

## IMÁGENES EN MEDICINA DE FAMILIA

# Tumoración de rápido crecimiento en la mano de varón pakistání

## Rapidly growing tumor on the hand of a Pakistani male

C. Albaladejo Blanco\* y E. Vicente Gordillo

Centro de Atención Primaria Llefià (Badalona-6), Badalona (Barcelona), España

### Caso clínico

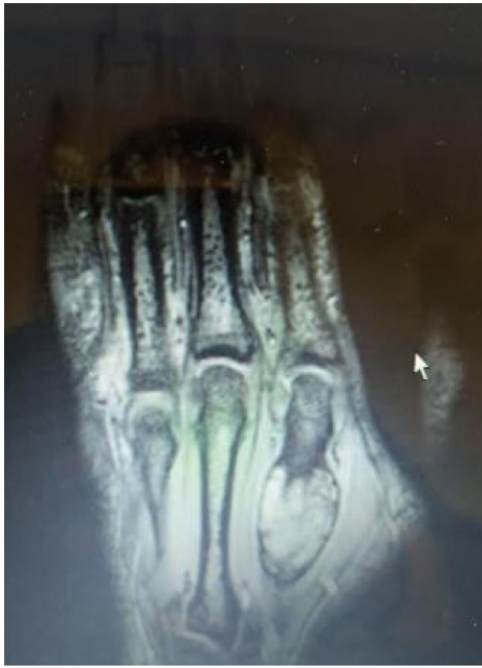
Varón de 40 años de edad, inmigrante de origen pakistání, que consultó en Atención Primaria por tumoración dolorosa en el dorso de la mano izquierda de aproximadamente un mes de evolución que –por su localización y consistencia– nos pareció inicialmente un ganglión sinovial, aunque por su actividad laboral en la construcción tampoco se podía excluir un traumatismo previo (barrera idiomática importante). Para descartar un callo óseo por fractura subyacente se solicitó radiografía simple de la mano que mostró una inesperada lesión osteolítica en la diáfisis del 2.º metacarpiano, con reacción perióstica longitudinal (fig. 1). Por persistencia del dolor se instauró pauta oral de antiinflamatorios no esteroideos con mejoría sintomática, derivándose a Traumatología para agilizar las pruebas de imagen y pensando ya en un abordaje quirúrgico de la lesión. En la resonancia de la mano (fig. 2) se visualizó una tumoración en la cara dorsal de la diáfisis del 2.º metacarpiano, heterogénea y de crecimiento expansivo, con unas medidas de 32x20x13 mm. Tras valoración por el Comité de Tumores del aparato locomotor se decidió biopsia ósea guiada por tomografía computarizada, con diagnóstico histológico de: tumor de células gigantes de huesos pequeños. Fue intervenido mediante exéresis radical y autoinjerto de cresta



**Figura 1** Imagen de RX simple: lesión lítica expansiva –de origen intramedular y que se extiende excéntrica– en la región dorsal de la diáfisis del 2.º metacarpiano, rodeada de un arco arbotante de reacción perióstica en sus extremos proximal y distal. Según el radiólogo, en el diagnóstico diferencial se incluirían tres entidades: quiste óseo aneurismático, fibroma condromixóide y tumor de células gigantes, recomendando ampliar el estudio mediante resonancia magnética (RM).

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [carlesalbaladejo@gmail.com](mailto:carlesalbaladejo@gmail.com), [24270cab@comb.cat](mailto:24270cab@comb.cat) (C. Albaladejo Blanco).



**Figura 2** Imagen de RM: tumoración mixta, intramedular y paracortical, a nivel dorsal de la diáfisis del 2.º metacarpiano con signos de afectación de la medular ósea, adelgazamiento-disrupción de la cortical dorsal y componente extraóseo (el proximal sólido y el más distal de aspecto aneurismático). Presenta unas medidas de 32x20x13mm con eje paralelo longitudinal a la diáfisis del metacarpiano, con señal de RM heterogénea. Existe edema perilesional pero con aparente preservación del tendón extensor vecino.

cupital, con buena evolución y sin secuelas motoras ni sensitivas. Después de cuatro años de seguimiento, el paciente está asintomático y sin recidivas locales ni sistémicas.

### Comentario

Ante una tumoración en el dorso de la mano, el primer diagnóstico a tener en cuenta por el médico de familia es el de quiste sinovial (ganglión), ya que representa el 60-70% de las mismas en dicha localización<sup>1</sup>. En cuanto a su imagen radiológica, el diagnóstico diferencial se realiza con otros tumores óseos, que en la mano son habitualmente benignos (encondroma, exóstosis, fibroma, quiste óseo, osteoma osteoide, tumor pardo del hiperparatiroidismo, etc.) y excepcionalmente malignos como el temible osteosarcoma<sup>2</sup>.

El tumor de células gigantes (TCG) óseo es una neoplasia clasificada como benigna pero localmente agresiva por su

capacidad para infiltrar tejidos adyacentes y por su tendencia a las recurrencias, con tasas del 20-30% en los primeros 2-3 años tras su detección. En España, el estudio más extenso publicado sobre TCG óseos, confirmados histológicamente, es el de Abat et al. en el que se analizan 97 casos con seguimiento medio de 12 años<sup>3</sup>. El TCG óseo representa sólo el 5% de todos los tumores óseos primarios y el 20% de los benignos. Predomina ligeramente en el sexo femenino y la mayoría de casos se detectan entre los 20-40 años de edad, sin que existan factores étnicos conocidos en su desarrollo. Aunque puede afectar a cualquier hueso del cuerpo, la localización más frecuente son las regiones metafiso-epifisarias de huesos largos, especialmente alrededor de la rodilla (50-55%); en la mano, su incidencia es baja, oscilando entre el 2%<sup>4</sup> y el 6%<sup>3</sup>. El diagnóstico se basa en la radiología simple, se complementa con la resonancia y se confirma mediante biopsia por punción-aspiración o en el mismo acto quirúrgico: en el estudio histológico se observan las típicas células gigantes multinucleadas que dan nombre a este tumor y que actúan como osteoclastos. En manos expertas, la ecografía permite detectar reacciones periólicas, valorar la cortical (adelgazamiento, insuflación) además de identificar la vascularización con el Doppler-color. En el artículo de Mariano et al.<sup>5</sup> se describe un caso similar al nuestro, correspondiente también a un TCG en la cabeza del 2.º metacarpiano, detectando las imágenes de cómo la tumoración rompe la cortical y se extiende a partes blandas.

### Responsabilidades éticas

Se ha contado con el consentimiento explícito del paciente y se han seguido los protocolos del centro de trabajo sobre tratamiento de la información privada de los usuarios.

### Bibliografía

1. Santos JA, Márquez S, de Dios JM, Ramos LR. «Carpal boss»: una causa de dolor de muñeca en atención primaria. *Semergen*. 2020;46:e3-4.
2. López P, Álvarez S, González JL. Actualización del osteosarcoma para el médico de familia. *Semergen*. 2011;37:22-9.
3. Abat F, Almenara M, Peiró A, Trullols L, Bagué S, Gràcia I. Tumor de células gigantes óseo. Noventa y siete casos con seguimiento medio de 12 años. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2015;59:59-65.
4. Gutiérrez-Santiago MM, González-Arteaga J, Hidalgo-Ovejero AM. Tumor de células gigantes en hueso piramidal: caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2012;56:149-52.
5. Mariano J, Juana L, Iturbide I, Masse P, Paszkiewicz MR, Ross J. Rol de la ecografía en la evaluación de la cortical ósea. *Rev Argent Radiol*. 2016;80:127-35.