

Caso clínico

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa

Myrna Rodríguez Acar,* Alberto Ramos Garibay,** Miguel Ángel Domínguez Serrato,*** Diana Lorena Salcedo García****

RESUMEN

Los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa son tumores benignos de tejidos blandos que ocupan el segundo lugar en frecuencia con respecto a las neoplasias de la mano. Se clasifican dentro de los tumores no epiteliales. Presentamos un caso con una morfología y topografía características.

Palabras clave: Tumor de la vaina tendinosa.

ABSTRACT

Giant cell tumors of the tendon sheath are benign tumors of soft tissues and they second place in frequency with respect to malignancies of the hand. They are classified as non-epithelial tumors. We report a case with morphology and location characteristics.

Key words: Tendon sheath tumor.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT), son neoformaciones benignas no epiteliales que se presentan con mayor frecuencia en la mano, seguidos de los quistes sinoviales.¹

El primero en describirlos fue Chassaignac en 1852 y les denominó «tumores de la vaina tendinosa». En 1915, Bee-kman enumeró las características macro y microscópicas.² En 1941, Jaffe señaló que la vaina tendinosa, la articulación y la bursa forman una unidad capaz de desarrollar diferentes tipos de lesiones, entre ellas: Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, sinovitis pigmentada vilonodular y raramente bursitis vilonodular pigmentada.³

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años de edad, con una dermatosis localizada al dedo anular izquierdo, del que afecta su tercio proximal. Está constituida por una neoformación subcutánea, del color de la piel, de 3 por 2 centímetros de diámetro, de bordes bien definidos, superficie lisa, ligeramente eritematosa, de consistencia dura, adherida a planos profundos, no móvil, de evolución crónica y asintomática al inicio; en las últimas semanas se acompaña de dolor (*Figuras 1 y 2*).

La paciente recibió tratamiento previo con diclofenaco tópico cada 12 horas por 3 semanas sin notar mejoría, motivo por el cual acude al Centro Dermatológico Pascua. Con lo anterior se hizo el diagnóstico clínico de neoformación de tejidos blandos y se realizó biopsia-extirpación, con margen quirúrgico de 0.5 cm. La pieza se envió para estudio histopatológico en el cual se observó una neoformación circunscrita, compuesta por numerosas células fusiformes, otras de aspecto epiteloide con abundante citoplasma eosinófilo y presencia de células gigantes multinucleadas. El estroma de aspecto fibroso, en algunas zonas con tendencia a la hialinización y presencia de hemosiderina. Con estos

* Jefa de la Consulta.

** Dermatopatólogo.

*** Residente de 4º año de Dermatología.

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

Centro Dermatológico «Dr. Ladislao de la Pascua», SSDF.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/dermatologicopascua>

datos, se realizó el diagnóstico histopatológico de tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (*Figuras 3 y 4*).

ETIOLOGÍA

No se conoce la etiología del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa; se han sugerido teorías como: Trauma, alteración en el metabolismo de los lípidos, proliferación osteoclástica, infección, trastornos vasculares, mecanismos inmunológicos, neoplasias y alteraciones metabólicas; ninguna explica en forma satisfactoria su origen.⁴



Figura 1. Aumento de volumen en la articulación interfalángica proximal del dedo anular izquierdo.



Figura 2. Detalle de la neoformación con superficie eritematosa.

CUADRO CLÍNICO

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa afecta principalmente las manos, y de éstas los dedos; en orden de frecuencia: Índice, pulgar y medio, sobre todo a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales,

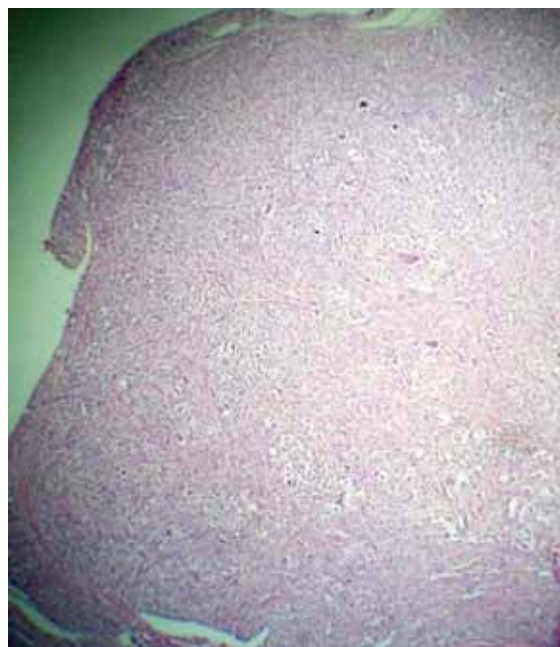


Figura 3. Neoformación exofítica constituida por un denso infiltrado (H&E 4x).

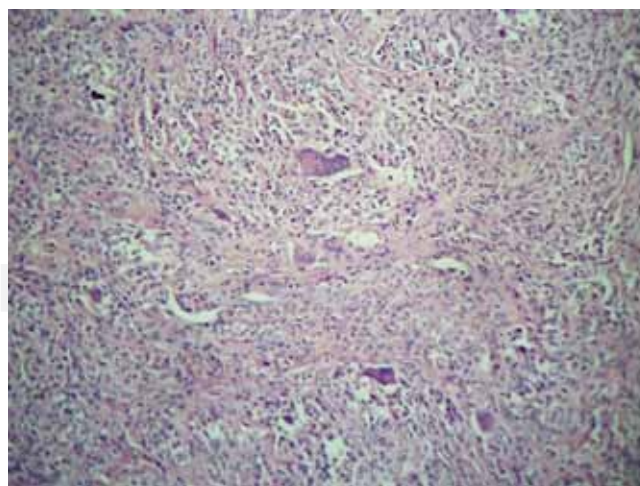


Figura 4. Numerosas células de aspecto histiocítico y células gigantes multinucleadas que se entremezclan con escasas fibras de colágeno (H&E 10x).

en la región palmar.^{1,4} Es rara la afectación en dedos de pies. Esporádicamente puede observarse en rodillas, muñecas y tobillos.⁵

Son neoformaciones bien circunscritas, firmes, lobuladas, adheridas a estructuras vecinas, de crecimiento lento, evolución crónica y asintomática, aunque pueden llegar a ser incapacitantes al aumentar de tamaño.^{1,4} En el caso de la variante múltiple, se asocia a hipercolesterolemia.

Se observan desde los 8 hasta los 80 años de edad, con predominio entre los 40-50 años y una proporción mujer/hombre de 3:2.⁶

Se asocian a enfermedad articular degenerativa, particularmente cuando se localizan en articulaciones interfalángicas distales; al parecer la prevalencia es mayor en pacientes con artritis reumatoide.

Se clasifican en 2 tipos: 1. Localizado, es el más común, y 2. Difuso, de presentación poco común. Los dedos son la topografía más frecuente del primero, cerca de las articulaciones interfalángicas, la mano y la muñeca; la forma difusa se observa en áreas adyacentes a las articulaciones que soportan peso, como son: Pies, tobillos, rodillas y cadera; su comportamiento es más agresivo y tiene mayor índice de recidivas.⁷

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial debe realizarse con granuloma a cuerpo extraño, necrobiótico, anular, eritema *elevatum diutinum*, quiste mixoide y epidérmico, xantoma tendinoso, fibroma de la vaina tendinosa, procesos infecciosos, nódulo reumatoideo, lipoma, fibroqueratoma, reticulohistiocitoma, metástasis y sarcoma de tejidos blandos (particularmente epitelioides y sinoviales).^{1,4,8}

Cuando la presión de la tumoración causa erosión cortical o cuando sufre calcificación intralesional, el diagnóstico diferencial debe incluir condromatosis sinovial, tendinitis calcificada y condroma periosteal.⁴

No se han comunicado casos con regresión espontánea. La tasa de recurrencia es de 17 a 48%, probablemente debido a la naturaleza infiltrativa del tumor. Los factores de riesgo para recurrencia incluyen: Coexistencias con enfermedad articular degenerativa, localización interfalángica distal y evidencia de erosión ósea.⁶

En una radiografía simple se observa en el 50% de los casos una neoformación en tejidos blandos, 15-20% presentan erosión. Hasta en un 19% no se detectan lesiones por este estudio. Por medio de ultrasonido se aprecia una tumoración de la vaina tendinosa, derrame articular y engrosamiento de la cápsula sinovial; por medio de Doppler es posible

detectar hipervascularidad. La tomografía puede mostrar una tumoración que se extiende al hueso con múltiples imágenes quísticas subcondrales bien definidas en áreas yuxtaarticulares. En la resonancia magnética se observa una intensidad leve a moderada, lo cual refleja la naturaleza histológica de este tipo de lesiones en las que existe depósito de hemosiderina. En estudios por gammagrafía, el 100% de las lesiones muestra captación de talio en imágenes tempranas y el 75% en imágenes tardías; la gammagrafía no ayuda a distinguir entre lesiones benignas y malignas, pero puede ser útil en el diagnóstico de recurrencias.^{4,9}

HISTOLOGÍA

En el estudio histopatológico las células que pueden observarse son macrófagos, células mononucleares, células semejantes a histiocitos, osteoclastos, células xantomatosas, numerosas células gigantes multinucleadas tipo Touton y linfocitos, en todas las lesiones. Anteriormente se había atribuido al número de mitosis el riesgo de recurrencia; sin embargo, en la actualidad se sugiere que el gen nm23 (presente en células normales y responsable de la infiltración) puede ser utilizado como marcador pronóstico de riesgo. Así mismo, se ha observado una tasa de recurrencia baja cuando se realiza una extirpación inicial adecuada con márgenes mayores a 0.5 centímetros.^{8,10}

TRATAMIENTO

El tratamiento de elección es el quirúrgico; ocasionalmente su extirpación completa puede ser difícil debido a su adhesión a la vaina tendinosa, al tamaño y la localización, por lo que la debe realizar un cirujano con experiencia.

Se recomienda el bloqueo interdigital, en lugar de anestesia local en anillo; con esto se evita la administración excesiva de anestésico con adrenalina debido al ya conocido riesgo de necrosis.

Es necesario una disección adecuada para extirpar todo el tumor y que no queden lesiones satélites para evitar recidivas. Cuando la tumoración está adherida a la piel se requiere una escisión elíptica, Z plastia o injerto para cerrar el defecto creado.

Las complicaciones son raras, pero de éstas el hematoma es la complicación vascular más frecuente; también pueden encontrarse secundarias a la compresión del torniquete como neuritis y necrosis por lesión arterial.¹¹

COMENTARIOS

Consideramos de interés publicar este caso porque es un padecimiento que afecta con relativa frecuencia la mano, pero no el dedo anular. Debido a que el cuadro clínico se puede confundir con otras neoformaciones, se debe realizar biopsia de la lesión y mandar a estudio histopatológico para determinar el diagnóstico exacto. Los estudios de imagen nos pueden ayudar a precisar el diámetro de la lesión para que el cirujano lo aborde de una manera correcta. El tratamiento es exclusivamente quirúrgico, pero lo debe realizar un cirujano con experiencia para evitar recidiva del tumor y posibles complicaciones que se puedan presentar durante el procedimiento quirúrgico.

En el caso de nuestra paciente, se realizó una disección cuidadosa, evitando lesionar estructuras vasculares, neurales y tendinosas que estaban cubiertas por la neoformación, existiendo el riesgo de seccionarlas durante el procedimiento.

Es importante el entrenamiento en cirugía dermatológica debido a que estos tumores son difíciles de abordar; generalmente los pacientes acuden a tratamiento cuando ya han adquirido un tamaño considerable y desarrollan dolor o incapacidad para la motilidad. En lesiones grandes se deben realizar diversas técnicas quirúrgicas para tener un adecuado cierre de la lesión con funcionalidad y estética adecuadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Woong J. Multiple separated giant cell tumors of the tendon sheath in a thumb. *J Am Acad Dermatol* 2006; 54: 540-542.
2. Beekman F. Giant cell tumours of the tendon sheaths. *Ann Surg* 1915; 62: 738-745.
3. Wan J, Magarelli N, Peh W et al. Imaging of giant cell tumour of the tendon sheath. *Radiol Med* 2010; 115: 141-151.
4. Ly J, Douglas P. Giant cell tumor of the tendon sheath. *Applied Radiology* 2003; 32: 145-148.
5. Napier R, McCormack J. Giant cell tumour of the tendon sheath-An unusual cause for locking of the knee joint. *Ulster Med J* 2008; 77: 130-134.
6. Canale B. *Benign tumors. Campbell's Operative Orthopaedics*. 11th ed. Maryland; Mosby, 2007: 869-871.
7. Alarcón H, Enríquez J, Novales J et al. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa, reporte de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10: 7.
8. Tejera A, Ruiz M, González T et al. Primary giant cell tumor of soft tissue in the finger. *Dermatology Online Journal* 2008; 14: 7.
9. Fernández J, Camacho J, Romo R et al. Tumor de células gigantes de la vaina sinovial (xantoma). Estudio clínico-patológico de 41 casos. *An Med Asoc Med Hosp ABC* 2004; 49: 125-129.
10. Monaghan H, Salter D, Nafussi A. Giant cell tumour of tendon sheath (localized nodular tenosynovitis): clinicopathological features of 71 cases. *J Clin Pathol* 2001; 4: 404-407.
11. Ricart J, Ibáñez R, Ortega C. Abordaje quirúrgico del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. *Piel* 2004; 19: 163-167.

Correspondencia:

Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780 México, D.F.
Tel. 5519 6351