

GONALGIA INESPECÍFICA

AUTORES

Marta Sarasa Roca

Maria Del Carmen Angulo Castaño

Jesus Gomez Vallejo

ANAMNESIS

Paciente mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas y con antecedentes de tabaquismo y EPOC. La paciente refiere gonalgia derecha de años de evolución, sin antecedente traumático previo ni ningún otro dato de interés. El dolor había comenzado de manera insidiosa y había ido aumentando progresivamente.

Como primera opción terapéutica se deriva a rehabilitación, y ante la falta de respuesta clínica tras el tratamiento, es remitida posteriormente a nuestras consultas para valoración.

EXAMEN FÍSICO

La paciente refiere un dolor en la zona medial de la rodilla derecha de años de evolución. No recuerda antecedente traumático ni haber realizado sobreesfuerzos. El dolor es intermitente y de intensidad moderada, empeorando con la actividad física. No presenta dolor nocturno.

A la exploración no se observa inflamación, eritema, aumento de temperatura o sudoración. Rango de movilidad dentro de la normalidad. Maniobras ligamentosas y meniscales sin alteraciones. Destaca un dolor selectivo a la palpación de la cara medial de la rodilla derecha, en la zona medial insercional de la pata de ganso. La paciente no refiere entumecimiento ni parestesias, y no existen déficits vasculonerviosos distales.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- - Radiografía simple: Pequeña lesión cortical de borde esclerótico del margen medial de la metáfisis tibial derecha, compatible con un fibroma, hemangioma o lipoma perióstico (FIGURA 1).
- - Resonancia Magnética Nuclear: lesión ósea en la cortical medial de tercio proximal de la tibia de intensidad de señal heterogénea siendo predominantemente hiperintensa en secuencias T2 e hipointensa en secuencias T1 sugestiva de defecto fibroso cortical, no visualizándose otras alteraciones óseas.
- - Tomografía Axial Computarizada: lesión de la superficie ósea, cortical y perióstica, de dimensiones 20 x 8 x 10 mm, que se interpreta como un posible osteocondroma, con un crecimiento que ha erosionado y roto el perfil externo, así como levantado el periostio (FIGURA 2).

DIAGNÓSTICO

- - Paciente con gonalgia crónica derecha debido a una tumoración de origen no filiado.

TRATAMIENTO

Se coloca a la paciente en decúbito supino con manguito de isquemia en raíz de miembro inferior derecho. Se realiza una incisión longitudinal ligeramente medial a la tuberosidad tibial anterior, y se procede a la resección completa de la tumoración con curetaje. (FIGURA 3).

En el estudio histológico macroscópico se obtiene un fragmento nodular de tejido, de consistencia firme, y coloración blanquecina externa, que mide 2.5 x 1.5 x 1 cm.

Microscópicamente se aprecia una lesión fragmentada que presenta una celularidad uniformemente fusiforme, organizada focalmente en tractos o fascículos, que no muestra signos de atipia ni actividad mitótica relevante. El estudio inmunohistoquímico para S100 mostró a nivel intralesional una intensa y difusa positividad.

Se obtiene finalmente como diagnóstico anatomopatológico la presencia de un Schwannoma intraóseo.

EVOLUCIÓN

La paciente no presenta complicaciones en el postoperatorio inmediato, siendo dada de alta a las 24 horas tras la cirugía. Se establece pauta de heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas y se recomienda carga parcial de la extremidad hasta revisión en consultas.

Acudió a las consultas de Cirugía Ortopédica y Traumatología para revisión un mes tras la intervención. Herida quirúrgica cicatrizada sin incidencias. Mejoría clínica franca, sin dolor tanto a la palpación como a la deambulación.

Se realiza una nueva revisión a los 6 meses debido al riesgo de recidiva de este tipo de lesiones. La paciente sigue asintomática y no refiere incidencias durante este período de tiempo.

DISCUSIÓN

Los schwannomas, también llamados neurinomas, son tumores benignos de las vainas de los nervios periféricos que surgen a partir de las células de Schwann. Los nervios sensitivos desarrollan schwannomas con más frecuencia, ya que contiene más células de Schwann que otros nervios en sus axones (1).

Estos tumores son raros en los niños, y suelen presentarse entre la segunda década y la quinta de la vida, y afecta ligeramente más a las mujeres que a los hombres. Los schwannomas son comunes en los tejidos blandos de la cabeza y el cuello, y menos del 0,2% están asociados al hueso. Los huesos más frecuentemente afectados son la mandíbula, ya que el nervio mandibular es predominantemente sensitivo, y el sacro, ya que muchas raíces nerviosas sensitivas pasan través de los agujeros sacros (2).

El tumor puede afectar el hueso mediante 3 mecanismos (3):

- Puede ser intramedular, apareciendo directamente en el interior del hueso.
- Puede originarse en el canal de nutrientes.
- Puede ser extraóseo, erosionando el hueso.

En la literatura, la mayoría de los casos son asintomáticos, y los síntomas más comunes fueron el dolor inespecífico de aparición insidiosa, inflamación periódica o sudoración. En algunas series se observó un deterioro de las funciones sensitivas y motoras, y fracturas patológicas (4).

Radiológicamente, el schwannoma intraóseo se presenta como una lesión ósea similar a un quiste benigno, una lesión lítica bien definida con bordes escleróticos delgados, contornos lobulados o trabeculados, expansión cortical y erosión y ausencia de calcificación interna.

El schwannoma intraóseo se asocia con un buen pronóstico y no se ha reportado transformación maligna en la literatura. Por lo tanto, el tratamiento más recomendado es la resección completa con curetaje, y en ocasiones injerto óseo (5).

Debido a que se trata de una entidad muy poco frecuente, no se suele incluir en el diagnóstico diferencial de lesiones dolorosas de apariencia radiográfica benigna que surgen en huesos largos, y se llega al diagnóstico definitivo una vez que se obtiene el resultado histológico tras la escisión.

IMÁGENES



FIGURA 1: Rx simple donde se observa lesión cortical de borde esclerótico del margen medial de la metáfisis tibial derecha.



FIGURA 2: TAC donde se observa lesión ósea en la cortical medial de tercio proximal de la tibia.

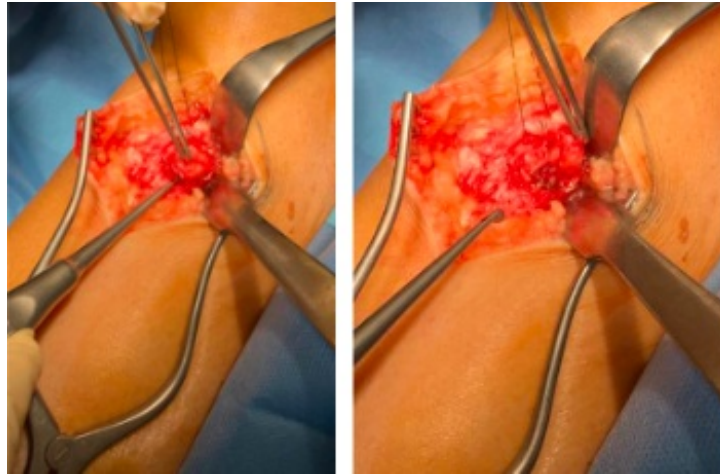


FIGURA 3: Imagen que muestra hallazgos quirúrgicos intraoperatorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. C. M. Ida, B. W. Scheithauer, O. Yapicier et al., "Primary schwannoma of the bone: a clinicopathologic and radiologic study of 17 cases," *The American Journal of Surgical Pathology*, vol. 35, no. 7, pp. 989–997, 2011.
2. Al-Lhedan F. Schwannoma of the femur: A rare case report. *J Bone Oncol*. 2017 May 22;8:1-3. doi: 10.1016/j.jbo.2017.05.002. PMID: 28593144; PMCID: PMC5447570.
3. Kito M, Yoshimura Y, Isobe K, Aoki K, Momose T, Kato H. Intraosseous neurilemmoma of the proximal ulna. *Int J Surg Case Rep*. 2014;5(12):914-8. doi: 10.1016/j.ijscr.2014.10.062. Epub 2014 Oct 23. PMID: 25460435; PMCID: PMC4275780.
4. Haberal B, Turkbey Simsek D, Simsek EK. Intraosseous Schwannoma of the Calcaneus: A Rare Tumor of the Bone. *Case Rep Orthop*. 2018 Oct 2;2018:9824025. doi: 10.1155/2018/9824025. PMID: 30386664; PMCID: PMC6189694.
5. Ilgenfritz RM, Jones KB, Lueck N, Buckwalter JA. Intraosseous neurilemmoma involving the distal tibia and fibula: a case report. *Iowa Orthop J*. 2006;26:138-43. PMID: 16789465; PMCID: PMC1888578.