

Tumor subcutáneo digital

Subcutaneous finger tumor

María Eugenia Cappetta¹, Patricia Della Giovanna², Gabriel Casas³, Fernando Stengel³

Caso clínico

Paciente de 45 años de sexo femenino, sin antecedentes personales de importancia, que consulta por presentar lesión tumoral de crecimiento progresivo en el pulpejo del dedo mayor de la mano derecha de tres años de evolución (**Fotos 1 y 2**). La lesión es levemente dolorosa y no refiere antecedente de traumatismo previo.

Al examen físico se observa masa tumoral circunscrita de 1 centímetro de diámetro color piel normal, de consistencia duroelástica. No presenta otras lesiones asociadas.

La resonancia nuclear magnética evidenció una imagen de aproximadamente 1 cm de diámetro con señal intermedia en T1 y tendencia a la hipointensidad en T2 discretamente heterogénea.

Se realizó biopsia incisional, cuyo estudio histopatológico informó epidermis sin alteraciones significativas, dermis reticular e hipodermis presentan proliferación nodular de células cuboidales de aspecto anfófilo acompañado de aisladas células gigantes multinucleadas de tipo osteoclástico (**Fotos 3 y 4**).

(Dermatol Argent 2010;16(3):226-228).



Fotos 1 y 2. Tumor que deforma el extremo distal del dedo mayor derecho.

Fecha de recepción: 15/7/2009 | **Fecha de aprobación:** 17/9/2009

1. Residente de tercer año. Servicio de Dermatología.
2. Médica de planta. Servicio de Dermatología.
3. Médico de planta. Servicio de Anatomía Patológica.
4. Jefe del Servicio de Dermatología.

Instituto Universitario CEMIC. CABA, Rep. Argentina.

Correspondencia

Dra. María Eugenia Cappetta: San Blas 3030 2º, (1416) CABA, Rep. Argentina | e-cappetta@hotmail.com

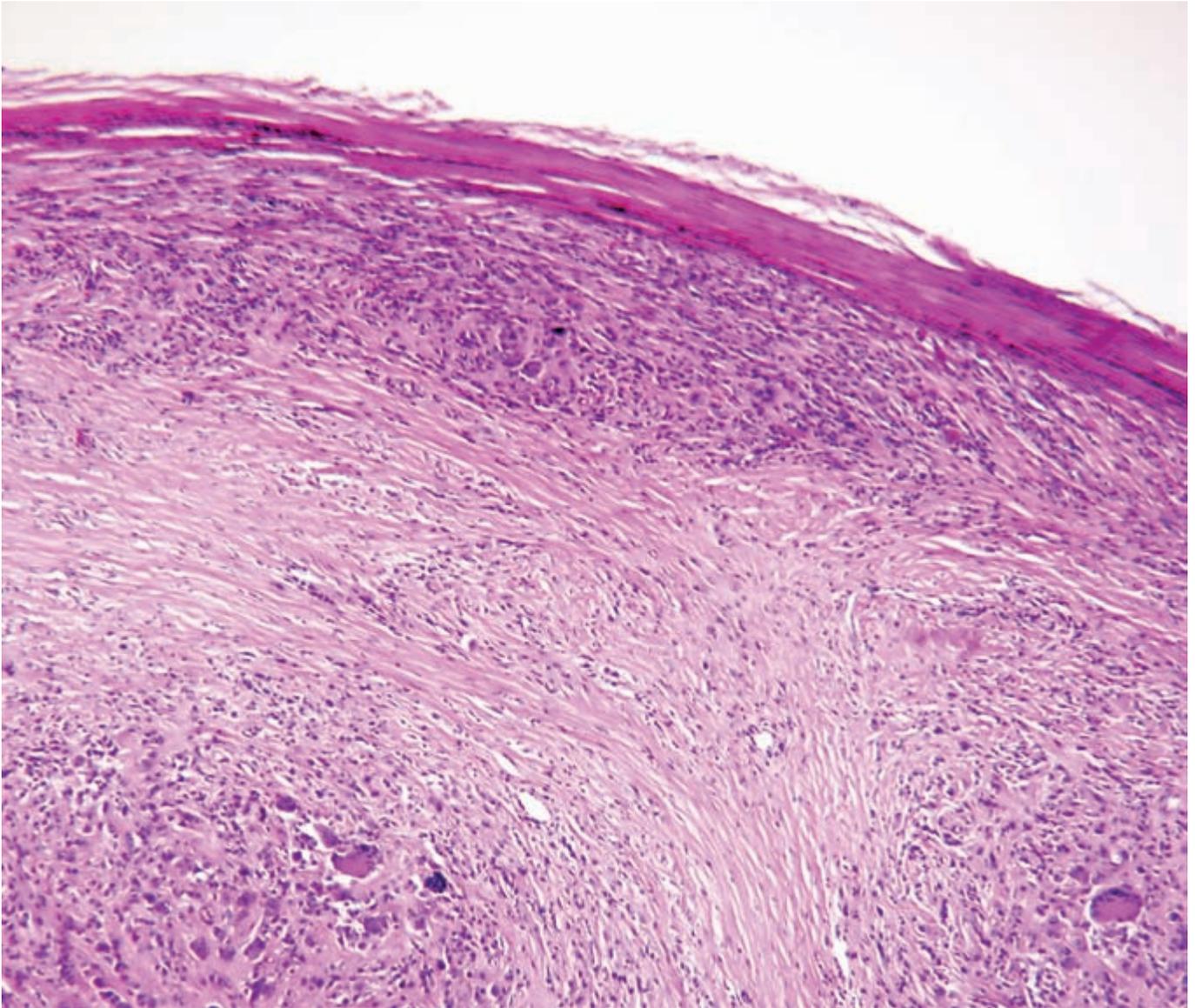


Foto 3. 10X.

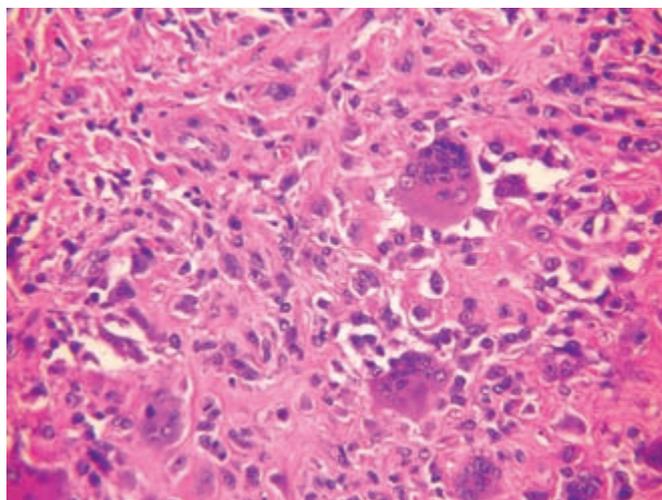


Foto 4. 40X.

Diagnóstico:

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa.

Comentarios

La variante localizada del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVT) constituye el segundo tumor de partes blandas más frecuente de la mano luego del quiste ganglionar. Es una neoplasia poco común, cuya incidencia estimada es de 1 en 50.000 y un pico de incidencia entre la tercera y cuarta décadas de la vida.¹

El TCGVT afecta más frecuentemente las manos, el 80% compromete los dedos, generalmente de forma adyacente a las articulaciones. También puede presentarse en pies, codos, rodillas y cadera. Existe una variante localizada, la más frecuente, y otra difusa o multifocal.

Se presentan como masas de crecimiento lento dolorosas o indoloras, en las superficies extensoras o flexoras de los dedos, fijos a estructuras articulares profundas (no siempre tendones). Su tamaño oscila entre 0,5 y 4 centímetros. El 15% de los TCGVT localizados causan erosión cortical de los huesos adyacentes.² Es infrecuente la transformación maligna y existen escasas comunicaciones de enfermedad metastásica.

Algunos autores postulan que el TCGVT se produce por una proliferación policlonal reactiva de la sinovial de las vainas tendinosas. Estudios más recientes arrojan evidencia convincente de alteraciones cromosómicas clonales.³

Desde el punto de anatomopatológico el tumor consta de una celularidad variada, rodeada de una pseudocápsula fibrosa. En las áreas celulares, la mayoría de las células son mononucleares símil macrófagos, con un núcleo oval indentado y abundante citoplasma. Existe un variado número de macrófagos espumosos, que pueden asociarse a cristales de colesterol y siderófagos. Las áreas con menos celularidad se caracterizan por escasas células rodeadas de un estroma fibroso o hialino. Las características células gigantes símil osteoclasto son escasas, su citoplasma es marcadamente eosinófilico y contiene un número variable de núcleos

irregularmente distribuidos. Las figuras mitóticas son frecuentes en algunos casos, pero no muestran atipia. No existe evidencia que relacione la actividad mitótica con el riesgo de metástasis.⁴

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran: quiste ganglionar, quiste mixoide, tumor glómico, neurofibroma, nódulo reumatoideo, carcinoma basocelular, fibrosarcoma, granuloma por cuerpo extraño, entre otros.

El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica.

Este tumor tiene alta tasa de recurrencia, que varía del 9 al 44% según las distintas series y ocasionalmente invade estructuras adyacentes. La recurrencia se presenta generalmente en tumores con alto índice mitótico y suele ser consecuencia de excisiones incompletas. Con el objetivo de minimizar el riesgo de recurrencia, es necesaria una adecuada evaluación preoperatoria de la extensión local del tumor para planificar un correcto abordaje quirúrgico. La resonancia nuclear magnética permite identificar la señal interna característica del TCGVT, además de identificar el tamaño y extensión e invasión articular y del espacio tenosinovial.⁵ La ecografía de partes blandas también representa una importante ayuda diagnóstica, sobre todo porque identifica la naturaleza sólida de estos tumores en contraposición con la quística de los quistes ganglionares.⁶

Referencias

1. Hitora T, Yamamoto T, Akisue T, Marui T, et al. Multicentric localized giant tumor cell tumor of tendon sheath; two separated lesions at different sites in a finger. *Br J Dermatol* 2002;147:403-404.
2. Park J. Multiple separated giant cell tumors of the tendon sheath in a thumb. *J Am Acad Dermatol* 2006;54:540-542.
3. Hampton L, Lawrence C. Case 5. Giant-cell tumor of tendon sheath. *Clin Exp Dermatol* 2003;28:573-574.
4. Beer T, Lam M, Heenan P. Tumors of fibrous tissue involving the skin. In: David E, Elder D, Bennett R, Johnson L, Murphy G. *LEVER'S Histopathology of the Skin*. USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2004:974.
5. Kitagawa Y, Ito H, Amano Y, Sawaizumi T, et al. MR imaging for preoperative diagnosis and assessment of local tumor extent on localized giant cell tumor of tendon sheath. *Skeletal Radiol* 2003;32:633-638.
6. Middleton W, Ptel V, Teefey S, Boyer M. Giant cell tumor of the tendon sheath: analysis of sonographic findings. *Am J Roentgenol* 2004;184:337-339.

Respuestas Dermatogrilla**Horizontales**

2. Hiperfosfatemia 5. Acral 6. Neurógeno 8. Hodgkin 10. Escabiosis 13. Mariposa 14. Invierno 19. Histamina 20. CBP 21. Policitemia 22. Encefálica 23. Capsaicina 24. Diabetes mellitus 26. Cetirizina 27. Eosinófilica 28. Mastocitos 29. Colestiramina

Verticales

1. Pruritoceptivo 3. Parathormona 4. Talidomida 7. Psoriasis 9. Cinco 11. Braquiorradial 12. Linfocítica 15. Nevil 16. Trasplante 17. Psicógeno 18. Puppe 25. Alocinesia