

Medicent Electrón 2014 oct.-dic.; 18(4)

HOSPITAL MÁRTIRES DEL 9 DE ABRIL
SAGUA LA GRANDE, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

Tumor glómico. Presentación de dos pacientes

Glomus tumor: Presentation of two patients

Dr. Sergio Morales Piñeiro¹, Dr. Roberto Mata Cuevas², Dra. Tatiana Morales Morera³

1. Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología. Profesor Auxiliar. Hospital Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: yailinro@undoso.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer Grado en Ortopedia y Traumatología. Asistente. Hospital Mártires del 9 de abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.
3. Residente de segundo año de Medicina Interna. Hospital Mártires del 9 de abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba.

DeCS: tumor glómico.

DeCS: glomus tumor.

El tumor glómico es una neoplasia benigna; fue descrita por primera vez en 1924 por Barré y Masson, y se considera de origen hamartomatoso, resultado de la hiperplasia del cuerpo glómico neuromioarterial. Al examen clínico, se presenta como una pápula o nódulo rojo-violáceo; cuando está localizada en el lecho ungueal, aparece como una decoloración roja o azulada, visible a través de la placa ungueal. Se describe como un tumor que produce mucho dolor, y este puede ser provocado por la presión directa de la lesión, la exposición al frío o manifestarse espontáneamente.^{1,2}

El tumor glómico es generalmente solitario, aunque puede presentarse de forma múltiple y se ha descrito un carácter hereditario. Constituye una rara neoplasia que aparece frecuentemente entre los 25 y 40 años de edad, y se observa en mayor proporción en mujeres. Los signos y síntomas de esta neoplasia son inconfundibles, por lo que el diagnóstico es básicamente clínico. Los estudios de imágenes se requieren solo en una minoría de los casos. El tratamiento consiste en una remoción quirúrgica completa de la lesión.^{1,3,4}

Los tumores glómicos son derivados del cuerpo glómico, y producen una anastomosis arteriovenosa dérmica importante en el control de la presión y temperatura de la sangre periférica. Mediante análisis histico e inmunohistoquímica, se ha observado que derivan del músculo liso vascular.²

Se han descrito dos variedades clínicas: solitarios y múltiples.⁴ La variante solitaria es más común y se localiza más en las extremidades, fundamentalmente en los dedos y regiones subungueales; representa del 1 % al 5 % de todos los tumores de la mano.⁵ Estas lesiones asientan más comúnmente en la piel y tejido celular subcutáneo y más raramente en órganos internos, incluidos tracto gastrointestinal, tráquea, corazón, pulmones, tracto genitourinario, mesenterio, huesos, músculo, tendones, nódulos linfáticos, región sacrococcígea,⁶⁻⁸ y lugares tan extraordinarios como el tímpano, septum nasal, estómago, órbita y espesor del hueso.^{9,10} El objetivo de este trabajo es dar a conocer a dos pacientes que presentan la enfermedad, así como la técnica quirúrgica utilizada.

Presentación de pacientes:

Paciente 1

Se trata de una mujer mestiza, de 32 años de edad, que desde hace varios años, y sin que hubiera sufrido trauma alguno, presentaba un levantamiento de la uña del tercer dedo de la mano derecha que le resultaba doloroso y no se aliviaba con los analgésicos convencionales.

Al realizar el examen físico, se observó el levantamiento del relieve de la uña en toda su longitud, que al ser comprimido exacerbaba el dolor. Hacia la base de la uña, en el comienzo de la elevación, se visualizó un pequeño punto de color rojizo (Figura 1).



Figura 1. Levantamiento del relieve de la uña en toda su longitud en el tercer dedo de la mano derecha.

Se realizó radiografía del tercer dedo de la mano, y no se observó erosión de la falange distal. Para la solución definitiva de esta enfermedad, se realizó tratamiento quirúrgico con resección total de la tumoración (Figura 2). Un año después de haber sido operada, la paciente no ha presentado recidiva.



Figura 2. Tratamiento quirúrgico de la lesión mediante resección total de la tumoración.

Paciente 2

Asistimos a una mujer de 46 años de edad y piel blanca, que hacía dos años había recibido un traumatismo en el segundo dedo de la mano derecha. En el examen físico realizado, se observó una lesión ulcerada en el reborde periungueal que deformaba la base de la uña, así como secreción escasa; al realizar compresión de la lesión, experimentó una fuerte sensación dolorosa, que se incrementó al introducir el dedo en agua fría (Figura 3).



Figura 3. Lesión ulcerada en el reborde periungueal posterior a un traumatismo recibido en el segundo dedo de la mano derecha.

Se indicó radiografía del segundo dedo de la mano, y no se observó erosión de la falange distal. En el cultivo y antibiograma de secreciones de la lesión, se aisló *Klebsiella* spp, que fue sensible a ciprofloxacino y gentamicina. Se instauró tratamiento con ciprofloxacino, dos tabletas cada 12 horas por siete días, y curas locales diarias con aplicación de pomada de gentamicina; después de eliminado todo vestigio de infección, se procedió a la solución definitiva mediante la resección total de la tumoración. Después de un año de operada, la paciente tampoco ha presentado recidiva.

Descripción de la técnica quirúrgica realizada en ambas pacientes

Previa asepsia y antisepsia de la mano, se colocaron paños de campo, se aplicó anestesia local con lidocaína al 2 % para bloquear los nervios interdigitales del dedo lesionado; se realizaron dos incisiones paralelas a ambos lados de la base de la uña, se decoló en sentido proximal exponiéndola, y se extrajo la uña (Figura 4); en ambos casos, se localizo el tumor, de aspecto redondeado, en el lecho ungueal, y se extrajo mediante bisturí y curetas pequeñas (Figura 5); para concluir, se suturó con puntos sueltos y se colocó vendaje compresivo sobre el dedo. Se realizaron curas secas diarias y los puntos se retiraron a los siete días; las muestras de tejido se enviaron al Departamento de Anatomía Patológica para su procesamiento.



Figura 4. Técnica quirúrgica realizada a ambas pacientes mediante dos incisiones paralelas a ambos lados de la base de la uña.



Figura 5. Localización del tumor en el lecho ungueal y extracción de este mediante bisturí y curetas pequeñas.

Comentario

Se trata de una enfermedad poco usual que es causa frecuente de error diagnóstico por ortopédicos y dermatólogos. Un dolor exagerado debajo de la uña, que se exacerbe a la compresión y con los cambios de temperatura, deben ser elementos que hagan sospechar al médico su presencia.

Yanai, Tanaka y Ogawa,⁶ en estudios inmunohistoquímicos realizados a ocho tumores glómicos solitarios, resecaados y teñidos con anticuerpos monoclonales separados para buscar la presencia

de S100, sustancia P y ciclooxigenasa-2, y en tres de ellos, la prostaglandina E2: demostraron que todas las muestras fueron positivas para la proteína S100 y la ciclooxigenasa-2; la sustancia P se encontró en cinco. En los tres a los que se les midió la prostaglandina E2, se observaron altas concentraciones. Ellos llegan a la conclusión de la existencia de células inmunorreactivas productoras de la enzima ciclooxigenasa-2, las que a su vez producen la prostaglandina E2, que actúa como un potente vasodilatador y puede ser la causa de un incremento de la presión intracapsular que provoca la exacerbación del dolor. Por otro lado, es conocido el efecto dolorífico de la sustancia P, presente en la mayoría de los especímenes estudiados.

Desde el punto de vista clínico, los antiinflamatorios no esteroideos pueden controlar el dolor del tumor glómico; sin embargo, los efectos colaterales indeseables hacen que el tratamiento quirúrgico sea el de elección.⁶

En las pacientes que se presentan, se hicieron radiografías de la mano afectada por la posibilidad de que estos tumores erosionen el hueso o que, excepcionalmente, tengan una ubicación intraósea. Aunque se escogió el tratamiento quirúrgico, se hace necesario puntualizar algunos detalles: al momento de incidir el lecho ungueal, se utilizó un bisturí de lanceta y la incisión longitudinal fue corta; por la abertura, se introdujo una pequeña cureta para extraer el tumor con máxima protección del lecho, lo que evitó que al salir la nueva uña se presentaran ondulaciones, estrías u otras deformidades, como cita Lee.⁵

Algunos autores han ensayado otros métodos quirúrgicos, sobre todo en aquellos casos que presentan recidivas o localizaciones del tumor en lugares de difícil acceso: Salami² cita la piezos cirugía; Benchakroun y colaboradores⁸ utilizan la escleroterapia, con buenos resultados; Horne⁹ y su grupo emplean la radiación estereotáxica, y Sheehan,¹⁰ la cirugía con el llamado bisturí gamma.

Hasta el momento de la redacción del presente artículo, ambas pacientes tenían más de un año de operadas y no habían presentado recidiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mattioli Leite V, Ulson H, Faloppa F, Manna Albertoni W, Laredo Filho J. Tumor glômico. Considerações clínicas. Rev Cubana Ortop Traumatol [internet]. 1996 ene.-jun. [citado 23 mayo 2013];10(1):[aprox. 5 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-215X1996000100002&script=sci_arttext
2. Salami A, Mora R, Dellepiane M. Piezosurgery in the exeresis of glomus tympanicum tumours. Eur Arch Otorhinolaryngol [internet]. 2008 Sep. [citado 23 mayo 2013];265(9):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://download.springer.com/static/pdf/357/art%253A10.1007%252Fs00405-007-0567-7.pdf?auth66=1405515229_8747b0905847e23456ac5805e26d65a1&ext=.pdf
3. Chirila M, Rogojan L. Glomangioma of the nasal septum: A case report and review. Ear Nose Throat J [Internet]. 2013 Apr.-May [citado 5 jun. 2013];92(4-5):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://europemc.org/abstract/MED/23599117>
4. Min T, Jun H, Dong W, Xin-Ye H, Meng-Su Z, Xiu-Zhong Y. Glomus tumor in the stomach: computed tomography and endoscopic ultrasound findings. World J Gastroenterol [internet]. 2013 Feb. 28 [citado 23 mayo 2013];19(8):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3587493/>
5. Chang M, Lee Y, Baek S, Lee TS. Orbital glomus tumor in an Asian patient. BMC Ophthalmol [internet]. 2012 Dec. 5 [citado 23 mayo 2013];12:[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2415/12/62/>
6. Yanai T, Tanaka T, Ogawa T. Immunohistochemical demonstration of cyclooxygenase-2 in glomus tumors. J Bone Joint Surg Am [internet]. 2013 Apr. 17 [citado 23 mayo 2013];95(8):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://jbsj.org/content/95/8/725>
7. Hyun Lee S, Ryung Roh M, Yang Chung K. Subungual Glomus Tumors: Surgical Approach and Outcome Based on Tumor Location. Dermatol Surg [internet]. 2013 Mar. 6 [citado 23 mayo 2013]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/enhanced/doi/10.1111/dsu.12181/>
8. Benchakroun M, Zaddoug O, Boussouga M, Boukhris J, Jaafar A. Sclerotherapy for recurrent glomus tumors. J Mal Vasc [internet]. 2013 May [citado 10 jun. 2013];38(3):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://europemc.org/abstract/MED/23660495>

9. Horne ZD, Karam SD, Rashid A, Snider JW, Lax A, Ozdemirli M, *et al.* The use of stereotactic body radiation therapy for local control of glomangiomas: a case report. *Front Oncol* [internet]. 2013 Mar. 5 [citado 19 jul. 2013];3[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3588111/>
10. Sheehan JP, Tanaka S, Link MJ, Pollock BE, Mathieu D, Duma C, *et al.* Gamma Knife surgery for the management of glomus tumors: a multicenter study. *J Neurosurg* [internet]. 2012 Aug. [citado 23 mayo 2013];117(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22680240>

Recibido: 22 de junio de 2014

Aprobado: 18 de julio de 2014

Dr. Sergio Morales Piñero. Especialista de Segundo Grado en Ortopedia y Traumatología.
Profesor Auxiliar. Hospital Mártires del 9 de Abril. Sagua la Grande, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: yailinro@undosovcl.sld.cu