

Tumores de Células Gigantes da Bainha dos Tendões (Nódulo no Dedo ou Polegar)



Sob o microscópio, um tumor de células gigantes da bainha do tendão é composto por aglomerados de células gigantes multinucleadas (as células escuras e com aspecto irregular) misturadas com células mononucleares menores. É benigno, e é essa aparência de células gigantes que dá o nome à lesão.

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 tumor de células gigantes da bainha do tendão é um caroço comum, **benigno** (não canceroso), em um dedo ou polegar. É o segundo tipo de caroço mais comum na mão, após o cisto sinovial. Cresce lentamente, não se espalha para outras partes do corpo e geralmente é removido por meio de uma pequena cirurgia, embora possa, por vezes, recidivar. Esta página explica o que é, como é diagnosticado, o que envolve a sua remoção e com que frequência recidiva.

O que é

O tumor de células gigantes da bainha dos tendões cresce a partir do revestimento de uma **bainha do tendão** ou da articulação vizinha (a sínovia, o tecido lubrificante que permite o deslizamento dos tendões). O nome “células gigantes” descreve a aparência ao microscópio, onde aglomerados de células grandes, multinucleadas, estão misturados com células menores. Isso não diz nada sobre o seu comportamento: trata-se de um crescimento benigno que permanece na mão. Os médicos às vezes o denominam **tumor de células gigantes tenossinovial localizado**.

Onde aparece e como se sente

Quase sempre surge num **dedo ou polegar**, frequentemente na palma ou na lateral, próximo de uma das articulações do dedo. Tipicamente, é:

- **firme e elástica**, em vez de mole, e de crescimento lento
- **geralmente indolor**, embora possa doer ou prender à medida que aumenta
- **sólida**, pelo que (ao contrário de um cisto ganglionar cheio de líquido) não brilha quando uma lanterna é colocada contra ela

À medida que cresce, pode dificultar a flexão completa do dedo e, ocasionalmente, comprimir um pequeno nervo, causando formigueiro. Raramente, um tumor de longa data cria uma cavidade lisa no osso adjacente, o que é visível numa radiografia.

Como é diagnosticado

O seu cirurgião pode frequentemente reconhecê-lo através do exame do nódulo. Uma ecografia ajuda a confirmar que é sólido, em vez de conter o líquido de um cisto sinovial. Para um nódulo maior, mais profundo ou recidivante, uma ressonância magnética (RM) mostra até onde se estende e tem uma aparência bastante característica (aparece escuro em certas sequências devido a um pigmento contendo ferro no tecido). Uma radiografia é adicionada se o nódulo parecer envolver o osso adjacente. O diagnóstico é confirmado com certeza quando o nódulo removido é examinado ao microscópio.

Tratamento: remoção do nódulo

O tratamento habitual é uma pequena cirurgia para removê-lo, denominada **excisão marginal**, geralmente realizada em regime de ambulatório sob anestesia local ou geral. Através de uma pequena incisão, o cirurgião remove todo o nódulo, juntamente com quaisquer nódulos satélites menores e a bainha envolvida, trabalhando cuidadosamente ao redor dos nervos, vasos sanguíneos e tendões próximos. A remoção de todo o tumor, em vez de apenas o nódulo aparente, é o que reduz a probabilidade de recorrência. Não existem comprimidos ou injeções que provoquem a redução deste tipo de nódulo.

Frequência de recorrência

Este nódulo pode retornar após a cirurgia. Nas séries publicadas, aproximadamente **1 em 7 a 1 em 5** casos apresentam recorrência (cerca de 10 a 20 em 100). A recorrência é mais provável quando havia vários nódulos, quando o tumor envolvia tendões ou osso, ou quando parte do tecido foi deixada para trás na primeira cirurgia. A maioria das recorrências manifesta-se nos **primeiros dois anos**, razão pela qual o seu cirurgião irá acompanhar a área durante esse período, embora, em casos raros, um nódulo possa retornar muitos anos depois. Se ocorrer recorrência, a sua remoção pode geralmente ser realizada novamente.

Recuperação

A maioria das pessoas retorna para casa no mesmo dia com um curativo e, por vezes, uma tala leve. A movimentação suave do dedo nas fases iniciais ajuda a prevenir a rigidez, e um terapeuta da mão pode orientar esse processo, se necessário. Os pontos são geralmente removidos por volta de duas semanas. Pode esperar utilizar a mão para tarefas leves dentro de alguns dias e retomar o uso completo ao longo de algumas semanas, conforme a tolerância e as orientações do seu cirurgião. Proteger a cicatriz da exposição solar e massageá-la após a cicatrização completa ajuda a melhorar a sua aparência.

Em profundidade

Esta seção aprofunda o tema, em nível acadêmico. Não é necessária para compreender ou tratar o nódulo, mas explica o que impulsiona esse tumor e por que ele às vezes retorna.

O QUE IMPULSIONA O CRESCIMENTO

O tumor de células gigantes da bainha dos tendões é a forma localizada de um grupo de neoplasias chamado **tumor de células gigantes sinovial**. O motor por trás dessas lesões é a superprodução de uma proteína sinalizadora chamada **CSF1** (fator estimulador de colônias 1), geralmente desencadeada por uma pequena troca de material genético entre cromossomos em uma minoria das células tumorais. Essas células liberam CSF1, que atrai grandes números de células imunes (macrófagos) da corrente sanguínea. A maior parte do nódulo é composta por essas células recrutadas, e não pelas células anormais originais, o que representa uma forma incomum de uma neoplasia se estruturar.

APARÊNCIA AO MICROSCÓPIO E NA IMAGEM

Ao microscópio, o nódulo é uma mistura de células mononucleares menores, macrófagos espumosos repletos de gordura e as **células gigantes multinucleadas** que lhe dão o nome. Também contém **hemosiderina**, um pigmento rico em ferro deixado para trás por pequenos sangramentos antigos no tecido. Esse ferro é a razão pela qual o nódulo frequentemente aparece escuro em certas sequências de ressonância magnética, uma característica que ajuda a diferenciá-lo de um cisto sinovial (ganglion) cheio de fluido antes de qualquer cirurgia.

LOCALIZADA VERSUS DIFUSA, E POR QUE PODE RECIDIVAR

Os nódulos comuns dos dedos e do polegar são do **tipo localizado**, que é bem delimitado e geralmente removido por completo. Um **tipo difuso** menos comum se espalha mais amplamente através do revestimento articular (o mesmo processo que, numa articulação grande, é chamado de sinovite vilonodular pigmentada). O tipo difuso é mais difícil de remover por completo e recidiva com mais frequência. Mesmo o tipo localizado pode recidivar se pequenos nódulos satélites forem deixados para trás, razão pela qual o cirurgião remove o nódulo inteiro e a bainha envolvida ao seu redor, em vez de apenas a parte visível.

QUANDO OS COMPRIMIDOS TÊM UM PAPEL

Para os raros tumores difusos que não podem ser removidos cirurgicamente ou que continuam a recidivar, medicamentos que bloqueiam o sinal CSF1 (inibidores do receptor CSF1) podem reduzi-los. Estes são reservados para casos difíceis e não são utilizados para o nódulo comum e facilmente removível no dedo, que é tratado diretamente pela cirurgia.

Quando procurar ajuda

Consulte o seu médico de família ou um cirurgião da mão se tiver um nódulo firme no dedo ou polegar que não desaparece, cresce lentamente, limita o movimento do dedo ou causa dormência ou formigamento. Após a cirurgia, informe o seu cirurgião se notar um novo nódulo dentro ou próximo da cicatriz, pois este pode ser um sinal de recorrência do tumor e deve ser avaliado precocemente.