

---

# Tumor glómico.

## Presentación de cinco casos y revisión de la literatura

Carlos M. Hernández Cañete\* - Nicolás Socarrás Olivera\*\* - Joaquín del Río Álvarez\*\*\*  
Raunel Hernández Rodríguez\*\*\*\* - José A. Galván González\*\*\*\*\* - Adelayda Peón Saavedra\*\*\*\*\*

---

Hospital Provincial Docente «Dr. Antonio Luaces Iraola»  
de Ciego de Avila (Cuba)

---

### RESUMEN

*Se presentan cinco casos de pacientes con tumores glómicos, que fueron tratados quirúrgicamente en los Servicios de Angiología y Ortopedia del Hospital Provincial Docente «Dr. Antonio Luaces Iraola» de Ciego de Avila, confirmándose anatomopatológicamente el diagnóstico en todos los casos. Se destaca la presentación en los cinco pacientes de dolor exquisito a los pequeños traumatismos y a los cambios bruscos de temperatura a nivel de la tumoración, así como la presencia de erosión ósea en la falange distal del dedo índice derecho producida por el tumor, localizado en el lecho ungueal en uno de los casos. Se presenta además, una breve revisión de la literatura.*

### SUMMARY

*Five case reports about patients with glomic tumors surgically treated at Angiology and Orthopedics Department of the Hospital Provisional Docente «Dr. Antonio Luaces Iraola» in Diego de Avila are going to be presented. In all patients diagnosis was confirmed by anatomopathologic study. We have to note in all the five cases the report of specific pain produced after unimportant traumatisms and brusck changes on the temperature at tumor level. Is also remarcable in one from the five cases an erosionated area on the distal phalanx from the fourth right finger produced by tumor, which was localized at nail base. A brief literature review is also presented.*

---

\* Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascular. Profesor Asistente de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila y Jefe del grupo Provincial de Angiología en Ciego de Avila.

\*\* Especialista de 2º grado en Angiología y Cirugía Vascular. Profesor Asistente de Cirugía del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Camagüey y Jefe del grupo Provincial de Angiología de Camagüey.

\*\*\* Especialista de 2º grado en Cirugía General. Profesor Asistente de Cirugía y Jefe del Departamento Docente de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila.

\*\*\*\* Especialista de 1º grado en Ortopedia y Traumatología. Jefe del Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital Provincial Docente «Dr. Antonio Luaces Iraola». Instructor de Ortopedia de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila.

### Introducción

Posiblemente uno de los temas más controvertidos y donde les resulte más difícil a los investigadores lograr ponerse de acuerdo es, precisamente, en establecer una clasificación adecuada de los tumores vasculares que satisfaga los requerimientos, tanto en el orden teórico como práctico, de clínicos y patólogos.

Los tumores vasculares no son afecciones que comúnmente se presenten en la práctica médica cotidiana. Dentro de ellos, los tumores se incluyen en el grupo de neoformaciones poco frecuentes, puede decirse que raros.

El reconocimiento de estas lesiones, al mismo tiempo que despiertan en el paciente angustia y aprensión, suscitan en el médico cierto escepticismo e inseguridad a la hora de establecer definitivamente el diagnóstico correcto.

En razón de estos hechos y por haberse diagnosticado en nuestro Servicio la presencia de tumor glómico en cinco pacientes es que sur-

\*\*\*\*\* Especialista de 1º grado en Cirugía General. Instructor de Cirugía de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Avila.

\*\*\*\*\* Residente de 3º año en Oftalmología del Hospital Provincial Docente «Dr. Antonio Luaces Iraola» de Ciego de Avila.

ge en nosotros la principal motivación que nos llevó a realizar este trabajo, con el sano propósito de que pueda servir de utilidad.

## Presentación de la casuística

### Caso 1:

Paciente D.C.Z. de 43 años de edad, sexo femenino y color de la piel blanca. Historia clínica 377.474.

Ingresa por dolor en la falange distal del V.º dedo de la mano derecha desde hace aproximadamente un año, que se exacerba cuando se golpea la falange accidentalmente y con los cambios bruscos de temperatura, sobre todo durante el aseo de las manos con agua fría. Últimamente el dolor es más intenso, obligando a la paciente a evitar ciertas labores de tipo manual por temor a traumatizarse el dedo.

En el examen de la falange se detecta un punto azulado a nivel del lecho ungueal hacia la raíz de la uña, provocando intenso dolor la presión sobre dicho punto.

Se interviene quirúrgicamente, resecando la uña y realizando la exéresis de una pequeña tumoración de aproximadamente 2 mm de diáme-

tro, de forma redondeada, consistencia blanda y color azulado. El examen anatomopatológico (B-4039-85) informó tumor glómico (fig. 1).

La paciente sale del hospital totalmente asintomática y en las consultas sucesivas no se detectó recidiva local del tumor ni del cuadro doloroso.

### Caso 2:

Paciente R.S.S. de 44 años de edad, sexo masculino y color de la piel blanca. Historia clínica 437.465.

Ingresa por dolor en la región posterior del muslo izquierdo desde hace aproximadamente 2 años, que inicialmente se desencadenaba al asear con agua fría o presionar dicha región, pero que en los últimos meses viene apareciendo con mayor frecuencia y más intenso, desencadenándose con el ligero roce de la zona con la tela del pantalón.

Al examinar la región posterior del muslo, se detecta un pequeño nódulo en su tercio medio de la zona dolorosa, de 3 mm de tamaño, redondeada, de color azulado y muy dolorosa al tacto.

Se realiza la exéresis de la lesión y el resultado final anatomopatológico fue tumor glómico (B-2058-86).

El paciente se ha mantenido asintomático y en las consultas de seguimiento no se detectó recidiva tumoral.

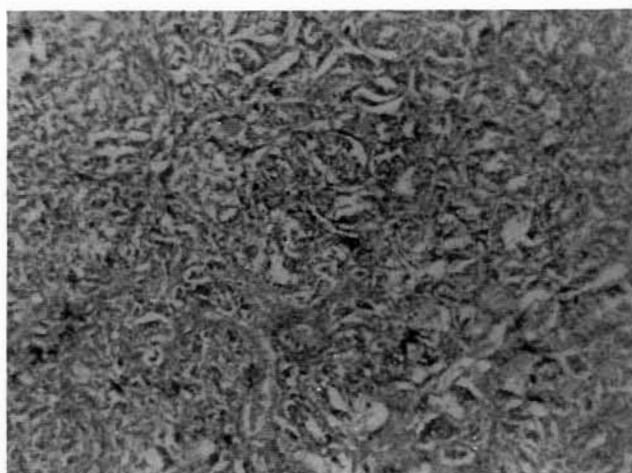
### Caso 3:

Paciente B.R.S. de 36 años de edad, sexo masculino y color de la piel blanca. Historia clínica 438.482.

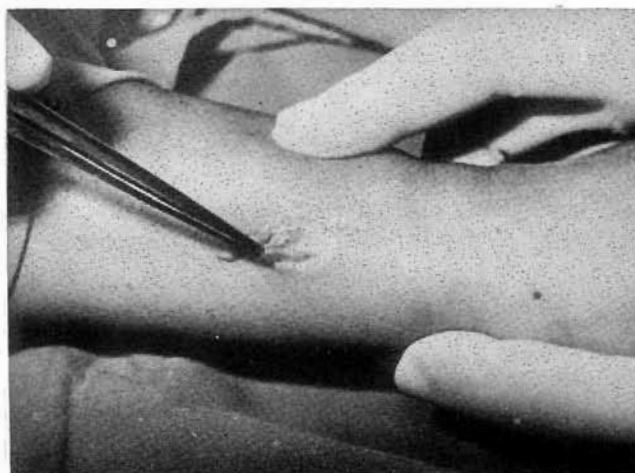
Ingresa por dolor en la porción distal del antebrazo derecho desde hace poco más de 2 años, que se exacerba cuando presiona o golpea dicha zona y también al contacto de la misma con agua fría; llegando a experimentar verdadero temor a lavarse las manos, por el intenso dolor que le produce. Últimamente el dolor se presenta con más intensidad, detectando a nivel del área dolorosa la presencia de una pequeña tumoración, que finalmente identificó como causa del dolor.

Al inspeccionar la región se comprobó la existencia de un pequeño tumor de casi 4 milímetros de tamaño, en la porción lateral externa del tercio inferior del antebrazo derecho, de consistencia blanda, color azulado y muy sensible al tacto.

Se realiza la extirpación del tumor (fig. 2), que posteriormente el exa-



**Fig. 1 - Microfotografía de un tumor glómico (Caso 1). Se observa la abundancia de espacios vasculares, rodeados por numerosas células redondeadas de tamaño uniforme, que han sido denominadas células glómicas (H/E x 200).**



**Fig. 2 - Fotografía tomada durante la extirpación del Tumor glómico de uno de los pacientes (Caso 3). Nótese el pequeño tamaño y la forma redondeada de la tumoración.**



**Fig. 3 - Fotografía de la cara interna del muslo derecho del Caso 4, donde asentaba el tumor glómico. El punto oscuro corresponde a la tumoración.**

men anatomopatológico confirmó como tumor glómico (B-823-87).

En las consultas sucesivas no se detectó recidiva del tumor ni del cuadro doloroso.

#### Caso 4:

Paciente M.S.M. de 46 años de edad, sexo masculino y color de la piel blanco. Historia clínica 386.214.

Ingresa por dolor en la cara interna del muslo derecho desde hace casi 2 años, que inicialmente aparecía cuando se golpeaba o presionaba dicha zona o durante el aseo de la misma con agua fría. Últimamente el dolor se presentaba algo más intenso, desencadenándose por el simple roce de la ropa, descubriendo recientemente la aparición en esa área de una pequeña elevación, que identificó como causa del dolor.

En el examen de la región se comprueba la presencia de un pequeño tumor azulado que produce discreta elevación de la piel, blando, de 3 mm de tamaño y muy doloroso al tacto (fig. 3).

Se realiza la exéresis de la lesión, demostrándose anatomopatológicamente que correspondía a un tumor glómico (B-914-87).

En las consultas de seguimiento no se demostró recidiva del tumor ni del cuadro doloroso.

#### Caso 5:

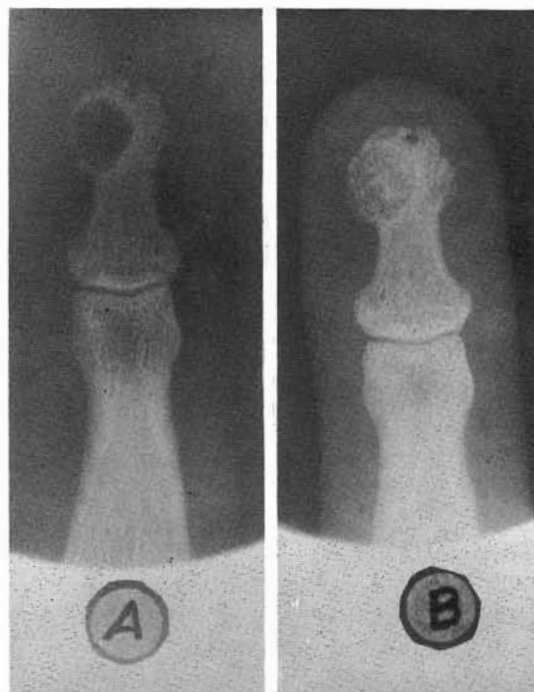
Paciente J.R.G. de 34 años de edad, sexo masculino, color de la piel blanca y profesión estomatólogo. Historia clínica 396.214.

Ingresa por dolor en la falange distal del dedo índice de la mano derecha desde hace poco más de 2 años, que inicialmente aparecía cuando se golpeaba la falange. Tiempo después el dolor se presentaba más intenso y persistente, apareciendo cada vez que manipulaba el instrumental propio de su profesión o al lavarse las manos con agua

fría; por lo que sus actividades prácticas como estomatólogo, se vieron obviamente entorpecidas. Últimamente el dolor prácticamente es insoportable, recurriendo a todo tipo de terapia analgésica sin obtener alivio definitivo; consultando finalmente por detectar el desarrollo de una pequeña tumoración debajo de la uña.

Al examinar la falange se comprueba la presencia de una pequeña tumoración de color azulado, de aproximadamente 5 mm de tamaño, localizada en el lecho ungueal hacia la raíz de la uña; provocándose intenso dolor cuando ésta es presionada.

En la proyección antero-posterior del examen radiográfico simple del dedo índice, se observa a nivel del extremo distal de la III<sup>a</sup> falange una zona osteolítica redondeada y bien definida, que corresponde a la ero-



**Fig. 4 - Radiografía simple del dedo índice de la mano derecha del Caso 5. A) antes de operar. Nótese el defecto óseo a nivel de la falange distal producido por el tumor. B) después de operado. Obsérvese la excelente consolidación del injerto óseo esponjoso, tomado de la matáfisis radial.**



sión ósea producida por la tumoración (fig. 4-A).

Se interviene quirúrgicamente al paciente, abordando la falange por incisión lateral, extirpando la tumoración y cubriendo el defecto óseo mediante injerto extraído de la metafisis radial. El diagnóstico final anatómopatológico fue tumor glómico (B-1012-88).

En la actualidad el paciente se encuentra asintomático y no existen evidencias clínicas ni radiológicas de recidiva tumoral, siendo excelente la consolidación del injerto óseo (fig. 4-B).

## Comentarios

La primera descripción de los caracteres clínicos y patológicos de estas lesiones fue presentada por **Masson** en 1924, quien los denominó tumores glómicos (1, 2). También reciben el nombre de glomangiomas, tumores del glomus neuromioarterial, angioneuromas, angioneuromiomas, sarcomas subungueales y tubérculos subcutáneos dolorosos.

Estos tumores se derivan del glomus neuromioarterial, estructura que normalmente existe en la dermis, constituida por anastomosis arteriovenosas, ricamente inervadas, relacionada con el sistema neurovegetativo y que interviene en la regulación local y general de la temperatura corporal.

Los tumores glómicos son neoformaciones vasculares raras. **Cooke** (3) en un período de 20 años diagnosticó solamente 24 casos y menciona, en su trabajo, una serie de 500 biopsias de tumores primarios de tejidos blandos localizados en las extremidades en la que solamente el 1,6% de las muestras fueron glomangiomas. Casi siempre son únicos, las lesiones múltiples se presentan en el 5% de los casos (3), por lo general agrupadas en una zona determinada del cuerpo, aunque pueden presentarse diseminadas

por toda la superficie cutánea. Hay autores que han reportado la presencia de 48 (2) y hasta de 90 (4) glomangiomas en un mismo enfermo. Aparecen comúnmente en las edades medias de la vida y son raros en los niños; observándose más frecuentemente en la mujer que en el hombre (2, 3). Cuando aparecen en la infancia tienden a ser múltiples y de carácter infiltrativo (5, 6, 7).

En los últimos seis años, solamente se han diagnosticado en nuestro Hospital cinco casos de tumores glómicos, los que prácticamente constituyen nuestra casuística. En todos los casos el tumor fue único, estando comprendidas las edades entre la 4.<sup>a</sup> y 5.<sup>a</sup> décadas de la vida, con amplio predominio del sexo masculino.

Por derivarse del glomus neuromioarterial de la dermis, los tumores glómicos pueden aparecer en cualquier sitio de la superficie cutánea del cuerpo, sobre todo en aquellas zonas de la piel donde estos corpúsculos son más abundantes; de ahí que la localización más común sea en las extremidades superiores, principalmente en el lecho ungueal y pulpejos de los dedos. Ocasionalmente asientan en los tejidos blandos subdérmicos y se han reportado casos; verdaderamente raros, de tumores glómicos en el estómago, cavidad nasal y tráquea (1, 5, 7). En uno de los casos estudiados por **Cooke** (3) la tumoración se desarrolló en el periostio del cúbito.

Los glomangiomas por lo general son pequeños y raramente sus dimensiones sobrepasan los 15 mm. cuando alcanzan el tamaño de un guisante permanecen definitivamente estacionarios por períodos prolongados (1, 2). De forma característica se presentan como nódulos redondeados perfectamente circunscritos, de superficie lisa, blandos y de color azulado.

En los tumores de localización dérmica, el síntoma fundamental es el

dolor, que puede ser mantenido o intermitente y aparecer de forma espontánea o desencadenado por el más ligero traumatismo y las variaciones bruscas y acentuadas de la temperatura. Se piensa que el dolor se deba a la excitación de las fibras nerviosas sensitivas como resultado de la distensión de los plexos nerviosos por la dilatación extrema de los vasos tumorales en respuesta a los estímulos táctiles y térmicos (1, 2, 8). Los tumores glómicos de localización visceral profunda no son dolorosos; y se han reportado casos de tumoraciones múltiples localizadas en la piel, en los que no todas las lesiones fueron dolorosas (4).

Por lo general el dolor precede a la tumoración, debido a que inicialmente el tumor es tan pequeño que el enfermo es incapaz de reconocerlo y solamente se queja de dolor; más adelante, al aumentar de tamaño la tumoración, el paciente puede entonces reconocerla e identificarla como el punto de origen del dolor.

En los tumores glómicos subungueales el dolor es más consistente y de mayor intensidad, pudiendo manifestarse en forma de paroxismos e irradiarse al brazo, hombro e incluso hasta el cuello. En ocasiones el dolor llega a ser tan intenso y atormentador que obliga al enfermo a limitar sus actividades físicas y hasta evitar el aseo de la región como única alternativa para impedir que el dolor se desencadene. En cierto número de casos, este cuadro se presenta de forma tan dramática que el paciente termina por desestabilizarse psíquicamente (2, 9). En algunos pacientes se asocia al paroxismo doloroso cierto grado de actividad vasomotora anormal, manifestada por vasodilatación, elevación local de la temperatura e hiperhidrosis de una zona determinada de la piel, generalmente en toda o una parte de la extremidad superior donde asienta el tumor, originada

por complejos mecanismos neuro-humorales que aún en la actualidad no están bien esclarecidos (3).

En todos nuestros pacientes, el tumor se localizó en el plano dérmico de las extremidades, en las inferiores en dos casos y en las superiores en los tres restantes. En dos de estos últimos se localizó de forma típica en el lecho ungueal.

En los cinco enfermos las lesiones fueron pequeñas, con dimensiones que oscilaron entre 2 y 5 mm de diámetro, presentándose en todos por igual como nódulos blancos, bien circunscritos, de color azulado y muy sensibles al tacto, rasgos semiológicos que les son característicos a los tumores glómicos.

El dolor fue el síntoma predominante en la totalidad de nuestros casos, llegando a ser tan intenso en los dos enfermos donde el tumor se desarrolló en el lecho ungueal que los obligó a restricciones muy severas en el desarrollo de sus actividades sociales y laborales. Todos manifestaron como síntoma inicial el dolor provocado por ligeros traumatismos y cambios bruscos y acentuados de temperatura, con referencia exclusiva a la fría. Ulteriormente, solamente tres pacientes pudieron reconocer la tumoración e identificarla como la causa del dolor.

Cuando el tumor asienta en las extremidades, es factible demostrar la presencia del denominado «signo de Livingston», que consiste en la desaparición del dolor en el momento de interrumpir el riego arterial a la tumoración (2). Realizamos la manobra en los tres casos donde el tumor se localizó en la extremidad superior y en todos resultó positiva.

Los tumores glómicos que se de-

sarrollan en el lecho ungueal, a medida que crecen pueden comprimir la falange distal y producir diversos grados de erosión ósea, en relación al tamaño de la tumoración y factibles de demostrar radiográficamente. Ocasionalmente la erosión ósea puede llegar a ser muy significativa y la casi totalidad del tumor se aloja en la falange, observándose radiográficamente como una lesión osteolítica bien definida (1, 2, 5). Esta complicación se presentó en uno de los casos, llegando el tumor a erosionar de forma transfixiante una porción significativa de la falange distal del dedo índice derecho; defecto óseo que fue cubierto mediante injerto esponjoso extraído de la metáfisis radial.

Los tumores glómicos son de naturaleza benigna y no se ha demostrado hasta el momento que puedan degenerar hacia formas malignas; por tal motivo, la simple extirpación del tumor con anestesia local es más que suficiente para garantizar que no se produzcan recidivas (8, 10). No obstante, se han ensayado otros procedimientos terapéuticos como la radioterapia con electrones acelerados (11), la cauterización, alcoholización y la sección de los nervios colaterales del dedo; pero ninguno de estos procedimientos ha demostrado ser superior a la ablación quirúrgica del tumor (1, 10).

En todos los casos realizamos la completa extirpación del tumor con anestesia local y todos evolucionaron satisfactoriamente, con desaparición inmediata y definitiva del cuadro doloroso, manteniéndose totalmente asintomáticos sin evidencias clínicas de recidiva local de la tumoración. Ello demuestra que el tumor

glómico no tiene otro tratamiento eficaz que su extirpación, siempre que ésta se realice correctamente.

## BIBLIOGRAFIA

1. MARTORELL, F.: «Tumores glómicos». Ed. M. Servet, Barcelona-Madrid 1940 y MARTORELL, F.: «Angiología. Enfermedades Vasculares». Barcelona. Salvat Editores, S.A., 1967, pp. 462-469.
2. PIULACHS, P.: «Lecciones de Patología Quirúrgica», 2ª ed., vol. I. Barcelona. Ediciones Toray, S. A., 1966, pp. 997-1001.
3. COOKE, S. A. R.: Misleading features in the clinical diagnosis of peripheral glomus tumour. «Brit. J. Surg.», 58: 602, 1971.
4. DUMONKOS, A. N.; ANDREWS: «Tratado de Dermatología», vol. II. Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica, 1983, pp. 764-765.
5. ROSAI, J.; ACKERMAN. «Patología Quirúrgica», vol. III. Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica, 1983, pp. 1473-1474.
6. ROBINS, S. L.; COTRAN, R. S.; KUMAR V. «Patología Estructural y Funcional», 3ª ed. México D.F. Interamericana, 1987, p. 552.
7. VALLS, O.; MARINELLO, Z.; PARAMIO, A.: «Tumores y Lesiones Seudotumorales de Partes Blandas». Barcelona. Editorial Espasa, 1975, pp. 194-195.
8. ANDERSON, J. R.: «Patología de Muir. Compendio de Anatomía Patológica y Patología General», vol. I. Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica, 1982, pp. 411-412.
9. ALLEN, E. V.; BARKER, N. W.; HINES, E. A.: «Peripheral Vascular Diseases», 3ª ed. Philadelphia. W. B. Saunders Company, 1962, p. 666.
10. BOLLINGER, A.: «Angiología». Ciudad de la Habana. Editorial Científico-Técnica, 1982, pp. 144-145.
11. KAPPERT, A.: «Atlas de Angiología». Barcelona. Ediciones Toray, S. A., 1968, p. 221.