

Tumor glómico en dedos de la mano

Dres. PABLO DE CARLI, CARLOS LUPOTTI, ALDO ILLARRAMENDI*

RESUMEN

Hemos revisado 5 casos de tumor glómico de dedos de la mano tratados durante un período de 3 años. Se revisa la experiencia a la luz de la bibliografía y se recuerdan los datos clínico-diagnósticos de esta rara patología. Nos ha llamado la atención el prolongado tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico curó la enfermedad en todos los casos.

SUMMARY

Five cases of glomus tumor of the digits seen during 3 years period were reviewed. We remind the clinical features for diagnosis of this infrequent pathology, that may often be diagnosed too late. Surgical excision was curative in all instances.

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico es una neoformación benigna poco frecuente que se localiza comúnmente en la mano^{1,3,19,23}. Puede presentarse también en otros lugares del organismo^{3,5,10,12,14,20,23}.

Se manifiesta típicamente por sintomatología dolorosa a nivel del miembro superior, con paroxismos de dolor lacerante que desaparecen con el tratamiento quirúrgico. Desafortunadamente el diagnóstico suele ser tardío, adjudicándose la sintomatología durante años a otras patologías y llevando al paciente a penosos tratamientos y vicisitudes que, por otra parte, no resuelven su problema.

La primera descripción de esta lesión como "nódulo subcutáneo doloroso" corresponde a Wood en 1812²². En 1878 Kolaczek describe la lesión en los dedos de la mano con localización subungueal³; Masson en 1924 hace la descripción completa del tumor y propone su clasific

cación anatomopatológica. El origen del tumor, según el mismo autor, estaría en el cuerpo glómico neuromioarterial descrito por Popoff años más tarde^{3,17}.

El objetivo de esta presentación es recordar la existencia clínica y fisiopatológica de este tumor y nuestra experiencia en su diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre enero de 1992 y diciembre de 1994 fueron tratados en el Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Italiano de Buenos Aires 5 casos de tumor glómico en dedos de la mano (Tabla 1).

Todos los pacientes fueron del sexo femenino y su edad osciló entre 35 y 75 años (58 años promedio). El tiempo de evolución entre el inicio de los síntomas y su diagnóstico definitivo fue de 10 años (entre 6 meses y 25 años). En 4 de los 5 casos el tumor fue subungueal; en 3 de ellos con deformación de la uña. El quinto caso se localizó lateral a la falange distal. En el caso Nº 4 el dedo había sido operado 25 años antes con diagnóstico de neurinoma. La paciente permaneció asintomática durante 15 años, recidivando el dolor en la misma localización que la

* Instituto de Ortopedia y Traumatología "Prof. Dr. Carlos E. Ottolenghi", Sección Miembro Superior, Hospital Italiano, Potosí 4215, Buenos Aires.

TABLA 1
DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS CLÍNICOS

Caso N°	Edad (años)	Sexo	Duración síntomas (años)	Local	Rx patol.	Deform. uña (pre)	Deform. uña (post)	Sint (*)	Otros diagnósticos	Seguimiento (meses)
1	35	F	15	2° lat.	Sí	No	No	D-F- CB	Cervicalgia - Carcinoma (amput.) Psiquiátrica - T. carpiano - Neuropatía	26
2	60	F	2	4° sub.	No	No	No	D-F	Perionixis - Micosis	12
3	52	F	0,5	3° sub.	No	Sí	No	D-F		24
4	68	F	25	pul., sub.	No	Sí	Sí	D-F	Perionixis - Micosis - Neuroma	18
5	75	F	10	5° sub.	No	Sí	No			10

(*) D: dolor. F: intolerancia al frío. CB: cervicobraquialgia.

primera vez; el diagnóstico y la resección definitiva se realizaron 10 años después.

Todos los tumores fueron resecaos quirúrgicamente. Los subungueales fueron abordados a través del lecho ungueal, previa onisectomía, cuidadosa-

mente para no dañar la delicada piel del lecho. Siguiendo la técnica descrita por Johnson¹¹ se reseco el tumor completo con curetaje del lecho óseo. Se cerró cuidadosamente el lecho ungueal con magnificación de 5,5x y material reabsorbible 6-0 o 7-0, reponiendo



Fig. 1A (caso N° 3). Preoperatorio con tumor subungueal y deformidad de la uña.



Fig. 1B (caso N° 3). Resección del tumor a través de lecho ungueal.



Fig. 1C (caso Nº 3). Cierre del lecho ungueal.



Fig. 2 A (caso Nº 1). Preoperatorio con tumor lateral a la uña.

finalmente la uña en su posición como espaciador para evitar la formación de adherencias en la matriz y el perioniquio (Figura 1).

RESULTADOS

El motivo de la consulta fue el dolor en todos los casos, descrito como lacerante, punzante con paroxismos de aumento en la algesia, puntual a la presión y de gran intensidad. No calma con analgésicos comunes. En 4 de los 5 casos el dolor se intensificaba con el frío y disminuía con el calor. En 3 de los 5 casos se palpaba una tumoración pequeña; el color del tumor fue azulado en 2 casos y vinoso en el otro. En 2 de los casos de localización subungueal no se palpaba tumoración. El test de Love fue positivo en todos los casos. El mismo consiste en pasar el dedo cerca de la zona de mayor dolor, lo cual hará que el paciente involuntariamente retire la mano de inmediato. Si se examina entonces suavemente palpando la zona con la cabeza de un alfi-

ler, se encontrará que puede presionarse muy cerca de la lesión sin producir molestias, siendo dolorosa la presión sobre la lesión misma³.

En el caso Nº 4, ya operada anteriormente, debió resecarse totalmente la uña y la matriz. En el resto de los casos la uña creció nuevamente sin deformidades ni recidiva del tumor. El caso Nº 1, de localización lateral, fue abordado por vía lateral, resecao el tumor, cureteando el lecho tumoral y respetando la uña y el lecho ungueal (Figura 2).

Con un seguimiento promedio de 18 meses postoperatorio, todos los casos se mantienen sin dolor desde el momento de la cirugía.

DISCUSIÓN

Cuerpo glómico normal y patológico

El cuerpo glómico normal es un órgano terminal que presenta marcada cantidad de anastomosis arteriovenosas sin lecho capilar intermedio. Se encuentra en el corium de la piel, en mayor abundancia en la parte más distal de



Fig. 2B (caso N° 1). Radiografía que muestra deformidad de la falange distal (flecha) por la compresión del tumor.



Fig. 2 C (caso N° 1). Resección del tumor por abordaje lateral al lecho ungueal.

las extremidades. Está compuesto por una arteria aferente, un vaso anastomótico, una vena colectora primaria, un retículo intraglómico y una cápsula con terminales nerviosas que lo cubren^{3,17}. Se le han adjudicado muchas funciones, pero lo más aceptado es que el cuerpo glómico tendría una función de regulación de la temperatura corporal a través de la circulación cutánea³.

El tumor glómico es considerado un hamartoma más que un tumor propiamente dicho¹³⁻²³, con hipertrofia de los diferentes componentes del glomus normal y sintomatología predominantemente dolorosa producida por las fibras nerviosas de su cápsula.

Masón lo clasificó en 4 tipos histológicos:

- a) Forma angiomatosa.
- b) Forma con menos tejido vascular y predominio de estroma mioendotelial.
- c) Forma a predominio de fibras nerviosas.
- d) Forma degenerativa con edema o cambios de degeneración mucosoide o hialina.

Histológicamente, Stuart y Murray lo relacionan con el hemangiopericitoma.

El tumor suele ser único, aunque se los ha descrito múltiples¹⁶. Se localiza en la mano entre un 42%¹ y un 75% de los casos^{3,19}. Entre los tumores localizados en la mano ocupa entre un 1%² y un 4,5% de los casos¹⁸; para Greene 1,7%⁷ y para Rettig un 1,2%¹⁹ de los tumores de mano fueron tumores glómicos.

Aunque raro y benigno, es un tumor sumamente incapacitante; aunque su sintomatología es muy típica y su diagnóstico aparentemente simple, presenta un intervalo entre el inicio de los síntomas y su diagnóstico y tratamiento sorprendentemente prolongado^{1,3,11,19,21,23}.

El tipo de dolor que encontramos en nues-

TABLA 2
TIEMPO ENTRE INICIO DE LOS SÍNTOMAS Y DIAGNOSTICO

Carroll RE, Berman AT	7 años
Rettig AC, Strickland J	7 años
Zanasi S y otros	8 años
Baldini E y otros	4-5 años
Hospital Italiano	10 años

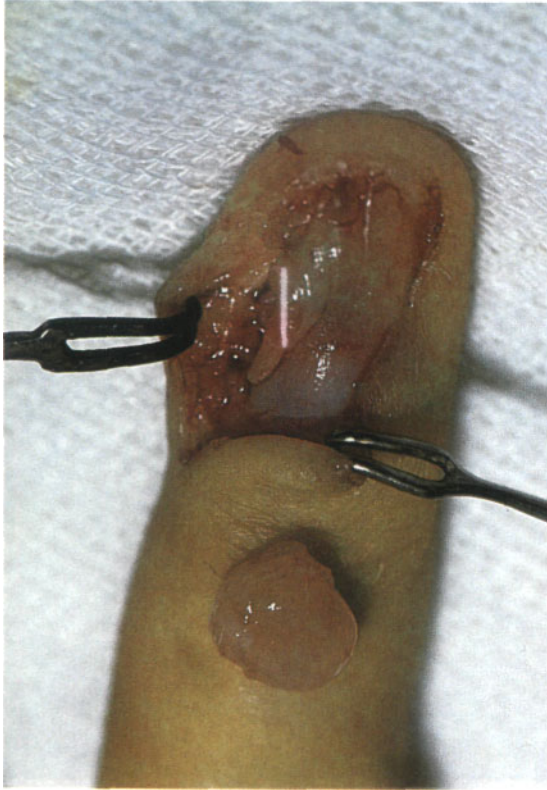


Fig. 2D (caso Nº 1). Otra vista de la resección del tumor por abordaje lateral al lecho ungueal.

tros casos coincide con la descripción que hacen Zanasi y colaboradores²³:

—Dolor espontáneo, violento, de carácter continuo, con paroxismos de hiperalgesia, resistente a los analgésicos e irradiado a la eminencia tenar o a la palma.

—Dolor muy intenso a la presión o al simple roce de la uña que hace al paciente rechazar cualquier maniobra semiológica de entrada.

—Dolor que aumenta con el brusco cambio de temperatura, especialmente con el frío y con el estrés.

Es una tumoración pequeña azulada o violácea, muchas veces subungueal. Su localización debajo de la uña ha sido encontrada por Carroll en un 65% de los casos³ y por Rettig en un 75%. En nuestra casuística, 4 de los 5 casos eran subungueales, deformando la uña en 3 de ellos, cifra que coincide con la estadística de Rettig (50%), siendo un poco más elevada que en la de Carroll (14%).

Carroll presentó en su trabajo un 18% de casos reoperados³ y Rettig un 12%¹⁹, ambos por recidiva del tumor; según otros autores, la recidiva es en realidad rara y se trataría más bien de tumores múltiples resecaados en forma incompleta¹⁶. No hemos tenido casos con recidiva en nuestra estadística a 18 meses de

postoperatorio.

Si bien hemos realizado el diagnóstico clínica y radiológicamente, se han descrito como métodos auxiliares la ecografía⁶ y la resonancia nuclear magnética^{8,15}. Llama la atención, siendo la clínica tan típica, el prolongado intervalo entre el comienzo de los síntomas y el diagnóstico; tanto en nuestra casuística como en la bibliografía analizada: 7 años para Carroll³, 7 años para Rettig¹⁹, 8 años para Zanasi²³, 4 a 5 años para Balduini¹, y 10 años para nosotros (Tabla 2). Probablemente el motivo de la demora en el diagnóstico esté dado por la rareza de esta patología y porque el médico tratante no piensa en ella. Creemos que sólo teniendo en cuenta su existencia, buscando sus signos típicos, el intenso dolor puntual, su cambio con la temperatura y su coloración, el diagnóstico debe ser de relativa facilidad. Paradójicamente, una vez diagnosticado, la biopsia-resección es sencilla y sus resultados espectaculares e inmediatos. Siendo prolijos en el tratamiento y en la reconstrucción del lecho en los casos subungueales se deja una uña sin deformidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Baldini E, Pesci V, Falugiani D: Il tumore glomico subungueale. *Minerva Orthop Traumatol* 1992; 43: 567-570.
2. Boyes JH: *Bunnell's surgery of the hand* (5ª ed). Lippincot, Philadelphia, 1970; p 687.
3. Carroll RE, Herman AT: Glomus tumors of the hand. *J Bone Jt Surg* 1972; 54-A: 691-703.
4. Chi-Wing Chan MB, Path MRC: Intraosseous glomus tumors. Case report. *J Hand Surg* 1981; 6: 368-369.
5. Enzinger FM, Weiss SW: *Soft tissue tumors*. W Mosby, Saint Louis-Toronto-London, 1983.
6. Formage BD: Glomus tumors in the fingers: diagnosis with US. *Radiology* 1988; 167:183-185.
7. Greene RG: Soft tissue tumors of the hand and wrist. A 10 year survey. *J Med Soc New Jersey* 1964; 61:495-498.
8. Jablon M, Horowitz A, Bernstein DA: Magnetic resonance imaging of a glomus tumor of the fingertip. *J Hand Surg* 1990; 15-A: 507-509.
9. Japas LM, Morchio F, Bianchi C et al: Imágenes radiográficas óseas en dos tumores glómicos de los dedos de la mano. *Bol y Trab SAOT* 1971; 36: 87-89.
10. Johnson DL, Kuschner SAH, Lane CS: Intraosseous glomus tumor of the phalanx: a case report. *J Hand Surg* 1993; 18-A: 1026-1028.
11. Johnson RK: A surgical approach to subungueal glomus tumors. *Plast Reconstr Surg* 1971; 47:345-346.
12. Joseph FR, Posner MA: Glomus tumors of the wrist. *J Hand Surg* 1993; 8:918-920.
13. Kline SC, Russell Moore J, de Mente SH: Glomus tumor originating with in a digital nerve. *J Hand Surg* 1990; 15-A: 98-101.
14. Mackenzie DH: Intraosseous glomus tumors. *J*

- Bone Jt Surg 1962; 44-B: 648-651.
15. Matloub HS, Mouneke NJ: Glomus tumor imaging: use of MRI for localization of occult lesions. *J Hand Surg* 1992; 17-A: 472-475.
 16. Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis EPS: Multiple digital glomus tumors. *J Hand Surg* 1979; 4:363-367.
 17. Popoff NW: The digital vascular system with reference to the state of glomus in inflammation, arteriosclerotic gangrene, diabetic gangrene, thromboangiitis obliterans and supernumerary digits in man. *Arch Pathol* 1934; 18: 295-330.
 18. Posch JL: Tumors of the hand. *J Bone Jt Surg* 1956; 38-A: 517-540.
 19. Rettig AC, Strickland JW: Glomus tumors of the digits. *J Hand Surg* 1977; 2: 261-265.
 20. Smith KA, Mackinnon SE, Macauley RJB et al: Glomus tumor originating with in a digital nerve: a case report. *J Hand Surg* 1992; 17-A: 665-667.
 21. Tada H, Hirayama T, Takemitsu Y: Prevention of postoperative nail deformity after subungueal glomus resection. *J And Surg* 1994; 19-A: 500-503.
 22. Wood W: On painful subcutaneous tubercle. *Edinburgh Med J* 1812; 8: 283.
 23. Zanasi S, Botticelli A, Marcuzzi A et al: I tumori glomici della mano. *Ital Orthop Traumatol* 1989; 15:463-472.