

Tumorações de partes blandas de los dedos

Cynthia García Enériz¹, Natalia Carolina Rincón Manzano¹, Carmen Castillo González¹, Mario Borrego Palomares¹, Miguel Díaz Suárez¹, Silvia Martínez Blanco¹, Elena López Miralles¹, Teresa Fuente Yarnoz¹

¹Hospital Universitario de Burgos, Burgos

Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos de los tumores y pseudotumores de partes blandas en los dedos, destacando el papel de la ecografía como herramienta diagnóstica principal.

Revisión del tema

Los tumores de partes blandas de los dedos constituyen un grupo heterogéneo de lesiones que se originan en estructuras mesenquimales como tejido sinovial, fibroso, adiposo, vascular y nervioso. Aunque la mayoría son de naturaleza benigna, su impacto funcional y estético hace que sean un motivo frecuente de petición de pruebas de imagen en las secciones de radiología de músculo-esqueleto.

Desde el punto de vista clínico, suelen presentarse como masas de crecimiento lento, en algunos casos pueden asociarse a dolor y limitación funcional.

La ecografía se ha consolidado como una herramienta de primera línea en el estudio de estas lesiones, además permite evaluación dinámica en tiempo real y el uso del Doppler para valorar la vascularización, aportando información clave sobre la naturaleza de la lesión.

En nuestra revisión incluimos los tumores más frecuentes en la práctica clínica habitual.

Quiste ganglionar y quiste sinovial

Se manifiestan con frecuencia en los dedos como nódulos firmes.

Quiste ganglionar (ganglion): contiene líquido mucinoso rodeado por cápsula no sinovial, sin conexión con la articulación ni con las vainas tendinosas (Fig.1).

Quiste sinovial: protrusión de la membrana sinovial a través de la cápsula articular, mantiene comunicación con la articulación (Fig.2).

Lesiones quísticas avasculares que a veces muestran estructuras internas hiperecogénicas o tabiques.

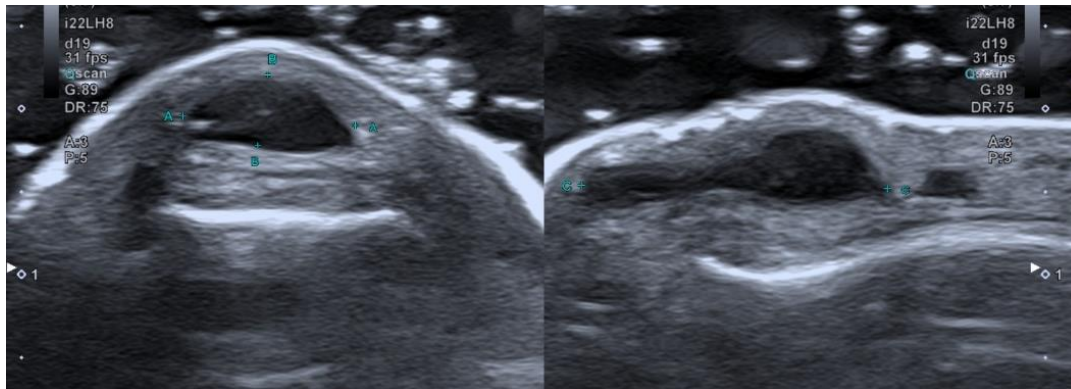


Figura 1. Lesión ovalada bilobulada, bien definida, hipoecoica, no vascularizada que se deforma ligeramente con la presión de la sonda, localizada en la grasa subcutánea sobre el tendón terminal extensor a nivel de la articulación IFD, sin comunicación con la articulación.

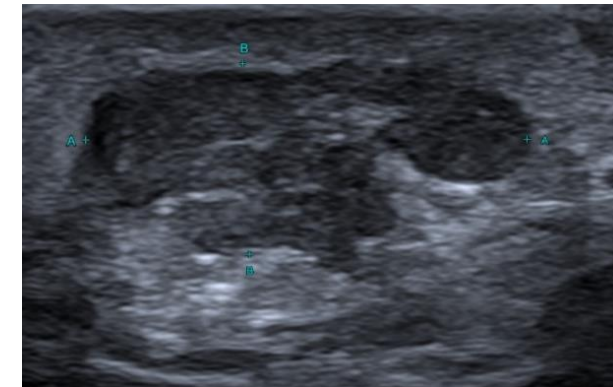


Figura 2. Formación polilobulada con contenido líquido, anecoico en algunas zonas y más denso en otras, no fluctuante y que se deforma con la presión de la sonda, localizada en el espesor del tejido celular subcutáneo adyacente a la articulación IFD.

Otras lesiones quísticas

Quiste mucoide o mixoide: quiste sinovial dependiente de la articulación interfalángica distal, que se asocia a artrosis. En el 25% de los casos se genera distrofia ungueal, como la depresión longitudinal (Fig.3).

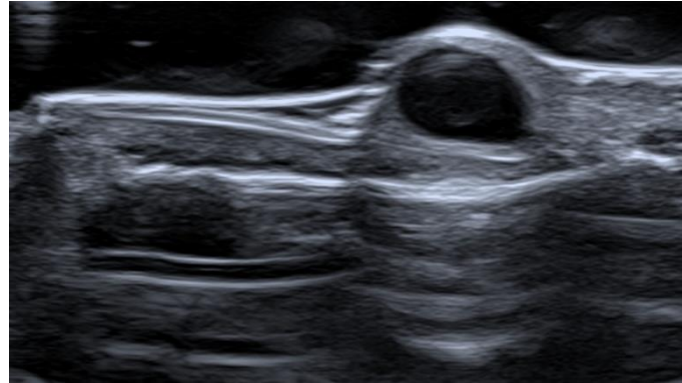


Figura 3. Formación quística, ovalada, bien definida, con contenido ligeramente ecogénico en su interior, no vascularizado, localizado sobre la matriz ungueal proximal, con un cuello que parece dirigirse a la articulación IFD.

Quiste peritendinoso: se localiza en relación con los tendones extensores o flexores. Si se quiere precisar más en cuanto a su localización se puede utilizar el término *quiste de la vaina tendinosa* si se origina directamente de la membrana sinovial que envuelve el tendón o *quiste de polea* cuando se sitúa sobre las poleas anulares (Fig.4).

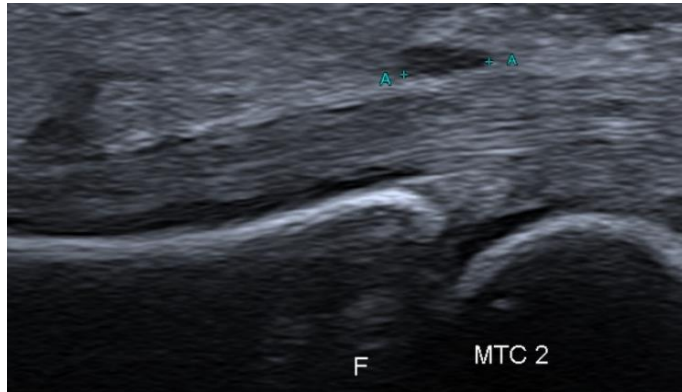


Figura 4. Quiste sinovial peritendinoso en el trayecto de los tendones flexores del segundo dedo.

Lipoma

Tumoración de tejido adiposo maduro infrecuente en los dedos a pesar de ser el tumor de partes blandas más común. Es indoloro y de crecimiento lento, pero pueden provocar compresión de vasos y nervios.

Lesión sólida hipoecogénica con tractos lineales ecogénicos y avascular.

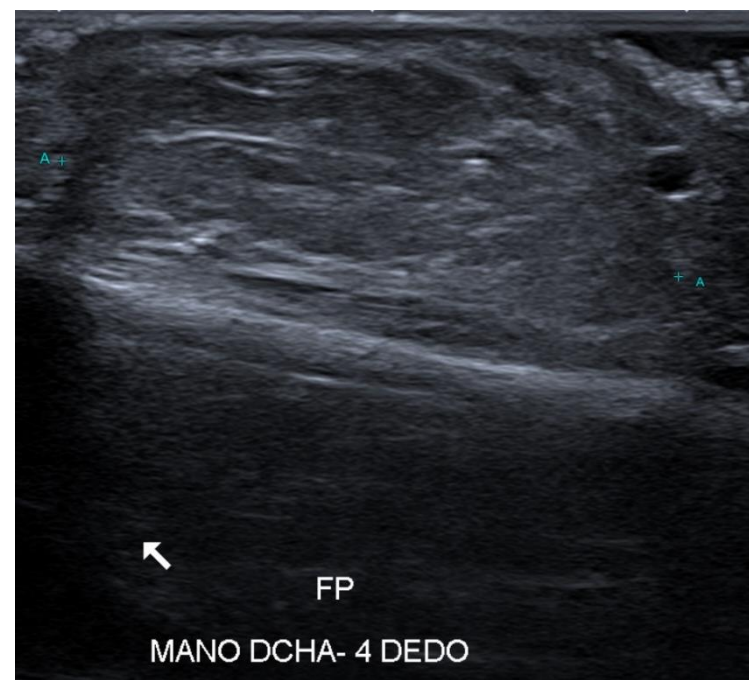
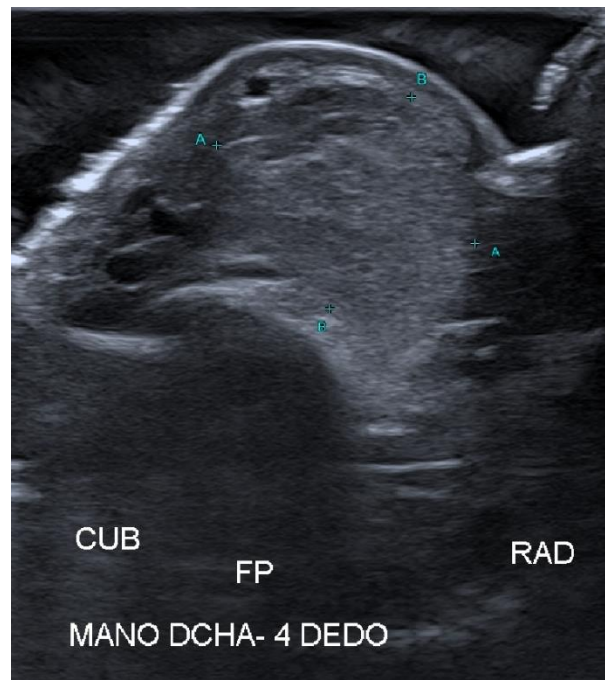


Figura 5. Tumoración sólida de consistencia blanda y móvil en la vertiente dorsal y radial del 4º dedo, bien definida, localizada en tejido celular subcutáneo sobre la superficie cortical dorsoradial del tercio proximal de la FP. Es hipoecoica con tractos lineales ecogénicos, móvil, depresible y avascular. Ecográficamente compatible con lipoma.

Fibroma de la vaina tendinosa

Lesión de tejido fibroso de pequeño tamaño (<3 cm), firme y de lento crecimiento. Más frecuentes alrededor de tendones flexores de 1º, 2º y 3º dedo.

Lesión sólida, hipoecoica, bien definida, dependiente de la vaina del tendón.

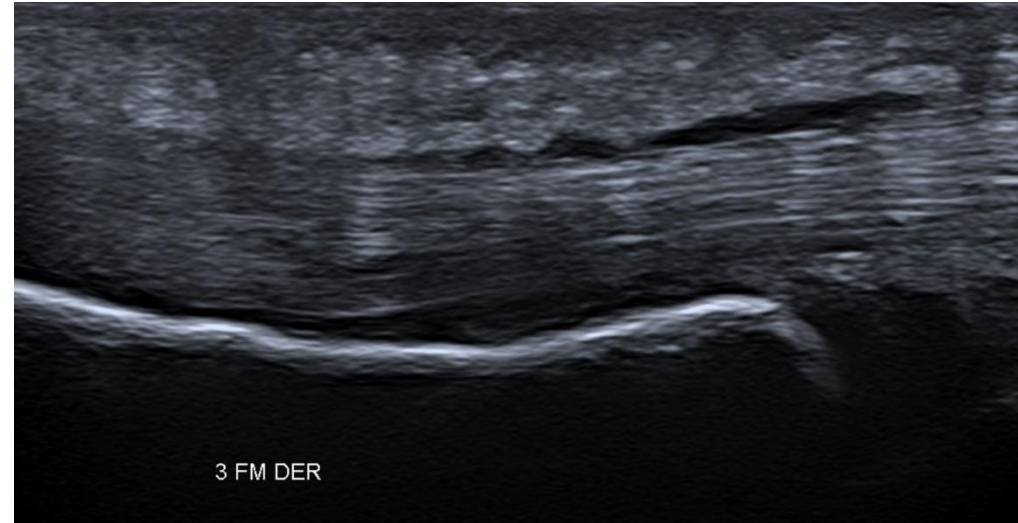
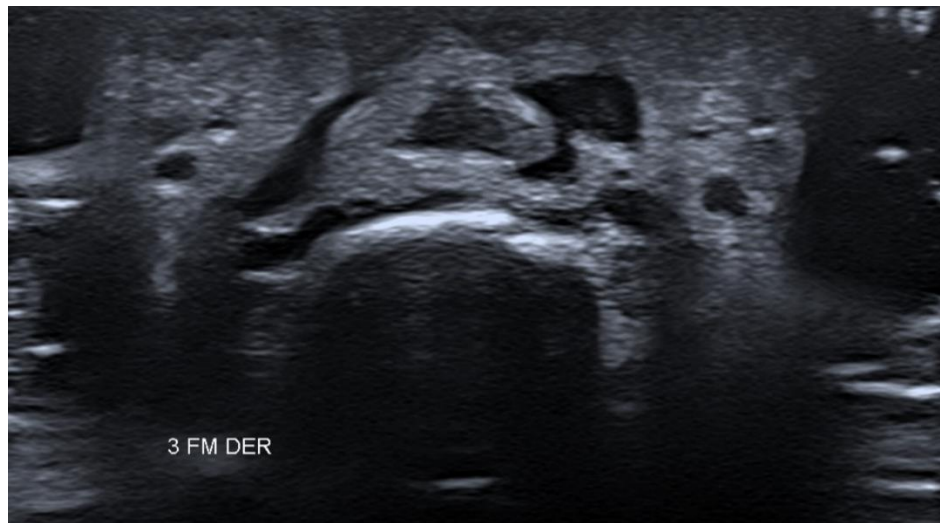


Figura 6. Lesión sólida sobre la vaina tendinosa flexora, a su paso por la falange proximal, alcanzando, de forma asimétrica, ambas vertientes, mayor sobre la cubital, sin condicionar desplazamiento tendinoso sobre la cortical ósea y con limitación del deslizamiento tendinoso con la flexión articular forzada.

Tumor de células gigantes tenosinovial

Tumoración sinovial benigna en tejido celular subcutáneo derivada de la vaina del tendón (antes denominado *sinovitis villonodular pigmentada focal*). Suelen afectar a la vertiente volar de los tres primeros dedos y no se moviliza con los movimientos de flexo-extensión.

Nódulo sólido, homogéneo e hipoecoico de contorno lobulado. Algunos pueden tener vascularización interna.

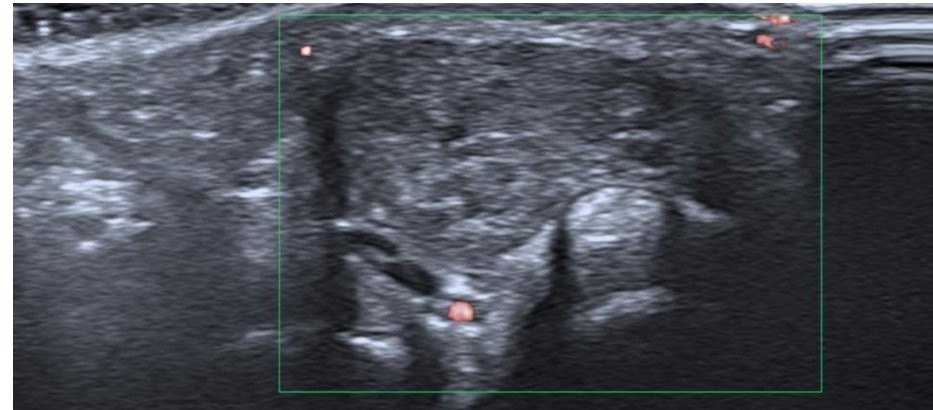
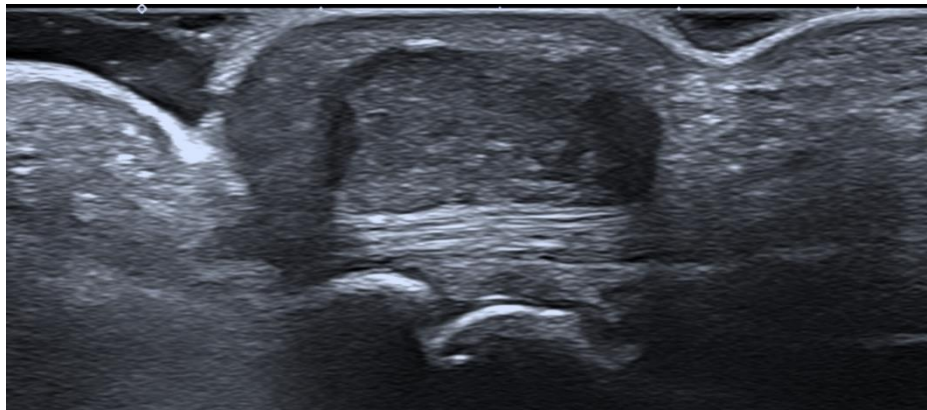


Figura 7. Tumoración sólida, ovalada, bien definida, hipoecoica relativamente homogénea, vascularizada, en contacto con los tendones flexores del 5º dedo a nivel de la articulación MCF, no móvil y no dolorosa a la presión. No se moviliza con los tendones flexores ni dificulta el deslizamiento de los mismos. Está en contacto con la vaina de los tendones flexores del 5º dedo y en su vertiente radial llega a contactar con el músculo lumbrical y el paquete vasculo-nervioso digital palmar.

Hemangioma

Relativamente frecuente en partes blandas de los dedos. Se presenta como un nódulo blando o compresible que puede aumentar de tamaño con el tiempo y con la posición.

Lesión hipoeoica de bordes bien definidos con señal Doppler interna.
Puede presentar pequeñas calcificaciones internas (flebolitos).

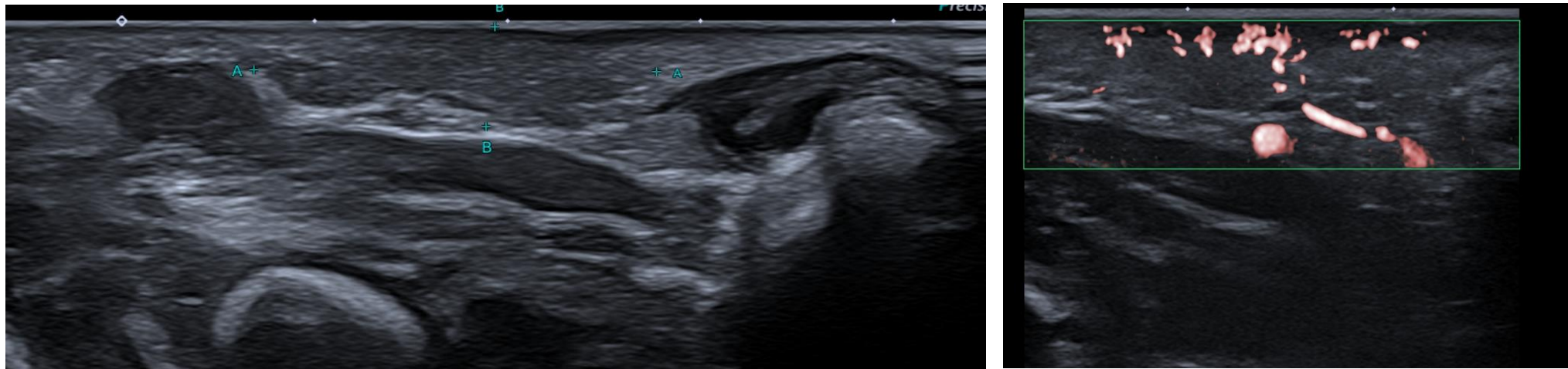


Figura 8. En eminencia tenar se aprecia una lesión ligeramente hipoeocogénica, homogénea, con aumento de la vascularización, localizada superficial a la musculatura tenar. Hallazgos en relación con hemangioma.

Tumor glómico

Lesión frecuentemente en la punta del dedo, ya sea en la pulpa o debajo de la uña. Normalmente aparece en la cuarta y quinta década como lesión con exacerbaciones dolorosas en relación con los cambios de temperatura.

Lesión nodular hipoecoica subungueal muy vascularizada.

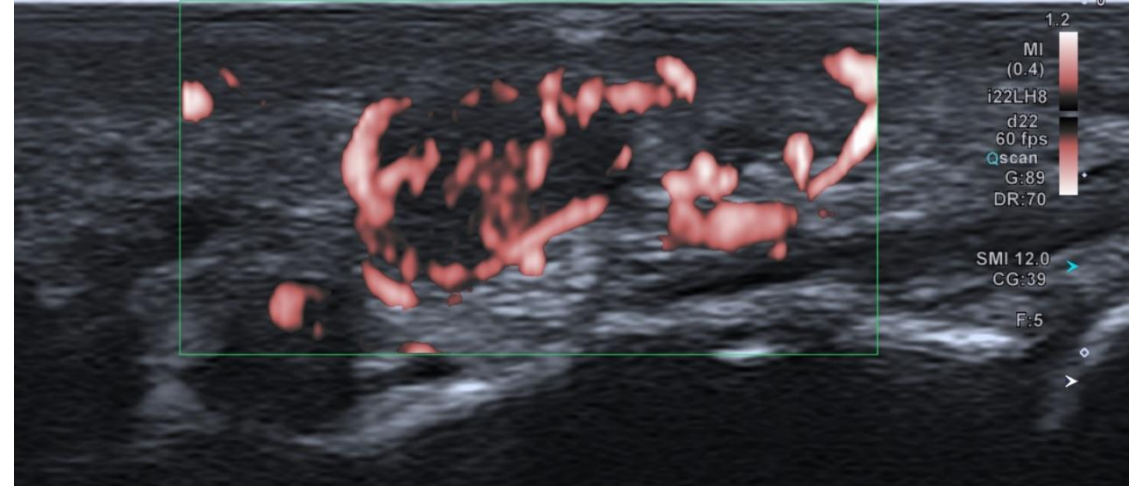
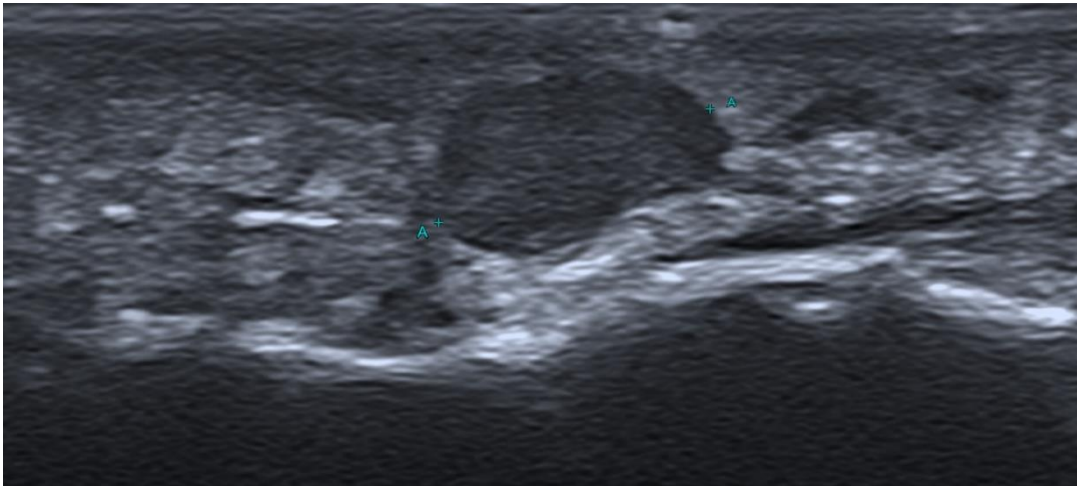


Figura 9. *Tumoración sólida, ovalada, bien definida, hipoecoica, homogénea y muy vascularizada, localizada en el espesor del tejido celular subcutáneo del pulpejo del dedo llegando superficialmente hasta la unión dermo-hipodermis y sin llegar a contactar en profundidad con la superficie cortical de la FD ni inserción distal del tendón flexor profundo, siendo muy dolorosa selectivamente a la presión sin irradiación del dolor.*

Schwannoma y Neurofibroma

Schwannoma: tumor derivado de las células de Schwann, encapsulado, bien definido, ovalado o redondo y con crecimiento excéntrico al nervio.

Neurofibroma: tumor no encapsulado de lento crecimiento, con forma fusiforme. Tienden a afectar nervios cutáneos y por tanto, de localización superficial.

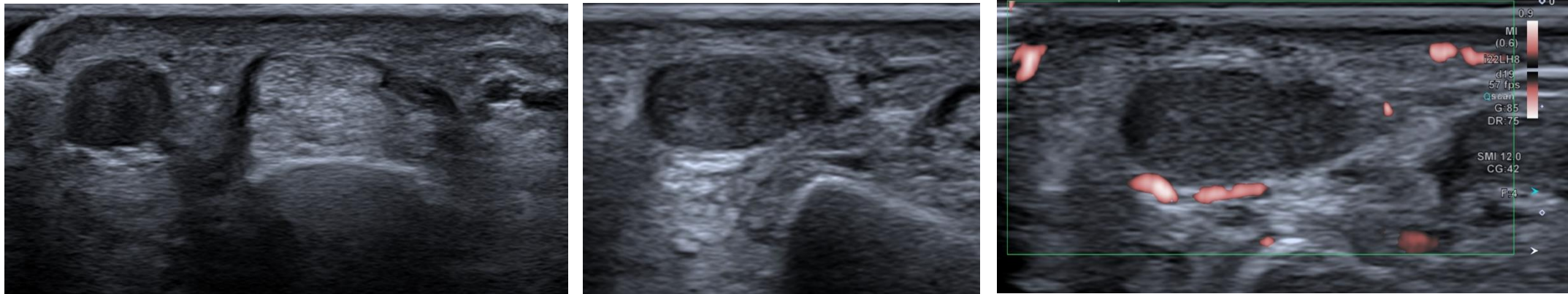


Figura 10. *Tumoración sólida, ovalada, hipoecoica, homogénea, no vascularizada, dependiente del nervio colateral digital cubital del 1º dedo, localizado a nivel del tercio medio de la FP, doloroso a la presión selectiva en esa zona. Patrón fascicular del nervio conservado tanto proximal como distal a la tumoración. Compatible con neurofibroma.*

Conclusiones

El conocimiento de los patrones radiológicos típicos de las tumoraciones de partes blandas de los dedos permite establecer diagnósticos diferenciales precisos, evitando exploraciones innecesarias y orientando el manejo quirúrgico o conservador, siendo la ecografía la herramienta más útil y accesible para la evaluación inicial de los mismos.

Referencias

1. Carbonell Casañ I, Vega Martínez M, Graells M, Revert Espí R, Navarro Vilar L. Tumores óseos y de partes blandas en los dedos. Presentación electrónica educativa. Congreso SERAM 2014; S-0660. DOI: 10.1594/seram2014/S-0660. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0660>
2. López Parra MD, Urbina Balanz A, Soteras Roura C, Hernández Muñiz S, Acosta Batlle J, Albillos Merino JC. Lesiones de partes blandas de los dedos de los pies y manos: dilema diagnóstico. Presentación electrónica educativa. Congreso SERAM 2014; S-0189. doi:10.1594/seram2014/S-0189. Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2014/S-0189>
3. Bartolomé del Valle E, García Olea A, González del Pino J, Lovic A, Dudley Porras A. Tumores primarios de partes blandas de la mano. Análisis epidemiológico de 305 casos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 1998;42(6):418-426. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-cirugia-ortopedica-traumatologia-129-articulo-tumores-primarios-partes-blandas-mano--13007133>