

Caso clínico

Tumor de células gigantes de tejidos blandos

José Alfredo Soto Ortiz,* Sarah Lizette Hernández Peralta,** Daniel Fajardo Barajas***

RESUMEN

El tumor de células gigantes de tejidos blandos es un padecimiento infrecuente. Se manifiesta principalmente en las extremidades inferiores de los adultos y no predomina en algún género. Clínicamente es de aspecto multinodular y la mejor opción terapéutica es la resección quirúrgica conservadora. Se expone el caso de un paciente de 55 años de edad con una neoformación irregular y multilobulada en el primer dedo del pie izquierdo. La biopsia incisional reveló la existencia de un tumor de células gigantes de tejidos blandos. Se decidió amputar parcialmente el orjejo para extirpar completamente el tumor.

Palabras clave: tumor de células gigantes, tumor de tejidos blandos, tumor de células gigantes de hueso.

ABSTRACT

Soft tissue giant cell tumor is a rare tumor. It occurs mainly in adults, in the lower extremities, and it has not gender predominance. Clinically it has a multinodular aspect and the best therapeutic option is a conservative surgical resection. We describe the case of a 55-year-old man with a multilobulated neoformation that affected the first toe of left foot, with a histopathological diagnosis of giant cell tumor of soft tissues. The therapy consisted on partial amputation of the affected toe, to remove completely the tumor.

Key words: giant cell tumor, soft tissue tumor, giant cell tumor of bone.

El término *tumor de células gigantes de tejidos blandos* (TCGTB) fue acuñado en 1972 por Salm y Sissons.¹ Es un tumor infrecuente, se manifiesta con mayor frecuencia en el tronco y las extremidades superiores, afecta a sujetos de 5 a 48 años de edad, no predomina en algún sexo^{2,3} y está constituido por múltiples nódulos que infiltran difusamente el tejido blando.⁴ Su localización puede ser superficial o profunda; lo habitual es que se manifieste en forma profunda más que confinado a la dermis.^{2,3} En términos histológicos, está

constituido por células mononucleares, células fusiformes, osteoclastos y células gigantes que carecen de atipia, aunque puede haber actividad mitótica. En algunos casos existe invasión vascular sin necrosis, aunque es posible observar hueso metaplásico. Desde el punto de vista inmunohistoquímico, sus células expresan CD68 y actina de músculo liso; las células osteoclasticas expresan un marcador específico de fosfatasa ácida resistente a tartrato (TRAP) y no expresan CD45, S-100, desmina ni lisozima.⁴ El tratamiento de elección es quirúrgico.

* Dermatólogo e internista.

** Dermatóloga.

*** Dermatopatólogo.

Instituto Dermatológico de Jalisco Dr. José Barba Rubio, Secretaría de Salud Jalisco, Zapopan, Jalisco, México.

Correspondencia: Dr. José Alfredo Soto Ortiz. Circuito de las Flores Poniente 3460, colonia Ciudad Bugambilias, CP 45238, Zapopan, Jalisco, México. Correo electrónico: jalfsoto@yahoo.com.mx
Recibido: noviembre, 2011. Aceptado: febrero, 2012.

Este artículo debe citarse como: Soto-Ortiz JA, Hernández-Peralta SL, Fajardo-Barajas D. Tumor de células gigantes de tejidos blandos. *Dermatol Rev Mex* 2012;56(4):262-265.

www.nietoeditores.com.mx

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 55 años, quien acudió a consulta porque tenía un tumor que afectaba el primer dedo del pie izquierdo, en el primer metatarsiano. El tumor estaba constituido por una neoformación irregular y multilobulada, con lóbulos de 0.3 a 1.5 cm de diámetro, cupuliformes, lisos y violáceos, de consistencia blanda y dolorosos al presionarlos (Figura 1A). La presión constante sobre la lámina ungueal ocasionó distrofia de la misma (Figura 1B).

El cuadro clínico tenía aproximadamente seis meses de evolución, y el paciente lo relacionaba con un traumatismo



Figura 1. A. Tumor multilobulado que afecta la primera falange del dedo. B. Vista lateral de la falange con aumento de volumen y distrofia ungueal.

previo. Como únicas molestias, padecía dolor y dificultad para deambular. Entre los antecedentes de importancia, se le había realizado una avulsión ungueal del dedo afectado, cuatro meses antes de la consulta, sin resultados adecuados. Era hipertenso de larga evolución y estaba en tratamiento con captopril y amlodipino.

La radiografía simple del dedo mostró aumento de volumen de tejidos blandos y pérdida de la anatomía ósea por erosión de la falange distal (Figura 2). Se realizó una biopsia incisional y se observó en la dermis reticular una proliferación de células gigantes multinucleadas (tipo osteoclasto), distribuidas al azar y entremezcladas con células mononucleares, fusiformes y poligonales, así como con espículas óseas (Figura 3). No se observaron atipias ni invasión vascular. El estudio de inmunohistoquímica con CD68 resultó positivo para células mononucleares y gigantes de forma homogénea (Figura 4).



Figura 2. Imagen radiológica que muestra destrucción ósea y tejidos blandos con aumento de volumen.

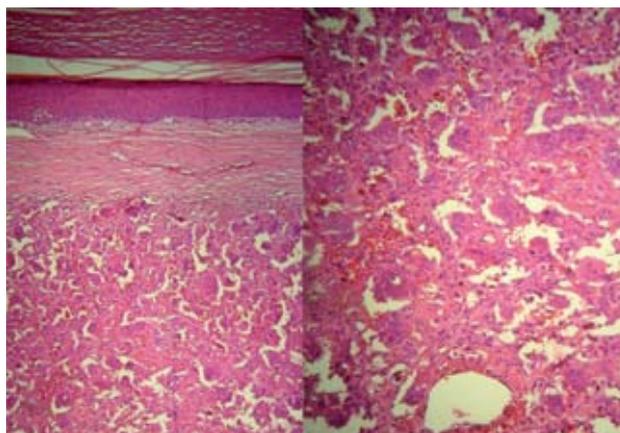


Figura 3. Tinción de hematoxilina y eosina que muestra en la dermis reticular proliferación de células gigantes multinucleadas tipo osteoclasto, así como células mononucleares.

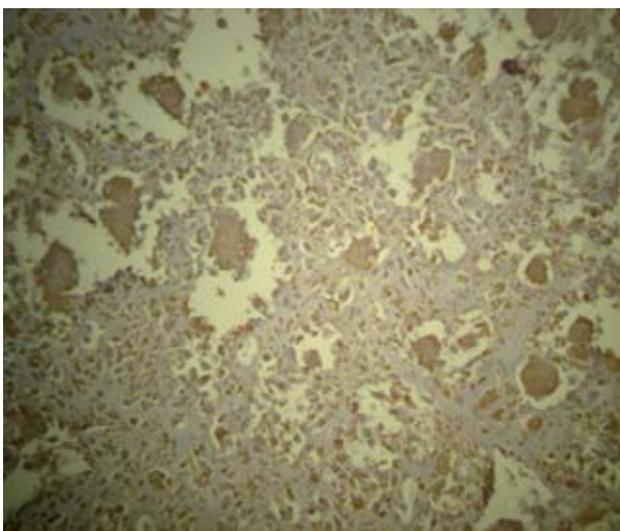


Figura 4. Inmunohistoquímica con CD68 positiva para las dos líneas celulares.

Con base en lo anterior, se estableció el diagnóstico de tumor de células gigantes de tejidos blandos. Se realizó exéresis del tumor mediante la amputación del primer metatarsiano. El posoperatorio fue satisfactorio, y cinco años después de la operación el paciente se encontraba libre de la enfermedad (Figura 5).

DISCUSIÓN

Este caso corresponde a un tumor de células gigantes de tejidos blandos, que también es conocido como “tumor de células gigantes de bajo potencial maligno”.⁴



Figura 5. Resección quirúrgica mediante la amputación de la primera falange.

El primer reporte de este tumor, hecho por Salm y Sissons en 1972, constó de 10 casos de tumores de tejidos blandos, semejantes—desde el punto de vista histopatológico—al tumor de células gigantes de hueso.¹ En el mismo año, Guccion y Enzinger describieron una serie de 32 tumores de tejidos blandos primarios, que tenían similitudes histológicas a los 10 casos reportados por Salm y Sissons, aunque tenían mayor grado de atipia y actividad mitótica. De hecho, el reporte propuso, para este grupo de lesiones, la denominación de “tumor maligno de células gigantes de tejidos blandos”.⁵ En 1999 Weiss describió los tumores de células gigantes de bajo potencial maligno y los consideró la forma no agresiva de los tumores malignos de células gigantes de tejidos blandos; entre los tumores de tejidos blandos malignos se encuentran el histiocitoma fibroso maligno y el de células gigantes. Los de bajo potencial maligno se consideran análogos del tumor de células gigantes de hueso.⁴ Algunos investigadores han comunicado su experiencia en series de tumores de células gigantes de tejidos blandos y han recalado el comportamiento menos agresivo de estos tumores, que se distinguen por una similitud histológica con el tumor de células gigantes de hueso, ya que tienen agregados multinodulares de células neoplásicas redondas y fusiformes, mezcladas con células multinucleadas gigantes tipo osteoclasto.^{3,6-12}

Consideramos que el presente caso correspondió a un tumor de células gigantes de tejidos blandos, porque el

tumor inició en la piel en forma de lesiones nodulares y de manera secundaria por contigüidad afectó el hueso de la falange. Los tumores de células gigantes de hueso se originan en el tejido óseo y pueden infiltrar secundariamente los tejidos blandos en un tercio de los casos, lo que ocasiona eritema y edema cutáneo más que lesiones nodulares. Los tumores de células gigantes de hueso son infrecuentes en el pie (la incidencia es de 1.2%) y afectan con mayor frecuencia los huesos tarsales. En un estudio de 900 casos de tumores de células gigantes en la mano y el pie no se localizaron tumores en las falanges. El síntoma y el signo más comunes del tumor de células gigantes de hueso son dolor y edema, respectivamente, que pueden extenderse a los tejidos blandos adyacentes.¹³

Desde el punto de vista histológico, existe extraordinaria similitud entre los tumores de células gigantes de tejidos blandos y los tumores de células gigantes de tejidos blandos de hueso. Para clasificar mejor ambos tipos, se requieren técnicas de inmunohistoquímica, como la de anticuerpos CD68, que muestran una gran reactividad fuerte y difusa en células gigantes multinucleadas, así como una focal en células mononucleares.¹²

La metástasis por tumor de células gigantes de tejidos blandos es poco frecuente; existen dos reportes de metástasis pulmonares en pacientes de 12 y 80 años de edad, respectivamente.^{2,14}

Inicialmente se pensó que el pronóstico de los tumores de células gigantes de tejidos blandos variaba con la profundidad. La posibilidad de metástasis es de 17% cuando el tumor afecta el tejido celular subcutáneo y se incrementa hasta en 75% cuando afecta el músculo, los tendones y la fascia muscular. Las metástasis a distancia tienen un pronóstico muy malo.¹²

Aunque este tumor sea considerado de bajo grado de malignidad, son necesarios más estudios, con seguimiento a largo plazo, para precisar su potencial maligno. Ante los reportes de metástasis, el tratamiento de elección sigue siendo la extirpación quirúrgica completa; esto fue lo que se realizó en nuestro paciente, con buenos resultados a largo plazo.

REFERENCIAS

1. Salm R, Sissons AH. Giant cell tumours of soft tissues. *J Pathol* 1972;107:27-39.

2. Folpe AL, Morris RJ, Weiss SW. Soft tissue giant cell tumor of low malignant potential: a proposal for the reclassification of malignant giant cell tumor of soft parts. *Mod Pathol* 1999;12:894-902.
3. Oliveira AM, Dei Tos AP, Fletcher CDM, Nascimento AG. Primary giant cell tumor of soft tissues: a study of 22 cases. *Am J Surg Pathol* 2000;24:248-256.
4. Weiss SW, Goldblum JR, Enzinger FM. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 4th ed. St. Louis: Mosby, 2001;527.
5. Guccion JG, Enzinger FM. Malignant giant cell tumor of soft parts: an analysis of 32 cases. *Cancer* 1972;29:1518-1529.
6. Gould E, Albores SJ, Rothe M, Mnaymneh W, et al. Malignant giant cell tumor of soft parts presenting as a skin tumor. *Am J Dermatopathol* 1989;11:197-201.
7. O'Connell JX, Wehrli BM, Nielsen GP, Rosenberg AE. Giant cell tumors of soft tissue, a clinicopathologic study of 18 benign and malignant tumors. *Am J Surg Pathol* 2000;24:386-395.
8. Nascimento AG. Giant cell tumors of soft parts. *Mod Pathol* 1992;68:32A.
9. Ryś J, Kruczak A, Marczyk E, Skotnicki P, et al. Primary soft tissue giant cell tumour of the neck. Cytological and histological characteristics of the tumour and differential diagnosis. *Pol J Pathol* 2009;60(2):98-104.
10. Rodriguez JL, Lopez F, Fernandez J. Primary giant cell tumor of soft tissues similar to bone giant cell tumor: a case report and literature review. *Pathol Int* 2001;51:60-63.
11. Tejera-Vaquerizo A, Ruiz-Molina I, González-Serrano T, Solís-García E. Primary giant cell tumor of soft tissue in the finger. *Dermatol Online J* 2008;14(6):7.
12. Holst VA, Elenitsas R. Primary giant cell tumor of soft tissue. *J Cutan Pathol* 2001;28:492-495.
13. Biscaglia R, Bacchini P, Bertoni F. Giant cell tumor of the bones of the hand and foot. *Cancer* 2000;88:2022-2032.
14. Guo H, Garcia RA, Perle MA, Amodio J, et al. Giant cell tumor of soft tissue with pulmonary metastases: pathologic and cytogenetic study. *Ped Dev Pathol* 2005;8:718-724.