

No es encondroma todo lo que reluce. La importancia de un seguimiento estrecho para descartar tumores de células gigantes en huesos de la mano.

Álvarez-De La Cruz J., Ayala-Rodrigo MA., González-Martín D., Lines-Yanes F., Amaya-Espinosa P.
Hospital Universitario de Canarias. Universidad de La Laguna, Cirugía Ortopédica y Traumatología, S/C de Tenerife, Spain

Introducción:: Los tumores de células gigantes (TCG) son unos de los tumores óseos benignos agresivos más frecuentes, con una localización predominantemente epifisaria¹. Sin embargo, su aparición en las manos, poco frecuente (menos de un 2% de los casos)², se relaciona con un comportamiento más agresivo y una mayor tasa de recidiva². Su diagnóstico temprano puede ser un desafío debido a que es difícil encontrar características clínicas y radiológicas (tanto en TC como en RM) lo suficientemente específicas para diferenciar los TCG de otros tumores óseos, especialmente de los encondromas, mucho más frecuentes en esta localización. Por esto, el diagnóstico histológico debe ser la norma en el diagnóstico diferencial de estas lesiones.



Figura 1: Radiografía AP, oblicua y lateral del 2º dedo de la mano (al inicio de los síntomas), mostrando una lesión osteolítica insuflante en la F1 del segundo dedo, sin reacción perióstica pero con probable rotura de la cortical lateral de la falange



Figura 2: Radiografía AP y oblicua del 2º dedo de la mano a las 3 semanas del inicio de los síntomas

Material y Método: Se presenta el caso de un varón de 30 años, que presentaba dolor e inflamación en la F1 del 2º dedo de la mano izquierda de 1 mes de evolución. Sin síntomas constitucionales, vasculares o neurológicos. Valorado 1 mes antes en un hospital de 2º nivel, se le realizaron radiografías simples (**Figura 1**) y resonancia magnética nuclear (RMN) de la mano, en la que se describió una lesión lítica no sugestiva de encondroma, por lo que es derivado a nuestra unidad. Ante el rápido crecimiento de la lesión, se solicitaron nuevas radiografías (**Figura 2**), además de un estudio por TC, el cual confirma la rotura de la cortical lateral de la falange, además de la invasión de la articulación interfalángica y metacarpo-falángica de dicho dedo (Campanacci 3). Ante la sospecha diagnóstica de condrosarcoma de bajo grado, se solicitó una gammagrafía ósea, en la que se observan signos de alta agresividad sin indicios de enfermedad a distancia.

Resultado: Se decide realizar amputación del segundo radio de la mano izquierda, con cierre directo sin necesidad de injertos o colgajos (**Figura 3**). La anatomía patológica filia la lesión como tumor de células gigantes con signos de infiltración linfovascular, aunque con bordes de resección libres de signos tumorales. Tras 12 meses desde la cirugía, el paciente no ha presentado complicaciones locales, pudiendo realizar sin dificultad movimiento de pinza con tercer dedo y abducción del pulgar. No signos de enfermedad a distancia en los TC de screening.

Conclusiones: Los TCG de raras localizaciones como la mano, especialmente en estadios tempranos, presentan características clínicas y radiológicas similares con los encondromas, pudiendo pasar desapercibidos si no se le realiza un seguimiento estrecho³. Aunque que el curetaje extendido con fresado de alta velocidad (asociando tratamiento cavitarios adyuvantes) es el tratamiento estándar de los TCG más localizados⁴, la resección en bloque o la amputación del radio afecto puede ser necesaria en los casos con mayor agresividad local^{5,6}. Pese a que algunas series estiman el riesgo de recidiva de los TCG de la mano entre un 20-90%⁷, no se ha modificado el protocolo de tratamiento con respecto a las localizaciones más frecuentes. Por esto, sugerimos realizar un seguimiento más estrecho en los TCG de esta localización, además de considerar tratamientos adyuvantes con bifosfonatos o con denosumab⁸.

Bibliografía: 1.- Averill RM, Smith RJ, Campbell CJ. Giant-cell tumors of the bones of the hand. J Hand Surg Am 1980;5:39–50. 10.1016/S0363-5023(80)80042-6. // 2.- Patel MR, Desai SS, Gordon SL, et al. . Management of skeletal giant cell tumors of the phalanges of the hand. J Hand Surg Am 1987;12:70–7. // 3.- Adulkasem N, Pruksakorn D. Giant cell tumour of the middle phalanx of the middle finger. BMJ Case Rep. 2019;12(3):e229076. // 4.-Becker WT, Dohle J, Bernd L, et al. Local recurrence of giant cell tumor of bone after intralesional treatment with and without adjuvant therapy. J Bone Joint Surg Am 2008;90:1060–7. // 5.- Yu XC, Xu M, Song RX, et al. Long-term outcome of giant cell tumors of bone around the knee treated by en bloc resection of tumor and reconstruction with prosthesis. Orthop Surg 2010;2:211–7. // 6.- Raskin KA, Schwab JH, Mankin HJ, et al. Giant cell tumor of bone. J Am Acad Orthop Surg 2013;21:118–26. // 7.- Ropars M, Kaila R, Cannon SR, et al. Primary giant cell tumours of the digital bones of the hand. J Hand Surg Eur Vol 2007;32:160–4. // 8.- Xu SF, Adams B, Yu XC, et al. Denosumab and giant cell tumour of bone—a review and future management considerations. Curr Oncol 2013;20:e442–e7.

