

Tumor de células gigantes da bainha do tendão (nódulo no dedo ou no polegar)



O tumor de células gigantes da bainha do tendão é um nódulo benigno e firme, geralmente localizado na lateral ou na parte da frente de um dedo.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A maioria das pessoas nota um nódulo em um dedo ou no polegar que não dói. Ele costuma ser firme e cresce lentamente. Alguns nódulos ficam bem ao lado de uma articulação, muitas vezes a articulação mais próxima da ponta do dedo, e podem aparecer no dorso, na lateral ou no lado da palma do dedo. O dedo indicador é o local mais comum.

O nódulo em si é indolor em quase todos os casos. Quando há desconforto, ele tende a vir da pressão que o nódulo exerce sobre as estruturas vizinhas à medida que cresce. Um pequeno número de pessoas nota formigamento ou dormência no dedo se o nódulo pressionar um nervo. Algumas pessoas percebem que o dedo prende ou estala ao se mover, um pouco como um dedo em gatilho, em que o dedo trava por um instante e depois se solta de repente. Se o nódulo estiver perto de uma articulação, dobrar esse dedo por completo pode ser difícil, porque o nódulo atrapalha.

As tarefas diárias que usam esse dedo podem se tornar desajeitadas. Pegar moedas pequenas, abotoar botões, segurar uma caneta ou agarrar a tampa de um pote pode parecer desajeitado se o nódulo ficar exatamente onde a sua mão faz a pegada. O nódulo também pode enroscar em luvas ou bolsos.

Muitas vezes o nódulo já está presente há muito tempo antes de incomodar o suficiente para você procurar orientação. Muitas pessoas esperam meses ou anos, observando-o mudar lentamente.

Vale a pena conhecer alguns pontos sobre essa condição. Ela é benigna, o que significa que não se espalha para outras partes do corpo. É um pouco mais comum em mulheres do que em homens e geralmente aparece entre os 32 e os 51 anos de idade. A maioria das pessoas tem um único nódulo, embora algumas tenham mais de um, em locais diferentes.

Fique atento a um dedo ou uma mão que fique quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre. Se isso acontecer, vá a um pronto-socorro no mesmo dia. Se o nódulo continuar crescendo, começar a doer ou o dedo não estiver funcionando como deveria, procure o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que está realmente acontecendo

Os seus tendões são os cordões fortes que ligam o músculo ao osso e permitem que os dedos se dobrem. Cada tendão corre dentro de uma fina capa de tecido chamada bainha do tendão, que funciona um pouco como uma junta de vedação ao redor de uma corda, mantendo o cordão escorregadio para que ele possa deslizar enquanto o dedo se move.

Nessa condição, as células dessa capa começam a crescer mais do que deveriam. O resultado é um nódulo de tecido mole que fica sobre o tendão ou ao lado dele, muitas vezes perto de uma articulação. Ele é benigno, o que significa que não se espalha, e cresce lentamente. A maioria dos nódulos é pequena, com cerca de 1,35 cm em média, embora alguns fiquem maiores.

O nódulo é formado por alguns elementos agrupados: células inflamatórias, células gigantes (que são simplesmente células com vários núcleos) e um pigmento escuro chamado hemossiderina, a mesma substância que dá cor a um hematoma antigo. Esse pigmento é o motivo pelo qual esses nódulos podem parecer acastanhados quando são vistos durante uma cirurgia.

Os sintomas que você notou na seção acima vêm do fato de o nódulo estar no caminho. À medida que cresce, ele pode pressionar o tendão, a articulação ou um nervo, o que explica o travamento, a rigidez e o formigamento ocasional. Na maioria das vezes ele não dói nada, e apenas cerca de 16 em cada 100 pessoas relatam dor.

Vale a pena conhecer alguns pontos. A maioria das pessoas tem um único nódulo, mas cerca de 21 em cada 100 têm dois ou mais nódulos separados. O nódulo geralmente fica ao lado de uma articulação e, em cerca de um terço dos casos nos dedos, está na articulação mais próxima da ponta do dedo. Muito raramente, o nódulo pode pressionar o próprio osso, o que aparece em uma radiografia.

Existe também uma forma mais rara e mais difusa da mesma condição, que se espalha ao longo do tendão em finas frondes, em vez de formar um único nódulo bem delimitado. Essa forma é muito menos comum em um dedo e tende a se comportar de maneira diferente; por isso, o seu cirurgião vai querer ter uma ideia clara de exatamente que tipo de nódulo é este antes de planejar qualquer coisa.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, começa com as opções menos invasivas adequadas ao seu caso. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Na clínica, colhemos o histórico clínico, examinamos a sua mão e, quando necessário, solicitamos exames de imagem para determinar exatamente que tipo de nódulo é este.

Como este nódulo é benigno e cresce lentamente, não fazer nada é uma opção real. No caso de um nódulo pequeno e indolor, simplesmente observá-lo pode ser a escolha certa. Se o nódulo estiver atrapalhando, a terapia da mão pode ajudar com a rigidez e o travamento. A terapia visa manter o dedo se movimentando e tornar as tarefas diárias mais fáceis. Geralmente sugerimos dar a ela uma chance razoável antes de pensar em cirurgia.

Não existe medicamento que faça esse nódulo diminuir; por isso, analgésicos e anti-inflamatórios apenas aliviam o desconforto causado pela pressão do nódulo sobre os tecidos vizinhos. Eles não fazem o nódulo ficar menor.

A cirurgia é o tratamento habitual quando o nódulo é grande, doloroso ou impede o dedo de funcionar adequadamente. O objetivo é remover o nódulo inteiro juntamente com a sua fixação na bainha do tendão, pois deixar essa fixação para trás é o que permite que ele volte a crescer. Planejamos com cuidado antes de operar, usamos ampliação durante a operação e removemos o nódulo por completo. A recorrência é o principal risco nessa condição e geralmente ocorre dentro de 36 meses após a excisão. Em um grupo de 605 pessoas que tiveram um nódulo removido de um dedo, 14,8% tiveram o retorno do nódulo. Dito de outra forma: a maioria das pessoas, cerca de 85 em cada 100, não tem retorno. Se ele voltar, removê-lo novamente com medidas adicionais para desencorajar um novo crescimento ainda pode resolver o problema.

O que esperar

A evolução deste nódulo é estável, sem grandes mudanças. Ele é benigno, portanto não se espalha para nenhuma outra parte do corpo. Se nada for feito, um nódulo pequeno e indolor geralmente continua crescendo lentamente, ou simplesmente permanece como está. Ele raramente desaparece sozinho e não se transforma em nada perigoso.

A principal coisa que essa condição faz ao longo do tempo é voltar após a remoção. A recorrência é o principal risco deste nódulo e geralmente ocorre dentro de 36 meses após a excisão. Alguns nódulos têm maior probabilidade de voltar do que outros: os formados por duas ou mais partes separadas que não estão unidas entre si, e os que cresceram para dentro do próprio tendão ou do revestimento da articulação. Quando o nódulo inteiro é removido juntamente com o ponto onde ele se fixa, esse risco cai bastante.

A função após o tratamento tende a ser boa. As pessoas que tiveram um desses nódulos removido de um dedo alcançam, em média, 92% da função normal do membro em uma medida padronizada de como o membro

funciona. Nos casos relatados, as pessoas mantiveram o movimento completo do dedo, e o formato do osso do dedo na radiografia voltou ao normal na avaliação de dois anos.

Se o nódulo for do tipo mais raro e mais espalhado, que envolve o tendão em frondes, ele é mais difícil de remover por completo e tem maior probabilidade de voltar. Nesses casos, a radioterapia direcionada à região pode ajudar a controlar o nódulo, mantendo a sua mão funcionando.

Se você optar por simplesmente observar um nódulo pequeno e indolor, o quadro realista é o de um nódulo que cresce lentamente ou permanece igual, e que pode, aos poucos, tornar mais desajeitado dobrar o dedo ou usá-lo para tarefas pequenas. Se ele começar a doer, continuar crescendo ou o dedo deixar de funcionar como deveria, esse é o momento em que o tratamento geralmente passa a valer a pena.

Quando procurar ajuda médica

A maioria dos nódulos como este não é urgente, e o tratamento nunca é uma corrida contra o tempo. Procure o seu médico de família se um nódulo não estiver melhorando, estiver crescendo ao longo de semanas, começar a doer ou impedir que você use o dedo ou a mão normalmente. Peça uma avaliação com um especialista se o dedo prender ou estalar ao se mover, se você notar formigamento ou dormência, ou se dobrar o dedo por completo tiver se tornado difícil porque o nódulo atrapalha. Essas são as situações que vale a pena avaliar mais cedo do que tarde, porque um nódulo que cresceu para dentro do tendão ou do revestimento da articulação é mais difícil de remover por completo e tem maior probabilidade de voltar.

Um conjunto de sinais exige atendimento no mesmo dia. Se o seu dedo ou a sua mão ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente se houver febre, vá a um pronto-socorro. Você não precisa de um encaminhamento do médico de família antes. Se não conseguir contato com a clínica fora do horário de atendimento ou no fim de semana, vá ao pronto-socorro mais próximo.

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa saber para tomar decisões sobre o próprio tratamento. O tumor de células gigantes da bainha do tendão merece uma leitura mais detalhada, pois seu principal problema é a recorrência; as evidências indicam que essa recorrência é influenciada mais pela biologia do próprio tumor do que por qualquer aspecto relacionado ao modo como ele é removido.

A RECORRÊNCIA É UMA PROPRIEDADE DO TUMOR, NÃO APENAS DA CIRURGIA

A explicação instintiva para o retorno de um nódulo é que parte dele teria sido deixada para trás. Contudo, uma revisão sistemática de **605 casos** chegou a uma conclusão diferente: **a biologia intrínseca do tumor parece desempenhar um papel mais fundamental na recorrência do que a localização do tumor ou sua invasividade local**. Os autores defendem a realização de estudos prospectivos maiores para identificar quais tumores são propensos à recorrência [1].

Essa é uma informação realmente útil a ser conhecida antes de uma cirurgia. A recorrência após uma excisão bem realizada é um comportamento reconhecido desse tumor, e não evidência de que algo deu errado.

O TRATAMENTO É ELETIVO; NÃO FAZER NADA TAMBÉM É UMA OPÇÃO VÁLIDA

É fácil esquecer isso assim que se começa a planejar uma cirurgia. O princípio do tratamento de primeira linha é a ressecção completa, porém o tratamento **nunca é urgente**, e a indicação cirúrgica deve ser avaliada levando em conta os sintomas, a progressão da doença, a localização da lesão e as suas próprias circunstâncias [4].

No caso de um nódulo pequeno, indolor e de crescimento lento, optar por apenas acompanhamento é uma escolha legítima. O tumor é benigno e não se dissemina; portanto, os motivos para realizar a cirurgia dizem respeito à função, ao tamanho e ao incômodo causado – e não ao risco de complicações.

PORÉM, DOIS FATORES CIRÚRGICOS REALMENTE IMPORTAM

A biologia não explica tudo. Em **941** pacientes com tumor gigante celular tenossinovial do tipo localizado, os fatores associados à recorrência após ressecção foram **tamanho tumoral maior** e **tratamento inicial por artroscopia**. Considerando as taxas de complicações relativamente baixas e os bons resultados funcionais, os autores recomendam uma **abordagem aberta com ressecção completa**, sempre que possível, para reduzir a recorrência em casos de alto risco [2].

Por outro lado, uma revisão envolvendo **1.448** pacientes demonstrou que a excisão artroscópica é eficaz para o tipo localizado em quatro articulações diferentes; já no tipo difuso, a sinovectomia artroscópica mostrou eficácia apenas no joelho [3].

Para conciliar esses dados: em lesões pequenas, localizadas e bem delimitadas, ambas as abordagens são viáveis. Contudo, à medida que o tamanho aumenta ou no caso do tipo difuso, a excisão aberta completa é a opção mais indicada. O motivo é mecânico: esse tumor se estende em “frondes” ao redor de tendões, nervos e articulações; as partes mais facilmente ignoradas são justamente aquelas situadas atrás de estruturas que precisam ser levantadas e examinadas diretamente.

POR QUE A NOMENCLATURA É IMPORTANTE

Atualmente, essa condição é classificada como **tumor de células gigantes tenossinoviais**, abrangendo tanto a forma localizada na mão quanto a forma difusa intra-articular anteriormente denominada sinovite vilonodular pigmentada [4]. Trata-se da mesma entidade, apenas em locais e com padrões de crescimento diferentes.

É importante saber disso ao pesquisar sobre o tema, pois as buscas trarão informações referentes aos joelhos e quadris, que descrevem a forma difusa da doença. As taxas de recorrência citadas para essa forma difusa são consideravelmente mais altas do que as observadas em lesões digitais localizadas. Utilizar os dados referentes ao joelho para avaliar o risco de uma lesão no dedo resulta em uma superestimação do perigo real.

O PAPEL DA RADIOTERAPIA

No caso de doença difusa que tenha recidivado ou que não possa ser completamente extirpada, a radioterapia adjuvante é por vezes considerada. Uma meta-análise constatou que a sinovectomia aberta, ou a sinovectomia combinada com radioterapia perioperatória, esteve associada a uma **redução da taxa de recorrência** na sinovite vilonodular pigmentada difusa; contudo, são necessários grandes estudos prospectivos de longo prazo para confirmar esse fato [5].

No caso de tumores digitais localizados – que representam a grande maioria dos casos na mão –, essa situação não se aplica. Esses tumores situam-se no extremo do espectro correspondente a lesões difusas, recorrentes e localizadas nas articulações; são mencionados aqui apenas porque uma busca pelo nome da doença pode trazer esses resultados.

O QUE NÃO É

Apesar do nome, trata-se de um tumor **benigno**. Ele não se dissemina para outras partes do corpo. A palavra “tumor” tem uma conotação que não se aplica aqui; a preocupação com recorrência refere-se à necessidade de novas cirurgias locais, à rigidez articular e à proximidade com nervos, e não ao câncer.

REFERÊNCIAS

- [1] Fotiadis E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Tumor de células gigantes da bainha tendinosa dos dedos: uma revisão 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. Tratamento cirúrgico dos tumores de células gigantes tenossinoviais de tipo localizado nas grandes articulações: estudo baseado em um banco de dados multicêntrico de 31 centros internacionais 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 da bainha tendinosa: cirurgia aberta ou sinovectomia artroscópica? Uma revisão sistemática da 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 e difusas do tumor de células gigantes tenossinoviais (anteriormente denominado tumor de células gigantes da bainha tendinosa e sinovite 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. Efeito da sinovectomia cirúrgica e da radioterapia na taxa de recorrência da sinovite villonodular pigmentada do joelho. *Bone Joint J*. 2015;97-B(4):550-7. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.97B4.34907>