

Experiencia en tumores glómicos en el Hospital General “Dr. Manuel Gea González” (México). Reporte de casos

Experience in glomus tumors in the General Hospital “Dr. Gea González” (México). Case report



Gargollo Orvañanos, C.

Gargollo Orvañanos, C. *, Gutiérrez Gómez, C.** , Rosales Galindo, V.M.***, Orozco Villaseñor, H.A.***, Cantú Martínez, H.A.***, Rodríguez Martínez, J.***, Feres Wolf, M.A.***, López Mendoza, F.J.***, Cuellar Pérez-Grovas, J.E.***, Covarrubias Ramírez, J.V.***

Resumen

Los tumores glómicos fueron descritos en 1924; están formados por elementos vasculares, musculares y nerviosos por debajo de la uña y pueden afectar la regulación de la irrigación de la punta del dedo con el frío. Constituyen el 1-2% de los tumores de la mano. Aunque no se trata de una patología frecuente, el cirujano plástico debe estar familiarizado con ella para un diagnóstico y tratamiento adecuados. Presentamos la experiencia en tumores glómicos de la clínica de mano del Hospital Dr. Manuel Gea González; reportamos los hallazgos clínicos y el manejo en cada caso mediante resección quirúrgica y enfatizamos sobre la importancia de una exposición adecuada durante la cirugía para resecar el tumor completamente y evitar recidivas.

Abstract

Glomus tumors were described in 1924; they involve vascular, muscle and nerve elements under the nail and can affect vascular supply of the finger tip. It represents 1-2% of hand tumors. Although it is not a common pathology, plastic surgeons must be familiarized to be able to diagnose and treat it properly. We present the experience of glomus tumor in our hand clinic at Hospital Dr. Manuel Gea González, reporting the clinical presentation and the surgical excision. We emphasize the importance of a good exposition of the tumor in the surgery for a complete excision and to avoid recurrences.

Palabras clave Tumor mano, Tumor glomus,
Tratamiento quirúrgico.

Código numérico 3-34-343

Key words Hand tumor, Glomus tumor,
Surgical treatment.

Numeral Code 3-34-343

* Cirujano Ortopedista. Profesor del Curso de Postgrado en Cirugía de la Mano, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. México.

** Cirujano Plástico. Profesora del Curso de Postgrado en Cirugía Plástica y Reconstructiva, Universidad Nacional Autónoma de México. México DF. México.

*** Residentes de la Especialidad de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. México DF. México.

Introducción

Descrito inicialmente por Barre y Masson en 1924, el tumor glómico está formado por elementos vasculares, musculares y nerviosos (glomus o glomus). Aproximadamente el 75 % de estos tumores se localizan en la mano, y de ellos el 65% en las puntas de los dedos, en particular bajo las uñas; constituyen el 1-2% de los tumores de la mano y pueden afectar la regulación de la irrigación de la punta del dedo con el frío (Clark y Buxton 1938) (1). Se trata de un tumor solitario acral, relacionado con el segmento arteriolar del glomus cutáneo, de color azul violáceo, de 2 a 6 mm de diámetro y doloroso; puede ser múltiple. Afecta a ambos sexos pero predomina en mujeres entre los 30 y 50 años, siendo su forma solitaria más frecuente en adultos y su forma múltiple más frecuente en niños, y con una presentación autosómica dominante en los casos múltiples (2). Es un hamartoma benigno que se origina en neuromioarterias (cuerpos glómicos) alrededor de anastomosis arteriovenosas cutáneas que regulan la temperatura.

Clínicamente se caracteriza por la presencia de dolor punzante intenso que puede ser espontáneo o provocado por el más ligero trauma o por cambios en la temperatura, en ocasiones con irradiación a hombro. 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 de diámetro. La eritroniquia longitudinal que se puede asociar a hendidura distal es la presentación clásica. Puede detectarse también un discreto incremento en la temperatura de la superficie afectada por termografía.

La mitad de los tumores causan deformidades menores de la uña siendo la presencia de rayas y fisuras las más frecuentes. La hiperqueratosis subungueal con onicolisis es rara. El 50% causan depresión de la parte dorsal ósea de la falange distal o quizá un quiste visible en la radiografía. La arteriografía puede localizar la lesión en caso de duda pero se usa cada vez menos; la resonancia magnética tiene una alta sensibilidad y determina la localización exacta de la tumoración, apareciendo como lesiones oscuras bien delimitadas en las tomas T-1 y como lesiones brillantes en T-2, pudiendo observar tumores desde 5 mm de diámetro.

El diagnóstico diferencial se hace con verrugas subungueales, queratoacantomas, exóstosis subungueales, encondromas y leiomiomas, así como con procesos inflamatorios como paroniquias, osteítis, panadizos subungueales y otras causas de eritroniquia longitudinal.

Material y método

En la clínica de mano del Hospital General Dr. Manuel Gea González, México DF, México, tenemos alrededor de 8 casos anuales de tumores glómicos. Presentamos a modo de ejemplo de nuestra actitud y tratamiento en este tipo de tumores, 4 casos representativos de la enfermedad.

Caso 1. Mujer de 44 años de edad, con dolor selectivo en falange distal de segundo dedo de la mano izquierda que aumenta con el frío y a la presión en el lecho ungueal, de 18 meses de evolución; uña con discreto abombamiento y coloración rojo-azulada. Se solicita radiografía que se informa como normal. Se solicita resonancia magnética que informa de la existencia de una tumoración de 7 x 3 x 3 mm de diámetro. Realizamos resección del tumor mediante levantamiento anterior de la uña e incisión longitudinal sobre el lecho ungueal (Fig. 1-5).



Figura 1. Caso 1 Vista preoperatoria con discreto abombamiento en base de la uña, borde radial, 2º dedo mano izquierda.

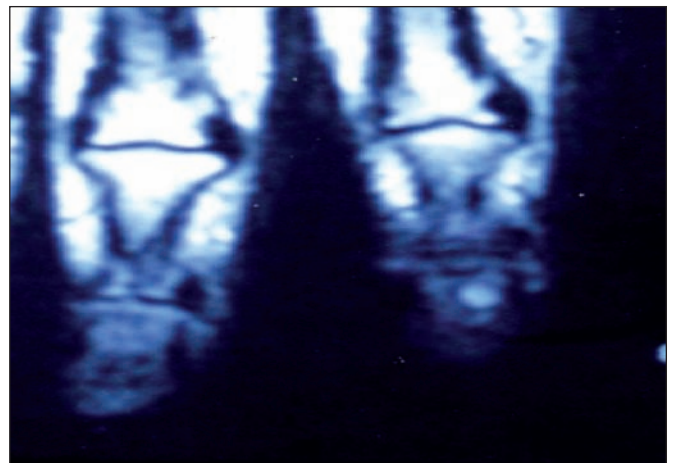


Figura 2. Resonancia magnética contrastada en la que se evidencia tumoración en falange distal de dedo índice mano izquierda.



Figura 3. Vista lateral.



Figura 4. Exposición de la tumoración levantando la uña, tras incidir el lecho ungueal.

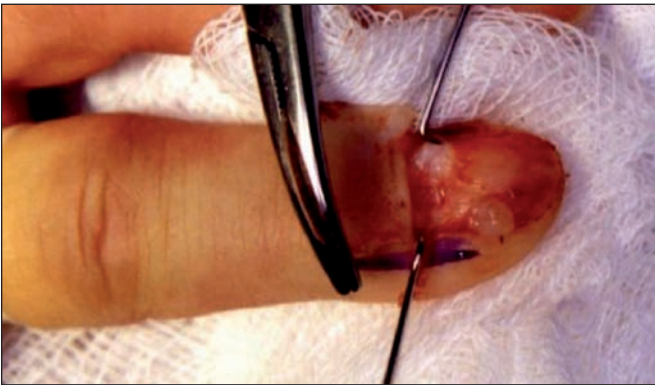


Figura 5. Una vez reseca el tumor se aprecia el lecho del mismo sobre la falange.

Caso 2. Mujer de 36 años de edad, con dolor en cuarto dedo de la mano izquierda a nivel de falange distal, de varios meses de evolución, con discreto abombamiento de la uña. La radiografía mostró una tumoración en la base de la falange con excavación ósea. Se realizó para la extirpación un abordaje paralelo al surco ungueal (Fig. 6-8).



Figura 6. Caso 2. Tumoración en borde radial, 4º dedo mano izquierda, con discreto abombamiento de la uña y coloración azulada en la base de la misma.

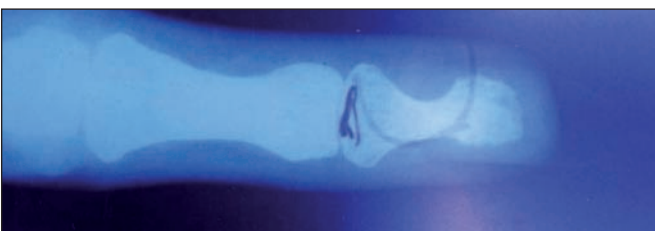


Figura 7. Radiografía que muestra excavación de la base de la falange distal.

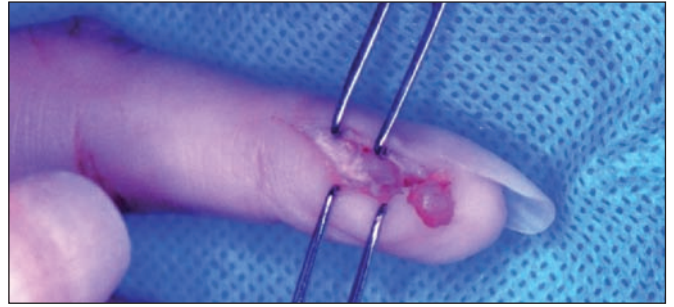


Figura 8. Abordaje lateral; imagen tras la resección del tumor.

Caso 3. Mujer de 36 años de edad, con deformidad ungueal del primer dedo de la mano derecha de 18 meses de evolución, dolor severo a la presión y al frío. Acude por presentar protusión del tumor a través de la uña. Se realizó resección quirúrgica de una tumoración única de 8 mm de diámetro. El informe anatomopatológico fue positivo para tumor glómico (Fig.9).



Figura 9. Caso 3. Deformidad ungueal, primer dedo mano derecha, de 18 meses de evolución. Acude por presentar protrusión del tumor a través de la uña.

Caso 4. Varón de 49 años de edad, con antecedentes de lesión de punta de cuarto dedo de la mano derecha con sierra de carpintería 13 años antes de ser visto en nuestro Servicio y que fue tratado de forma conservadora con fijación del colgajo en su sitio. Dos meses después, presentó dolor tipo punzante persistente, además de discreta sensación de hormigueo y manchas violáceas en la uña del mismo dedo. Consultó con múltiples facultativos, siendo tratado siempre en forma conservadora con analgésicos y antiinflamatorios, sin respuesta. Presentaba un discreto aumento de volumen en la falange distal del cuarto dedo de la mano derecha (Fig. 10) y refería un incremento del dolor en forma importante con el frío, incapacitante y progresivo, por lo que acudió nuevamente a consulta con otro facultativo quien le tomó radiografía (3 años después de iniciada la sintomatología), encontrando lesión ósea en falange distal del cuarto dedo de la mano derecha que fue diagnosticada como "quiste", por lo que dio nuevamente tratamiento conservador con analgésicos vía oral (Fig.11).



Figura 10. Caso 4: Imagen en panal con engrosamiento en falange distal de cuarto dedo mano derecha, posterior a traumatismo con sierra eléctrica.



Figura 11. Caso 4: Imagen quística en falange distal de 4º dedo en control radiográfico por facultativo, que mantenía la lesión en observación.

Ocho años después de iniciada la sintomatología presentaba hipoestesia y dolor opresivo que se inició en los dedos de la mano izquierda y se irradiaba al resto de la extremidad, por lo que fue sometido a liberación del túnel del carpo en otra institución, resolviéndose la sintomatología de forma transitoria. A la vez, fue sometido a controles radiográficos anuales por aparente “quiste óseo” en falange distal del cuarto dedo de la mano derecha y persistir el dolor incapacitante, sin respuesta al tratamiento conservador. Acude entonces al Hospital General Dr. Manuel Gea González para valoración y tratamiento con 10 años de evolución de la lesión inicial, siendo diagnosticado de tumor óseo en estudio en cuarto dedo de la mano derecha (probable encondroma), operado en forma ambulatoria para resección del mismo, legrado e injerto óseo. El informe anatomopatológico fue de tumor glómico. Seis meses después, inicia sintomatología en el segundo dedo de la misma mano (derecha), incapacitante, observándose en la radiografía una lesión osteolítica, por lo que fue intervenido nuevamente para resección de la misma mediante incisión en boca de pescado y resección del tumor por abordaje radial lateral. Anatomía Patológica informa de una lesión de 1,4 x 0,5 x 0,3 cm, diagnosticada como tumor glómico (Fig. 12). Actualmente (2 años después de la primera cirugía realizada en nuestra institución), refiere

dolor punzante irradiado al resto de la mano, que se intensifica con el frío en 2º, 4º y 5º dedos de la mano contralateral (izquierda), observándose manchas violáceas subungueales (Fig. 13-16).



Figura 12. Caso 4: Postoperatorio de injerto óseo en falange distal de 4º dedo mano derecha e inicio de sintomatología en 2º dedo mano derecha, donde se observa imagen radiolúcida en falange distal de 2º dedo.



Figura 13. Caso 4: Postoperatorio a los 24 meses de resección de tumor e injerto en falange distal de 4º dedo, así como postoperatorio a 12 meses de resección de tumor de falange distal de 2º dedo de mano derecha.



Figura 14. Caso 4: Fotografía clínica correspondiente a la imagen radiológica de la figura anterior.



Figura 15. Caso 4: Mano izquierda con imagen en panal en falange distal de 2º, 4º y 5º dedos, con sintomatología dolorosa; mano no operada.



Figura 16. Caso 4: Mano izquierda no operada; sintomatología dolorosa, manchas violáceas subungueales en 2º y 4º dedos.

Discusión

Algunos autores, principalmente en textos de Dermatología, preconizan la remoción de los tumores pequeños de la zona de la uña mediante punch de 6 mm, incidiendo el lecho ungueal longitudinal o transversalmente en la matriz distal y enucleando la lesión. Después, se recoloca el pequeño disco de uña extirpado a modo de férula. En nuestro Servicio, preferimos una exposición más amplia para realizar una exploración completa, por lo que tratamos este tipo de tumores levantando la mitad proximal de la uña, para así permitir el acceso al tumor. La matriz se incide cuidadosamente en forma longitudinal y se disecciona la lesión. La placa ungueal levantada se regresa después a su sitio y se sutura. Solo creemos necesaria una incisión en H o en cruz cuando se trata de lesiones muy grandes. En el caso de que la localización sea lateral, puede extirparse mediante una incisión en "L" paralela y a 4-6 mm del lado volar del pliegue de la uña. En todos los casos se disecciona cuidadosamente del hueso y se reseca el tumor. Maxwell refiere que el 25% de los pacientes presentan lesiones múltiples y enfatiza sobre la necesidad de una exploración completa y cuidadosa. La esci-

sión tumoral es curativa, a pesar de que el dolor puede tardar varias semanas en desaparecer.

Las recurrencias se presentan en el 10 al 20 % de los casos y pueden ser secundarias a resecciones incompletas, falta de resección en la cirugía inicial o tumores de nueva aparición. Sin embargo otros autores consideran que los tumores glómicos no son neoplasias ya que no recurren cuando se realiza una resección completa de los mismos y hay una resolución completa de los síntomas. Dependiendo de la localización del tumor se hará el abordaje de la lesión; sin embargo es importante una exposición adecuada para asegurar la resección completa del mismo evitando así recidivas (5-11).

En nuestro Caso 4, llama la atención la presencia de tumoraciones múltiples (2º y 4º dedos de la mano derecha), así como la presencia actual de sintomatología en mano contralateral con imágenes radiológicas y clínicas compatibles con tumores glómicos en 2º, 4º y 5º dedos de la mano izquierda. Interrogando al paciente de forma intencionada para conocer si había algún factor ocupacional que pudiera ser el condicionante de una patología múltiple como la que presenta, nos refiere que trabaja como policía auxiliar y hace uso habitual de un garrote con golpeteo constante a nivel de falanges distales, lo cual podría explicar su inusual presentación. En este caso, la presencia actual de lesiones compatibles con tumores glómicos en varios dedos de la mano izquierda, nos lleva a pensar que el antecedente de liberación del túnel del carpo en esa mano con una mejoría transitoria de la sintomatología pero que persistió después del procedimiento, nos orienta a que se iniciaba entonces la aparición de esos tumores glómicos que aun no eran evidentes clínicamente, lo que llevó al procedimiento quirúrgico de liberación del túnel del carpo sin éxito en otra institución, en la mano izquierda. En la actualidad, presenta una franca sintomatología en relación a la existencia de tumores glómicos en dicha mano.

Conclusiones

Los Tumores glómicos representan una patología poco frecuente, sin embargo el cirujano plástico debe conocer y reconocer oportunamente esta entidad con la finalidad de tratarla adecuadamente, diferenciarla de otras patologías que causan dolor (como puede ser el síndrome de túnel del carpo) o deformidad de la uña, para brindar un adecuado tratamiento.

Dirección del autor

Dr. Carlos Gargollo Orvañanos
Camino a Santa Teresa #4,
Camino a Santa Teresa # 1055 – 503
Col. Héroes de Padierna C.P. 10700 Mexico D.F.
e-mail: claugdelh@yahoo.com.mx

Bibliografía

1. **Zook E.:** "Tratamiento quirúrgico del peroniquio". En: Cirugía Plástica de la Mano Editor: McCarthy J, May J, Littler W. Editorial Médica Panamericana S.A. Buenos Aires, Argentina, 1992. Pp: 279-280.
2. **Arenas R.:** "Glomus". En: Atlas de Dermatología. Diagnóstico y Tratamiento. Editor: Arenas R. McGraw-Hill Interamericana Editores S.A. de C.V. Ciudad de México D.F. 2006, Capítulo 129, Pp: 523-525.
3. **Kouskouskis CE:** "Subungueal glomus tumor: a clinicopathological study". J Dermatol Surg Oncol 1983; 9:294.
4. **Baran R, Richert B.:** "Common Nail Tumors". Dermatol Clin 2006;24: 297.
5. **Puckett CL, Boschert MT, Concannon MJ:** "Vascular Injuries and Disorders". In: Plastic Surgery Indications, Operations and Outcomes. Achauer BM, Vol 4 St. Louis Missouri Mosby Inc. 2000, Chap. 132, Pp: 2331-2332.
6. **Carroll RE, Berman AT:** "Glomus tumors of the hand: Review of the literature and report on twenty-eight cases". J Bone Joint Surg Am 1972; 54:691.
7. **Matloub HS, Muoneke VN, Prevel CD, et al:** "Glomus tumor imaging: use of MRI for localization of occult lesions". J Hand Surg [Am] 1992;17:472.
8. **Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis EF:** "Multiple digital glomus tumors". J Hand Surg [Am] 1979;4:363.
9. **Rettig AC, Strickland JW:** "Glomus tumor of the digits". J Hand Surg [Am], 1977;2:261.
10. **Kevin C. Chung:** "Skin Tumors". En: Green's Operative Hand Surgery, 5ª Ed. Churchill Livingstone Philadelphia 2005, Chap. 62, Pp: 2191 – 2209.
11. **Walsh J. J., Eady L. J.:** "Vascular Tumors". Hand Clin 2004; 20 (3): 261.