

Tumor de células gigantes de vaina tendinosa de muñeca derecha. Reporte de caso

René Alejandro Barragán Estrada,* Rubén Amaya Zepeda**

RESUMEN. Paciente femenino de 30 años, la cual presenta aumento de volumen a nivel de cara volar de muñeca derecha, 3 años de evolución, 4 x 2 cm, de bordes bien definidos, no móvil, sin limitación funcional de muñeca, con dolor leve intermitente, acompañado de alteraciones neurológicas sensitivas de nervio mediano, diagnosticándose de manera inicial como lipoma de muñeca derecha. Se canaliza al Servicio de Tumores Óseos del Hospital de Ortopedia «Victorio de la Fuente Narváez» del Instituto Mexicano del Seguro Social, donde es valorada y debido a los hallazgos clínicos y radiológicos se decide su ingreso hospitalario en esta Unidad para tratamiento quirúrgico. Se extrajo una tumoración multilobulada, dura, de 6 x 4 cm, la cual se extendía desde radio distal en su cara volar hasta articulación de muñeca alrededor de escafoides y trapecio, así como a primer compartimento dorsal de muñeca. Dicho tumor envolvía por completo al nervio mediano y contaba con una vascularidad importante proveniente de paquete vascular radial. El reporte histopatológico final fue de tumor de células gigantes de vaina tendinosa.

Palabras clave: Tumor de células gigantes, tenosinovitis nodular pigmentada localizada, vaina tendinosa.

ABSTRACT. A 30 year old female patient presents with a mass on the volar side of the right wrist, 3 years of evolution, 4 x 2 cm, hard, well-defined edges, not mobile, with no functional limitation to the wrist, slight intermittent pain along with median nerve sensitive alterations. The first diagnosis is of a wrist lipoma. She is sent to the Bone Tumors Unit of the Orthopedic Hospital «Victorio de la Fuente Narváez» of Instituto Mexicano del Seguro Social. Surgical resection of the tumor was decided following clinical and radiologic evaluation. A multilobulated tumor was extracted, 6 x 4 cm, that extended from the distal radius to the scaphoid and trapezoid bones, also to the first dorsal compartment of the wrist. It was wrapped around the median nerve and extense vascular supply originated from the radial artery. The final pathology report was of a giant cell tumor of the tendon sheath.

Key words: Giant cell tumor, localized pigmented nodular tenosynovitis, tendon sheath.

* Residente de cuarto año de la Especialidad en Ortopedia, Servicio de Tumores Óseos.

** Médico adscrito. Servicio de Tumores Óseos. Hospital de Ortopedia de la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) «Dr. Victorio de la Fuente Narváez» Distrito Federal, Instituto Mexicano del Seguro Social.

Abreviaturas: AP: anteroposterior, IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social, RMN: resonancia magnética nuclear, TAC: tomografía axial computada, TCG: tumor de células gigantes.

Dirección para correspondencia:

Dr. René Alejandro Barragán Estrada
Boulevard del Temoluco No. 358 interior 202, Colonia Acueducto de Guadalupe, Del. Gustavo A. Madero, México, Distrito Federal.

Teléfono 55-34-69-65-42.

Correo electrónico: drbarraganestrada@yahoo.com

Paciente femenino de 30 años, la cual no cuenta con ningún antecedente de importancia para su padecimiento actual, presenta desde hace 3 años aumento de volumen a nivel de cara volar de muñeca derecha, 1 x 1 cm, de bordes bien definidos, no móvil, sin limitación funcional de muñeca, o datos de compromiso neurovascular distal, con dolor leve intermitente el cual cedía con analgésicos orales. Acude con médico familiar, el cual la canaliza a Servicio de Ortopedia de su Hospital General de Zona del IMSS en donde se le diagnostica lipoma de muñeca derecha, programándose para tratamiento quirúrgico mediante resección de éste. La paciente acepta tratamiento quirúrgico en esa ocasión pero en el momento de programarse para dicho evento quirúrgico decide por motivos personales no ser sometida al procedimiento, por lo que es egresada de esa unidad.

La paciente continúa con aumento de volumen a nivel de muñeca, motivo por el cual es canalizada a esta Unidad para su valoración. Es valorada por parte del Servicio de Tumores Óseos del Hospital de Ortopedia Victorio de la Fuente Narváez del IMSS, donde se observa aumento de volumen de 4 x 2 cm a nivel de cara volar de muñeca lado radial, duro, no móvil, de bordes bien definidos, con dolor leve a la palpación, sin compromiso neurovascular distal ni limitación funcional de muñeca. Se solicitan radiografías simples AP y lateral de muñeca (*Figura 1*) donde se observa imagen lítica de 2 x 2 cm a nivel de metáfisis distal de radio derecho, excéntrica, patrón destructivo geográfico, la cual respeta corticales, sin reacción perióstica y ligero aumento de volumen a nivel de partes blandas. Posteriormente se le solicita una tomografía axial computada (TAC) de muñeca donde se observa imagen hipodensa lobulada a nivel de tejidos blandos en cara volar de radio distal y otra imagen lítica a nivel de radio distal (*Figura 2*). Además se solicita una resonancia magnética nuclear (RMN) de mano y muñeca donde se observa en la fase T1, imagen hipointensa a nivel de tejidos blandos de radio distal que se extiende desde

metáfisis distal de radio hasta alrededor de escafoides y trapecio, así como el primer compartimento dorsal de la muñeca, desplazando estructuras tendinosas volares y la cual se encuentra con íntimo contacto con el paquete vascular radial (*Figuras 3, 4 y 5*). En un corte axial en la fase T2 se puede observar la extensión tumoral hacia radio y tejidos blandos (*Figura 6*).

Debido a los hallazgos radiológicos en contrados, se decide su ingreso hospitalario en esta Unidad para tratamiento quirúrgico. Quince días antes de su ingreso hospitalario, la paciente refiere incremento considerable del dolor así como parestesias a nivel de 2º, 3º y 4º dedos en su cara palmar y limitación funcional para la oposición del pulgar. El día 16 de abril de 2008 se programa para tratamiento quirúrgico, realizándose biopsia excisional tumoral, resección marginal tumoral, liberación de nervio mediano y primer compartimento dorsal de muñeca, capsulotomía y capsuloplastia volar de muñeca y legrado óseo de metáfisis distal de radio. Se extrajo una tumoración multilobulada, dura, de 6 x 4 cm, la cual se extendía desde radio distal en su cara volar hasta articulación de la muñeca alrededor de escafoides y trapecio, así como a primer compartimento dorsal de muñeca. Envolvía por completo al nervio mediano y contaba



Figura 1. Radiografía AP y lateral de muñeca derecha donde se observa imagen lítica en radio distal (flecha chica) y aumento de volumen a nivel de tejidos blandos (flecha grande).

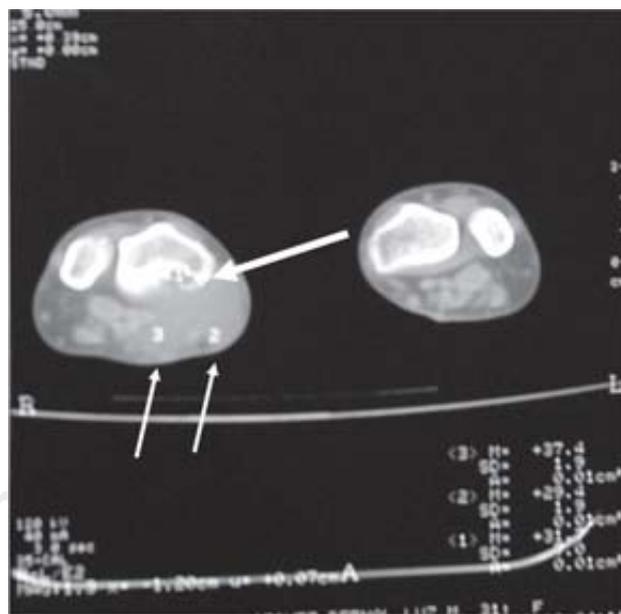


Figura 2. TAC de muñeca derecha donde se observa imagen hipodensa lobulada a nivel de tejidos blandos en cara volar de radio distal (flechas chicas) con imagen lítica a nivel de radio distal (flecha grande).



Figura 3. Corte coronal de RMN de muñeca derecha donde se observa la extensión tumoral hasta trapecio y escafoides (flecha chica) y a primer compartimento dorsal de muñeca (flecha grande).



Figura 5. Corte coronal de RMN de muñeca derecha donde se observa la relación tumoral con estructuras vasculares (flechas).



Figura 4. Corte coronal de RMN de muñeca derecha donde se observa el desplazamiento de tendones flexores por el tumor (flecha).

con una vascularidad importante, proveniente de paquete vascular radial (*Figura 7*).

Se envió la tumoración a Servicio de Patología del Hospital donde se reportó tumor de células gigantes de vaina tendinosa (tenosinovitis nodular pigmentada localizada).

Discusión

El tumor de células gigantes de vaina tendinosa también es conocido como tenosinovitis nodular pigmentada localizada, la que junto con la sinovitis villonodular pigmentada conforman una entidad de enfermedades caracterizadas por la presencia de múltiples protrusiones sinoviales nodulares y vellosas que afectan articulaciones, bursas y vainas tendinosas.¹ Es una proliferación fibrohistiocítica de carácter destructivo y localizado, en el cual está presente el crecimiento benigno de células histiocíticas

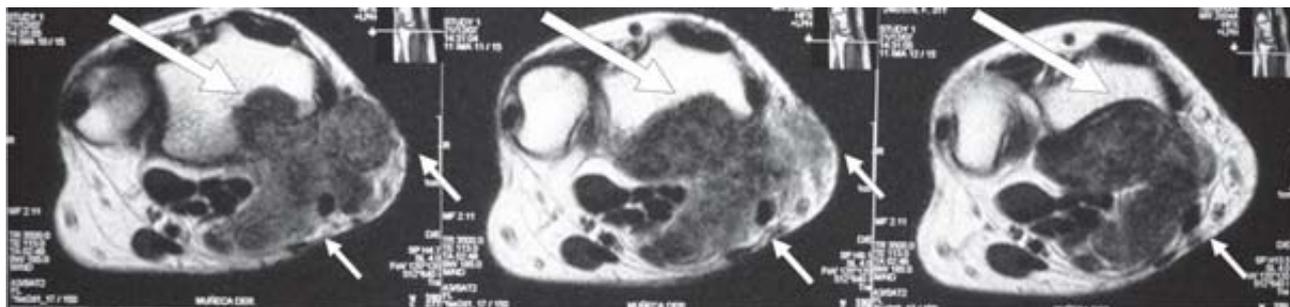


Figura 6. Corte axial de RMN donde se observa extensión tumoral a radio (flechas grandes) y desplazamiento de tendones flexores (flechas chicas).

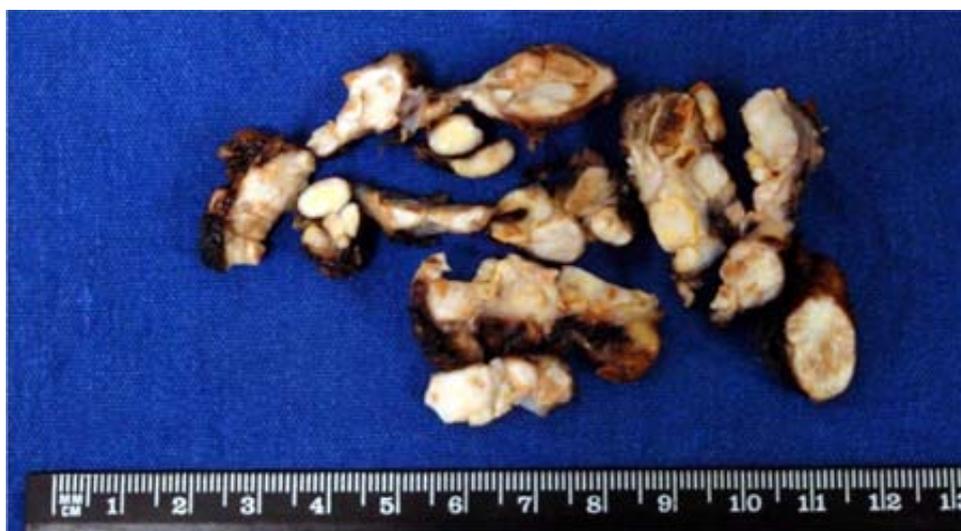


Figura 7. Imagen macroscópica de la tumoración fijada en formol y seccionada donde se observan las múltiples lobulaciones del tumor.

asociadas a células gigantes, células espumosas y células ricas en hemosiderina pero con actividad agresiva. El TCG de vaina tendinosa es la presentación más frecuente de la forma nodular de la sinovitis villonodular.² Se observa más a menudo en la zona palmar de los dedos y es el segundo tumor de partes blandas más frecuente de la mano, superado solamente por el ganglión.³

Se reporta un predominio hombre-mujer de 2:1, aunque algunos autores reportan un mayor predominio en el sexo femenino.⁴ La edad de presentación varía desde los 4 hasta los 80 años con un pico de incidencia entre la tercera y cuarta década de vida.

En la radiología simple la tenosinovitis nodular pigmentada localizada se observa como una densa masa de partes blandas, bien circunscrita, y a menu-

do muy próxima a una erosión ósea. En la RMN se observa una lesión de intensidad de señal baja, igual o ligeramente mayor que la del músculo esquelético.⁵

El tratamiento del TCG de vaina tendinosa es mediante la extirpación quirúrgica, en su totalidad, de la tumoración, siendo necesaria la vigilancia a largo plazo, dado que la recidiva local tras su resección es de 10 a 20%, siendo está mucho más agresiva que la presentación inicial, y en caso de que se presentase el tratamiento quirúrgico mediante resección en la mayoría de las ocasiones es más amplia o radical.⁶

En este caso es importante notar que el diagnóstico inicial dado a la paciente era erróneo y es muy común confundir esta patología con otras patologías benignas como son el ganglión y lipomas, las cuales su tratamiento y pronóstico es completamente distinto al TCG de vaina tendinosa.

Bibliografía

1. Khan S, Neumann CH, Steinbach LS, Harrington KD, MRI of giant cell tumor of tendon sheath of the hand: a report of three cases. *Eur Radiol* 1995; 5: 467-470.
2. Ushijima M, Hashimoto H, Tsuneyoshi M, Enjoji M. Giant cell tumor of the tendon sheath (nodular tenosynovitis). A study of 207 cases to compare the large joint group with the common digit group. *Cancer* 1986; 57: 875-884.
3. Karasick D, Karasick S. Giant cell tumor of tendon sheath: spectrum of radiologic findings. *Skeletal Radiol* 1992; 21: 219-224.
4. Bui-Mansfield LT, Youngberg RA, Coughlin W, Chooljian D. MRI of giant cell tumor of the tendon sheath in the cervical spine. *Journal of Computer Assisted Tomography* 1996; 20(1):113-115.
5. Jelinek JS, Kransdorf MJ, Shmookler BM, Aboulaia AA, Malawer MM. Giant cell tumor of the tendon sheath: MR findings in nine cases. *AJR* 1994; 162: 919-922.
6. Menéndez LR. *OKU Actualizaciones en cirugía ortopédica y traumatología: tumores osteomusculares*. Barcelona España 2003.