

Reumatología clínica en imágenes

Tumor de células gigantes de las vainas tendinosas de los dedos de la mano



Giant cell tumor of the tendon sheaths of the fingers

Luis R. Ramos-Pascua*, Omar A. Guerra-Álvarez, Paula Casas-Ramos y Francisco Arias-Martín

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Complejo Asistencial Universitario de León, Gerencia Regional de Salud de Castilla y León (SACYL), León, España

Presentación del caso clínico

Paciente varón de 65 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por tumoración indolora en la cara dorsal del quinto dedo de la mano izquierda de 4 años de evolución, sin antecedente traumático. La exploración física confirma la tumoración, elástica a la palpación, con movilidad del dedo conservada (fig. 1). Las radiografías simples mostraron la tumoración de partes blandas (fig. 2); la ecografía, la misma lesión, y la RM, una lesión de 16 × 10 × 12 mm en diámetros cráneo-caudal, antero-posterior y transversal, no homogénea, con señal hipointensa y localizaciones en T1, predominantemente hiperintensa en T2 y mostrando moderada captación de contraste (fig. 3).

Diagnóstico y evolución

La lesión se diagnosticó de tumor de células gigantes de vainas tendinosas del quinto dedo de la mano y se extirpó en su totalidad (fig. 4). Dos años más tarde, recidivó (fig. 5) y el paciente fue reintervenido. En la actualidad, 2 años después, no ha habido nuevas recidivas y la movilidad de la articulación interfalángica distal está limitada, si bien la función de la mano del paciente es normal.

Comentario/discusión

El TCGVT, de etiopatogenia desconocida, excluyendo los gangliones, supone casi la mitad de los tumores de partes blandas de la mano¹. Aquí suelen ser formas nodulares y presentarse en pacientes de 30-50 años de edad, si bien con un amplio rango etario, a menudo del sexo femenino (en el 55-70% de las ocasiones). Usualmente, asienta en la cara volar o laterovolar de los dedos,

sobre todo en la proximidad de la articulación interfalángica distal, sin predilección por un dedo concreto¹⁻⁶. Con respecto a la lateralidad, la lesión es más frecuente en la mano derecha y en la dominante^{4,6}.

El diagnóstico de sospecha de los TCGVT de la mano se hace por la clínica y pruebas complementarias de imagen, entre las que suelen bastar la radiografía simple y la ecografía, no siendo necesaria una biopsia. Clínicamente, se sospecha ante un nódulo solitario de partes blandas que respeta la piel, a menudo excéntrico, indoloro y de lento crecimiento¹. El 1-24% de los pacientes refiere algún dolor^{3,4,6}, generalmente en relación con el aumento del volumen y, a veces, por compromiso del paquete neurovascular. El diagnóstico diferencial clínico es extenso. La ecografía identificaría una lesión sólida, generalmente homogénea, hipo o hiperecólica o, en menos ocasiones, heterogénea, con vascularización aumentada en el estudio Doppler, y en relación con la vaina del tendón, con el que no se moviliza por ese motivo⁶⁻⁸. También permitiría descubrir lesiones satélites y, aunque podría confundirse con quistes sinoviales rotos, la confusión no tiene trascendencia terapéutica si se interviene. Entre las pruebas complementarias de imagen, la RM es considerada por algunos como la prueba de imagen más precisa para el diagnóstico^{4,7,8}.

El tratamiento de los TCGVT se basa en la extirpación completa de la lesión. La técnica parece más fiable con exposiciones amplias y usando gafas de aumento o instrumental microquirúrgico^{6,9}. La radioterapia, aunque controvertida, podría indicarse en los casos con más riesgo de recidiva (con mitosis, compromiso óseo o resección lesional incompleta). Esta ocurre hasta en el 45% de los casos tratados.

Los autores declaran que han leído y aprobado el manuscrito y que los requisitos para la autoría se han cumplido.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: luisramospascua@gmail.com (L.R. Ramos-Pascua).



Figura 1. Aspecto clínico del quinto dedo del paciente.



Figura 2. Radiografía simple en proyecciones AP (A) y lateral (B), observándose un aumento de densidad de partes blandas correspondiente a la lesión, con indemnidad de las falanges.

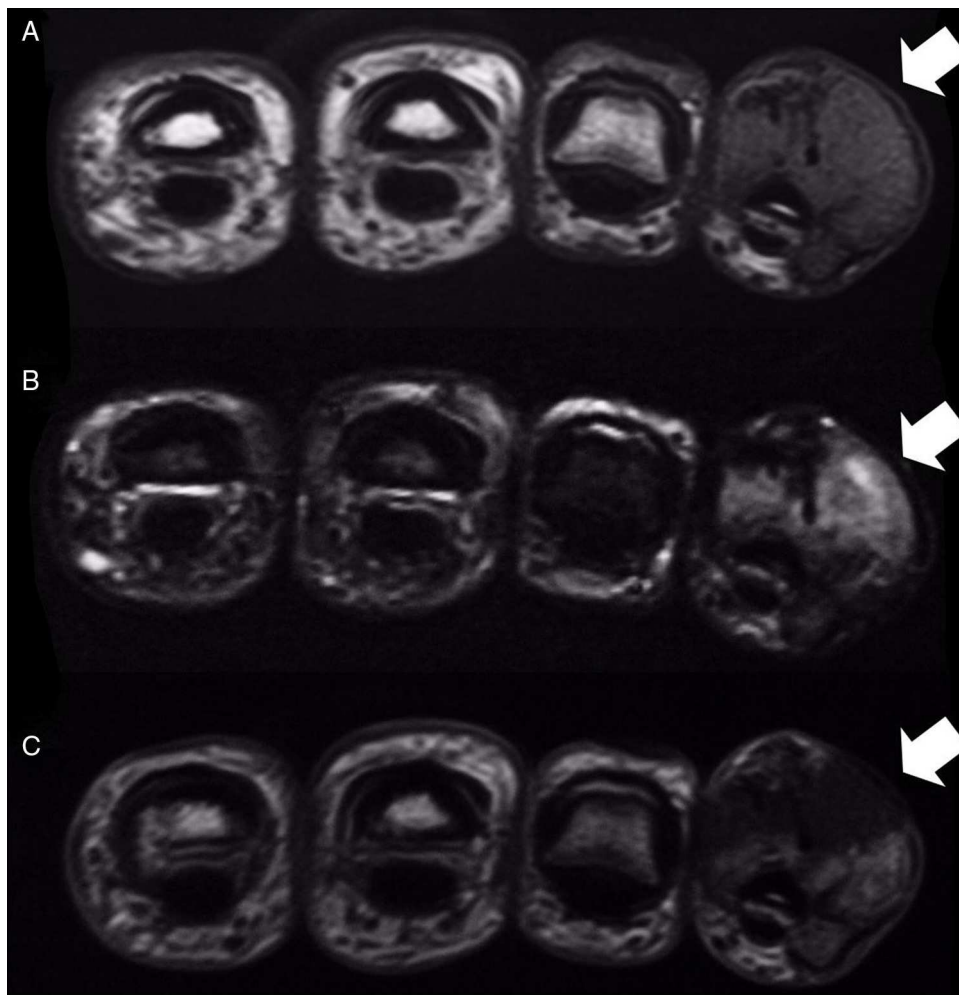


Figura 3. Cortes axiales de RM, observándose una lesión hipointensa en T1 (A) e hiperintensa en T2 (B), con discreta captación tras la administración de contraste (C).

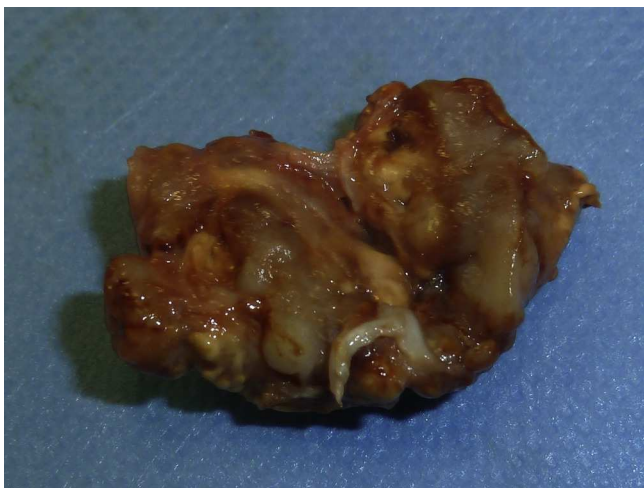


Figura 4. Aspecto macroscópico de la lesión, tras su extirpación, de aspecto nodular y coloración amarillo-marrónácea.

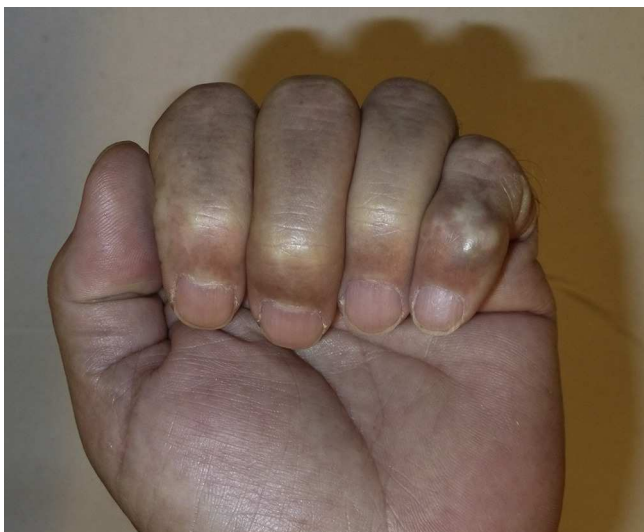


Figura 5. Recidiva lesional 2 años después de la resección.

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 y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Bartolomé-del Valle E, García-Olea A, González-del Pino J, Lovic A, Dudley-Porras A. Tumores primarios de partes blandas de la mano. Análisis epidemiológico de 305 casos. *Rev Ortop Traumatol.* 1998;42:418–26.
2. Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Giant cell tumour of tendon sheath of the digits. A systematic review. *Hand.* 2011;6:244–9.
3. Chougri H, Moussaoui A, Nonnenmacher J. Giant cell tumor of the tendon sheath with introsseous phalangeal invasion: A case report and review of the literature. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2005;15:151–6.
4. Darwish FM, Haddad WH. Giant cell tumour of tendon sheath: Experience with 52 cases. *Singapore Med J.* 2008;49:879–82.
5. Garg B, Kotwal PP. Giant cell tumour of the tendon sheath of the hand. *J Orthop Surg.* 2011;19:218–20.
6. Lautenbach M, Kim S, Millrose M, Eisenschenk 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.
7. Bassetti E, Candrea R, Santucci E. Giant cell tumor of the flexor tendon of the wrist: US and MRI evaluation. Case report. *J Ultrasound.* 2011;14:37–9.
8. Bargiela A. Utilidad de la ecografía en el estudio de la enfermedad sinovial. *Radiología.* 2010;52:301–10.
9. Suresh SS, Zaki H. Giant cell tumor of tendon sheath: Case series and review of literature. *J Hand Microsurg.* 2010;2:67–71.