

## Tumor glómico subungueal

Subungual glomus tumor

PATRICIA CHANG,\* HÉCTOR MAZARIEGOS\*\*

GUSTAVO CHANG,\*\*\* VÍCTOR FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ\*\*\*\*

\*Dermatóloga; \*\*Cirujano plástico; \*\*\*Radiólogo; \*\*\*\*Patólogo, Hospital Ángeles.

### RESUMEN

**S**E REPORTA —POR LA RAREZA DEL PADECIMIENTO— EL CASO DE UNA PACIENTE FEMENINA DE 42 AÑOS DE EDAD CON UN TUMOR GLÓMICO SUBUNGUEAL DE ONCE AÑOS DE EVOLUCIÓN, CUYAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS FUERON DOLOR, DISCROMÍA Y DISTROFIA UNGUEAL.

**PALABRAS CLAVE:** TUMOR GLÓMICO, REGIÓN SUBUNGUEAL

### ABSTRACT

**W**E REPORT THE CASE OF A FEMALE PATIENT OF 42 YEARS OLD WITH A SUBUNGUAL GLOMUS TUMOR, IN THE SECOND LEFT FINGER, WHICH HAS BEEN PRESENT FOR 11 YEARS. THE CLINICAL MANIFESTATIONS WERE PAIN, DISCOLORATION AND DYSTROPHIC FINGERNAIL CHANGES.

**KEY WORDS:** GLOMUS TUMOR, SUBUNGUAL LOCALIZATION

### Caso clínico

Paciente femenina, 42 años de edad, ama de casa que presenta una dermatosis localizada en la uña del dedo índice izquierdo, constituida por discromía en el borde proximal y distrofia ungueal (Figura 1). Resto del examen físico: múltiples manchas café con leche y neurofibromas (neurofibromatosis).



Figura 1. Distrofia ungueal e hiperpigmentación de la cutícula.

Su padecimiento comenzó hace once años con dolor de la uña del dedo índice izquierdo, para lo cual recibió múltiples analgésicos que la aliviaron parcialmente, pero hace seis años la piel de la cutícula se empezó a poner oscura, y en los últimos dos meses el dolor le aumentó irradiándosele al hombro e imposibilitándole realizar normalmente sus labores habituales. Durante ese periodo la uña se le cayó cuatro veces y cambió de forma, por lo cual le fue diagnosticada una onicomicosis y recibió diferentes antifúngicos orales sin obtener ningún alivio, motivo por el cual consulta. Antecedentes de importancia: neurofibromatosis.

Con estos datos clínicos se hace el diagnóstico de un neurofibroma subungueal por lo que se le realiza rayos x y ultrasonido de la falange distal del dedo índice izquierdo. La radiografía mostró edema de tejidos blandos, y el ultrasonido, la presencia de una masa sólida de  $8 \times 4 \times 6 \times 3$  mm, sin compromiso óseo (Figuras 2 y 3).

### CORRESPONDENCIA:

Dra. Patricia Chang  
Hospital Ángeles  
2ª Av. 14-74 zona 1  
01001 Guatemala, CA.  
E-mail: pchang@intelnet.net.gt

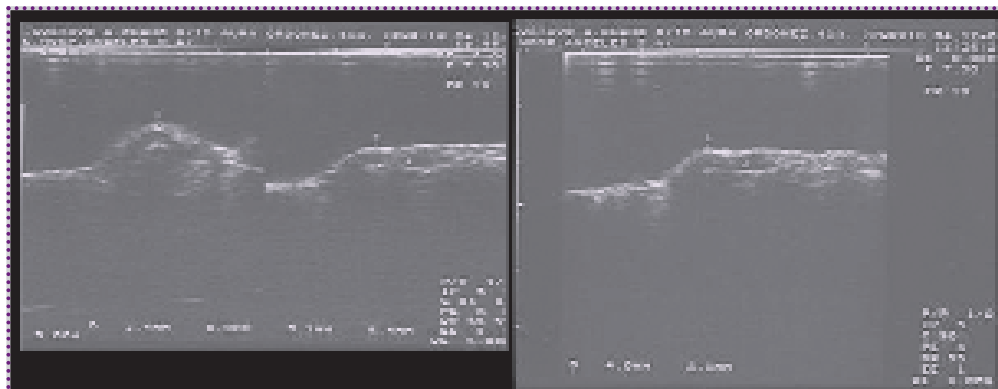


Figura 2 y 3. Los cortes longitudinal y transverso muestran masa hipogénica en el borde interno del dedo índice izquierdo, cuyos contornos son regulares, de aspecto sólido y con datos ultrasonográficos de benignidad.

Con estos hallazgos se le realizó una exploración quirúrgica en L a nivel del borde interno de la falange distal; se encontró una masa de 0.5 cm, de coloración rosada, dura, la cual fue resecada en su totalidad y enviada a patología. La histología reportó una neoplasia que forma lóbulos de diferente tamaño, rodeados por tejido fibroso, en la cual hay numerosos vasos sanguíneos, las células son ovales en un patrón sólido sin actividad mitótica ni cambios atípicos, todo lo cual hace el diagnóstico de un tumor glómico (Figuras 4, 5 y 6). La paciente ha sido vista posteriormente, el dolor le ha desaparecido por completo y le han quedado un dedo y una uña funcionales.

El tumor glómico es un tumor de glomus neuromioarteriales, compuesto de canales vasculares que están rodeados de proliferación de células glómicas y fibras nerviosas.<sup>1</sup>

Ha sido llamado *glomus* o *glomangioma*.<sup>2</sup> Clínicamente puede manifestarse en forma solitaria y múltiple, la más frecuente es la solitaria, que se ve en adultos, y la múltiple en niños. Puede aparecer entre la segunda y la quinta décadas de la vida. Afecta a ambos sexos;<sup>2</sup> sin embargo, los subungueales son más frecuentes en mujeres.<sup>3</sup>

La forma solitaria se caracteriza por un nódulo azul violáceo cuyo tamaño varía de 1 a 20 mm, y puede localizarse en la extremidad superior, con predominio en la mano, particularmente en la punta de los dedos (75%)<sup>1</sup> y a nivel subungueal (45%).<sup>2</sup> Además, pueden verse en cabeza, cuello y pene.<sup>1</sup> De todos los tumores de las manos, 1 o 2% son glómicos.<sup>1</sup>

Este tumor es doloroso y el dolor puede ser espontáneo, secundario a trauma, a cambios de temperatura, sobre todo del calor al frío, o por presión directa; es lancinante, paro-

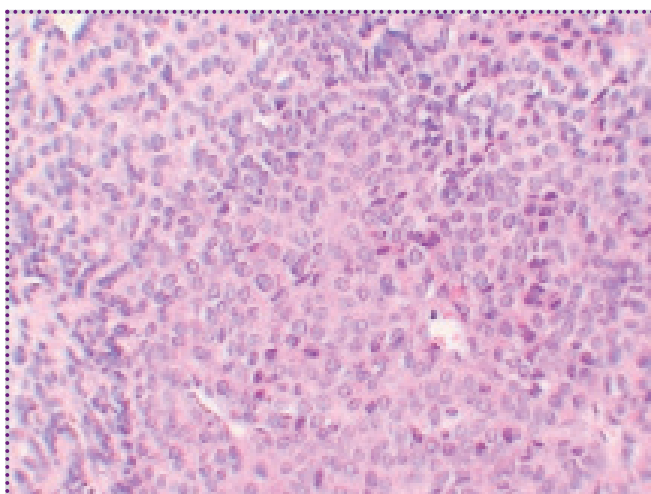


Figura 4. Se observa tumor bastante celular. Se identifican varios capilares (10 X).

xístico, empeora por las noches y es frecuente en lesiones de larga evolución.<sup>1-6</sup>

A nivel subungueal se manifiesta como una pequeña mancha azul o rojo azulada que rara vez es mayor de 1 cm, y 50% en esta localización pueden causar deformidades ungueales como un cordoncillo y fisuras, que son las más comunes.<sup>1</sup>

La forma múltiple puede ser autosómica dominante, menos frecuente,<sup>2</sup> con nódulos más grandes y de color azulado situados en dermis profunda; pueden estar centrados en un área o diseminados, pueden no causar dolor y cuando lo presentan puede estar localizado en un nódulo o en varios. Cuando son generalizados pueden presentar el síndrome de Kasabach Merrit.<sup>5</sup>

El diagnóstico se basa en los datos clínicos y la histología lo confirma. Cuando son solitarios presentan una cápsula fibrosa, y dentro de ésta la presencia de luces vasculares tapizadas por una capa de células endoteliales aplanadas. Por fuera, capas de células glómicas que semejan células epitelioides por el citoplasma algo eosinófilo, núcleo grande, redondeado u ovalado y bastante uniforme. La forma múltiple no posee cápsula y los espacios vasculares son mucho más grandes, de forma irregular, tapizados por una sola capa de células endoteliales y el número de células glómicas es mucho menor.<sup>4,5</sup>

La inmunohistoquímica de las células glómicas son vimentina, actina muscular 42kD con HHF35 y actina del músculo liso CGA 7 positivas. Puede ayudar para el diagnóstico realizar un ultrasonido, arteriografía o resonancia magnética de la lesión.<sup>1</sup> El tratamiento es quirúrgico y

puede recurrir de 10 a 20% y no es necesaria la amputación de la falange.<sup>1,2</sup>

#### REFERENCIAS

1. Sanderson KV, Mackie R. "Tumors of the skin". In: Rook A, Williams DS, Ebling FJG. *Textbook of Dermatology*. Blackwell Scientific Publication, London 1979: 1840, 2220-2221
2. Arenas R. *Dermatología. Atlas, diagnóstico y tratamiento*. McGraw-Hill Interamericana, 1996: 442-443
3. Lynn F. "Neoplasias e hiperplasias de origen neural y muscular". In: Fitzpatrick T, Eigen A, Wolf K, Freedderg I, Aresten KF. *Dermatología en Medicina Interna*. Panamericana, Buenos Aires 1980: 789-790
4. Lever W, Schaumburg Lever G. *Histopatología de la piel*. Intermédica Argentina; 1990: 655-657
5. Mc Kee PH. *Essential skin pathology*. Mosby, Boston 1988: 242
6. Okun MR, Edelstein LM, Fisher BK. *Gross and microscopic pathology of the skin*. Canton, MA, USA Dermatopathology Foundation Press Inc

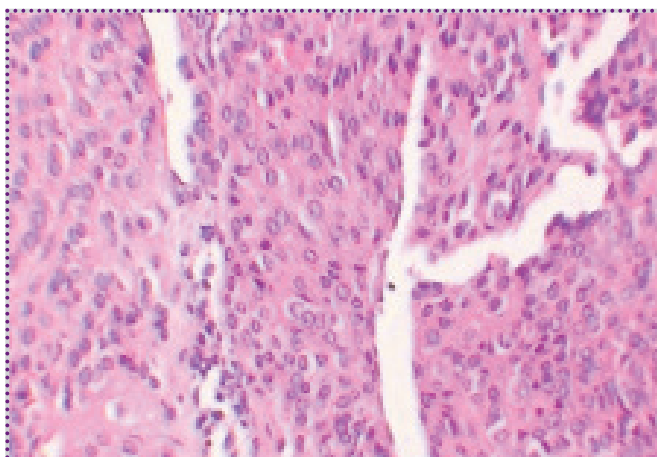


Figura 5. La presencia de un tumor formado por células redondas u ovals, bastante homogéneas, alrededor de vasos sanguíneos sin pleomorfismo celular (40 X).

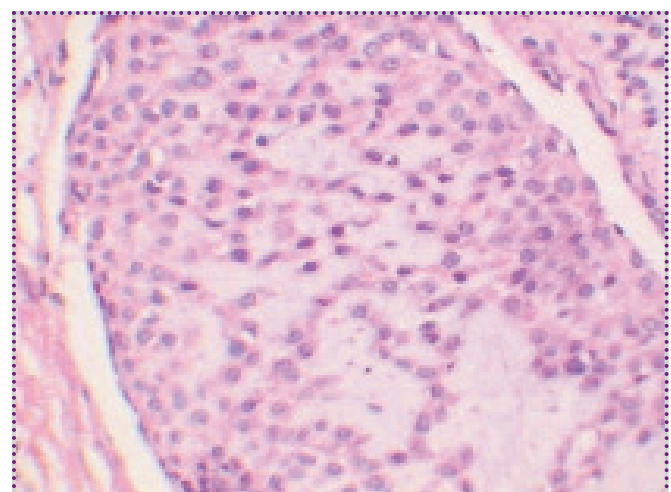


Figura 6. Además de los hallazgos descritos, hay zonas de aspecto mixoide (40X).