

Tumor Glomo

Por el Dr. J. Gómez-Márquez G. (*)

La observación de un caso de tumor glomo, nos ha movido a presentar esta pequeña comunicación sobre una entidad patológica en general poco conocida.

CASO CLÍNICO

Una joven de 18 años, nos fue remitida por un médico desde un departamento por un dolor sumamente agudo que partiendo de la extremidad del dedo gordo de la mano derecha, se irradiaba hacia todo el brazo. "El dolor se exacerbaba con los descensos de la temperatura ambiente. Al examen se encontró una pequeña mancha de color violáceo de 2 milímetros de diámetro aproximadamente, situada por debajo de la raíz de la uña, que al tocarla con un isopo provocaba un dolor violentísimo con retracción de defensa de la mano. Desde el punto de vista clínico, el caso fue catalogado como tumor glomo y se hizo la extirpación del mismo por una incisión triangular de vértice superior que abarcó la parte correspondiente de la uña, el tumorcito en sí y el tejido circundante. La extirpación logró la completa remisión de los síntomas y el examen anatomopatológico comprobó nuestro diagnóstico clínico. Este examen histológico fue llevado a cabo por el Dr. Cueva.

HISTORIA

Aparentemente, según Ewing, la primera descripción del tumor glomo correspondió a Wood en 1812. Sin embargo, ello no es muy seguro. Barré en 1922, habló de tres casos y en 1924, Masson describió la lesión calificándola de "tumor glomo". Adair y Stout también presentaron casos, pero no fue sino hasta 1934, en los Estados Unidos, que Masson y Wiil hicieron una amplia descripción y que la enfermedad empezó a ser conocida y diagnosticada en aquel país. Sucket y Hoyer describieron el glomo normal y la estructura de donde proviene el glomangioma. Popoff demostró que el glomo tiene dos funciones: 1.—Regulación local y general del calor. 2^o —Regulación de la presión sanguínea. Además, dio cuenta de que los lactantes no tienen glomos y que las anastomosis arteriovenosas se forman durante los primeros meses de la vida, lo cual explica la inestabilidad del mecanismo regulador del calor en el recién nacido (1).

ETIOLOGÍA

No se conoce ningún factor etiológico, si bien parece que el trauma en general es la causa aparente de la aparición de los síntomas; el frío se ha citado también como causa; el calor más bien parece que mitiga su sintomatología (2).

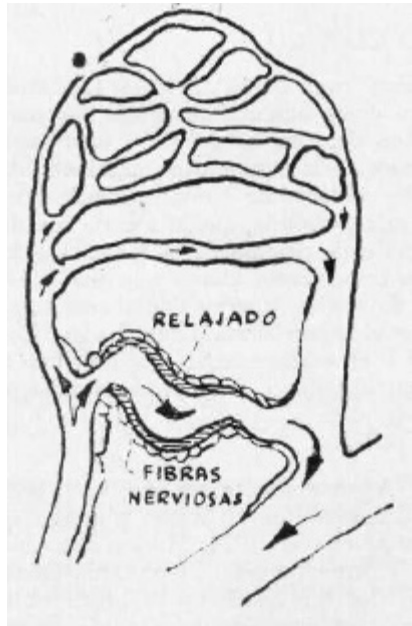
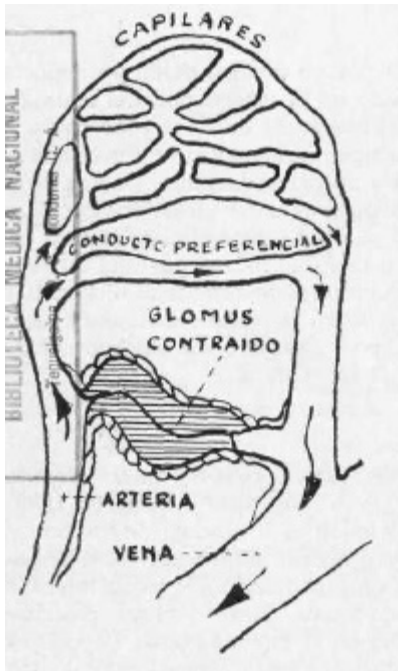
FISIOPATOLOGIA

Todo trastorno circulatorio en alguna parte del organismo, por pequeño que éste sea, repercute en la circulación general, bien sea ésta somática o esplácica. Este principio fue enunciado por Rein, De Bakey y Oschner (3). El sistema vascular tiene que asegurar dos funciones separadas: la circulación de la sangre en su tota-

(*) Departamento de Grugía General y Angtología de La Policlínica, S. A., Tegucigalpa, D. C., Honduras.

lidad y la provisión de condiciones circulatorias especiales en órganos cuya función requiere fluctuaciones intermitentes en el suministro de sangre. Existen una serie de aparatos que por distintos mecanismos logran estos fines. Estos aparatos son, en primer lugar, las anastomosis arteriovenosas normales; en segundo lugar, ciertos dispositivos especiales, en forma de esfínteres musculares, que detienen la sangre en los puntos estratégicos, y por último, los llamados conductos preferenciales de Chambers y Zweifach, que conducen la sangre de la arteria o metarteriola a la vénula.

Las comunicaciones arteriovenosas están distribuidas en muchas partes del organismo como por ejemplo: dermis, tracto intestinal, glándulas, hígado (entre la arteria hepática y la vena porta), riñón, pulmones (entre la arteria pulmonar y la vena y entre la arteria pulmonar y la arteria bronquial), sistema genital, articulaciones, cuerpo carotídeo, glomus coxígeo y estructuras análogas, espacios intervillósos de la placenta, el músculo cardíaco y los músculos viscerales.



A este respecto parece demostrado que aparte de los glomos cutáneos pueden revestir gran importancia patológica formas similares como el glomo timpánico-yugular y el retrocarotídeo. En realidad, está bien establecido que todas estas estructuras tienen un mismo significado etiológico y el glomo cutáneo es la unidad ana-tomo-fisiológica de estos sistemas, los cuales según su localización pueden llegar a tener mayor o menor complejidad. J. Terracol en su monografía "Glomus Yugular", se ocupa ampliamente de este problema (6). Entre nosotros, el Dr. Enrique Aguilar Paz tiene actualmente en estudio dos casos de glomos timpánico-yugular.

Normalmente un glomo tiene la disposición que se muestra en las Figs. 1 y 2, bien sea en estado de relajación o de contracción. En este último estado, la comunicación formada por el conducto de Sucquet-Hoyer, se oblitera: la sangre arterial pasa a los vasos terminales, tomando en parte el camino de los conductos preferenciales. Cuando el glomo está relajado, la red vascular recibe únicamente una parte de la sangre arterial; ésta es la situación que existe en las primeras fases después de la simpaticectomía y en la fase vasodilatadora de las lesiones provocadas por el frío.

La abertura por relajamiento del conducto de Sucquet-Hoyer da como consecuencia una disminución de la circulación capilar de la extremidad y asimismo una

disminución en la pérdida del calor superficial. No se ha podido establecer exactamente cuáles son los mecanismos que rigen las fases de obliteración y relajación del mencionado conducto. Se han invocado factores hormonales. Resulta muy sugestiva a idea de Watzka, cuando le concede un papel primordial a las células epitelioides que caracterizan el cuadro histológico del glomo. Se supone que existen fases de inhibición por pérdida acuosa de estas células. Intervendría en este proceso a través del ph sanguíneo y del intercambio por parte de estas células de Sodio y Potasio con el espacio intracelular. Así la mayor o menor turgencia de estas células comprimen y descomprimen el conducto de Sucquet-Hoyer al que rodean, provocando su abertura u obliteración. Por otra parte, la inervación de las células epitelioides es rica. Según Brown, las fibras mielínicas que terminan en la adventicia vascular regularían la abertura de la anastomosis bajo la influencia de reflejos con punto de partida endotelial. Por el contrario, las fibras amielínicas serían vasoconstrictoras.

Quando se forma un tumor a expensas del glomo normal, el tejido que rodea al conducto de Sucquet-Hoyer, rico en tejido conectivo laxo y en fibras nerviosas, ¿se hipertrofia, dando lugar a alteraciones en las funciones termorreguladoras del glomo. Es muy difícil de comprender a primera vista cómo una fístula arteriovenosa tan pequeña como el glomo, puede por su simple alteración histológica provocar toda la serie de trastornos hemodinámicos que diremos más adelante. Se explica esto por una acción refleja que tiene su punto de partida en la zona nerviosa alterada que rodea al conducto de Sucquet-Hoyer.

ANATOMÍA PATOLÓGICA (Dr. J. Adán Cueva)

"Pequeño fragmentito de tejido, extirpado del dedo pulgar izquierdo. Dicho tejido tiene una forma irregular y no sobrepasa los cuatro milímetros, la consistencia es dura y color blanquecino; se incluye todo por no creer conveniente el realizarle cortes.

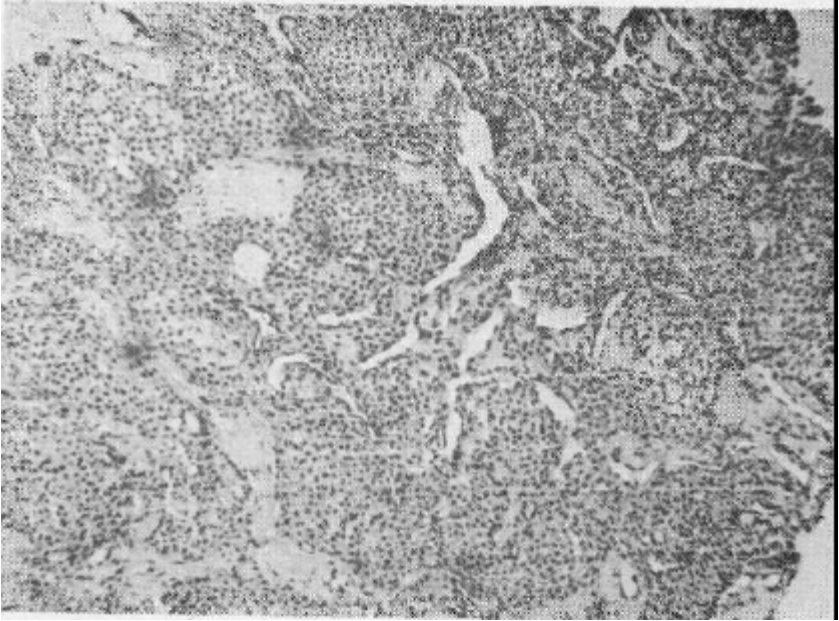
Al examen histológico encontramos que el panorama está representado por una formación de células pequeñas de citoplasma claro, que se hacen más compactas a nivel de los pequeños vasos de donde parece que surgieran. Sin embargo, dichos vasos conservan su luz y su endotelio en forma precisa, las células se insinúan entre los espacios histicos, con una tendencia a formar agrupaciones de bordes irregulares; no hay mitosis ni atipias, por lo que lo asimilamos a las lesiones del Tumor Glomo".

En el presente caso se puede observar cómo los vasos conservan su endotelio y la proliferación es hacia afuera, es decir, perivascular y con núcleos ovalados, que hace suponer que surgen de las células que rodean los vasos como lo hacen las células del glomo...

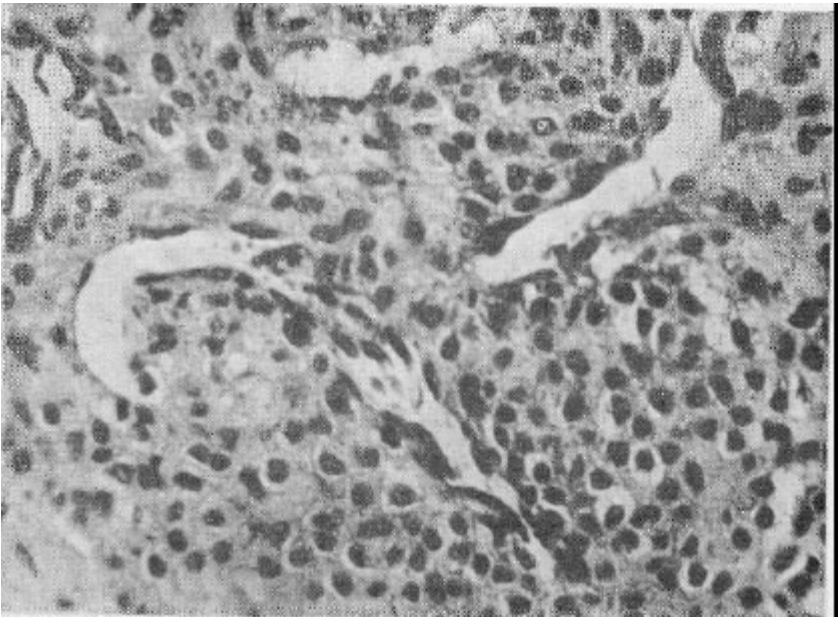
Vocalización.—Aunque como se ha dicho anteriormente, el tumor glomo puede asentar en las partes más diversas, en el 50% de los casos por lo menos aparece debajo de la piel y muy especialmente en las extremidades de los dedos, siendo frecuente su localización debajo de la uña, como en el caso que tuvimos ocasión de observar (4).

Sintomatología.—El tumor suele aparecer como una pequeña mancha azulada o purpúrea, del tamaño de uno o varios milímetros y cuando asienta por debajo de la uña, tiene generalmente un color grisáceo. Muchas veces puede existir durante varios años sin que el sujeto se aperciba de él, hasta que un trauma venga a desarrollar los fenómenos dolorosos tan característicos.

El síntoma que habitualmente llama la atención, es el dolor de tipo neurálgico y cuando asienta en el dedo, el dolor es de tipo paroxístico, con irradiación hacia el cuello y el hombro. Algunas veces puede confundirse con el primer estadio de una causalgia. En ocasiones las venas del miembro pueden estar prominentes y se citan casos de aumento de la sudoración local. Toda la mitad del cuerpo en que asienta el tumor glomo está trastornada desde el punto de vista vascular por la reacción vasomotora a que se ha aludido anteriormente. El frío suele exacerbar los do-



(1) Microfotografía panorámica mostrando algunas hendiduras vasculares con una proliferación celular periférica



(2) Microfoto a mayor aumento mostrando las células alrededor de capilares, probablemente originadas por los pericitos

lores y los enfermos con frecuencia llegan al médico envolviéndose la mano para protegerse del mismo.

En caso citado por DeTakas, en el cual el paciente presentaba una serie de trastornos vasomotores, se le sometió, sin saber exactamente la causa de su sintomatología, a una simpaticectomía dorsal con el fin de aliviar el dolor de tipo causálgico. La vasodilatación y el dolor desaparecieron, pero el dolor localizado continuó y fue entonces cuando se descubrió una pequeña mancha azulada, el tumor glomo, cuya extirpación hizo cesar inmediatamente la sintomatología.

Góseh, por otra parte, refiere el caso de un enfermo de Blumenthal, el cual fue tratado durante trece años por una angina de pecho, la cual al fin sólo pudo ser curada después del descubrimiento del tumor glomo subungueal en el dedo anular izquierdo.

Por otra parte, tenemos una muy interesante referencia comunicada personalmente por el Dr. Luis Samra, sobre una paciente tratada hace años en el Departamento Ortopédico del Hospital Santo Tomás de Panamá. Se trató de una mujer que presentaba una serie de fenómenos dolorosos en uno de los miembros inferiores, con atrofias musculares; el cuadro era de etiología inexplicable y en el curso de los tres años que duró su estudio clínico, llegó a convertirse en una inválida que usaba muletas para deambular. Se hicieron bloqueos simpáticos y se pensó incluso en la posibilidad de llevar a cabo la extirpación de un menisco vertebral, hasta el día en que la exploración minuciosa de la paciente, en la planta del pie, permitió descubrir un tumor glomo cuya sencilla extirpación resolvió todo el problema.

El tumor puede provocar erosión del hueso y por ello cuando se trata de una localización subungueal, se debe tomar radiografía de frente y de perfil para ver el estado del mismo. Por otra parte, esta lesión ósea no tiene ninguna importancia. No se ha sabido de ningún caso con degeneración maligna.

Exploración.—Teniendo en cuenta la extremada sensibilidad del tumor glomo debe advertirse que no se debe nunca proceder a explorar en forma abrupta. Convendrá efectuar siempre una inspección cuidadosa a fin de intentar visualizar bien la lesión y posteriormente proceder a tocar las diversas partes de la región con la cabeza de un alfiler. El menor contacto de éste con el tumor glomo provocará un dolor exquisito probablemente con el retiro brusco del miembro del paciente en una actitud de defensa. (5)

Diagnóstico.—Basta haber observado alguna vez un tumor glomo, para que el diagnóstico se haga fácilmente. El diagnóstico diferencial se hace con la causalgia, los hemangiomas, los melanomas, los angiosarcomas, los neuromas y los tumores de la piel, pero en ninguna de estas entidades existe el dolor tan preciso e intenso a la presión y tampoco se provocan trastornos vasculares difusos como el tumor glomo. Por otra parte, el anatomopatólogo confirmará fácilmente el diagnóstico clínico como en nuestro caso (4).

Tratamiento.—Consiste simplemente en la extirpación del tumor, con anestesia local. No son necesarias las operaciones mutilantes y los casos de recidiva que se refieren, obedecen a extirpaciones incompletas. La radioterapia no tiene ningún valor. (7)

Resumen.—Se cita un caso de tumor glomo diagnosticado clínicamente y comprobado histológicamente. Se hace una revisión de los antecedentes históricos, de la fisiopatología, de la anatomía patológica, de la sintomatología y del tratamiento, haciéndose hincapié en la posible confusión de esta pequeña lesión con otros estados patológicos graves.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.—ALLEN-BARKER-HINES: Enfermedades Vasculares Periféricas. Buenos Aires. Ed. José Bernardtes.
- 2.—MARTORELL, P.: Patología y Clínica Médicas (A. Pedro-Pons). Tomo II, 1» parte. Barcelona, 1958. Ed. Salvat.
- 3.—DE TAKATS: Vascular Surg-ery. London y Plúladelphia, 1959. W. B. Saunders.
- 4.—SAMUELS, S. S.: Enfermedades de las arterias periféricas. México, 1941. Unión Tp. Ed. Hispano-Americana.
- 5.—ALLEN" BARKER HIÑES: Peripheral Vascular Diseases. London y Philadelphia, 1956. W. B. Saunders.
- 6.—TERACOL, J.: Le glomus jugulaire. Paris, 1956. Masson et Cié.
- 7.—OTTO, K.; ALNOR, P. C: Glomustuinoren. Mediziniache Klinik N' 38, año 55, Sept. 1960.