

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES DE LA VAINA TENDINOSA EN MIEMBRO INFERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Eva Serrano Gil, Haridian Helena de Armas Báez, Patricia Marqueta González, Roberto Rey Cañas, Lorenzo Zúñiga Gómez
Hospital Universitario de Getafe

OBJETIVOS

El **tumor de células gigantes de la vaina tendinosa** constituye el 1,6% de todos los tumores de partes blandas. Aparecen principalmente en los tendones flexores de la mano y muñeca, siendo poco frecuentes en miembro inferior. El objetivo es reportar el caso clínico de un paciente con este tipo de tumor en el tendón del peroneo corto.



Figura 1

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un varón de 52 años que ingresa en Traumatología por presentar una fractura trimaleolar de tobillo izquierdo (Figura 1) por la que se realizó una reducción cerrada y fijación interna con un tornillo interfragmentario y una placa tercio de tubo en peroné y 2 tornillos a compresión de rosca parcial en maleolo medial (Figura 2). Durante la intervención se objetivó una masa de partes blandas a nivel fibular distal lobulada y sólida de 4x1,5x1 centímetros con doble pedículo vascular y tejido de aspecto sinovial dependiente del tendón del músculo peroneo corto que se extirpó y se remitió a Anatomía Patológica, obteniéndose como diagnóstico un **tumor de células gigantes de la vaina tendinosa o tenosinovitis nodular localizada** (Figura 3).

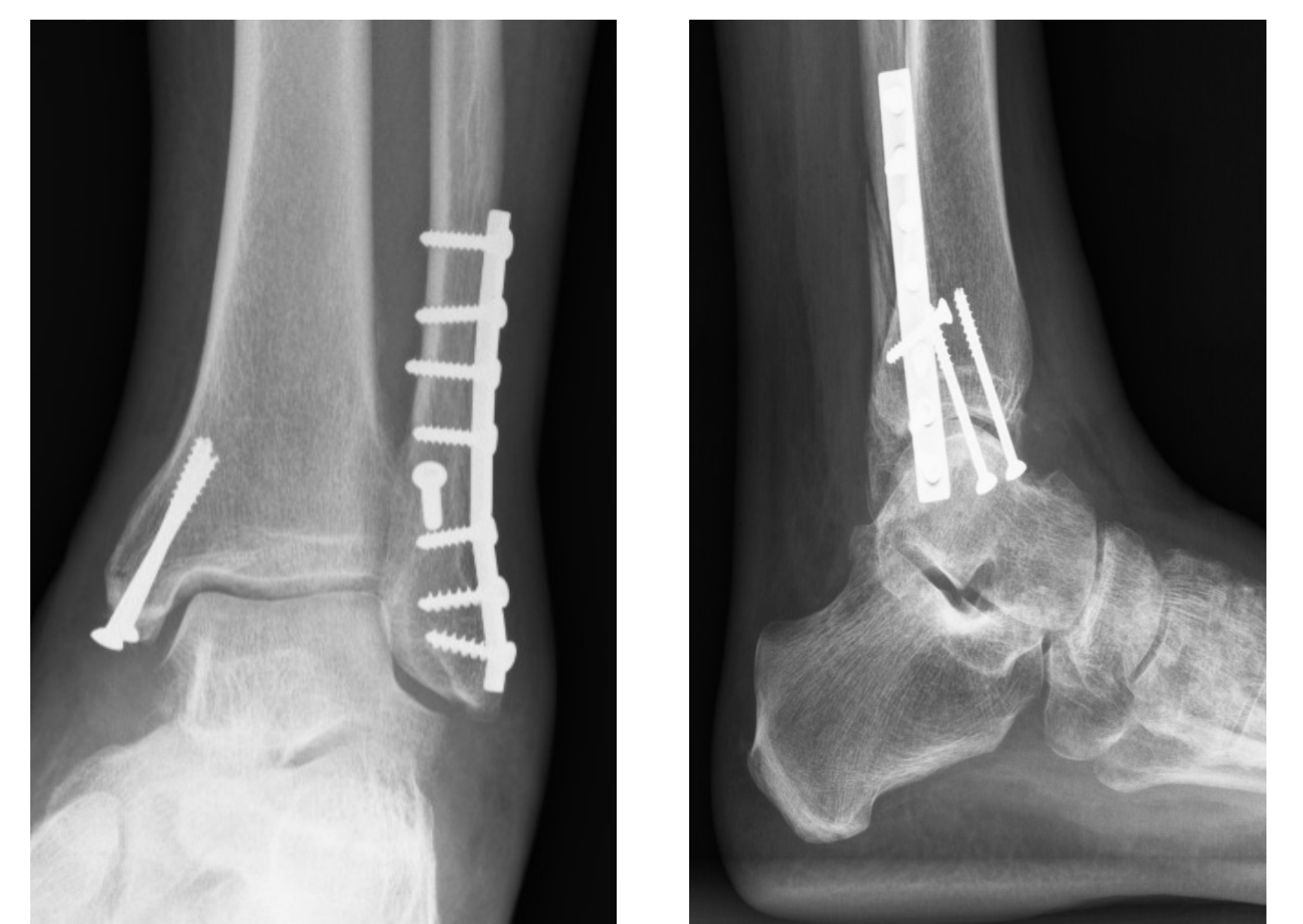


Figura 2



Figura 3

RESULTADOS

El postoperatorio inmediato transcurrió sin incidencias con buena evolución neurovascular y de la herida quirúrgica. A pesar del **carácter benigno** de la lesión, dada la **elevada tasa de recurrencia**, el paciente precisa seguimiento continuado. Tras más de un año de seguimiento la evolución clínica continúa siendo satisfactoria, habiendo consolidado la fractura, clínicamente asintomático y sin signos de recurrencia tumoral.

CONCLUSIONES

La forma localizada del tumor de células gigantes de la vaina tendinosa aparece con mayor frecuencia en **mujeres de entre 30-50 años**, principalmente en la mano, siendo menos común en pie y tobillo. Cuando aparecen en este último, su localización suele ser en los extensores a nivel dorsolateral. Su **diagnóstico diferencial** principal debe realizarse con la sinovitis villonodular pigmentaria, fibroma y sarcoma de partes blandas. El curso clínico es el crecimiento indoloro durante largo tiempo hasta llegar a producir dolor y limitación articular por compresión adyacente. El diagnóstico habitualmente se realiza mediante **resonancia magnética**, pudiendo aparecer en las radiografías simples erosiones corticales o calcificaciones, y biopsia. Su tratamiento consiste en la **excisión local**, añadiendo ampliación de márgenes y radioterapia a dosis bajas en formas difusas. Su tasa de recurrencia varía en diferentes estudios entre el 10-45%, por lo que requiere un seguimiento a largo plazo.