

# A propósito de un caso: TUMOR GLÓMICO INTRAÓSEO EN UNA FALANGE DE LA MANO

Autores: BALART VILA, Mariona<sup>1</sup>; DOMINGO TREPAT, Anna<sup>2</sup>

<sup>1, 2</sup> SERVICIO DE COT DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

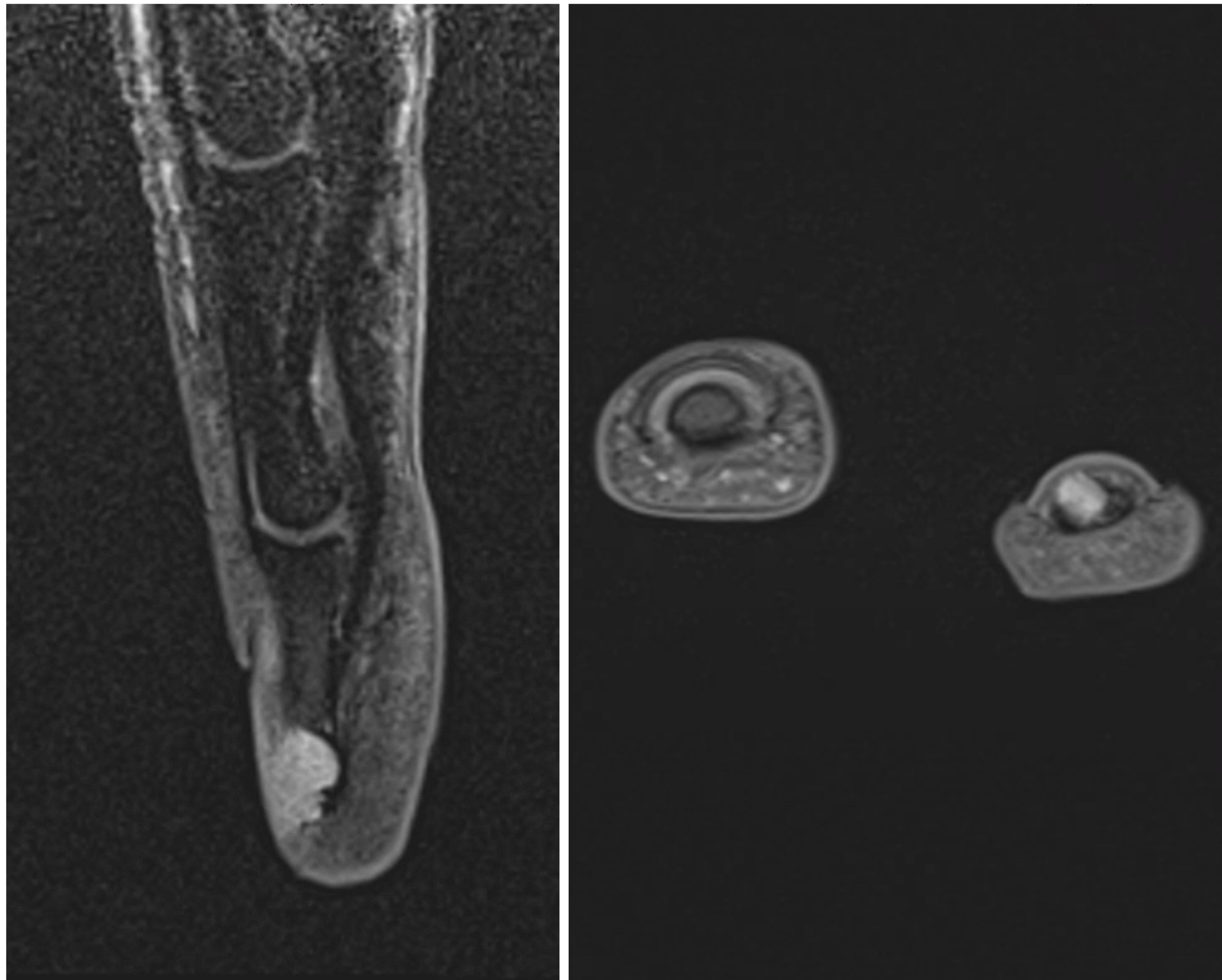


Fig. 1: Cortes de RM en secuencia T2.

## OBJETIVO

El tumor glómico es una neoplasia benigna rara que se origina de la hiperplasia de un glomus, que es una estructura vascular que controla la presión arterial+la temperatura regulando el flujo sanguíneo cutáneo. La localización más frecuente es en las falanges distales de la mano. Representan del 1 al 5% de los tumores de la mano y el 75% de ellos se sitúan en la región subungueal. La mayoría salen en tejidos blandos; sin embargo, un porcentaje minoritario son intraóseos, como el caso que exponemos.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Compartimos el caso de una mujer de 51 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor subungueal lacerante en falange distal de dedo índice de la mano derecha de meses de evolución que incluso la despierta por las noches. Explica la tríada de paroxismos

repentinos+alodinia con rozarle la uña+agravamiento del dolor con exposición al frío y al bajar la mano. El aspecto del dedo es anodino. Se toman radiografías que son normales y se pide una RM que revela una lesión lítica intraósea en el penacho de la F3 que hipocapta en T1 y es hipercaptante en T2 (Fig. 1), lo que sugiere un tumor glómico. Con esta sospecha decidimos operarla. Escogemos una incisión en U alrededor del contorno de la uña para evertir en boca de pez el pulpejo. Con ayuda de rayos situamos la tumoración. Con una gubia levantamos la cortical volar para entrar en la lesión y sacarla (Fig. 2). La mandamos a AP y cogemos un frotis del fondo de la cavidad que ocupaba. Curetamos el lecho y procedemos al cierre.

## RESULTADOS

La micro fue negativa y la AP de la pieza quirúrgica filió un tumor glómico. Con la cirugía se logró que el dolor remitiera del todo. En sucesivas radiografías de control no hubo rastro de recidiva local del tumor.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico requiere sospecha clínica (tríada clásica).

La RM es especialmente útil si las radiografías salen normales (tumor pequeño no se verá).

Debemos considerarlo en el diagnóstico diferencial de lesiones líticas en falanges de la mano.

El tratamiento es la extirpación quirúrgica y se debe procurar no dejar tejido residual para prevenir que recidive.

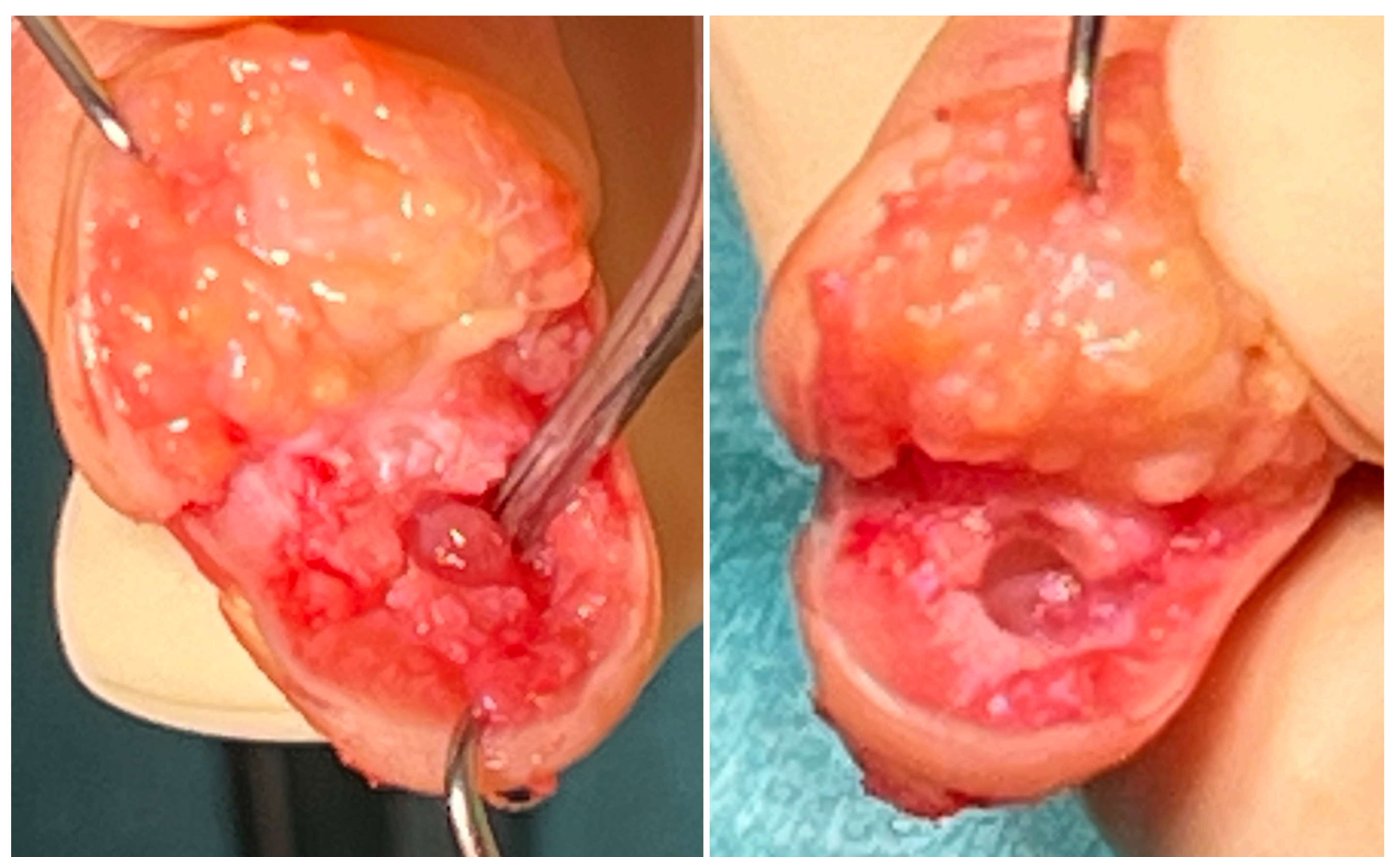


Fig. 2: Penacho F3 con (izq) y sin (dch) la lesión.