

Tumor de células gigantes da bainha sinovial do tendão do extensor curto dos dedos do pé: relato de caso

Giant cell tumor of the extensor digitorum brevis synovial sheath: case report

Wagner Vieira Sampaio¹, André Donato Baptista¹

RESUMO

Os tumores tenossinoviais de células gigantes são neoplasias benignas raras que afetam a bainha tendinosa, cápsula articular ou tecido sinovial. O objetivo deste estudo foi relatar um caso de tumor de células gigantes da bainha sinovial de localização atípica, acometendo a origem dos tendões do músculo extensor curto dos dedos do pé. Discutimos os aspectos clínicos, epidemiológicos, as características radiológicas, anatomopatológicas e o tratamento realizado.

Descritores:

Células gigantes; Neoplasias; Pé; Dedos do pé

ABSTRACT

Tenosynovial giant cell tumor is an uncommon benign neoplasm affecting the tendon sheaths, joint capsules and synovial tissue. The purpose of this study was to report a case of giant cell tumor of the synovial sheath in an unusual site, affecting the origin of the tendons of the extensor digitorum brevis muscle. It discusses the clinical features, the epidemiology, and the radiological and anatomopathological characteristics of the tumor and its treatment.

Keywords:

Giant cells; Neoplasms; Foot; Toes

INTRODUÇÃO

Os tumores tenossinoviais de células gigantes foram descritos pela primeira vez, por Chassaignac em 1852, como tumores benignos raros das bainhas tendinosas, cápsula articular ou tecido sinovial. Representam aproximadamente 1,6% dos tumores de tecidos moles e acometem indivíduos adultos jovens com idade entre 20 e 50 anos, sendo mais comum no gênero feminino^(1,2). Esse tumor apresenta semelhanças histopatológicas ao histiocitoma sinovial fibroso, à sinovite nodular pigmentada e à tenossinovite nodular localizada^(2,3).

O local mais frequentemente acometido é a bainha do tendão dos músculos flexores dos dedos, especialmente na mão^(1,3). Existem poucos casos de tumor de células gigantes do pé descritos na literatura e ainda não há consenso sobre a etiologia da doença, há uma divisão entre dois conceitos: o processo neoplásico verdadeiro e a reação inflamatória pseudoneoplásica, secundária ao trauma^(1,4,5).

Visto ser uma patologia incomum, o objetivo deste estudo foi relatar um caso de tumor de células gigantes da bainha sinovial em localização atípica: a origem dos tendões do músculo extensor curto dos dedos do pé.

Trabalho realizado na Associação Beneficente Nossa Senhora do Pari, Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo, São Paulo, SP, Brasil.

¹ Grupo de Cirurgia do Pé e Tornozelo, Associação Beneficente Nossa Senhora do Pari, São Paulo, SP, Brasil.

Correspondência:
Wagner Vieira Sampaio
Rua Hannemann, 234 – Pari
CEP: 03031-040 – São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: wagnersampaio_20@hotmail.com

Conflito de interesse:
não há.

Fonte de financiamento:
não há.

Data de recebimento:
09/05/2017

Data de aceite:
16/10/2017

RELATO DO CASO

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa de nossa instituição com registro na Plataforma Brasil sob o número do CAAE: 64430417.4.0000.5487.

O paciente abordado no relato de caso é do sexo masculino, 37 anos, empresário, procurou atendimento médico por quadro de tumoração volumosa no dorso do pé esquerdo, indolor, acreditando tratar-se de um cisto sinovial. Durante a anamnese, o paciente relatou que o tumor surgiu há aproximadamente 10 anos e que, nesse período, apresentou crescimento lento e constante.

Atualmente, a tumoração atingiu magnitude tal que dificulta o uso de calçados fechados e também a prática de atividades esportivas. O paciente não possui comorbidades sistêmicas sequer antecedentes pessoais e familiares de neoplasias ou doenças do sistema musculoesquelético.

Ao exame físico, na inspeção inicial, o paciente apresentava tumoração de grande volume (aproximadamente 4,0x3,0 centímetros em seus maiores eixos) na porção dorsolateral do pé esquerdo, sem sinais flogísticos, na topografia do músculo extensor curto dos dedos e na articulação calcaneocuboidea. À palpação, a massa era indolor e de consistência endurecida, aderida aos tecidos vizinhos. A presença do tumor não trazia qualquer prejuízo à função do extensor curto dos dedos ou déficit sensitivo regional.

Foram solicitados então os exames de ressonância magnética (RM) do tornozelo e radiografia simples do pé. A radiografia não mostrou qualquer alteração (Figura 1). O exame de RM (Figuras 2 e 3) revelou uma volumosa formação



Figura 1 | Radiografia simples do pé.

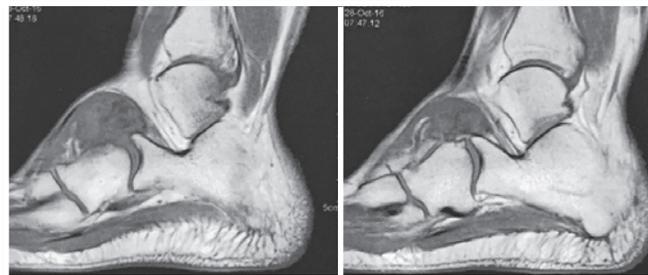


Figura 2 | Ressonância magnética (RM) do tornozelo com cortes sagitais.

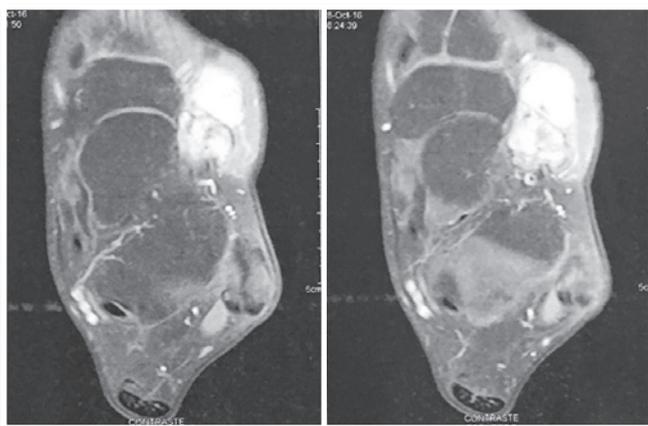


Figura 3 | Ressonância magnética (RM) do tornozelo com cortes axiais.

sólida com efeito expansivo, medindo aproximadamente 4,5x4,0x2,0cm nos maiores diâmetros, de contornos lobulados e bem definidos e sinal heterogêneo, sugerindo diagnóstico de tumor de células gigantes (TCG) de bainha tendínea.

Após análise dos exames, foi indicado o tratamento cirúrgico. No intraoperatório, observou-se que a tumoração estava localizada logo abaixo do músculo extensor curto dos dedos, junto à cápsula da articulação calcaneocuboidea. O tumor era de aspecto acastanhado, com bordas bem delimitadas, encapsulado e multilobulado (Figura 4). Foi realizada uma ressecção marginal em bloco da massa tumoral e, ao final do procedimento, não havia qualquer sinal macroscópico de tecido tumoral remanescente (Figura 5).

O resultado do exame anatomopatológico confirmou a hipótese de TCG de bainha tendínea. O paciente evoluiu sem qualquer intercorrência no pós-operatório e, trinta dias após a cirurgia, retornou a todas as atividades de vida diária e prática esportiva.

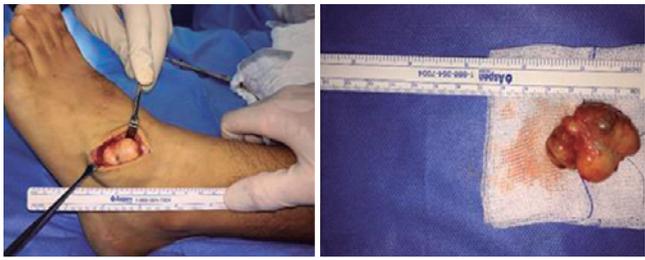


Figura 4 | Imagem intraoperatória - aspectos da massa tumoral.



Figura 5 | Imagem intraoperatória - ressecção da massa tumoral.

DISCUSSÃO

O TCG da bainha sinovial dos tendões é uma neoplasia mesenquimal benigna que evolui de forma lenta e insidiosa. Caracteriza-se por uma massa firme, lobulada, indolor e aderente às estruturas mais profundas^(1,3). Ocorre frequentemente nos dedos das mãos, e raramente na região do tornozelo e pé, embora seja o segundo local mais comum⁽⁶⁾.

O diagnóstico torna-se um desafio, uma vez que os sintomas e o exame clínico são pouco específicos. Assim, a investigação por métodos de imagem se faz imperativa^(1,4). A ultrassonografia pode ser utilizada para o diagnóstico inicial e traz informações úteis como: a vascularização, o tamanho e a relação do tumor com os tecidos adjacentes. Nesse exame, o TGC aparece como uma massa sólida, homogênea e hipoeoica^(1,4). A tomografia computadorizada (TC) é útil ao fornecer informações adicionais sobre o possível acometimento ósseo. Porém, a RM é a modalidade de escolha para avaliação do TGC, pois mostra com grande

acurácia os aspectos da massa tumoral como a sua extensão e invasão local, as quais são relevantes para o diagnóstico, o planejamento e a execução do tratamento cirúrgico.

As características de imagem do TCG na RM são: baixo sinal em T1 e T2, semelhante ao músculo esquelético, com realce homogêneo após a administração de contraste. Esses achados auxiliam no diagnóstico diferencial dos demais tumores sólidos de partes moles, como das bainhas nervosas, hemangiomas e neurofibromas^(2,4). A radiografia simples apresenta pouca especificidade no diagnóstico, embora 10 a 20% das lesões apresentem erosões ósseas locais. A confirmação diagnóstica é feita pela análise anatomopatológica do tecido sinovial. As lesões são normalmente bem circunscritas, e histologicamente compostas por estroma fibroso com células gigantes e histiócitos carregados de colesterol^(1,4,6).

O tratamento cirúrgico é o de eleição e a excisão tumoral completa é importante para se evitar a recidiva^(1,3,7,8). A radioterapia pós-operatória pode ser indicada nos casos em que não há possibilidade de excisão completa^(9,10). Conforme descrito na literatura, a taxa de reincidência é de aproximadamente 45%, especialmente nos casos em que há invasão óssea detectada nos exames de imagem, e ocorre em média entre três e cinco anos após a cirurgia^(3,8,9). Sendo assim, o curto período de seguimento descrito no presente caso (30 dias) é insuficiente para identificar a presença ou não de recidiva, sendo necessário o acompanhamento em longo prazo.

O procedimento de ressecção marginal do tumor foi indicado para o paciente, que apresentou bons resultados clínicos e funcionais em curto prazo, retornando às suas atividades rotineiras um mês após a cirurgia. Contudo, Segundo Gibbons et al.⁽⁹⁾, o tratamento cirúrgico precoce é um fator preditivo de bom prognóstico.

CONCLUSÃO

O presente estudo trouxe à luz o diagnóstico do TCG da bainha sinovial como um diferencial para as massas tumorais que acometem o pé. O diagnóstico e tratamento são desafios na medida em que o tumor é raro, de etiologia indeterminada e a taxa de recidiva pós-operatória é elevada.

REFERÊNCIAS

- Fraser EJ, Sullivan M, Maclean F, Nesbitt A. Tenosynovial giant-cell tumors of the foot and ankle: a critical analysis review. *JBJS Rev*. 2017 Jan 17;5(1).
- Ch L, Th L. Giant cell tumor of the peroneus brevis tendon sheath. *J Orthop Case Rep*. 2015;5(4):68-70.

3. Goni V, Gopinathan NR, Radotra BD, Viswanathan VK, Logithasan RK. Giant cell tumour of peroneus brevis tendon sheath--a case report and review of literature. *BMJ Case Rep.* 2012 Jul 13.
4. Skaliczki G, Mády F. Giant cell tumor of the tendon sheath of the toe imitating macrodactyly: case report. *Foot Ankle Int.* 2003;24(11):868-70.
5. Savvidou OD, Mavrogenis AF, Sakellariou VI, Chloros GD, Sarlikiotis T, et al. Extra-articular diffuse giant cell tumor of the tendon sheath: a report of 2 cases. *Arch Bone Jt Surg.* 2016;4(3):273-6.
6. Vargaonkar G, Singh V, Arora S, Kashyap A, Gupta V, Khanna G, et al. Giant cell tumor of the tendon sheath around the foot and ankle. a report of three cases and a literature review. *J Am Podiatr Med Assoc.* 2015;105(3):249-54.
7. Demouy EH, Kaneko K, Bear HM, Rodriguez RP. Giant cell tumor of the plantar tendon sheath: role of MR imaging in diagnosis. *Clin Imaging.* 1993;17(2):153-5.
8. Alves MPT. Excisão de tumor de células gigantes de bainha de tendão com envolvimento ósseo por dupla via de acesso: relato de caso. *Rev Bras Ortop.* 2011;46(1):101-6.
9. Gibbons CL, Khwaja HA, Cole AS, Cooke PH, Athanasou NA. Giant-cell tumour of the tendon sheath in the foot and ankle. *J Bone Joint Surg Br.* 2002;84(7):1000-3.
10. Kotwal PP, Gupta V, Malhotra R. Giant-cell tumor of the tendon sheath: is radiotherapy indicated to prevent recurrence after surgery? *J Bone Joint Surg Br.* 2000;82(4):571-3.