

## CASOS PARA EL DIAGNÓSTICO

# Tumoración en la falange distal del tercer dedo de la mano

M.D. Marrero-Calvo<sup>a</sup>, P. Castejón-Calvete<sup>a</sup> y S. Peláez-Malagón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Dermatología. <sup>b</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Hospital San Francisco de Borja. Gandía. Valencia. España.

### Historia clínica

Una mujer de 39 años de edad, con antecedentes personales de hipotiroidismo, consultó por una tumoración de 9 meses de evolución en el pulpejo del tercer dedo de la mano izquierda. La lesión había crecido lentamente y, aunque inicialmente era asintomática, actualmente le provocaba dolor con el mínimo roce. No recordaba traumatismo previo.

### Exploración física

Se apreciaba una tumoración subcutánea, del color de la piel y consistencia firme y elástica, en la superficie palmar de la falange distal del tercer dedo de la mano izquierda (fig. 1). La lesión se extendía hacia la cara dorso-lateral, pero la lámina ungueal estaba respetada.

### Histopatología

El examen macroscópico mostró una tumoración nodular de color pardo-amarillento. El estudio histopatológico demostró una neoplasia multinodular, parcialmente rodeada por una cápsula fibrosa. Estaba constituida por histiocitos ovalados y de núcleo vesiculoso, mezclados con células gigantes multinucleadas prominentes dentro de un estroma hialinizado y fibroso. Además, existían células espumosas, siderófagos y células mononucleares (figs. 2 y 3).

### Otras pruebas complementarias

Se realizó una radiografía que descartó patología ósea subyacente, y una ecografía que puso de manifiesto una imagen nodular hipocogénica de 16 × 7 mm de diámetro.



Figura 1.

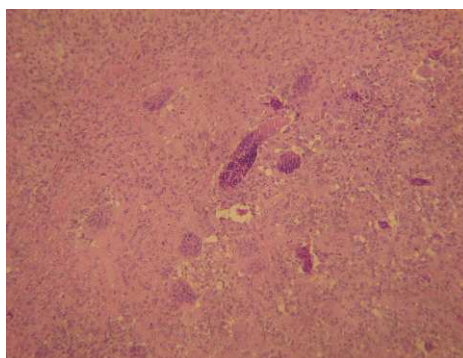


Figura 2.  
Hematoxilina-eosina, ×100.

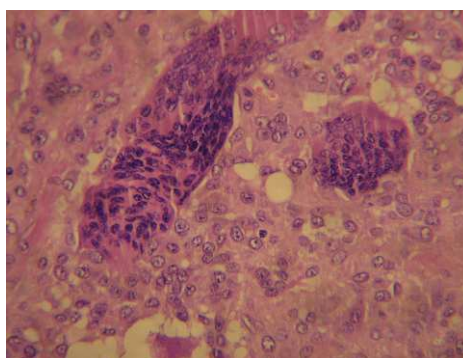


Figura 3.  
Hematoxilina-eosina, ×400.

Correspondencia:  
M.<sup>ª</sup> Dolores Marrero Calvo.  
C/ San Francisco de Borja, n.º 1; 1-1.  
46701 Gandía. Valencia.  
Correo electrónico: marrero\_mdo@gva.es

Aceptado el 6 de julio de 2007.

¿Cuál es su diagnóstico?

## Diagnóstico

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa.

## Evolución y tratamiento

La paciente fue remitida al Servicio de Traumatología para tratamiento quirúrgico. Se realizó extirpación completa de la lesión, que no ha recidivado tras un año de seguimiento.

## Comentario

El tumor de células gigantes de vainas tendinosas (TCGVT) es el segundo tumor benigno más frecuente de la mano, después del ganglión<sup>1</sup>. Existen dos formas clínicas: difusa, que afecta grandes articulaciones, y localizada<sup>2</sup>. Esta última debe ser incluida por el dermatólogo en el diagnóstico diferencial de los tumores que aparezcan en los dedos de las manos. Afecta fundamentalmente a mujeres jóvenes, siendo raro que aparezca en niños y ancianos. Clínicamente aparece como una masa solitaria, asintomática, de crecimiento lento, con el color de la piel normal y consistencia firme, en un dedo de la mano y próximo a las articulaciones interfalángicas. La localización en los dedos de los pies y la afectación multifocal en un mismo dedo de la mano ocurre de forma rara<sup>3</sup>.

El estudio anatomopatológico muestra una neoplasia habitualmente multinodular formada por células histiocitarias ovaladas y de núcleo vesiculoso, que se mezclan con células gigantes multinucleadas prominentes, células espumosas, siderófagos y células mononucleares aisladas. Otros hallazgos frecuentes son la hialinización intensa del estroma, los depósitos de hemosiderina y la presencia de cristales de colesterol<sup>4</sup>. Hay que hacer el diagnóstico diferencial con el fibroma de la vaina tendinosa, que posee un estroma muy hialinizado y escasas o ausentes células gigantes multinucleadas<sup>4,5</sup>.

El diagnóstico diferencial clínico del TCGVT localizado en los dedos de la mano incluye el quiste mixoide, el quiste epidérmico, el nódulo reumatoideo, la metástasis, el fibroma y el granuloma de cuerpo extraño.

La transiluminación del TCGVT es negativa y con la punción no obtenemos material gelatinoso, lo que permite diferenciarlo del quiste mixoide.

Las pruebas de imagen son también imprescindibles para un diagnóstico y tratamiento correctos. En primer lugar, la radiografía demuestra si existe erosión del hueso cortical subyacente<sup>1</sup>, y por otro lado la resonancia magnética nuclear delimita perfectamente la tumoración para conseguir un tratamiento quirúrgico definitivo. No obstante, la tasa de recidiva local asciende a un 15-25 %, y la presencia de invasión intraósea se considera un signo de mal pronóstico y de mayor agresividad local<sup>1</sup>.

Estudios recientes han demostrado que las células multinucleadas del TCGVT se forman por fusión de varias células mononucleares del estroma, y no por división celular amitótica.

El origen del TCGVT sigue siendo controvertido. El antecedente de traumatismo previo, referido en ocasiones por los pacientes, justifica para algunos autores que el TCGVT sea un proceso inflamatorio reactivo más que una verdadera neoplasia<sup>3</sup>. No obstante, la degeneración maligna del TCGVT descrita en algunos casos no apoyaría esta hipótesis<sup>6</sup>.

### Conflicto de intereses

Declaramos no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Lu CT, Chen HC, Coskunfirat OK. Immediate toe transfer following index finger amputation for extensive giant cell tumor of the tendon sheath with intraosseous invasion. *Chang Gung Med J.* 2004;27:312-7.
2. Casos clínicos. *Actas Dermosifiliogr.* 2003;94 Supl 1:11-30.
3. Park JW. Multiple separated giant cell tumors of the tendon sheath in a thumb. *J Am Acad Dermatol.* 2006;54:540-2.
4. Monaghan H, Salter DM, Al-Nafussi A. Giant cell tumour of tendon sheath (localised nodular tenosynovitis): clinicopathological features of 71 cases. *J Clin Pathol.* 2001;54:404-7.
5. Satti MB. Tendon sheath tumours: a pathological study of the relationship between giant cell tumour and fibroma of tendon sheath. *Histopathology.* 1992;20:213-20.
6. Wu NL, Hsiao PF, Chen BF, Chen HC, Su HY. Malignant giant cell tumor of the tendon sheath. *Int J Dermatol.* 2004; 43:54-7.