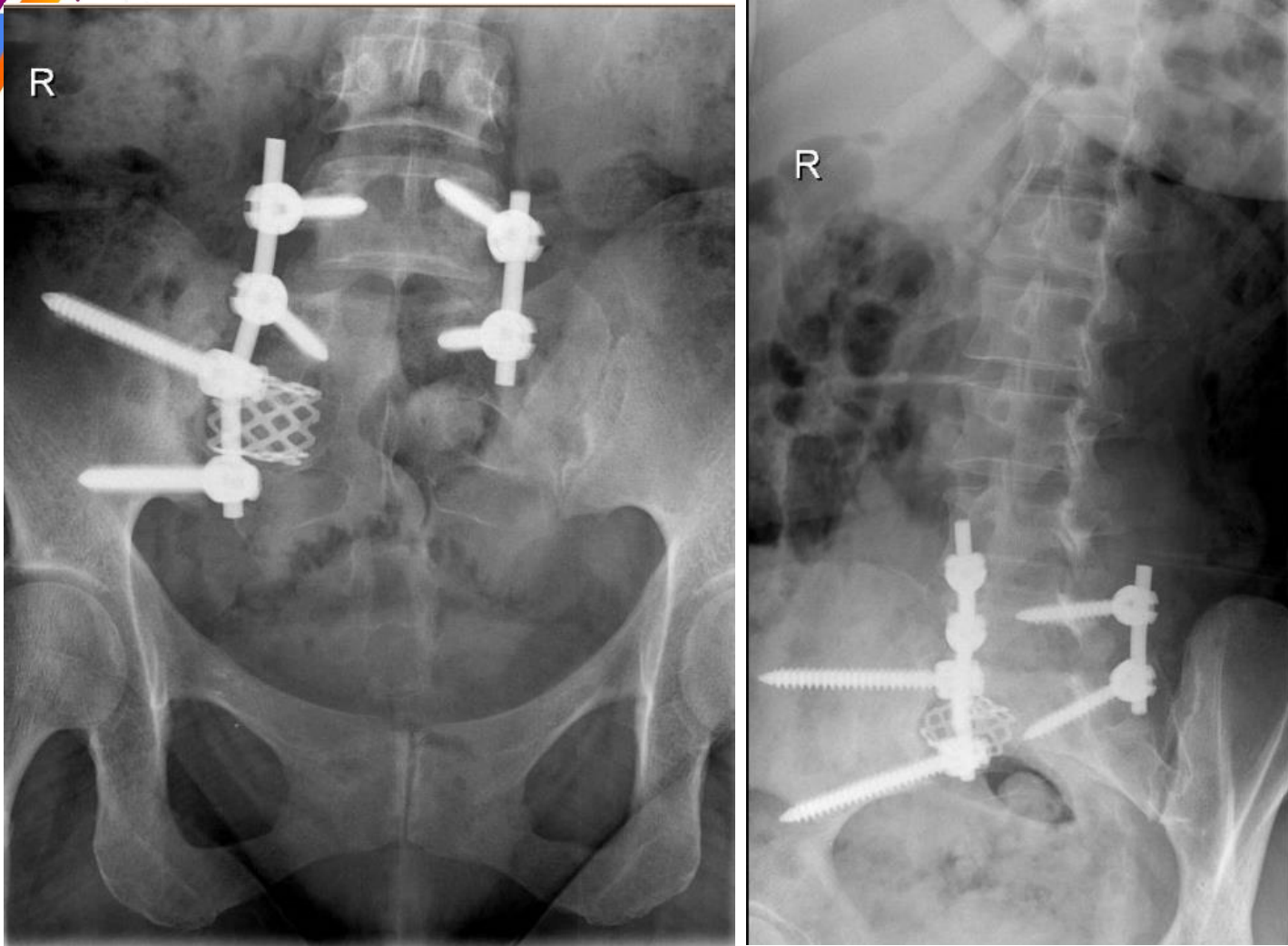


Imagen 3. A) Resección en bloque con hemipelvectomía por navegación. **B)** Reconstrucción y artrodesis sacroiliaca con malla de titanio

Técnica quirúrgica: Paciente en posición decúbito prono, abordaje posterior ampliado de la articulación SI derecha, disección por planos hasta identificar procesos espinosos. Se ubica kit y antena de navegación, se posiciona sistema de neuronavegación avanzada (brain lab), se realiza disección dirigida por navegación (Imagen 2) y se dispone a exponer articulación SI. Bajo navegación se realiza resección en bloque con hemipelvectomía (Imagen 3A). En bordes de resección se realiza fresado de alta velocidad con sistema midax, y adyuvancia local con peróxido de hidrogeno, logrando resección del tumor en columna vertebral. Se identifica defecto óseo secundario a resección tumoral, que se resuelve mediante el uso de matriz ósea de banco de hueso e injerto tipo pia flex prime, generando adecuada reconstrucción y junto a cirugía de columna se dispone a realizar reconstrucción, y artrodesis sacroiliaca con malla de titanio y sistema mesa de fijación (Imagen 3B). Se logra adecuado control oncológico de la lesión. se realiza cierre de herida por planos, se finaliza procedimiento sin complicaciones. Se envía tumor a biopsia.

REPORTE DE CASO



Se recibe resultado de biopsia con resultados de neoplasia de origen mesenquimal, sin criterios de malignidad compatible con origen neural. Presenta bordes libres, sin lecho tumoral residual, Se realiza control de la paciente a la primera semana, el primer mes, a los tres meses, a los seis meses y luego al año de la cirugía. La paciente indica que no presento dolor durante el postoperatorio con mejoría de la calidad de vida. Ultima radiografía de control de la paciente con adecuado posicionamiento del material e integración de injerto óseo.

Imagen 4. Radiografía de columna lumbosacra después de 1 año del postoperatorio. Se observa material de artrodesis en adecuada posición. Signos de consolidación de injerto.

DISCUSIÓN



El origen celular sigue indeterminado, aunque los estudios inmunohistoquímicos sugieren una posible línea neural o de Schwann con diferenciación para tipos mixoides (5). A pesar de que se considera un tumor benigno puede convertirse agresivo, siendo dentro de sus factores predictores tumores > 5 cm, bordes irregulares, invasión y alta tasa mitosis (6)

Su diagnóstico clínico es difícil por su baja frecuencia, por lo que es mandatorio realizar una patología (6).

La resección completa del tumor es el tratamiento curativo. No hay recomendaciones de la resección de márgenes (8). Cuando se considera NTC de presentación atípica se recomienda realizar previa biopsia a la resección total (8). Si presenta células con atipia se recomienda resección amplia de márgenes (8). Por otro lado, puede presentarse recidiva cuando no se realiza una resección completa del NTC (9)(10).

Se han descrito casos de NTC intraóseos en tobillo y mano, sin embargo, este el primer caso descrito de NTC intraóseo en la articulación SI con curación completa posterior a escisión de tumor.

1. Gallager RL, Helwig EB. Neurothekeoma: a benign cutaneous tumor of neural origin. *Am J Clin Pathol.* 1980;74:759-764.
2. Cavicchini S, Guanziroli E, Del Gabbo A, Scaparro M, Gianotti R. Neurothekeoma, a hard to diagnose neoplasm among red nodules. *Australasian J Dermatol.* 2018;59(4):e280-e282
3. Papadopoulos EJ, Cohen P, Hebert A. Neurothekeoma: report of a case in an infant and review of the literature. *J Am Acad Dermatol.* 2004;50:129-134
4. Argenyi ZB, Le Boit PE, Cruz DS, Swanson PE, Kutzner H. Nerve sheath myxoma (neurothekeoma) of the skin: light microscopic and immunohistochemical reappraisal of the cellular variant. *J Cut Pathol.* 1993;20:294-303.
5. Stratton J, Billings SD. Cellular neurothekeoma: analysis of 137 cases emphasizing atypical histologic features. *Mod Pathol.* 2014;27:701-710.
6. Boukvalas S, Rogers H, Boroudmand N, Cole EL. Cellular neurothekeoma: A rare tumor with a common clinical presentation. *Plast Reconstr Surg Glob Open.* 2016;4(8):e1006.
7. Busam KJ, Mentzel T, Colpaert C, et al. Atypical or worrisome features in cellular neurothekeoma. A study of 10 cases. *Am J Surg Pathol.* 1998;22:1067-1072.
8. Wilson AD, Rigby H, Orlando A. Atypical cellular neurothekeoma-diagnosis to be aware of. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008; 61: 186-188.
9. Fustes-Morales A, Durán-McKinster C, Braun G, Ruiz-Maldonado R. Tumor asintomático en la pared abdominal: neurotecoma celular (mixoma de la vaina del nervio). *Dermatol Pediatr.* 2005; 3: 220-223.
10. Ahmed, I., Rawat, J. dar, Singh, S., Sharma, A., Pandey, A., & Goel, M. (2010). Neurothekeoma: a rare sacrococcygeal tumor in a child. *Journal of Pediatric Surgery*, 45(5), 1037–1039.