

Revista del
Centro Dermatológico Pascua

Volumen

Volume

12

Número

Number

3

Septiembre-Diciembre

September-December

2003

Artículo:

Tumor glómico solitario. Presentación
de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2003:
Centro Dermatológico Pascua

**Otras secciones de
este sitio:**

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Edigraphic.com

Tumor glómico solitario. Presentación de un caso

Dra. Alejandra María Cervantes Acevedo,* Dra. Myrna Rodríguez Acar**

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente del sexo masculino de 46 años de edad con neoformación dolorosa en antebrazo derecho, diagnosticado por clínica e histología como tumor glómico.

Palabras clave: Tumor glómico

ABSTRACT

We report the case of a 46 year old man with a painful tumor of the skin on the right forearm, diagnosed as glomus tumor by its clinical and histological features.

Key words: *Glomus tumor.*

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico es una neoformación vascular benigna que se origina a partir del segmento arterial del glomus cutáneo, los canales de Sucquet-Hoyer.^{1,2}

Desde la antigüedad, en textos médicos ya se hacía mención de la presencia de nódulos dolorosos en las obras de Hipócrates y Galeno.

En 1812 William Wood hace la primera descripción clínica de lo que llama "tubérculo subcutáneo doloroso".

En 1818 Kolaczek interpreta que este tumor es una variante del angiosarcoma.

En 1092 Grosser describe al cuerpo glómico normal.

En 1924 Masson lo identifica con el nombre de glomus neuromioarterial.

En 1934 Popoff describe detalladamente el cuerpo glómico normal.^{3,4}

Epidemiología

Afecta a personas jóvenes sin distinción de sexo, con un ligero predominio femenino cuando las lesiones se encuentran a nivel digital.⁵

Etiología

Su origen es desconocido. En casos múltiples se ha informado una herencia autosómica dominante.^{6,7}

Las células glómicas se asemejan a las musculares lisas modificadas de un sector de las anastomosis arteriovenosas (de Sucquet-Hoyer) que participan en la regulación de la temperatura, el globo. Los glomas se encuentran en la piel, en particular en las manos. Sin embargo, muchos tumores glómicos surgen en áreas que carecen de glomas. Por lo tanto, es factible que algunas lesiones resulten de la diferenciación de células mesenquimatosas pluripotenciales o musculares lisas comunes.⁸

Clasificación

Eyster y Montgomery fueron los primeros en proponer la división del tumor glómico dentro de dos tipos: solitario y múltiples (glomangiomas).^{9,10}

Características clínicas

El tumor solitario es el más frecuente. Se trata de una neoformación azulosa-púrpura de pocos milímetros de diámetro (inferior a 1 cm), sensible que puede provocar dolor paroxístico espontáneamente o ante traumatismos mínimos y cambios de temperatura. Se localiza en extremidades con predominio en las superiores y de éstas a nivel del lecho ungueal.¹¹

Los tumores glómicos múltiples se presentan en menos del 10% de los casos.^{12,13} Son poco comunes y suelen localizarse en un área, aunque frecuentemente son diseminados, no dolorosos y no afectan el lecho ungueal.^{11,14} Pueden ser subdivididos en los tipo regional, diseminado y en placas.¹⁵

La localización subungueal puede presentarse como máculas azuladas por debajo de la placa ungueal.

* Residente del 4to año, de Dermatología. Centro Dermatológico Pascua.

** Dermatóloga, CDP.

Histología

Los tumores glómicos solitarios son redondos, encapsulados y situados en la dermis. Tienen numerosos espacios vasculares los cuales están revestidos de células endoteliales aplanadas, rodeadas por una o varias capas de células glómicas, que poseen un núcleo redondo y citoplasma eosinofílico. Pueden observarse en estroma conectivo edematoso, fibroblastos aislados y algunos mastocitos.

Los glomangiomas no están encapsulados y se identifican por los grandes espacios vasculares irregulares que son revestidos por una capa fina de células endoteliales rodeadas de una capa de células glómicas.^{16,17}

Tratamiento

En las lesiones solitarias es quirúrgico, aunque se han mencionado otras opciones terapéuticas como: electrocirugía, escleroterapia, radioterapia con luz de electrones, tratamiento con láser CO₂ argón y pulsado de Rubí.^{2,18}

Caso clínico

Se trata de un paciente masculino de 46 años de edad, soltero, originario y residente del Distrito Federal, de ocupación obrero. Atendido por primera vez en el Centro Dermatológico Pascua en mayo del 2003, por presentar una dermatosis localizada en miembro torácico derecho, el cual afectaba el tercio proximal del antebrazo en su cara posterior, constituida por neoformación exofítica de aproximadamente 1 cm de diámetro, color rojo-violáceo, de bordes bien definidos, superficie lisa, brillante y consistencia blanda, discretamente dolorosa a la palpación. En el resto de piel y anexos no se encontraron alteraciones (Figura 1).

Interrogatorio: Refiere un padecimiento actual de 10 años de evolución con "un granito" que creció lenta y paulatinamente hasta alcanzar el tamaño actual, el cual le ocasionaba dolor con cualquier tipo de traumatismo. Dentro de sus antecedentes personales patológicos, refiere hipertensión arterial desde hace 2 años en control con betabloqueadores.

Con los datos anteriores se hizo el diagnóstico clínico presuntivo de tumor de anexos, por lo que se realizó biopsia excisional, en donde se encontró una lesión exofítica con atrofia de la epidermis, hiperqueratosis laxa. La dermis superficial, media y profunda estaba ocupada por numerosos vasos neoformados de diversos calibres, así como hendiduras vasculares, rodeados por dos y tres hileras de células glómicas. En otras áreas había masas más densas de células glómicas; observándose



Figura 1. Aspecto clínico de la lesión.

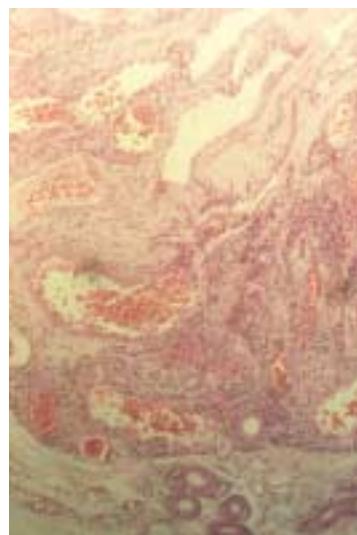


Figura 2.

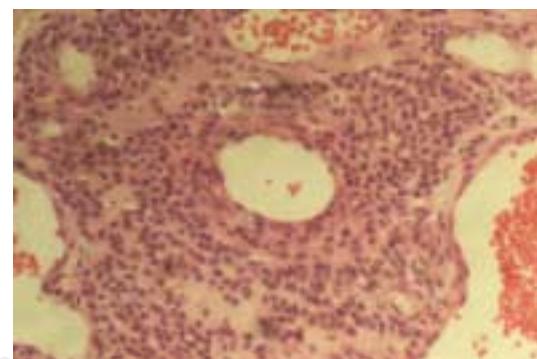


Figura 3.

Figuras 2 y 3. Tumor glómico: Se observa dermis superficial, media y profunda con numerosos vasos neoformados de diverso calibre, rodeados de 2 a 3 hileras de células glómicas. (H.E)

una neoformación vascular limitada por tejido colágeno de aspecto normal. Por lo que se emitió el diagnóstico de tumor glómico (*Figuras 2 y 3*).

COMENTARIOS

El presente caso nos sirve para ilustrar como el tumor glómico, aun en sus formas más típicas, sigue siendo una afección difícil de diagnosticar, ya que hay que distinguirlos de otros tumores dolorosos, sobre todo de los leiomiomas (angio y piloleiomiomas solitarios), neuromas, neurimomas, espiradenoma ecrino y algunos lipomas, lo que a veces sólo se consigue a través del estudio histopatológico. El tratamiento en este caso fue quirúrgico, con un seguimiento del paciente para valorar presencia de recidivas, aunque sabemos que esto se presenta en muy raras ocasiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Perrone G, Corrada P, Bocca M. Tumore glomico dello stomaco. *Clin Ter* 1983; 106: 391-394.
2. Fitzpatrick T, Eisen A, Wolf K, Freedberg I, Austen K. *Dermatología en Medicina General*. Argentina. Editorial Panamericana, 2001.
3. Macedo A, Barbosa F, Aldivar J. Tumor glómico. *An Bras Dermatol*, Río de Janeiro 1994; 69: 405-411.
4. Bonfill R, Doncel F, Vidal V. Tumor glómico. Revisión clínica y diagnóstica, a raíz de un caso. *Angiología* 1982; 34: 225-231.
5. Camacho F, Armijo M. *Tratado de Dermatología*. Madrid, España. Editorial Aula Médica, 1998: 423-4.
6. Rodríguez M, Gutiérrez R, Novales J. Tumores cutáneos dolorosos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995; 2: 90-103.
7. Arenas R. *Dermatología: diagnóstico y tratamiento*. 2^a ed. McGraw-Hill-Interamericana; 1996: 442-3.
8. Lever WF, Shaumberg-Lever G. *Histopathology of Skin*, 7^a ed. Philadelphia, JB Lippincott; 1990.
9. Yu H, Kwon S, Van J. Localized multiple glomus tumors of the face and oral mucosa. *J Dermatol* 2000; 27: 211-213.
10. Ramos A, Medina E. Tumor glómico. Publicación de un caso con topografía poco usual. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9: 160-163.
11. Perez J. Manual de Oncología cutánea. Tesis de postgrado. *Centro Dermatológico Pascua*. 1996: 117.
12. Rodríguez M, Calderón C, Ramos A. Tumor glómico solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10: 77-79.
13. Parsons M, Russo G, Fucich L. Múltiple glomus tumors. *Int J Dermatol* 1997; 36: 894-900.
14. Moss T, Philip C, Jeffrey M. Congenital multiple annular glomus tumors. *Acta Derm Venereol* 1997; 78: 154-5.
15. Navergen D, Trask D, Watson F. Painful tumors of the skin: "LEND AN EGG". *J Am Dermatol* 1993; 28: 298-300.
16. Pujol R, Moreno M. Tumores cutáneos dolorosos. *Piel* 1989; 4: 75-82.
17. Giménez A. Tumores cutáneos dolorosos. *Piel* 1993; 8: 284-290.
18. Paes J, Galindo W. Tumor glómico solitario da regiao glutea. *An Bras dermatol*, Río de Janeiro 1998; 73: 125-127.