



Matilla Basoa, E.
Viño Loureiro, M.
Martín Gaitero, M.
Trapote Cubillas, A.R.
Casas Ramos, P.
Diez Romero, L.J.



Complejo Asistencial Universitario de León

Introducción

El mixoma intramuscular es un tumor de origen mesenquimal, infrecuente (incidencia 0'1-0'13 por 100.000 individuos) y de etiología desconocida. Suele aparecer entre la 4ª-7ª décadas de la vida, predominantemente en mujeres (70%) y extremidades superiores (50-60%). Aunque su presentación más frecuente es como tumor solitario, existen casos de mixomas múltiples que suelen asociar otras entidades, formando síndromes.

Objetivos

Describir un caso de mixoma intramuscular atendido en nuestro servicio.

Material y método

Mujer de 60 años, sana, que acude a consulta derivada desde otro centro hospitalario por tumor de partes blandas en cara anterior del antebrazo, de 8 años de evolución, asociando parestesias en territorio de nervio mediano en los últimos meses. Realizaron PAAF y posterior biopsia escisional, compatibles con ganglión. Tumoración de 5 cm de diámetro, elástica, no dolorosa, pero profunda. En inicio, la radiografía hace sospechar una lesión en la superficie ósea del radio. Tras realizar otras pruebas de imagen (RMN y estudio de extensión con TAC y Gammagrafía, que resultó negativo) se realiza biopsia Tru-cut: lesión fibromixoide. Se decide intervenir, realizándose resección marginal, osteotomía hemicortical del radio, autoinjerto de cresta iliaca y osteosíntesis con placa LCP.



Fig. 1: Aspecto clínico al acudir a consulta



Fig. 2: Radiografía inicial

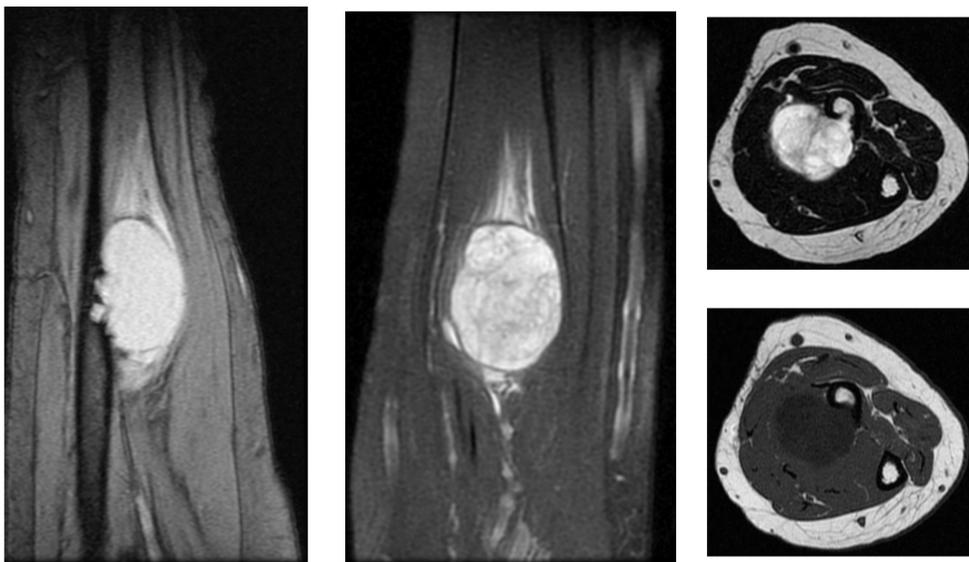


Fig. 3 a 6: Imágenes de RMN

Resultados

Anatomía patológica: Mixoma intramuscular tipo mixoma celular. Buena evolución. Actualmente 2 años post- IQ, asintomática. Sin signos de recidiva ni necesidad de retirada del material.



Fig. 7 y 8: Imágenes intraoperatorias

Conclusión

El mixoma intramuscular se presenta generalmente como una masa indolora y móvil; si produce síntomas suelen originarse por compresión de estructuras adyacentes. Se recomienda diagnóstico histológico mediante biopsia, recalando la importancia de que ésta sea realizada en el centro de referencia que posteriormente vaya a encargarse del tratamiento definitivo, que en este caso consistirá en la resección quirúrgica amplia. No existen casos en la literatura que asocien metástasis o malignización, aunque sí agresividad local, y las recurrencias suelen deberse a resecciones incompletas.



Fig. 9: Control radiográfico post-operatorio

