

Tumor glómico subungueal en el meñique y utilización de ecografía en su diagnóstico: presentación de un caso

Jorge Lazo Vera ^{*1,a}

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de 50 años que refería un dolor crónico localizado debajo de la uña del dedo meñique, sin antecedente traumático, con cinco años de evolución y que limitaba su actividad laboral. El tumor glómico es de naturaleza benigna y se caracteriza por un dolor agudo circunscrito a región subungueal que se acrecienta a la presión y al frío, síntomas objetivos para sospecharlo. La mayor incidencia se observa en los adultos, aunque aparece con poca frecuencia, por lo que su identificación suele retardarse. El diagnóstico debe incluir exámenes de imágenes, entre los que destaca la ecografía, que es una excelente alternativa y muy accesible en diferentes poblaciones. En nuestro caso, la ecografía mostró la tumoración con nitidez, lo que fue determinante para elegir la exéresis quirúrgica como tratamiento. La evaluación anatomopatológica informó la existencia de tumor glómico. Luego de la cirugía, se comprobó alivio de los síntomas.

Palabras clave: Neoplasias óseas; Diagnóstico; Terapia quirúrgica (Fuente: DeCS BIREME).

Subungual glomus tumor in the little finger and use of diagnostic ultrasound: a case report

ABSTRACT

We present the case of a 50-year-old patient who reported chronic pain under the nail of the little finger for five years, with no trauma history and which restricted his work activity. The glomus tumor is a benign neoplasm characterized by an acute and circumscribed pain in the subungual region that increases with pressure and cold, which are objective symptoms to suspect this condition. The highest incidence of glomus tumors occurs in adults; however, as it is infrequent, delayed diagnosis is common. The diagnosis must include imaging scans, especially ultrasound, which are an excellent and very accessible alternative in different populations. In our case, the tumor was clearly observed on the ultrasound images, which was crucial to choose the surgical excision as treatment. The anatomopathological evaluation revealed a glomus tumor and the subsequent relief of symptoms were confirmed after the surgery.

Keywords: Bone neoplasms; Diagnosis; Surgical therapy (Source: MeSH NLM).

1 Universidad Nacional San Agustín, Facultad de Medicina, Departamento Académico de Cirugía, Sección Ortopedia y Traumatología. Arequipa, Perú.

a Médico, Maestro en Salud Pública.

*Autor corresponsal.

INTRODUCCIÓN

El tumor glómico fue referido por Wood en 1812. Es un tumor benigno, doloroso, pequeño y raro, de estructura vascular, muscular y nerviosa (glomus) ⁽¹⁾ que se ubica, especialmente, en la piel acral ⁽²⁻⁵⁾. Está formado por hiperplasia del cuerpo glómico mioarterial y ramificaciones arteriovenosas, una capa de endotelio y muchas capas de células glómicas ⁽⁶⁾.

Los tumores glómicos representan el 1-2 % de las tumoraciones de la mano, el 89 % se ubica en dedos y son típicamente subungueales ⁽¹⁾. Es un tumor solitario, más frecuente en mujeres de 30-40 años; en los niños aparece la forma múltiple ^(1,4,7-10). Se presenta clínicamente por una tríada característica: un punto doloroso fijo, intolerancia al frío y dolor paroxístico intenso debajo de la uña ^(3,11-12). En un 50 % de los casos se originan las depresiones de la lámina ungueal ⁽³⁾. La eritroniquia longitudinal es la presentación clásica ^(8,12). A veces, el tumor se observa a través de la uña de color rojo-azulado, pero es raro que supere los 10 mm ^(8,12). Es conocido en Dermatología y Cirugía de la mano, pero no en otras especialidades, y en ello radicaría el retraso en su diagnóstico ⁽⁷⁾, el que siempre debe estar apoyado por técnicas de imágenes, dentro de las que destaca el posicionamiento de la ecografía como opción debido a su accesibilidad ⁽¹³⁾. Lo expuesto anteriormente

resalta la importancia de la presentación de este caso.

CASO CLÍNICO

Paciente indicó un tiempo de enfermedad de cinco años con dolor de la uña del meñique que se acrecentaba con el frío. En el examen se objetivó el dolor subungueal, una distrofia longitudinal y leve aumento de volumen (Figura 1). La ecografía mostró una imagen nodular de aspecto lenticular con bordes bien delimitados y una cápsula delgada de ecotextura homogénea, sin sombra ni refuerzo posterior, de 7,60 x 3,10 mm (diámetros transverso y anteroposterior, respectivamente) que se identificó como un tumor glómico (Figura 2). Los signos clínicos asociados a la imagen ecográfica descartaron los tratamientos conservadores como terapia con láser, dióxido de carbono y argón, que son útiles para la forma múltiple del tumor ^(8,12,14). Decidiéndose por la realización de tratamiento quirúrgico ^(2,7) que requirió anteojos con lupas de dos aumentos, anestesia de bloqueo digital e isquemia y abordaje latero-ungueal longitudinal ^(2,7). La tabla ungueal fue retirada y se pudo visualizar un tumor blanco- amarillento, bien encapsulado y de las dimensiones descritas. Después de la exéresis, se hizo curetaje óseo por el objetivo hallazgo intraoperatorio (Figura 3) para, finalmente, suturar con nailon monofilamento 4/0 ⁽⁵⁾.



Figura 1. Preoperatorio: distrofia ungueal.



Figura 2. Preoperatorio: ecografía muestra imagen nodular de 7,60 x 3,10 mm

DISCUSIÓN

El diagnóstico y tratamiento del tumor glómico suelen ser postergados debido a la escasa frecuencia con la que este cuadro aparece ⁽²⁾. Así ocurrió con el paciente, que presentaba un dolor incapacitante que persistió por cinco años. En la uña se describen cambios tróficos ^(2,11): distrofia longitudinal ungueal. En el examen suele ejecutarse la prueba de "amor", que consiste en ubicar el punto de dolor con la cabeza de un alfiler, la que fue positiva en nuestro caso. Asimismo, existen la prueba de Hildreth, que aplica un torniquete en la extremidad afectada y el dolor desaparece, lo que también se verifica después de la ablación quirúrgica de la placa ungueal. Ambas pruebas son consideradas diagnósticas de esta enfermedad ^(8,12). Es importante diferenciar el tumor glómico de otras afecciones como los leiomiomas (tumores dolorosos de la piel), exostosis subungueal, neuromas, artritis o gota ⁽¹⁵⁾. Con frecuencia, la radiografía proporciona escasa información; sin embargo, en 50 % de los casos el tumor puede causar una depresión dorsal de la falange distal o esclerosis ⁽¹⁴⁾, pero en nuestro paciente no se verificaron cambios radiográficos. La resonancia magnética nuclear proporciona la ubicación de tumores hasta de 1 mm y debe emplearse en las recidivas o si hay duda de la localización ^(8,12-14); no se solicitó en nuestro caso debido a su alto costo. La ecografía permite

la ubicación de tumores que miden desde 3 mm ⁽²⁻³⁾. Debe considerarse como la primera opción en el diagnóstico de imágenes debido a su bajo costo y por la seguridad que ofrece, ya que no emplea radiaciones; además, es muy efectiva, fácilmente reproducible y puede realizarse en cualquier hospital o en un consultorio ⁽¹³⁾. En nuestro paciente, la ecografía mostró una imagen nodular bien delimitada (Figura 2) que fue clave para el diagnóstico y la elección de tratamiento. Por otro lado, los exámenes hematológicos fueron normales.

Las complicaciones que se han reportado son el crecimiento anormal de la uña y recidiva ^(5,11,16). Esta última ocurre en el 5-15 % de los casos: si la recidiva es temprana, sería ocasionada por el retiro incompleto del tumor, y si es tardía, la causa podría ser la presencia de un segundo tumor inadvertido ^(8,12,14). Si la extirpación del tumor es completa, el tratamiento suele ser curativo; sin embargo, algunas veces el dolor podría perdurar por semanas hasta desaparecer ^(8,12,14). La distrofia de la uña se presenta por una lesión de la matriz ungueal ^(2,16). La malignización del tumor a un glomangiosarcoma es muy rara ⁽⁷⁾. El tiempo de seguimiento de nuestro caso fue de 21 meses y no se presentó recidiva, solamente una leve distrofia ungueal (Figura 4), el dolor desapareció por completo y el paciente retornó a su labor habitual.



Figura 3: Intraoperatorio: tumor glómico escindido



Figura 4. Evolución a los 21 meses

CONCLUSIONES

La ecografía es una excelente ayuda en el diagnóstico, así como, en la planificación operatoria para el tratamiento del tumor glómico; además, es de bajo costo y de alta efectividad. Finalmente, el estudio anatomopatológico es el examen que da la certeza diagnóstica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zook E. Tratamiento quirúrgico del peroniquio. En: Cirugía Plástica de la Mano. McCarthy J, May J, Littler W: editores. Ed Méd Panamericana. 1992. pp. 279-80.
2. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Clave del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal. *Actas Dermosifiliogr.* 2009; 100(10): 875-82.
3. Sarroca N, Alonso A, Del Caso N, Benito M. Tumor glómico subungueal en primer dedo del pie. Caso clínico. *Rev Int Cienc Podol.* 2017; 11(2): 148-55.
4. Chang P, Orellana E, Rosales DE, Calderón G. Caso clínico: Tumor glómico. *Dermatol Rev Mex.* 2013; 57(4): 278-82.
5. Kale SS, Rao VK, Bentz ML. Glomus tumor of the index finger. *J Craniofac Surg.* 2006; 17(4): 801-4.
6. Bolado P, Ordás A, López E, Berjón A, Pozo JJ, Casado C. Tumor glómico maligno: a propósito de un caso y revisión de la literatura. *Cir Plast Iberolatinoam.* 2017; 43(2): 187-92.
7. Celester G, Prego A, González RM, Tobío J, Vázquez R, Arriaza L. Tumores glómicos en el miembro superior. Revisión de la literatura e informe de 14 casos. *Rev Iberoam Cir Mano.* 2016; 44(2): 69-77.
8. Gargollo C, Gutiérrez C, Rosales VM, Orozco HA, Cantú HA, Rodríguez J, et al. Experiencia en tumores glómicos en el Hospital General "Dr. Manuel Gea González" (México). Reporte de casos. *Cir Plást Iberolatinoam.* 2010; 36(4): 369-74.
9. Cordisco M, Larralde M, Castro C, Grachetti A, Morles S, Moreno S, et al. Glomangiomas: descripción de 9 casos. *Dermatol Pediatr Lat.* 2003; 1(1): 14-7.
10. Pacheco H. Tumor glómico: correlato clínico-anatomopatológico. *Folia Dermatol Peru.* 2004; 15(3): 167-71.
11. Rohrich R, Hochstein L, Millwee R. Subungueal glomus tumor: an algorithmic approach. *Ann Plast Surg.* 1994; 33(3): 300-4.
12. Montoya LE, Blanco F, Hernández JC, Junco DA, Moncada O. Tumor glómico gigante en un adulto. *MEDISAN.* 2013; 17(5): 857-61.
13. Poggio GA, Mariano J, Gopar LA, Ucar MA. La ecografía primero: ¿por qué, cómo y cuándo?. *Rev Arg Radiol.* 2017; 81(3): 192-203.
14. Mahiques A. Tumor glómico [Internet]. 2020 Disponible en: http://www.arturomahiques.com/tumor_glomico.htm
15. Baran R, Berker DA, Hozlberg M, Piraccini BM, Richert B, Thomas L. Las enfermedades de las uñas y su manejo. 5ta ed. USA. Wiley; 2019.
16. Henao E, Gómez O. Tumor glómico subungueal: reporte de un caso *Rev Medica Sanitas.* 2013; 16(2): 38-41.

Correspondencia:

Jorge Lazo Vera

Dirección: Villa Médica Torre 6, Dpto.1302 J.L. Bustamante y Rivero. Arequipa, Perú.


Teléfono: 959633834

Correo electrónico: jlazov@unsa.edu.pe

Recibido: 26 de junio de 2020

Evaluado: 15 de diciembre de 2020

Aprobado: 17 de diciembre de 2020

© La revista. Publicado por Universidad de San Martín de Porres, Perú.
 Licencia de Creative Commons Artículo en acceso abierto bajo términos de Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional. (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

ORCID iDs

Jorge Lazo Vera

 <https://orcid.org/0000-0002-6647-4837>