

Tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (bulto en un dedo o en el pulgar)



El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa es un bulto firme y benigno, que suele aparecer en el lateral o en la cara anterior de un dedo.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La mayoría de las personas notan un bulto en un dedo o en el pulgar que no duele. Por lo general es firme y crece lentamente. Algunos bultos se sitúan justo al lado de una articulación, a menudo la más cercana a la punta del dedo, y pueden aparecer en la parte de arriba, en el costado o en el lado de la palma del dedo. El dedo índice es la localización más frecuente.

En casi todos los casos, el bulto en sí no duele. Cuando hay molestias, suelen deberse a que el bulto presiona las estructuras cercanas a medida que crece. Un pequeño número de personas notan hormigueo o entumecimiento en el dedo si el bulto presiona un nervio. Algunas personas notan que el dedo se traba o hace un chasquido al moverse, de forma parecida a un dedo en gatillo, en el que el dedo se queda atascado un momento y luego se suelta de golpe. Si el bulto está cerca de una articulación, puede resultar difícil doblar ese dedo por completo porque el bulto estorba.

Las tareas cotidianas en las que se usa ese dedo pueden volverse incómodas. Recoger monedas pequeñas, abrocharse los botones, sujetar un bolígrafo o agarrar la tapa de un frasco pueden resultar torpes si el bulto está justo donde se apoya el agarre. El bulto también puede engancharse en los guantes o en los bolsillos.

A menudo el bulto lleva mucho tiempo ahí antes de que le moleste lo suficiente como para consultar. Muchas personas esperan meses o años, observando cómo cambia lentamente.

Hay algunas cosas sobre esta afección que conviene saber. Es benigna, es decir, no se disemina a otras partes del cuerpo. Es algo más frecuente en las mujeres que en los hombres, y suele aparecer entre los 32 y los 51 años. La mayoría de las personas tienen un solo bulto, aunque algunas tienen más de uno en distintos lugares.

Esté atento a que un dedo o la mano se pongan calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si hay fiebre. Si eso ocurre, acuda a urgencias ese mismo día. Si el bulto sigue creciendo, empieza a doler o el dedo no funciona como debería, consulte a su médico de cabecera o pida una evaluación especializada.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Los tendones son los cordones resistentes que unen el músculo al hueso y permiten que los dedos se doblen. Cada tendón discurre dentro de una funda delgada llamada vaina tendinosa, que funciona de forma parecida a una junta alrededor de una cuerda: mantiene el cordón resbaladizo para que pueda deslizarse cuando el dedo se mueve.

En esta afección, las células de esa vaina empiezan a crecer más de lo que deberían. El resultado es un bulto de tejido blando que se sitúa sobre el tendón o a su lado, a menudo cerca de una articulación. Es benigno, es decir, no se disemina, y crece lentamente. La mayoría de los bultos son pequeños, de alrededor de 1,35 cm en promedio, aunque algunos crecen más.

El bulto está formado por varios elementos agrupados: células inflamatorias, células gigantes (que son simplemente células con varios núcleos) y un pigmento oscuro llamado hemosiderina, la misma sustancia que da color a un moretón antiguo. Ese pigmento es la razón por la que estos bultos pueden verse de color pardo si llegan a observarse durante una cirugía.

Los síntomas que notó en la sección anterior se deben a que el bulto estorba. A medida que crece, puede presionar el tendón, la articulación o un nervio, lo que explica que el dedo se trabe, la rigidez y el hormigueo ocasional. La mayor parte del tiempo no duele en absoluto, y solo alrededor de 16 de cada 100 personas refieren dolor.

Algunos puntos que conviene conocer. La mayoría de las personas tienen un solo bulto, pero alrededor de 21 de cada 100 tienen dos o más bultos separados. El bulto suele situarse al lado de una articulación, y en alrededor de un tercio de los casos en los dedos se encuentra en la articulación más cercana a la punta del dedo. Muy rara vez, el bulto puede presionar el propio hueso y hundirse en él, lo cual se ve en una radiografía.

También existe una forma más rara y difusa de la misma afección, que se extiende a lo largo del tendón en forma de finas “frondas” en lugar de formar un único bulto bien delimitado. Esa forma es mucho menos frecuente en un dedo y suele comportarse de manera diferente; por eso su cirujano querrá saber con claridad qué tipo de bulto es exactamente antes de planificar nada.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son

derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su mano y, cuando es necesario, solicitamos estudios de imagen para determinar con exactitud de qué tipo de bulto se trata.

Como este bulto es benigno y crece lentamente, no hacer nada es una opción real. En el caso de un bulto pequeño e indoloro, simplemente vigilarlo puede ser la decisión correcta. Si el bulto estorba, la terapia de la mano puede ayudar con la rigidez y con el atrapamiento del dedo. La terapia tiene como objetivo mantener el dedo en movimiento y facilitar las tareas cotidianas. Por lo general, recomendamos darle una oportunidad razonable antes de pensar en la cirugía.

No existe ningún medicamento que reduzca el tamaño de este bulto, por lo que los analgésicos y los antiinflamatorios solo alivian las molestias que causa el bulto al presionar los tejidos cercanos. No hacen que el bulto se haga más pequeño.

La cirugía es el tratamiento habitual cuando el bulto es grande, duele o impide que el dedo funcione correctamente. El objetivo es extirpar todo el bulto junto con su zona de unión a la vaina del tendón, porque dejar esa zona de unión es lo que permite que vuelva a crecer. Planificamos con cuidado antes de operar, utilizamos aumento óptico durante la operación y extirpamos el bulto por completo. La recurrencia es el principal riesgo de esta afección y suele producirse dentro de los 36 meses posteriores a la extirpación. En un grupo de 605 personas a las que se les extirpó un bulto en un dedo, al 14,8 % les reapareció. Dicho de otro modo: a la mayoría de las personas, alrededor de 85 de cada 100, no les reaparece. Si reaparece, volver a extirparlo con medidas adicionales para evitar que vuelva a crecer todavía puede resolver el problema.

Qué esperar

El pronóstico de este bulto es estable, sin cambios drásticos. Es benigno, por lo que no se disemina a ninguna otra parte del cuerpo. Si se deja sin tratar, un bulto pequeño e indoloro suele seguir creciendo lentamente o simplemente se queda como está. Rara vez desaparece por sí solo, y no se convierte en nada peligroso.

Lo principal que hace esta afección con el tiempo es reaparecer después de la extirpación. La recurrencia es el riesgo principal de este bulto y suele producirse dentro de los 36 meses posteriores a la extirpación. Algunos bultos tienen más probabilidades de reaparecer que otros: los formados por dos o más fragmentos separados que no están unidos entre sí, y los que han crecido dentro del propio tendón o del revestimiento de la articulación. Cuando se extirpa todo el bulto junto con el punto donde está unido, ese riesgo disminuye mucho.

La función tras el tratamiento suele ser buena. Las personas a las que se les ha extirpado uno de estos bultos de un dedo obtienen, en promedio, un 92 % de la función normal de la extremidad en una escala estándar que mide cómo funciona la extremidad. En los casos publicados, las personas han conservado el movimiento completo del dedo, y la forma del hueso del dedo en la radiografía había vuelto a la normalidad en el control de los dos años.

Si el bulto es del tipo más raro y extendido, que rodea el tendón en forma de frondas, es más difícil extirparlo por completo y tiene más probabilidades de reaparecer. En esos casos, la radioterapia dirigida a la zona puede ayudar a controlar el bulto manteniendo el funcionamiento de la mano.

Si decide simplemente vigilar un bulto pequeño e indoloro, lo realista es esperar un bulto que crece lentamente o se mantiene igual, y que con el tiempo puede hacer más difícil doblar el dedo o usarlo para tareas pequeñas. Si empieza a doler, sigue creciendo o el dedo deja de funcionar como debería, ese es el momento en que el tratamiento suele merecer la pena.

Cuándo consultar a un especialista

La mayoría de los bultos como este no son urgentes, y el tratamiento nunca es una carrera. Consulte a su médico de cabecera si un bulto no mejora, crece a lo largo de semanas, empieza a doler o le impide usar el dedo o la mano con normalidad. Pida una evaluación especializada si el dedo se traba o hace un chasquido al moverse, si nota hormigueo o entumecimiento, o si le resulta difícil doblar el dedo por completo porque el bulto estorba. Estas son las situaciones que conviene revisar cuanto antes, porque un bulto que ha crecido dentro del tendón o del revestimiento de la articulación es más difícil de extirpar por completo y tiene más probabilidades de reaparecer.

Hay un conjunto de signos que sí requiere atención el mismo día. Si el dedo o la mano se ponen calientes, rojos, hinchados y dolorosos, sobre todo si hay fiebre, acuda a urgencias. No necesita una derivación previa de su médico de cabecera. Si no puede comunicarse con la clínica fuera del horario de atención o durante un fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa merece ser leído con atención, ya que su problema principal es la recurrencia; además, la evidencia indica que dicha recurrencia depende más de la biología del tumor en sí que de cómo se realice su extirpación.

LA RECURRENCIA ES UNA PROPIEDAD DEL TUMOR, NO SOLO DE LA CIRUGÍA

La explicación instintiva para el regreso de un bulto es que quedó algo del mismo. Sin embargo, una revisión sistemática de **605** casos concluyó lo contrario: **la biología intrínseca del tumor parece desempeñar un papel más fundamental en la recurrencia que la ubicación del tumor o su invasividad local**. Los autores solicitaron la realización de estudios prospectivos más amplios para identificar qué tumores son propensos a la recurrencia [1].

Esta información resulta verdaderamente útil antes de una operación. La recurrencia tras una escisión realizada correctamente constituye un comportamiento característico de este tumor, y no una señal de que algo salió mal.

EL TRATAMIENTO ES OPCIONAL; NO HACER NADA TAMBIÉN ES UNA OPCIÓN VÁLIDA

Es fácil olvidar esto una vez que se planifica una operación. El principio del tratamiento de primera línea es la resección completa; sin embargo, el tratamiento **nunca es urgente**, y la indicación para intervenir debe

evaluarse en función de los síntomas, la progresión de la enfermedad, la ubicación del tumor y sus propias circunstancias [4].

En el caso de un nódulo pequeño, indoloro y de crecimiento lento, observarlo sin intervenir es una elección legítima. El tumor es benigno y no se disemina; por lo tanto, los motivos para operar se relacionan con la función, el tamaño y el grado de molestia que provoca, no con el riesgo de peligro.

PERO DOS FACTORES QUIRÚRGICOS SÍ SON RELEVANTES

La biología no lo explica todo. En **941** pacientes con tumor de células gigantes tenosinovial de tipo localizado, los factores asociados a la recurrencia tras la resección fueron **un tamaño tumoral mayor** y **el tratamiento inicial mediante artroscopia**. Dadas las tasas de complicaciones relativamente bajas y los buenos resultados funcionales, los autores recomiendan un **abordaje abierto con resección completa** siempre que sea posible, para reducir la recurrencia en casos de alto riesgo [2].

Por otro lado, se ha demostrado que la excisión artroscópica resulta eficaz para el tipo localizado en cuatro articulaciones, según un estudio realizado en **1,448** pacientes; en cambio, para el tipo difuso, la sinovectomía artroscópica solo ha mostrado eficacia en la rodilla [3].

Para conciliar ambos enfoques: en lesiones pequeñas, localizadas y bien delimitadas, cualquiera de los dos métodos puede ser adecuado. No obstante, a medida que el tamaño aumenta o en el caso del tipo difuso, la excisión abierta completa cuenta con mayor respaldo. La razón es de índole mecánica: este tumor se extiende en forma de “frondas” alrededor de tendones, nervios y articulaciones; las zonas que más fácilmente se pasan por alto son aquellas situadas detrás de estructuras que deben ser levantadas e inspeccionadas directamente.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE LA NOMENCLATURA?

Actualmente, esta afección se denomina **tumor de células gigantes tenosinovial**, término que abarca tanto la forma localizada en la mano como la forma difusa intraarticular anteriormente conocida como sinovitis villonodular pigmentada [4]. Se trata de la misma entidad, aunque en distintas localizaciones y con patrones de crecimiento diferentes.

Es importante tener esto en cuenta si investiga sobre el tema, ya que las búsquedas le mostrarán información referente a rodillas y caderas que describe la enfermedad en su forma difusa. Las tasas de recurrencia mencionadas para esta forma difusa son considerablemente más altas que las correspondientes a lesiones digitales localizadas. Aplicar esos datos de rodillas a un nódulo en el dedo podría sobreestimar el riesgo real.

POSICIÓN DE LA RADIOTERAPIA EN EL TRATAMIENTO

En casos de enfermedad difusa que ha recidivado o que no puede researse por completo, a veces se considera la radioterapia adyuvante. Un metaanálisis determinó que la sinovectomía abierta, o la sinovectomía combinada con radioterapia perioperatoria, se asociaba con una **tasa reducida de recurrencia** en la sinovitis villonodular pigmentada difusa; no obstante, se requieren estudios prospectivos a largo plazo y de gran escala para confirmar dichos resultados [5].

En el caso de tumores digitales localizados, que constituyen la gran mayoría de los casos en la mano, esto no es aplicable. Este tipo de tumor pertenece al extremo del espectro caracterizado por afectación difusa, recurrencia

y localización articular; se menciona aquí únicamente porque una búsqueda por el nombre de esta patología arrojará resultados relacionados con ella.

QUÉ NO ES

A pesar del nombre, se trata de un tumor **benigno**. No se disemina a otras partes del cuerpo. La palabra “tumor” tiene una connotación que aquí no le corresponde; la preocupación por su reaparición se refiere a la necesidad de realizar cirugías locales repetidas, a la rigidez articular y a la proximidad con los nervios, no al cáncer.

REFERENCIAS

- [1] Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Tumor de células gigantes del tejido sinovial de los dedos. Una revisión sistemática. Hand (N Y). 2011;6(3):244-9. <https://doi.org/10.1007/s11552-011-9341-9>
- [2] Mastboom M, Staals E, Verspoor F, Rueten-Budde A, Stacchiotti S, Palmerini E, et al. Tratamiento quirúrgico de los tumores de células gigantes sinoviales de tipo localizado en articulaciones grandes: un estudio basado en una base de datos multicéntrica de 31 centros internacionales de sarcoma. J Bone Joint Surg Am. 2019;101(14):1309-18. <https://doi.org/10.2106/JBJS.18.01147>
- [3] Noailles T, Brulefert K, Briand S, Longis P, Andrieu K, Chalopin A, et al. Tumor de células gigantes del tejido sinovial: cirugía abierta o sinovectomía artroscópica. Una revisión sistemática de la literatura. Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(5):809-14. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2017.03.016>
- [4] Gouin F, Noailles T. Formas localizadas y difusas del tumor de células gigantes sinoviales (anteriormente tumor de células gigantes del tejido sinovial y sinovitis villonodular pigmentada). Orthop Traumatol Surg Res. 2017;103(1):S91-S97. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2016.11.002>
- [5] Mollon B, Lee A, Busse JW, Griffin AM, Ferguson PC, Wunder JS, et al. Efecto de la sinovectomía quirúrgica y la radioterapia sobre la tasa de recurrencia de la sinovitis villonodular pigmentada de la rodilla. Bone Joint J. 2015;97-B(4):550-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.97B4.34907>