

Polectomía abierta frente a percutánea en la tenosinovitis estenosante del pulgar infantil

Sr. Director:

He leído con gran interés el artículo publicado en la revista titulado «Polectomía abierta frente a percutánea en el tratamiento de la tenosinovitis estenosante del pulgar en el niño» por el doctor Ramírez Barragán et al¹ en el que los autores realizan un estudio retrospectivo de 135 pulgares en 108 pacientes. Noventa y dos casos fueron tratados de forma abierta y 43 de forma percutánea, presentando un porcentaje de recidivas del 6,5 y 34,8%, respectivamente. Los autores concluyen que la técnica percutánea para el pulgar en resorte es un procedimiento no recomendable en la población infantil. Describen el procedimiento colocando una aguja intramuscular distal al nódulo sobre la estructura anular A1, obteniéndose el rasgado de la polea al extender la articulación interfalángica. El postoperatorio discurre con el dedo inmovilizado en extensión durante una semana.

Creo necesario realizar algunos comentarios, habida cuenta de los resultados tan diferentes a otras series publicadas recientemente. Los autores no especifican en su artículo si han sido uno o varios los cirujanos que han intervenido a los pacientes, aspecto importante, ya que todas las técnicas más o menos novedosas y mínimamente invasivas presentan una curva de aprendizaje que puede sesgar el estudio, mas aún si se compara con una técnica quirúrgica bien conocida como es la polectomía abierta, vigente desde hace décadas, con una mínima curva de aprendizaje, y por tanto con escasa influencia en la serie presentada.

Ruiz-Ibán et al² han publicado recientemente un estudio prospectivo sobre la liberación percutánea del pulgar en resorte en edad infantil en 27 pacientes intervenidos por el mismo cirujano y revisados por el primer autor, presentando únicamente un caso de recidiva siguiendo el método descrito por Eastwood et al³. En este trabajo los autores describen minuciosamente la técnica percutánea hasta el desbloqueo o

desaparición de todo resalte al flexionar el pulgar. A continuación el dedo se inmoviliza con un vendaje blando y se enseña a los padres a movilizar el pulgar desde las primeras horas del postoperatorio. Los pacientes son examinados al tercer y décimo día para comprobar la movilidad del dedo. Tanto el procedimiento quirúrgico como el seguimiento inmediato de los pacientes parecen sensiblemente diferentes a los realizados por Ramírez-Barragán et al¹.

Resultados similares obtienen Wang y Lin⁴ en un estudio retrospectivo similar al de Ramírez-Barragán et al, comparando el método abierto con el percutáneo para el pulgar en resorte en 61 niños con 72 pulgares, presentando un porcentaje de recidivas de 0 y 7,5% respectivamente, especificando que se trataban de casos tratados en la consulta externa con anestesia local y lógica escasa colaboración por parte del niño.

No obstante, sí es necesario decir y advertir claramente que la técnica percutánea presenta un índice de recidivas algo superior a la técnica a cielo abierto tanto en adultos como en niños. Pero el procedimiento abierto tampoco está exento de otras complicaciones como son las recidivas (6,5% para los autores del artículo), infecciones (2 casos), lesión de los nervios digitales y trastornos de la movilidad del pulgar. Mc Adams et al⁵ revisaron 30 pulgares en resorte intervenidos a cielo abierto en 21 niños con un seguimiento nada menos que de 15,1 años (rango 2-40 años) y llama la atención que el 17,6% presentaba una hiperextensión de la articulación metacarpofalángica, y hasta un 23% tenía una pérdida de la movilidad interfalángica, lo que podría traducir una lesión permanente de la polea A1, situación de difícil solución para su reconstrucción.

En conclusión, creo que los autores antes de contraindicar el procedimiento percutáneo en niños y existiendo publicaciones al respecto con resultados tan diferentes a los obtenidos por ellos, deberían revisar si la técnica quirúrgica empleada, así como el manejo de estos niños en el postoperatorio inmediato fue el adecuado. Aunque la recidiva del pulgar en resorte es más frecuente con el procedimiento percutáneo, esta es una complicación de fácil solución, no así las potenciales de la polectomía abierta. Por tanto, creo que el procedimiento percutáneo es un método seguro y eficaz en manos expertas, proporciona una liberación del tendón suficiente y puede evitar los frecuentes trastornos de la movilidad a largo plazo.

Finalmente, decir que la polectomía percutánea en niños empleando un pequeño tenotomo fue descrita por Klaus Chiari en 1953.

*P. González-Herranz, M. Ruiz-Ibán
y J.A. López Mondéjar^a*

Hospital Materno-Infantil Teresa Herrera. La Coruña.

Los autores manifiestan que no existe conflicto de intereses en la realización del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez-Barragán A, Martínez-Caballero I, Epeldegui-Torre T. Polectomía abierta frente a percutánea en el tratamiento de la tenosinovitis estenosante del pulgar en el niño. *Rev Ortop Traum.* 2007;51:25-9.
2. Ruiz-Iban MA, González-Herranz P, López Mondejar JA. Percutaneous trigger thumb release in children. *J Pediatr Orthop.* 2006;26:67-70.
3. Eastwood DM, Gupta KJ, Johnson DP. Percutaneous release of the trigger finger: an office procedure. *J Hand Surg (Am).* 1992;17A:114-7.
4. Wang HC, Lin GT. Retrospective study of open versus percutaneous surgery for trigger thumb in children. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:1963-70.
5. McAdams TR, Moneim MS, Omer GE. Long-term follow-up of surgical release of the A1 pulley in childhood trigger thumb. *J Pediatr Orthop.* 2002;22:41-3.

Réplica

Sr Director:

Agradecemos los comentarios realizados por el Dr. González Herranz sobre el tratamiento de la tenosinovitis estenosante del pulgar en niños. En el estudio de Ramírez et al¹ se revisaron 135 pulgares en resorte, en 45 de ellos se realizó la revisión mediante técnica percutánea. Este procedimiento se llevó a cabo por tres cirujanos expertos en la técnica con similar número de casos (11, 15 y 17 cada uno de ellos) y porcentaje de recidivas. La principal diferencia que encontramos con respecto al trabajo de Ruiz-Ibán et al² fue el período de inmovilización tras la cirugía. En nuestros casos se mantuvo inmovilizado el pulgar con vendaje blando durante aproximadamente siete días para evitar la contractura en la flexión antiálgica. Quizá la movilización precoz pueda dar como consecuencia un mejor resultado funcional.

En su carta al director el Dr. González Herranz afirma que las recidivas del pulgar en resorte son más frecuentes con el procedimiento percutáneo, siendo las complicaciones menos importantes que con la polectomía abierta. El escaso número de complicaciones (2 casos de infección superficial) que encontramos mediante la técnica abierta, similar a los encontrados por otros autores^{3,4} no debe ser un inconveniente para su realización. Por otro lado, el porcentaje de recidivas obtenido mediante la técnica percutánea debe hacernos ser cautelosos en su indicación en la población infantil.

A. Ramírez Barragán
Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ramírez Barragán A, Martínez Caballero I, Epeldegui Torre T. Polectomía abierta frente a percutánea en el tratamiento de la

- tenosinovitis estenosante del pulgar en el niño. *Rev Ortop Traum.* 2007;51:25-9.
2. Ruiz I, González Herranz P, López Mondejar JA. Percutaneous trigger thumb release in children. *J Pediatr Orthop.* 2006; 26:67-70.
3. Tan AHC, Lam KS, Lee EH. The treatment outcome of trigger thumb in children. *J Pediatr Orthop.* 2002;11:256-9.
4. Wang HC, Lin GT. Retrospective study of open versus percutaneous surgery for trigger thumb in children. *Plast Reconstr Surg.* 2005;115:1963-70.

Tumor fibroso solitario del adulto en la cadera

Presentado como cartel científico en el XLII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología celebrado en Sevilla, Octubre de 2005.

El tumor fibroso solitario del adulto es una neoplasia de células mesenquimales primitivas con características de diferenciación multidireccional. Fue descrita por primera vez en 1921 por Klemperer y Rabin en la pleura. La mayoría de estos tumores se originan dentro de la cavidad torácica, pero se han identificado en otras muchas localizaciones: peritoneo, nasofaringe, hígado, intestino, tracto respiratorio superior, órbita, glándula tiroidea, columna vertebral. Hay pocos casos descritos en los miembros inferiores.

CASO CLÍNICO

Varón de 61 años que consultó por dolor inguinal izquierdo importante. Como antecedentes personales de interés hay que destacar hipertensión arterial y diabetes mellitus no insulino dependiente en tratamiento. El paciente presentaba dolor en la ingle izquierda a la palpación y a la flexo-extensión de la cadera. Tenía una disminución de la flexión y de la rotación interna en sus últimos grados, con leve cojera. No se apreciaba masa alguna en ambos miembros inferiores. El estudio radiológico mostró una coxartrosis bilateral, más intensa en la cadera izquierda. Inicialmente se instauró un tratamiento convencional. El dolor se fue incrementando, padeciéndolo incluso en reposo y despertándole por la noche.

Al año fue intervenido. Se realizó una artroplastia total de cadera izquierda por vía posterior. En la intervención se observó la presencia de una tumoración de apariencia ganglionar en la zona anterior del campo quirúrgico muy vascularizada y que se extendía hacia la cara anterior, de modo que con la incisión posterolateral no se podía disecar totalmente. Se decidió tomar muestras para su estudio anatomopatológico, cuyo resultado inicial fue de neurofibroma. Después del estudio inmunohistoquímico se pudo determinar una neoformación me-

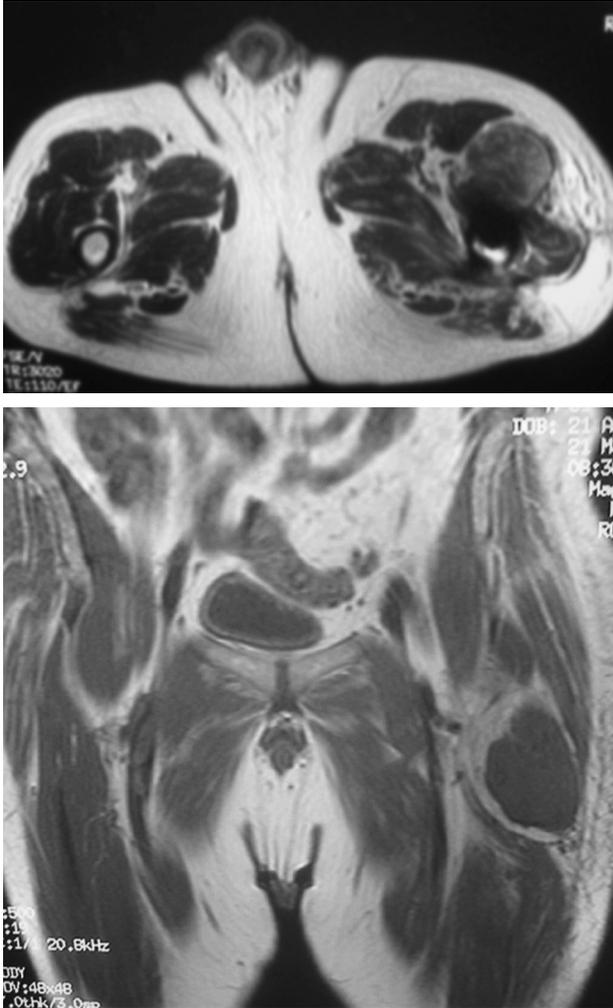


Figura 1. Resonancia magnética nuclear de la cadera izquierda que muestra una masa bien delimitada, que no infiltra a estructuras vecinas.

senquimal sin patrón histológico definido, constituida por células alargadas que no mostraban atipias ni mitosis que correspondían a fibroblastos positivas para CD-34, vimentina, calponina y focalmente para leucocitos 7, y negativas para proteína S-100 y CD-99. Presentaba abundantes vasos, algunos con rasgos hemangiopericitoides. Se diagnosticó el hallazgo de tumor fibroso solitario del adulto.

A la vista de estos resultados se le realizó una resonancia magnética nuclear (RMN) de cadera izquierda (fig. 1) en la que se apreció una masa bien delimitada de unos 8 cm de eje mayor longitudinal, hipointensa en T1 y T2, aunque discretamente heterogénea, en contacto íntimo con la parte más craneal del músculo vasto externo y desplazaba medialmente al músculo recto anterior. No parecía infiltrar estructuras vecinas.

Como se había comprobado intraoperatoriamente que la masa estaba muy vascularizada, se embolizó el tumor. En la arteriografía se visualizó una masa tumoral muy vasculari-

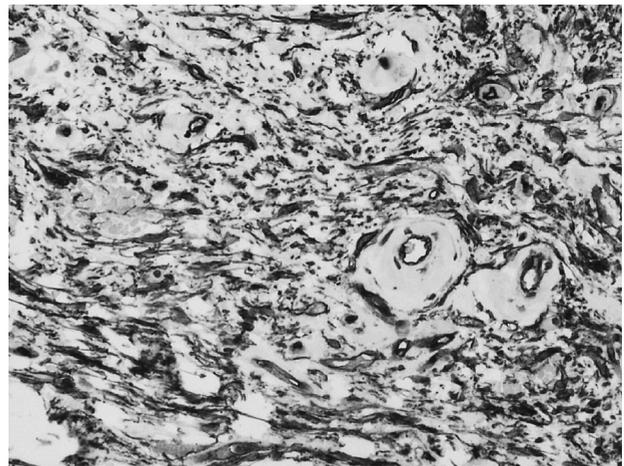
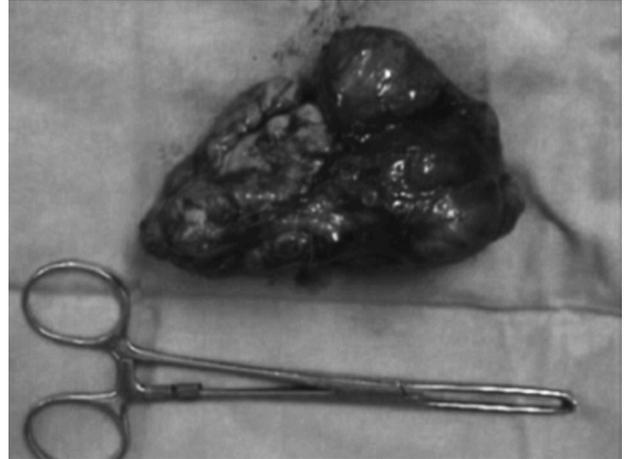


Figura 2. Pieza tumoral tras la resección quirúrgica. Confirmación diagnóstica mediante inmunohistoquímica, tinción característica con CD-34.

zada dependiente de la primera rama de la arteria femoral profunda.

Al día siguiente se realizó la resección tumoral por vía anterior de forma completa (fig. 2). La masa no infiltraba estructuras anexas, estaba muy vascularizada, pero no sangró en exceso gracias a la embolización previa. La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Consideramos el hallazgo de la tumoración totalmente casual, porque al paciente le desapareció completamente el dolor después de la artroplastia.

Actualmente el paciente continúa asintomático y sin signos de recidiva local ni de metástasis tumoral durante un seguimiento de año y medio (la tomografía axial computarizada toracoabdominal y la RMN de cadera no presentaron alteraciones).

DISCUSIÓN

El tumor fibroso solitario del adulto es una neoplasia rara de células alargadas, aunque se desconoce su inciden-

cia exacta. Gold et al¹ revisaron la incidencia de este tumor en su hospital durante un periodo de 18 años, y de un total de 4.000 tumores de partes blandas solo 79 correspondían a este tumor, y de éstos sólo 2 (2%) se localizaron en las extremidades. No se ha publicado una serie más extensa de casos en la literatura de dicho tumor. Al principio se pensó que tenía un origen mesotelial en superficies serosas, de ahí que en el pasado se le asignaran una serie de sinónimos como: mesotelioma fibroso, mesotelioma localizado y fibroma submesotelial, que contribuyeron a crear confusión². Hoy en día hay una creencia generalizada de que este tumor es de origen mesenquimal en vez de mesotelial. Las células neoplásicas no son células mesoteliales y aunque aparece con mayor frecuencia en la pleura y el peritoneo, se puede originar en localizaciones sin relación alguna con cavidades serosas². Este tumor afecta muy raramente al sistema musculoesquelético y sólo han sido descritos 22 casos en las extremidades en la literatura inglesa (8 en el muslo, 4 en brazo, 2 en antebrazo, uno en el hombro, 2 en la pantorrilla y los restantes 6 sin especificar su localización). Afecta con igual frecuencia a hombres y mujeres¹ y tiene un amplio espectro histológico, lo que hace difícil su diagnóstico con exactitud. La inmunohistoquímica con el uso del CD-34 y bcl-2 supone una ayuda muy útil para su diagnóstico³⁻⁵.

La RMN es útil en términos de localización, tamaño y relación con los tejidos adyacentes. Sin embargo, no parece mostrar en el diagnóstico unas características específicas del tumor y no puede distinguirlo de otros tipos de tumores de partes blandas². El diagnóstico diferencial del tumor fibroso solitario del adulto en la extremidad debe realizarse con varias neoplasias benignas y malignas: histiocitoma fibroso, tumor desmoide, fibrosarcoma, hemangiopericitoma, dermatofibrosarcoma protuberans, neurofibroma y tumor maligno de la vaina de los nervios periféricos.

En el estudio de Gold¹, tumores de más de 10 cm de tamaño tenían un peor resultado para metástasis y para la recurrencia local. Un componente maligno fue definido por un área de un aumento marcado de celularidad con más de 4 figuras mitóticas en campos de alto aumento por 10 y sin alternancia de áreas escleróticas hipocelulares. La presencia de dicho componente se asoció con un menor período libre de recurrencia local y de metástasis. En este estudio llegaron a la conclusión de que en pacientes con un tumor de tamaño menor o igual a 10 cm y sin un componente maligno podía esperarse un buen resultado y eran adecuadamente tratados únicamente con cirugía. Los tumores con mayor tamaño y un componente maligno tenían un peor resultado, sin que el tratamiento adyuvante óptimo a la cirugía fuera bien conocido y había que seguir de cerca su evolución.

Estudios previos como el de Hasegawa⁶ indicaban que el rango de recurrencia local o metástasis a distancia de los

tumores extratorácicos estaba entre el 10 y 13%, pero de los 22 casos reflejados en la literatura un solo caso tuvo una recurrencia local en la extremidad superior³. Una resección amplia y un cuidadoso seguimiento a largo plazo son mandatorios en el tratamiento de este tumor^{3,7}.

En la actualidad el tratamiento ideal adyuvante a la cirugía no es bien conocido; se emplea quimioterapia y radioterapia.

En el estudio de Gold et al¹ dos pacientes recibieron tratamiento adyuvante a la resección quirúrgica. Ambos habían sufrido recurrencia local. Uno recibió quimioterapia adyuvante con doxorubicina antes de la cirugía y radioterapia. El otro recibió radioterapia después de la cirugía del tumor primario y posteriormente se le trató con braquiterapia a la vez que se le realizaba la resección quirúrgica de la recurrencia local.

AGRADECIMIENTOS

A la doctora Telma Meizoso Latova del Servicio de Anatomía Patológica de nuestro Hospital por su colaboración en este caso clínico.

P. Guerra-Vélez, J.M. Cano-Egea y A. Coello-Nogués
Servicio de Traumatología I. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gold J, Antonescu CR, Hajdu C, Ferrone CR, Hussain M, Lewis JJ, et al. Clinicopathologic correlates of solitary fibrous tumors. *Cancer*. 2002;94:1057-68.
2. Harrington P, Merchant WJ, Walsh ME. Solitary fibrous tumour of the forearm. A rare tumour in an atypical site. *J Hand Surg (Br)*. 1999;24:370-2.
3. Akisue T, Matsumoto K, Kizaki T, Fujita I, Yamamoto T, Yoshiya S, et al. Solitary fibrous tumor in the extremity: case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res*. 2003;411:236-44.
4. Hanau Ch, Miettinen M. Solitary Fibrous Tumor: Histological and Immunohistochemical spectrum of benign and malignant variants presenting at different sites. *Human Pathology* 1995;26:440-8.
5. Flint A, Weiss Sh. CD-34 and keratin expression distinguishes Solitary Fibrous Tumor (Fibrous Mesothelioma) of pleura from Desmoplastic Mesothelioma. *Human Pathology*. 1995;26:428-30.
6. Hasegawa T, Matsuno Y, Shimona T, Hirohashi S, Hirose T, Sano R. Frequent expression of bcl-2 protein in solitary fibrous tumors. *Jpn J Clin Oncol*. 1998;28:86-91.
7. O'Connell JX, Logan PM, Beauchamp CP. Solitary Fibrous Tumor of the periosteum. *Human Pathology*. 1995;26:460-62.