

Tumor glómico en la región coccígea (*glomus coccygeum*) en edad pediátrica

R. Méndez Gallart, G. Matheu Capó*, M. Gómez Tellado, I. Somoza Argibay, J. Liras Muñoz, E. Pais Piñeiro y D. Vela Nieto
Servicios de Cirugía Pediátrica y *Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña.

Resumen

El tumor glómico coccígeo se localiza en la punta del cóccix y se describe como una “estructura benigna” que en ocasiones puede asociarse a coccigodinia. Su descripción en pacientes pediátricos es excepcional. Presentamos un caso de tumor glómico coccígeo diagnosticado incidentalmente tras la exéresis de un *sinus pilonidal* en una paciente de 3 años. No hemos encontrado ningún otro caso pediátrico publicado en la bibliografía que haga referencia a un tumor glómico sintomático.

Palabras clave: Tumor glómico. Sinus pilonidal.

(*Cir Esp* 2001; 70: 251-252)

COCCYGEAL GLOMUS TUMOR IN A PEDIATRIC PATIENT

Glomus coccygeum is a benign structure located in the tip of the coccyx. It has occasionally been reported to be the cause of coccygodynia and has rarely been described in pediatric patients. We describe the case of a 3-year-old girl with glomus tumor of the coccyx incidentally diagnosed after excision of a *pilonidal sinus*. To our knowledge, this is the first report of symptomatic glomus coccygeum in a pediatric patient.

Key words: *Glomus coccygeum*. Pilonidal sinus.

Introducción

Los tumores o cuerpos glómicos (glomangiomas) se caracterizan por ser anastomosis arteriovenosas especializadas ampliamente diseminadas por el organismo y situadas en la capa reticular de la dermis¹. Son frecuentes en las extremidades, pero ocasionalmente se sitúan en otras regiones del cuerpo². En 1859, Luschka describió por primera vez el *glomus coccygeum* en sus estudios de disección anatómica de la pelvis, pero no se le dio importancia clínica hasta la década de los ochenta, a raíz de diferentes publicaciones que hacían referencia a su posible asociación con coccigodinia³⁻⁵. Presentamos un caso de tumor glómico descubierto de forma incidental durante la exéresis de un *sinus pilonidal* en una niña de 3 años que presentaba episodios esporádicos de coccigodinia.

Correspondencia: Dr. R. Méndez Gallart.
Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Materno Infantil Teresa Herrera.
Complejo Hospitalario Juan Canalejo.
As Xubias, 84. 15006 A Coruña.
Correo electrónico: rmendez@canalejo.org

Aceptado para su publicación en junio de 2001.

Caso clínico

Paciente de 3 años de edad que acudió a nuestro servicio por una lesión umbilicada congénita coccígea (fig. 1). Sus padres referían molestias ocasionales espontáneas y a la palpación y salida de líquido de aspecto seroso a través del *sinus* sin signos de infección. No existía historia previa de traumatismo sobre la zona. Con el diagnóstico de *sinus pilonidal* (quiste sacrococcígeo) fue intervenida quirúrgicamente, realizándose la exéresis completa de la lesión cutánea. Las características macroscópicas de la lesión, con la existencia de una lesión nodular íntimamente adherida a la región coccígea, aconsejaron la exéresis del segmento distal del cóccix. La recuperación posterior de la paciente fue completa y 2 años después de la resección se encuentra asintomática y libre de enfermedad.

El análisis de la pieza quirúrgica reveló la existencia de un nódulo encapsulado de 1 × 1 × 1 cm íntimamente adherido al hueso coccígeo, constituido por acumulaciones de células epitelioides y espacios endoteliales dilatados en forma arracimada, compatible con tumor glómico o glomangioma en la región coccígea. La tinción inmunohistoquímica con actina demostró una gran positividad en las células que rodeaban las estructuras vasculares (fig. 2).



Fig. 1. Aspecto del surco interglúteo en el que se observa la imagen típica de sinus pilonidal.



Fig. 2. Aspecto inmunohistoquímico (x4) con marcadores de actina donde se aprecia la positividad en las células redondas que rodean las estructuras vasculares.

Discusión

Si bien los cuerpos o "tumores" glómicos están muy diseminados por todo el organismo, la localización más habitual son los dedos de las extremidades superiores, especialmente en la región periungueal¹. Estas anastomosis arteriovenosas especializadas (glomangiomas) pueden desempeñar un papel importante en la termorregulación. Tienen su origen en el glomus neuromiéntérico y están ricamente innervados. Se encuentran bien encapsulados, aunque debido a sus características vasculares son estructuras distensibles². Histológicamente, estas

estructuras suelen medir unos pocos milímetros de diámetro y están formadas por un canal vascular complejo denominado canal de Sucquet-Hoyer, que se halla rodeado por agregados nodulares de músculo liso modificado o células glómicas¹. Debido a estas características, se tiñen positivamente para actina y miosina musculoespecíficas, siendo negativas las tinciones inmunohistoquímicas para citoqueratinas, desmina, mioglobina, proteína S-100, neurofilamentos o antígeno relacionado con el factor VII⁶.

Los análisis de piezas quirúrgicas, tanto de adultos como de niños, han demostrado que esta estructura no constituye un hallazgo patológico en sí, sino que se estima que puede estar presente hasta en el 50% de la población general⁶. Varios autores han descrito su presencia en neonatos y fetos, postulando un origen embriológico posible en la arteria sacra media⁷.

Revisando la bibliografía, únicamente hemos encontrado 5 casos en los cuales se relaciona esta estructura con sintomatología clínica relevante^{4,5,8,9}. Desde que estos trabajos fueron comunicados, han generado una gran controversia acerca de la interpretación de estas estructuras glómicas: numerosos autores consideran que se malinterpretaron los estudios histopatológicos y que, en realidad, la sintomatología no era debida a la presencia de estos glomangiomas^{6,7,10,11}.

Nosotros, sin pretender entrar en estériles discusiones acerca de este tema, hacemos constar la relación clínica objetiva hallada entre esta estructura y un caso pediátrico de dolor cóccigeo que se resolvió tras la exéresis en bloque del *sinus pilonidal* y cóccix. Es importante destacar que estos cuerpos, cuando se localizan en el cóccix, suelen tener un tamaño incluso 10 veces superior al encontrado habitualmente en otras localizaciones⁶. Este tamaño aumentado, junto con su capacidad para dilatarse en función del aporte sanguíneo y la riqueza de su innervación, podrían desempeñar un papel incierto en la aparición de cuadros dolorosos en esta localización⁴.

Bibliografía

1. Enzinger FM, Weiss SW. Soft tissue tumors. St. Louis: CV Mosby Co., 1988; 581-583.
2. Rosai J. Glomus tumor. En: Rosai J, editor. Ackerman's Surgical Pathology. St. Louis: Mosby Year Book Inc., 1996; 2064-2065.
3. Luschka H. Die Steissdrüse des Menschen. Arch Pathol Anat 1860; 18: 106-115.
4. Ho KL, Pak MS. Glomus tumor of the coccygeal region. J Bone Joint Surg 1980; 62: 141-142.
5. Pambakian H, Smith MA. Glomus tumors of the coccygeal body associated with coccygodynia. A preliminary report. J Bone Joint Surg 1981; 63: 424-426.
6. Gataliza Z, Wang L, Lucio ET, Miettinen M. Glomus coccygeum in surgical pathology specimens. Small troublemaker. Arch Pathol Lab Med 1999; 123: 905-908.
7. Albrecht S, Hicks MJ, Antalfy B. Intracoccygeal and pericoccygeal glomus bodies and their relationship to coccygodynia. Surgery 1994; 115: 1-6.
8. Duncan L, Halverson J, De Schryer-Kecskemeti K. Glomus tumor of the coccyx. A curable cause of coccygodynia. Arch Pathol Lab Med 1991; 115: 78-80.
9. Nutz V, Stelzner F. Glomus tumor as a cause of coccygodynia. Chirurg 1985; 56: 243-246.
10. Albrecht S, Zbieranowski I. Incidental glomus coccygeum. When a normal structure looks like a tumor. Am J Surg Pathol 1990; 14: 992-994.
11. Bell RS, Goodman SB, Fornasier VL. Coccygeal glomus tumors: a case of mistaken identity? J Bone Joint Surg 1982; 64: 595-597.