

# Neoformación en codo

## Elbow Neoformation

María Guadalupe Olgún-García,\* Maribet González-González,†  
Rut Priscila Quezada-Morales,§ Wendy Carolina González-Hernández||

### CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de 75 años de edad, originario de Oaxaca con residencia actual en la Ciudad de México, con escolaridad hasta primaria, de ocupación comerciante. Acude al Centro Dermatológico Pascua por una dermatosis de 10 años de evolución localizada a la extremidad superior derecha, la cual afectaba cara posterior de brazo en su tercio distal cerca del codo. Constituida por una neoformación subcutánea, hemiesférica, eritematosa, de aproximadamente 1 cm de diámetro, más palpable que visible, de bordes no bien definidos, y de consistencia firme (**Figura 1**). Refiere dolor de tipo urente, de forma paroxística, que se exacerba con la presión.

Se realiza una biopsia excisional de la lesión, cuyos cortes muestran una epidermis atrófica. En el espesor de la

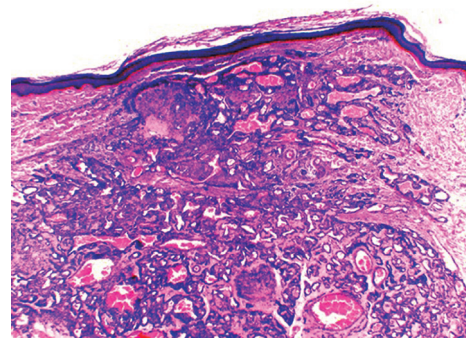
dermis se observan numerosos vasos neoformados cuya pared está formada por una hilera de células endoteliales (**Figura 2**), las cuales a su vez están rodeadas por células redondas con núcleo basofílico, que corresponden a células glómicas, inmersas en un estroma fibroso (**Figura 3**).

Con las imágenes antes descritas, ¿cuál es su diagnóstico?

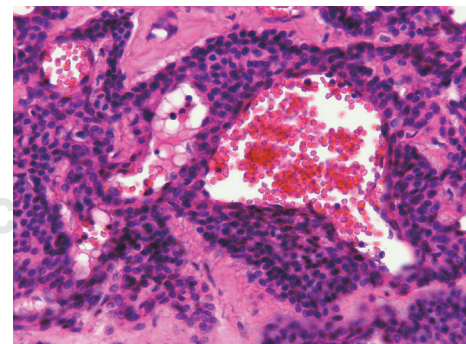


**Figura 1:**

*Tumor glómico solitario localizado en cara posterior de brazo derecho.*



**Figura 2:** Se observa epidermis de características normales, en el espesor de la dermis se observan vasos neoformados, dilatados y algunos de ellos congestionados, rodeados de un estroma de aspecto edematoso (H&E 20x).



**Figura 3:** Evidencia de espacios vasculares constituidos por una hilera de células endoteliales, a su vez rodeadas por varias capas de células redondas con núcleo basofílico denominadas «células glómicas» (H&E 100x).

\* Dermatóloga.

† Dermatopatólogo.

§ Residente del 2º año de Dermatología.

|| Residente del 1º año de Dermatología.

## DIAGNÓSTICO: TUMOR GLÓMICO

El tumor glómico es una neoformación vascular cutánea benigna, descrito como un probable hamartoma, el cual se origina de las anastomosis arteriovenosas del segmento arterial del glomus cutáneo.<sup>1</sup>

La unidad normal del glomus es el aparato neuro-mio-arterial que funciona regulando la microcirculación superficial, participa a nivel periférico en la termorregulación corporal; consta de una arteriola aferente, un vaso anastomósico llamado canal de «Sucquet-Hoyer»<sup>2</sup> que se encuentra rodeado de fibras musculares lisas, una vena eferente, fibras nerviosas y una cápsula circundante. Los glomus se ubican en la piel, principalmente en las manos; sin embargo, los tumores glómicos pueden presentarse en áreas de piel sin glomus, por lo que existe la teoría de que algunos de ellos surgen de la diferenciación de células pluripotenciales o musculares lisas comunes.<sup>3</sup> Se ha observado por inmunohistoquímica que los tumores glómicos derivan del músculo liso vascular.<sup>3</sup>

Los tumores glómicos se clasifican en dos variedades clínicas, de acuerdo a Eyster y Montgomery: solitarios y múltiples o glomangiomas, estos últimos se subdividen en regionales, diseminados o en placas.<sup>3</sup>

El tumor glómico solitario es la variante más frecuente. Se caracteriza clínicamente por la presencia de una neoformación de color azul o púrpura, que mide entre 1-20 mm, aunque algunas ocasiones puede manifestarse sólo como una mancha de color azul. Si se ubica en la superficie, su consistencia es blanda; sin embargo, si compromete estructuras profundas, suele ser indurado.

Puede desarrollarse en cualquier parte de la superficie corporal, predominando en regiones acrales, sobre todo en las manos (75%) y, de éstas, con más frecuencia en la región subungueal (45%).<sup>1</sup> Otras localizaciones poco habituales son: palmas, muñecas, antebrazo, pies y el resto del cuerpo.<sup>4</sup> A nivel extracutáneo, se pueden ubicar en la rótula, hueso, pared del tórax, colon, recto, cérvix, y otros.<sup>3</sup>

A nivel subungueal, suele manifestarse como una mancha de color azul, o rojo-azulada por debajo de la lámina ungueal, que rara vez mide más de 1 cm. Puede ocasionar deformidad ungueal o fisuras en 50% de los casos.<sup>5</sup>

Es característico que también cursen con la siguiente tríada: sensibilidad al frío, hipersensibilidad localizada ante traumatismos y dolor paroxístico intenso de tipo lancinante.<sup>1,5,6</sup>

Los tumores glómicos múltiples o glomangiomas son menos frecuentes, se presentan en 10% de los casos.

Suelen ser localizados, aunque con frecuencia se pueden encontrar diseminados, miden menos de 1 cm de diámetro, no son dolorosos, ni afectan el lecho ungueal. Por lo general están constituidos por 10 o más lesiones, las cuales confluyen formando placas. Se ubican a nivel dérmico, por lo que su extirpación debe ser profunda. Pueden ser congénitos o adquiridos. En ocasiones coexisten con trombocitopenia, asociando su forma diseminada al síndrome de Kasabach-Merritt.<sup>3,5,7</sup>

Otra clasificación de los tumores glómicos se basa en sus componentes. En estos casos se les divide en: vascular, mixoide y sólido. La forma vascular está constituida principalmente por vasos con escaso componente epiteloide.<sup>8</sup> La forma sólida contiene láminas de células del glomus con pocos vasos.<sup>2</sup> La mixoide muestra un estroma hialinizado dentro del parénquima; ésta es una variedad poco frecuente.<sup>6</sup>

Los glomangiosarcomas constituyen su variante maligna. En éstos se observan atipias celulares, pleomorfismo y figuras mitóticas, así como un patrón de crecimiento invasivo.<sup>2,9</sup>

La etiología de estos tumores se desconoce, aunque se le ha relacionado con traumatismos cutáneos.<sup>2</sup> Se desarrolla en adultos jóvenes, generalmente entre la segunda y quinta décadas de la vida, afecta por igual a hombres y mujeres; sin embargo, cuando se localiza a nivel subungueal predomina en mujeres.<sup>5</sup> En el caso de los glomangiomas, se ha documentado que un tercio de los casos se presenta antes de los 20 años de edad.<sup>2,5,10</sup>

El diagnóstico se realiza con base en las características clínicas, y con la confirmación mediante el estudio histopatológico.

En casos dudosos, y con fines de planeación quirúrgica para la ubicación exacta de la lesión, se utilizan la radiografía simple, la ultrasonografía o la resonancia magnética. Entre 30 y 60% de los casos se observan lesiones osteolíticas erosivas, y signos festoneados.<sup>2,3,11</sup>

En ausencia de una presentación clínica normal, se ha propuesto realizar diferentes pruebas clínicas, como la prueba de Love, en la que se emplea un objeto romo, puntiforme para tocar la lesión, lo que genera dolor en el área afectada, aunque no en áreas adyacentes. El signo de Hildreth se refiere a la presencia de dolor posterior a la inducción de isquemia al aplicar un torniquete en el segmento afectado, destacando la naturaleza vascular de la lesión y, por último, la prueba de sensibilidad al frío, en la cual se presentan los síntomas típicos ya mencionados al contacto con agua fría o etanol sobre el área afectada.<sup>10</sup>

A nivel histológico, se observan estructuras redondas envueltas en una cápsula fibrosa, situadas en la unión dermoepidérmica.<sup>12</sup> Poseen numerosos espacios vasculares de luz amplia revestidos de células endoteliales aplanadas, rodeadas por una o varias capas de células cuboidales y epitelioides denominadas «células glómicas», que poseen núcleos redondos grandes y pálidos y citoplasma eosinofílico.<sup>12,13</sup> Los glomangiomas carecen de cápsula y, por lo tanto, suelen ser indoloros. Por inmunohistoquímica se observa positividad a vimentina, actina músculo-específica y a actina alfa de músculo liso CGA7.<sup>14,15</sup>

Se debe plantear el diagnóstico clínico diferencial con el resto de los tumores cutáneos dolorosos, los cuales son componentes del acrónimo «LEND AN EGG»: leiomioma, espiroadenoma ecrino, neurilemoma, dermatofibroma, angiolipoma, neuroma, tumor de células granulosas y endometrioma.<sup>2</sup>

El tratamiento de elección en el caso de lesiones solitarias es la extirpación quirúrgica completa, con márgenes de seguridad. Puede haber recurrencia en 10 a 20% de los casos.<sup>2,5</sup>

El pronóstico por lo regular es bueno, ya que se trata en su mayoría de neoplasias benignas; sin embargo, el tumor glómico es clínicamente indistinguible del glomangiosarcoma, por lo que se sugiere realizar una extirpación amplia si se tiene la sospecha diagnóstica.<sup>2</sup>

### COMENTARIO

En este artículo presentamos el caso clínico de un paciente con un tumor glómico con topografía y morfología poco frecuentes, en quien el interrogatorio adecuado y la evolución clínica fueron datos clave para realizar el diagnóstico clínico presuntivo. Consideramos que tratándose de una neoplasia poco frecuente, es necesario conocer sus distintas formas de presentación, así como los datos histológicos confirmatorios característicos, y los posibles diagnósticos diferenciales.

El caso del paciente, motivo de esta publicación, evolucionó en forma favorable, con adecuada cicatrización, sin recidiva a un año de su extirpación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos-Garibay A, Herbas-Rocha O. Tumor glómico. Presentación de un caso con topografía poco usual. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2006; 15: 187-189.
2. Jiménez-Hernández F, Navarrete-Franco G, Espinoza-Altamirano AC, Mérida-Nina MC. Glomangioma múltiple. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2016; 25: 11-14.
3. Cervantes AAM, Rodríguez AM. Tumor glómico solitario. Presentación de un caso. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2003; 12: 131-133.
4. Torres GS, Ramos GA, Lizárraga GC. Tumor glómico atípico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Dermatología Rev Mex*. 2006; 50: 109-114.
5. Chang P, Mazariegos H, Chang G, Fernández-Fernández V. Tumor glómico subungueal. *Dermatología CMQ*. 2005; 3: 105-107.
6. Da Silva DR, Gaddis KJ, Hess S, Rubin AI. Nail unit glomus tumor with myxoid and symplastic change presenting with longitudinal erythronychia. *Dermatopathology (Basel)*. 2018; 5: 74-78.
7. Lee DW, Yang JH, Chang S, Won CH, Lee MW, Choi JH et al. Clinical and pathological characteristics of extradigital and digital glomus tumours: a retrospective comparative study. *J Eur Acad Dermatol Venereol*. 2011; 25: 1392-1397.
8. Rodríguez AMC, Ramos GA, Martínez MJA. Neoformación en muslo izquierdo. *Rev Cent Dermatol Pascua*. 2009; 18: 106-108.
9. Goldsmith LA, Katz S, Leffell D. *Fitzpatrick. Dermatología en medicina general*. 8a ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2014. p. 1456.
10. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2009; 100: 875-882.
11. Bologna J, Jorizzo J, Schaffer J et al. *Dermatology*. 4a ed. China: Editorial Elsevier; 2018. Vol. 2, pp. 1803.
12. Calonje E, Brenn T, Lazar A, McKee PH. *McKee's pathology of the skin*. 4th ed. China: Editorial Elsevier; 2012. p. 1287.
13. Johnston R. *Weedon's skin pathology essentials*. 2nd ed. China: Editorial Elsevier; 2017. p. 701.
14. Ackerman AB, Boer A, Bennin B, Gottlieb GJ. *Histologic diagnosis of inflammatory skin diseases*. 3rd ed. New York: Arden Scribendi; 2005.
15. Ko CJ, Barr RJ. *Dermatopathology: Diagnosis by first impression*. Blackwell Publishing; 2008. pp. 227-233.

#### Correspondencia:

Dra. María Guadalupe Olguín García  
Dr. Vértiz Núm. 464, esq. Eje 3 Sur,  
Col. Buenos Aires, 06780,  
Alcaldía Cuauhtémoc, CDMX.  
Tel: 55 5634 9919  
E-mail: olguingog@yahoo.com.mx