



# Glomangioma gigante en el pie derecho

Juan Manuel Suárez Grau, Fernando Docobo Durández, Carolina Rubio Chaves, José Mena Robles y Antonio Guzmán Piñero

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y Servicio de Traumatología. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Se trata de un paciente varón de 58 años; entre sus antecedentes destacan amigdalectomía y tonsilectomía a los 8 años, apendicetomía a los 19 años, pancreatitis a los 29 años que se trató de forma conservadora, sin secuelas posteriores, y politraumatismo por accidente de tráfico a los 42 años con fractura de 17 costillas, hemoneumotórax bilateral, hemopericardio, úlceras de Cushing por estrés, arrancamiento acromio-clavicular derecho, rotura del ligamento lateral interno de la rodilla derecha, con un ingreso en UCI de 40 días con ventilación asistida por traqueotomía. Se le dio el alta a los 145 días, y en la actualidad su estado general está conservado, aunque con algunas secuelas no relevantes para este proceso patológico que comunicamos.

El paciente presentaba una tumoración del tamaño de una lenteja, que no producía dolor alguno, aunque un intenso prurito nocturno, desde hacía 2 años aproximada-

mente. La tumoración fue aumentando de tamaño, pero se mantuvo asintomática durante 2 años. El paciente desestimó la intervención en varias ocasiones.

En el último mes apareció dolor en la zona de la tumoración, en forma de calambre con irradiación hacia la rodilla, sin ocasionarle limitación en su vida diaria. A la exploración se trataba de una tumoración dura, no de carácter pétreo, redondeada, no adherida a planos profundos, que adquiría un color violáceo, fácilmente accesible por cirugía ambulatoria (fig. 1).

Se realizó intervención quirúrgica de forma programada con anestesia local, en la cual identificamos una masa abigarrada no capsulada, con forma de mórula o de racimo, muy vascularizada y sangrante durante la exéresis; no adherida a planos profundos, y se pudo extirpar macroscópicamente en su totalidad (fig. 2). Aunque impresionaba de lipoma, no parecía coincidir con las características propias de las tumoraciones derivadas del tejido graso. Se resecó la piel sobrante y se realizó sutura simple.

La pieza quirúrgica se envió para estudio anatomo-patológico que informó, en la descripción macroscópica, de fragmento irregular de tejido fibroadiposo de 35 mm que al corte mostró áreas firmes y amarillentas. El diagnóstico final fue de glomangioma.

Correspondencia: Dr. J.M. Suárez Grau.  
San Juan, 4. Coria del Río. 41100 Sevilla. España.  
Correo electrónico: graugrau@hotmail.com

Manuscrito recibido el 11-12-2007 y aceptado el 17-12-2007.



Fig. 1. Imagen macroscópica de la masa en el pie derecho.

En la revisión en consultas externas, presentaba molestias tipo calambres de corta duración, hacia la aponeurosis plantar, siguiendo el trayecto del músculo tibial anterior, sin causar impotencia funcional, aunque todavía deambula con ciertas restricciones.

Realizamos petición de resonancia magnética de extremidad inferior para localizar una posible recidiva, pero fue compatible con la normalidad. Actualmente las molestias han cedido y no hay signos de recidiva.

El tumor glómico es una lesión benigna infrecuente de incidencia y prevalencia desconocidas en nuestro medio, con características clínicas e histopatológicas distintivas. Los glomangiomas, también llamados malformaciones venosas glómicas, son lesiones vasculares cutáneas benignas caracterizadas por las formaciones de canales venosos de luz irregular, rodeados de células cuboides, de aspecto epitelioide, denominadas células glómicas; ésta es su característica patognomónica<sup>1</sup>. Hay descritas tres variantes: el tumor solitario, múltiple nodular y tipo placa o multifocal. La variante de tumor solitario, también denominado tumor glómico, fue descrita por primera vez por Wood en 1812<sup>1,2</sup>. Se trata de una tumoración pequeña y solitaria que puede presentarse en cualquier parte del cuerpo con predilección por las extremidades, especialmente en el lecho ungueal de personas jóvenes, con mayor predominio en mujeres; se caracteriza por la tríada sintomatológica de sensibilidad térmica, sensibilidad localizada y dolor. Su incidencia exacta es desconocida, frecuentemente es un hallazgo anatómopatológico tras su exéresis. La sintomatología más frecuente es el dolor y la presentación clínica más frecuente son pápulas o nódulos color azul o púrpura, usualmente menores de 1 cm, localizados más comúnmente en áreas acrales. La malignidad del tumor es muy rara<sup>3,4</sup>.

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 li-



Fig. 2. Imagen macroscópica de la intervención quirúrgica. Extracción de la masa con forma de mórula o pequeños racimos, sin cápsula ni forma homogénea.

sas modificadas que tienen un núcleo pequeño, redondo, monomorfo y un citoplasma anofílico. La estroma del tumor varía desde la presencia de colágeno denso, especialmente en la periferia de los nódulos, hasta mixoide en el centro de la lesión<sup>4</sup>.

En la práctica clínica nos podemos basar en cuatro conceptos para identificarlos<sup>1-4</sup>: a) es una enfermedad infrecuente; b) su aspecto macroscópico es diverso; c) las lesiones se suelen encontrar en la piel, únicas, muy raramente en tejidos profundos y más frecuente subungueales, y son inusuales las lesiones que concurren en el área del pie o el tobillo, y d) generalmente asintomáticos, aunque pueden causar dolor tipo calambres, relacionados con la sensación térmica, con irradiación hacia segmentos más superiores.

La prueba diagnóstica más precisa es la resonancia magnética para masas mayores de 1 cm de diámetro; la radiología simple es de poca ayuda y la tomografía computarizada, poco precisa. Ciento es que, a pesar de las sospechas tanto en las pruebas de imagen como en el acto quirúrgico, el diagnóstico definitivo es el anatómopatológico.

Como medida terapéutica, la más apropiada es la exéresis del tumor, aunque hay que vigilar estrechamente la evolución del paciente porque es frecuente que la tumoración vuelva a proliferar, ya que este tipo de tumores es de una estirpe muy recidivante<sup>3,4</sup>.

## Bibliografía

1. Riveros M, Pack GT. The glomus tumor. Ann Surg. 1951;133:394-400.
2. Hollingsworth JF, Ochsner JL. A multifocal diffuse glomus tumor: case report and review of the literature. Am Surg. 1972;38:161-7.
3. Thomann BW, Al Momani Z, Klaue K. Glomus tumours of the foot and ankle: case report of a rare disease and review of the literature. J Foot Ankle Surg. 1998;4:13-20.
4. Pater TJ, Marks RM. Glomus tumor of the hallux: case presentation and review of the literature. Foot Ankle Int. 2004;25:434-7.