

Tumor de la vaina tendinosa. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Dr. Julio Enríquez,* Dra. Margarita Flores Castellanos,**
Dra. Leticia De Alba,*** Dr. Daniel Alcalá Pérez****

RESUMEN

Se comunica el caso de un paciente del sexo masculino de 42 años de edad, con el diagnóstico de tumor de la vaina tendinosa, se realiza breve revisión del tema.

Palabras clave: Tumor de la vaina tendinosa.

ABSTRACT

We report a case of a 42 year old male with diagnosis of tumor of the tendon sheath presentation a review of the literature is made.

Key words: Tumor of the tendon sheath.

INTRODUCCIÓN

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es un tumor común en los dedos, las manos y las muñecas y menos frecuente en rodillas, pies y cadera, donde se adhiere a una vaina tendinosa. También se conoce como histiocitoma fibroso de la vaina tendinosa, xantogranuloma, mieloplaxoma, tenosinovitis nodular y sinovioma benigno. Es un tumor firme y mide de 1 a 3 cm de diámetro. No muestra tendencia a la involución espontánea. Puede alcanzar la sinovial de un espacio articular adyacente e involucrar la piel. La etiología no está bien establecida, aunque es posible que se trate de un histiocitoma fibroso. Es un tumor casi siempre benigno pero puede en ocasiones invadir localmente la dermis y ser confundido con una verdadera neoplasia. En un porcentaje mínimo puede existir recurrencia y cuando afecta a tejidos blandos la mayoría de las veces es de estirpe maligna.

Es importante tanto para el dermatólogo clínico como para el histopatólogo estar familiarizados con este tipo de lesión. Debido a su frecuente extensión a las articu-

laciones y estructuras adyacentes y a la frecuente recurrencia que suele presentarse después de una resección quirúrgica incompleta, es conveniente que su extirpación corra a cargo de un cirujano dermatólogo con experiencia.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo masculino de 42 años de edad, casado, ocupación empleado, originario y residente de México D.F. quien acudió por presentar dermatosis localizada a extremidad superior derecha de la cual afectaba tercer dedo a nivel de segunda falange, constituida por una neoformación de 1.5 x 1 cm de longitud, subcutánea de consistencia dura, cubierta por piel de aspecto normal de bordes bien definidos siendo crónica y asintomática (Figuras 1 y 2).

Al interrogatorio refiere haber iniciado su padecimiento 2 meses previos a su consulta con la aparición de una lesión tumoral con crecimiento lento y asintomático, no se encontraron antecedentes de importancia para su padecimiento.

Se estableció el diagnóstico de Pb. Tumor gigante de la vaina.

Reporte histopatológico: Los cortes mostraron tejido colágeno de aspecto fibroso que rodean una neoformación constituida por áreas con numerosos histiocitos, muchos de ellos de aspectos con formación de algunas

* Jefe del Servicio de Cirugía, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente de 5º año, Dermatología, CDP.

*** Servicio de Cirugía, CDP.

**** Residente de 2º año Dermatología, CDP.



Figura 1. Vista lateral de tumor de la vaina tendinosa.

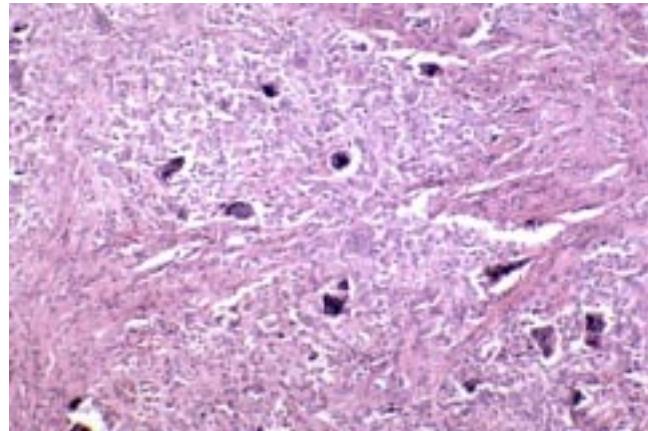


Figura 3. Histología de tumor de la vaina.

células gigantes multinucleadas y numerosos osteoclastos, además de áreas con vasos dilatados y en otras predominando la colágena de aspecto fibroso (Figura 3).

Se procedió a efectuar su extirpación, mediante disección cuidadosa de la masa tumoral, se hace corrección de la herida mediante colgajo A-T (Figura 4).

Evolución del paciente: A un año de evolución el paciente se encuentra asintomático y sin recidivas.

COMENTARIO

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa deriva de células de revestimiento sinovial, la etiología es controvertida con tendencia a un crecimiento reactivo y neoplásico. Existen dos subtipos clínicos e histológicas poco diferenciadas. Su forma más frecuente es la loca-

lizada afectando a mujeres en proporción de 2 a 1 con los hombres y su mayor incidencia es entre la tercera y quinta década de la vida y afecta los dedos, manos y muñecas. Otros sitios de localización frecuentes son los pies, tobillos y rodillas. Se presenta como una masa indolora y bien circunscrita, que parece estar adherida a estructuras más profundas en la superficie flexora de los dedos y las palmas. La piel suprayacente por lo general es móvil, pero en el examen radiológico es evidente una erosión ósea cortical en alrededor de 10% de los casos.^{2,4,5}

Histopatología: Este tumor suele ser lobulado con la colágena densa a su alrededor. La celularidad es variable. En algunas áreas, la mayoría de las células tiene aspecto de histiocitos, con núcleos vesiculares. A menudo contienen hemosiderina o lípidos. Algunas célu-



Figura 2. Vista de cara anterior de dedo con tumor de la vaina tendinosa.



Figura 4. Extracción quirúrgica de tumor de la vaina.

las cargadas de lípidos parecen espumosas. En otras zonas se aprecian fibroblastos en un estroma fibroso o hialinizado. Las células gigantes características con frecuencia de tamaño considerable, se distribuyen en las áreas celulares y fibrosas. El citoplasma es muy eosinofílico e irregular, y los núcleos se disponen al azar parecidos a los osteoclastos normales.¹

En ocasiones el tumor no está bien adherido a la vaina tendinosa por lo que se podría confundir con un tumor de tejidos blandos que habitualmente son malignos. Sin embargo, los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa son benignos y sólo en un 10 a 20% de los casos existe recurrencia. La escisión local completa es el tratamiento de elección.^{2,5}

El principal diagnóstico diferencial es con el fibroma de la vaina tendinosa el cual es una lesión fibrosa de crecimiento lento por lo general se presenta en hombres de edad media, en la superficie flexora de la mano, con una masa de aproximadamente 2 cm de longitud siendo el pulgar el sitio más común. Estos tumores casi siempre se hallan adheridos a la vaina tendinosa. Los lóbulos están divididos por espacios como hendiduras y están compuestos por colágeno eosinofílico denso y una prominente proliferación fibroblástica densa, dispuesta en fascículos entrelazadas. Ésta es una lesión benigna.^{2,4,6}

DISCUSIÓN

A pesar de que el tumor de la vaina tendinosa es una tumoración poco frecuente presenta características clí-

nicas que orientan para su diagnóstico, en este caso la neoformación no invadía el espacio sinovial, y fue considerado como una lesión benigna. El tratamiento es quirúrgico realizando una disección muy cuidadosa dadas las estructuras involucradas. Un año después del tratamiento el paciente se encuentra asintomático y sin recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Walter FL. Histopatología de la piel 7^a edición, Interamericana, Buenos Aires 1991.
2. Glowacki-KA, Weiss-AP. Giant cell tumors of tendon sheath. Hand Clin 1995; 11(2): 245-53.
3. O'Connell JX, Fanburg JC, Rosenberg AE. Giant cell tumor of tendon sheath and pigmented villonodular synovitis: Immunophenotype suggest a synovial cell origin. Hum-Pathol 1995; 26(7): 73-6.
4. Noordanus RP, Hage JJ, Van-der-valk-P. "Bordeline" giant cell tumor of the tendon sheath in the hand: to amputate or not? Case report. Scand-J-Plast-Reconstr-Surg-Hand-Surg 1995; 29(1): 73-6.
5. Maluf H, De Young B, Swanson P. Fibroma and giant cell tumor of tendon sheath: a comparative histological and immunohistochemical study. Mod-Pathol 1995; 8(2): 155-9.
6. Agarwal P, Gupta M, Srivastava A. Cytomorphology of giant cell tumor of tendon sheath. A report of two cases. Acta-Cytol 1997; 41(2): 587-9.
7. Darling J, Goldring S, Harada Y. Multinucleated cell in pigmented villonodular synovitis and cell tumor of tendon sheath express features of osteoclast. Am-Journ-Pathol 1997; 150(4): 1383-93.