

 **ACESSO LIVRE**

Citação: Mostardeiro LR, Jurema HGM, Waskiewicz VV, Bicca EBC. (2021) Tumor Tenossinovial de células gigantes da bainha do tendão: relato de caso. Revista de Patologia do Tocantins, 8(2).

Instituição: ¹Acadêmico do Sexto Ano de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ²Acadêmico do Quinto Ano de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

³Acadêmico do Terceiro Ano de Medicina da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL) na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. ⁴Graduação em medicina pela Universidade Federal de Pelotas (2003), especialização (Residência Médica) em patologia pela Fundação Faculdade Federal de Ciências Médicas de Porto Alegre (2008), mestrado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (2010) e doutorado em Saúde e Comportamento pela Universidade Católica de Pelotas (2012).

Autor correspondente: Lucas Rodrigues Mostardeiro. Telefone: (55)999169475. E-mail: most-l@hotmail.com. Rua: Santa Cruz nº: 1948 Bloco A Apto 805 Bairro: Centro Cidade: Pelotas Estado: RS CEP: 96015-710

Editor: Rosa A. C. G. Medicina, Universidade Federal do Tocantins, Brasil.

Publicado: 25 de julho de 2021.

Direitos Autorais: © 2021 Mostardeiro et al. Este é um artigo de acesso aberto que permite o uso, a distribuição e a reprodução sem restrições em qualquer meio, desde que o autor original e a fonte sejam creditados.

Conflito de interesses: os autores declararam que não existem conflitos de interesses.

RELATO DE CASO**TUMOR TENOSSINOVIOL DE CÉLULAS GIGANTES DA BAINHA DO TENDÃO: RELATO DE CASO****TENOSYNOVIAL TUMOR OF GIANT CELLS OF THE TENDON SHEATH IN AN ATYPICAL LOCATION: CASE REPORT**

Lucas Rodrigues Mostardeiro¹, Hugo Guilherme de Moraes Jurema², Viviane Vizioli Waskiewicz⁴, Eduardo de Barros Coelho Bicca⁵.

RESUMO

Introdução: O tumor tenossinovial de células gigantes da bainha do tendão é uma lesão benigna de tecidos moles, raramente encontrada na topografia de tornozelo e pés. Quando encontrada nestes locais pode ser confundida com lipoma, sarcoma sinovial, histiocitoma fibroso maligno, cisto sinovial e gânglio. Sendo assim, é importante a inclusão dessa lesão no diagnóstico diferencial, dando mais ênfase se a lesão estiver ancorada em tendões circundantes. O presente artigo visa descrever a ocorrência desta neoplasia em local atípico, raramente descrito na literatura e correlacionar com seus aspectos microscópicos e imuno-histoquímicos.

Palavras-chave: Patologia clínica; Imuno-histoquímica; Tumor de Células Gigantes da Bainha do Tendão

ABSTRACT

Introduction: The tenosynovial giant cell tumor of the tendon sheath is a benign soft tissue lesion rarely found in ankle and foot topography. When found at these sites it may be confused with lipoma, synovial sarcoma, malignant fibrous histiocytoma, synovial cyst, and ganglion. Therefore, it is important to include this lesion in the differential diagnosis, giving more emphasis if the lesion is anchored in surrounding tendons. This article aims to describe the occurrence of this neoplasm in an atypical site, rarely described in the literature and correlate with its microscopic and immunohistochemical aspects.

Key-words: Clinical Pathology; Immunohistochemistry; Giant Cell Tumor of Tendon Sheath

INTRODUÇÃO

Descrito pela primeira vez em 1852, pelo Dr. Chassaignac, os tumores tenossinoviais de células gigantes (TTCG), são tumores benignos raros de bainhas tendinosas, tecidos sinoviais ou capsula articular, os quais são comumente confundidos com histiocitomas sinoviais fibrosos devido às semelhanças histopatológicas, sendo mais comum no sexo feminino, na faixa dos 30 aos 50 anos^(1,2,3).

Histologicamente essas lesões se caracterizam por serem tumores benignos de histiócitos-símile juntamente com células gigantes multinucleadas, as quais assumem formas circunscritas ou poligonais⁽⁴⁾. Nesses casos, a análise imuno-histoquímica (IHQ) pode fornecer o diagnóstico definitivo, quando as células são fortemente coradas por CD 68⁽³⁾.

Ocorre, na maioria dos casos, na forma de tumorações nas mãos, mais frequentemente próximas à articulação interfalangeana distal, sendo mais comum na bainha dos músculos flexores dos dedos⁽⁵⁾. Na literatura foram descritos poucos casos de TTCG em localização de pé, sendo mais comumente encontrado na bainha dos músculos flexores dos dedos da mão. Não existe ainda um consenso sobre a etiologia, sendo aceitos dois processos: o processo neoplásico que ocorre por divisão celular propriamente ou uma reação inflamatória secundária a um trauma^(1,6,7).

O TTCG exige um alto índice de suspeita por parte do clínico e do patologista, visto que o diagnóstico definitivo é importante, já que o diagnóstico diferencial inclui desordens que necessitam de um tratamento mais agressivo e o tratamento do TTCG ocorre apenas por simples excisão⁽⁸⁾. O objetivo do presente relato de caso é oferecer informações sobre características clínicas e patológicas de um paciente diagnosticado com TTCG em localização atípica, bem como relacionar os dados com a literatura mundial.

DESCRIÇÃO DO CASO

Paciente feminina 58 anos procurou atendimento médico por quadro de tumefação no dorso do pé esquerdo. Referia que a mesma era indolor. Notou o aparecimento da massa há cerca de 5 anos. Referia dificuldade para realizar atividades esportivas e o uso de calçados fechados devido ao cisto. Ao exame físico se observava tumoração de grande volume (aproximadamente 4,5 x 3,5 em seus maiores eixos). À palpação, não referia dor e a massa se apresentava com consistência endurecida e aderente aos planos. Não apresentava dificuldade para movimentar os dedos.

Os achados clínicos não foram conclusivos para o diagnóstico, de modo que foi indicado o tratamento complementar cirúrgico por meio de biópsia incisional.

À análise macroscópica, o tumor era de aspecto cinza-amarelado, com bordas bem delimitadas, encapsulado e multilobulado. Paciente foi submetida a uma ressecção em bloco, sendo retirada a lesão do tendão do musculo extensor longo dos dedos e ao final do procedimento, não havia tecidos tumorais remanescentes. Microscopicamente, apresentou aspecto compatível com TTCG (**FIGURA 1**). O espécime foi submetido à análise IHQ posterior, havendo positividade para CD68 e S100 (**FIGURA 2**). Essas características foram decisivas para o diagnóstico de TTCG em localização atípica. Em seguida, paciente permaneceu em

acompanhamento clínico ambulatorial por 1 ano, sem sinais de recorrência da lesão.

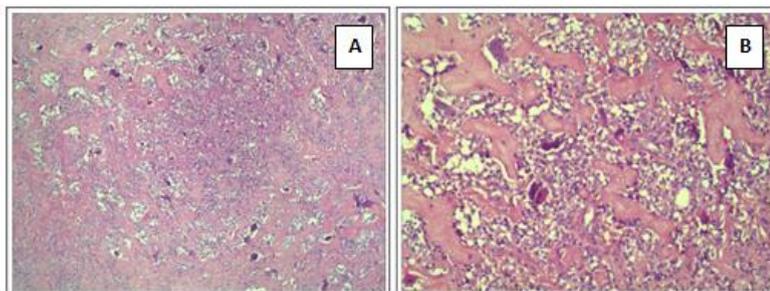


Figura 1 - Estudo anatomopatológico em microscopia óptica com coloração Hematoxilina-Eosina. Em A, imagem em menor aumento evidencia estroma colagenoso hialinizado com presença de células gigantes multinucleadas de permeio; em B, em maior aumento, que evidenciam o aspecto histopatológico destacando as células gigantes multinucleadas.

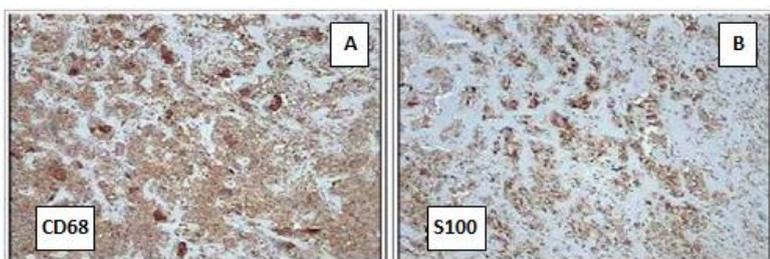


Figura 2 – Estudo do perfil imuno-histoquímico. Em A mostra positividade para CD68; em B mostra positividade para S100.

DISCUSSÃO

O TTCG da bainha sinovial dos tendões é uma lesão que evolui de forma insidiosa. É caracterizada por ser uma massa de consistência endurecida, indolor e aderente aos planos. É mais comumente encontrada nas regiões flexoras das mãos e raramente acomete o tornozelo e o pé, embora este seja descrito como o segundo local de maior acometimento^(1,2). Embora encontremos vários casos na literatura a sua etiologia permanece desconhecida^(1,6,7). Em nosso caso a paciente era ligeiramente mais velha que a maioria dos pacientes portadores desta desordem, e a lesão apresentava acometimento em local atípico.

À histologia, o TTCG caracteriza-se por uma hiperplasia de células sinoviais, células gigantes multinucleadas, fibroblastos, macrófagos, depósitos intra e extracelular com quantidades variáveis de lipídios e hemossiderina e células espumosas, o diagnóstico definitivo se dá pela confirmação histológica^(9,10). Esses tumores se apresentam por meio de duas variantes, que apresentam comportamentos biológicos distintos entre elas. As variantes nodulares que são geralmente indolentes e de melhor prognóstico, como no presente caso e as variantes difusas são localmente agressivas e apresentando altas taxas de recidiva⁽¹¹⁾.

O diagnóstico de TTCG se baseia, também, na análise IHQ, basicamente a fim de descartar malignidades que possam estar relacionadas e evitar abordagens e tratamento mais

agressivo. A positividade para CD 68 é um achado clássico, característico da neoplasia, não estando relacionada à malignidade. Já, quando do achado microscópico de inclusões nucleares, deve ser levada em conta a suspeita de melanoma maligno metastático, o que pode ser descartado pela negatividade de S100⁽³⁾. No presente caso, se observou a positividade para CD 68 como é comumente descrito na literatura. A positividade também para Proteína S100 torna necessário acompanhamento do caso, apresentando a possibilidade do surgimento de melanoma maligno metastático, o qual nas consultas posteriores não apresentou sinais clínicos de suspeita.

O TTCC pode se assemelhar às múltiplas desordens neoplásicas e deve ser levada em consideração no diagnóstico diferencial de lesões granulomatosas, xantomas tendinosos, fibromas no tendão e sarcomas epitelioides. Há uma associação deste tumor com artrite reumatoide, doença de Paget óssea e osteoartrite degenerativa⁽¹²⁾. Dessa forma é necessário o estudo histológico, associado a IHQ para exclusão destes diagnósticos, como feito no presente caso.

O tratamento cirúrgico é a primeira escolha e a retirada do tumor por completo é importante para evitar recidiva^(1,13). Em casos em que não seja possível a excisão completa da lesão, pode ser usada a radioterapia pós-operatória. As taxas de recorrência ficam em torno de 45%⁽⁹⁾, sendo assim importante o seguimento pós-operatório, como no presente caso, no qual paciente se encontra em acompanhamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O TTCC é um tumor benigno, sendo uma causa comum de tumefações encontradas principalmente nos dedos das mãos e mais raramente em tornozelo e pé dos pacientes, o qual pode ter uma ampla variedade de diagnósticos diferenciais, devendo-se ficar atento à presença das mesmas para fazer o tratamento de modo correto. A IHQ quase sempre proporciona o diagnóstico definitivo, sendo decisiva em situações nas quais possa diferenciar de malignidades que podem requerer um tratamento mais agressivo.

sheath of the toe imitating macrodactyly: case report. *Foot Ankle Int.* 2003;24(11):868-70.

7. 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. th found within a single digit of a 9-year-old. *Case Rep Orthop* 2016;2016:1834740

8. Adams EL, Yoder EM, Kasdan ML. Giant cell tumor of the tendon sheath: experience with 65 cases. *Eplasty* 2012;12:e50

9. Gibbons CL, Khawaja 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 Sep; 84 (7): 1000-1003

10. Gomes AH, Pádua BJ, Teixeira LEM, Soares CBG. Tumor de células gigantes extenso no pé envolvendo completamente o extensor longo do hálux: relato de caso. *Sci J Foot Ankle.* 2018; 12(4):352-5.

11. Somerhausen NS, Fletcher CD. Diffuse-type giant cell tumor: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 50 cases with extraarticular disease. *Am J Surg Pathol.* 2000 Apr; 24 (4): 479-492

12. Weiss SW, Goldblum JR, Folpe AL. Enzinger and Weiss's soft tissue tumors. 6th ed. Philadelphia: Saunders; 2014

13. 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.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. 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).
2. Ch L, Th L. Giant cell tumor of the peroneus brevis tendon sheath. *J Orthop Case Rep.* 2015;5(4):68-70.
3. Somerhausen NS, Fletcher CD. Diffuse-type giant cell tumor: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 50 cases with extraarticular disease. *Am J Surg Pathol.* 2000 Apr; 24 (4): 479-492
4. Enzinger F. *Soft tissue tumours.* St. Louis: Mosby; 1982.
5. Hwang JS, Fitzhugh VA, Gibson PD, Didesch J, Ahmed I. Multiple giant cell tumors of tendon sheath.
6. Skaliczki G, Mády F. Giant cell tumor of the tendon

