



## Tumor de células gigantes de partes blandas de cadera izquierda con componente quístico prominente. Reporte de caso

### *Giant cell tumor of the soft tissue of the left hip with a prominent cystic component. Case report*

**Dr. Erick Héctor Hernández González**

Especialista en Ortopedia y Traumatología. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

**Dra. Gretel Mosquera Betancourt, PhD**

Especialista en Neurocirugía. Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech. Camagüey. Cuba.

**Dra. Alette Rosa Abreu Marreo**

Especialista en Radiodiagnóstico. Hospital de Maputo, Mozambique.

#### Caso clínico

#### Autor para dirigir correspondencia:

Dr. Eric Hernández  
erickhg76@gmail.com

DOI: 10.47579/AP.v3.i3.0099

Fecha de recepción: 29/10/2022

Fecha de aceptación: 14/12/2022



#### RESUMEN

El tumor de células gigantes de partes blandas es una neoplasia rara que guarda gran similitud con el tumor de células gigantes óseo. Presentamos el caso de un tumor de células gigantes de partes blandas de gran tamaño con componente quístico importante, localizado en la cadera izquierda, intervenido quirúrgicamente y con evolución clínica favorable, sin recidiva y bajo observación clínica periódica.

**Palabras clave:** Tumor de células gigantes, tumores de partes blandas, reporte de caso.

#### ABSTRACT

Soft tissue giant cell tumor is a very rare neoplasm that bears great similarity to bone giant cell tumor. We present a case of a large soft tissue giant cell tumor with a significant cystic component, located in the left hip, which underwent surgery and had a favorable clinical evolution, without recurrence and under periodic clinical observation.

**Keywords:** Giant cell tumor, soft tissue tumors, case report.

**Cómo citar este artículo:** Hernández González EH, Mosquera Betancourt G, Abreu Marreo, AR. Tumor de células gigantes de partes blandas de cadera izquierda con componente quístico prominente. Reporte de caso. *Archivos De Patología* 2022; 3(3), 88-91.  
<https://doi.org/10.47579/AP.v3.i3.0099>

## 1. Introducción

El tumor de células gigantes de partes blandas (TCGPB) es una neoplasia rara que guarda gran similitud morfológica pero no genética con el tumor de células gigantes óseo. La Organización Mundial de la Salud (WHO, por sus siglas en inglés) lo reconoce como una entidad de comportamiento biológico incierto, localmente agresiva, con gran tendencia a la recidiva si se extirpa de manera inadecuada y que rara vez metastatiza o sufre transformación maligna agresiva, abundante actividad mitótica y pleomorfismo. Desde el punto de vista clínico, se manifiesta como una masa tumoral asintomática, que se localiza con mayor frecuencia en los miembros inferiores, siendo los muslos los más afectados, seguidos del tronco, los miembros superiores y el cuello. Se han informado casos que ocurren en lugares raros, como la cabeza, las orejas y tejidos extraesqueléticos incluidos el mediastino, el páncreas, el hígado y la tiroides. El TCGPB puede localizarse tanto en planos superficiales como profundos. Con frecuencia es multinodular, y los cambios quísticos son muy raros. Desde el punto de vista histológico está compuesto por dos tipos celulares: las células estromales mononucleares y las células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasticas. (1,2,3)

Salm y Sissons (4) fueron los primeros en describir este tumor en 1972. En ese mismo año Guccion y Enzinger (5) también describieron una serie de 32 casos.

Pueden afectar a ambos sexos y a cualquier edad, su histogénesis no está bien esclarecida, y el comportamiento biológico depende de la localización, el tamaño y la apariencia microscópica. (1,2,3)

La cirugía de resección conservadora con márgenes de seguridad se considera el tratamiento de elección para minimizar la recurrencia; no obstante, en tiempo reciente, las terapias sistémicas y locorregionales para la enfermedad primaria incluyen denosumab, bifosfonatos, interferón, radioterapia y embolización arterial seriada, siendo el denosumab el tratamiento de elección para el

tumor no resecable o como terapia neoadyuvante para evitar resecciones extensas. (6,7)

En este artículo presentamos un caso de tumor de células gigantes de partes blandas voluminoso, con componente quístico importante, localizado en la cadera izquierda, el cual fue intervenido quirúrgicamente y ha mantenido una evolución clínica favorable.

## 2. Presentación del caso

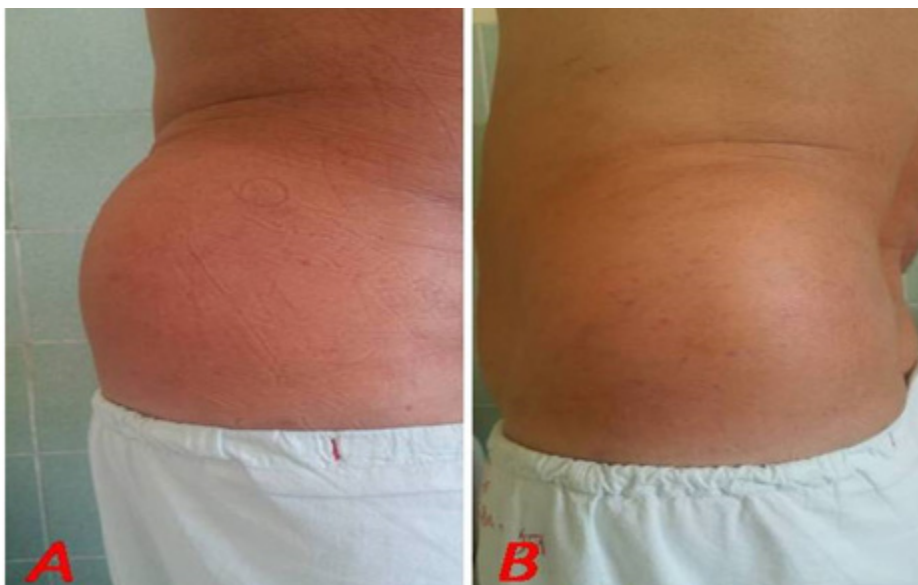
Paciente masculino de 51 años, con antecedentes de salud, que dos meses previos al diagnóstico comenzó a notarse un aumento de volumen en las partes blandas de la región lateral de la cadera izquierda, no doloroso, sin cambios en la piel adyacente. Se recoge el antecedente de trauma local dos años antes.

La exploración física constata tumoración en la cadera izquierda, no dolorosa a la palpación, renitente, fija a planos profundos, de superficie lisa y sin circulación colateral. (Figura 1).

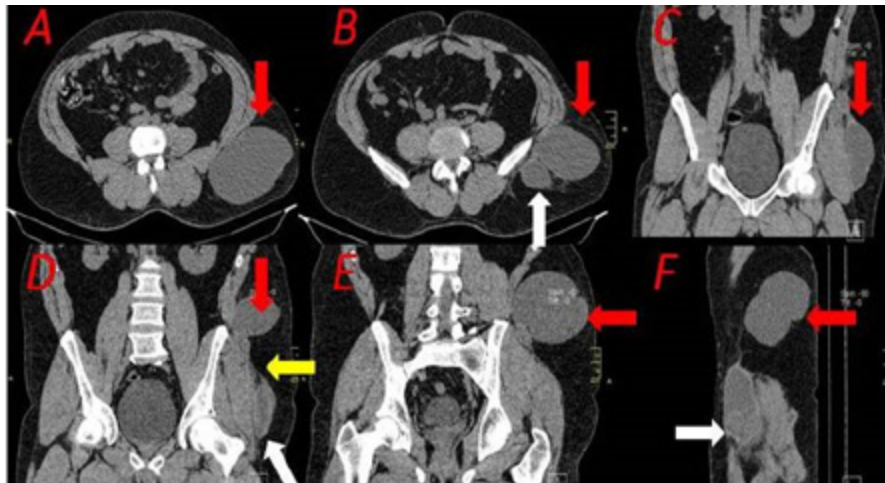
La Tomografía Axial Computarizada (TC) de pelvis muestra una lesión hipointensa, bilobulada, con márgenes bien definidos (Figura 2), y se completa el estudio con biopsia por aspiración con aguja fina (PAAF) que informa líquido oscuro con algunas células inflamatorias, no concluyente para diagnóstico. Se decide tratamiento quirúrgico para exéresis.

El material obtenido se envía para estudio anatomopatológico que describe un tumor sólido-quístico originado en los tejidos blandos, con predominio de células estromales mononucleares, con abundantes células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasticas, y numerosas áreas de degeneración quística, necrosis y hemorragia, realizándose el diagnóstico de tumor de células gigantes de partes blandas. (Figura 3)

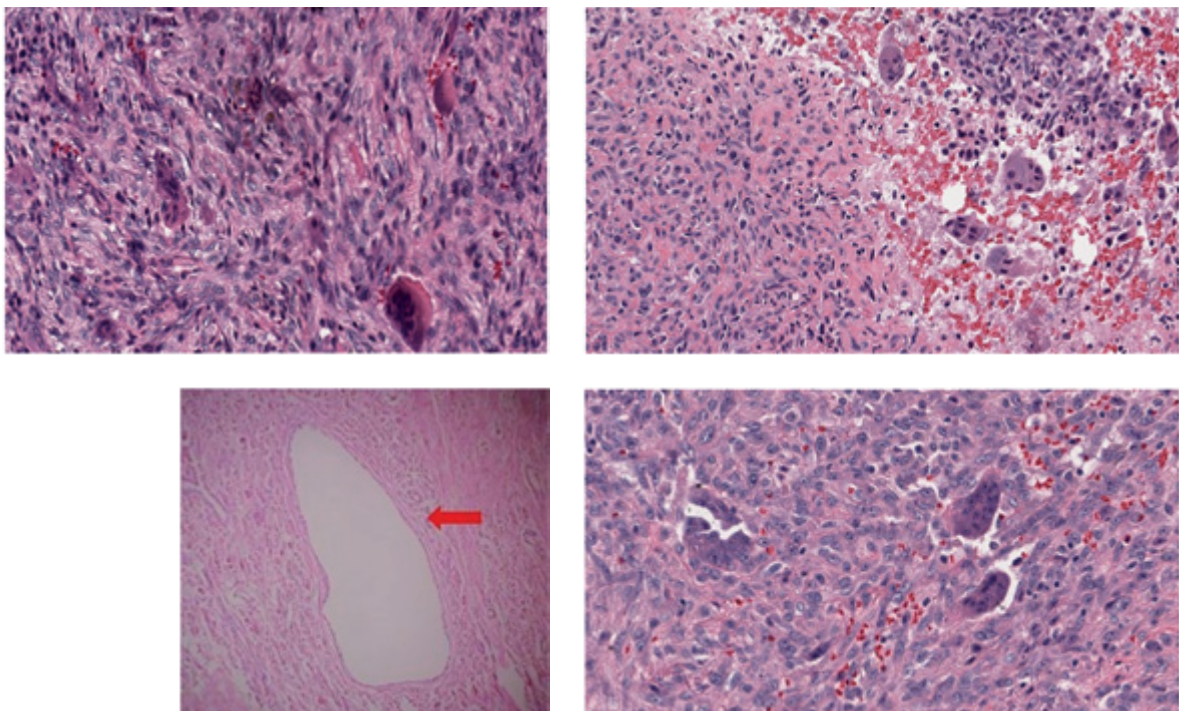
El paciente ha evolucionado de modo favorable, reincorporándose a sus labores habituales, sin evidencia de recurrencia hasta el momento, siendo evaluado cada seis meses para detectar precozmente posibles recidivas.



**Figura 1.** Aumento de volumen de la región de la cadera izquierda. A: vista frontal. B: vista sagital.



**Figura 2.** TAC multicortes de pelvis ósea (A: corte axial, se observa el tumor (flecha roja), B: corte axial: tumor bilobulado (flecha roja y flecha blanca), C: reconstrucción coronal: localización a nivel de la cadera (flecha roja), D: reconstrucción coronal: nótese la comunicación entre ambos lóbulos (flecha amarilla), E: reconstrucción coronal: gran desplazamiento lateral (flecha roja), F: reconstrucción sagital: se observan los dos lóbulos unidos por un conducto (flecha amarilla).



**Figura 3.** Tumor de células gigantes quístico de partes blandas. Lesión tumoral con abundantes células estromales mononucleares, células gigantes multinucleadas de tipo osteoclasticas, y áreas quísticas y hemorragia. El tumor mostró varios espacios quísticos prominentes (flechas rojas). HE 4, 10, 20X.

### 3. Discusión

En el TCGPB la edad de aparición y el sexo no tienen preponderancia; no obstante, en su trabajo, Asotra S y Sharma S. (8) manifiestan un rango de edades entre 1 y 87 años.

Entre el 80 y el 90% de todos los TCGPB se localizan en las extremidades, donde los muslos ocupan el primer lugar. (4,5) En el caso presentado, a pesar de que la tumoración se encuentra a nivel de la cadera (segunda localización más frecuente), una porción importante del mismo alcanzaba el muslo izquierdo.

A pesar de que la etiología permanece poco clara, se plantea que la inflamación crónica pudiera tener alguna relación con la aparición de este tumor, pero no existe evidencia firme que lo confirme. (2)

Por otra parte, los TCGPB reportados en investigaciones previas han sido en su mayoría sólidos; en el caso que describimos, el componente quístico era muy superior. Un TCGPB con hemorragia intratumoral y gran degeneración quística, como el caso que se presenta, lo hace inusual y son escasos los reportes que se encuentran en la bibliografía revisada.



La resonancia magnética (RMN) se considera el estudio más utilizado para su diagnóstico debido a su sensibilidad en determinar los márgenes tumorales y la invasión a zonas vecinas. (9,10,11)

Histológicamente, suele mostrar arquitectura multinodular, con nódulos de células mononucleares redondas a ovaladas y células gigantes multinucleadas similares a osteoclastos, inmersas en un estroma ricamente vascularizado y separados por tabiques fibrosos de espesor variable y que contienen macrófagos cargados de hemosiderina. Las células estromales suelen mostrar núcleo fusiforme ovalado o alargado, hipercromático, a veces excéntrico, con membrana nuclear bien definida y cromatina uniforme. Los núcleos de las células gigantes multinucleadas son más grandes, de forma redondeada a ovalada, con membrana nuclear bien definida, cromatina finamente dispersa y un número variable de nucléolos (desde 20 a más de 50). Puede observarse actividad mitótica, pero el pleomorfismo nuclear y las células gigantes de morfología bizarra están ausentes, y rara vez se observa necrosis. Puede encontrarse hueso metaplásico en aproximadamente el 50% de los tumores, y cambios semejantes a quiste óseo aneurismático. Adicionalmente, pueden identificarse invasión vascular, hemorragia, marcada fibrosis y macrófagos espumosos. (1,12,13,14,15,16)

Existe un consenso casi absoluto de que el tratamiento quirúrgico basado en la resección tumoral con márgenes de seguridad es el procedimiento estándar y minimiza de manera notable el índice de recidivas. (6,7) El paciente tratado lleva un año de intervenido quirúrgicamente, sin recidiva luego de dos controles cada seis meses.

#### 4. Mensaje clínico

El diagnóstico del tumor de células gigantes de partes blandas puede ser difícil tanto radiográficamente como clínicamente porque son extremadamente raros y tienen un comportamiento impredecible. La RMN es la opción diagnóstica radiográfica más fiable.

La resección quirúrgica radical del tumor es el tratamiento que asegura un buen pronóstico. La recurrencia es muy común; por lo tanto, se recomienda una estrecha vigilancia del paciente después de la cirugía.

Los tumores de células gigantes de tejido blando son tumores raros, con un parecido histológico sorprendente con los tumores óseos de células gigantes y podrían considerarse como un análogo de tejido blando de los mismos. Las mutaciones puntuales del gen H3F3A (que codifica una proteína histona H3.3) en el codón Gly34, principalmente G34W como resultado de un cambio de nucleótido GGG>TGG, se identificaron recientemente en la gran mayoría de los tumores óseos de células gigantes. Sin embargo, no se ha detectado ninguna mutación somática en los tumores de células gigantes de tejidos blandos lo que revela que probablemente son genéticamente distintos de sus homólogos óseos y sugieren que podrían no estar relacionados desde el punto de vista patogénico.

#### Referencias

- Oliveira AM, Lee JC. Giant cell tumour of soft tissue. In: WHO Classification of Tumours. Editorial Board. Soft tissue and bone tumours. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2020. (WHO classification of tumours series, 5th ed.; vol. 3). pp. 141–142 <https://publications.iarc.fr/588>.
- Mokrani A, Guerhazi F, Yahyaoui Y, Hmida L, Doghri R. Giant cell tumor of soft tissues: a case report and review of literature. *Cancer Sci. Ther.* 2017;9(7): 562-565. <https://doi.org/10.4172/1948-5956.1000474>
- Lee SW, Lee J, Kim SJ, Hong R. Giant cell tumor of soft tissue of the colon: a case report and review of the literature. *BMC Gastroenterology.* 2022 Jun;22(1): 317. <https://doi.org/10.1186/s12876-022-02391-x>
- Salm R, Sissons HA. Giant-cell tumours of soft tissues. *J Pathol.* 1972;107(1): 27-39. <https://doi.org/10.1002/path.1711070106>
- Xu R, Choong PFM. Metastatic giant cell tumour of bone: a narrative review of management options and approaches. *ANZ J Surg.* 2022 Apr;92(4): 691-96. <https://doi.org/10.1111/ans.17520>
- Guccion JG, Enzinger FM. Malignant giant cell tumor of soft parts. An analysis of 32 cases. *Cancer.* 1972 Jun;29(6): 1518-29. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(197206\)29:6<1518::AID-CNCR2820290616>3.0.CO;2-#](https://doi.org/10.1002/1097-0142(197206)29:6<1518::AID-CNCR2820290616>3.0.CO;2-#)
- Bukata SV, Blay JY, Rutkowski P, Skubitz K, Henshaw R, Seeger L, Dai T, Jandial D, Chawla S. Denosumab Treatment for Giant Cell Tumor of the Spine Including the Sacrum. *Spine (Phila Pa 1976).* 2021 Mar 1;46(5): 277-84. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000003728>
- Asotra S, Sharma S. Giant cell tumor of soft tissue: Cytological diagnosis of a case. *J Cytol.* 2009 Jan;26(1):33-5. <https://doi.org/10.4103/0970-9371.54866>
- Hu Q, Peng J, Xia L. Recurrent primary mediastinal giant cell tumor of soft tissue with radiological findings: a rare case report and literature review. *World J Surg Oncol.* 2017 Jul 26;15(1): 137. <https://doi.org/10.1186/s12957-017-1205-5>
- Lee MY, Jee WH, Jung CK, Yoo leR, Chung YG. Giant cell tumor of soft tissue: a case report with emphasis on MR imaging. *Skeletal Radiol.* 2015 Jul;44(7): 1039-43. <https://doi.org/10.1007/s00256-015-2140-6>
- An SB, Choi JA, Chung JH, Oh JH, Kang HS. Giant cell tumor of soft tissue: a case with atypical US and MRI findings. *Korean J Radiol.* 2008 Sep-Oct;9(5): 462-5. <https://doi.org/10.3348/kjr.2008.9.5.462>
- Kulkarni MM, Joshi AR, Patil V, Ansari T. Giant cell tumor of soft tissues of low malignant potential: A rare diagnosis on fine needle aspiration cytology. *J Cytol.* 2016 Apr-Jun;33(2): 106-8. <https://doi.org/10.4103/0970-9371.177144>
- Rateb K, Hassen BG, Leila A, Faten F, Med Samir D. Giant cell tumor of soft tissues: A case report of extra-articular diffuse-type giant cell tumor of the quadriceps. *Int J Surg Case Rep.* 2017;31: 245-49. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.12.019>
- Kishi S, Monma H, Hori H, Kinugasa S, Fujimoto M, Nakamura T. First Case Report of a Huge Giant Cell Tumor of Soft Tissue Originating from the Retroperitoneum. *Am J Case Rep.* 2018 Jun 5;19: 642-50. <https://doi.org/10.12659/AJCR.909261>
- Schaefer IM, Hornick JL. Diagnostic Immunohistochemistry for Soft Tissue and Bone Tumors: An Update. *Adv Anat Pathol.* 2018 Nov;25(6): 400-12. <https://doi.org/10.1097/PAP.000000000000204>
- Chen P, Hu Q, Wu J. Giant Cell Tumor of Soft Tissue—A Rare Cause of Mass in the Liver: A Case Report. *Front. Surg.* 2022;9: 830852. <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.830852>