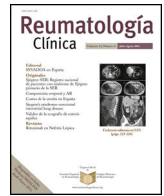




Sociedad Española
de Reumatología -
Colegio Mexicano
de Reumatología

Reumatología Clínica

www.reumatologiaclinica.org



Reumatología clínica en imágenes

Tumor de células gigantes de las vainas tendinosas

Giant cell tumor of the tendon sheaths

Carmen Raya-Santos^{a,*}, José Antonio Bernal^a, José Rosas^a y María Cabezas Macián^b

^a Sección de Reumatología, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de enero de 2025

Aceptado el 20 de febrero de 2025

On-line el 25 de marzo de 2025

Presentación del caso clínico

Mujer de 78 años, que consulta por tumoración en cara anterior de la mano izquierda a nivel del primer dedo de 3 meses de evolución con aumento del tamaño progresivo. En la exploración física se palpa tumoración blanda e indolora de más de 1 cm.

Se solicitaron radiografías simples (fig. 1), ecografía (fig. 2) y resonancia magnética (fig. 3).

Diagnóstico y evolución

Se realizó una exéresis completa de la lesión y la anatomía patológica reveló que se trataba de un tumor de células gigantes de vaina tendinosa (TCGV) (fig. 4). En la actualidad, la paciente no ha

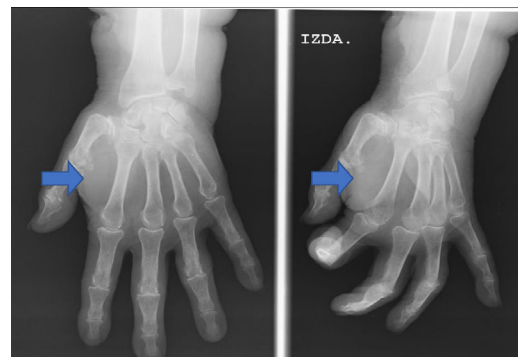


Figura 1. Radiografías simples en proyecciones AP. Se observa aumento de densidad en partes blandas (flecha).

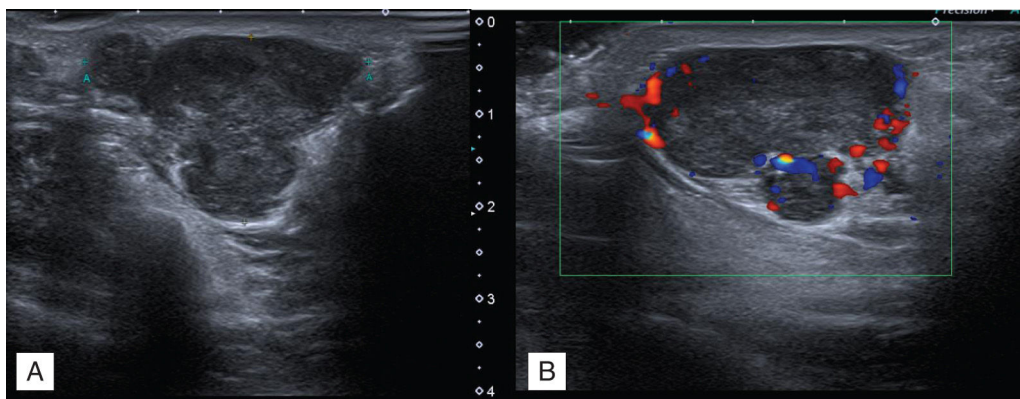


Figura 2. Ecografía de la lesión hipoecogénica, multilobulada, bien definida y heterogénea (A) y con flujo Doppler (B).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Carmen.rs996@gmail.com (C. Raya-Santos).

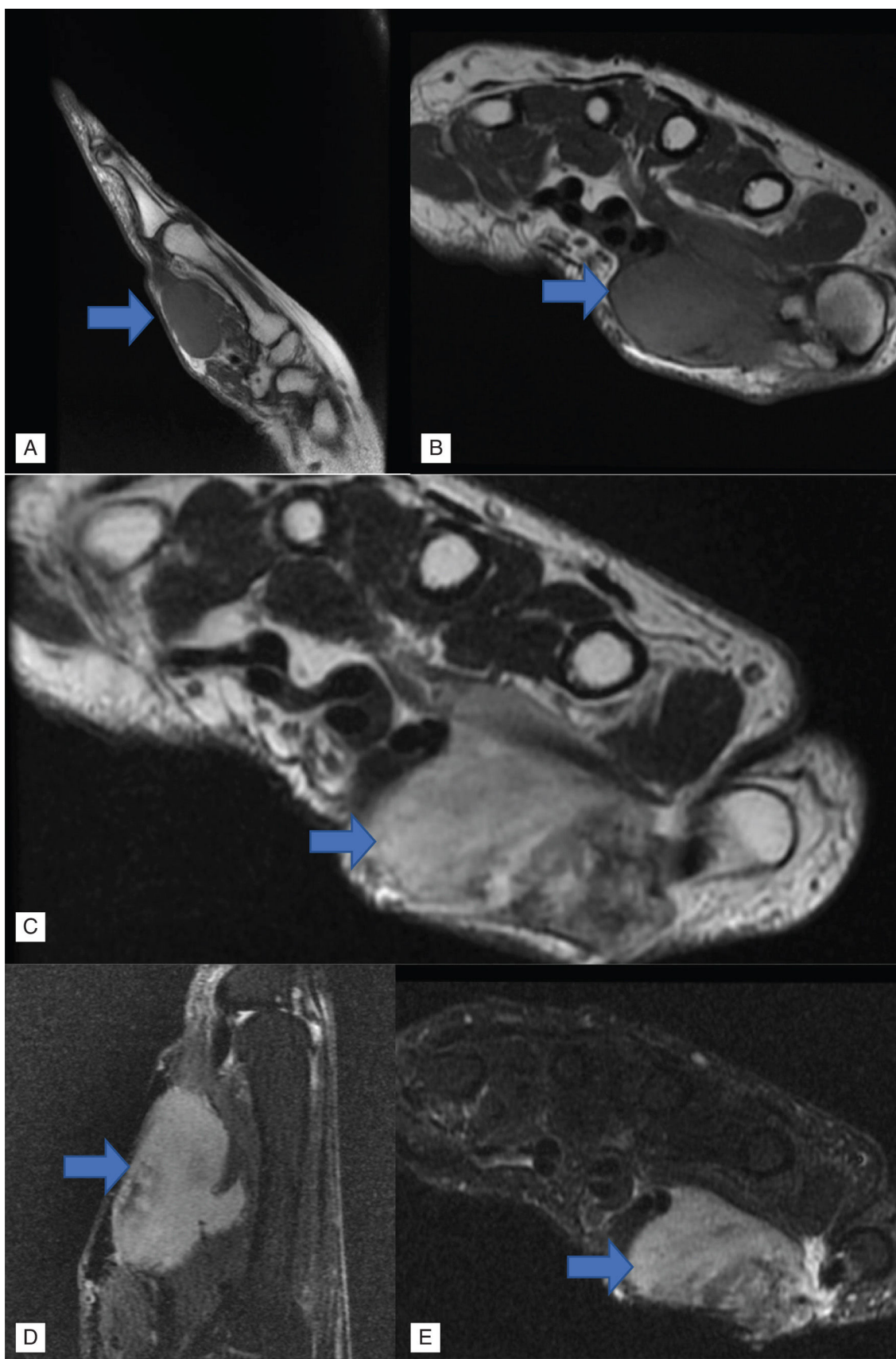


Figura 3. Resonancia. Presencia de lesión hipointensa en cortes sagital y axial T1 (A, B), e hiperintensa en corte axial T2 (C) y cortes sagital y axial STIR (D, E).

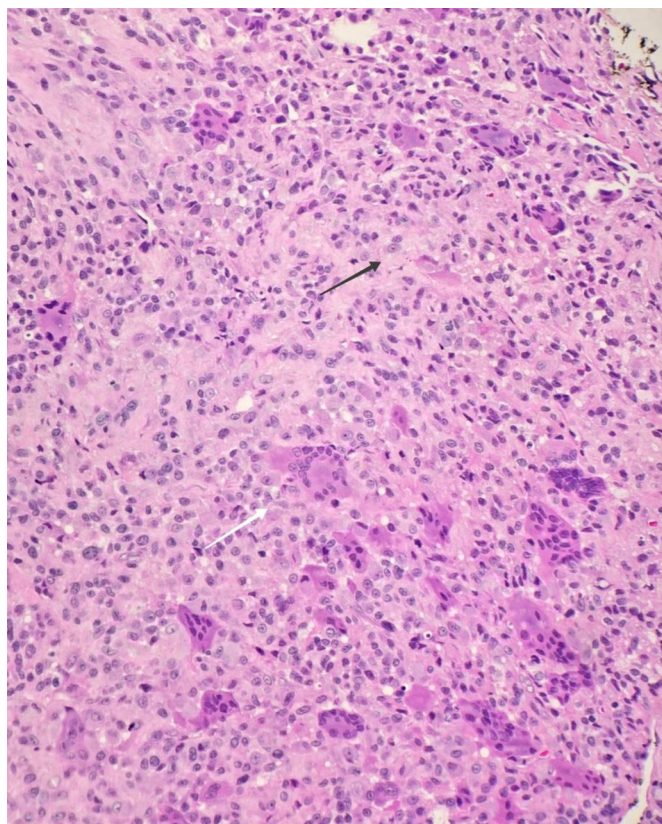


Figura 4. Anatomía patológica de tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. La flecha negra señala un macrófago epitelioides y la blanca, un ejemplo de célula gigante multinucleada. HE, 40x.

vuelto a tener recidivas, con movilidad conservada y sin complicaciones tras la intervención.

Comentario/discusión

El TCGVT es la segunda neoplasia benigna más común a este nivel. Se clasifica en 2 formas según la afectación: localizada, más frecuente en manos; y difusa. La media de edad de presentación es 35-50 años con predominio en mujeres. La localización afectada más frecuente son el 2.º y 3.º dedos, y los tendones extensores, además es más frecuente en la mano dominante¹⁻⁴.

Clínicamente se manifiesta como un nódulo solitario de partes blandas, con crecimiento lento y asintomático. El diagnóstico diferencial se realiza sobre todo con entidades como: ganglión, quiste, lipoma y sarcoma^{5,6}.

La descripción ecográfica del TCGVT es una lesión hipoeoica, heterogénea, con Doppler, en relación con el tendón afectado. En resonancia se presenta como una lesión lobulada, de intensidad intermedia en T1 y T2, que en STIR muestran realce intenso. La

determinación de focos de hemosiderina hipointensos es útil para diferenciar de otras lesiones.

Con respecto a las características histológicas, el TCGVT presenta células mononucleares como fibroblastos, macrófagos epitelioides o espumosos; células gigantes multinucleadas y células inflamatorias, sobre estroma de colágeno. Por otro lado se puede observar vascularización, con depósito de hemosiderina en algunos casos^{3,7,8}.

El tratamiento se basa en la extirpación total de la lesión, aunque recurren hasta el 45%³.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

- Orois Codesal A, Oteo Maldonado JA, Benavente P. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa de la mano Estudio de la epidemiología, eficacia de las pruebas de imagen en su diagnóstico y análisis de la recidiva. *Rev Iberoam Cir Mano*. 2016;44:8–12. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ricma.2016.01.003>.
- Lautenbach M, Kim S, Millrose M, Eisanschenk A. Nodular giant cell tumour of the tendon sheath of the hand: analysis of eighty-four cases: Diagnostic decisions and outcome. *Int Orthop*. 2013;37:2211–5. <http://dx.doi.org/10.1007/s00264-013-1994-2>.
- Stacchiotti S, Dürr HR, Schaefer IM, Woertler K, Haas R, Trama A, et al. Best clinical management of tenosynovial giant cell tumour (TGCT): A consensus paper from the community of experts. *Cancer Treat Rev*. 2023;112:102491. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctrv.2022.102491>.
- Villanueva García E, Díez Risueño M. Tumor de células gigantes localizado en la falange proximal del pulgar. Caso clínico y revisión bibliográfica. *Rev Esp Cir Ortopédica Traumatol*. 2003;47:138–40.
- Ho J, Peters T, Dickson BC, Swanson D, Fernandez A, Frova-Seguin A, et al. Detection of CSF1 rearrangements deleting the 3' UTR in tenosynovial giant cell tumors. *Genes Chromosomes Cancer*. 2020;59:96–105. [http://dx.doi.org/10.1016/S1888-4415\(03\)76086-X](http://dx.doi.org/10.1016/S1888-4415(03)76086-X).
- Murphey MD, Rhee JH, Lewis RB, Fanburg-Smith JC, Flemming DJ, Walker EA. Pigmented villonodular synovitis: radiologic-pathologic correlation. *Radiog Rev Publ Radiol Soc N Am Inc*. 2008;28(5.):1493–518. <http://dx.doi.org/10.1148/rg.285085134>.
- Díaz Sánchez M, Vadillo Santos A, Becerril Barrientos MJ, Gómez Pérez M de G. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2022;20:197–8. <http://dx.doi.org/10.35366/104286>.
- López Ruiz B, Gasch Blasi J, Rodríguez Fernández A. Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa en el seno del tarso. *Rev Pie Tobillo*. 2011;25:27–30. [http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2198\(16\)30077-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1697-2198(16)30077-5).