

AMBULATORIO JOSÉ MARÍA ESTEVE. INSALUD. VALENCIA

Tumor glómico intraóseo

(Revisión a propósito de un caso)

A. RUS MOMPO, E. GASTALDI ORQUIN

RESUMEN:

Se presenta un caso de tumor glómico de la mano de excepcional localización intraósea. Se realiza una revisión de la literatura. Se insiste sobre la clínica dolorosa, su diagnóstico, naturaleza histopatológica y el tratamiento quirúrgico de resección. Se propone abordaje conservando la uña.

Descriptores: Tumor glómico. Tumor glómico intraóseo. Tumores de partes blandas de la mano.

SUMMARY:

A exceptional case of intraosseus glomus tumour is reported. A literature review is made. Authors enfatized about its clinical painfull, diagnosis, pathologic nature and ablative treatment, proposing nail reinsertion.

Key Words: Glomus tumour. Intraosseus glomus tumour. Soft tissue tumours of the hand.

Correspondencia: Dr. GASTALDI ORQUIN. C/ Ramón Asensio, 8, 6.ª 46020 Valencia

Recibido: 21 febrero 1988.

Introducción

El tumor glómico de la mano es una lesión poco frecuente, pero que debe ser tenida en cuenta por el cirujano ortopédico en la clínica diaria.

Fue descrito en 1812 por WOOD (1) como «nódulos dolorosos subcutáneos». KOLACEK (2) señaló su frecuente localización subungueal, presentándolo como una variante del angiosarcoma. En 1924, BARRE (3) perfiló sus características clínicas y la necesidad de escisión del tumor como tra-

tamiento curativo. En ese año, MASON (4) le da el nombre de tumor glómico y es el primero en reconocer su origen a partir del glomus neuro-mio-arterial. POPOFF (5) expuso con detalle su aspecto histopatológico, conociéndosele también como «tumor de Popoff».

Aunque el tumor glómico puede afectar cualquier parte del organismo, su localización visceral o esquelética es muy rara (6). El caso que presentamos tiene una localización intraósea, la cual es excepcional para SUGIURA (7).

Descripción del caso

Se trata de una mujer de 56 años, ama de casa, que presentaba molestias y crisis de dolor punzante relacionadas con la manipulación, con sensibilidad exquisita al tacto a nivel ungueal del dedo índice derecho, de dos años de evolución, sin antecedente traumático.

A la inspección no mostraba deformidad de los dedos ni alteraciones de la morfología de la uña. La presión sobre esta zona era extremadamente dolorosa.

La exploración radiográfica mostraba una imagen en «nidus» con límites esclerosos a nivel de la falange distal (Fig. 1, A y B). El estudio serohemático era anodino.

Bajo anestesia loco-regional realizamos abordaje dorsal directo, siguiendo la técnica descrita por HEIM y HÄNGGI (8): disección sub-ungueal levantando la uña de un lado, incisión longitudinal final del lecho accediendo a la falange, donde se curetea el «nidus». La uña se repone en su lecho practicando un orificio central para drenaje, y se mantiene con punto en «U» y apósito (Fig. 2).

La desaparición de la sintomatología fue inmediata. A las tres semanas se retira el punto, encontrando la uña repuesta en su lecho. A los seis meses el aspecto estético era de normalidad, sin recidiva sintomática.

El estudio anatomopatológico del material cureteado puso de manifiesto múltiples luces vasculares, con proliferación de elementos celulares de aspecto epitelioide, con numerosos filetes nerviosos en asociación. En conclusión: TUMOR GLOMICO.

Discusión

La incidencia del tumor glómico varía entre el 1% y el 5% de los tumores de partes blandas de la mano (9, 10, 11). Para SHUGART y SOULE (12), el 75% de los tumores glómicos del organismo se localizan en los miembros superiores, asentando un

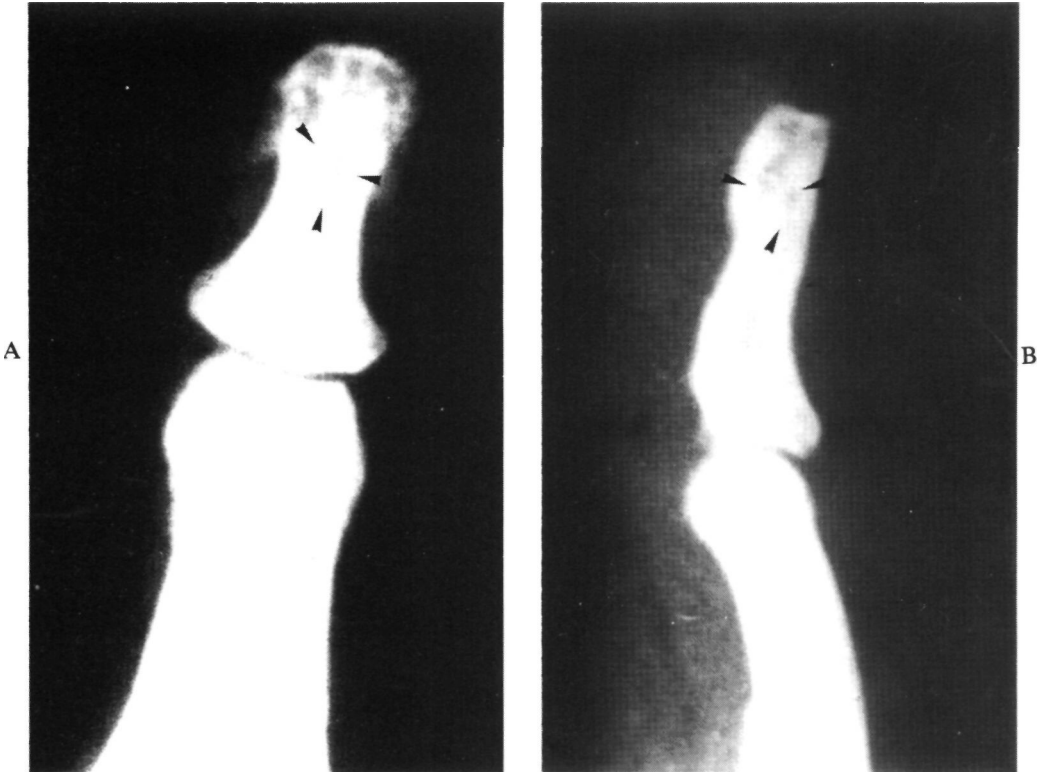


FIG. 1, A y B.— Aspecto radiográfico del tumor glómico intraóseo a nivel de la falange distal.

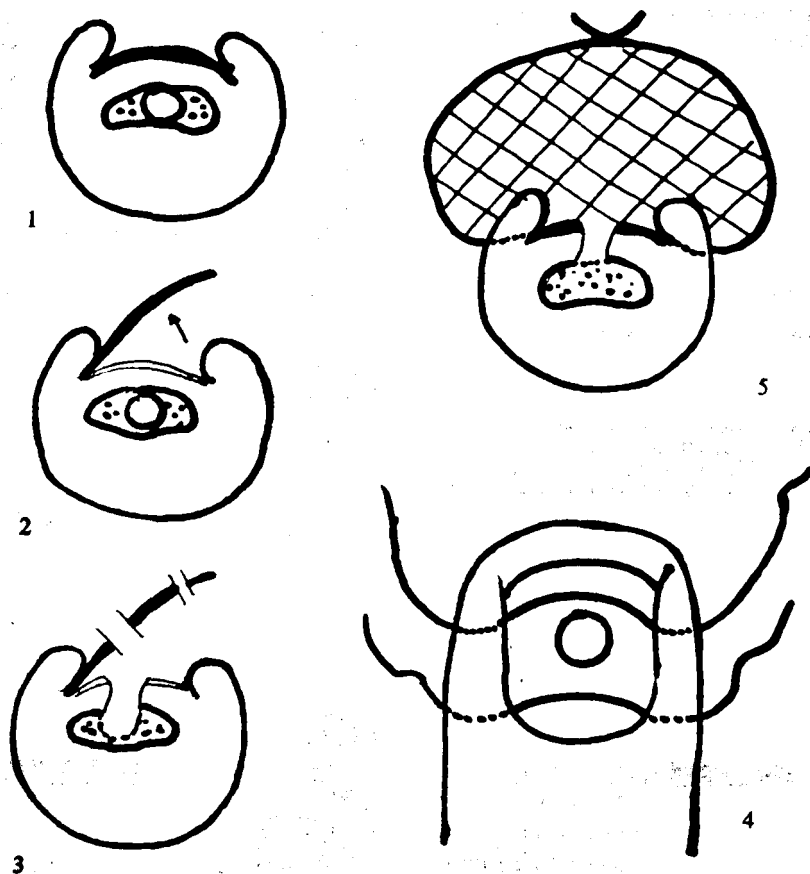


FIG. 2.— Esquema basado en la técnica de HEIM y HANGGI (8) para el abordaje dorsal directo, reponiendo la uña en su lecho.

1. Sección transversal.
2. Disección subungueal levantando la uña de un lado.
3. Acceso y curetaje del «nidus». Se practica orificio central en la uña y se reseca 1 mm. del lado levantado.
4. Reposición de la uña con dos puntos.
5. Se coloca apósito y se anudan los puntos por encima.

27% en el antebrazo y muñeca, y un 42% en la mano, donde dos de cada tres son subungueales.

No creemos que el origen del tumor se deba a un traumatismo, aunque pensamos como RETTING y STRICKLAND (13), que la acción traumática puede precipitar la sintomatología tan acusada que refieren los enfermos, la cual es debida a la presencia

de fibras nerviosas en el interior del tumor, como se describe en el material analizado del presente caso.

Sobre la naturaleza de la lesión, STRAHAN y BAILIE (6) piensan que la lesión sería hamartomatosa debido a su estructura organoide, a que no hay casos de malignización y a que las recidivas se deben a escisiones incompletas. Sin embargo,

CARROLL y BERMAN (14) consideran que se trata de una neoplasia benigna dada la propia capacidad tumoral primaria del glomus, y a que el hemangiopericitoma representaría el siguiente estadio tumoral capaz de una invasión local.

La posibilidad de una localización intraósea se comprende dada la existencia de organelas glómicas en el interior de la cavidad medular, como describiera JAFFE (15). Para HUVOS (16) el tumor glómico intraóseo (que también denomina glomangioma o tumor angioglumoide) es una lesión benigna del hueso constituida por células uniformes redondeadas, en íntima asociación con estructuras vasculares y derivada del glomus neuromioarterial. Para SUGIURA (7) el diagnóstico diferencial en estos casos se establecería con el hemangioma, neurofibroma, neuroma y melanoblastoma.

Aunque los tumores glómicos pueden erosionar el hueso y penetrar en su interior (17, 18, 19), la localización intraósea primitiva, como es el caso que presentamos, es de una gran rareza (20, 21, 22). SUGIURA (7) recoge ocho casos en la literatura, aportando otro. En su mayoría, la localización del tumor glómico intraóseo es a nivel de la falange distal (como el presente caso), aunque TANG y cols. (23) describen el caso de un niño de nueve años con localización a nivel del pubis, y HUVOS (16) señala el caso de un tumor glómico en la diáfisis femoral de un médico de setenta años.

Las imágenes radiográficas en estos casos varían entre cavidades quísticas, imágenes en «panal de miel» o imágenes líticas y delimitadas por una zona esclerosa (como el presente caso). El diagnóstico diferencial a nivel de las falanges se puede establecer con quistes de inclusión, encondromas, osteomielitis y sarcoidosis (7).

Queremos hacer referencia a la posibilidad de utilización de la termografía dinámica como método diagnóstico seguro

e inocuo, cuando la localización es en la mano (24), si bien en nuestro caso las características clínicas y radiográficas hacen que el diagnóstico de presunción no sea difícil si se tiene en mente esta tumoración.

Finalmente, creemos que la amputación de la falange distal como tratamiento en estos casos es un método excesivo. Pensamos, junto a la mayoría de los autores, que el tratamiento debe consistir en el abordaje directo con escisión del tumor y curetaje óseo, asociando, ocasionalmente, injertos si el tamaño del lecho lo requiriese. En el caso que hemos presentado llevamos a cabo la técnica recientemente descrita por HEIM y HÄNGGI (8), que permite conservar la uña, obteniendo un resultado estético inmediato.

BIBLIOGRAFIA

1. WOOD, W.: «On painfull subcutaneous tubercle». *Edinburgh Med.* 1812. 8: 283. (Citado por J. STRAHAN y HV. BAILIE, 6, y por ER. CARROLL y AT. BERMAN, 14).
2. KOLACECK, J. «Ueber das angiosarkom». *Deutsches Zeitschr.* 1878. 9: 165-227.
3. BARRE, JA. y MASSON, P.: «Etude anatomoclinique de certaines tumeurs sous-ungueales douteuses (tumeurs du glomus neuromyoarterial)». *Bull. Soc. Francaise Derm. Syph.* 1924. 31RS: 148-159.
4. MASSON, P.: «Le glomus neuromyoarteriel des régions tactiles et ses tumeurs». *Lyon Chir.* 1924. 21: 257-280.
5. POPOFF, NW.: «The digital vascular system». *Arch. Pathol.* 1934. 18: 295-330.
6. STRAHAN, J. y BAILIE, HV.: «Glomus tumor. A review of 15 clinical cases». *Br. J. Surg.* 1972. 59: 92-95.
7. SUGIURA, I.: «Intra-osseus glomus tumor. A case report». *J. Bone Jt. Surg. (Br.)* 1976. 58: 245-247.
8. HEIM, V. y HÄNGGI, W.: «Tumeurs glomiques sous-unguéales. Intéret del l'abord direct». *Ann. Chir. Main.* 1985. 4: 51-54.
9. POSCH, JL.: «Tumors of the hand». *J. Bone Jt. Surg. (Am.)* 1956. 38: 517-540.
10. BUNNELL, S.: «Cirugía de la mano». Buenos Aires. Interamericana. 1967.

11. MANSAT, M.; BONNEVIALLE, P.; GAY, R. y DURROUX, R.: «Tumeurs glomiques de la main. A propos de quatorze cas». *Ann. Chir. Main.* 1985. 4: 43-50.
12. SHUGART, RR.; SOULE, EH. y JOHNSON, EW.: «Glomus tumor». *Surg. Gynaec. Obstet.* 1963. 177: 339-340.
13. RETTING, AC. y STRICKLAND, LW.: «Glomus tumor of the digit». *J. Hand Surg.* 1977. 2: 261-265.
14. CARROLL, ER. y BERMAN, AT.: «Glomus tumors of the hand». *J. Bone Jt. Surg. (Am.)* 1982. 54: 691-703.
15. JAFFE, HL.: «Tumors and tumors conditions of the bones and joints». Lea & Febiger. Philadelphia. 1958.
16. HUVOS, A.: «Tumores óseos. Diagnóstico, tratamiento y pronóstico». Panamericana. Buenos Aires. 1981.
17. DAHLIN, DC.: «Tumores óseos». Toray. Barcelona. 1980.
18. VARIAN, JP. y CLEAK, DK.: «Glomus tumors of the hand». *Hand.* 1980. 12: 293-294.
19. WATELET, F.; MÉNEZ, D.; PAGEUT, Y. y TROPET, PH.: «Tumeur glomique son-sanguéale. Un cas de forme inhabituelle». *Rev. Chir. Orthop.* 1986. 72: 508-510.
20. LATTES, R. y BULL, DC.: «A case of glomus tumor with primary involvement of bone». *Ann. Surg.* 1948. 127: 187-191.
21. LEHTMAN, W. y KRAISAL, C.: «Glomus tumor within bone». *Surgery.* 1949. 25: 118-121.
22. MACKENZIE, DH.: «Intraosseus glomus tumours». *J. Bone Jt. Surg. (Br.)* 1962. 44: 648-651.
23. TANG, TT.; ZVEGE, RC.; BABBITT, DP. et al.: «Angioglomoid tumor of bone». *J. Bone Jt. Surg. (Am.)* 1976. 58: 873-876.
24. CORRADO, EM.; PASSARETTI, U.; MESSORE, L. y FANZA, F.: «Thermogrphic diagnosis of glomus tumor». *Hand.* 1982. 14: 21-24.