

TUMOR DE CELULAS GIGANTES DE VAINA TENDINOSA

Por **Carles Vergés Salas**

Podólogo. Profesor Asociado Ensenyaments de Podologia
Universitat de Barcelona

El tumor de células gigantes de vaina tendinosa, también llamada *Sinovitis Vellonodular Pigmentada*, es un tumor de tejido blando de carácter benigno y origen histiocitario, cuya etiología es desconocida y se cree que es mas de carácter reactivo que una neoplasia verdadera.

Puede presentarse en otras localizaciones tales como articulaciones o bursas, siendo sus lugares más frecuentes las articulaciones del tobillo, rodilla, cadera y mano. Generalmente cursan asintomáticos, pudiendo causar dolor «per se» o debido a una compresión externa, además de derrame sinovial.

El aspecto macroscópico es nodular, de color rojo o amarillo parduzcos, de forma móvil, generalmente no adheridos a piel ni hueso, pero pudiendo afectar a otros tejidos blandos. El aspecto microscópico muestra formaciones celulares gigantes conjuntamente con macrófagos que contienen hemosiderina, un pigmento que le da un color característico, pudiendo tener áreas xantomatosas formadas por macrófagos cargados de lípidos.

El pronóstico es bueno aunque es difícil de erradicar debido a su recurrencia. El tratamiento es quirúrgico, procediéndose a la extirpación del tumor. No se han descrito casos bien documentados de metástasis, y el diagnóstico diferencial debería ser

realizado con el Sarcoma sinovial.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente mujer de 24 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés, sin hábitos tóxicos ni alergias medicamentosas conocidas, que acude a consulta por dolor de 4 años de evolución en la cara plantar del 1er. dedo del pie D, que aumenta a la compresión.

A simple observación se aprecia un dedo de tamaño engrosado en comparación con el mismo dedo del pie opuesto (*Fig. 1 y Fig. 2*).

A la palpación se advierte una masa de carácter semiblando, multinodulada, móvil, elástica y no adherido a ninguna zona adyacente.

Reflejo cutáneo-plantar bilateral normal. Pulsos pedio y tibial posterior bilateral normal. Coloración y temperatura de la piel dentro de la normalidad. Se aprecian ligeros engrosamientos cutáneos a nivel de la cara posterior del talón, en la zona de inserción del tendón de Aquiles, cara dorsal de la 1ª articulación metatarsal-falángica bilateral más aumentada

en el pie D, y cara laterointerna de la articulación interfalángica del 1er dedo bilateral. No se observan onicopatías.

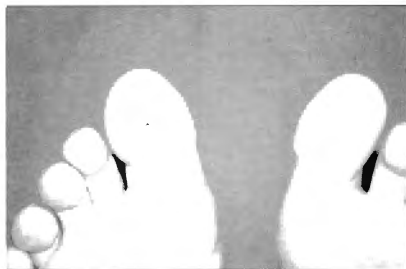


Fig. 1. Visión plantar de los 1ºs. dedos. Observese el engrosamiento a nivel de la zona plantar de la falange proximal del 1º. dedo del pie D.



Fig. 2. Visión lateral interna de los 1ºs. dedos. Aquí podemos observar desde un punto de vista de perfil el engrosamiento del 1º. dedo del pie D con una continuidad hacia la cara plantar de la zona de la 1ª. articulación metatarsal-falángica.

A la exploración se aprecia limitación articular de la primera art. metatarso-falángica del pie derecho a la flexión dorsal compatible con inicio de Hallux Limitus debido al crecimiento de una cresta ósea dorsal de la citada articulación. Limitación de la flexión plantar del mismo dedo por la masa tumoral (Fig. 3).

A la bipedestación estática se observa una eversion de las art. subastragalina y mediotarsiana bilaterales que compensan una deformidad de antepie supinado. (Fig. 4).

A la deambulación se destaca una marcha en eversion del mediopie bilateral.

PEDIGRAFÍAS

Imagen falsa de pie cavo de segundo grado con una disminución del apoyo del segundo dedo bilateral y un aumento notable de la zona plantar digital del primer dedo del pie derecho. Aumento en la presión de carga a nivel metatarsal central y 5ª articulación más destacadas en el pie I (Fig. 5).

RADIOGRAFÍAS

Estructuras óseas y articulares dentro de la normalidad observándose cuboides accesorio bilateral, sesamoides supernumerario en articulaciones interfalángicas del primer dedo bilateral y erosión de la diafisis de la primera falange del primer dedo derecho de origen extrínseco compatible con el espacio que ocupa la tumoración (Fig. 6 y Fig. 7).

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICO

Debido al crecimiento lento de la masa, a la escasa clínica caecida durante la historia natural del tumor y a su localización y características físicas, la orientación diagnóstica es de tumor de células gigantes de la vaina tendinosa del flexor propio del primer dedo del pie derecho.



Fig. 3. Cuando intentamos colocar a la paciente en posición de puntillas se observa la imposibilidad de realizar una flexión dorsal normal a nivel de la 1ª articulación metatarsofalángica del pie D, en comparación con el pie opuesto, con un desplazamiento lateral del pie afectado, debido a la formación de un hallux limitus.

TRATAMIENTO

Se procede a su exéresis quirúrgica previo pre-operatorio analgésico y radiográfico general normales.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Tras hemostasia neumática y vaciamiento hemático mediante «Esmarch» de la extremidad inferior derecha se procede a la preparación de campo estéril y asepsia cutánea de la zona quirúrgica.

Se realiza incisión latero medial del primer dedo hasta art. metatarsofalángica y tras disección de capas superficiales se observa tumoración de aspecto parduzco y multinodulado no presentando adherencia a estructuras óseas vecinas (Fig. 8). La tumoración incluye toda la vaina del flexor del primer dedo hasta primer metatarsiano por lo que se prolonga la incisión. Se procede a la exéresis del tumor tanto del lado medial como del lateral del primer dedo y zona metatarsal (Fig. 9). Se cierra el resto de la vaina dejando un drenaje tipo Redon debido a la gran cavidad expuesta, cerrando los planos profundos con sutura absorbible y seda trenzada en la piel (Fig. 10).

ANATOMÍA PATOLÓGICA

Se reciben varias formaciones irregulares, la mayor de las cuales mide 3,5 x 2 x 1,5 cm y la menor de 0,4 cm de diámetro máximo (Fig. 11).

Los fragmentos tienen un aspecto multinodulado. Al corte muestran un aspecto homogéneo blanquecino de consistencia elástica con alguna area calcificada. El diagnóstico anatomopatológico es de tumor de células gigantes de la vaina sinovial.



Fig. 4. Vista posterior del tercio inferior de las plantas y pies, en los cuales podemos ver la posición en eversion compensadora del antepie, en la bipedestación estática, que se realiza a nivel de las articulaciones subastragalina y mediotarsiana.



Fig. 5. Pedigráficas de ambos pies de bipedestación estática.



Fig. 8. El texto ya hace referencia a la imagen.



Fig. 6 y Fig. 7. Visiones oblicuas de antepie del pie D e I. La imagen 6 corresponde al pie D y la 7 al pie I. Al estudio comparativo podemos observar el hueso cuboidees accesorio bilateral, el sesmoideo supernumerario a nivel de las 2as. articulaciones interfalángicas de los 1os. dedos, y la concavidad aumentada a nivel de la diáfisis de la falange proximal del 1er. dedo del pie D, debido a la compresión extrínseca del tumos, que se diferencia de la misma localización en el pie opuesto.



Fig. 9. Obsérvese la gran cavidad que queda expuesta post-exéresis del tumor, donde puede advertirse el tendón del flexor del 1er. dedo, así como las estructuras adyacentes, y la incisión necesaria para hacer posible la exéresis.



Fig. 10. Sutura final con presencia del drenaje.

COMENTARIOS DE EVOLUCIÓN

El postoperatorio fue normal manteniendo pulsos y coloración de la piel sin cambios. El drenaje se retiró a las 24 horas debido a la falta de líquido drenado. Los puntos externos fueron extraídos a los doce días, con cierre perfecto de la herida y se mantuvo un dedo funcionante (Fig. 12).

Se observó con el transcurso de los meses una hipoestesia del dedo, que cedió por sí sola, poseyendo en la actualidad una sensibilidad normal.

A los tres años de la intervención se observa recidiva de nódulos de las mismas características que los anteriores más pequeños, localizados y asintomáticos.

DISCUSIÓN

Ante una patología tumoral, la valoración general y local son de gran ayuda para el diagnóstico, así como todas las técnicas radiográficas que van desde la radiografía simple, centellografía, RNM, TAC, Artrografías, etc... y técnicas de biopsia.

La ausencia de signos y síntomas sistémicos, el crecimiento lento, la buena localización, la no metastatización, la falta de ulceración, cambios en la coloración y temperatura locales, ausencia de dolor, son, en general, premisas que orientan hacia un carácter benigno de un tumor,



Fig. 11. Aquí se presentan todas las porciones del tumor extraído. Obsérvese los diferentes tamaños en comparación con una cinta métrica.

La ausencia de signos y síntomas sistémicos, el crecimiento lento, la buena localización, la no metastatización, la falta de ulceración, cambios en la coloración y temperatura locales, ausencia de dolor, son, en general, premisas que orientan hacia un carácter benigno de un tumor, así como de malignidad si son contrarios a los expuestos.

así como de malignidad si son contrarios a los expuestos.

En nuestro caso las características clínicas, exploratorias y radiográficas fueron suficientes para hacer una orientación diagnóstica que fue confirmada por la visión intraoperatoria de la lesión, así como por el resultado del análisis de la muestra cursado al servicio de anatomía patológica.

El tratamiento quirúrgico fue realizado intrahospitalariamente siendo el control del postoperatorio no inmediatamente controlado extrahospitalariamente.

Los cambios en la sensibilidad debidos a una posible lesión de los nervios colaterales del dedo son una yatrogenia comprensible por la gran masa existente bilateralmente en el dedo en comparación con su tamaño, aunque en nuestro caso remitió la hipoestesia.

La eversión compensadora de la art. Subastragalina y Mediotarsiana fue tratada mediante la aplicación de un soporte plantar compensatorio.

RECONOCIMIENTOS

Quiero agradecer a los Doctores Monforte y P. Fernandez de Retana, Cirujanos Ortopedias y Traumatólogos su colaboración inestimable y desinteresada por la realización de la intervención quirúrgica así como todo el interés demostrado en el caso.



Fig. 12. Aspecto postoperatorio a las 24 horas después de retirado el drenaje por la buena evolución y falta de productividad del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Heteringthorn, L. (199) «PRINCIPALES AND PRACTICE OF PODIATRIC MEDICINE». Ed. Churchill-Livingstone.
- Enzinger, F. M. Weiss, S. W. (1985) «TUMORES DE TEJIDOS BLANDOS». Ed. Médica Panamericana.
- Zollinger, H. V. (1979) «ANATOMÍA PATOLÓGICA. PATOLOGÍA GENERAL». Ed. Salvat.
- Campbell (1992) «CIRUGÍA ORTOPÉDICA». Tomo I. 8ª Edición. Ed. Panamericana.
- Butler. McCarty Danforth, Jr. (1993) «BENING GIANT CELL TUMOR OF THE FOOT». The Journal of foot and ankle surgery. Vol. 32. Pág. 299.