

Caso para diagnóstico Case for diagnosis

Angela Cristina Bortoncello¹
Rafael Lirio Bortoncello⁴

Sandra Lopes Mattos e Dinato²
Ângelo Sementilli⁵

José Roberto Paes de Almeida³
Ney Romiti⁶

RELATO DO CASO

Paciente branco, do sexo masculino, 44 anos, relatou o aparecimento de lesão dolorosa ao tato, de crescimento lento, com dificuldade progressiva à deambulação, localizada na região plantar esquerda, há 7 anos. Ao exame apresentava nódulo eritemato-violáceo, de superfície lisa, com 1 cm de diâmetro, doloroso à palpação (Figura 1). Negou casos familiares.

Realizada ultrassonografia do pé esquerdo, que evidenciou imagem hipo-

ecoica, contendo pequena área anecoica, irregular, circunscrita, no subcutâneo da região plantar. Ao Doppler *color*, sem alteração na vascularização.

Foi submetido à exérese cirúrgica da lesão, cujo exame histopatológico revelou proliferação de vasos sanguíneos na derme, circundados por células arredondadas com núcleos uniformes no estroma e envoltos por cápsula fibrosa (Figura 2). A reação para actina de músculo liso evidenciou expressão difusa e de forte intensidade (Figura 3).



FIGURA 1: Aspecto clínico do nódulo plantar

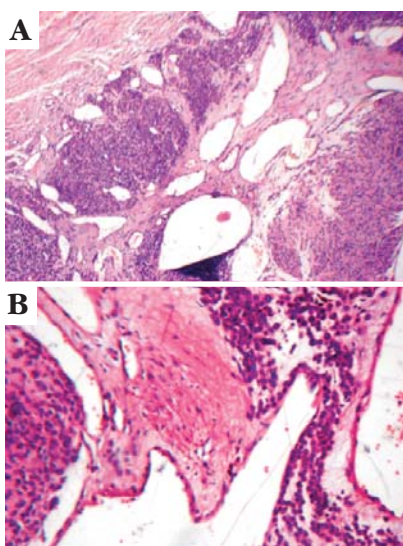


FIGURA 2: A. Estrutura nodular circunscrita e densamente celular na derme (HE, 40x). B. Células pequenas e uniformes formando blocos sólidos ou cordões circundando canais vasculares (HE, 100x)

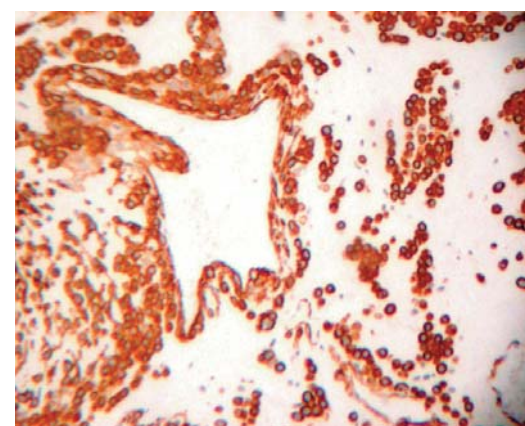


FIGURA 3: Células com grande expressão para actina de músculo liso envolvendo a parede vascular (actina, 100x)

Recebido em 07.10.2010

Aprovado pelo Conselho Editorial e aceito para publicação em 22.11.2010.

* Trabalho realizado no Serviço de Dermatologia Prof. Dr. Ney Romiti do Hospital Guilherme Álvaro, Centro Universitário Lusíada (Unilus) – Santos (SP), Brasil.

Conflito de interesse: Nenhum / *Conflict of interest: None*

Suporte financeiro: Nenhum / *Financial funding: None*

¹ Médica especializanda em dermatologia no Serviço de Dermatologia Prof. Dr. Ney Romiti do Hospital Guilherme Álvaro, Centro Universitário Lusíada (Unilus) – Santos (SP), Brasil.

² Doutora em dermatologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP); professora assistente do Centro Universitário Lusíada (Unilus) – Santos (SP), Brasil.

³ Mestre em dermatologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp); professor assistente do Centro Universitário Lusíada (Unilus) – São Paulo (SP), Brasil.

⁴ Acadêmico de medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba (PR), Brasil.

⁵ Especialista em patologia pela Sociedade Brasileira de Patologia; doutor em patologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) – São Paulo (SP), Brasil.

⁶ Professor emérito; titular da disciplina de clínica e patologia da dermatologia do Centro Universitário Lusíada (Unilus) – Santos (SP), Brasil.

Caso para diagnóstico

Case for diagnosis

Bortoncello AC, Dinato SLM, Almeida JRP, Bortoncello RL, Sementilli A, Romiti N

DISCUSSÃO

O tumor glômico foi descrito inicialmente por William Wood em 1812.¹ É lesão neoplásica benigna pouco usual, derivada de células musculares lisas modificadas (glômicas). Essas células revestem o canal de Sucquet-Royer nos *glomera* cutâneos, cuja função é regular a circulação sanguínea e a temperatura corpórea. Caracteriza-se por paroxismos de dor, a qual pode ser ou não desencadeada por traumatismos ou alteração de temperatura.²

Há duas formas de apresentação: solitária e múltipla. O tumor glômico solitário ocorre preferencialmente no adulto, na região subungueal, apresentando-se como mácula ou nódulo eritemato-violáceo, em geral inferior a 2 cm de diâmetro, doloroso à palpação ou sensível a alterações térmicas. Pode ser encontrado em setores mais profundos, como tendões, ligamentos, músculos esqueléticos, articulações, nervos e ossos.³ A localização nos pés, como neste relato, é referida em aproximadamente 3% dos casos.⁴

De número variável, os tumores glômicos múltiplos acometem indivíduos mais jovens, apresentando-se sob dois padrões de distribuição: 1) segmentar, com lesões em um membro, poupando face e tronco; e 2) disseminado, com lesões em todo o tegumento.³ Parsons e col. observaram história familiar positiva em 60% dos casos de tumores glômicos múltiplos, transmitida por herança autossômica dominante, com penetrância incompleta, sendo o gene responsável localizado no cromossomo 1p21-22.^{3,5,6} Tumores glômicos ectópicos são relatados nos pulmões, rins, ossos, traqueia e estômago.⁷

O diagnóstico clínico é realizado quando há a tríade de dor espontânea, sensibilidade à pressão e sensibilidade às alterações de temperatura.⁸ No estudo

retrospectivo de tumores glômicos extradigitais, Schiefer e col. encontraram dor e sensibilidade localizada em 86% dos pacientes, porém a queixa de intolerância a alterações de temperatura ocorreu somente em 2% deles. No presente relato, a dor decorrente de alterações térmicas não foi encontrada – talvez pela menor exposição dos pés ao frio –, mas sim uma importante sensibilidade à pressão em virtude da localização plantar. A radiografia pode evidenciar lise óssea na falange acometida. A ultrassonografia descreve tumores glômicos como massas hipocóicas bem circunscritas e os achados ao Doppler são inconstantes, como neste relato. A ressonância nuclear magnética elucida casos duvidosos, porém seu uso é limitado pelo alto custo.^{8,9} À histopatologia, esses tumores apresentam três componentes: células glômicas, vasculatura e células musculares lisas, sendo subdivididos em tumores sólidos (predomínio de células musculares lisas), glomangiomas (predomínio do componente vascular) e glomangiomiomas (mistos).^{3,10} Constituem-se de lesões circunscritas na derme, compostas por espaços vasculares organizados em delicado estroma fibroso, com células glômicas circundando a proliferação vascular.² As células glômicas apresentam imunorreatividade para actina e vimentina.¹⁰

Neuroma, neurofibroma, cisto mucoso, fibroma, osteocondroma, melanoma amelanótico e melanoblastoma subungueal são diagnósticos diferenciais.

O tratamento consiste na excisão cirúrgica do tumor, associada ou não à cauterização do leito tumoral com bisturi elétrico bipolar. A permanência dos sintomas nos três primeiros meses é sugestiva de retirada parcial do tumor, enquanto o retorno dos sintomas após um ano indica recidiva tumoral.^{2,8} □

Resumo: Tumor glômico é neoplasia dolorosa derivada do glomo terminal, cuja função é regular a circulação sanguínea e a temperatura corpórea. Apesar da sua raridade, merece atenção especial por seus sintomas de dor paroxística, sensibilidade à pressão local e ao frio, além da sua localização típica na falange distal. Manifestação extradigital é de ocorrência eventual. Lesões únicas são mais comuns em adultos do sexo feminino, enquanto as múltiplas prevalecem em crianças e adolescentes, geralmente com história familiar positiva. O diagnóstico é clínico, auxiliado pela ultrassonografia e ressonância nuclear magnética. A confirmação é feita pelo exame histopatológico.

Palavras-chave: Diagnóstico; Resultado de tratamento; Tratamento domiciliar; Tumor glômico

Abstract: Glomus tumor is a painful tumor derived from the glomus terminal which regulates blood circulation and body temperature. Despite its rarity, particular attention needs to be paid to symptoms associated with this tumor: paroxysmal pain, sensitivity to local pressure and cold, and its location - typically in the distal phalanx. Manifestation of extradigital occurrence is possible. Single lesions are most common in adult females, while multiple lesions are prevalent in children and adolescents, generally those with a positive family history. The diagnosis is clinical with the aid of ultrasonography and magnetic resonance imaging, confirmed by histopathological examination.

Keywords: Diagnosis; Glomus tumor; Residential treatment; Treatment outcome

REFERÊNCIAS

1. Vanti AA, Cucé LC, Chiacchio ND. Tumor glômico subungueal: estudo epidemiológico e retrospectivo, no período de 1991 a 2003. *An Bras Dermatol* 2007;82:425-31.
2. Souza CP, Aramaki O, Galbiatti JA, Durigan Júnior A, Mizobuchi RR, Morais Filho DC, et al. Tumor glômico - Retrospectiva de nove casos: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Bras Ortop*. 2000;35: 214-8.
3. D'Acri AM, Luz FB, Ferreira JA, Lima AAB. Tumor glômico. *An Bras Dermatol*. 1994;69:405-11.
4. Yoshida Y, Koga M, Nakayama J. Clinicopathologic challenge. Glomus tumors. *Int J Dermatol*. 2007;46:669-70.
5. Anakwenze OA, Parker WL, Schiefer TK, Inwards CY, Spinner RJ, Amadio PC. Clinical features of multiple glomus tumors. *Dermatol Surg*. 2008;34:884-90.
6. Murthy PS, Rajagopal R, Kar PK, Grover S. Two cases of subungual glomus tumor. *Indian J Dermatol Venereol Leprol*. 2006;72:47-9.
7. Schiefer TK, Parker WL, Anakwenze OA, Amadio PC, Inwards CY, Spinner RJ. Extradigital glomus tumors: A 20-year experience. *Mayo Clin Proc*. 2006;81:1337-44.
8. Song M, Ko HC, Kwon KS, Kim MB. Surgical treatment of subungual glomus tumor: a unique and simple method. *Dermatol Surg*. 2009;35:786-91.
9. Takemura N, Fujii N, Tanaka T. Subungual glomus tumor diagnosis based on imaging. *J Dermatol*. 2006;33:389-93.
10. Gombos Z, Zhang PJ. Glomus tumor. *Arch Pathol Lab Med*. 2008;132:1448-52.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA / MAILING ADDRESS:

Angela Cristina Bortoncello
Rua Dr. Cunha Moreira, 223, ap. 504
Encruzilhada
11050-240 Santos, SP
E-mail: angelabortoncello@bol.com.br

Como citar este artigo/How to cite this article: Bortoncello AC, Dinato SLM, Almeida JRP, Bortoncello RL, Sementilli A, Romiti N. Caso para diagnóstico. Tumor glômico extradigital. *An Bras Dermatol*. 2011;86(5):1029-38.