


Estudo retrospectivo dos resultados do tratamento cirúrgico de 31 tumores de células gigantes da bainha do tendão da mão*

Retrospective Study of the Results of Surgical Treatment of 31 Giant Cell Tumors of the Tendon Sheath in the Hand

José Antonio Galbiatti¹ Gabriel Rodrigues dos Santos Milhomens¹ Luís Felipe Haber Figueiredo e Silva¹ Diego dos Santos Santiago² José Cassimiro da Silva Neto² Sérgio de Oliveira Bruno Belluci²

¹ Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP, Brasil

² Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, Marília, SP, Brasil

Address for correspondence Gabriel Rodrigues dos Santos

Milhomens, Faculdade de Medicina de Marília, Marília, SP 17519-030, Brasil (e-mail: gmilhomens5@hotmail.com).

Rev Bras Ortop 2019;54:26–32.

Resumo

Objetivo Avaliar os resultados do tratamento de 31 tumores de células gigantes da bainha do tendão da mão encontrados entre 2006 e 2015.

Métodos Entre fevereiro de 2006 e novembro de 2015, um grupo de pacientes foi selecionado para avaliação retrospectiva, na qual foram estudados e avaliados 31 prontuários de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico devido a tumor de células gigantes da bainha do tendão dos dedos da mão. O tratamento preconizado foi a excisão completa do tumor com a preservação das estruturas adjacentes. A confirmação diagnóstica foi feita pelo exame anatomopatológico. Foi avaliada a evolução do tratamento após a cirurgia, principalmente no tocante ao índice de recidivas dos tumores.

Resultados Dos 31 pacientes da amostra, houve predomínio do sexo feminino e da etnia branca. O tumor acometeu principalmente indivíduos entre 30 e 50 anos. O lado mais acometido foi o esquerdo, e a maioria dos tumores estava na face flexora. Houve predominância dos dedos radiais, juntamente com sua extremidade distal. Esses pacientes têm sido acompanhados em intervalos regulares em ambulatório. Dos 27 pacientes reavaliados, foram identificados 3 casos de recidiva tumoral.

Conclusão Uma técnica cirúrgica adequada é essencial para a prevenção de recidivas do TCGBT. Os resultados obtidos na pesquisa estão em concordância com a literatura atual.

Palavras-chave


- ▶ neoplasias
- ▶ mãos
- ▶ tumores de células gigantes

Abstract

Objective To evaluate the results of the treatment of 31 giant-cell tumors of the tendon sheath of the hand cared for between 2006 and 2015.

Methods A group of patients for the present retrospective evaluation was defined, covering the period between February 2006 and November 2015, in which 31 records

* Trabalho desenvolvido no Departamento de Ortopedia e Traumatologia, Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília, Marília, SP, Brasil. Publicado originalmente por Elsevier Editora Ltda. © 2018 Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

 Gabriel Rodrigues dos Santos Milhomens's ORCID is <https://orcid.org/0000-0001-6805-5460>

of patients who underwent surgery due to cell tumor of the tendon sheath of the fingers were studied and evaluated. The recommended treatment was complete excision of the tumor with preservation of the adjacent structures. The diagnosis was confirmed by pathological examination. The progress of the treatment after surgery was evaluated, especially regarding the rate of tumor recurrence.

Results Taking all 31 patients into consideration, there was a predominance of the female gender and white ethnicity. Most of these patients were aged between 30 and 50 years. The most affected side was the left one, and most tumors were in the flexor face. There was a predominance of the radial fingers, along with their distal end. A total of 27 patients are being followed up at regular intervals at an outpatient clinic, and three cases of tumor recurrence have been identified.

Conclusion An appropriate surgical technique is essential in order to prevent GCTTS recurrences. The results obtained in this research are in agreement with the literature.

Keywords

- ▶ neoplasms
- ▶ hands
- ▶ giant-cell tumors

Introdução

O tumor de células gigantes da bainha do tendão (TCGBT), genericamente chamado de tumor de células gigantes de partes moles (TCGPM), é uma neoplasia benigna com origem no tecido sinovial tendinoso, peritendinoso ou articular. É também denominado fibro-histiocitoma das bainhas tendinosas, xantogranuloma, fibroxantoma, mieloma da bainha tendinosa, tenossinovite vilonodular pigmentada, sinovioma benigno, fibro-hemangioma gigantocelular, sarcoma hemossiderótico, granuloma histiocítico xantomatoso, hemangioma esclerosante, mieloxantoma ou artrite vilosa. Foi primeiramente descrito por Chassaignac,¹ que o considerou como uma neoplasia maligna da bainha do tendão do dedo.²⁻⁸ Moser⁹ descreveu o primeiro exemplo, do tipo difuso, e Dowd em 1912 apud Weiss et al.² questionou se as lesões eram realmente malignas. Jaffe et al.¹⁰ introduziram o termo tenossinovite vilonodular pigmentada, que durante algum tempo foi considerado sinônimo de TCGBT devido às similaridades histológicas; atualmente, porém, são reconhecidas como enfermidades distintas: a primeira é caracterizada como difusa e a segunda, nodular ou localizada.^{2,8,11,12}

É considerado o tumor mais frequente da mão e deve-se a uma proliferação benigna de histiócitos na articulação e no tecido sinovial peritendinoso que se desenvolve ao redor da bainha do tendão, ligamento articular e sinóvia articular.^{4,12-16} Apesar de ainda existirem divergências, a etiologia mais aceita é a de hiperplasia reativa ou regenerativa associada com processo inflamatório.^{5,17}

É mais comum entre 30 e 50 anos, com predomínio no sexo feminino numa relação de aproximadamente 3:2.^{2,3,8,13,14,17,18} Ocorre predominantemente como tumorações nas mãos, com propensão para os dedos radiais, frequentemente próximas à articulação interfalangeana distal.^{3,7,8,14,18,19} Há preferência do tumor pela face flexora da mão, embora a face extensora também possa ser acometida. Ocasionalmente podem ser encontrados lateralmente ou de forma circunferencial.^{18,20} Outros locais podem ser acometidos com menor intensidade, como pé, tornozelo, joelho e quadril.^{2,3,14,16}

Esses tumores desenvolvem-se por longo período e geralmente mantêm o mesmo tamanho por muitos anos. Os pacientes acometidos apresentam taxa de colesterol nor-

mal.² A transiluminação percutânea pode auxiliar no diagnóstico diferencial com ganglion (cisto sinovial).

Radiograficamente apresenta uma massa de tecido mole circunscrito em metade dos pacientes e raramente deformação, rarefação e imagens líticas nos ossos.^{3,8,12}

O exame ultrassonográfico pode auxiliar na definição das dimensões do tumor, identificação de lesões-satélite e diferenciação de ganglion ou lipomas, os mais comuns encontrados na mão.⁸ Deve-se pensar em outras hipóteses diagnósticas de tumores de partes moles, que serão apenas confirmadas com exame anatomopatológico.⁷

A ressonância magnética é o exame mais acurado para definir a lesão e suspeita diagnóstica.³

O TCGBT apresenta-se como uma massa lobulada de consistência firme e crescimento lento, bem circunscrita, coberta parcial ou totalmente por uma cápsula fibrosa, e sem alterações na pele suprajacente; geralmente mede entre 0,5 e 3,0-4,0 cm de diâmetro.^{2,3,7,18,20} Quando a localização é no pé, são maiores e mais irregulares do que na mão.² Nos cortes transversais, observa-se coloração rosa-acinzentada, salpicada com amarelo ou marrom, a depender da quantidade de lipídios, colágeno, hemossiderina e histiócitos presentes no tumor.^{2,3,12,19}

A confirmação diagnóstica só é feita pelo exame anatomopatológico da peça, que em geral varia histologicamente conforme a proporção de células mononucleares, células gigantes, células xantomatosas e o grau de colagenização. Em sua maioria, são células poligonais misturadas com zonas colagenadas hipocelulares discretamente alongadas. Espaços fundidos são ocasionalmente presentes, principalmente próximos à articulação. Células xantomatosas são frequentemente encontradas nesses tumores, podendo conter grânulos de hemossiderina (► **Fig. 1**).¹⁸ Metaplasia óssea e cartilaginosa são raramente encontradas.^{2,5,20,21}

Diagnósticos diferenciais são feitos com lesões granulomatosas, xantomatos tendinosos, fibromas no tendão e sarcomas epitelioides. Foi relatada associação desse tumor com artrite reumatoide, doença de Paget óssea e osteoartrite degenerativa.^{2,5,12}

O tratamento de escolha é a excisão total do tumor, também conhecida como biópsia excisional. Neste procedimento,

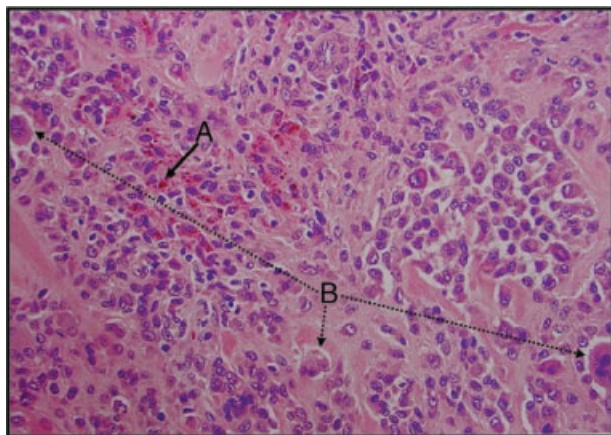


Fig. 1 Fotografia de lâmina demonstra característica histológica do TCGBT e evidência grânulos de hemossiderina (A) e células gigantes (B). Aumento 400x.

tenta-se preservar as estruturas articulares, tendinosas, arteriais e nervosas.^{3,6,12,15} Sua recorrência varia de 5 a 50% e está relacionada principalmente a falhas na ressecção de todo o tumor ou quando se depara com lesões com elevada taxa de mitose.²⁰ A variante maligna do TCGBT é rara e de difícil diagnóstico.⁷ Não há relatos de regressão espontânea.¹⁵

O objetivo deste trabalho é avaliar os resultados do tratamento cirúrgico de 31 tumores de células gigantes da bainha do tendão da mão tratados em 10 anos (2006–2015) no Departamento de Ortopedia e Traumatologia da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Marília. Além disso, o estudo pretende relacionar as informações colhidas com as encontradas na literatura e destacar a importância de uma técnica cirúrgica adequada para prevenção de recidivas.

Material e Métodos

Definiu-se um grupo de pacientes para avaliação retrospectiva de um período de 10 anos, entre fevereiro de 2006 e novembro de 2015, do qual foram estudados e avaliados 31 prontuários de pacientes submetidos a procedimento cirúrgico devido a TCGBT dos dedos da mão. Os pacientes foram tratados por dois ortopedistas especializados em cirurgia da mão. O número total de pacientes foi 31; desse total, quatro não foram localizados para reavaliação. O trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética da nossa instituição sob o número CAAE 57226916.6.0000.5413.

Os critérios de inclusão foram cirurgias de tumores da mão, feitas no Serviço de Ortopedia da nossa instituição no período pré-definido, que apresentassem confirmação diagnóstica pelo exame macroscópico e microscópico anatomopatológico de TCGBT (–Fig. 1).

Foi atribuído um número de ordem cronológica aos pacientes a partir da data do tratamento cirúrgico por médicos ortopedistas do Serviço de Residência.

Com relação ao sexo, sete pacientes (22,59%) eram do sexo masculino e 24 (77,41%), do feminino.

No tocante à idade, variou entre seis e 74 anos, com média de 43,64. No sexo feminino, a idade variou entre 15 e 74 anos (média de 47,64) e no masculino, entre seis e 56 anos (média de 27).

Em relação à etnia, 25 pacientes (80,64%) eram brancos. Apenas seis (19,36%) eram não brancos.

Na **Tabela 1**, encontram-se os dados referentes ao número de ordem dos pacientes, iniciais do nome, sexo, idade e data da cirurgia.

O tratamento cirúrgico feito foi a excisão completa do tumor, com o cuidado de fazer uma revisão minuciosa das áreas subjacentes, procurando pequenos nódulos residuais, principal causa de recidivas. Em todos os pacientes foi usada anestesia locorregional, de forma a possibilitar a instalação de garrote pneumático no membro superior, após exsanguinação ativa com banda de Esmarche. Essa técnica proporciona um campo ideal sem sangramento para o procedimento e propicia melhoria da técnica cirúrgica.

Foram colhidas informações dos pacientes sobre a ocorrência ou não de recidivas.

Tabela 1 Número de ordem, iniciais do nome, sexo, idade e data da cirurgia dos pacientes

Número de ordem	Iniciais do nome	Sexo	Idade	Data da cirurgia
1	EII	F	46	março-06
2	EOM	F	38	fevereiro-08
3	CLBMP	F	47	maio-08
4	MAFPE	F	45	maio-08
5	EVB	F	60	junho-08
6	SRS	F	44	dezembro-08
7	ALNT	F	24	dezembro-10
8	MHVT	F	68	abril-11
9	VLTV	F	43	julho-11
10	TCFS	M	25	abril-12
11	MBBO	F	28	agosto-12
12	MLN	F	68	agosto-12
13	SASN	F	47	outubro-12
14	GAAC	M	13	novembro-12
15	COF	M	56	abril-13
16	ASD	F	15	julho-13
17	DGM	M	6	outubro-13
18	CMS	F	40	janeiro-14
19	ASG	M	28	janeiro-14
20	AAAS	M	34	junho-14
21	MRB	F	47	agosto-14
22	MAPA	F	52	agosto-14
23	FOB	F	27	setembro-14
24	EAP	F	32	novembro-14
25	RUN	F	70	janeiro-15
26	FRN	F	54	janeiro-15
27	AMSB	F	66	fevereiro-15
28	MHPT	F	72	março-15
29	MLSD	F	74	maio-15
30	RCRA	F	59	setembro-15
31	GSS	F	25	novembro-15

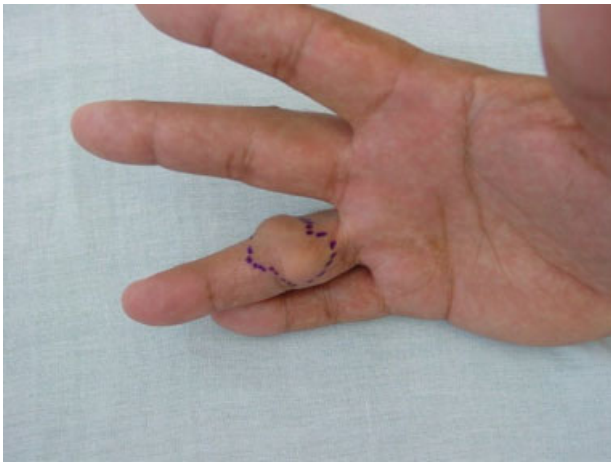


Fig. 2 Aspecto de tumoração no quarto dedo da mão direita, que compromete parcialmente o dorso, a face radial e a volar da falange proximal (paciente número de ordem 6).



Fig. 5 Desenho da área de tumoração predominantemente na região volar da falange média do segundo dedo da mão esquerda (paciente número de ordem 10).

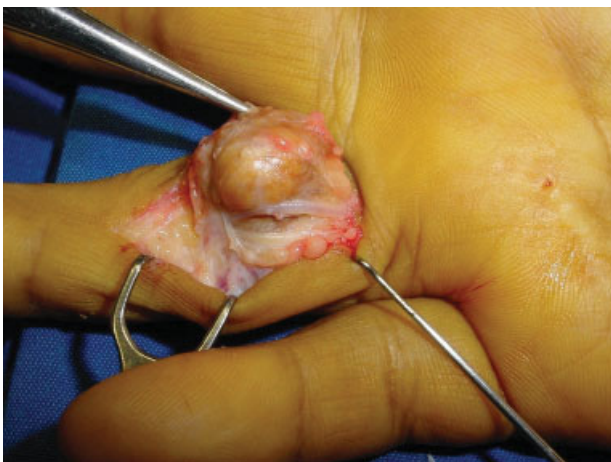


Fig. 3 Via lateral permite avaliação e dissecação das estruturas vásculo-nervosas anteriores (paciente número de ordem 6).



Fig. 6 Foto perioperatória mostra a incisão em zigue-zague na face volar do segundo dedo (paciente número de ordem 10).



Fig. 4 Área cruenta no fim do ato cirúrgico, que deve ser minuciosamente inventariada à procura de pequenos tumores. Ao lado, peça tumoral com pseudocápsula e aspecto amarelo-amarronzado do tumor de células gigantes das bainhas tendinosas (paciente número de ordem 6).

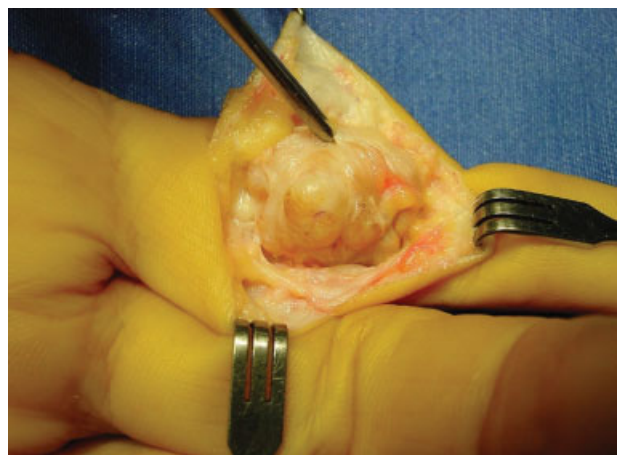


Fig. 7 Imagem da dissecação parcial do tumor mostra a integridade das estruturas vásculo-nervosas, dissecadas e rebatidas ulnarmente (paciente número de ordem 10).

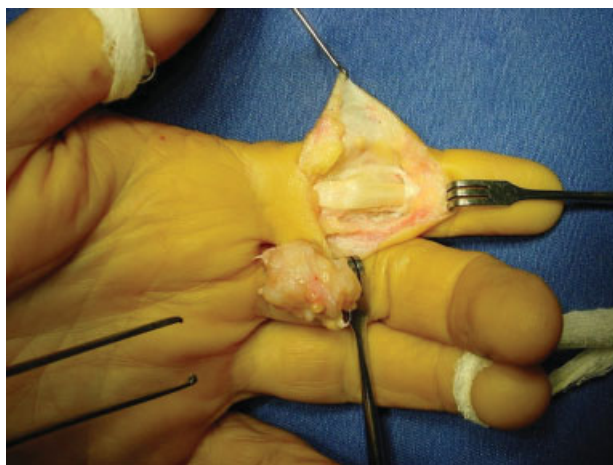


Fig. 8 Área cruenta após ressecção do tumor, que no caso obrigou a retirada junto à massa tumoral da polia anular A3. Ao lado, sobre o terceiro dedo, peça macroscópica do tumor (paciente número de ordem 10).



Fig. 9 Tumoração volar na falange distal do segundo dedo da mão direita (paciente número de ordem 16).



Fig. 10 Área cruenta do leito do tumor e ao lado aspecto amarronzado do tumor de células gigantes das bainhas tendinosas (paciente número de ordem 16).

Destacou-se nas descrições cirúrgicas o planejamento da via de acesso a ser usada e levou-se em consideração a região anatômica onde se encontrava o tumor. Foi feita a via lateral no dedo quando o tumor comprometia a região volar e dorsal (►Figs. 2–4), a via em zigue-zague nos anteriores (►Figs. 5–8), incisões retas oblíquas sobre os tumores de pequenas dimensões (►Figs. 9 e 10) e arciformes longas nos tumores dorsais.

Na técnica cirúrgica, o tumor foi dissecado e extirpado, poupando-se sua pseudocápsula; em seguida, foi sistematicamente feito um inventário da área cruenta e do leito do tumor, na busca de possíveis restos tumorais; quando encontrados, o tecido suspeito deve ser retirado para prevenir recidivas.

No pós-operatório, foi mantida a goteira gessada por sete dias. Os pontos foram retirados em média entre sete e 14 dias.

A seguir, foi iniciada reabilitação domiciliar com movimentos ativos e passivos depois de retirada da goteira gessada.

As avaliações pós-operatórias de seguimento e reavaliação dos pacientes ocorreram em intervalos que variaram de cinco a 122 meses.

Resultados

O lado esquerdo da mão foi acometido em 17 casos (54,83%) e o direito, em 14 (45,17%).

No tocante ao dedo acometido pelo tumor, quatro (12,9%) se localizavam no polegar, 12 (38,7%) no segundo dedo, sete (22,5%) no terceiro, quatro (12,9%) no quarto e quatro (12,9%) no quinto.

Levando em conta a falange acometida, lesões da falange distal foram encontradas em 16 pacientes (51,6%), seguida pela falange média em nove (29,0%) e a proximal em seis (19,4%).

Quanto à região anatômica predominantemente ocupada pelo tumor, verificou-se comprometimento na face volar em 19 (61,3%) ocasiões e na dorsal, em 12 (38,7%).

Foi calculada a média aritmética das três dimensões do tumor com base na macroscopia. Obteve-se um valor de $1,50 \times 1,06 \times 0,79$ centímetros.

Na ►Tabela 2, encontram-se dados referentes ao número da ordem dos pacientes, mão, dedo e falange acometidos, além da região anatômica predominantemente ocupada pelo tumor e dimensões do mesmo.

Considerando os 31 pacientes da amostra, houve predomínio do sexo feminino e da etnia branca. A média dos pacientes operados foi de 43,64 anos. O lado mais acometido foi o esquerdo, a maioria dos tumores estava na face flexora e havia predominância dos dedos radiais, juntamente com sua extremidade distal.

A confirmação diagnóstica para todos os pacientes foi feita pelo exame anatomopatológico no Serviço de Patologia. A microscopia do TCCGT é exemplificada na ►Fig. 1.

Não se constatou necrose de pele ou infecção em qualquer dos casos desta série.

Dos 31 pacientes, 27 foram reavaliados e têm sido acompanhados em intervalos regulares em ambulatório. Houve perda de quatro pacientes durante o período de reavaliação. Até o presente momento, foram identificados três casos de recidiva tumoral, ocorridos nos pacientes de número de ordem 12, 21 e 28.

Tabela 2 Referente ao número de ordem dos pacientes, mão, dedo e falange acometidos, região anatômica predominantemente ocupada pelo tumor e dimensões do mesmo

Número de ordem	Mão	Dedo	Falange	Região anatômica	Dimensão (em centímetros)
1	Esquerda	1º	Distal	Volar	1,1 × 0,7 × 0,4
2	Esquerda	2º	Distal	Volar	2,0 × 1,1 × 0,7
3	Esquerda	2º	Proximal	Volar	1,9 × 0,8 × 0,8
4	Direita	3º	Distal	Volar	1,9 × 1,4 × 0,9
5	Direita	3º	Média	Dorsal	1,4 × 1,0 × 0,6
6	Direita	4º	Proximal	Volar	1,2 × 0,5 × 0,5
7	Direita	2º	Distal	Dorsal	1,5 × 1,3 × 0,7
8	Direita	2º	Distal	Dorsal	0,6 × 0,4 × 0,3
9	Direita	3º	Distal	Dorsal	0,7 × 0,5 × 0,4
10	Esquerda	2º	Média	Volar	0,6 × 0,4 × 0,3
11	Esquerda	3º	Média	Dorsal	1,6 × 1,2 × 0,8
12	Direita	4º	Proximal	Volar	2,5 × 1,4 × 1,2
13	Direita	2º	Distal	Dorsal	1,2 × 1,0 × 0,8
14	Esquerda	1º	Proximal	Dorsal	1,5 × 1,3 × 0,7
15	Esquerda	5º	Média	Volar	2,0 × 2,0 × 2,1
16	Direita	2º	Distal	Volar	3,2 × 2,5 × 2,8
17	Esquerda	2º	Média	Volar	1,1 × 0,8 × 0,7
18	Esquerda	5º	Distal	Dorsal	1,7 × 1,5 × 1,0
19	Direita	5º	Média	Dorsal	1,4 × 1,0 × 0,7
20	Esquerda	3º	Distal	Volar	0,7 × 0,7 × 0,5
21	Esquerda	5º	Proximal	Dorsal	0,9 × 0,7 × 0,4
22	Direita	1º	Distal	Volar	1,5 × 0,8 × 0,5
23	Direita	2º	Média	Dorsal	2,5 × 2,0 × 1,5
24	Esquerda	4º	Distal	Volar	1,2 × 0,8 × 0,6
25	Esquerda	4º	Proximal	Volar	1,8 × 1,0 × 1,0
26	Esquerda	3º	Distal	Volar	3,2 × 1,5 × 1,5
27	Esquerda	1º	Média	Volar	2,0 × 2,0 × 0,1
28	Direita	2º	Distal	Dorsal	1,4 × 0,9 × 0,6
29	Esquerda	3º	Distal	Volar	1,8 × 1,0 × 0,8
30	Direita	2º	Média	Volar	0,3 × 0,3 × 0,3
31	Esquerda	2º	Distal	Volar	0,6 × 0,5 × 0,3

Discussão

Quando se faz o tratamento de qualquer tumor de partes moles, é importante avaliar as características de benignidade ou malignidade. Após essa avaliação, deve-se propor a biópsia ou excisão completa do tumor. Felizmente são relativamente raros os tumores malignos na mão e, em geral, quando não são muito grandes, pode-se fazer a excisão em primeiro tempo cirúrgico.

O TCGPM, também chamado de TCGBT, está presente em sua maioria na mão e acomete em menor proporção o pé, tornozelo, joelho e quadril.

Esse tipo de tumor raramente causa dor e a apresentação clínica mais frequente é o aumento de volume.^{8,17-19} Devido à lentidão de crescimento natural do tumor, os sintomas levam de seis meses a dois anos e meio para surgir.³

O tratamento preconizado é a excisão completa do tumor com preservação das estruturas adjacentes.

Os estudos retrospectivos levam sempre a algumas dificuldades, pois a falta de critérios bem definidos nos preenchimentos dos prontuários pode dificultar a obtenção das informações necessárias para todos os pacientes. O trabalho procurou, assim, construir um protocolo que pudesse ser usado em todos os casos e tornasse mais homogêneas as informações.

Como o presente estudo exigiu a reavaliação dos pacientes e quanto maior o tempo retroativo considerado maior é a chance de perda de contato com os pacientes envolvidos no estudo, neste mesmo foram perdidos quatro pacientes, considerado um número aceitável, perto de 13% da amostra. Os autores acreditam que esse número é pequeno por pertencerem a uma comunidade relativamente estável quanto a migrações e nos prontuários sempre haver mais de um endereço de contato com os pacientes.

Em relação ao sexo, o presente trabalho é compatível com a literatura, com predomínio do sexo feminino (77,41%).^{2,3,7,13,14,17,18}

No tocante a dados epidemiológicos da idade, a amostra esteve de acordo com as características citadas na maioria dos trabalhos, entre a terceira e quinta décadas de vida, podendo afetar, apesar disso, crianças e idosos; a média foi de 43,64 anos, com extremos entre 6 e 74.^{12-14,17,18}

Quando considerada a região anatômica predominantemente ocupada pelo tumor, os achados do trabalho são semelhantes aos da literatura: é mais frequente a região volar, acometida em 19 dedos (61,3%), em relação à dorsal, afetada em 12 (38,7%).²² Em quase 70% dos casos a localização da lesão é volar.^{19,20}

O TCGBT tem preferência pelos dedos indicador e médio na articulação interfalangeana distal. Alguns dados da literatura referem uma predominância não expressiva pelos dedos radiais.^{3,7,8,14,18,19} No presente trabalho, observaram-se dados compatíveis aos da literatura, visto que os TCGBT estão distribuídos no polegar em quatro (12,9%), seguido do segundo dedo em 12 (38,7%) e do terceiro em sete (22,5%), que somados perfazem 23 casos (74,2%).

Loréa et al.²³ fizeram revisão dos tumores circunferenciais, na qual discutiram a dificuldade técnica e os dois tipos distintos de tumores definidos por imuno-histoquímica. Outros autores discutem a celularidade e atividade mitótica desse tipo de tumor, ainda não totalmente esclarecida na literatura, mas possivelmente relacionada à ocorrência de recidivas.²⁴

Os dados da literatura são bastante variados no que se refere à recorrência do tumor. O índice de recorrência varia de 5 a 50%, o que demonstra a grande discrepância desses dados, que estão relacionados muitas vezes a procedimentos feitos por cirurgiões gerais, dermatologistas e outros profissionais médicos, em alguns casos de forma ambulatorial e sem o uso de garrote e anestesia adequados.²⁰

Embora clinicamente possa haver suspeita do diagnóstico, esse é confirmado pelo exame anatomopatológico. Sua excisão cirúrgica total é o tratamento definitivo.^{3,6,12,15}

Idade, sexo e tamanho do tumor parecem não ter influência sobre a taxa de recidivas.⁵ Conquanto não haja

consenso na literatura, alguns autores acreditam que a erosão óssea, localização, celularidade e atividade mitótica do tumor implicam maior risco de recorrência. Reilly et al.⁵ observaram que a recidiva do TCGBT é maior na articulação interfalangeana do polegar e nas articulações interfalangeanas distais, devido à inerente dificuldade de se obter uma excisão completa do tumor, tendo em vista a proximidade de estruturas neurovasculares. Entretanto, a ocorrência de recidivas está principalmente relacionada aos cuidados cirúrgicos durante exérese do tumor.^{3,14,19}

Conclusão

De maneira geral, os dados obtidos no estudo e seguimento desses 31 pacientes estiveram próximos aos da literatura usada nos dias atuais. Dos 27 pacientes reavaliados, encontraram-se três casos de recidivas, o que equivale a 11,1% da amostra.

Conflitos de Interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

Referências

- Chassaignac M. Cancer de la gaine des tendons. *Gaz Hosp Civ Milit* 1852;47:185-6
- Weiss SW, Goldblum JR, Folpe AL. *Enzinger and Weiss's soft tissue tumors*. 6 th ed. Philadelphia: Saunders; 2014
- Adams EL, Yoder EM, Kasdan ML. Giant cell tumor of the tendon sheath: experience with 65 cases. *Eplasty* 2012;12:e50
- Lancigu R, Rabarin F, Jeudy J, Saint Cast Y, Cesari B, Fouque PA, et al. Giant cell tumors of the tendon sheaths in the hand: review of 96 patients with an average follow-up of 12 years. *Orthop Traumatol Surg Res* 2013;99(4, Suppl):S251-4
- Reilly KE, Stern PJ, Dale JA. Recurrent giant cell tumors of the tendon sheath. *J Hand Surg Am* 1999;24(6):1298-302
- Williams J, Hodari A, Janevski P, Siddiqui A. Recurrence of giant cell tumors in the hand: a prospective study. *J Hand Surg Am* 2010;35(3):451-6
- Valentini JD, Aguiar DF, Ferdinando MPL, Wagner M, Silva JB. Tumores da mão parte I: tumores de partes moles da mão. *Rev AMRIGS* 2015;59(3):237-42
- Lautenbach M, Kim S, Millrose M, Eisenschenk A. Nodular giant cell tumour of the tendon sheath of the hand: analysis of eighty-four cases: diagnostic decisions and outcome. *Int Orthop* 2013;37(11):2211-5
- Moser E. Primares sarkom der fussgelenklapsel Extirpation. Dauerheilung. *Dtsch Z Chir* 1909;98:306-310
- Jaffe H, Lichtenstein L, Sutro CJ. Pigmented villonodular synovitis, bursitis and tenosynovitis. *Arch Pathol (Chic)* 1941;31:731-65
- Botez P, Sirbu PD, Grierosu C, Mihailescu D, Savin L, Scarlat MM. Adult multifocal pigmented villonodular synovitis-clinical review. *Int Orthop* 2013;37(4):729-33
- Glowacki KA. Giant cell tumors of tendon sheath. *J Hand Surg Am* 2003;3(2):100-7
- Di Grazia S, Succi G, Fragetta F, Perrotta RE. Giant cell tumor of tendon sheath: study of 64 cases and review of literature. *G Chir* 2013;34(5-6):149-52
- Hwang JS, Fitzhugh VA, Gibson PD, Didesch J, Ahmed I. Multiple giant cell tumors of tendon sheath found within a single digit of a 9-year-old. *Case Rep Orthop* 2016;2016:1834740
- Silva JB, Calcagnotto GN, Scolari J, Fridman M. Tumor de células gigantes da bainha tendinosa ao nível dos dedos: exérese através da incisão circunferencial. *Rev Bras Ortop* 2002;37(4):129-32
- Pedrinelli A, Camargo OP, Barreto RB, Moldenhauer D, Pedrinelli R. Tumor de células gigantes de bainha de tendão no LCA. *Acta Ortop Bras* 2007;15(3):171-3
- Fotiadi E, Papadopoulos A, Svarnas T, Akritopoulos P, Sachinis NP, Chalidis BE. Giant cell tumour of tendon sheath of the digits. A systematic review. *Hand (N Y)* 2011;6(3):244-9
- Alves MPT. Excision of giant cell tumor of tendon sheath with bone involvement by means of double access approach: case report. *Rev Bras Ortop* 2015;46(1):101-6
- Osman W, Alaya Z, Haggui A, Rejeb MB, Jemni S, Naouar N, et al. Les tumeurs à cellules géantes des gaines synoviales de la main: à propos de 50 cas. *Pan Afr Med J* 2017;26(128):8p
- Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC. *Green's operative hand surgery*. 6 th ed. New York: Churchill Livingstone; 2010
- Al-Qattan MM. Giant cell tumours of tendon sheath: classification and recurrence rate. *J Hand Surg [Br]* 2001;26(1):72-5
- Yamaguchi T, Dorfman HD. Giant cell reparative granuloma: a comparative clinicopathologic study of lesions in gnathic and extragnathic sites. *Int J Surg Pathol* 2001;9(3):189-200
- Loréa P, Medina J, Navarro R, Foucher G. Récidive des tumeurs à cellules géantes des gaines tendineuses digitales après exérese par une voie d'abord dite des "dents de la mer". A propos de 25 cas. *Ann Chir Plast Esthet* 2001;46(6):607-10
- Hosaka M, Hatori M, Smith RA, Kokubun S. A cell line with multinucleated giant cell formation established from a human giant cell tumor of tendon sheath-preliminary report. *J Orthop Sci* 2001;6(5):414-18