

# Tumor doloroso violáceo

Leydi Yohana Gallego<sup>1</sup>; Aura Catherine Rodríguez<sup>2</sup>; Ángel Omar Jaimes<sup>3</sup>

## RESUMEN

Los tumores dolorosos de la piel son un reto diagnóstico para el médico dermatólogo por su evolución insidiosa e inespecífica. Estas lesiones son poco frecuentes correspondiendo aproximadamente al 2% de los tumores de tejidos blandos cutáneos, además se acompañan de síntomas dolorosos neuropáticos, destacándose la alodinia como síntoma cardinal. A continuación, se describe el caso de un paciente masculino de 76 años que presentó un tumor doloroso solitario de localización poco frecuente en el tercio distal de antebrazo derecho tratado quirúrgicamente. De esta manera se resolvió el dolor asociado y mejoró su calidad de vida.

**PALABRAS CLAVE:** Tumor glómico; Hiperalgnesia; Antebrazo; Dolor neuropático.

## PAINFUL VIOLACEOUS TUMOR

## SUMMARY

Painful skin tumors are a diagnostic challenge for the dermatologist due to their insidious and non-specific evolution. These lesions are rare, corresponding to approximately 2% of cutaneous soft tissue tumors, and are also accompanied by painful neuropathic symptoms, highlighting allodynia as the cardinal symptom. We report a case of a 76-year-old male patient who presented a solitary painful tumor of infrequent location in the distal third of the right forearm treated surgically is described below. In this way, the associated pain was resolved and their quality of life improved.

**KEY WORDS:** Glomus Tumor; Hyperalgnesia; Forearm; Neuropathic pain.

1. Residente de Dermatología, Fundación Universitaria Sanitas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2846-6550>
2. Dermatóloga, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8669-2102>
3. Dermatólogo oncólogo, Hospital Universitario Centro Dermatológico Federico Lleras Acosta. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5676-0450>

**Correspondencia:** Leydi Yohana Gallego-Vidales; **email:** [gavi1595@gmail.com](mailto:gavi1595@gmail.com)

**Recibido:** 15/12/21; **aceptado:** 6/10/22

**Cómo citar:** Gallego, LY; Rodríguez, AC; Jaimes, AO. Tumor doloroso violáceo. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol. Vol 30(3): julio - septiembre, 2022, 225-228. DOI: <https://doi.org/10.29176/2590843X.1671>

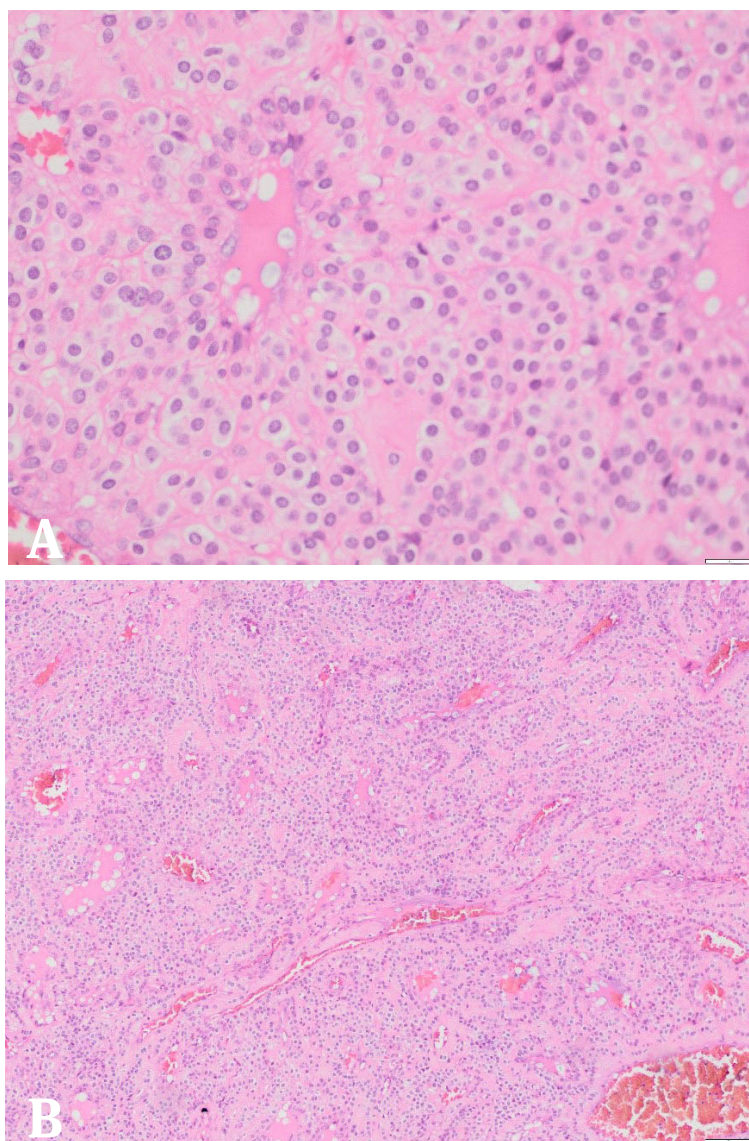
**Financiación:** ninguna, **conflictos de interés:** ninguno

## ENFOQUE CLÍNICO

Se realizó exéresis quirúrgica. El estudio histológico (**Figura 3**) informó una neoplasia vascular dérmica. Márgenes del espécimen libres de lesión.

Los tumores dolorosos de la piel se caracterizan por presentar síntomas neuropáticos como alodinia, que

hace referencia al dolor provocado por los estímulos, que habitualmente no lo generan. Puede clasificarse en *alodinia mecánica estática*, dada por un estímulo permanente, *alodinia mecánica dinámica*, por un estímulo intermitente, *alodinia térmica al calor* y *alodinia térmica al frío*; se producen por una alteración sensorial que puede hacer parte del síndrome doloroso regional complejo (SDRC) <sup>(1)</sup>. Para su manejo, es primor-



**Figura 3.** Neoplasia vascular dérmica, nodular de crecimiento expansivo de bordes bien delimitados, compuesta por vasos rodeados de células glómicas con núcleos redondos, citoplasma eosinófilo pálido y márgenes celulares claramente definidos sin evidencia de displasia, en estroma esclerótico **A**). Hematoxilina-eosina ( $\times 100$ ). **B**). Hematoxilina-eosina ( $\times 40$ ).

**Tabla 1.** Signos semiológicos del tumor glómico

Prueba de Love	Aparición de un dolor intenso junto con un reflejo de retirada al presionar con un elemento puntiforme la lámina ungueal, en caso de lesiones a este nivel.
Signo de Hildreth	Se provoca una disminución del flujo sanguíneo en el área afectada con una desaparición secundaria del dolor, el cual reaparece al liberar el torniquete.
Prueba del frío	Consistente en la provocación de dolor al poner en contacto la lesión con agua fría.

Adaptada de: <sup>(5,10,11)</sup>. Tabla elaborada por los autores.

dial la eliminación de la lesión causante del síntoma, lo cual puede tardar un período prolongado, ya que fácilmente la alodinia solo se atribuye a un dolor neuropático y no a la lesión cutánea, lo que compromete la calidad de vida del paciente <sup>(2)</sup>.

El tumor glómico (TG) es un tipo de tumor doloroso de la piel derivado del músculo liso vascular que compone el cuerpo glómico neuromioarterial. Aunque se desconoce su etiología, se ha relacionado con trauma y factores genéticos como posibles predisponentes. El glomus cumple varias funciones a nivel cutáneo, entre ellas la termorregulación y el control del flujo sanguíneo; está ubicado en la dermis reticular y conformado por la anastomosis de arteriolas y venas revestidas por células endoteliales y células musculares lisas. Se presenta en toda la superficie cutánea, pero particularmente en los pulpejos de los dedos, así como en el lecho ungueal <sup>(2-5)</sup>.

El TG se presenta en adultos entre los 30 y 50 años clásicamente como un nódulo único rojo azulado, que generalmente es pequeño; además, puede ser doloroso al tacto y sensible al frío <sup>(6,7)</sup>. No obstante, hasta en un 10% de los casos podría evidenciarse lesiones múltiples, las cuales pueden subdividirse en las variantes regional, tipo placa y diseminada <sup>(5)</sup>. Habitualmente se ubican a nivel subungueal, aunque algunas referencias concluyen que solo el 86% de los tumores glómicos extraungueales presentan dolor y sensibilidad localizada, así como solo el 2% presenta sensibilidad al frío,

lo que lleva a un planteamiento diagnóstico inicial de tan solo el 9% <sup>(1, 3, 8)</sup>.

Su diagnóstico de este tipo de tumor doloroso se basa en la sospecha clínica y debido a la presencia de varias fibras nerviosas al interior del TG, pueden presentarse ciertos signos semiológicos que pueden ayudar con su diagnóstico (**Tabla 1**). El diagnóstico diferencial está relacionado con el grupo de los nueve tumores dolorosos que se conocen con la nemotecnia de *LEND AN EGG*, por sus iniciales en inglés: *Leiomyioma* (leiomioma), *Eccrine Spiradenoma* (espiradenoma ecrico), *Neuroma* (neuroma), *Dermatofibroma* (dermatofibroma), *Angiolipoma* (angiolipoma), *Neurilemmoma* (neurilemoma), *Endometrioma* (endometrioma), *Granular cell tumor* (tumor de células granulosas) y *Glomus tumor* (TG) <sup>(9)</sup> La toma de la biopsia ante clínica sugerente de tumor doloroso asociado a alodinia permite la relación clinicopatológica. En el TG, a nivel histológico se evidencian células pequeñas y pálidas de morfología redonda, con núcleos grandes que rodean vasos en la dermis, que corresponden a células glómicas que en la inmunohistoquímica expresan actina alfa de músculo liso, vimentina y actina músculo específica. Las imágenes diagnósticas como la ecografía con y sin Doppler, la resonancia magnética, la radiografía simple y la angiorresonancia magnética pueden ayudar para diferenciar el tumor de otros diagnósticos y sirven para realizar una valoración preoperatoria de la lesión con el fin de definir sus dimensiones y precisar su localización <sup>(1,10)</sup>.

Su tratamiento es quirúrgico con resolución secundaria de la sintomatología asociada. No obstante, la tasa de recurrencia después del tratamiento quirúrgico está entre el 2% y el 10,5% en los tumores glómicos extradigitales por escisión incompleta, lo que provoca síntomas de dolor neuropático (alodinia), en promedio, dos o tres años después de la intervención quirúrgica. Además, la transformación maligna es del 1% y se relaciona con un tamaño mayor de 2 centímetros, profundidad y actividad mitótica elevada<sup>(2)</sup>. Por otro lado, puede manejarse especialmente en caso de lesiones múltiples con otras alternativas, como escleroterapia, láser de CO<sub>2</sub> o neodimio, láser colorante pulsado, láser Argón y radioterapia<sup>(3)</sup>.

## REFERENCIAS

1. So SY, Kim BM, Lee SY, Ko YK, Shin YS, Lee WH. Glomus Tumor Causing Anterior Thigh Pain: A Case Report. *Korean J Pain*. 2014;27(2):174-7. <https://doi.org/10.3344/kjp.2014.27.2.174>
2. Batra V, Batta NS, Gupta A. Giant glomus tumor of the knee mimicking soft-tissue sarcoma. *Indian J Musculoskelet Radiol*. 2020;2(1):82-6. [https://doi.org/10.25259/IJMSR\\_9\\_2020](https://doi.org/10.25259/IJMSR_9_2020)
3. Uğurlar M, Kabakas F, Yapici Ugurlar O, Purisa H, Mersa B, Ozcelik I. Atypically localized glomus tumors. *Hand Microsurg*. 2016; 5:1. <https://doi.org/10.5455/handmicrosurg.214790>
4. Martín CI, Panizzardi AA, Vallarino C, Vargas AR, Losada Sanclemente KM, Sanz MI, et al. Tumores glómicos de presentación clínica inusual. *Dermatol Argent*. 2014;20(5):318-22. Disponible en: <https://bit.ly/3FCUSvN>
5. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100(10):875-82. [https://doi.org/10.1016/S0001-7310\(09\)72916-3](https://doi.org/10.1016/S0001-7310(09)72916-3)
6. Sanchez IM, Ilkovitch D. A case of a glomus tumor presenting as an atypical hyperkeratotic papule of the hypothenar palm. *JAAD Case Rep*. 2017;4(1):38-40. <https://doi.org/10.1016/j.jdc.2017.10.006>
7. Ghisi JP, Trache A, Dalmaso ML. Instrucción Ortopédica de Posgrado - Imágenes. Resolución del caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol*. 2019;84(1):3. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2019.84.1.948>
8. Odom C, Ficke B, Dahlgren N, Patel HA, Budde-meyer K, Farnell C, et al. Extradigital Glomus Tumor with Atypical Neuritis Presentation. *Cureus*. 2018;10(6): e2794. <https://doi.org/10.7759/cureus.2794>
9. González ST, Garibay AR, García CL. Tumor glómico atípico. Revisión de la literatura a propósito de un caso. *Dermatol Rev Mex*. 2006; 50:109-14. Disponible en: <https://bit.ly/3UMmpjG>
10. Londoño-Salinas AM, Gómez-Vargas LM. Tumores unguales benignos: una aproximación clínica. *Rev Asoc Colomb Dermatol Cir Dematol*. 2021;29(1):29-4. <https://doi.org/10.29176/2590843X.1589>
11. Celester Barreiro G, Prego Bestilleiro A, González del Castillo F, Tobío Martel RM, Vázquez García J, Arriaza Loureda R. Tumores glómicos en el miembro superior. Revisión de la literatura e informe de 14 casos. *Rev Iberoam Cir Mano*. 2016;44(2):69-77. <https://doi.org/10.1016/j.ricma.2016.08.003>