



Localizador: 17004

Descripción de técnica quirúrgica para el tratamiento del tumor glómico subungular

A surgical technique description for the treatment of subungual glomus tumor

Tatiana María Restrepo Castaño,* Camila Pérez Madrid,†
Ángela María Londoño García§

Palabras clave:

Tumor glómico,
resección transungular,
subungular.

Key words:

Glomus tumor,
transungular resection,
subungular.

RESUMEN

El tumor glómico es un tumor vascular benigno raro, derivado del cuerpo glómico neuromioarterial. Dentro de sus características clínicas se describe la tríada de sensibilidad al frío, dolor paroxístico intenso y localización exquisita del punto doloroso. Se describe el caso clínico de una paciente de 41 años con una lesión subungular dolorosa en el primer dedo de la mano derecha, compatible clínicamente y radiológicamente con tumor glómico, se le realiza resección quirúrgica con técnica transungular con reposicionamiento de la placa ungular, la cual se describe a continuación.

ABSTRACT

The glomus tumor is a rare benign vascular tumor derived from the neuromioarterial glomus body. Within its clinical characteristics the triad of sensitivity to cold, intense paroxysmal pain and exquisite location. We describe the clinical case of a 41-year-old female patient with a painful subungular lesion on the thumb of the right hand, clinically and radiologically compatible with a glomus tumor, is described. She is surgically resected with a transungular technique with repositioning of the nail plate, which is described below.

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico fue descrito por primera vez por Wood en 1912, pero fue Masson quien le dio su nombre en 1924. Se trata de un tumor vascular benigno que se deriva de unas estructuras llamadas cuerpos glómicos, las cuales son aparatos neuromioarteriales encargados de la termorregulación y regulación del flujo sanguíneo local.^{1,2} Pueden encontrarse en cualquier parte de la dermis reticular en todo el tegumento, pero hasta 80% se localizan en extremidades superiores, siendo muy común la ubicación subungular donde hay una mayor concentración de los cuerpos glómicos.^{1,3,4} El tratamiento de elección es la cirugía, aunque sus mayores riesgos son la deformidad ungular y las recurrencias.^{1,3} De forma tradicional se han descrito dos principales técnicas quirúrgicas: la lateroangular o aproximación de Keyser Littler y la transungular, que proporciona una mayor visión de toda la región y hace posible la escisión quirúrgica precisa y completa.^{3,5}

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una paciente de 41 años de edad, residente en Medellín que consulta por un cuadro de tres años de evolución de aparición de una lesión en la región proximal subungular del pulgar derecho, asociada a dolor intenso a la palpación y con la exposición al frío, además de distrofia de la lámina ungular. Refería que era el primer episodio, sin otros hallazgos a la revisión por sistemas ni antecedentes patológicos de importancia. Al examen físico se observa distrofia canalicular en uña del pulgar derecho con estriaciones longitudinales en el centro de la placa, onicosquisis y dolor intenso a la palpación del pliegue ungular proximal a nivel central del eponiquio (*Figura 1A*).

Se solicita resonancia magnética que revela lesión tumoral ubicada entre el pliegue proximal de la uña y cutícula del primer dedo de la mano derecha compatible con tumor glómico (*Figura 1B*), la cual concuerda con la clínica, por lo que se decide realizar tratamiento quirúrgico.





Figura 1. Clínica y RMN del tumor glómico.

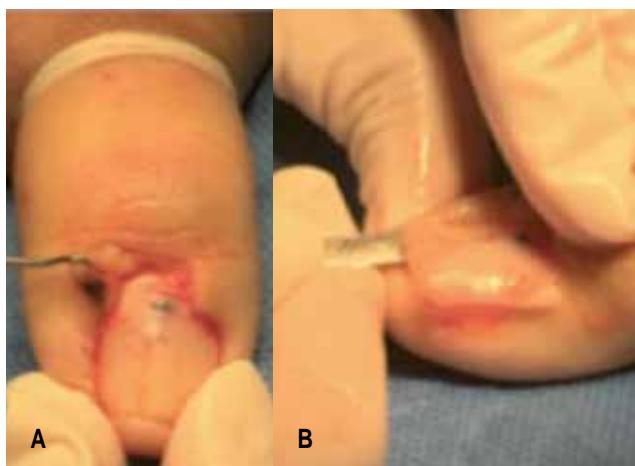


Figura 2. Imagen de la técnica quirúrgica.

Por la localización de la lesión se elige la técnica de resección transungular con posterior reposicionamiento de la placa ungular, la cual se describe a continuación.

Técnica quirúrgica

1: Previa asepsia y antisepsia con jabón de clorhexidina, se marca con azul de metileno, utilizando aguja No. 26, la zona probable del tumor glómico en la región donde se presentaba mayor dolor a nivel del pliegue ungular proximal del dedo descrito, previo a infiltración anestésica.

2: Se realizó un bloqueo proximal con lidocaína al 1% más bupivacaína al 0.5%, ambas sin epinefrina, con punción en la parte dorsal del dedo y dirección lateral de la aguja, haciendo un depósito en anillo del anestésico.

3: Con el dedo de un guante estéril con un corte pequeño en la punta se hizo vaciamiento vascular del dedo afectado, desde la parte distal hacia la proximal, plegándolo hasta dejarlo como torniquete.

4: Se practicó una incisión en L a nivel del eponiquio con una hoja de bisturí No. 15, dirigiéndola longitudinalmente hasta el pliegue interfalángico distal y luego en forma curva hacia la parte lateral. Se divulsionó con disector de Free hasta exponer la zona marcada con azul de metileno (*Figura 2A*).

5: Se retira parcialmente la lámina ungular con sonda ananalizada (*Figura 2B*).

6: Se realiza incisión lineal en zona marcada con azul de metileno (*Figura 3A*), observándose la lesión tumoral de alrededor de 3 mm de aspecto cauchoso, la cual se extrae de manera completa (*Figuras 3B, 4A y 4B*).

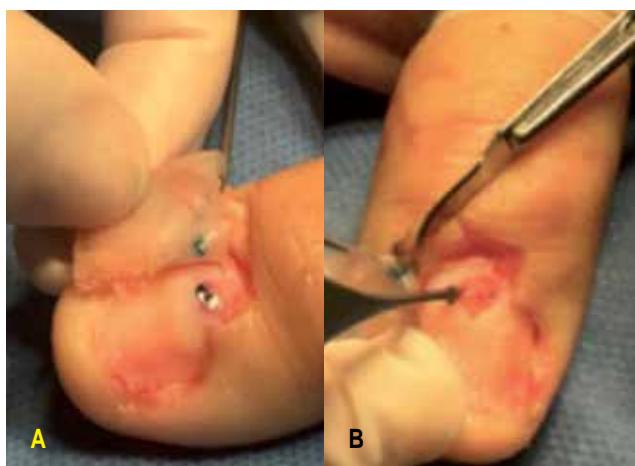


Figura 3. Imagen de la técnica quirúrgica.



Figura 4. Imagen de la técnica quirúrgica.

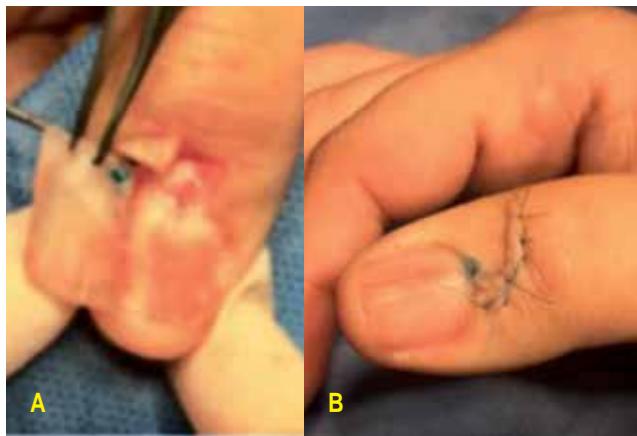


Figura 5. Imagen de la técnica quirúrgica.

- 7: Se sutura lecho con vycril 6-0 (*Figura 5A*).
- 8: Se reposiciona la lámina a manera de férula (*Figura 5A*).
- 9: Se sutura pliegue proximal con premilene 6-0 (*Figura 5B*).
- 10: Se retira torniquete, se deja curación con Adaptic y se aplica vendaje compresivo.

La paciente no presentó complicaciones y hasta el momento ha tenido una buena evolución luego de dos meses de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

Los tumores glómicos son poco frecuentes, de 1 a 5% corresponden a la mano y de 25 a 75% se localizan en la región subungular. Es más común en mujeres de edad media entre la tercera a quinta décadas de la vida.^{1,6}

Dentro de la fisiopatología se ha propuesto que una debilidad en los cuerpos glómicos puede producir una hipertrofia reactiva secundaria a un traumatismo o también se ha mencionado que pueden corresponder a hamartomas que están hipertróficos. Los cambios de temperatura ocasionan una contracción de los miofilamentos de las células glómicas que resulta en un aumento de la presión intracapsular que se transmite por las fibras nerviosas no mielinizadas, causando el dolor.^{1,6}

Los tumores glómicos se clasifican en dos grandes grupos: los solitarios que corresponden a 90% de estas lesiones, las cuales se encuentran más comúnmente en zonas acrales en especial la subungular, como ya se ha mencionado, y los múltiples, también llamados glomangiomas que forman parte del restante 10% relacionados

ocasionalmente con la neurofibromatosis tipo I, aparecen a edades más tempranas y se heredan con un patrón autosómico dominante, además son más prevalentes en hombres y no suelen ser dolorosos en contraposición con los tumores glómicos solitarios.^{2,3,6}

Clínicamente se observa una masa visible o palpable en la región subungular, una mácula o pápula rojo-violácea, asociada a distrofia ungular, en particular canalicular, que en muchos casos puede ser el único signo, como en nuestra paciente (*Figura 1*). La triada clásica consiste en dolor paroxístico, intolerancia al frío y dolor exquisito en la zona del tumor. No siempre están presentes todos los síntomas, siendo el dolor el más constante.⁴ Otros síntomas menos frecuentes son una hipopigmentación subungular, hipoestesia, atrofia, osteoporosis en la lesión y alteraciones autonómicas como el síndrome de Horner.²

Se han descrito algunas pruebas clínicas para ayudar al diagnóstico cuando éste no es muy claro, entre las cuales están: 1) Test de Love: se lleva a cabo utilizando una aguja o instrumento puntiforme para desencadenar dolor en la zona afectada, pero éste no se produce si el instrumento se aplica en el área inmediatamente adyacente al punto doloroso. Esta prueba tiene una sensibilidad de 100% y una especificidad de 0%. 2) Signo de Hildreth: se refiere a la desaparición del dolor al provocar isquemia en la extremidad afectada luego de poner un torniquete. Su sensibilidad fluctúa entre 77.4 y 92% y la especificidad entre 91 y 100%. 3) Prueba del frío: puede aplicarse agua fría o alcohol etílico en la zona de la lesión, lo cual desencadena el dolor, tiene una sensibilidad y especificidad de 100%.¹ 4) Prueba de transiluminación: se realiza en una habitación oscura proyectando luz a través del pulpejo. Se obtiene una imagen roja opaca de la zona donde está localizado el tumor y proporciona una idea estimada del tamaño. La sensibilidad está entre 23-38% y la especificidad es de 90%.^{3,6} La RMN (resonancia magnética nuclear) es la técnica de imágenes de elección para apoyar el diagnóstico. Las lesiones pueden verse como imágenes ligeramente hiperintensas o hipointensas en T1 e imágenes hiperintensas en T2. Esta técnica puede ser útil en lesiones precoces y muy pequeñas, ya que detecta imágenes hasta de 2 mm así como para pacientes que presentan recurrencias o resolución incompleta de los síntomas tras la cirugía.³ Desde el punto de vista histológico los tumores glómicos están constituidos típicamente por tres componentes: células glómicas, estructuras vasculares y células musculares lisas. Por tanto, según el componente que predomine, pueden categorizarse como tumor glómico sólido (corresponde a 75%, en el cual hay

pocas estructuras vasculares y células musculares escasas), glomangioma (corresponde a 20% con componente vascular prominente) o glomangiomioma (corresponde a 5% con predominio del componente vascular y de células musculares lisas).^{3,7} El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa del tumor con lo cual se espera la curación. El tiempo de recuperación es en promedio de 2 a 4 semanas, pero a veces el dolor tarda meses en desaparecer. Las principales complicaciones del tratamiento quirúrgico son las recurrencias (descripciones hasta en 15% de los casos en algunas series) y la distrofia ungular que ocurre al occasionar un daño en la matriz ungular; sin embargo, también puede producirse cuando se une el eponiquio a la matriz y por irregularidad de la superficie del lecho ungular tras la cirugía.⁸

Dentro de las técnicas quirúrgicas que existen se han descrito con mayor frecuencia dos subtipos: 1) la transungular, que a su vez tiene dos variedades: a) si el tumor glómico se localiza en la región subungular más proximal o se interviene «a ciegas»; en ésta tras realizar el bloqueo digital, se reseca la lámina ungular y se ejecutan dos incisiones en la parte proximal de los surcos periungulares laterales a 90° respecto del eponiquio, ésta es la técnica más comúnmente utilizada;³ no obstante, nosotros describimos esta técnica con algunas modificaciones como la realización de una sola incisión en L para disminuir el número de heridas y la morbilidad postquirúrgica. Posteriormente se levanta un colgajo de eponiquio, se hace una incisión longitudinal en el lecho ungular sobre la zona donde está localizado el tumor y éste se extirpa, después se cierra el lecho ungular con sutura reabsorbible 6-0 y a continuación se sutura el colgajo de eponiquio con sutura no reabsorbible 6-0.

Las indicaciones de esta técnica se restringen a tumores localizados en la región central subungual (más proximal, como en nuestro caso) y a las intervenciones «a ciegas» cuando no se cuenta con imágenes previas.⁹

La ventaja de este procedimiento es que se trata de una técnica sencilla que permite una buena visualización de las lesiones de localización completamente subungual con un porcentaje de recurrencias similar al de otros abordajes.

El principal inconveniente radica en la alta tasa de distrofia ungular, la cual se presenta en 3.3 a 26.3% de los casos.^{1,2} Como solución se ha propuesto la reposición de la uña en su lecho, lo que disminuye el porcentaje de onicodistrofia postoperatoria. La reposición de la uña en el lecho previene la adhesión del eponiquio a la matriz, actúa como un apósito que favorece la reparación del lecho ungular y disminuye el dolor.¹⁰ b) Si el tumor se

localiza más distalmente en la región subungular, éste se extirpa mediante una incisión en la lámina, reposicionando de nuevo el fragmento de placa extirpado sobre el defecto. Las indicaciones de este procedimiento son tumores de pequeño tamaño y de localización subungueal distal. Como ventaja destaca que es una intervención sencilla y menos traumática que la anterior, con apenas riesgo de deformidad.^{3,6}

2) La segunda técnica más descrita es la lateral, que a su vez se divide en dos subtipos: a) lateral subperióstica: se realiza una incisión dorsal a la línea lateral media. Se incide hasta la falange distal y se eleva un colgajo dorsal que contiene piel, lecho ungular y matriz germinal. Tras visualizar y extirpar el tumor, el colgajo se repone en su lugar original. b) Lateroungueal o laterodigital (Keyser-Littler): el abordaje también es lateral pero más alto, debajo del pliegue periungular lateral. El ligamento interóseo de la falange distal que da soporte lateral a la matriz y a la lámina ungular se identifica y se retira, levantando la matriz sobre el ligamento y el periostio de la falange distal. Tras extirpar el tumor se repone el colgajo y se sutura.

Está indicada en tumores localizados en la región subungueal periférica y en el pulpejo. Las ventajas son que presenta menor onicodistrofia con tasas de recurrencias similares a las de otras técnicas y un tiempo de recuperación a veces más corto. Su inconveniente radica en menor exposición del lecho en tumores localizados íntegramente en la zona periungular, sobre todo los de menor tamaño o que se operan «a ciegas». ^{3,5}

CONCLUSIONES

El tumor glómico subungular constituye una neoplasia benigna poco frecuente que en ocasiones llega al dermatólogo después de múltiples consultas en medicina general. Las manifestaciones clínicas típicas junto con la exploración física son la clave para establecer el diagnóstico. Cuando éste no es claro pueden usarse imágenes como la RMN. El tratamiento de elección es el manejo quirúrgico con diferentes técnicas descritas de acuerdo con la localización y tamaño de la lesión.

Correspondencia:

Camila Pérez Madrid

Carrera 30º Núm. 17 Sur 36, Apto 502,
Medellín, Antioquia, Colombia.

E-mail: camilaperezmadrid@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Grover C, Khurana A, Jain R, Rathi V. Transungual surgical excision of subungual glomus tumour. *J Cutan Aesthet Surg.* 2013; 6 (4): 196-203.
2. Lee W, Kwon SB, Cho SH, Eo SR, Kwon C. Glomus tumor of the hand. *Arch Plast Surg.* 2015; 42 (3): 295-301.
3. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Key diagnostic features and treatment of subungual glomus tumor. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100 (10): 875-882.
4. Song M, Ko HC, Kwon KS, Kim MB. Surgical treatment of subungual glomus tumor: a unique and simple method. *Dermatol Surg.* 2009; 35 (5): 786-791.
5. Vasisht B, Watson HK, Joseph E, Lionelli GT. Digital glomus tumors: a 29-year experience with a lateral subperiosteal approach. *Plast Reconstr Surg.* 2004; 114 (6): 1486-1489.
6. Machhindra MV, Garg B, Kotwalb PP. Glomus tumours of the hand: review of literature. *J Clin Orthop Trauma.* 2016; 7 (4): 286-291.
7. Ahmad Khan RD, Zain-Ur-Rehman M, Saeed UB, Chaudhary TM, Saeed MQ, Yasin A. Glomus tumours: outcome based on tumour location in hand. *J Pak Med Assoc.* 2015; 65 (11 Suppl 3): S3-S7.
8. Fong ST, Lam YL, So YC. A modified periungual approach for treatment of subungual glomus tumour. *Hand Surg.* 2007; 12 (3): 217-221.
9. Perera E, Sinclair R. Diagnosis using the nail bed and hyponychium. *Dermatol Clin.* 2015; 33 (2): 257-263.
10. Lee HJ, Kim PT, Kyung HS, Kim HS, Jeon IH. Nail-preserving excision for subungual glomus tumour of the hand. *J Plast Surg Hand Surg.* 2014; 48 (3): 201-204.

www.medigraphic.org.mx