

## LOS TUMORES GLOMICOS DE LOS DEDOS:

### Observaciones clínicas (\*)

MARIO GILBERTO, CARLO IACHINO, G.B. LANGUASCO, ERALDO SQUILLARIO, ROBERTO PUGLISI y ANTONIETTA DAMERIO.

**Divisione Chirurgica (Prof. G. D'Aste). Ospedali Civili di San Pier D'Arena. Sanremo (Italia).**

La primera noticia sobre los tumores glómicos aparece en 1829, año en que fueron descritos por **Wood**, si bien quizá fueron ya observados por autores ingleses y europeos años antes.

En efecto, el propio **Wood**, en 1811, había descrito una neoformación dolorosa a la que denominó «Painful subcutaneous tubercles».

En 1824, el neurólogo francés **Barré** y el patólogo **Masson**, a su vez, describieron como entidad morbosa distinta un pequeño tumor de localización subungueal, extirpado de un dedo de una joven de 18 años, y que le producía intensos dolores de tipo paroxístico, irradiados a lo largo del brazo y el cuello hasta la parte homolateral del tronco, concomitantes con un Síndrome de Horner y trastornos reflejos vasomotores. Tal neoformación se relacionó con las anastomosis arteriovenosas de la extremidad, concepto aceptado luego por otros autores (**Popoff, Stout**).

Tras esta descripción fueron muchas las observaciones publicadas por distintos autores sobre tal entidad patológica. De igual modo también fueron muchos los términos usados para indicarla: Glomangioma (**Bayley**), Schwannoma (**Mulazzl**).

Sin embargo, la denominación por **Masson** parece la más adecuada a su entidad anatomopatológica, dada su extraordinaria semejanza con los glomus cutáneos normales, de los cuales a menudo se desarrollan.

En efecto, los tumores glómicos constituyen una modificación patológica primitiva de las a.v.a., de igual modo como las malformaciones angiomasas de la angiomasia pulmonar hipooxidante de **Gianpalmo**, las heteropatías de las a.v.a. glomerulares, pertenecientes al segundo tipo grupo B de la clasificación de **Bucciante**, la agenesia de las a.v.a., que serían responsables de la aparición de una fleboarteriectasia difusa congénita, según **Clara**.

El tumor glómico o glomangioma representa el 1,6% de los tumores de los tejidos blandos de las extremidades, en especial de las superiores (2/3 de los casos). Se localiza en los dedos en el 45% de las veces, con particular predilección por el lecho ungueal de la falange distal.

La edad no tiene particular importancia en su aparición, si bien suele afectarse más la edad media, con ligera predilección por el sexo femenino.

La estructura fundamental del glomus consiste en una arteriola de calibre siem-

(\*) Original en italiano, traducido por la Redacción.

pre notable, de la que se ramifica una rama tortuosa intercalada que se anastomosa a la vena primaria colectora: cuando está abierta, su diámetro supera con mucho el de la arteriola que le da origen. Los límites entre los diferentes sectores nunca son claros.

A menudo se observan fenómenos edematosos, hialinosis de la pared vascular, degeneración mucosa del intersticio conjuntivo.

El complejo anastomótico está rodeado en su conjunto por colágeno en forma laminar, formando la cápsula, de la que parten mezclados, hialinizados como la propia cápsula, pequeños vasos y fascículos nerviosos que confieren al complejo aquel aspecto «organoide» que Hueck consideró como expresión característica de los tumores malignos. Histológicamente, el ovillo de vasos que constituyen el tumor glómico presenta, por contra, una estructura similar a la de las a.v.a., con las características células mioepitelioides que, en cambio, se hallan en contacto tanto con fibras mielínicas como amielínicas, a diferencia de las normales a.v.a., donde las células mioepitelioides están en relación sólo con fibras amielínicas.

Los elementos histopatológicos determinantes provienen de la musculatura, de los nervios y de los vasos, diferentemente relacionados entre sí, de forma que hacen válida todavía la clasificación propuesta por Masson: Tumores glómicos de tipo a) angiomatoso; b) epitelioides; c) neurinomatoso; y d) degenerativo.

Añadamos, aún, que a veces, aunque raramente, en un mismo sujeto pueden manifestarse más formaciones glómicas, tanto como para justificar en estos casos el término usado por Bayley de «glomangiomas».

Por lo común, el tumor glómico aparece como un nódulillo bien delimitado por la presencia de la cápsula externa; con unas dimensiones que oscilan entre los 3 y 5 mm. de diámetro, aunque en la literatura se haya reportado un caso de  $3,6 \times 2,5$  cm.

La consistencia es duro-elástica, el color rosáceo-amarillento, a veces marcadamente rosáceo con tendencia a la cianosis. Esto último en especial cuando el tumor es subungueal e, incluso, en esta localización la coloración aparece sólo con las crisis dolorosas.

Se han atribuido múltiples funciones al aparato glómico normal: secretora, vasomotora, termoreguladora.

En la actualidad la teoría que merece mayor crédito le atribuye de preferencia una función termoreguladora local; y basándonos en los actuales conocimientos, no cabe excluir una posible función reguladora tensional.

Sin embargo, parece que la modificación de presión en los tumores glómicos, que se produce con las variaciones de posición del miembro, influyen sobre el dolor. Por otra parte, los tumores glómicos favorecerían el aumento de la temperatura de la extremidad afectada, su sudoración y, quizá, condicionarían una cierta hipotrofia de la zona enferma.

Por último, en el acceso doloroso las alteraciones vasomotores del tipo de hiperactividad simpática pueden extenderse a todo el miembro.

**I. Observación clínica:** L.E. varón de 68 años. Antecedentes familiares, sin interés. Desarrollo psicossomático, regular. Hábitos de vida, normales. Episodio bronconeumónico a los 5 años. Manifestaciones pulmonares de tipo tuberculoso a los 28 años, precisando internamiento en un hospital especializado. Ningún otro antecedente patológico de interés.

Hace cerca de un año, sin período prodrómico, inicia agudo dolor en la tercera fa-

lange del IV dedo de la mano izquierda, de aparición en accesos, sin aparente relación con los movimientos o actividad manual.

A su ingreso se observan buenas condiciones generales. Persisten restos radiológicos de pleuritis en base pulmonar izquierda y algún residuo fibroso estriónodular en le parenquima pulmonar.

En corazón, evidencia de bloqueo completo de rama izquierda.

Resto de órganos y aparatos y exámenes hemato-químicos, dentro de la normalidad.

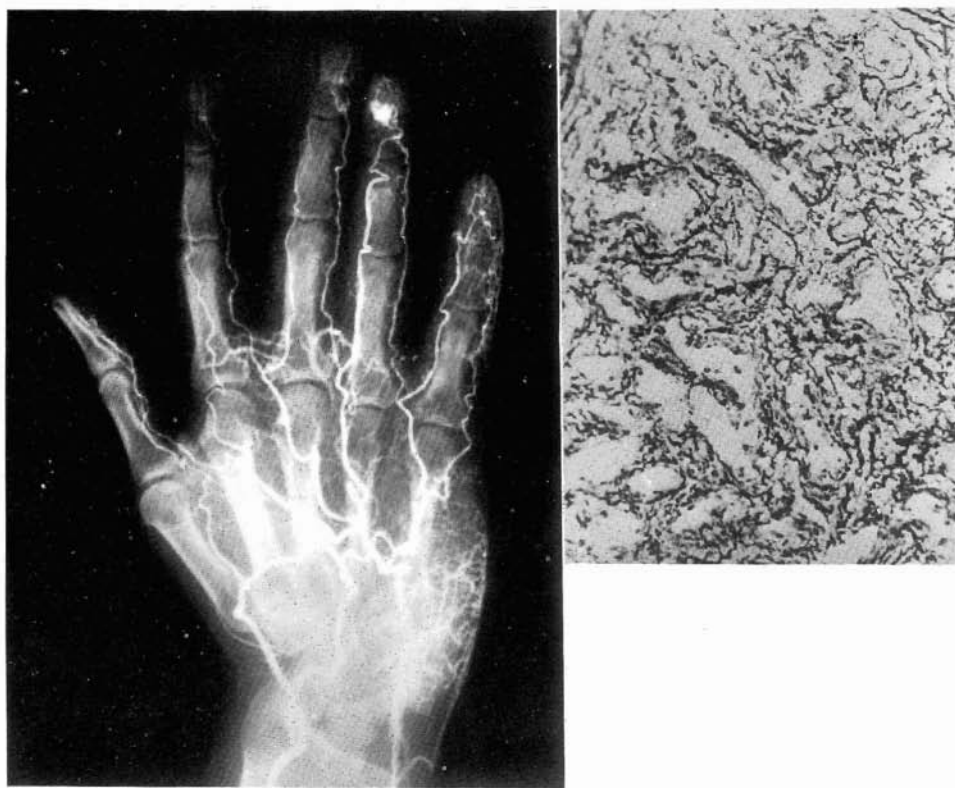


FIG. 1.- Arteriografía: dilataciones arteriales confluentes en un pequeño lago «aneurismático-angiomatoso» a nivel de la falange distal del IV dedo (Caso I).

FIG. 2.- Examen histológico: Componente vascular de tipo arterial y venoso del fibroangioma capilar (Caso I).

Localmente, a nivel de la tercera falange del IV dedo de la mano izquierda, se aprecia una tumefacción del tamaño de un guisante, de superficie lisa, poco movable sobre los planos profundos, dolorosa a la compresión. El trofismo y la vascularización de la piel que la cubre aparecen conservados.

La arteriografía a través de la arteria radial pone de manifiesto la «presencia de dilataciones arteriales confluentes en un pequeño lago aneurismático-angiomatoso a nivel de la falange distal del IV dedo (fig. 1)».

Sometido a intervención, se aísla y se reseca la pequeña neoformación, que macroscópicamente muestra un claro predominio de elementos vasculares sobre los conjuntivos y nerviosos.

El examen histológico precisa que «la neoformación remitida resulta ser un fibriangioma capilar microcavernoso con componentes vasculares de tipo arterial y venoso, con aspecto de tumor glómico (fig. 2)».



FIG. 3.- Arteriografía a gran aumento: «Fugaz aparición de una pequeña zona densa de medio de contraste, de dudosa interpretación (Caso II).

**II. Observación clínica:** G.R., varón de 40 años. Antecedentes familiares, sin interés. Fumador, 40/día. Apendicectomizado a los 10 años. Sometido a plástica por hernia inguinal bilateral dos años antes.

Desde hace dos años sufre violentos dolores en la falange distal del IV dedo de la mano izquierda.

El examen objetivo a su ingreso muestra discretas condiciones generales, sin nada patológico importante en órganos y aparatos.

La palpación del dedo provoca vivos dolores, sin que se aprecien formaciones patológicas.

Arteriografía, que evidencia a nivel de la falange ungueal del IV dedo de la mano izquierda «fugaz aparición de una pequeña área de aumento de densidad del contraste, de dudosa interpretación (fig. 3)».

En la intervención se resecó una neoformación de las dimensiones de un grano de mijo, que el examen histológico identificó como un tumor glómico (figs. 4 A y B).

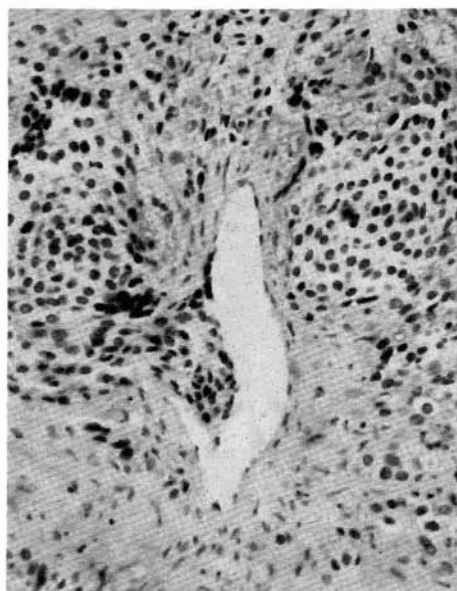
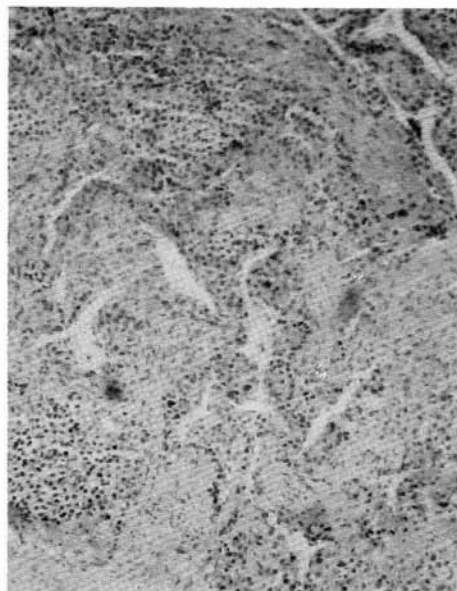


FIG. 4.A.- Examen histológico: Característica estructura vascular contorneada por proliferación de células epitelioides (Caso II).

B.- Examen histológico (parcial de A, a mayor aumento): se observa estructura epiteliode dispuesta «en nidos perivascular», típica del tumor glómico.

### Consideraciones.-

Hemos querido reportar estas dos observaciones por constituir una patología seguramente bastante rara.

En ambos pacientes el tumor glómico estaba localizado en la falange distal del IV dedo de la mano izquierda, pero creemos que ello se debe en exclusiva a estos casos, no habiendo hallado en la literatura datos de otros autores sobre una posible preferencia del tumor por esta localización.

En el primer paciente, en el cual existía una pequeña masa palpable, cabía sospechar de entrada un tumor glómico. Por contra, en el segundo, era lícito avanzar cualquier diagnóstico de sospecha, ya que carecía de objetividad alguna.

En ambos casos la arteriografía ha sido dirimente, examen que consideramos fundamental para un diagnóstico de certeza.

La terapéutica es exclusivamente quirúrgica: Resección de la neoformación, intervención banal, exenta de riesgos, pero sobre todo resolutoria de la sintomatología dolorosa, que a veces puede hacerse absolutamente insoportable.

# RESUMEN

Se presentan dos observaciones de tumor glómico de los dedos. Tras algunas consideraciones anatómicas y fisiológicas, se comenta la rareza de tal afección y las manifestaciones clínicas esenciales. Se considera fundamental el estudio angiográfico bajo el punto de vista diagnóstico. Se concluye que la terapéutica es quirúrgica.

# AUTHOR'S SUMMARY

Two cases of glomic tumors of fingers are reported. After some anatomical and physiological considerations thereabout, they dwell upon the rareness of this disease and upon its main clinical manifestations. The completed angiographic study is remarkable, and always very important for the diagnosis. As a conclusion, the authors confirm the need of a surgical treatment.

# BIBLIOGRAFIA

1. BARRE, J.A.: Troubles sympathiques étendues et violents du membre supérieur par tumeur des doigts-guerison. «Rev. Neurol». 2: 942, 1920.
2. BARRE, J.A.: Sur certains sympathalgies de la peripherie des membres. Leur traitement chirurgical simple. «Paris Medical» 45: 311, 1920.
3. BARRE, J.A.; MASSON, P.: Etudes anatomo-cliniques de certains tumeurs sous-ongles douloures (tumeurs du glomus neuromyarteriel des extremités). «Bull. Soc. Franc. Dermat. Syph», 31: 147, 1924.
4. BAYLEY, O.T.: «The cutaneous glomus and its tumours glomangiomas». «Amer. J. Pathol», 2: 915, 1935.
5. BECCHI, G.F.: Masson's tumours of the fingers. «J. Chir.», 3: 201, 1976.
6. BENINI, P.: Glomus tumours in unusualites. «Ann. Ital. Chir». 48: 87, 1976.
7. BERGSTRAND, H.: Multiple glomus tumours. «Amer. J. Cancer»; 29: 470, 1937.
8. CHANDRA, J.: Glomus tumour. «J. Indian Med. Ass.», 66: 104, 1976.
9. CHEVROT, A.: Glomus tumours and epidermoid cystis of the phalanges. «J. Rad. Med.», 57: 645, 1976.
10. GIBERTO, M.; E. COLL.: Su di un raro caso di tumore glomico delle dita. «Chir. Ital.», 35: 270, 1983.
11. GRANT, R.T.: «Heart»; 15: 281, 1930.
12. GREIG, D.M.: Subcutaneous glomal tumours painful subcutaneous nodule. «Edim. Med. J.»; 35: 365, 1928.
13. HAYES, C.W.: Subungueal glomus tumours. «J. Tenn. Med. Ass.»; 66: 104, 1976.
14. HUESTON, J.T.L.: Multiple painless glomic tumours. «Brit. Med. J.»; 1: 208, 1950.
15. MALANDRA, B.: Sui tumori glomici cutanei. «Riv. Anat. Pat. Oncol»; 12: 473, 1957.
16. MASSON, P.: Le glomus neuro-mio-artériel des régions tactiles et ses tumeurs. «Lyons Chir»; 21: 257, 1924.
17. MASSON, P.: «Les Glomus Neurovasculaires», Hermann & C., Paris, 1937.
18. MASSON, P.: Les tumeurs glomiques sous-cutanees en dehors des doigts. «Ann. Anat. Pat.», 4: 153, 1929.
19. PESCATORE, S.: Il glomangioma cutaneo. «Rif. Med.», 76: 683, 1962.
20. POPOFF, N.W.: «Arch. Path.», 18: 295, 1954.
21. RETTIG, A.C.: Glomus tumours of the fingers. «J. Hand. Surg.»; 2: 261, 1977.
22. SANTHA, A.: Glomus tumours. «M. Traum. Orthop.»; 20: 264, 1977.
23. SELINANV, V.P.: Surgical treatment of deep seated tumous with Barré-Masson-Syndrome. «Vop. Oncol.»; 23: 82, 1977.

24. SINTOV, E.L.: Glomus tumours of the fingers. «Vestn. Khir.»; 120; 96, 1978.
25. SIRTORI, C.; VERONESI, U.: Considerazioni morfologiche ed istogenetiche sui tumori glomici in base ad otto osservazioni personali. «Tumori», 40: 583, 1954.
26. STOUT, A.P.: «American Journal, Cancer»: 24: 255, 1935.
27. SUQUET, J.P.: «Anatomie et Physiologie. Circulation du Sang. D'une circulation derivative dans les membres et dans la tete chez l'homme». Delapale, Paris, 1862.
28. VANG, O.: Glomus tumours of the fingers. «J. Derm. Tokio». 5: 179, 1978.
29. WOOD, W.: «Trans. Med. Chir. Soc. Edinburg». 3; 5, 1829.