

TRABAJOS ORIGINALES

Tumor glómico: correlato clínico-anatomopatológico

Glomus tumor: clinic anatomopatologic correlate

Henry Pacheco¹, Silvia Muñoz², Maritza Hipólito³, Evelyn Castro⁴.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la correlación clínico-anatomopatológica del tumor glómico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, EsSalud – Callao.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo evaluando un total de 7 pacientes con diagnóstico de tumor glómico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, en el periodo de diciembre de 2002 a diciembre de 2003.

Resultados: El grupo etario afectado fue entre 39 y 65 años. La relación varón/mujer fue de 0.75. La forma clínica que predominó (100%) fue la forma solitaria, de los cuales 5 (71.4%) se localizaron en miembro superior. El tamaño de la lesión varió entre 0.1 a 1.3cm. Los hallazgos histológicos más frecuentes fueron la presencia de colágeno en el estroma (81.75%), la mayoría de ellos se localizaron en dermis superficial (57.14%) y el 57.14% (4 casos) presentó dilatación vascular, en ningún paciente se reportó mitosis.

Conclusiones: El tumor glómico tiene predilección por el sexo femenino y su localización más frecuente es en miembro superior. La variante clínica más frecuente fue la forma solitaria. Los hallazgos histológicos fueron: mayor compromiso en dermis superficial, presencia de colágeno en estroma, dilatación vascular y ausencia de mitosis.

Palabras clave: Tumor glómico.

SUMMARY

Objective: To determinate the clinic anatomopathologic correlate of glomus tumor.

Methods: Retrospective and descriptive study. We examined 7 patients with diagnosis of glomus tumor at Alberto Sabogal Sologuren National Hospital, between December 2002 and December 2003.

Results: The mean age group was between 39 and 65 years old. The male/female ratio was 0.75. The most frequent lesion was the solitary form (100%). The 71.4% of patients presents lesions on the upper extremities. The size of the lesions was between 0.1 to 1.3cm. The histological findings most frequent were estromal with collagen (81.75%), the localization was on superficial dermis (57.14%) and four of them present dilatation of the vassels. No patient presented mitosis.

Conclusions: The female group was the most common. We found it most frequently on upper extremities. The lesions most common was the solytari form. The histological findings most frequent was estromal with collagen, the localizations was on superficial dermis.

Key words: Glomus tumor.

¹ Médico Residente III año, Servicio de Dermatología, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao.

² Médico Asistente, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao.

³ Jefe del Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao.

⁴ Médico Asistente, Servicio de Dermatología, Hospital Alberto Sabogal Sologuren, Callao.

Correo electrónico: ismaelhpj@yahoo.es

INTRODUCCIÓN

Los glomangiomas, también llamados malformaciones venosas gnómicas, son lesiones vasculares cutáneas benignas caracterizadas por las formaciones de canales venosos de luz irregular, rodeados de células cuboides, de aspecto epiteloide, denominadas células glómicas, siendo ésta su característica patognomónica⁽¹⁾. Se han descrito tres variantes clínicas: la solitaria, la múltiple nodular y la tipo placa o multifocal, teniendo cada una de ellas características clínicas e histológicas distintas^(1,2).

La variante solitaria, también denominada tumor glómico, fue descrita por primera vez por Wood en 1812. Es esporádica y pequeña, puede presentarse en cualquier parte del cuerpo y con mayor frecuencia en las extremidades, especialmente en el lecho ungueal de personas jóvenes, con mayor predominio en mujeres; se caracteriza por la triada sensibilidad térmica, sensibilidad localizada y dolor⁽³⁾. Su incidencia exacta es desconocida, siendo frecuentemente subdiagnosticada. La sintomatología más frecuente es el dolor y la presentación clínica más frecuente son pápulas o nódulos color azul o púrpura, usualmente menor a 1cm, localizados más comúnmente en áreas acrales. La malignidad del tumor es muy rara⁽²⁾.

La sección a través de un tumor glómico puede mostrar uno o varios nódulos circunscritos en la dermis o en el tejido subcutáneo. Dentro de los nódulos se encuentran canales vasculares convolutos rodeados por agregados de células glómicas, que son células musculares lisas modificadas que tienen un núcleo pequeño, redondo, monomorfo y un citoplasma anfófilo⁽⁴⁾. El estroma del tumor glómico varía desde la presencia de colágeno denso, especialmente en la periferia de los nódulos, hasta mixoide en el centro de la lesión^(4,5). La mayoría de los tumores glómicos acrales únicos tienen una apariencia compacta.

El término glomangioma se refiere a variantes no acrales que tienen vasos cavernosos rodeados de ribetes de células glómicas. La mayoría de reportes enfatizan la ocurrencia de esta variante en pacientes con lesiones múltiples, asociado a presencia de vasos dilatados^(1,2,4-6).

El diagnóstico del tumor glómico se basa en el cuadro clínico y los hallazgos histopatológicos. No existe un tratamiento específico. La mayoría de las lesiones pueden ser extirpadas quirúrgicamente; hay diferentes formas de tratamiento que están destinadas a aliviar la sintomatología y el aspecto cosmético^(1,3,7).

El tumor glómico es una lesión benigna infrecuente de incidencia y prevalencia desconocida en nuestro medio, con características clínicas e histopatológicas distintivas, motivo por el que surgió el interés de realizar el presente trabajo con el objetivo de correlacionar las características clínico patológicas del tumor glómico en el Hospi-

tal Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron 7 casos registrados como tumor glómico atendidos en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren durante el periodo de diciembre de 2002 a diciembre de 2003.

Para cada uno de los casos se confeccionó una ficha individual con los datos obtenidos de la revisión de las historias clínicas y láminas de anatomía patológica. Se evaluaron los siguientes parámetros: edad, sexo, tiempo de enfermedad, historia familiar, forma clínica de presentación, características histopatológicas y tratamiento.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se registraron 7 casos de tumor glómico. Cinco pacientes (71.42%) fueron evaluados en el Servicio de Dermatología, uno en el Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello y uno referido por un Policlínico periférico. Todas las muestras fueron enviadas al Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Alberto Sabogal Sologuren.

Fueron 4 mujeres y 3 hombres, siendo la relación hombre/mujer de 0.75, la edad al momento del diagnóstico estuvo comprendida entre 39 y 65 años, con un promedio 54.5 años (**tabla I**). El tiempo de enfermedad osciló entre los 2 y 3 años, no se reportó historia familiar en ningún paciente. De los 7 pacientes, en 5 (71.4%) la lesión se localizó en miembro superior, siendo 3 de éstos en el lecho subungueal (**tabla I**).

La presentación clínica que predominó en los 7 pacientes (100%) fue la forma solitaria, cuyo tamaño osciló

Tabla I. Características clínicas de los pacientes con diagnóstico de tumor glómico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, ESSALUD, Callao. Diciembre de 2002 a diciembre de 2003.

Caso	Edad (años)	Sexo*	Localización anatómica
1	48	F	Hombro
2	39	F	Lecho subungueal
3	55	M	Cuello
4	64	M	Lecho subungueal
5	46	F	Segundo dedo de mano
6	65	M	Antebrazo
7	65	F	Lecho subungueal

* F: Femenino ; M: Masculino.

entre 0.1 a 1.3cm. Los hallazgos histológicos reportados fueron (**tabla II**):

- Presencia de colágeno en el estroma (81.75%)
- Localización en dermis superficial (57.14%)
- Dilatación vascular (57.14%)
- En ningún paciente se reportó mitosis.

A ningún paciente se le realizó estudio de inmunohistoquímica.

El tratamiento en el 100% de los casos fue quirúrgico, en ninguno de ellos se observó compromiso de bordes, por lo que hasta la actualidad no se reportó ningún caso de recidiva.

DISCUSIÓN

Tabla II. Características histoanatomopatológicas de pacientes con diagnóstico de tumor glómico en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren, Callao. Diciembre 2002 a diciembre 2003.

Caso	Tamaño (mm)	Ubicación microanatómica	Características histológicas		
			Estroma	Dilatación Vascular	Mitosis
1	2.5	Dermis superficial	Colágeno denso	Presente	(-)
2	0.25	Dermis profunda	Colágeno denso	Ausente	(-)
3	13	Dermis superficial	Colágeno denso	Presente	(-)
4	4	Dermis superficial	Colágeno denso	Presente	(-)
5	7	Dermis profunda	Mixoide	Ausente	(-)
6	7	Dermis superficial	Colágeno denso	Presente	(-)
7	2	Dermis profunda	Mixoide	Ausente	(-)

El tumor glómico es un tumor raro que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo, de preferencia en las extremidades, con predilección por el sexo femenino. En el presente trabajo se encontró que el sexo femenino predominó con respecto al masculino y que el grupo etario más comprometido osciló entre 39 y 65 años, resultados que no se alejan de los reportes publicados. Siete pacientes con diagnóstico de tumor glómico en el lapso de diciembre de 2002 a diciembre de 2003 es una incidencia elevada, que no guarda relación con la rareza de su presentación reportado por otros autores⁽¹⁻⁴⁾. El tiempo de enfermedad osciló entre los 2 y 3 años. La cronicidad de la lesión y el dolor a la variación térmica principalmente constituye la presentación clínica típica reportada⁽⁵⁾.

El tumor glómico, considerado la forma clínica solitaria de los glomangiomas⁽¹⁾, puede presentarse en cualquier parte del cuerpo, siendo más frecuente su presentación acral y con predilección por la región subungueal como lo demuestra nuestro trabajo (**fotografías 1 y 2**). Cuando las lesiones son múltiples y nodulares, son denominadas glomangiomas y la existencia de antecedentes familiares es frecuente⁽¹⁾, en nuestro estudio ningún paciente presentó más de una lesión ni tampoco se encontró antecedentes familiares, en el 100% la presentación clínica fue la forma solitaria.

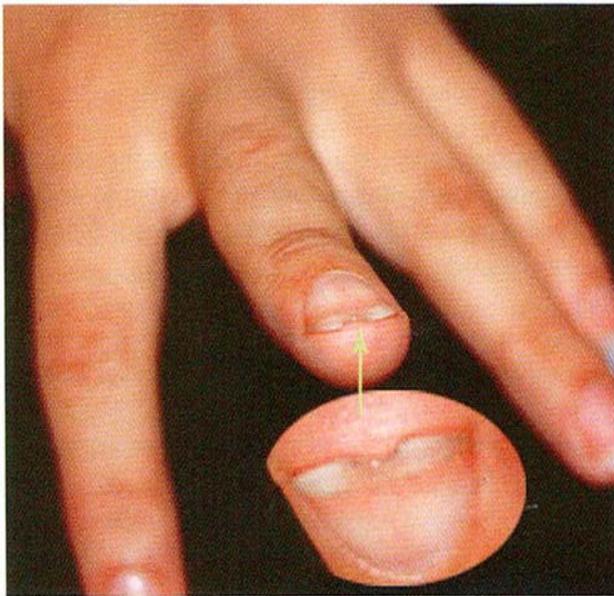
Histológicamente son reconocidos cuatro tipos prin-

cipales que incluyen: tumor glómico, glomangioma, glomangiomioma y glomangiosarcoma. Más recientemente ha sido propuesta una clasificación de malignidad que incluye: tumor glómico maligno, tumor glómico de potencial maligno incierto, tumor glómico simplástico y glomangiomatosis⁽⁵⁾. En nuestro estudio en ningún caso se reportó presencia de atipia celular.

En nuestro estudio se valoró histológicamente la ubi-



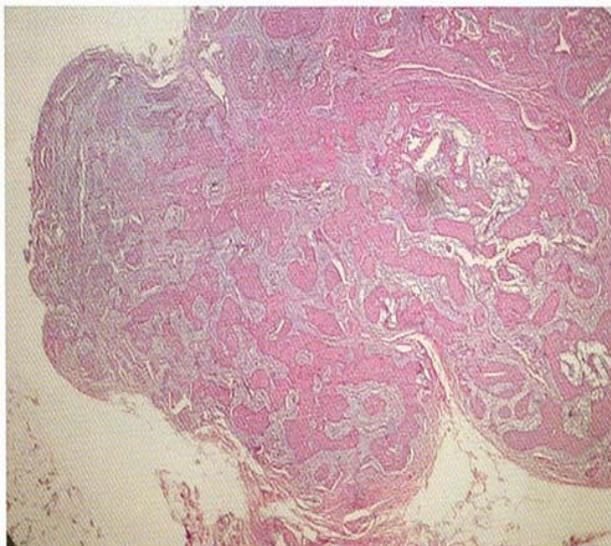
Fotografía 1. Tumor glómico en lecho ungueal con alteración distal de la placa ungueal.



Fotografía 2. tumor glómico en lecho ungueal.

cación microanatómica, siendo la más frecuente la ubicación en dermis superficial, habiendo en algunos casos penetración hasta la dermis profunda^(2,6). La presencia de colágeno se reportó en la mayoría de los casos, siendo ésta la característica más frecuente del estroma del tumor glómico y en algunos casos hubo presencia de estroma mixoide⁽⁵⁾ acompañados de fibras nerviosas pequeñas en concordancia con su tendencia a ser lesiones dolorosas (fotografía 3).

Se valoró las alteraciones vasculares como dilatación

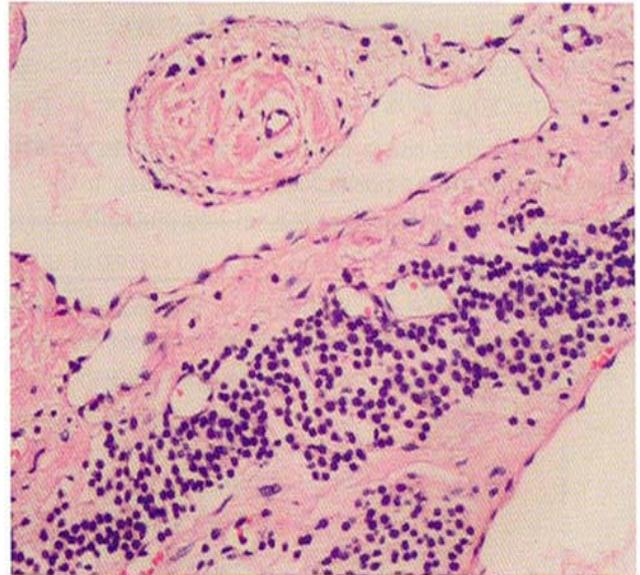


Fotografía 3. Tumor glómico. Estroma mixoide. H-E 400x.

e hiperplasia vascular, encontrando en nuestro estudio mayor presencia de dilatación vascular; muchos autores enfatizan la ocurrencia de esta variante en las presentaciones múltiples^(1,2,4,8,9), correlación que no se comprueba en nuestro estudio. El grado de dilatación de los vasos está

determinado por la localización de la lesión en la piel, con una presentación compacta, en áreas dérmicas más rígidas como piel acral y vasos dilatados en áreas más expansibles (fotografía 4).

Los estudios de inmunohistoquímica han demostra-



Fotografía 4. Células glómicas con características patognomónicas de tumor. H-E 400x.

do en el tumor glómico la presencia de actina y desmina, marcadores de células musculares lisas^(8,9). En nuestro estudio a ningún paciente se le hizo estudio de inmunohistoquímica.

No existe una terapéutica específica⁽¹⁾. De primera elección está la extirpación quirúrgica a la que fueron sometidas la totalidad de nuestros pacientes, no se reportó compromiso de bordes en ningún paciente. Los tratamientos están destinados a ayudar a aliviar los síntomas cuando hay dolor o mejorar el aspecto cosmético⁽¹⁰⁻¹²⁾.

CONCLUSIONES

- Se halló predominio del sexo femenino con respecto al masculino.
- La edad promedio afectada fue 54.5 años.
- La localización más frecuente fue en miembro superior: región subungueal.
- La única variante clínica que se halló fue la forma solitaria.
- Los hallazgos histológicos fueron: compromiso frecuente de dermis superficial, presencia de colágeno en el estroma, mayor presencia de dilatación vascular y no hubo atipia celular.
- El tratamiento de primera elección fue la extirpación quirúrgica. No hubo recidivas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. CORDISCO M, LARRALDE M, CASTRO C, GRACHETTI A, MORLES S, MORENO S, et al. Glomangiomas: descripción de 9 casos. *Dermatol Pediatr Lat.* 2003;1(1):14-7.
2. REYNOLDS M, SANGUEZA O. Glomus tumor. *Emedicine.* febrero 08, 2002.
3. WEGENER E. Glomus Tumor of the nail unit: a plastic surgeons approach. *Dermatol Surg.* 2001;27:240-1.
4. LEVER WF. *Histología de la piel.* 7ma Ed. Buenos Aires: Editorial Intermédica SALCI; 1991.
5. MENTZEL T, HUGEL H, KITZNER H. CD 34 positive glomus tumor: clinopatologic and immunohistochemical analysis of six cases with myxoid stromal change. *J Cutan pathol.* 2002;29:421-5.
6. PARSONS M, RUSSO G, MILLIKAN L, KIM R. Multiple Glomus Tumors. *Int J Dermatol.* 1997;36:894-900.
7. TOMAK Y, ACKAY I, DABAK N. Subungual glomus tumors of the hand: diagnosis and treatment of 14 cases. *Scand J Plast Reconstr Surg hand Surg.* 2003;37:121-4.
8. CALDICH L, MONTEAGUDO C, MARTINEZ E. Familial generalized multiple glomangiomyoma: report of a new family, with immunohistochemical and ultrastructural studies and review of the literature. *Pediatr Dermatol.* 2002;19(5):402-8.
9. BLONE U, ADLER Y, CHRISTOPH C. Multiple familial cutaneous glomangyoma: a pedigree of 4 generations and critical analysis of histologic and genetic differences of glomus tumors. *J Americ Acad Dermatol.* 2000;42: 4.
10. SPENCER J. Malignant tumors of the nail unit. *Dermatol therapy.* 2002;15(2):126-30.
11. GARMAN M. On glomus tumors, warts and razors. *Dermatol Surg.* 2003;29(2):192-4.
12. KAYALJ, ROBIN W. Malignant glomus tumors: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg.* 2001;27(9):837-40.
