

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Reporte de un caso

Dr. Hugo Alarcón Hernández,* Dr. Julio Enríquez Merino,** Dra. Josefa Novales Santa Coloma,***
Dra. Sara Pérez Cortés****

RESUMEN

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de las neoplasias de la mano, aunque puede tener otra topografía. Su extirpación debe realizarla un cirujano con experiencia. Se presenta el caso de una paciente con un tumor de gran tamaño multilobulado en el dedo índice izquierdo con resultado estético y funcional excelente después de la cirugía.

Palabras clave: Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa.

ABSTRACT

Giant cell tumor of the tendon sheath is the second most frequently neoplasm of the hand although it can appear in other sites. It must be extirpated by an experience surgeon. We present a case of a female patient with a big multilobulated tumor in the second finger of the left hand with an excellent aesthetic and functional result after surgery.

Key words: Giant cell tumor of the tendon sheath.

INTRODUCCIÓN

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT) es el prototipo y la neoplasia benigna más común derivada de la vaina tendinosa o del tejido sinovial. Fue descrito por primera vez en 1852 por Chaissaignac.^{1,3}

SINONIMIA

Xantoma fibroso, xantogranuloma, histiocitoma fibroso de la vaina tendinosa, mieloplaxoma, tenosinovitis nodular, sinovioma benigno, hemangioma esclerosante, fibrohemangioma de células gigantes y sinovitis nodular localizada.²

EPIDEMIOLOGÍA

Se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 50 años de edad y afecta con mayor frecuencia a las mujeres con una relación de 2:1 con respecto a los hombres.²

Ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de las neoformaciones en manos, después de los quistes sinoviales.³

CUADRO CLÍNICO

Este tumor tiene una forma localizada y otra difusa. La topografía más frecuente de la primera son los dedos cerca de las articulaciones interfalángicas, la mano y la muñeca y la forma difusa ocurre en áreas adyacentes a articulaciones que soportan peso como son: pie, tobillo, rodilla y cadera⁴ siendo de comportamiento más agresivo y con mayor índice de recurrencias.⁵ También se ha reportado un caso con localización en cara posterior de tórax por Thaxton y cols.⁴

La forma intraarticular que se conoce con el nombre de sinovitis vellonodular pigmentada, no debe considerarse sinónimo del TCGVT aunque comparten características histológicas.⁶

En cuanto a su morfología es una neoformación única, a menudo lobulada, del color de la piel y de consistencia firme de tamaño variable entre 0.5 y 5 cm de diámetro, de crecimiento lento.⁷ Puede ser asintomático, sin embargo, en algunos casos se ha presentado dolor, sensación de entumecimiento y prurito.³

* Dermatólogo, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Jefe del Servicio de Cirugía del CDP.

*** Jefe del laboratorio de Dermatopatología del CDP.

**** Residente de 3er año de Dermatología CDP.

Radiológicamente se observa una tumoración radiolúcida, sin características específicas y en 25% de los casos hay erosión del hueso lo cual se atribuye a la presión ocasionada por la expansión del tumor o por extensión a través del foramen vascular.⁶

PATOGENIA

Se han realizado numerosas investigaciones desde su descripción clásica por Jaffe en 1941 en relación a su patogenia la cual aún no se ha aclarado y se han descrito como posibles causas: traumatismos, neoplasias, inflamación, hemorragia, metabolismo anormal de lípidos con depósito de los mismos y respuesta inflamatoria secundaria, infección y enfermedad articular degenerativa.³

A favor de la teoría neoplásica está el hecho de que el tumor tiene un crecimiento autónomo, las recurrencias son frecuentes cuando no se extirpa completamente y aunque en raros casos se han presentado metástasis. Por otro lado se han observado anomalías en el cariotipo de las células de estos tumores (por ejemplo: trisomías 5 y 7)⁵ lo que ha hecho pensar a algunos investigadores que tiene un origen monoclonal, sin embargo, otros autores mediante PCR han encontrado que su origen es policlonal.⁸

A favor de la teoría reaccional se encuentra el hecho de que 50% de los pacientes tienen antecedente de traumatismo, el hallazgo por histopatología de elementos inflamatorios y la observación de que se produce en pacientes hemofílicos con antecedente de hemartrosis, lo cual se ha comprobado mediante estudios experimentales inyectando sangre por vía intraarticular a animales, en los cuales posteriormente se desarrolla este tipo de tumor.⁴

HISTOLOGÍA

En el aspecto macroscópico según Lever,⁹ es una neoformación de color amarillo bronceado, puede extenderse hacia la sinovial o al espacio articular adyacente y en ocasiones dentro de la piel suprayacente.

Microscópicamente se caracteriza por lóbulos de celularidad variable rodeados de colágena densa. Las células que predominan son histiocíticas, con núcleo vesiculoso y frecuentemente contienen lípidos o hemosiderina, dando el aspecto de células espumosas. Hay también células fusiformes dentro de un estroma hialinizado y fibroso.

Las células gigantes que caracterizan a esta neoformación semejan osteoclastos, son eosinofílicas y multi-

nucleadas con la presencia de mitosis en algunos casos. Histogenéticamente estas células se han relacionado con células sinoviales, monocitos y osteoclastos.⁹ Eizenger menciona que dichas células se forman por la fusión de mononucleares y que pueden contener de 3 a 60 núcleos.¹⁰

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Clínicamente los diagnósticos diferenciales son quistes sinoviales, fibromas de la vaina tendinosa, angioliipomas y angiomioliipomas.

Debe hacerse diagnóstico diferencial histológico con granulomas a cuerpo extraño, granulomas necrobióticos, xantomas tendinosos, fibromas de la vaina tendinosa, fascitis proliferativa, miositis osificante, sarcoma sinovial, sarcoma epiteloide, rabdomiosarcoma, melanoma y sarcoma de células claras.^{1,10}

TRATAMIENTO Y PRONÓSTICO

El tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica, sin embargo, estos tumores tienen un alto índice de recurrencia que varía del 7 al 45% según diferentes series.¹¹ Eizenger refiere que las recidivas se presentan en los tumores con mayor número de mitosis.¹⁰

Kotwall y cols. aplicaron radioterapia a un grupo de pacientes posterior a la extirpación de este tipo de neoformación y observaron una disminución en las recurrencias hasta un 4% después de un seguimiento durante 52 meses y recomiendan esta alternativa en los pacientes en quienes la extirpación completa no es posible.¹¹

En la literatura anglosajona se refiere que este tumor puede malignizarse hasta en un 10 a 20% de los casos,⁴ recibiendo el nombre de tumor maligno de células gigantes de la vaina tendinosa, sin embargo, en la literatura europea se menciona que no se ha descrito que esto ocurra.¹²

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, de 25 años de edad, soltera, de ocupación costurera, originaria del Distrito Federal y residente de Chalco, Edo. de México, quien acudió al CDP por presentar dermatosis localizada a la extremidad superior izquierda, de la cual afectaba la mano y de ésta el dedo índice a nivel de sus falanges media y distal en todas sus caras, constituida por una neoformación subcutánea, trilobulada, de 3 cm de diámetro en el mayor de sus lóbulos y de 1 cm de diámetro en el menor de ellos, cubierta por piel de aspecto normal, de bordes bien defi-



Figura 1. Aspecto clínico del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (el lóbulo mayor mide 3 cm de diámetro).



Figura 4. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Exposición del tumor durante la cirugía.

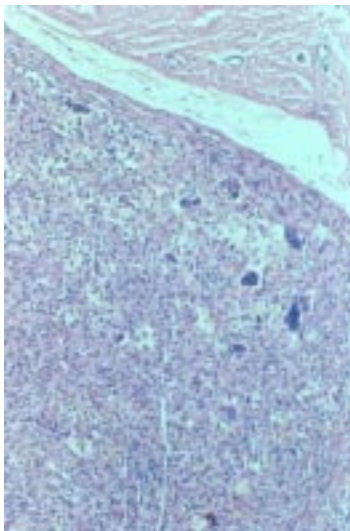


Figura 2. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Aspecto microscópico. Presencia de células gigantes multinucleadas e infiltrado histiocitario (H y E 10X).



Figura 5. Corrección en "Z". Resultado final de la cirugía.

Figura 3. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. Aspecto microscópico a mayor aumento (H y E 20X).

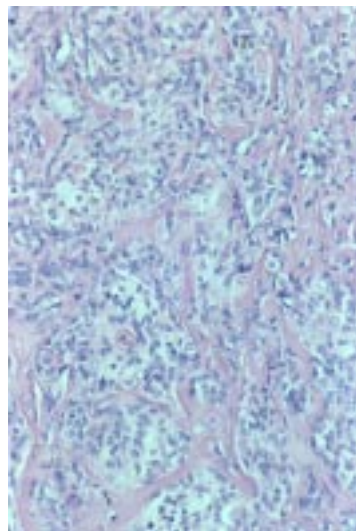


Figura 6. Posquirúrgico a los 20 días. Nótese el excelente resultado estético.

nidos y a la palpación de consistencia dura, dando la impresión de estar fija a planos profundos, siendo de evolución crónica y asintomática (Figura 1).

La paciente refirió haber iniciado seis años previos con un "granito" que apareció dos semanas después de

haber sufrido una "torcedura" en el dedo índice izquierdo al realizar labores del hogar, el cual fue aumentando de tamaño progresivamente sin causar dolor, con limitación del movimiento de flexión del dedo, por lo cual acude a consulta a este centro. La paciente sólo utilizó fomentos con agua caliente como tratamiento previo. No presentaba otros antecedentes de importancia para su padecimiento actual.

Con los datos clínicos anteriores se integró el diagnóstico presuntivo de tumor de la vaina tendinosa y se realizó una biopsia incisional la cual reportó: Epidermis con hiperqueratosis compacta y acantosis moderada a expensas de los procesos interpapilares. En dermis superficial pequeños infiltrados de linfocitos perivasculares y áreas de hemorragia y en dermis media y profunda la presencia de una neoformación encapsulada constituida por grupos de células histiocíticas, muchas de ellas vacuoladas, linfocitos y fibroblastos y numerosas células gigantes multinucleadas, así como tejido colágeno reducido a pequeños haces que se entremezclan (Figuras 2 y 3).

Los hallazgos histopatológicos fueron compatibles con el diagnóstico de tumor de células gigantes de la vaina tendinosa.

Se realizó extirpación de la neoformación, la cual se llevó a cabo con disección cuidadosa de los lóbulos de la misma para no dañar estructuras nerviosas y vasculares, así como el tendón flexor (Figura 4); finalmente se realizó corrección en "Z" (Figura 5).

Durante los cuatro meses posteriores a la cirugía hemos seguido la evolución de la paciente con un resultado estético y funcional excelente (Figura 6).

COMENTARIO

Consideramos de interés el publicar este caso por las dimensiones de la neoformación y para resaltar la importancia de un tratamiento quirúrgico adecuado en manos de un cirujano con experiencia como lo fue en este caso. El tumor rodeaba casi por completo el dedo,

por lo que durante la cirugía se efectuó una disección cuidadosa, evitando lesionar estructuras vasculares, neurales y tendinosas que estaban cubiertas por la neoformación, existiendo el riesgo de seccionarlas durante el procedimiento.

Debemos considerar que la aplicación de la cirugía dermatológica cada vez es más amplia por lo que es muy importante la capacitación de los cirujanos dermatólogos en el manejo de este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Enríquez J, Flores M, De Alba L, Alcalá D. Tumor de la vaina tendinosa. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9(2): 102-4.
3. Reilly E, Stern P, Dale A. Recurrent giant cell tumors of the tendon sheath. *J Hand Surg* 1999; 24A(6): 1298-1302.
4. Thaxton L, AbuRahma A, Chang H. Localized giant cells tumor of tendon sheath of upper back. *Surgery* 1995; 118(5): 901-3.
5. O'Connell J, Wehrli B, Nielsen G. Giant cell tumor of soft tissue. *Am J Surg Pathol* 2000; 24(3): 386-395.
6. Darling J, Goldring S, Harada Y. Multinucleated cells in pigmented villonodular synovitis and giant cell tumor of tendon sheath express features of osteoclasts. *Am J Pathol* 1997; 150(4): 1383-93.
7. Batta K, Tan CY. Giant cell tumor of the tendon sheath producing a groove deformity of the nail plate and mimicking a myxoid cyst. *Br J Dermatol* 1999; 140: 780-1.
8. Vogrinic G, O'Connell J. Giant cell tumor of tendon sheath is a polyclonal cellular proliferation. *Human Pathol* 1997; 28(7): 815-19.
9. Elder D et al. *Lever's histopathology of the skin*. Philadelphia. Eight edition, 1997; 874-5.
10. Eizenger W. *Tumores de tejidos blandos*. Buenos Aires, Argentina. 1985: 541-9.
11. Kotwal P, Gupta V, Malhotra R. Giant cell tumor of the tendon sheath: Is radiotherapy indicated to prevent recurrence after surgery? *J Bone & Joint Surg* 2000; 82-B(4): 571-3.
12. Weill F, Bournerias I, Voisin M. Ténosynovite nodulaire hémopigmentée. Une étiologie méconnue de tumefaction isolée des doigts et des orteils. *Ann Dermatol Vénérol* 1998; 125: 519-21.