

Tumor glómico. Presentación de un caso con topografía poco usual

Dr. Alberto Ramos Garibay,** Dra. Orieta Herbas Rocha**

RESUMEN

El tumor glómico es una neoformación vascular rara, que afecta principalmente área subungueal, en mayor proporción en mujeres, caracterizada por una lesión violácea, dolorosa a los cambios de temperatura cuyo tratamiento es la extirpación completa.

Palabras clave: Tumor glómico, glomangioma.

ABSTRACT

The glomic tumor is a rare vascular malformation, usually affects subungueal area, is common in women, with violaceum area, pain, the treatment is complete extirpation

Key words: Glomangioma, glomic tumor.

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico, un probable hamartoma de glomus cutáneo fue descrito en la literatura por primera vez por Masson. Es un tumor vascular raro y benigno. La unidad normal del glomus es un aparato neuromioarterial que funciona para regular la circulación superficial y se encuentra subunguealmente en la punta digital, en la base del pie y el resto del cuerpo en orden descendente. El sitio más común de tumores del glomus es subungueal y el 75% de las lesiones ocurren en la mano.¹ Otros sitios incluyen la palma, muñeca, antebrazo y pie. El tumor glómico puede ocurrir en la punta de la espina donde puede levantarse del cóccix. Los sitios raros incluyen: la rótula, hueso, pared del tórax, párpado, colon, recto, cérvix, y otros sitios. Los tumores glómicos raramente se levantan directamente del hueso.²

Las lesiones frecuentemente se presentan, en la mayoría de los casos, durante la cuarta y quinta década de la vida aunque pueden encontrarse a cualquier edad y en cualquier sitio. Los tumores subungueales, normalmente afectan a las mujeres tres veces más que a los

hombres. Las lesiones normalmente son solitarias pero se han publicado varios informes de tumores multifocales. Los tumores glómicos múltiples, especialmente la forma generalizada, es hereditaria en un patrón autosómico dominante con una penetrancia incompleta.^{3,4}

Clínicamente, los tumores del glomus son caracterizados por una tríada de sensibilidad al frío, hipersensibilidad localizada y dolor paroxístico severo. El dolor puede ser insopportable y puede describirse como una sensación de quemazón. La causa exacta del dolor no está clara completamente, pero se han identificado fibras nerviosas que contienen la sustancia neurotransmisora P de dolor en el tumor.⁵

Los tumores múltiples, generalmente son menos dolorosos.

Tumor glómico solitario	Giomangiomas
90%	10%
No familiar	Autónomico dominante
Congénito o adquirido	Congénito o adquirido
Localizado	Localizado, segmentario o diseminado
Doloroso	No doloroso
Consistencia fibrosa	Suave al tacto

Radiográficamente, los tumores del glomus aparecen como lesiones osteolíticas bien circunscritas, general-

* Dermatopatólogo Centro Dermatológico Pascua (CDP).

** Residente 3er año de Dermatología, CDP.

mente localizadas en la cara dorsal de la falange distal. La lesión muestra una erosión o invasión del hueso que dependen del sitio donde se levanta.^{6,7}

Histopatológicamente los tumores del glomus se encuentran en la unión dermo-epidérmica y tiene una cápsula fibrosa.

Los rasgos histopatológicos son distintos en las formas solitarias y en las múltiples:

Tumor glómico solitario	Glomangiomas
Cápsula fibrosa	Sin cápsula
Formado por arteriola aferente, vasos anastomóticos, colección de vérulas	Vasos sanguíneos más grandes y evidentes
Rodeados por células del glomus o pericitos	Escasas células glómicas

Hay tres formas de tumores del glomus: vascular, mixoide y sólido. La forma vascular consiste principalmente en vasos con poco componente epitelioide. La forma sólida tiene láminas de células del glomus con pocos vasos. Los tumores glómicos se tiñen positivo para la actina (marcador de músculo liso).

Los glomangiosarcomas se parecen a los tumores del glomus benignos. Sin embargo, los glomangiosarcomas tienen más atipias, pleomorfismo, y figuras mitóticas, y tienen un modelo de crecimiento invasivo.

El tratamiento de elección para los tumores del glomus solitarios es la escisión quirúrgica. Para los tumores del glomus múltiples, se debe reservar la escisión para los tumores dolorosos.^{8,9}



Figura 1. Neoformación violácea, dolorosa a la palpación.

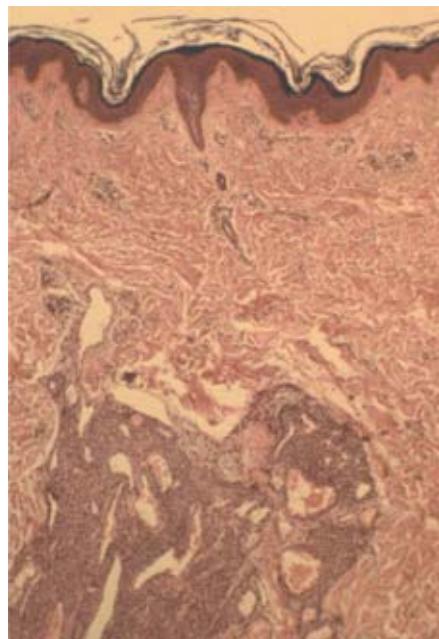


Figura 2. En dermis media se observan formaciones vasculares de luz amplia, llenas de eritrocitos revestidos de células endoteliales separadas por tabiques fibrosos (H-E 4x).

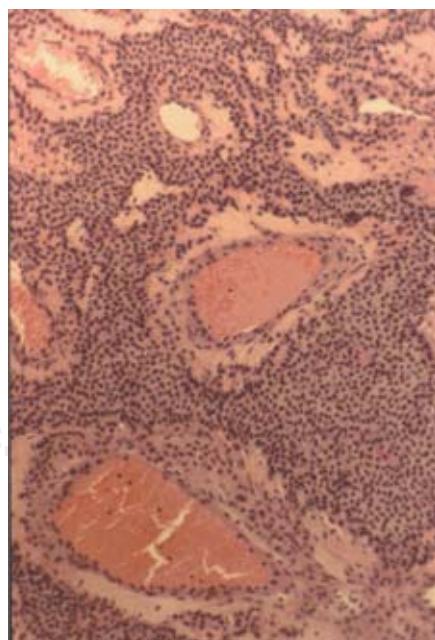


Figura 3. En este aumento se observan células glómicas aisladas y agrupadas (H-E 20x).

CASO CLÍNICO

Masculino de 37 años de edad, originario de Uruapan, Michoacán acude a consulta externa del Centro Dermatológico Pascua el 6 enero 2006 por presentar neoformación violácea cara lateral de antebrazo izquierdo de 7 mm de diámetro doloroso a la palpación, bien circunscrito (*Figura 1*).

Al interrogatorio menciona iniciar hace 1 año con un granito muy doloroso que fue aumentando de tamaño, refiere extirpación de lesión semejante dos años atrás con diagnóstico de tumor glómico. Resto de interrogatorio y examen físico sin otra alteración.

Diagnóstico presuntivo de tumor glómico se inicia el correspondiente protocolo de estudio y se realiza biopsia con extirpación completa de lesión.

COMENTARIO

El tumor glómico es una neoformación vascular que afecta principalmente la punta de los dedos, sin embargo no está exenta la posibilidad de una localización diferente, la recidiva de éste es poco frecuente menos 20% que

está relacionado directamente con la extirpación completa del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Delanger S, Lebanon M. Subungueal glomus tumor of the hallux. *Cutis* 1993; 52: 50-52.
2. Requena L, Sanguezo O. Cutaneous vascular proliferations part II. Hyperplasias and benign neoplasms. *J Am Acad Dermatol* 1997; 37: 887-920.
3. Multiple familial cutaneous glomangioma: A pedigree of 4 generations and critical analysis of histologic and genetic differences. Of glomus tumor. *J Am Acad Dermatol* 2000; 42; 226-227.
4. Lever Wf, Schaumberg-Lever G. *Histopathology of skin*. 7th edition, Philadelphia, Jb Lippincott, 1990.
5. Ramos G y col. Tumor glómico. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9(3).
6. Cordisco M, Sarralde M, Castro C. Glomangiomas. *Dermatol Pediatr Lat* 2003; 1(1): 14-17.
7. Mattioli V, Luzón H, Faloppa F y col. Tumor glómico. Consideraciones clínicas. *Rev Cubana Ortop Traumatol* 1996; 10(1).
8. Gontijo B, Baptista L y col. Vascular malformaciones. Rio do Janeiro. *An Bras Dermatol* 2004; 79(1).
9. Mendez G, Capó M y col. Tumor glómico en región coccígea en edad pediátrica. *Surg Española* 2004; 70(5): 251-252.