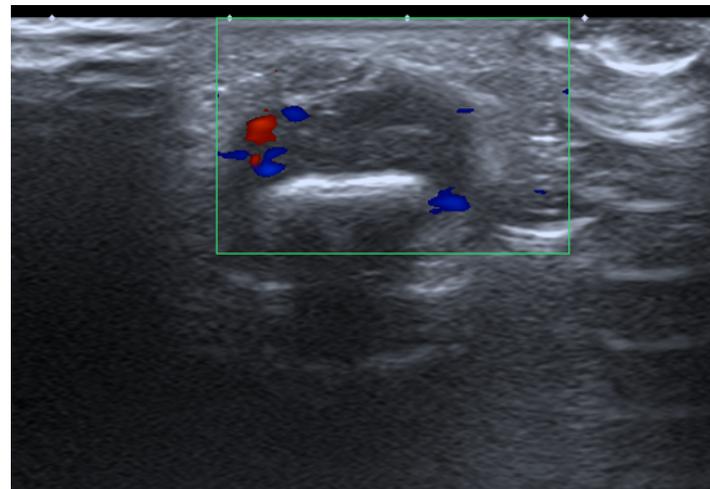
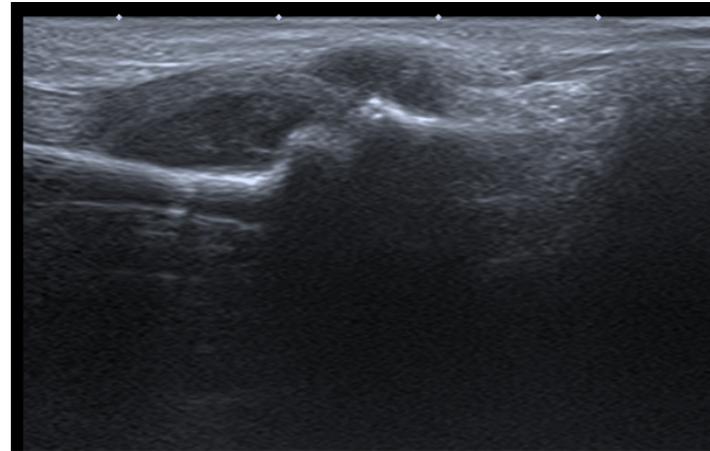


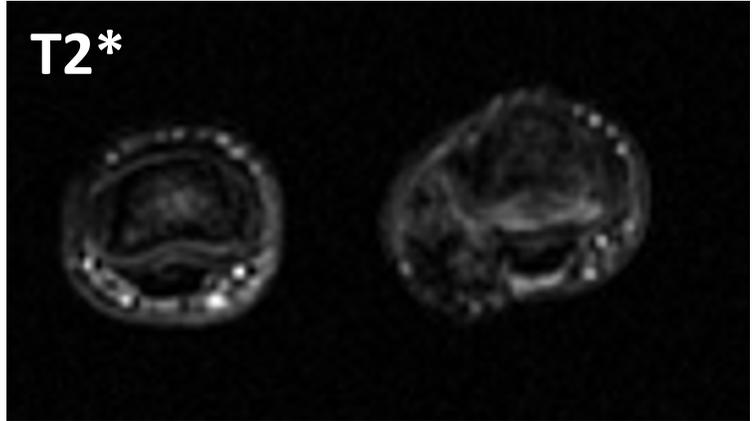
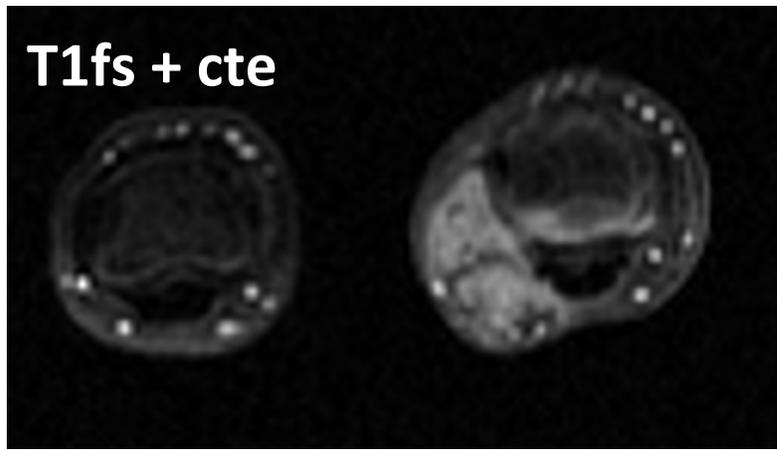
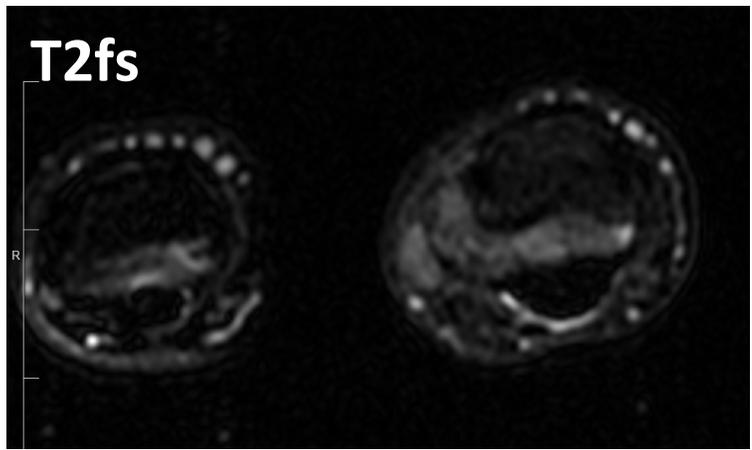
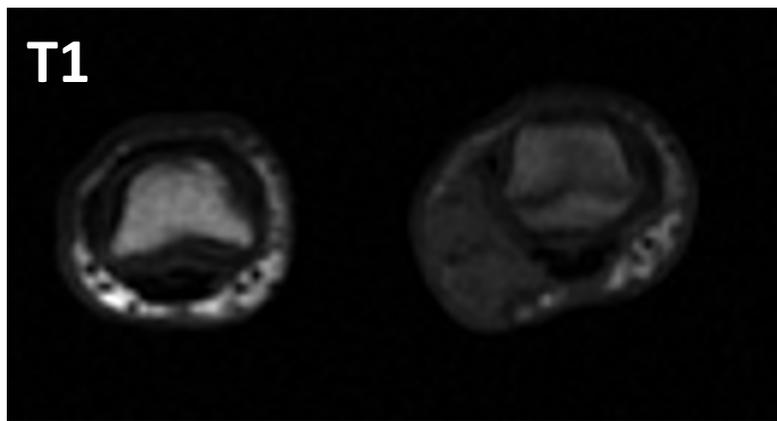
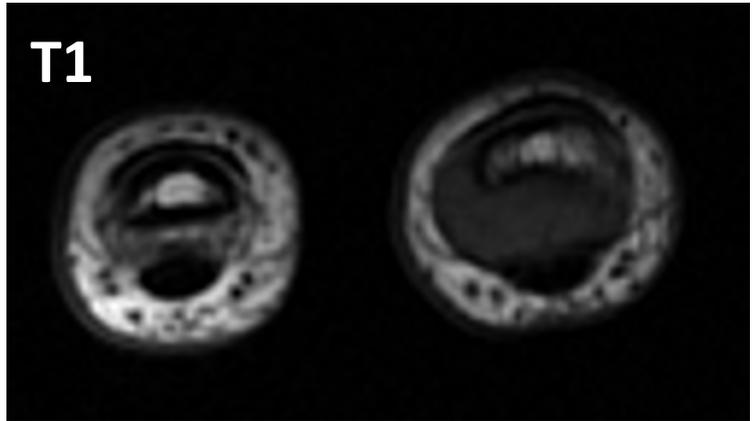
CASOS SAR 2021



Joaquín Martín Cuartero
Hospital Universitario Miguel Servet

- Mujer de 24 años, sin antecedentes de interés, que presenta tumoración en el 2º dedo de la mano derecha. Nota crecimiento progresivo.
- No dolorosa, aunque limita algo la movilidad activa. La movilidad pasiva es completa.
- Se solicitan pruebas de imagen: rx, ECO, RM.





1. ¿Como describiría los hallazgos en rx y ecografía?

- A. Tumoración de partes blandas que asocia erosión ósea adyacente
- B. Tumoración de partes blandas sin erosión ósea adyacente
- C. Derrame articular
- D. Erosiones articulares con componente de partes blandas asociado
- E. Ninguna de las respuestas es correcta

2. ¿Como describiría los hallazgos en RM?

- A. Lesión dependiente de la polea A2
- B. Tumoración de partes blandas relacionada con la vaina tendinosa
- C. Sinovitis dependiente del espacio interfalángico
- D. Tumoración dependiente de la falange media con componente de partes blandas
- E. Tumoración de aspecto vascular

3. Ante los hallazgos en imagen, ¿cuál es su diagnóstico?

- A. Artritis con panus
- B. Sinovitis con nódulo condromatoso
- C. Tumor de células gigantes tenosinovial
- D. Fibromatosis
- E. Hematoma

Respuestas correctas

1. B: Tumoración de partes blandas sin erosión ósea adyacente
2. B: Tumoración de partes blandas relacionada con la vaina tendinosa
3. C: Tumor de células gigantes tenosinovial

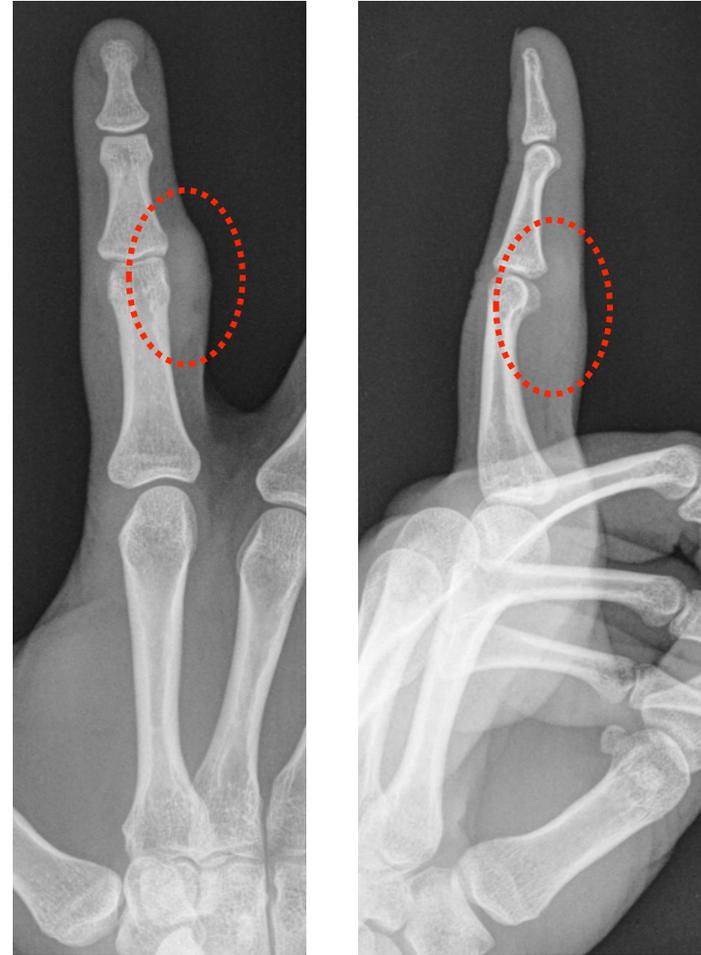
Tumor de células gigantes tenosinovial

- El tumor de células gigantes tenosinovial es la segunda neoformación más frecuente derivada de las vainas tendinosas o de otro tejido sinovial, tras los quistes sinoviales
- Se desconoce su origen, se plantea que pueda corresponder a una neoplasia benigna o a una lesión reactiva
- Se describen una forma localizada (también llamada tenosinovitis nodular) y una difusa
- Corresponde a una lesión proliferativa, con colágeno, histiocitos y células gigantes multinucleadas. Son frecuentes los depósitos de hemosiderina
- Histológicamente, es idéntico a la sinovitis villonodular pigmentada

- Es más frecuente en mujeres (1,5-2:1), con predilección entre la tercera y quinta décadas de la vida
- Clínicamente se manifiesta como una tumoración solitaria, de lento crecimiento, en ocasiones dolorosa
- Es más frecuente en dedos de manos y pies, aunque de forma más excepcional también puede aparecer en grandes articulaciones como rodillas y tobillos
- En las manos, es más frecuente en el segundo y tercer dedos
- Se encuentra en íntima relación con los tendones flexores (más frecuente) o extensores, aunque realmente depende de la vaina que los rodea

Imagen: radiografía

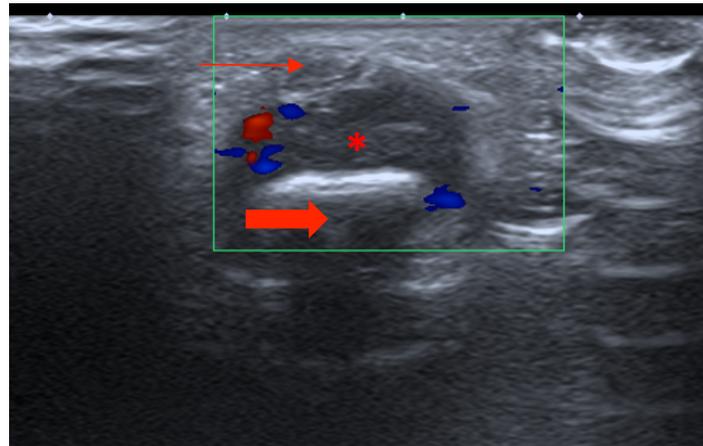
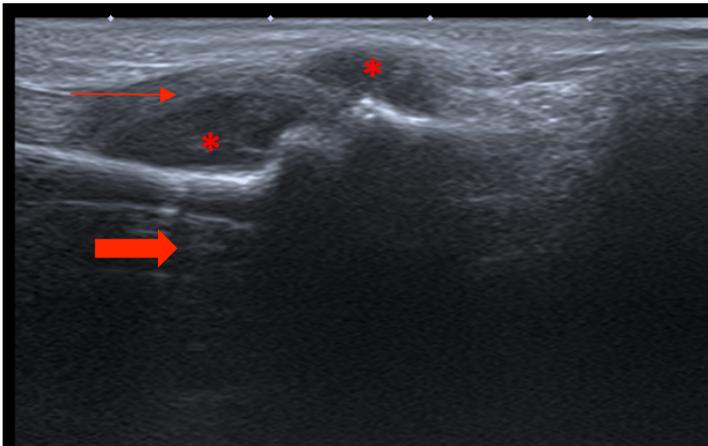
- Se manifiesta como una tumoración de partes blandas.
- Puede existir remodelación ósea adyacente, sin signos de infiltración ni agresividad.



Lesión de partes blandas en lado cubital de la región flexora del 2º dedo, a la altura de la articulación interfalángica proximal. No existen calcificaciones. No se aprecia erosión, infiltración o remodelación ósea.

Imagen: ecografía

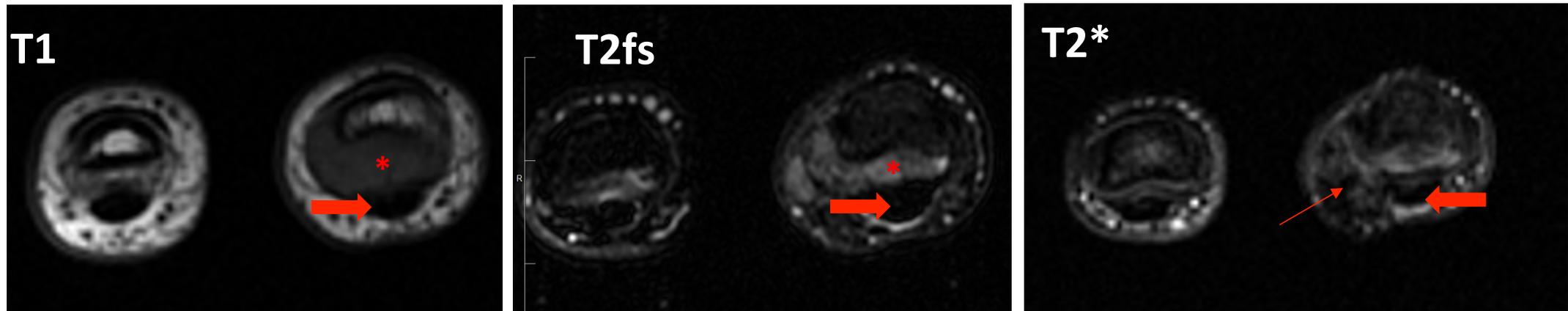
- Lesión sólida, bien delimitada, hipoecogénica, homogénea (en ocasiones heterogénea).
- En íntima relación con el tendón flexor (más frecuente) o extensor de los dedos, rodeándolo en grado variable (en ocasiones en toda su circunferencia).
- A menudo se localiza entre el hueso y el tendón.
- El tendón muestra ecoestructura normal, lo que sugiere la dependencia de la vaina.
- Puede detectarse vascularización con Doppler



Lesión sólida hipoecogénica (asterisco) que rodea el tendón flexor del dedo (flecha fina), con componente más voluminoso localizado entre el tendón y la falange (flecha gruesa). Se detecta vascularización con Doppler.

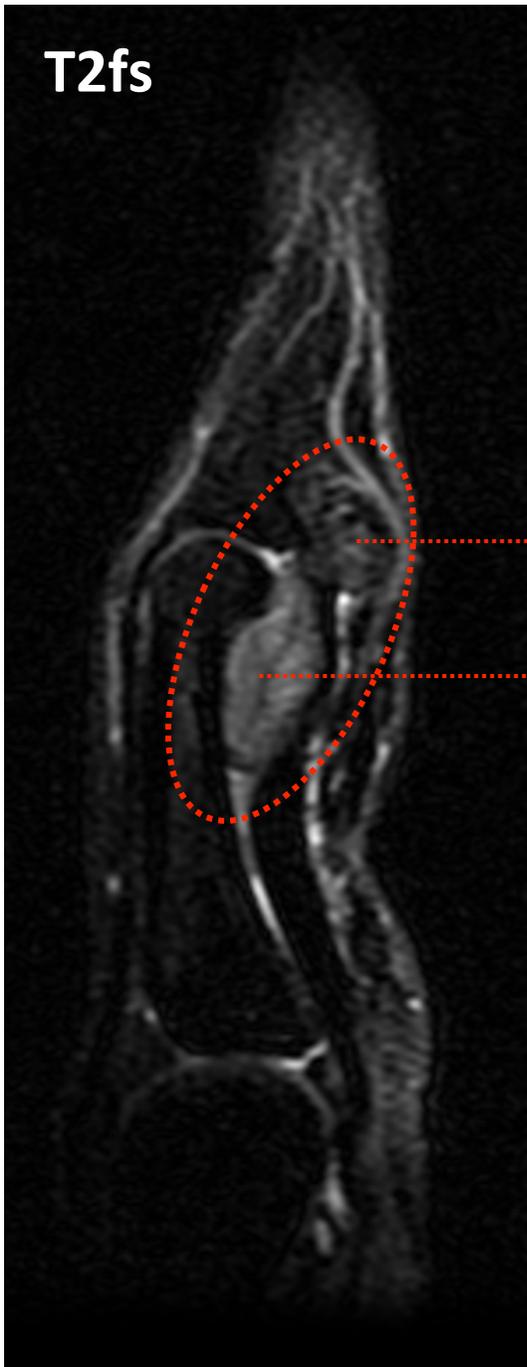
Imagen: Resonancia Magnética

- Lesión sólida, habitualmente de morfología ovalada
- En contacto con vaina tendinosa, excéntrico o rodeando al tendón
- Señal baja o intermedia en T1 y T2, similar al músculo
- Artefactos de susceptibilidad magnética en T2* por depósitos de hemosiderina
- Realce tras la administración de gadolinio iv (por presencia de capilares y estroma colagenoso)

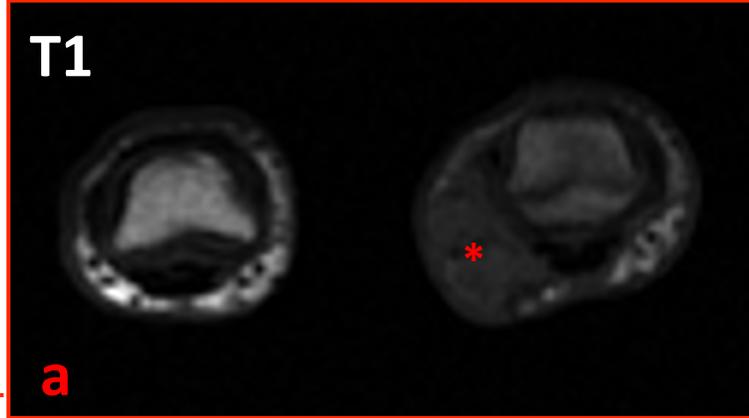


Lesión sólida (asterisco) con señal intermedia entre la falange y el tendón (flecha gruesa). Artefactos de susceptibilidad magnética en T2* por depósitos de hemosiderina (flecha fina)

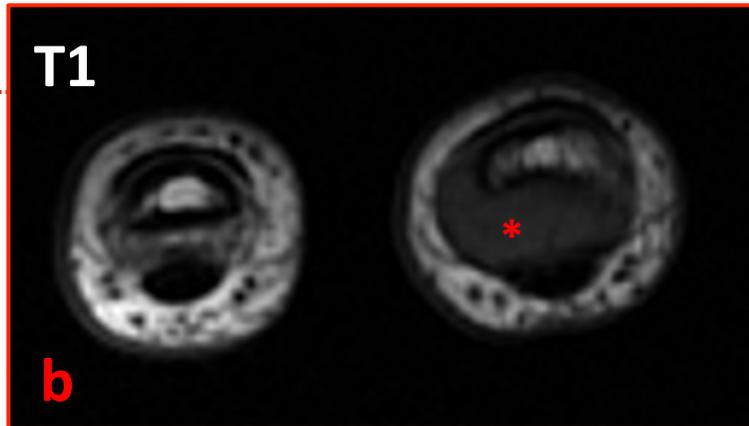
T2fs



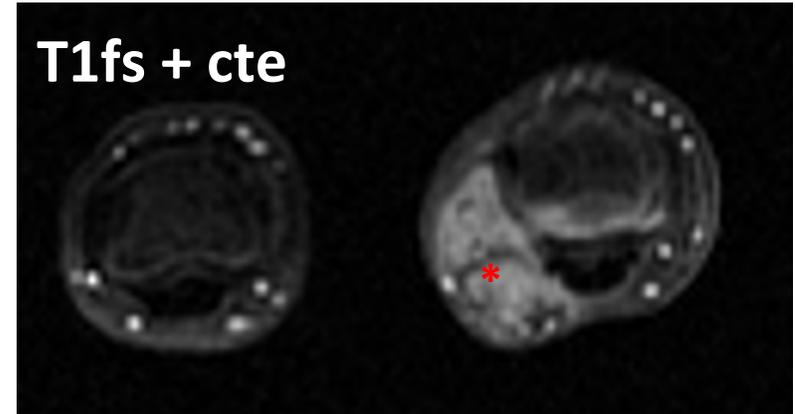
T1



T1



T1fs + cte



La lesión (asterisco) es bilobulada, con un componente más excéntrico (a) y otro que se localiza entre falange y tendón (b). Tras la administración de contraste iv, se evidencia realce.

Diagnóstico diferencial

- Quiste sinovial o ganglión complicado, roto o sobreinfectado: aspecto quístico, si roto con líquido adyacente
- Sinovitis villonodular pigmentada: afectación difusa de la sinovial de una gran articulación, presencia de derrame articular hemorrágico
- Tumor desmoide: hipointenso en T2 por su baja celularidad y su alto contenido en colágeno
- Fibroma: no hay depósitos de hemosiderina
- Sarcoma: aspecto agresivo
- Nódulo reumatoideo: paciente con artritis reumatoide conocida

Tratamiento

- La escisión quirúrgica es el tratamiento curativo.
- Si no se reseca totalmente, es frecuente la recidiva, que ocurre en el 10-20% de los casos.
- Se han descrito casos aislados de malignización.
- En casos raros de agresividad local, puede ser necesaria cirugía más radical y/o radioterapia

Resumen

- Esta lesión presenta varias características típicas:
 - Localización: región volar de los dedos de la mano
 - Relación con los tendones (en realidad con su vaina)
 - Aspecto:
 - lesión de partes blandas en rx, puede remodelar hueso adyacente
 - hipoecogénico en ecografía
 - isointenso al músculo en RM, artefactos por susceptibilidad magnética en secuencias T2*, realce con contraste
- Para saber más, podéis consultar:
 - Middleton WD et al. 1 Giant Cell Tumors of the Tendon Sheath: Analysis of Sonographic Findings. AJR 2004;183:337–339.
 - De Beuckeleer L et al. Magnetic resonance imaging of localized giant cell tumour of the tendon sheath. Eur. Radiol. 1997;7:198–201.