

Tumor glómico subungueal: tratamiento quirúrgico

Subungueal glomus tumor: surgical treatment

Josefina Carbajosa-Martínez,¹ Natasha A. Medina-Vicent,² Beatriz García de Acevedo,³ Eder Juárez-Durán⁴ y Roberto Arenas⁵

¹ Dermatóloga, práctica privada, Hospital Médica Sur, Ciudad de México

² Residente de Dermatología, Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos, ISSSTE; Diplomado de Micología Médica, Hospital General Dr. Manuel Gea González

³ Dermatóloga, práctica privada, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México

⁴ Médico adscrito a la Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

⁵ Jefe de la Sección de Micología, Hospital General Dr. Manuel Gea González

RESUMEN

El tumor glómico subungueal se presenta con una tríada clásica de dolor paroxístico, sensibilidad intensa e intolerancia al frío. La localización subungueal es muy frecuente y necesita un tratamiento quirúrgico especializado.

PALABRAS CLAVE: tumor glómico, diagnóstico, subungueal, cirugía.

ABSTRACT

Subungual glomus tumors typically present with a classic triad of paroxysmal pain, intense tenderness, and cold intolerance. The subungual location is very common and requires specialized surgical treatment.

KEYWORDS: glomus tumor, diagnosis, treatment, subungual.

Introducción

El tumor glómico es un tumor vascular, benigno, que se origina de los cuerpos glómicos neuromioarteriales. Presenta una tríada clínica característica de dolor intenso e hipersensibilidad tanto al tacto como a la temperatura.¹ Los cuerpos glómicos pueden ocurrir en cualquier parte del cuerpo, pero están muy concentrados en pulpejos de los dedos y sobre todo subungueales.¹⁻³ El diagnóstico se hace con la observación clínica, la sintomatología y se puede puntualizar con una imagen dermatoscópica (figuras 1-3). Se confirma con el estudio histopatológico, y se recomienda realizar inmunohistoquímica, ya que la actina de músculo liso es el tipo de actina más útil como marcador individual en el diagnóstico histopatológico (figuras 4 y 5).

Para el diagnóstico son útiles estudios de imagen como la ecografía y la resonancia magnética nuclear. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica del tumor, que puede realizarse mediante un abordaje lateral o transungueal, según las características del caso, y las complicaciones relacionadas con el manejo quirúrgico son fundamentalmente la recidiva y la distrofia ungüeal.⁴ Presentamos el manejo con casos clínicos.



Figura 1. Tumor glómico.

CORRESPONDENCIA

Dra. Josefina Carbajosa-Martínez ■ Carbajosa@prodigy.net.mx
Hospital Médica Sur, Puente de Piedra 150, Colonia Toriello Guerra, C.P. 14050, Alcaldía Tlalpan, Ciudad de México

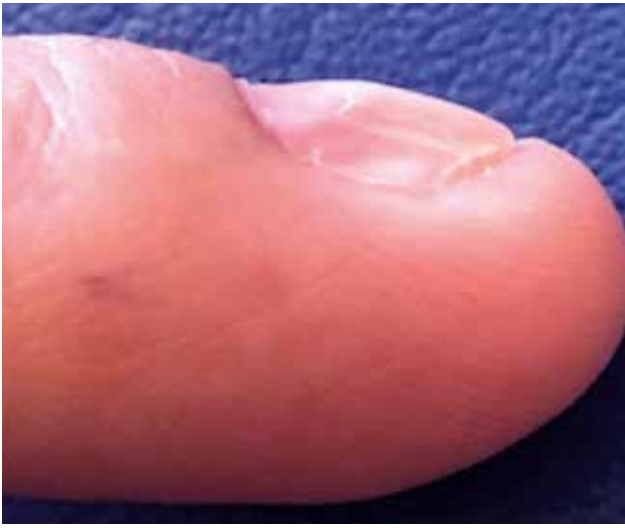


Figura 2. Tumor glómico, vista lateral.

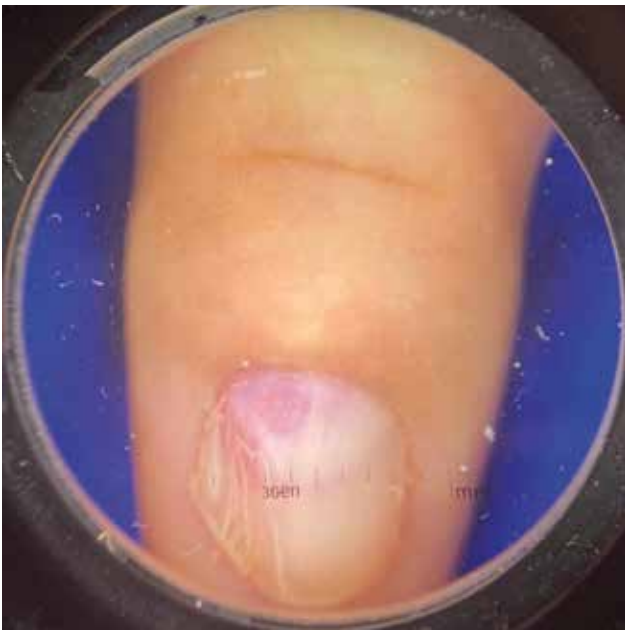


Figura 3. Tumor glómico bajo dermatoscopia.

Ilustración del tratamiento quirúrgico

Una vez realizado el diagnóstico clínico, con la ayuda de la ecografía la cirugía es el tratamiento de elección. Se puede hacer el procedimiento en el consultorio, con anestesia local. Se procede a hacer un bloqueo digital con xilocaína simple en la zona distal del dedo afectado. Se recomienda la infiltración en el dorso del dedo, ya que produce menos dolor y se percibe un solo pinchazo, a diferencia de la técnica de doble punción en las zonas laterales del dedo. Se infiltra en abanico, hacia las zonas laterales en donde están los nervios a bloquear (**figura 6**).

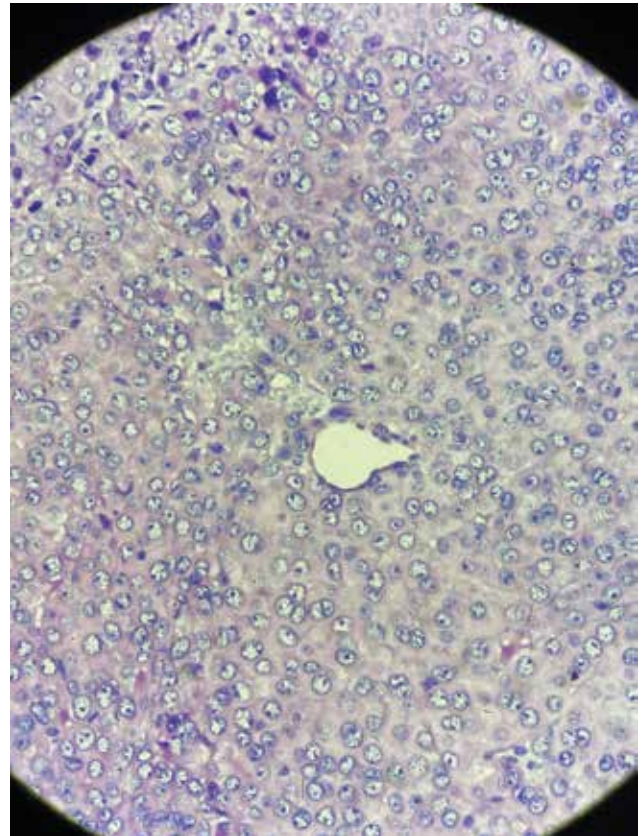


Figura 4. Histopatología del tumor glómico (H-E 4x).

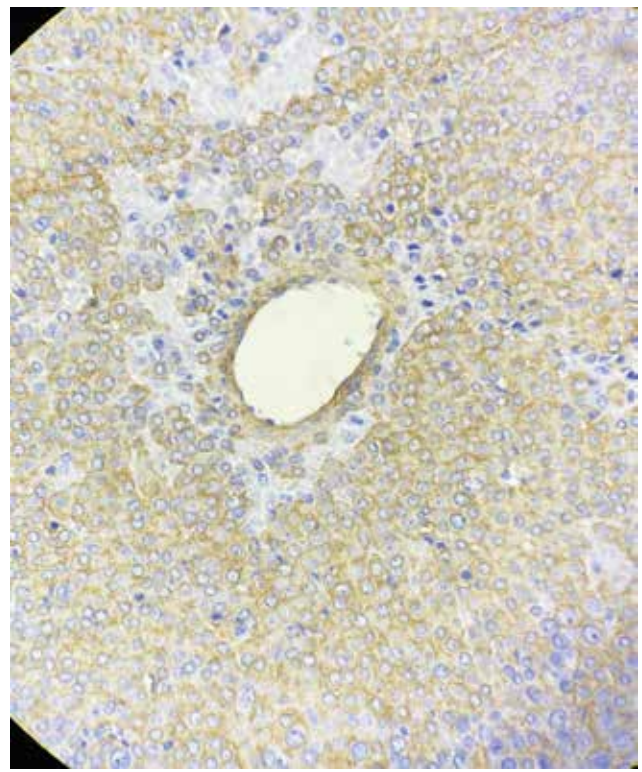


Figura 5. Inmunohistoquímica del tumor glómico (actina 4x).

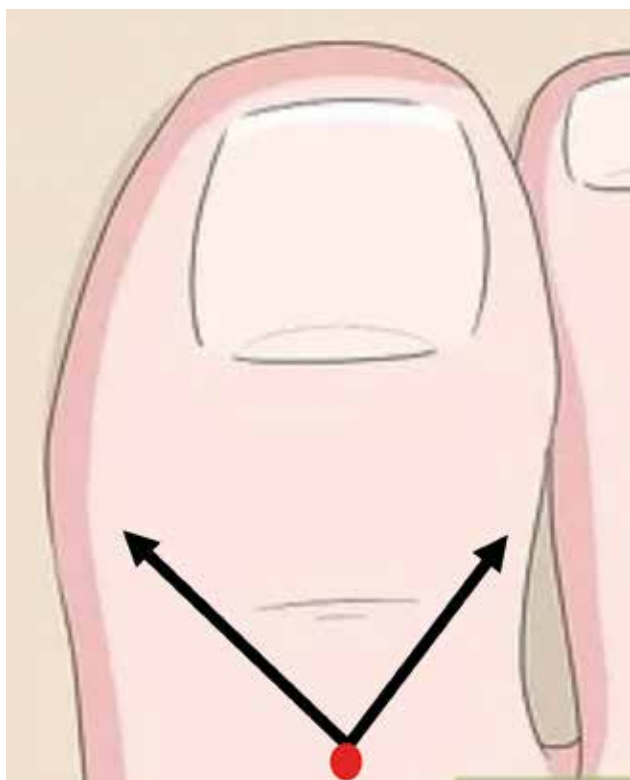


Figura 6. Infiltración en el dorso del dedo dirigiendo la aguja a ambos lados, para disminuir el dolor.

En el dedo afectado se coloca un guante estéril, y en la zona proximal se hace un torniquete para generar isquemia transitoria, y así tener un campo con menos sangrado. Se procede a despegar la lámina ungueal, en la zona de la neoformación, para exponer el campo quirúrgico; en este caso se hizo una incisión en la piel cercana a la neoformación, zona proximal de la uña, para disecar la neoformación, haciendo una revisión minuciosa del lecho y la periferia para evitar dejar tumor residual (**figura 7**). Después de este paso se vuelve a colocar la lámina ungueal, para que haga un efecto de prótesis, y se sutura con nylon 3 o 4 ceros, para mantener la uña fija, de esta forma el postoperatorio será menos doloroso (**figuras 8 y 9**).

Se debe retirar la isquemia que se aplicó al iniciar la cirugía, valorar que no haya sangrado, se termina colocando un apósito con gasa estéril y se indican analgésicos y reposo de la zona tratada mínimo durante 10 días. Es conveniente dejar las suturas para que la lámina ungueal actúe como prótesis y proteja la zona cruenta.

La uña retoma su crecimiento y alcanzará la recuperación total aproximadamente a los seis meses. La lámina ungueal que se deja se puede retirar una vez que inicie la aparición de la nueva uña. La recidiva es factible, pero poco frecuente.



Figura 7. Tumor glómico expuesto, con colgajo unilateral.

Comentarios

Típicamente, el tumor glómico tiene una localización subungueal y se considera una tumoración aislada y esporádica, sin embargo, recientemente se confirmó una fuerte asociación con la neurofibromatosis tipo 1.⁵ En una revisión en PubMed, Ovid Medline y Cochran se documentaron 36 pacientes con tumor glómico y neurofibromatosis, en 79% se afectó a mujeres, fue multifocal en 32%, con un promedio de 1.4 tumores por paciente y localización subungueal en 38%.⁶

El diagnóstico inicial es clínico, pero son de mucha utilidad la ecografía y la resonancia magnética. El mejor tratamiento es la escisión quirúrgica y la técnica depende de la localización.^{7,8}

El procedimiento se puede realizar en el consultorio, con anestesia local, con bloqueo con xilocaína simple en



Figura 8. Colocación de la lámina ungueal.



Figura 9. Sutura con nylon 3 o 4 ceros.

la zona distal del dedo afectado. Como se mencionó en la técnica, se despega la lámina ungueal, se diseña la neoformación y se vuelve a colocar la lámina ungueal para que haga un efecto de prótesis para tratar que el postoperatorio sea menos doloroso.

Conclusión

El tumor glómico es un tumor benigno poco frecuente de tejidos blandos, que surge de los cuerpos glómicos neuromioarteriales. El cuadro clínico típico, junto con la exploración física, son las claves para realizar el diagnóstico. Las pruebas de imagen se pueden hacer de manera complementaria, sobre todo para excluir otros tumores dolorosos y para definir las dimensiones. Se puede tratar eficazmente mediante escisión quirúrgica, por lo que es importante tener un alto grado de sospecha del tumor e incluirlo en los diagnósticos diferenciales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Samaniego E, Crespo A y Sanz A, Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal, *Actas Dermosifiliogr* 2009; 100(10):875-82.
2. Falcone MO, Asmar G y Chassat R, Subungual glomus tumor, *Hand Surg Rehabil* 2024; 43S:101607.
3. Koç O, Kivrak AS y Paksoy Y, Subungual glomus tumour: magnetic resonance imaging findings, *Australas Radiol* 2007; 51 Spec:B107-9.
4. Gombos Z y Zhang PJ, Glomus tumor, *Arch Pathol Lab Med* 2008; 132(9):1448-52.
5. Aqil N, Gallouj S, Moustaid K *et al.*, Painful tumors in a patient with neurofibromatosis type 1: a case report, *J Med Case Rep* 2018; 12(1):319.
6. Harrison B y Sammer D, Glomus tumors and neurofibromatosis: a newly recognized association, *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2014; 2(9):e214.
7. Lee SH, Roh MR y Chung KY, Subungual glomus tumors: surgical approach and outcome based on tumor location, *Dermatol Surg* 2013; 39(7):1017-22.
8. Gargollo Orvañanos C, Gutiérrez Gómez C, Rosales Galindo VM *et al.*, Experiencia en tumores glómicos en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (México): Reporte de casos, *Cir Plást Ibero-Latinoam* 2010; 36(4):369-74.