

Tumor glómico solitario. Presentación de un caso

Dra. Myrna Rodríguez A,* Dra. Claudia Calderón R,** Dr. Alberto Ramos-Garibay***

RESUMEN

Presentamos el caso de paciente masculino de 42 años de edad con neoformación dolorosa en cara posterior del tórax de 14 años de evolución, diagnosticado por clínica e histología como tumor glómico. Se presenta el caso por lo infrecuente de la localización.

Palabras clave: Tumor glómico, glomangioma, tumores dolorosos de piel.

ABSTRACT

We report a case of a 42 year old man with a painful tumor of the skin on the back, with 14 years of evolution, that was diagnosed as glomus tumor by clinical and histological features. We present this case because the unusual localization of this tumor.

Key words: Glomus tumor, glomangioma, painful cutaneous tumors.

INTRODUCCIÓN

Los tumores glómicos son hamartomas derivados del cuerpo glómico, una anastomosis arteriovenosa dérmica importante en el control de la presión y temperatura de la sangre periférica. Ultraestructuralmente y por inmunohistoquímica se ha observado que derivan del músculo liso vascular.¹

El tumor glómico es una neoplasia benigna rara que aparece más frecuentemente entre los 25 y 40 años de edad, observándose en igual proporción en hombres y mujeres. Existen 2 variedades clínicas: solitarios y múltiples. El tumor glómico solitario es más común y se localiza principalmente en las extremidades, con predilección de los dedos y regiones subungueales,²⁻⁵ representa del 1 al 5% de todos los tumores de mano.⁶ Estas lesiones asientan más comúnmente en la piel y tejido celular subcutáneo y más raramente en órganos internos, incluyendo tracto gastrointestinal, tráquea, corazón, pulmones, tracto genitourinario, mesenterio, huesos, músculo, tendones y nódulos linfáticos. La mayoría de los tumores son pequeños (4 cm de diámetro máximo).⁷

El tumor glómico se manifiesta clínicamente como un nódulo solitario doloroso, firme, de color púrpura o rojo.^{2,3} El dolor se describe como paroxístico y de tipo lancinante que puede presentarse en forma espontánea o desencadenarse con cambios de temperatura, traumatismos o presión mecánica leve, especialmente cuando su localización es subungueal.^{2,4,6} En otras ocasiones se manifiesta como una mancha azulada, dolorosa e incluso con dolor local crónico exclusivamente, como en el caso de los tumores glómicos subcutáneos.⁸ Se menciona que la causa del dolor está dada por el número de fibras nerviosas intercaladas en el interior del tumor, o bien por la degranulación de mastocitos presentes. Se ha documentado también la relación del dolor con los niveles de estrógenos.⁹

La abolición del dolor que sigue a la elevación de la presión por insuflación con esfigmomanómetro, por encima de la presión sistólica (prueba de la isquemia), es altamente diagnóstica.⁶

Sólo el 10% de los tumores glómicos son del tipo múltiple; éstos son usualmente pequeños, midiendo menos de un cm de diámetro, pueden localizarse en cualquier área del cuerpo y son menos dolorosos que los solitarios.²⁻⁵ Son más frecuentes en hombres que en mujeres y se desarrollan 10 a 15 años más tempranamente que los solitarios; una tercera parte aparece antes de los 20 años de edad. Generalmente son menos

* Dermatóloga, Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 3er. año, Dermatología, CDP.

*** Dermatopatólogo, CDP.

de 10 lesiones y pueden desarrollar trombocitopenia por secuestro de plaquetas, similar al síndrome de Kasabach-Merritt.¹

Se refiere que el tipo de herencia de los tumores glómicos es autosómica dominante,¹⁰ en un estudio se observó que su aparición estaba ligada al cromosoma 1 p-21 y p-22 llamado "VMGLOM". Se supone que tales anomalías son originadas por mutaciones de novo, que pueden actuar en la regulación de la angiogénesis en asociación con la activación de un receptor específico para tirosin-cinasa en la célula endotelial (TIE2).¹¹

Histológicamente se describen como espacios vasculares revestidos de células endoteliales aplanadas, las cuales poseen un núcleo redondeado y un citoplasma eosinófilo. Los tumores glómicos solitarios se encuentran a menudo encapsulados y pueden tener fibras nerviosas, mientras que los tumores múltiples no están encapsulados y tienen fibras nerviosas pequeñas o están ausentes. En los tumores solitarios se describen 3 tipos histológicos: angiomaso, epitelioide y neuromatoso, y por la vascularidad que presentan y el tipo de estroma también se clasifican como vascular, celular con estroma mixoide y celular con estroma no mixoide.^{2,9}

Los tumores glómicos malignos son raros. Aunque se han reportado tumores glómicos malignos metastásicos, la mayoría de ellos son agresivos sólo localmente, con recurrencias locales múltiples. Se postula la hipótesis del origen de un glomangiosarcoma a partir de un tumor glómico benigno, aunque aún no está claro el mecanismo por el cual ocurre esta transformación.^{12,13}

CASO CLINICO

Se trata de paciente masculino de 42 años de edad, casado, originario y residente del Distrito Federal, atendido en el Centro Dermatológico Pascua en julio de 1999. A la exploración observamos dermatosis localizada al tronco del que afecta a la cara posterior del tórax a nivel del ángulo de la escápula, constituida por una neoformación hemiesférica de 2 cm de diámetro, de coloración violácea y consistencia firme, de superficie lisa y brillante, e intensamente dolorosa a la palpación (*Figura 1*). En resto de piel y anexos sin alteraciones. El motivo de consulta era una "verrugueta" pequeña en espalda de 14 años de evolución, inicialmente asintomática, que fue incrementándose en tamaño haciéndose intensamente dolorosa a la presión leve y el roce con la ropa. Con los datos



Figura 1.
Aspecto clínico de la lesión.

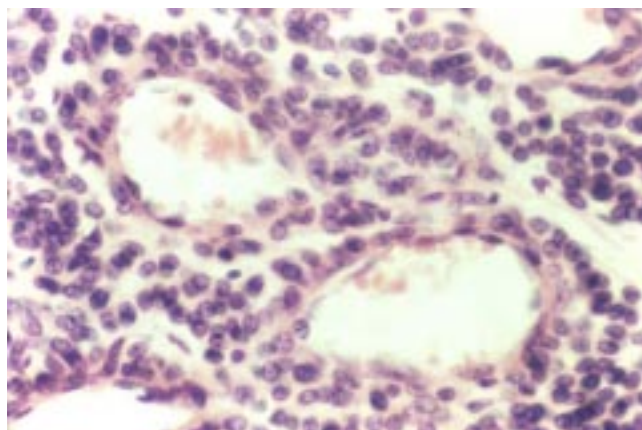


Figura 2. Tumor glómico H.E. 20x. en la dermis media se observan numerosos vasos de pequeño y mediano calibre, con dilatación y congestión, rodeados por masas de células glómicas.

anteriores se hizo el diagnóstico clínico presuntivo de tumor glómico, por lo que se realizó biopsia excisional, con No. 1626-99, en la cual se observó en la dermis media y profunda una neoformación bien circunscrita constituida por numerosos vasos de pequeño y mediano calibre, que muestran dilatación y congestión, rodeados por masas de células glómicas, inmersas en un estroma laxo, emitiéndose el diagnóstico histológico de tumor glómico (*Figura 2*).

DISCUSIÓN

El tumor glómico representa uno de los 7 tumores dolorosos de la piel (tumor glómico, leiomioma, espiroadenoma ecrino, neurilemoma, dermatofibroma, angioliopoma, tumor de células granulosas, endometriosis y neuroma). La variedad solitaria es más común que la múltiple y generalmente se localizan en zonas acrales, preferentemente en región subungueal. Se presenta este caso dada la localización poco frecuente en tronco de este tumor. El tipo de dolor, el tiempo de evolución así como la coloración violácea característica deben orientar al diagnóstico clínico de tumor glómico. El diagnóstico diferencial debe hacerse con nevo azul, hemangiomas, exostosis subungueal y dermatofibroma.

En la literatura se informa que la excisión quirúrgica completa es la opción terapéutica con mejores resultados y usualmente sin recidivas. Sin embargo, existen otras opciones de tratamiento como son la escleroterapia con soluciones salinas, sobre todo para los casos múltiples. Se ha practicado la aplicación de tetradecelesulfato de sodio intralesional, así como radioterapia y láser de argón para lesiones superficiales. El láser de CO₂ se ha utilizado con mejores resultados para las lesiones profundas

BIBLIOGRAFÍA

1. Brushan N, Kumar S, Griffiths C. Multiple glomus tumors, Coat's disease and basic fibroblastic growth factor. *Br J Dermatol* 1997; 137: 454-6.
2. Rodríguez M, Gutiérrez R, Novales J, de Alba L. Tumores cutáneos dolorosos. *Revista del Centro Dermatológico Pascua* 1995; 4(2): 90-3.
3. Peretz E, Grunwald M, Avinoach H, Halevy S. Solitary glomus tumor. *Aus J Dermatol* 1999; 40(4): 226-7.
4. Moor EV, Goldberg I, Westreich M. Multiple glomus tumor: a case report and review of the literature. *Ann plast Surg* 1999; 43(4): 436-8.
5. Foucher G, Le Viet D, Pajardi G. Glomus tumor of the nail area. Apropos of a series of 55 patients. *Rev Chir Orthop Reparatrice Appar Mot* 1999; 85(4): 362-6.
6. Nebreda CL, Urban BJ, Taylor AE. Upper extremity pain of 10 years duration caused by glomus tumor. *Reg Anesth Pain Med* 2000; 25(1): 69-71.
7. Acebo E, Val-Bernal F, Arce F. Giant intravenous glomus tumor. *J Cutan Pathol* 1997; 24: 384-89.
8. Ghaly RF, Ring AM. Supraclavicular glomus tumor, 20 year history of undiagnosed shoulder pain: a case report. *Pain* 1999; 83: 379-82.
21. Parsons M, Russo G, Fucich L, Millikan L, Kim R. Multiple glomus tumors. *Int J Dermatol* 1997; 36: 894-900.
22. Happle R, Koning A. Type 2 segmental manifestation of a multiple glomus tumors: A review and reclassification of 5 case reports. *Dermatology* 1999; 198(3): 270-2.
23. Boon LM, Brouillard P, Irrthum A, Karttunen L, Warman M, Rudolph R, Mulliken J, Olsen B, Vikkula M. A gene for inherited cutaneous anomalies ("glomangiomas") localizes to chromosome 1p21-22. *Am J Hum Genet* 1999; 65(1): 125-33.
24. Skelton HG, Smith KJ. Infiltrative glomus tumor arising from a benign glomus tumor: a distinctive immunohistochemical pattern in the infiltrative component. *Am J Dermatopathol* 1999; 21(6): 562-6.
25. Hegyi L, Cormack GC, Grant JW. Histochemical investigation into the molecular mechanisms of malignant transformation in a benign glomus tumor. *J Clin Pathol* 1998; 51(11): 872-4.