

Caso para diagnóstico

Neoformación en muslo izquierdo

Myrna del Carmen Rodríguez Acar,* Alberto Ramos Garibay,**
José Ángel Martínez Muñoz***

Paciente del sexo masculino, de 34 años de edad, originario y residente de México, D. F., se dedica al comercio. Presenta una dermatosis localizada a la extremidad inferior izquierda, de la cual afecta muslo en su cara anterior a nivel del tercio proximal. Es unilateral. Está constituida por una neoformación hemisférica de 0.8 cm de diámetro, hiperpigmentada, de bordes bien definidos, su-

perficie lisa, con un centro discretamente violáceo, de consistencia blanda. Evolución crónica y dolorosa.

Al interrogatorio el paciente refirió haber iniciado año y medio previo a la consulta con aparición de una «bolita» en el muslo izquierdo (*Figuras 1 y 2*), la cual creció lentamente y ocasionó dolor. Resto de la piel y anexos sin alteraciones. Sin tratamiento previo.



Figura 1. Aspecto general de la lesión.



Figura 2. Mayor acercamiento.

* Jefe de Consulta.

** Dermatopatólogo.

*** Residente del 5º año de Dermatopatología.

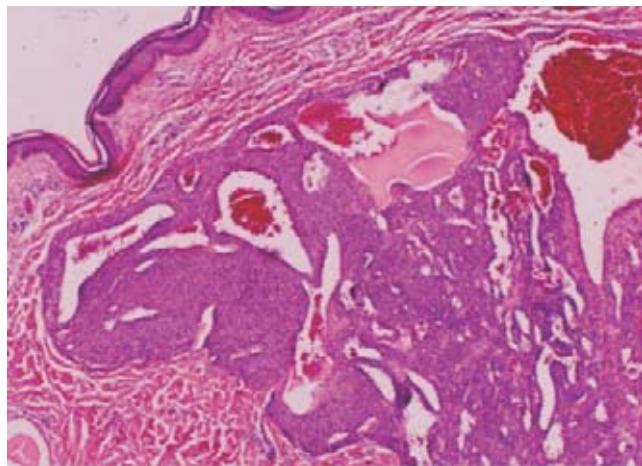


Figura 3. Se observa una neoformación que ocupa toda la dermis sin conexión con la epidermis (H&E 4x).

Se realizó biopsia excisional, en la que se observó la presencia de una neoformación exofítica, con epidermis atrófica. Dermis media y profunda con numerosos vasos dilatados y congestionados, rodeados por cordones

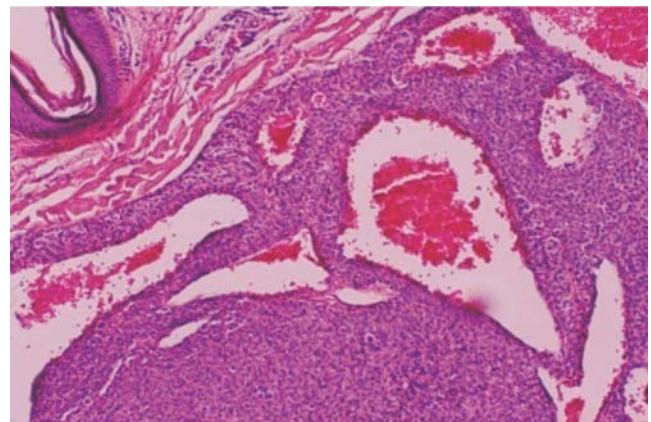


Figura 4. Se observan numerosos vasos neoformados, dilatados y congestionados, rodeados por varias capas de células redondas, pequeñas, con citoplasma eosinófilo y núcleo ovalado basófilo (H&E 25x).

de células pequeñas, con citoplasma eosinófilo y núcleo ovalado basófilo (*Figuras 3 y 4*).

Con los datos antes descritos; ¿Cuál es su diagnóstico?

DIAGNÓSTICO: TUMOR GLÓMICO SOLITARIO

El tumor glómico es una neoplasia única, benigna, que se forma del glomus terminal o cuerpo glómico, el cual es una anastomosis arteriovenosa subcutánea distribuida por toda la superficie corporal, especialmente en los lechos urinarios y en los pulpejos de los dedos de las manos y los pies.¹

En 1812 William Wood describió este tumor como un nódulo subcutáneo doloroso. En 1878 Kolaczek lo catalogó como una variación de angiosarcoma. Fue hasta 1924 cuando Pierre Masson realizó una descripción completa del mismo, lo que facilitó su correcta interpretación anatomo-patológica. Eyster y Montgomery fueron los primeros en proponer la división del tumor glómico en dos tipos: solitario y múltiple (llamado también glomangioma).²

El origen de estos tumores es aún desconocido, aunque algunos autores sugieren que son secundarios a traumatismos. Mediante estudios de inmunohistoquímica se ha corroborado que los tumores glómicos derivan del músculo liso vascular. Se ha comprobado herencia autosómica dominante en los casos múltiples, ya que se observó que su aparición estaba ligada al cromosoma 1 p-21 y al p-22, llamado VMGLOM.^{3,4}

Este tumor representa del 1 al 5% de todos los tumores de las manos. El tipo solitario es el más común. Aparece con mayor frecuencia entre los 20 y 40 años de edad y afecta principalmente la región subungueal del primer o segundo dedo de las manos. Aunque son igualmente frecuentes en ambos sexos, en las mujeres predomina en la región subungueal, en tanto que en los hombres es más frecuente la forma múltiple.⁵

Los tumores solitarios suelen ser acrales, principalmente subungueales (45%). Por lo general son pequeños, de 2 a 6 mm, aunque pueden llegar a medir hasta 4 cm. Son de consistencia firme; si es profundo tiende a ser indurado. Su color es púrpura, rojo o azul violáceo. Estos tumores causan dolor; el cual es paroxístico o de tipo lancinante. Se considera que sólo el 10% de los tumores glómicos son múltiples (glomangiomas).⁶

El diagnóstico se basa en las características clínicas de topografía y morfología y el dolor que refiere el paciente. Para corroborarlo son de utilidad la vitropresión y la transiluminación.⁷ Los datos histopatológicos muestran en la dermis media espacios vasculares de luz amplia, revestidos de células endoteliales y por fuera de ellas numerosas capas concéntricas de células glómicas, las cuales muestran un citoplasma eosinófilo, con

núcleos grandes, pálidos, ovales o cuboides, basófilos, mismos que se observan en las *figuras 3 y 4*.⁸

El tratamiento de elección para este tumor consiste en la extirpación completa del mismo: es poco probable que haya recidivas. Existen otras opciones como la escleroterapia, la aplicación de tetradecolecilsulfato intralesional y la radioterapia, estos últimos sobre todo para las formas múltiples.⁹

Dos son los motivos principales para la presentación de este caso: la topografía poco frecuente y el recordar que este tipo de neoformaciones debe incluirse en los diagnósticos diferenciales de patología a nivel de las extremidades para evitar tratamientos inadecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres S, Ramos Garibay A, Lizárraga C. Tumor glómico atípico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Dermatología Rev Mex* 2006; 50: 109-114.
2. Rodríguez M, Gutiérrez RM, Novales J, De Alba L. Tumores cutáneos dolorosos. *Rev Cent Dermatol Pascua* 1995; 4(2): 90-103.
3. Rodríguez M, Calderón C, Ramos Garibay A. Tumor glómico solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2001; 10(2): 77-79.
4. Cervantes AM, Rodríguez M. Tumor glómico solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2003; 12(3): 131-133.
5. Pereira C, Aramaki O, Galbiatti JA et al. Tumor glómico. Retrospectiva de nove casos: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Bras Ortop* 2000; 35(6): 214-218.
6. Wolff K, Johnson RA, Suurmond D. *Tumors of the nails*. En: Fitzpatrick's Clinical Dermatology (colors atlas and synopsis). 5th ed. New York: Mc Graw-Hill, 2005: 185.
7. Ramos GA, Medina E. Tumor glómico. Publicación de un caso con topografía poco usual. *Rev Cent Dermatol Pascua* 2000; 9(3): 160-163.
8. Rahemtullah A, Szyfelbein K, Zembowicz A. Glomus cocygenum. Report of a case and review of the literature. *Am J Dermopathol* 2005; 27: 497-499.
9. Pearson M, Russo G et al. Multiple glomus tumors. *Int J Dermatol* 1997; 36: 894-900.

Agradecemos la colaboración de la Dra. Maribel González González en la descripción de la parte histológica de este caso.

Correspondencia:

Dra. Myrna del Carmen Rodríguez Acar,
Dr. Vértiz Núm. 464 Esq. Eje 3 Sur,
Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc,
06780, México, D.F.
Tel. 5519 6351