

Tumor glómico gigante en un adulto

Giant glomus tumor in an adult

MsC. Luis Enrique Montoya Cardero, MsC. Feliberto Blanco Trujillo, MsC. Juan Carlos Hernández González, MsC. David Alexander Junco Gelpi, Dr. Osmanis Moncada Josephs

Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 61 años de edad, atendido en la consulta de Ortopedia y Traumatología del Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" de Santiago de Cuba, por presentar aumento de volumen en el grueso artejo derecho desde hacía más de un año, con elevación y deformidad de la uña, lo cual dificultaba el uso del calzado. Se realizó la exéresis de la uña y de los 2 tercios distales de la falange distal del grueso artejo. Los resultados de los exámenes complementarios efectuados y la evaluación histológica informaron que se trataba de un tumor glómico sin evidencias de malignidad. A los 30 días habían desaparecido completamente las molestias, de manera que se incorporó a sus actividades laborales habituales.

Palabras clave: hombre, tumor glómico, técnica de Viladot, glomangioma, atención secundaria de salud.

ABSTRACT

The case report of a 61 year-old patient is described, who was attended in Orthopedics and Traumatology Department of "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso" General Teaching Hospital of Santiago de Cuba, due to an increased volume in the right great toe for over a year, with elevation and deformity of the nail, which prevented him from wearing shoes. Exeresis of the nail and the distal two thirds of the distal phalanx of great toe was performed. The results of complementary tests and histological evaluation revealed a glomus tumor with no evidence of malignancy. At 30 days discomfort had completely disappeared, so that he returned to his usual working activities.

Key words: man, glomus tumor, Viladot technique, glomangioma, secondary health care.

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico es un tumor vascular raro, benigno y generalmente solitario, resultado de la hiperplasia del cuerpo glómico neuromioarterial, que es una estructura especializada presente en la piel normal de las regiones acrales, como los dedos de las manos y pies, así como en la región facial y en las orejas; también es la que regula el flujo sanguíneo y la temperatura, de manera que actúa como una válvula.¹⁻³ Estos tumores son pequeños y muy dolorosos; los de mayor tamaño son indolores y poco frecuentes en la práctica médica.

Desde el punto de vista estructural, los cuerpos glómicos regulan las conexiones arteriovenosas entre arteriolas y vénulas, sin la interposición de capilares. Por otra parte, el segmento arterial de esta estructura se denomina canal de Sucquet-Hoyer y está conformado por una capa de endotelio y varias capas de células glómicas, constituidas por citoplasma claro y núcleo oval, consideradas células musculares lisas modificadas; mientras que el segmento venoso es de pared delgada y lumen amplio.^{1,3}

Se trata de un tumor solitario, relacionado con el segmento arteriolar del glomus cutáneo, de 2-6 mm de diámetro y doloroso, aunque puede ser múltiple. Su incidencia se incrementa gradualmente a partir de los 7 años de edad, afecta a ambos sexos, pero predomina en mujeres entre los 30 y 50 años. Su forma solitaria es más frecuente en adultos y la múltiple en niños.^{1,2,4}

Se transmite de forma autosómica dominante en los casos múltiples. Recientemente se ha identificado el gen responsable, localizado en el cromosoma 1p21-22, cuyo locus ha sido designado VM-GLOM. La mutación en este gen produce una proteína anómala que es una globulina.² Se considera que el trauma podría ser un factor importante, aunque no se ha encontrado una evidencia que lo confirme.⁵

Clinicamente se caracterizan por una tríada de sensibilidad al frío, hipersensibilidad localizada y dolor paroxístico severo; asimismo, el dolor puede ser insoportable y suele describirse como una sensación de quemazón o estallido.¹⁻³ El tumor se aprecia a través de la uña como una mancha azul o rojo-azulada, de varios milímetros de diámetro, que rara vez excede 1 cm. La eritroniquia longitudinal, que se puede asociar a hendidura distal, es la presentación clásica; también, mediante termografía, muchas veces se aprecia un ligero incremento en la temperatura de la superficie afectada. Parte de dichos tumores causan deformidades menores en la uña, tales como rayas y fisuras, entre las más comunes.⁶

Como el área dolorosa se delimita con exactitud, pueden realizarse las pruebas de "amor" y la de Hildreth. La primera consiste en localizar la zona dolorosa con la cabeza de un alfiler; la segunda, en aplicar un torniquete en la extremidad comprometida para la desaparición del dolor, incluso, la resolución del dolor después del retiro de la placa ungueal ha sido considerado un diagnóstico de este tumor.^{1,2}

Los cambios en la placa ungueal dependen de la localización del tumor, cuando se presentan en la matriz provocan rajaduras o distorsión de la placa ungueal, mientras que las lesiones ubicadas en el lecho ungueal son rojo-azuladas.⁵

Los estudios radiográficos proporcionan frecuentemente poca información, pero algunos autores estiman que en 50 % de los afectados el tumor glómico puede causar depresión de la cara dorsal de la falange distal y en otros casos aparición de un quiste óseo, visible en las radiografías. Por su parte, la resonancia magnética tiene alta sensibilidad, a la vez que determina la localización exacta, pues se observan lesiones oscuras y bien delimitadas en

T1 y brillantes en T2. Es capaz de localizar tumores hasta de 1 mm y puede ayudar a diferenciar esta neoplasia; no obstante, debe ser reservada para recurrencias o pacientes que han sido intervenidos repetitivamente o para cuando sea necesario definir con precisión la localización y límites del tumor. La arteriografía solo se utiliza cuando las lesiones no pueden ser delimitadas clínicamente o por otros métodos de diagnóstico. En fin, estos estudios suelen ser caros y no son usualmente necesarios.^{5, 6}

El tratamiento es quirúrgico. Cuando se trata de tumores pequeños se ha descrito la técnica con sacabocado de 6 mm, pero existen limitaciones si es más grande que lo previsto. Para estos últimos la técnica operatoria depende de si el tumor está ubicado en la matriz o en el lecho ungueal. En el primero de los casos se recomienda realizar incisiones transversales para tratar de retirar solo el tumor, sin dañar este tejido, con lo cual se evitarán las deformidades consecuentes; en el segundo, incisiones longitudinales.⁵

Otras modalidades del tratamiento incluyen el argón y laserterapia con dióxido de carbono y argón, así como escleroterapia con tetradecyl sulfato de sodio, estos son más útiles en el tratamiento de las lesiones múltiples.^{1,3} El tratamiento del glomangiosarcoma consiste en la escisión local amplia; sin embargo, la geométrica es probablemente una alternativa razonable en áreas sensibles tanto estéticas como funcionales.³

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 61 años de edad, profesor de preuniversitario, con antecedentes de hipertensión arterial esencial, insuficiencia arterial crónica y consumo sistemático de bebidas alcohólicas, quien acudió a consulta por presentar aumento de volumen del grueso artejo derecho desde hacía más de un año, de evolución lenta y progresiva, indoloro, con elevación y deformidad de la uña, lo cual le dificulta usar el calzado.

• Examen físico

Se observó aumento de volumen del grueso artejo derecho, con cambios tróficos en la uña y desprendimiento de esta de la matriz ungueal. Esta se encontraba separada por tejido fibroso intermedio, de coloración violácea y sin dolor a la presión (figura 1). Había disminución marcada de los pulsos pedio y tibial posterior, además de coloración oscura y cambios tróficos en la piel a partir del tercio medio de la pierna.



Fig. 1. Aspecto externo

Los resultados de los exámenes hematológicos no mostraron alteraciones y mediante las radiografías se comprobó depresión de la cara dorsal de la falange distal, con disminución de la densidad ósea.

Se realizó la exéresis de la uña, la cual mostraba un tumor de 2 cm de diámetro (figura 2). Esta se resecó, así como los 2 tercios distales de la falange distal del grueso artejo. Se eliminó toda la matriz y se extirpó definitivamente la uña mediante la técnica de Viladot. Se mantuvo el seguimiento del paciente y se le retiró la sutura a los 14 días.

La evaluación histológica permitió corroborar la presencia de un tumor glómico sin evidencias de malignidad. A los 30 días habían desaparecido completamente las molestias, de manera que se incorporó a sus actividades laborales habituales.



Fig. 2. Imagen del tumor glómico durante la operación

COMENTARIOS

Este caso fue discutido por un grupo de expertos, quienes expresaron dudas con respecto al diagnóstico de tumor glómico, debido al tamaño, la erosión de la falange distal con disminución de la densidad ósea y a la edad del paciente en el momento de la aparición de dicho tumor. No se descartó la posibilidad de un glomangiosarcoma.

Teniendo en cuenta estos elementos, así como los resultados de los estudios hematológicos, se consideró que el desprendimiento progresivo de la uña del lecho era la causa por la cual no había aparecido dolor, además de la lenta progresión del tumor, la nítida depresión de la uña, independientemente de la disminución de la densidad ósea, que podría estar asociada a un aumento de la vascularización local.

Se efectuó la resección del tumor y de los 2 tercios distales de la falange distal, de manera que se eliminó toda la matriz y se extirpó la uña mediante la mencionada técnica.⁶

Los tumores glómicos son poco frecuentes, por lo cual el cirujano ortopédico debe documentarse al respecto, a fin de reconocerlos y diferenciarlos de leiomiomas, espiradenomas ecrinos y neuromas, por citar algunos, así como de algunas afecciones, tales como algodistrofia, artritis o gota, a fin de brindar un tratamiento oportuno y adecuado.

La extirpación de la lesión suele ser curativa y el dolor puede persistir por varias semanas hasta desaparecer.¹⁻³ Las recurrencias se presentan en 10 a 20 % de los casos y evidencian retiro incompleto del tumor o aparición de uno nuevo.⁶

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gargollo Orvañanos C, Gutiérrez Gómez C, Rosales Galindo VM, Orozco Villaseñor HA, Cantú Martínez HA, Rodríguez Martínez J. Experiencia en tumores glómicos en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (México). Reporte de casos. Cir Plást Iberolatinoamericana. 2010 [citado 14 Oct 2012]; 36(4).
2. Ollague JM, Macías R. Tumor glómico. Rev Cient Soc Ecuatoriana Dermatol. 2006 [citado 14 Oct 2012]; 3(1).
3. Mahiques A. Tumor glómico [citado 14 Oct 2012].
4. Canale T, Beaty J. Cirugía ortopédica de Campbell. 12 ed. México, DF: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 867.
5. Salomón M. Tumor glómico subungueal. Folia Dermatológica Peruana. 2001 [citado 14 Oct 2012]; 12(3).
6. Gargollo Orvañanos C. Experiencia en tumores glómicos en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González". Cir Plást Iberolatinoam. 2010 [citado 14 Oct 2012]; 36(2): 369-74.

Recibido: 24 de enero de 2013.

Aprobado: 30 de enero de 2013.

Luis Enrique Montoya Cardero. Hospital General Docente "Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso", avenida Cebreco, km 1½, reparto Pastorita, Santiago de Cuba. Correo electrónico: junco@hospclin.scu.sld.cu