



160/2624 - Masa en cara interna de muslo y dolor neuropático

S. Martínez Pagán^a, L. Sambrana Iglesias^b y R. Yuste Ballesta^c

^aMédico Adjunto de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia. ^cMédico Residente de 4º año de Oftalmología. HCUV de la Arrixaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 53 años que acude a consulta de atención primaria por dolor en cara interna muslo derecho, que asciende a ingle, duele en reposo y ejercicio, de un mes de evolución. No déficits motores. AP: de hipertensión arterial, dislipemia, depresión y artrosis. Tratamiento actual: olmesartan, amlodipino, fenofibrato, lorazepam, venlafaxina y levotiroxina. Su médico de cabecera prescribió gabapentina y solicitó ecografía de partes blandas, siendo diagnosticada de una tumoración de estirpe neural compatible con schwannoma, por lo que derivó a neurocirugía, y se realizó la extirpación de la misma. Actualmente la paciente está asintomática.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. AC: rítmica, sin soplos. AP: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación. EEII: Masa en la cara interna del muslo derecho a 4 traveses de dedo de la rodilla de 3 cm de diámetro, dolorosa a la palpación. Ecografía de partes blandas: en la rama cutánea del nervio obturador a la altura del tercio medio muslo derecha presenta tumoración neural de 3 cm compatible con schwannoma. Se presenta como nódulo hipoecoico con mucha vascularización en su interior. RMN de muslos con contraste: en región medial de tercio medio de muslo derecho y localizada en localización intramuscular en el interior de las fibras profundas del músculo sartorio, se observa una imagen nodular de 2,2 × 1,9 cm. Está bien delimitada, es hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 y DPSG (en relación con ausencia de grasa). Muestra escasa restricción en la secuencia de diffusion weighted image (DWI). Presenta un realce homogéneo de toda la lesión a excepción de una zona central que no realza. Anatomía patológica: células fusiformes, sin mitosis. Áreas mixoides. Vasos sanguíneos con hialinización de la pared. Inmunohistoquímica: S-100+.

Juicio clínico: Schwannoma de la rama sensitiva del nervio obturador.

Diagnóstico diferencial: Ganglioneuroma, neurofibrolipoma, neurofibroma, mixoma intrasartorio, schwannoma maligno, tumor de Triton y metástasis.

Comentario final: 1. Debe sugerirse el diagnóstico de tumor nervioso ante una tumefacción o un dolor a lo largo del trayecto de un nervio desencadenado a la percusión. 2. La resonancia magnética (RM) es la prueba complementaria de elección. 3. Con mucha frecuencia se trata de schwannomas, de excelente pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz S. Tumores neurogénicos de nervios periféricos: estudio por imágenes. Rev Chil Radiol. 2003;9:124-36.
2. Chick G. Tumores primarios de los nervios periféricos. Aparato locomotor. Elsevier. 2011, pp. 1-12.