

RECURRENCIA DEL NEUROMA DE MORTON

Juan Apellániz Antón, María Garralda del Villar, Germán Escribano Mateo, Gabriel González de los Mártires, Rubén Inglán Montes.

Hospital Universitario de Navarra

Objetivos

Recurrencia del neuroma de Morton, causas y tratamiento.

Material y métodos

Paciente de 64 años que presenta dolor en pie derecho. Ha sido intervenido en varias ocasiones debido a neuroma en 2º espacio intermetatarsial.

- 1ª IQ: Apertura percutánea del ligamento intermetatarsal transverso.
- 2ª IQ a los 3 meses: Resección de neuroma a través de abordaje longitudinal plantar.
- 3ª IQ a los 6 meses: Resección de tejido fibro-cicatricial y cauterización de cabos nerviosos a través de abordaje previo.
- 4º procedimiento: Neurolisis ecoguiada con alcohol y radiofrecuencia.

Es valorado por compañeros de Unidad del dolor, Neurología y Psiquiatría por mal control del dolor.

Resultados

6 años tras última intervención, paciente acude a nuestras consultas debido a persistencia del dolor y limitación funcional. A la exploración física se palpa tumoración en zona medial del gemelo. Es dolorosa y refiere tenerla desde hace años.

Se solicita ecografía: “Tumoración sólida de partes blandas de apariencia benigna. Se plantea la posibilidad de schwannoma sin poder descartar otras posibilidades”

Se solicita RM con gadolinio: “Tumoración de la vaina nerviosa con características de agresividad intermedia dependiente del nervio tibial. Tumoración benigna de la vaina nerviosa en el gastrocnemio medial.”

Se realiza BAG por ecografía: “Tumor Mesenquimal con rasgos morfológico e inmunohistoquímicos compatibles con tumor de la vaina del nervio periférico. Posible schwannoma reticular o mixoma de vaina de nervio periférico.”

Se lleva a cabo cirugía, resección de ambas tumoraciones sin dañar nervio tibial. AP confirma schwannoma reticular.

3 meses tras intervención, el paciente está asintomático.

Conclusiones

Tras la intervención quirúrgica del neuroma de Morton, hay estudios que demuestran mejoría sólo en 50% de los pacientes.

En el diagnóstico diferencial en las recurrencias, hay que descartar el síndrome del túnel del tarso o la compresión más proximal del nervio tibial, la cual causa irritación del nervio más distalmente provocando una clínica similar. Wolfort y Dellond obtuvieron en un estudio que el 50% de los pacientes con recurrencia presentaban compresión a nivel más proximal.

Si el diagnóstico de Neuroma es correcto, la cirugía de recurrencia debe consistir en una resección proximal al ligamento intermetatarsial y cabezas de metatarsos.

