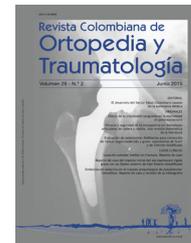




Revista Colombiana de
**Ortopedia y
Traumatología**

www.elsevier.es/rccot



REPORTE DE CASO

Salvamento de función de la mano con imatinib en una recurrencia de tumor de células gigantes de la vaina sinovial del tendón/sinovitis pigmentada vellonodular

Jorge Manrique^{a,*}, María C. Rodríguez^b, Luis A. García^c y Francisco B. Linares^d

^a Residente de cuarto año de ortopedia y traumatología, Departamento de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Ortopedista cirujana de mano. Departamento de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Ortopedista, cirujano de mano y de miembro superior, Departamento de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Javeriana. Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^d Ortopedista oncólogo, Departamento de Ortopedia y Traumatología. Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

Recibido el 14 de mayo de 2016; aceptado el 11 de abril de 2017

PALABRAS CLAVE

Tumor de células gigantes de la vaina sinovial;
Tumor de células gigantes tenosinovial;
Sinovitis vellonodular pigmentada;
Anticuerpos monoclonales;
Inhibidor del receptor del factor estimulante de colonias 1 (CSF1);
Imatinib

Resumen El tumor de células gigantes de la vaina sinovial del tendón (TCGVS) es la segunda lesión más frecuente de la mano y la muñeca, y el 85% de estos tumores se originan en los dedos. Su localización más frecuente es en los tres dígitos radiales, especialmente en las articulaciones interfalángicas distales. La sobreexpresión de factor estimulante de colonias 1 (CSF1) se ha visto en la sinovitis vellonodular pigmentada (SVP) y en los TCGVS. Se reporta hasta el 50% de tasa de recurrencia. Con frecuencia, las recurrencias se tratan principalmente con resecciones quirúrgicas amplias que pueden implicar la amputación y el compromiso funcional de la mano. Presentamos el caso de una recurrencia de un TCGVS en un paciente con una lesión invasiva ubicada en el tendón del flexor profundo del pulgar que infiltraba toda la región tenar tratada mediante resección quirúrgica e imatinib. El tumor de células gigantes puede responder a la terapia sistémica y esta opción de tratamiento puede ser considerada en pacientes con márgenes inadecuados o en zonas no accesibles. Adecuados resultados funcionales se pueden esperar con el tratamiento quirúrgico y farmacológico combinado.

Nivel de evidencia clínica: Nivel IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgemanriquemd@gmail.com (J. Manrique).

KEYWORDS

Giant cell tumour of the tendon sheath; Tenosynovial giant cell tumour; Pigmented villonodular synovitis; Monoclonal antibodies; Colony stimulating factor-1 receptor (CSF1R) inhibitor; Imatinib

Hand function salvage with imatinib in a recurrence of a giant cell tumour of the tendon sheath/local pigmented villonodular synovitis (PVNS)

Summary Giant cell tumour of the tendon sheath (GCTTS) is the second most common lesion of the hand and wrist, with 85% of these tumours occurring in the fingers. Its most frequent location is usually the three radial digits, especially in the distal interphalangeal joints. Overexpression of colony stimulating factor-1 (CSF1) has been seen in pigmented villonodular synovitis (PVNS) and tenosynovial giant cell tumours. The recurrence rate is reported as high as 50%. Recurrences are treated mainly with wide surgical resections that may involve amputation and functional compromise. The case is presented of a recurrent GCTTS in a female patient with a lesion arising from the flexor tendon sheath of her right thumb, invading and infiltrating the whole thenar region. Wide surgical excision was performed, and imatinib was administered as an adjuvant chemotherapeutic agent. Giant cell tumours may respond well to systemic therapy. This treatment option should be considered in patients in which adequate margins cannot be achieved, or in non-accessible areas. Adequate functional outcomes can be expected with combined surgical and pharmacological treatment.

Evidence level: IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

De acuerdo con un comunicado de la Organización Mundial de la Salud en 2002, los tumores de células gigantes se han diferenciado en función de su origen tisular y se han renombrado en consecuencia. Sinovitis villonodular pigmentada (SVP) local fue el primer nombre que se dio a un tumor de células gigantes de la vaina tendinosa (TCGVs) que fue descrita por primera vez en 1941^{1,2}. EL TCGVS es la segunda lesión más frecuente de la mano y la muñeca, y representa el 85% de estos tumores que surgen en los dedos³. Su localización más frecuente es, por lo general, los tres dígitos radiales, especialmente en las articulaciones interfalángicas distales. Estas lesiones tienen un aspecto lobulado y su aspecto histológico suele ser una masa bien circunscrita cubierta por una cápsula fibrosa. Se compone de células mononucleares, células gigantes multinucleadas, macrófagos espumosos y hemosiderófagos⁴.

La sinovitis villonodular pigmentada y el tumor de células gigantes tenosinovial contienen una mezcla de células mononucleares, células gigantes multinucleadas y células inflamatorias, y son morfológicamente similares. Por técnicas de hibridación *in situ* por fluorescencia, West et al.⁵ demostraron la sobreexpresión del factor estimulante de colonias 1 (CSF1) en estos tumores y cómo esta sobreexpresión era causada en el 30-60% de los casos por una translocación equilibrada. Sin embargo, solo el 2-16% de las células de estos tumores presenta dicha traslocación y expresa el CSF1. La mayor proporción de células que componen el tumor corresponde a células inflamatorias que expresan el receptor del FEC-1 y que han sido atraídas por las células tumorales a través de quimiotaxis.

La estrategia de tratamiento, por lo general, consiste en la extirpación quirúrgica. El procedimiento debe ser meticuloso para asegurar la resección completa del tumor y reducir la tasa de recurrencia que se informó en un rango

tan alto como el 50%. Las recurrencias también son tratadas principalmente con resecciones quirúrgicas amplias. Por tanto, estas tienden a ser más invasivas.

La bibliografía reciente ha demostrado el efecto beneficioso del mesilato de imatinib en el control de esta enfermedad⁶⁻⁸. Este agente es un inhibidor de la tirosinacinasasa que tiene actividad contra el receptor del CSF1⁹. Actualmente, el mesilato de imatinib es un agente clave en el manejo de pacientes con leucemia mieloide crónica y tumores del estroma gastrointestinal. Este agente bloquea el protooncogén de Abelson (ABL), el complejo de la región *breakpoint cluster*-Abl (Bcr-Abl), el c-kit protooncogén (KIT) y el factor de crecimiento del receptor derivado de plaquetas (PDGFR). Aunque al principio se creyó que no producía ningún efecto sobre la hematopoyesis de células normales, en 2005 se demostró un bloque de la proliferación *in vitro* de células hematopoyéticas no neoplásicas, como los macrófagos y monocitos a través de la inhibición del receptor del CSF1 y del factor estimulante de colonias de macrófagos (CSFM)^{10,11}. Este es el sustento teórico de la efectividad del imatinib en el tratamiento del TCGT y de la SVP, teniendo en cuenta que el componente principal de estos tumores corresponde a células inflamatorias reclutadas a través de la unión del ligando FEC-1 al receptor del CSF1. La inhibición del receptor del CSF1 y el bloqueo de la quimiotaxis de este tipo de células reduce el crecimiento del tumor.

Cassier et al. reportaron una serie de pacientes que tenía un TSGCT metastásico localmente avanzado con respuesta sintomática en el 73% a la terapia de imatinib. Inicialmente, Blay et al. lo habían reportado en un paciente que respondió positivamente a esta terapia.

Presentamos el caso de un TCGVS recurrente en un paciente con una lesión derivada de la vaina del tendón flexor del pulgar derecho que infiltraba toda la región tenar. Se realizó una escisión quirúrgica amplia y se administró imatinib como agente quimioterapéutico adyuvante. El paciente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803043>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803043>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)