

Tumor glómico

Claudia Giraldo¹, Silvia B. Papasidero¹, Analía Pedernera², Gustavo Toledo³, Carlos Bertolini³, Oscar Luis Rillo¹

¹Servicios de Reumatología, ²Anatomía Patológica y ³Traumatología y Ortopedia.

Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Resumen

Se presenta el caso clínico de una paciente de 59 años con tumor glómico, el cual es un tumor benigno poco frecuente derivado de las células glómicas (células musculares lisas) que se encuentran alrededor de las terminaciones arteriovenosas especializadas en la regulación de la temperatura y el flujo sanguíneo.

Introducción

Los tumores glómicos o glomangiomas son neoplasias vasculares benignas infrecuentes. Representan aproximadamente entre el 1 y el 5% de los tumores de tejidos blandos de la mano¹⁻³. Derivan de las células glómicas (células musculares lisas) que se encuentran rodeando las uniones arteriovenosas especializadas en regular la temperatura y el flujo sanguíneo periférico (canales de Sucquet Hoyer). Su histología fue descrita por Masson en 1924 y, quizás por ser lesiones raras, a menudo son de difícil diagnóstico¹⁻². Nuestro objetivo es presentar a una paciente con diagnóstico de tumor glómico.

Caso clínico

Mujer de 59 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que consultó por artralgias en manos a nivel de interfalángicas proximales y distales refiriendo severo dolor localizado en el extremo distal del 3° dedo de la mano izquierda de 5 años de evolución, el cual se exacerbaba con el frío y con traumatismos mínimos. Al examen físico pre-

Summary

We present a clinical case of 59 years old patient with a glomus tumor, which is a rare benign tumor derived from glomic cells (smooth muscle cells) that are found around arteriovenous terminations specialized in the regulation of the temperature and blood flow.

sentaba nódulos de Heberden y Bouchard, constatándose leve tumefacción de 15 mm con marcada hiperalgesia en la cara palmar, a nivel ungueal, del lado cubital del extremo distal del 3° dedo izquierdo sin signos de artritis ni flogosis.

Exámenes complementarios: La radiografía de manos evidenció la presencia de una lesión erosiva extensa, de bordes netos escleróticos, comprometiendo 2/3 de la cara cubital de la falange distal del 3° dedo izquierdo (Figura 1). La resonancia magnética identificó una imagen nodular de contornos definidos, localizada en el borde cubital del pliegue ungueal de la falange distal del 3° dedo izquierdo con baja señal en T1 y con señal gris intermedia en proyección en T2, con erosión de la cortical adyacente (Figuras 2 y 3). El resto de los exámenes complementarios fueron normales.

Tratamiento: Se indicó tratamiento con paracetamol y AINEs, sin mejoría del dolor. La paciente presentaba signo de Love positivo y, ante la sospecha de tumor glómico, se consultó al servicio de Traumatología y Ortopedia, realizándose la resección quirúrgica total de la lesión. De esta manera, se confirmó el diagnóstico por anatomía patológica la cual informó: lesión circunscripta en forma de espiral

Correspondencia

Servicio de Reumatología del Htal. Gral. de Agudos Dr. E. Tornú
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
E-mail: reumdtornu@yahoo.com.ar

de vasos del tamaño de capilares rodeados por acúmulos o collares de células glómicas en un estroma edematoso o a veces mixoide (Figura 4).



Figura 1.



Figura 2.

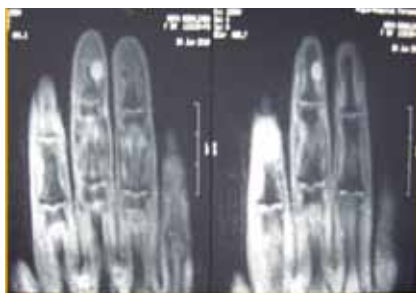


Figura 3.

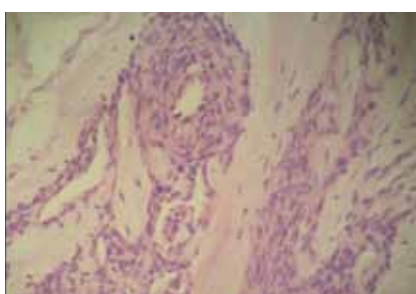


Figura 4.

Evolución: La paciente evolucionó favorablemente con desaparición de los síntomas y sin presentar recurrencia.

Discusión

Los glomus son formaciones neuromioarteriales que se encuentran en la capa reticular de la dermis de todo el cuerpo, siendo más numerosos en los dedos, palmas y plantas⁴. Están compuestos por una arteriola aferente, anastomosis arteriovenosa, un sistema de venas colectoras y un retículo neurovascular. Microscópicamente son nódulos redondos, lisos, blandos y azulados. Su función es regular el flujo sanguíneo de la piel en respuesta a gradientes de temperatura. Los tumores glómicos son neoplasias vasculares que se originan en la porción arterial del aparato glómico²⁻⁵. Están formados por células isomorfas, redondeadas espaciadas e interdigitadas, con núcleos redondos y citoplasma pálido eosinofílico. Usualmente se encuentra una vasculatura capilar marcada en la periferia de la lesión. Los tumores glómicos se localizan en el 75% de los casos en las manos. Aproximadamente el 65% se hallan a nivel subungueal, a diferencia de este caso el cual se hallaba a nivel ungueal^{2,5,6-11}. Hay algunos reportes en los pies y, con menor frecuencia, en otros lugares atípicos (tracto gastrointestinal, pulmón, tráquea, etc.)¹⁻³. La mayoría son menores de 10 mm, lo que hace que sean poco visibles al examen clínico. En esta paciente se presentó con la tríada clásica y para algunos autores diagnóstica: dolor paroxístico, hiperalgesia con traumatismos mínimos e hipersensibilidad al frío. Al examen físico, un signo clínico útil es el test de Love, que consiste en localizar la zona dolorosa presionando la formación nodular con la punta de un lápiz lo cual produce marcada hiperalgesia. Cuando las lesiones se encuentran en las extremidades, se indica el signo de Hildreth, en el cual mediante la aplicación de un torniquete proximal a la lesión que interrumpe el riego arterial, se produce la desaparición del dolor¹⁻⁴. No se conoce con exactitud la causa del dolor, que por lo general precede a la tumoración, pero se han identificado en el tumor fibras nerviosas que contienen la sustancia P neurotransmisora de dolor. En la localización subungueal, el dolor es más consistente y de mayor intensidad, y puede tener carácter paroxístico e irradiar a brazo, hombro e inclusive cuello². Generalmente se consideran neoplasias benignas; sin embargo, debe sospecharse malignidad si los tumores tienen una localización profunda, son mayores de 2 cm o se describen hallazgos histológicos como atipia nuclear, necrosis o actividad mitótica¹⁰.

Existen dos tipos de tumores glómicos: solitario y múltiple (denominados glomangiomas). El solitario es el más frecuente (90% de los casos), puede ser congénito o adquirido, es localizado, muy doloroso y de consistencia fibrosa. Se presenta generalmente durante la cuarta y quinta década de la vida, y afecta con más frecuencia a las mujeres. Los glomangiomas aparecen en la infancia, son de herencia autosómica dominante, pueden ser diseminados y usualmente no producen dolor^{2,7}.

Los diagnósticos diferenciales de una formación sólida en los tejidos blandos es amplia e incluye tumores benignos (angioliipoma, espiadenoma, tumor de células gigantes), tumores vasculares (malformaciones venosas, hemangiomas, malformaciones arteriovenosas), tumores de la vaina nerviosa, leiomioma y dermatofibroma. Además, en la localización periungueal, se debe diferenciar de un pseudoquiste mixoide². En los tumores glómicos, el aumento de la vascularización y el dolor puntual sugieren un origen vascular y neural. Los tumores malignos de tejidos blandos incluyen sarcoma sinovial, leiomiomasarcoma, histiocitoma fibroso maligno (especialmente en lesiones profundas), dermatofibrosarcoma protuberante y metástasis como melanoma^{8,10}. La clínica y los estudios por imágenes son de utilidad para sospechar el diagnóstico de tumor glómico. La radiografía es útil para detectar el compromiso óseo. Los tumores glómicos aparecen como lesiones radiolúcidas bien circunscriptas, generalmente localizadas en la cara dorsal de la falange distal^{2,6}. La ecografía puede demostrar el tamaño, el sitio y la forma del tumor incluso cuando el mismo no es palpable¹⁻². La tomografía es un método poco sensible debido al tamaño inicial de las lesiones². La resonancia magnética ha probado ser un método sensible en el diagnóstico del tumor glómico de la mano. La apariencia típica es una masa circunscripta de señal de intensidad intermedia o baja en las imágenes en T1 y señal de alta intensidad y homogénea en T2, con refuerzo difuso luego de la administración de gadolinio endovenoso debido a su gran vascularización^{2,6-10}. La histopatología del tumor glómico es característica: consiste en un nódulo dérmico, bien delimitado o encapsulado que puede alcanzar el tejido subcutáneo, compuesto por una proliferación sólida de células monomorfas, redondas o poligonales, de citoplasmas eosinófilos y núcleos centrales hiper cromáticos, que se disponen alrededor de espacios vasculares, hecho más llamativo en la zona central. Con inmunohistoquímica, las células glómicas son casi siempre positivas para actina de músculo liso y usualmente negativas para desmina⁵.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en las formas solitarias, el cual es definitivo y resuelve los síntomas²⁻⁵. En caso de glomangiomas, las opciones de

tratamiento son escleroterapia, láser o resección de las lesiones dolorosas⁵.

La mayoría de los casos informados en la literatura coinciden con nuestra paciente en cuanto a los síntomas y la demora para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento. Es importante tener en cuenta la posibilidad de recurrencia, que es muy variable según los casos reportados, siendo en algunos de hasta el 50%^{3,9}.

Conclusión

El tumor glómico en un paciente adulto, aunque es una entidad poco frecuente, debe ser tenido en cuenta ante la presencia de dolor e hipersensibilidad al frío localizada en un dedo. El tratamiento quirúrgico con la extirpación total del tumor permite la desaparición de los síntomas.

Bibliografía

1. Espinosa-Gutierrez A, Izaguirre A, Baena-Ocampo L, Feynoso-Campo R y Pineda C. Glomus Tumor. *J Rheumatol*. 2009; 36 (6):1343-4.
2. Barousse R. Tumor glómico. *Diagnóstico Journal* 2010; Vol XIX; 208:20-1.
3. Theuman N, Goettmann S, Le Viet D, Resnick D, Chung C, Bittoun J, et al. Recurrent glomus tumors of fingertips: MR imaging evaluation. *Radiology* 2002; 223:143-51.
4. Wong TC, Mak Joseph KC and Ip FK. Intraosseous glomus tumour in a distal phalanx. *Journal of Hand Surgery (European Volume)* 2009; 34:543.
5. Mahmood K and Malik SA. Painful left index finger in a 37-year-old man. *Clin Exp Dermatol* 2008; 33:669-70.
6. Resnick D. Tumores y lesiones pseudotumorales: principios radiológicos. En: *Huesos y articulaciones en imagen*. 2da edición Editado por: Lopez JM Philadelphia: WB Sanders; 2001:1043-1044.
7. Multiple familial cutaneous glomangioma: A pedigree of 4 generations and critical analysis of histologic and genetic differences of glomus tumors. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42: 226-7.
8. Al-Qattan MM. Giant cell tumours of tendon sheath: classification and recurrence rate. *J Hand Surg Br* 2001 Feb; 26(1):72-5.
9. Ogino T, Ohnishi N. Ultrasonography of a subungual glomus tumour. *J Hand Surg Br* 1993; 18:746-747.
10. Glazebrook KN, Laundre BJ, Schiefer TK and Inwards CY. Imaging features of glomus tumors. *Skeletal Radiol* 2011; 40:855-62.
11. Duhau J, Maid P y Houssay R. Tumor glómico. *Rev Argent Reumatol* 1997; 3:69-70.