

SOCIIDADE PORTUGUESA DE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Rev Port Ortop Traum 25(1): 56-62, 2017

CASO CLÍNICO**TUMOR GLÓMICO SUBUNGUEAL – A PROPÓSITO DE
UM CASO**

*António Gonçalves, Ricardo Simões, Sara Monteiro, Rui Amaral, Vitor Carneiro,
Virgílio Paz Ferreira, Fernando Carneiro, António Rebelo*
Serviço de Ortopedia, Hospital do Divino Espirito Santo, Ponta Delgada

António Gonçalves, Ricardo Simões, Sara Monteiro
Interno de Formação Específica de Ortopedia

Rui Amaral
Assistente Hospitalar de Radiologia

Vitor Carneiro
Assistente Graduado Sénior de Anatomia Patológica

Virgílio Paz Ferreira, Fernando Carneiro
Assistente Graduado Sénior de Ortopedia

António Rebelo
Diretor do Serviço de Ortopedia

Submetido em 05 fevereiro 2017

Revisto em 15 maio 2017

Aceite em 6 junho 2017

Tipo de Estudo: Caso Clínico

Nível de Evidência: V

Declaração de conflito de interesses: Nada a declarar.

Correspondência

António Sérgio Gonçalves

Serviço de Ortopedia

Hospital do Divino Espirito Santo

9500-370 Ponta Delgada

Telefone: 96 360 80 94; 296 203 000

lestatmarius1@gmail.com

RESUMO

Os tumores glómicos são tumores benignos e raros, (1-2% dos tumores de tecidos moles da mão). Estão normalmente localizados nas extremidades distais (dedos, palmas das mãos e plantas dos pés), subungueais em 50% dos casos. Os sintomas que caracterizam esta patologia em 63-100% são a hipersensibilidade local, sensibilidade ao frio, dor intermitente e severa, sendo o diagnóstico definitivo histológico. Os testes clínicos permitem uma identificação objetiva destas lesões.

Apresentamos um caso de uma doente de 69 anos, com história de 2 anos de evolução de dor na extremidade distal do segundo dedo da mão direita, com a sintomatologia associada de hipersensibilidade local e exacerbação da dor ao frio. Apresentava todos os testes clínicos positivos e fez ecografia que foi compatível com tumor glómico.

Fez-se excisão e enviada a peça de resseção para estudo histológico que confirmou o diagnóstico.

Palavras chave: *Tumor glómico, dedo da mão, unha.*

ABSTRACT

Glomus tumors are benign and rare tumors, (1-2% of soft tissue tumors of the hand). They are usually located in the distal extremities (fingers, palms and soles), subungueal in 50% of cases. The symptoms that characterize this pathology in 63-100% are local hypersensitivity, sensitivity to cold, intermittent and severe pain. The definitive diagnosis is histological. Clinical tests allow an objective identification of these lesions.

We present a case of a 69-year-old female patient with a 2-year history of pain in the distal extremity of the second finger of the right hand, with the associated symptoms of local hypersensitivity and exacerbation of pain with cold. She had all positive clinical tests and had ultrasonography that was compatible with glomus tumor.

An excision was made and the resection sample was sent for histological study that confirmed the diagnosis.

Key words: *Glomus tumor, finger, nail.*

INTRODUÇÃO

Os tumores glómicos são tumores benignos e raros (1-2% dos tumores de tecidos moles da mão), derivados dos corpos glómicos (recetores neuromioarteriais contrácteis)^{1,2,3,4,5,7,8,9,11,12}.

Encontram-se em maior número nas extremidades distais, em cerca de 75% ocorrem na mão e debaixo do leito ungueal em 50% dos casos. É comum surgirem entre os 30-50 anos, sendo duas vezes mais frequentes no sexo feminino; podem ser múltiplos e indolores em 2.3% dos casos, estando associados neste caso a neurofibromatose tipo 1^{1,2,4,5,6,9,12}.

Apresentam uma clínica de sensibilidade ao frio, hipersensibilidade local, com dor intermitente e severa (identificada em 63-100%)^{1,4,9,11,12}. Habitualmente o diagnóstico é tardio, com os primeiros sintomas a ocorrerem em média 4 a 7 anos antes do diagnóstico².

CASO CLÍNICO

Apresentamos o caso de doente de sexo feminino, 69 anos, com história arrastada desde há cerca de 2 anos de dor localizada na extremidade de 2º dedo da mão direita (mão dominante), num ponto específico no bordo radial da unha (figura 1). A dor estava associada a hipersensibilidade local e com



Figura 1: Localização da lesão

exacerbação ao frio. A doente referia agravamento da sintomatologia nos últimos meses. Ao exame objetivo mantinha a mobilidade do dedo conservada com um arco de movimento dentro dos valores normais. Contudo aparentava um pequeno nódulo

periungueal, localizado no bordo radial da unha, com resposta positiva em todos os testes clínicos diagnósticos.

Na radiografia do dedo não se observaram alterações e realizou ecografia que foi altamente sugestiva de lesão compatível com tumor glómico, de pequenas dimensões (figuras 2 e 3).



Figura 2- Rx inicial

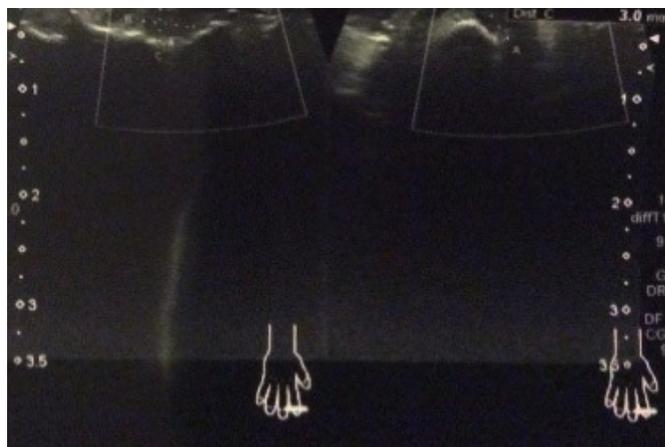


Figura 3: Avaliação ecográfica

Foi feita excisão da lesão após identificação no bloco operatório, usando a abordagem lateral para obviar lesão a matriz ungueal. Foi usada fresa para eliminar completamente restos de tumor (figura 4). A peça excisada foi enviada para estudo anatomopatológico. No Exame histológico, o componente celular da neoplasia dispunha-se em folhetos sólidos, com vasos de calibre variável à periferia, sem evidência de necrose. As células eram redondas, de citoplasma eosinófilo e de limites bem definidos, centradas por núcleos de contornos regulares, sem mitose reconhecíveis (figura 5). Os

aspectos morfológicos permitiram o diagnóstico de tumor glómico.

O tempo de recuperação pós-operatório foi rápido, cerca de 3 semanas, com regresso às suas AVD's



Figura 4: Abordagem no bloco operatório com identificação e excisão do tumor

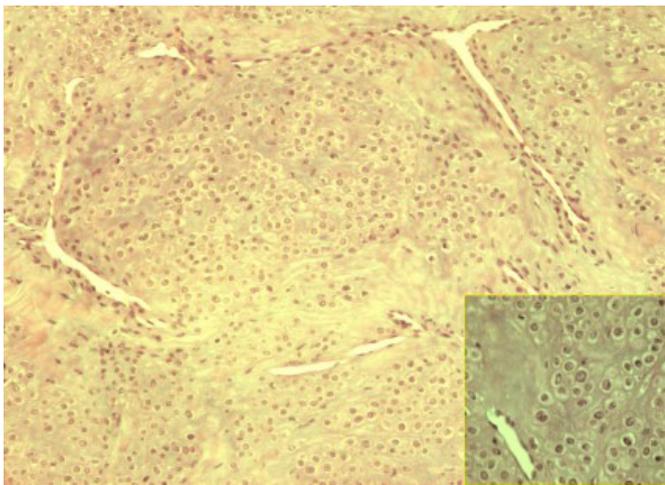


Figura 5: Padrão sólido do tumor com vasos de calibre variável (HE x100). Um pormenor do componente celular, com um vaso no canto inferior esquerdo (HE x400).

sem intercorrências. Foi reobservada em Consulta 3 meses após cirurgia identificando-se ligeira distrofia ungueal sem outras alterações clínicas, tendo feito nessa altura reavaliação imagiológica (figura 6). Aos 6 meses pós cirurgia mantinha-se sem outras alterações clínicas e sem dor (figura 7).



Figura 6: Imagens de pós-operatório às quatro semanas e aos 3 meses

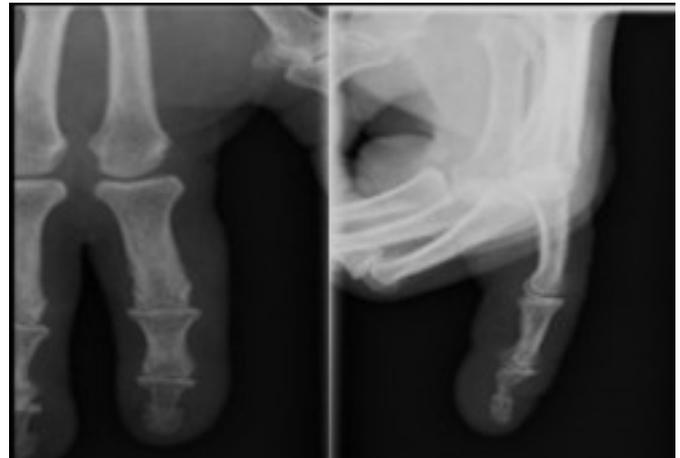


Figura 7: Controlo imagiológico pós-operatório

DISCUSSÃO

Estes raros tumores são derivados dos corpos glómicos que são recetores neuromioarteriais contrácteis responsáveis por controlar a temperatura e a pressão sanguínea através da regulação do fluxo sanguíneo periférico (anastomoses arteriovenosas sem capilares intermédios)^{1,2,5,7,9,11,12}. Por terem pequenas concentrações de fibras nervosas, pode justificar a localização específica do ponto doloroso². Atualmente existem duas hipóteses de etiopatogenia destes tumores: uma delas defende que surgem por hipertrofia local reativa a traumas; a outra defende terem origem em hamartomas com componentes hipertrofiados². Os tumores glómicos podem ter várias localizações como intraósseos, língua, cavidade oral, estômago, pulmão, reto, vagina, mesentério, mediastino, rótula, tendões, rim^{7,11}. Têm uma característica tríada clínica de sensibilidade ao frio, hipersensibilidade local, com dor intermitente e severa. Habitualmente o diagnóstico é tardio, com os primeiros sintomas a ocorrerem em média 4 a 7 anos antes do diagnóstico^{1,2,4,6,7,9,11,12}.

O diagnóstico é clínico, estando descritos alguns testes diagnósticos tal como o:

Teste “Love’s pin test”, o mais sensível, com dor à pressão efetuada com a ponta de objeto punctiforme no local de suspeita (100% S).

O “Teste de Hildreth”, que consiste na garrotagem na base do dedo, seguido do “Love’s pin test”, considerando-se positivo se a pressão for indolor ou se se reproduz dor e sensibilidade à pressão com o aliviar do garrote (71,4% S, 100% E).

Outros testes são: o teste de sensibilidade ao frio, com clínica de dor ao contacto direto com o frio (100% S, 100% E); a transluminação, em que se coloca um foco luminoso apontando para o local de lesão, observando-se uma imagem opaca da mesma (S 23-38%, E 90%)^{2,5,7,8,11,12}.

As radiografias locais podem ser normais, mostrar deformação côncava na falange ou lucência cortical bem definida^{1,3,4,7,9,11,12}. A tomografia axial computadorizada (TAC) não oferece benefício diagnóstico e através da ecografia podem identificar-se lesões sólidas hipoeoicas, caracterizar o tamanho, forma e localização concreta do tumor. A RMN é sensível e específica no diagnóstico, auxiliando nos diagnósticos diferenciais^{1,4,7,8,9,10,11,12}.

O diagnóstico definitivo é histológico e como diagnósticos diferenciais, deve-se incluir o neuroma, espiadenoma ecrino, leiomioma e exostoses².

O tratamento passa pela excisão da lesão por via transungueal ou lateral. Com a via transungueal pode ocorrer recidiva da lesão em 5-50% dos casos, recidiva da dor e distrofia ungueal^{1,2,7,9,10,12}.

A abordagem por via lateral expõe o tumor na falange distal sem violar a matriz da unha reduzindo as deformidades da unha. Um dos riscos desta via de abordagem é o fato de haver uma exposição mais reduzida, podendo ocorrer excisão incompleta do tumor^{2,4,10,11,12}.

As recidivas no pós-operatório precoce parecem resultar de uma excisão incompleta. Já as recidivas tardias, admite-se que sejam devidas ao desenvolvimento de um novo tumor glómico^{2,4,5,9,11,12}.

O tempo de recuperação médio é de 2-4 semanas sendo que a dor poderá demorar mais tempo a resolver. No caso de não ser possível a remoção, é possível o controlo da dor com indometacina, eventualmente laser e escleroterapia^{2,5}.

O nosso caso foi linear, contudo afastado dos picos de incidência referidos. A opção dos autores na abordagem cirúrgica, pela via transungueal foi adequada e com excisão cirúrgica com um bom resultado. Os autores consideram importantes as avaliações pelos testes clínicos diagnósticos, bem como a utilização dos meios complementares de diagnóstico por forma a realizar um diagnóstico correto. O exame por ecografia permitiu uma avaliação correta da lesão e orientação para o tratamento cirúrgico.

CONCLUSÃO

O tumor glómico pode ser tratado com excisão cirúrgica, sendo importante a suspeita de tumor aquando da observação do doente. Os testes clínicos permitem uma identificação objetiva destas lesões. Recomenda-se a ecografia para diagnóstico, já que é um método inócuo, capaz de identificar e caracterizar este tipo de lesões.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sajad Ahmad Salati, et al. Subungual glomus tumor – a case report. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 2010; 20: 42-44
2. Samaniego E, et al. Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal. *Actas Dermosifiliogr.* 2009;100:875-82
3. Mathew A. Glomangiomas: Are They Rare Tumours Or Rarely Diagnosed? *The Internet Journal of Hand Surgery.* 2012. 3 (2)
4. Abdelmohsen K., et al Glomus Tumor of the Fingers:Accurate Preoperative Localization as a Prerequisite to Avoid Tumor Recurrence 2011 January. *Egypt, J. Plast. Reconstr. Surg.*, 35 (1):113-120
5. Banavasi S. et al. Glomus Tumor of the Nail Unit. *Indian J Dermatol.* 2011 Sep-Oct; 56(5): 583–584
6. Abdelrahman MH and Hammoudeh M. Glomus tumor presenting as raynaud’s phenomenon. *Case Reports in Medicine*, Volume 2012, Article ID 380540
7. Chin-Jung Hsu, Der-Yean Wang. Glomus Tumors. *Mid Taiwan J Med.*2002. 7:222-7
8. David HK. Glomus Tumor of the Finger Tip and MRI Appearance. *The Iowa Orthopaedic Journal.*1999;19:136-8
9. Theumann NH, et al. Recurrent glomus tumors of fingertips: MR imaging evaluation. *Radiology.*Apr 2002;223(1):143-51
10. Fujioka H. et al. Treatment of Subungual Glomus Tumor. *Kobe J Med Sci.* 2009 Jun 5;55(1):E1-4
11. Freitas F. et al. Tumor glómico subungueal. *Rev Port Ortop Traum.* 2012.20(2): 249-254
12. Montandon C. et al. Tumores glômicos subungueais:achados de imagem. *Radiol Bras.*2009 Nov/Dez;42(6):371–374