

Tumor de células gigantes del vaina tendinosa (nódulo en un dedo o pulgar)



Bajo el microscopio, el tumor de células gigantes del recubrimiento tendinoso está formado por agrupaciones de células gigantes multinucleadas (las células oscuras y de aspecto abultado) mezcladas con células mononucleadas más pequeñas. Es una lesión benigna; es precisamente este aspecto de células gigantes el que le da el nombre a la misma.

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

Probablemente haya notado un bultito duro y pequeño en uno de sus dedos o en el pulgar. Por lo general no duele al tacto, y suele estar fijo en su lugar, sin moverse bajo la piel. El bulto puede ser liso o tener una forma ligeramente irregular.

La mayoría de estos bultos se localizan cerca de una articulación. La articulación situada al final del dedo es un lugar frecuente; el bulto puede aparecer en la parte dorsal, frontal o lateral del dedo. El dedo índice se ve afectado con mayor frecuencia que los demás.

Para muchas personas, el bulto en sí mismo no supone ningún problema. No siempre causa dolor, pero cuando aparece, suele localizarse justo en el bulto o en la articulación cercana. Algunas personas notan que el dedo se traba o se bloquea, o que hay hinchazón alrededor de la articulación. Un número reducido de pacientes siente hormigueo o entumecimiento si el bulto presiona algún nervio cercano.

Dado que el bulto se encuentra cerca de los tendones —las estructuras que permiten el movimiento del dedo—, ciertas tareas cotidianas pueden volverse incómodas. Le resultará más difícil agarrar la tapa de un frasco, sostener un bolígrafo con comodidad, escribir en el teclado o abrocharse la ropa. Cualquier acción que doble o comprima el dedo en la zona del bulto lo hará más evidente.

Estos bultos crecen lentamente. Muchas personas conviven con ellos durante meses o incluso años antes de acudir al médico. No existe un patrón típico de empeoramiento por la noche o al despertar, y ninguna de sus actividades lo agrava.

Algunos datos importantes: este tipo de bulto es benigno, es decir, no es cáncer ni se propaga a otras partes del cuerpo. También es frecuente: aparece más a menudo en mujeres que en hombres, y suele manifestarse entre los 32 y los 51 años, aunque puede aparecer antes o después. Normalmente no está relacionado con ninguna lesión.

Lo fundamental que debe acordar con su cirujano es la extirpación completa del bulto, pues estos bultos pueden volver a aparecer si queda algún tejido residual.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Su dedo cuenta con dos cordones delgados, llamados tendones, que van desde la palma hasta la punta del dedo. Funcionan como los hilos que mueven los dedos de una marioneta: cuando el músculo se contrae, el tendón se desliza y el dedo se dobla. Cada tendón se desliza dentro de una vaina lisa, similar a una junta que rodea una tubería en movimiento, la cual facilita dicho deslizamiento.

El tumor de células gigantes de la vaina tendinosa consiste en un crecimiento excesivo del tejido que forma dicha vaina. El nombre suena alarmante, pero describe cómo se ve ese tejido bajo el microscopio, no su función. Es benigno, no es cáncer. El bulto crece lentamente a partir de la propia vaina, por eso se siente fijo en su lugar en lugar de moverse bajo la piel.

A medida que el bulto aumenta de tamaño, ejerce presión sobre los tejidos circundantes. Eso explica la mayoría de los síntomas que usted ha notado. La presión sobre el tendón puede provocar bloqueos o atrapamientos, así como hinchazón alrededor de la articulación cercana. La presión sobre un nervio puede causar hormigueo o entumecimiento. El dolor es menos frecuente de lo que cabría esperar; de hecho, muchos de estos bultos nunca causan dolor alguno.

Existen dos patrones generales. La mayoría de los bultos son un único nódulo bien definido, con bordes claros, parecido a un guisante dentro de una cápsula. Los demás están formados por dos o más fragmentos separados que no se unen entre sí; esto es importante porque dichos fragmentos dispersos son más difíciles de extirpar por completo. En ocasiones, el bulto presiona el hueso adyacente, dejando una pequeña hendidura en lugar de penetrar en él.

Nadie sabe con certeza por qué se inicia este crecimiento excesivo. La teoría aceptada es que el tejido de la vaina reacciona a alguna irritación y comienza a multiplicarse; los genes también podrían desempeñar un papel. Las lesiones rara vez son el desencadenante.

En resumen: el bulto es un problema localizado en un punto específico de su dedo, y el objetivo del tratamiento es extirparlo por completo para evitar que vuelva a crecer.

¿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 su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos el dedo y, si es necesario, programamos estudios de imagen como una tomografía para confirmar de qué se trata el bulto.

En el caso de un bulto como este, hay pocas medidas que pueda intentar en casa para hacerlo disminuir. Si el bulto interfiere con sus movimientos o dificulta ciertas tareas, podríamos sugerirle cambiar temporalmente la forma en que utiliza esa mano. La terapia de la mano tiene como objetivo mantener el dedo en movimiento sin molestias y aliviar cualquier irritación en el tendón cercano al bulto. Por lo general, damos a este tratamiento una oportunidad razonable antes de considerar otras opciones.

Estos bultos no son causados por inflamación, por lo que los analgésicos y antiinflamatorios no logran reducirlos. Si el bulto le causa molestias, los analgésicos simples pueden ayudar a aliviar los síntomas mientras espera la evaluación médica.

La mayoría de estos bultos no desaparecen por sí solos; el tratamiento aceptado es extirparlo por completo. Dado que el bulto se origina en la vaina tendinosa, la cirugía busca eliminar tanto el bulto como el pequeño fragmento de dicha vaina al que está adherido. Es importante extirpar esa zona de unión: cuando se hace así, en promedio, estos bultos no vuelven a aparecer durante unos tres años. Si queda algún tejido residual, el bulto puede reaparecer; por este motivo, aproximadamente una de cada siete personas necesita una segunda operación. Los bultos compuestos por dos o más fragmentos separados tienen mayor probabilidad de reaparecer que los bultos únicos, por lo que en esos casos tomamos precauciones adicionales.

La decisión quirúrgica se toma conjuntamente entre usted y nosotros. Si el bulto es pequeño, no le causa dolor y no le genera molestias, observarlo puede ser una opción razonable. Si, en cambio, está creciendo, interfiere con sus movimientos, presiona algún nervio o le causa molestias diarias, lo habitual es proceder a su extirpación. La propia operación cuenta con una página dedicada en la que se explica en qué consiste y cómo es el proceso de recuperación.

Qué esperar

El pronóstico de este bulto es estable, sin cambios drásticos. Es benigno, por lo que no se propaga a otras partes del cuerpo. Además, crece lentamente; la mayoría de los bultos no desaparecen por sí solos. Si se deja sin tratar, generalmente permanece igual o sigue creciendo poco a poco; por eso muchas personas optan finalmente por extirparlo.

Lo principal a tener en cuenta es la posibilidad de que el bulto vuelva a aparecer. Aproximadamente una de cada siete personas necesita una segunda operación, ya que queda algo de tejido tras la primera intervención. Cuando vuelve a aparecer, suele ser dentro de los 36 meses posteriores a la primera extirpación. Algunos tipos de bultos tienen mayor tendencia a reaparecer: aquellos compuestos por dos o más partes separadas, y los que

han crecido dentro del tendón o de la cápsula articular, es decir, la cubierta que rodea la articulación. Si el suyo pertenece a alguno de estos tipos, su cirujano lo vigilará más de cerca después de la operación.

Cuando el bulto se extirpa por completo, los resultados se mantienen estables con el tiempo. Las personas sometidas a esta cirugía suelen conservar un buen uso de la mano; en un grupo estudiado, la función de la mano alcanzó el 92 % del valor normal. Algunas personas de ese grupo presentaban un bulto similar situado más profundamente en una articulación; tras ser tratadas mediante cirugía mínimamente invasiva, permanecieron libres del bulto casi siete años después. En el caso de otro tipo de bulto, menos frecuente, localizado en la vaina tendinosa, la extirpación del bulto y de su punto de anclaje ha evitado cualquier reaparición durante un promedio de tres años.

Si el bulto resulta ser del tipo que se extiende más ampliamente por la vaina tendinosa, o si vuelve a aparecer tras la cirugía, aún existen opciones de tratamiento. La radioterapia, un tratamiento dirigido con rayos X, puede a veces controlar el bulto sin afectar el funcionamiento normal de la mano.

En resumen, la situación real es la siguiente: el bulto no desaparecerá por sí solo; la extirpación funciona bien en la mayoría de los casos; y lo principal a vigilar en los años posteriores es la reaparición del bulto, generalmente dentro de los primeros tres años.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si nota un bulto duro en un dedo o pulgar que no desaparece después de unas semanas, o si este crece lentamente. Solicite una evaluación especializada si el bulto causa interferencias al mover el dedo, si la articulación circundante está inflamada, o si experimenta hormigueo o entumecimiento en el dedo, lo cual podría indicar que el bulto está comprimiendo un nervio. El dolor es menos frecuente en esta afección; sin embargo, si el bulto se vuelve sensible al tacto o dificulta sus actividades laborales o cotidianas, también merece ser evaluado. Estos bultos son benignos, por lo que no constituyen una emergencia ni se propagan a otras zonas. La razón principal para no esperar años es que cuanto más tiempo permanezca el bulto junto al tendón, mayor es la presión que ejerce sobre las estructuras circundantes; además, un bulto más pequeño es más fácil de extirpar por completo.

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 resecarse 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>