

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa flexora del pie.

Estrada Valenzuela, Francisco Roberto;
Estuardo López, Héctor; Martínez Manuel Estuardo;
Galan Rios, Manuel Alfonso.

Hospital General San Juan de Dios
Guatemala, Guatemala

Fecha de Recepción: 16/10/11
Fecha de Aprobación: 22/03/12

Resumen

Esta clase de tumor es considerado como una neoplasia o un tumor de células gigantes, entre los sinónimos que podemos considerar se encuentra: xanrofibroma, sinovialoma benigno, sinovialoma velludo o simplemente sinovioma benigno gigante celular (Stewart 1948; Wright 1951). Para Schajowicz el término granuloma histiocitario xantomatoso es el más adecuado, porque concuerda con el concepto de (Jaffe 1958) de un proceso hiperplásico de origen reactivo e inflamatorio.^(1,2,6,7)

Los hallazgos de células gigantes multinucleadas, histiocitos y hemosiderina, explica los términos de xantoma y fibroxantoma. (Schajowicz).⁽³⁾

La sinovitis nodular localizada tiene predilección por las localizaciones extraarticulares y las vainas tendinosas particularmente de los dedos de la mano, sin embargo puede afectar la rodilla, el tobillo y no hemos encontrado descripciones que lo ubiquen en las vainas tendinosas de la cara plantar de pie.

En este trabajo se presenta un caso de tumor de células gigantes de la vaina tendinosa flexora del pie con el tratamiento de la resección total del tumor con la capacidad de solucionar el problema de dolor y dificultad a la marcha de la paciente.^(4, 13,14)

Abstract

This kind of tumor is regarded as a neoplasm or tumor giant cells, among the synonyms that we consider is: xanrofibroma, benign sinovialoma, sinovialoma Synovioma hairy or just benign giant cell (Stewart 1948, Wright 1951). To Schajowicz xanthomatous histiocytic granuloma the term is most appropriate, because it agrees with the concept of (Jaffe 1958) of a reactive hyperplastic process and inflammatory origin.

The findings of multinucleated giant cells, histiocytes and hemosiderin, explains the terms of xanthoma and fibroxanthoma. (Schajowicz).

Localized nodular synovitis has a predilection for extra-articular locations and particularly the tendon sheaths of the fingers, but can affect the knee, ankle and have not found descriptions that locate in the tendon sheaths of the plantar aspect of foot.

This paper presents a case of giant cell tumor of tendon sheath of the flexor foot with the treatment of total resection of the tumor with the ability to solve the problem of pain and difficulty to the progress of the patient.

PALABRAS CLAVE | Tumor de células gigantes, neoplasia, benigno.
KEY WORD | Giant cells tumor, foot neoplasm, benign.
PALAVRAS CHAVE | Tumor de células gigantes, neoplasia, benigno.

Resumo

Este tipo de tumor é considerado como uma neoplasia ou um tumor de células gigantes, entre os sinônimos que podemos considerar está: xantofibroma, sinovialoma benigno, sinovialoma peludo ou simplesmente sinovioma benigno gigante celular (Stewart 1948; Wright 1951). Para Schajowicz o termo granuloma histiocitário xantomatoso é o mais adequado, porque concorda com o conceito (Jaffe 1958) de um processo hiperplásico de origem reativa e inflamatória. ^(1,2,6,7)

As descobertas de células gigantes multinucleadas, histiócitos e hemossiderina, explica os termos de xantoma e fibroxantoma. (Schajowicz). ⁽³⁾

A sinovite nodular localizada tem preferência pelas localizações extra-articulares e as bainhas tendinosas, particularmente, dos dedos da mão. No entanto, pode afetar o joelho, o tornozelo e não encontramos descrições que o posicionem nas bainhas tendinosas da cara plantar do pé. Neste trabalho, é apresentado um caso de tumor de células gigantes da bainha tendinosa flexora do pé com o tratamento de ressecção total do tumor, com a capacidade de solucionar o problema da dor e da dificuldade do paciente para caminhar. ^(4, 13,14)

Introducción

Tumor de células gigantes es un tumor benigno pero localmente agresivo que puede ocurrir en cualquier hueso o vaina tendinosa.

Este tumor es poco frecuente en el pie, por lo que la presentación de este caso lo hace interesante.

Las lesiones en su mayoría se localizan en la metáfisis adyacente a la epífisis o la cicatriz epifisaria. Por esta razón, las lesiones se localizan mayormente en la zona proximal del primer metatarsiano y distal de los metatarsianos menores debido a la ubicación de la epífisis. El tumor puede cruzar las articulaciones y afectar a varias estructuras osteoarticulares adyacentes. Con el tiempo, la vaina tendinosa puede ser ampliada e incluso destruida. ^(7,8,9)

Los hallazgos pueden ser transicionales entre la lesión solitaria, circunscrita y la forma difusa vellosa nodular.

El síntoma mas frecuente fue tumefacción y nódulo palpable entre el tercero y cuarto espacio de Web pie izquierdo, la paciente presentaba limitación a la marcha, al despegue en combinación con un movimiento con bloqueo y derrame articular (Root, 1977). ^(12,15)

Objetivos: presentar una variante de localización del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa con una localización en la vaina tendinosa del flexor común de la planta del pie, la

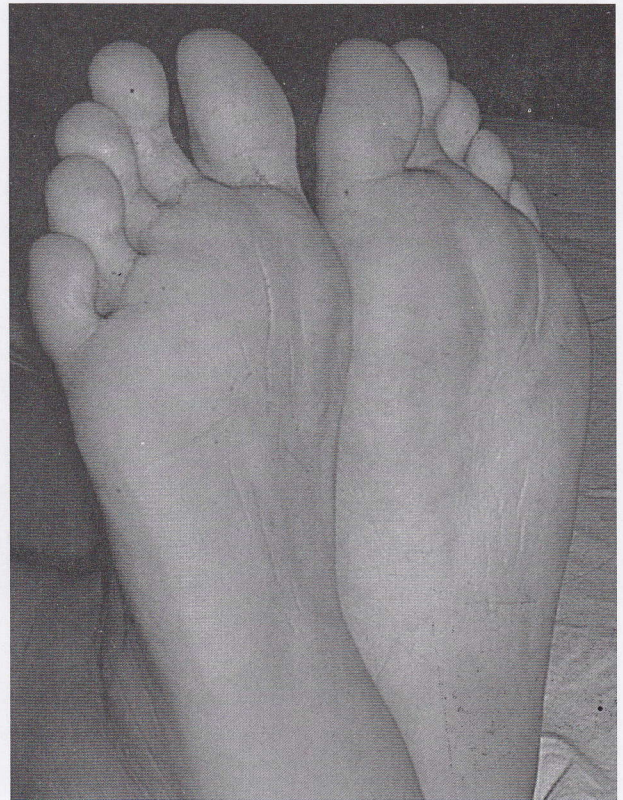


Fig. 1 | Aspecto clínico preoperatorio de la lesión.

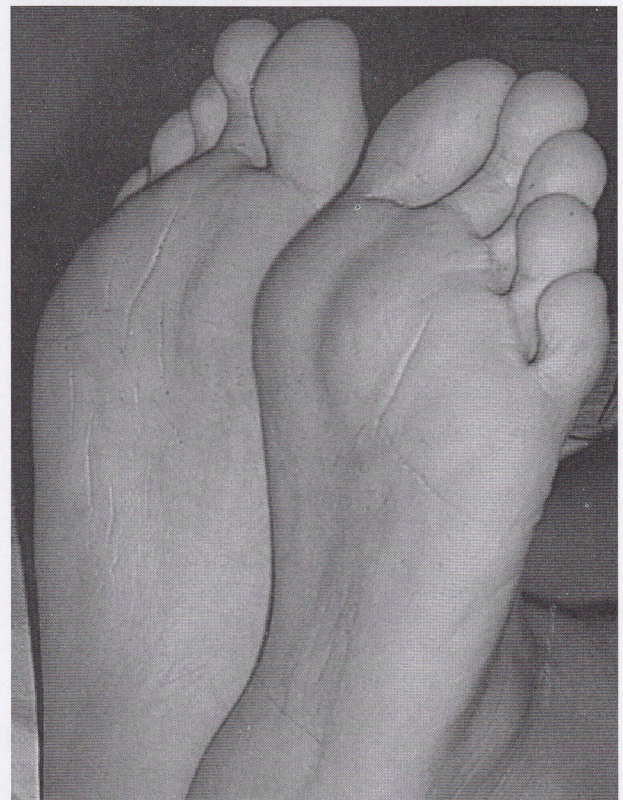


Fig. 2 | Aspecto clínico preoperatorio de la lesión.



Fig.3 | Las radiografías AP y Lateral comparativas de ambos pies, en las cuales no muestran compromiso óseo.

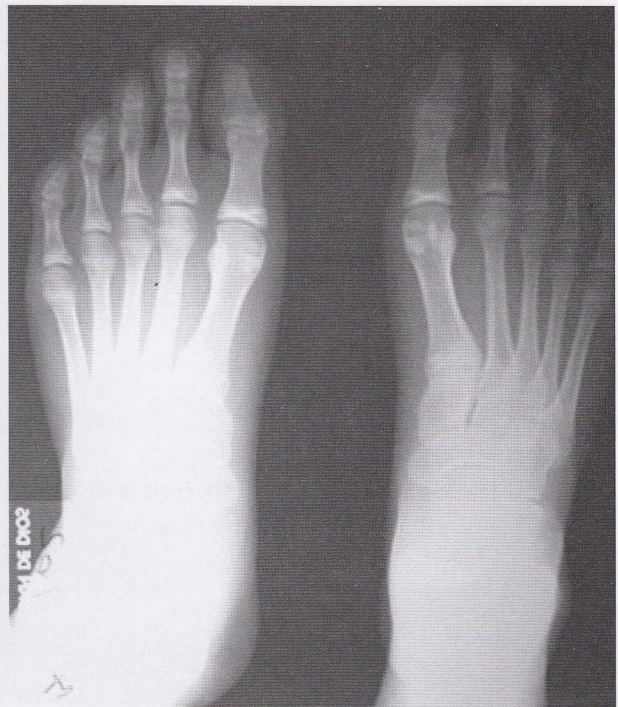


Fig.4 | Las radiografías AP y Lateral comparativas de ambos pies, en las cuales no muestran compromiso óseo.

cual altera la marcha secundario al dolor que produce, señalando la capacidad correctora del problema y el procedimiento quirúrgico de extracción.

Material y Método

Para el estudio del caso se ingresó por consulta externa del

Hospital General San Juan de Dios de Guatemala a una paciente femenina de 13 años con historia de presentar dolor en planta de pie izquierdo al apoyo y por consecuencia a la marcha, quien no tiene historia de familiares con problema similar al presentado. Al examen físico presentó en la región plantar del pie izquierdo una única más de aproximadamente 8 cm x 3 cm en área intermetatarsiana 1° y 2° depresible, dolorosa a la extirpación no móvil ni retraible con una sensación de frag-

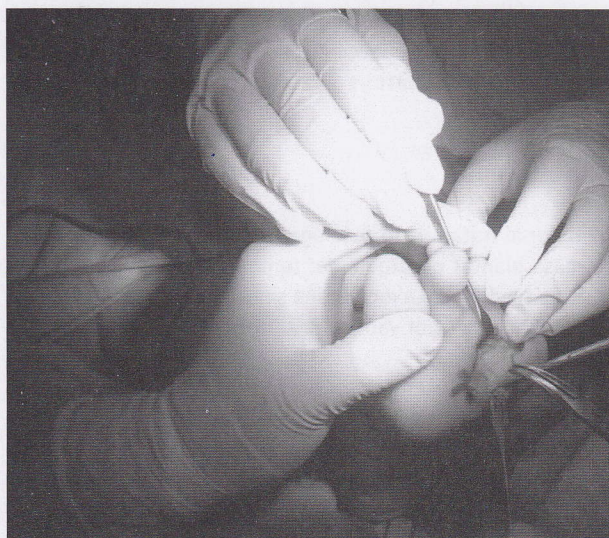


Fig.5 | Fotografías Intraoperatorias donde se aísla la vaina tendinosa disecando el tumor.

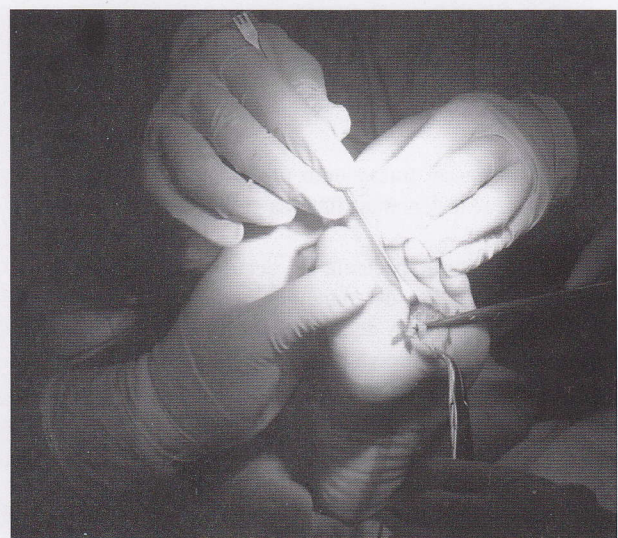


Fig.6 |

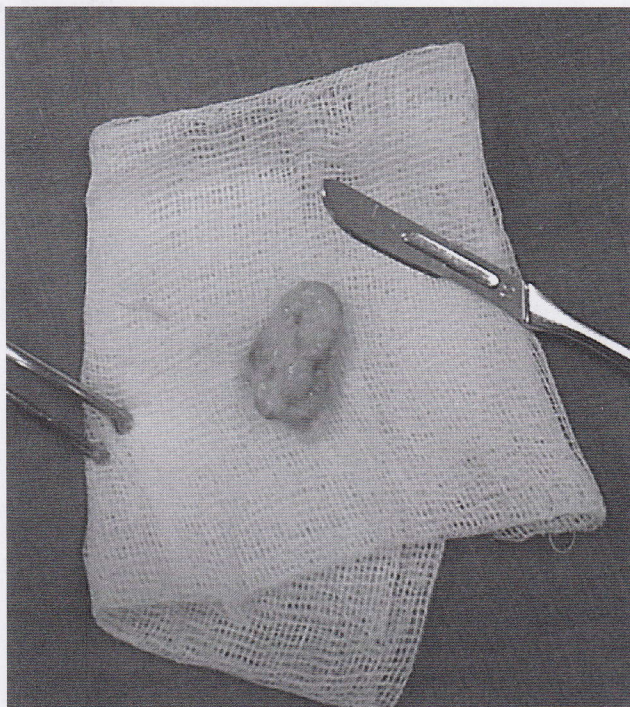


Fig.7 |

Aspecto macroscópico del tumor extirpado.

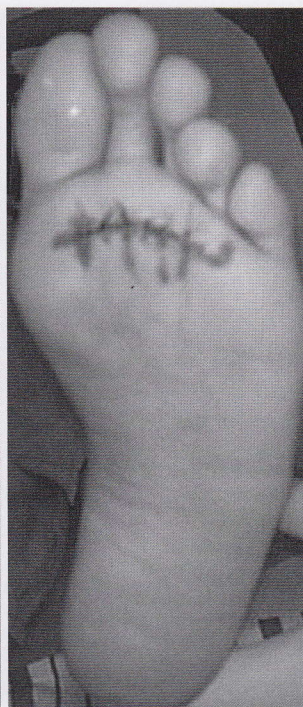


Fig.8 |

Aspecto post operatorio de la herida.

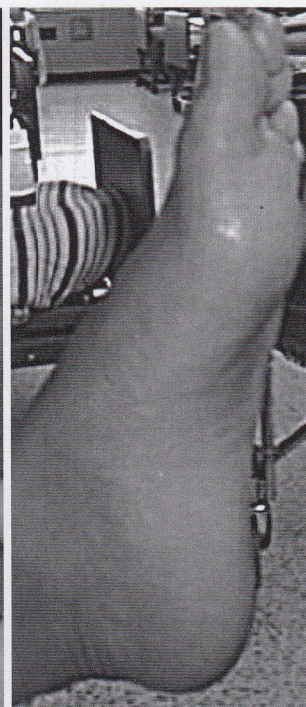


Fig.9 |

Post operatorio a las 48 horas de evolución, no edema ni signos de infección, paciente fue dado de alta.

mentación en su interior, sin cambios vasculares (FIG. 1 y 2).

Se realizaron estudios radiológicos los cuales presentaron un antepié con canon griego y dedos en garra, principalmente el 4to y el 5to bilateral. La formula metatarsal: index minus y sesamoideos bipartitos mediales.bilaterales con un infarto oseoso intersesamoideo en la cabeza del metatarsiano izquierdo. No se evidencian en las mismas lesiones lítica, blásticas o mixtas al momento preoperatorio (FIGS. 3 y 4). Se realiza USG de región plantar que evidencia más sólida en espacio interóseo, pudiendo corresponder a un neuroma o masa tumoral de la vaina tendinosa. (FIG. 11)

La planificación del tratamiento fue la extirpación de lo que clínicamente se le denomina fibroma de planta de pie izquierdo.

Técnica operatoria: paciente en decúbito supino, isquemia mediante colocación de manguito neumático del muslo y vaciamiento con venda de Smarch. Se coloca una almohada debajo de pie izquierdo ya preparado. Se realiza un abordaje plantar de las articulaciones metatarsofalángicas con ayudante sosteniendo pie de paciente en flexión dorsal. La incisión arqueada de la piel sigue un trayecto convexo sobre las cabezas palpables de los metatarsianos (FIG. 5). El colgajo de piel proximal se desplaza relativamente lejos en dirección del talón. Luego se dividen y disecan en dirección proximal y distal las bandas de la aponeurosis plantar (FIGS. 6), en donde

se expone tumor solido de tres fragmentos anclado a la parte distal de la vaina del flexor común de los dedos, se disecciona cuidadosamente se liga de raíz y se realiza la sección del mismo revisando que no quede fragmento anclado. Se procede al cierre por planos incluyendo piel.

Masa ya extirpada se envía a laboratorio de patología donde reportan un nódulo compuesto por una masa sólida de tres fragmentos de tejido blanquecino de 2 x 1.3, 1 x 0.5 y 0.5 x 0.5, blanco (Figura 7). Secciones de tejido se someten a estudio histológico. (3 cortes y 1 caseta) (FIG. 10)

■ Resultados

Posterior al tratamiento patólogos reportan como diagnostico de masa plantar pie izquierdo: tumor de celulas gigantes de la vaina tendinosa. La membrana sinovial del tendón afectado era normal, y el color variaba grisblanquecino a amarillento.

Posterior al tratamiento quirúrgico la paciente presenta perfil de pie sin evidencia de masas o deformidades a nivel plantar (FIGS. 8 y 9). Al segundo día posoperatorio no evidencia dolor al apoyo de pie y marcha de la misma se corrige. En seguimiento presenta buena cicatrización de herida. A los dos años de seguimiento paciente no presenta aun recurrencia de masas en el área donde se realizó la extirpación de la masa.

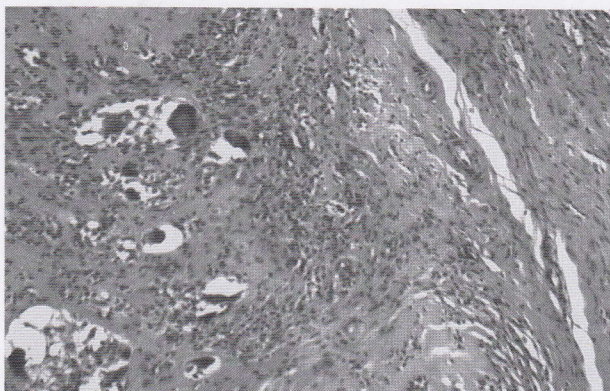


Fig.10 | Imagen microscópica del estudio histológico muestra células fusiformes alargadas, relacionadas con estroma colágeno en el cual hay dispersos histiocitos células gigantes multinucleadas de tipo de cuerpo extraño.



Fig.11 | USG de región plantar que evidencia más sólida en espacio interóseo, pudiendo corresponder a un neuroma o masa tumoral de la vaina tendinosa.

Discusión

La extraña variante de localización de este tumor nos lleva a pensar en un inicio como diagnósticos diferenciales fibroma, enfermedad de Ledderhose o quiste sinovial. El dolor secundario a una tendinitis de la vaina de los tendón extensor común de los dedos del pie debido al aumento de volumen progresivo con la actividad le hace sufrir una auténtica crisis isquémica transitoria manifestada por el intenso dolor que obliga a desistir la marcha normal. En las bursitis crónicas dolorosas rebeldes a otros tratamientos habrán de ser extirpadas, como ocurre en el talón, dorso de pie, borde externo y dedos.⁽¹¹⁾ Por regla general la extirpación es un gesto de otras actuaciones quirúrgicas que se encaminan a la supresión de las disfunciones o deformidades que las propician. Los tumores benignos de las partes blandas, los quistes y los gangliones suelen requerir una precisa extirpación. Los tumores más frecuentes son los angiomas, las calcificaciones subcutáneas, los quistes epidermoides plantares, los fibromas y fibrolipomas, xantomas, neuromas y tumores glómicos.⁽¹⁷⁾ Su presencia molesta de sobremano para calzarse y la marcha se hace muy penosa si, aunque sean de tamaño pequeño, se localizan en la planta o en los bordes de pie. Los tumores malignos, mucho más raros como son los epitelomas cutáneos, los tumores melánicos y los fibrosarcomas, casi siempre saldan su tratamiento con la amputación y sólo en casos muy especiales admiten una cirugía de resección más reducida. Histológicamente, la lesión es similar a la sinovitis vellonodular pigmentada. No hay hemosiderina y macrófagos, células espumosas, células gigantes y dispersos multinucleadas.⁽⁵⁾ El origen del tumor no está cla-

ro. Aneuploidía, translocaciones cromosómicas y la expresión tumoral de p63 y nm23 se han reportado en una proporción variable. La expresión de p63, se ha identificado en el tumor de células gigantes del hueso, sinovitis vellonodular pigmentada, y el tumor de células gigantes de la vaina del tendón, lo que lleva a la especulación de que estos pueden compartir un origen común. Las células gigantes de estos tres tumores se han detectado para mostrar las características que se los asocia a los osteoclastos, incluyendo fosfatasa ácida resistente al tartrato de marcado, y la expresión del receptor de calcitonina.⁽¹⁰⁾ El tratamiento completo de este tipo de lesiones la minuciosa extirpación completa del tumor ya que se ha evidenciado la recurrencia del mismo relacionada a la extirpación parcial donde la recurrencia aumenta su incidencia.⁽¹⁶⁾

Conclusión

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es un raro y solitario tumor benigno de tejidos blandos que puede surgir en los tendones flexores del pie. Clínicamente, los pacientes reportan un crecimiento lento, masa propiamente indolora, pero que causa dolor a la marcha y apoyo del pie.

En las radiografías simples, puede haber un tejido de hinchazón blanda, y no marcar lesión en los elementos óseos involucrados.

El tratamiento consiste en la escisión completa de toda la lesión.

Referencias Bibliográficas

1. **Decker J. P., Owen BJ** (1954) An invasive giant cell tumor of tendon sheath in the foot. *Bull Ayer Clin Lab Pa Hosp* 4: 43-53.
2. **DeSanto D. A., Wilson P. D.** (1939) Xanthomatoma tumors of joint. *J Bone Surg* 21: 531-558.
3. **Eisenstein R.** (1968) Giant cell tumor of tendon sheath. Histogenesis as studied in the electron microscope. *J Bone Joint Surg (Am)* 50, 476-486.
4. **Fletcher A. G., Horn RC** (1951) Giant cell tumors of tendon sheath origin. A consideration of bone involvement and report of 2 cases with extensive bone destruction. *Ann Surg* 133:373.
5. **Greenfield G.** Imaging of bone tumors. A multimodality approach. Lippincott company 1995 p. 299.
6. **Guccion J. G., Ensinger F.** (1972) Malignant giant cell tumor of soft parts. An analysis of 32 cases. *Cancer* 29: 1518 - 1529.
7. **Jaffe H. L.** (1958) Tumor and tumorlike conditions of the bones and joints. A Febiger, Philadelphia.
8. **Jones H. L., Soul E. H., Coventry MB** (1959) Fibrous xanthoma of synov (giant cell tumors of tendon sheath, pigmented nodular synovitis) *J. Bone Joint Surg (Am)* 51: 76-78.
9. **Kubak M. W., Perkw S.** (1949) Xanthomatous giant cell tumors arising in soft tissue. Report of an instance of malignant growth. *Arch Surg* 59; 909-916.
10. **Lichtenstein L.** (1955) Tumors of synovial joints, bursae and tendon sheaths. *Cancer* 8: 816-930
11. **Phalen G. S., McCormick L. J. Gasale W. J.** (1959) Giant cell tumor of tendon sheath (benign synovioma) in the hand. Evaluation of 56 cases. *Clin Orthop* 15: 140 - 151.
12. **Robbins S. L.** Cotran. Patología estructural y funcional. 2 ed. Editorial Interamericana p. 1414.
13. **Springer V.** Tumors and Tumorlike Lesions of Bone and Joints. Ed. Med. Panamericana 1982 p. 523 - 525.
14. **Steward M. J.** (1948) Benign giant - cell synovioma and its relation to xanthoma. *J Bone Joint Surg* 50:522
15. **Stewart M. J., Wright C. J. E.** (1950) A recurrent benign giant cell synovioma of tendon sheath of 34 years duration. *B J Surg* 37:370
16. **Wright C. J. E.** (1949) Rapid recurrence of a giant cell synovioma of tendon sheath. *J Surg* 61: 271-274.
17. **Wright C. J. E.** (1951) Benign giant cell synovioma. An investigation of 85 cases. *B J Surg* 38: 257.