

Glomangioma da artéria digital do polegar – relato de um caso

Glomus tumor of digital artery of thumb – case report

Ana Terezinha Guillaumon¹, Carla Aparecida Faccio Bosnardo², Luciana Rodrigues de Meirelles³

Resumo

Os autores relatam um caso de tumor glômico em ramo da artéria radial que irriga o polegar direito, com história clínica de 4 meses. O doente referia o aparecimento de tumoração de aproximadamente 2,0 centímetros na região interdital, entre o primeiro e o segundo quirodactilos da mão direita, sobre o músculo flexor curto do polegar, extremamente dolorosa e com dor em progressão. Os exames com aparelho de Doppler bidirecional e o eco-color-Doppler apresentaram, como diagnóstico presuntivo, malformação arteriovenosa, pelo turbilhonamento do fluxo e ausência de estenoses. A tumoração foi retirada por cirurgia aberta e encaminhada para exame histopatológico, com diagnóstico de glomangioma. Este relato descreve uma doença arterial pouco frequente, que causa extremo desconforto ao seu portador, mas que é solucionada pela exereses cirúrgica, sem sequelas.

Palavras-chave: tumor glômico; glomangioma; artéria radial.

Abstract

We report on a case of glomus tumor in the branch of the radial artery of the right thumb. The tumor had a 4-year clinical history. The patient reported the development of a 2.0-cm tumor in the interdital region between the first and second fingers of the right hand on the short flexor muscle of thumb. The patient also complained of severe and progressive pain. Tests using bidirectional Doppler and echo-color-Doppler revealed a presumptive diagnosis of arteriovenous malformation based on the turbulence of the flow and absence of stenosis. The tumor was removed by open surgery and sent for histopathological examination, which showed a diagnosis of glomangioma. The present report describes a rare arterial disease causing extreme discomfort to the patient, which may be treated with surgical resection without sequelae.

Keywords: glomus tumor; glomangioma; radial artery.

Introdução

O tumor glômico é benigno, de origem familiar. Origina-se das células do corpo glômico e, na maioria das vezes, é menor que 3 mm, tendo em sua formação componentes neurológico, muscular e arterial. O aparecimento é raro, correspondendo a menos de 5% dos tumores de mão, sendo mais frequente em mulheres jovens, de 20 a 40 anos¹ com localização preferencial em região subungueal, com clínica de hemorragia local. Sua principal característica é dor local intensa. O diagnóstico é feito com base nos sintomas

clínicos e apenas um terço dos casos apresenta alterações radiológicas como a erosão óssea²⁻⁷. O diagnóstico diferencial deve ser feito com outros tumores de mão, como neurinoma, hemangioma, osteoma, shivanomas. A exereses cirúrgica provoca cura e alívio imediato da dor.

Relato do caso

Doente de 58 anos, sexo masculino, com tumoração de aproximadamente 2,0 cm há quatro meses, extremamente dolorosa, em região dorsal da mão direita, entre o primeiro

Trabalho realizado na Clínica de Cirurgia Vascular e Angiologia (CCVA) da primeira autora.

¹ Profa. Associada Livre Docente, Chefe da Disciplina de Moléstias Vasculares Departamento de Cirurgia e Chefe do Laboratório de Microprocedimentos e Pesquisas Vasculares - Núcleo de Medicina e Cirurgia Experimental – Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Coordenadora do Centro de Referência de Alta Complexidade em Cirurgia Endovascular – Hospital de Clínicas (HC) da UNICAMP.

² Doutora em Cirurgia pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP. Médica da Disciplina de Moléstias Vasculares, Departamento de Cirurgia – Hospital das Clínicas da UNICAMP.

³ Professora Assistente Doutora do Departamento de Anatomia Patológica da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

Informações sobre financiamento: sem financiamento.

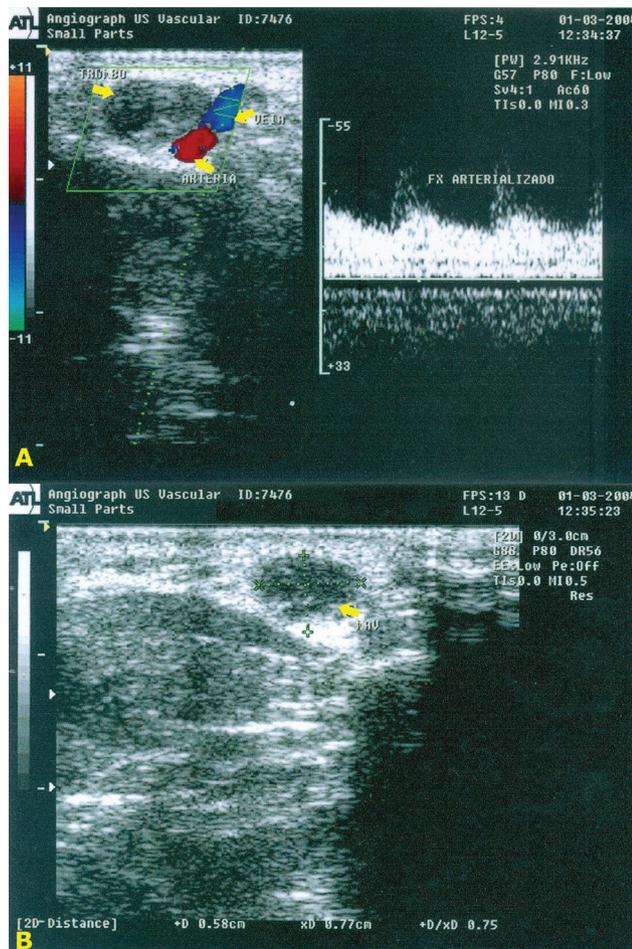
Não há conflito de interesses no trabalho em questão.

Submetido em: 22.09.11. Aceito em: 07.09.12.

J Vasc Bras. 2012;11(4):320-323.

e segundo quirodáctilos, sobre o músculo flexor curto do polegar. Negava história de trauma local e ou esforço físico extenuante, ou outra causa provável para o aparecimento da tumoração. Referiu piora progressiva da dor, aumento da massa tumoral e hiperestesia do primeiro quirodáctilo. Foi tratado com inúmeros anti-inflamatórios não hormonais e analgésicos potentes sem resultado.

Ao exame físico apresentava na região dorsal da mão direita, na topografia do músculo flexor curto do polegar, tumoração de aproximadamente 2,0 cm, intensamente dolorosa. Os pulsos eram palpáveis e sem alteração em todo o membro superior direito e não se verificou sopro ou frêmito nos trajetos arteriais. A artéria do primeiro quirodáctilo se apresentava dilatada, com hiperpulsatilidade, sugerindo diagnóstico de aneurisma. O exame com (Figura 1) Doppler bidirecional da artéria digital do polegar detecta fluxo turbilhonar. O eco-color-Doppler mostra presença



HE, aumento de 400 vezes.

Figura 1. Exame de imagem – Eco-Doppler.

de mal formação arteriovenosa, com grande quantidade de vasos colaterais e tromboflebite em veia dorsal do polegar.

O hemograma e exames de coagulação pré-operatórios mostraram valores normais, com $5,05 \times 10^6$ hemácias, hemoglobina de 11,1 g/dL, hematócrito de 47,30%, 198000 plaquetas e série branca sem alterações, TTPA - 28 segundos e RNI -1,0.

Técnica operatória e resultado

O doente foi submetido a bloqueio regional do membro superior direito com lidocaína 1%, sem vaso constritor. Foi realizada incisão da pele e abertura por planos, com dissecação cuidadosa dos vasos. Observou-se grande quantidade de veias colaterais, algumas trombosadas^{7,8} e tumoração encapsulada em artéria, que foi retirada integralmente, com preservação da pseudocápsula e enviada para exame histopatológico.

No período pós-operatório imediato (24 horas), houve desaparecimento da dor. No pós-operatório tardio, o doente manteve-se assintomático, com retorno às suas funções laborais^{5,9}.

Exame histopatológico

Neoplasia constituída por células poligonais, com núcleos pequenos e regulares, ora em agrupamentos sólidos ora em cordões celulares regularmente orientados. Raras figuras de mitose. De permeio às células neoplásicas, há proliferação de capilares sanguíneos dilatados e congestionados, contendo trombos recentes e que se apresentam revestidos por camada única de células endoteliais (Figura 2).

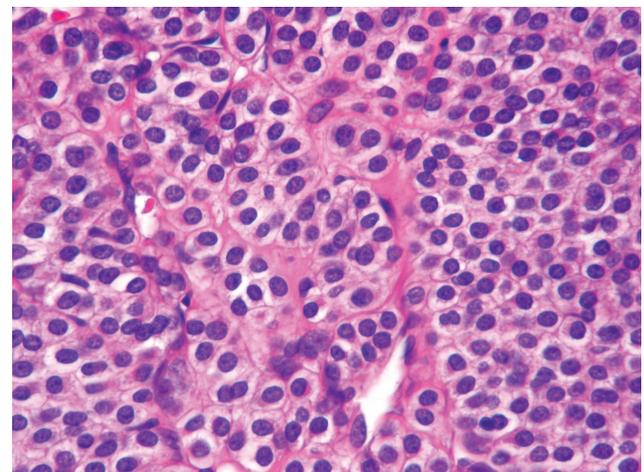


Figura 2. Tumor Glômico.

Discussão

O glomus neuromioarterial e seu tumor foi descrito em 1924 por Masson¹⁰ e, em 1972, Martorrel caracterizou-os como glomangioma e tumor glômico¹¹. Sua formação envolve fibras nervosas, células musculares e componentes vasculares e, devido a esse fato, foi denominado glomangioma^{11,12}.

É um tumor raro e representa menos de 2% dos tumores de partes moles¹⁷. A história clínica de aparecimento quase sempre envolve algum tipo de traumatismo. A dor é compartilhada por todos os portadores. No início é branda, mas, com o passar do tempo, se torna intensa e insuportável. Existe uma periodicidade entre os episódios de dor, porém com a evolução da doença a frequência da dor é maior, sendo que, às vezes, o simples toque da roupa é suficiente para desencadear a crise. O horário de aparecimento preferencial é o noturno, o que impede o doente de dormir. Uma das teorias para explicar a dor intensa se embasa na expansão do tumor, ou seja, por estar restrito a uma pseudocápsula, o crescimento é dificultado, ocorrendo necrose das células centrais e substituição por tecido conjuntivo. Outra teoria que justificaria a dor é a localização desta tumoração na placa mioneural^{13,15,16}.

A região mais frequente de aparecimento do glomangioma de extremidades é na derme, no tecido celular subcutâneo, principalmente em leito ungueal¹⁷, pela pouca resistência ao seu desenvolvimento neste local, e não em artérias de pequeno calibre como pensava Kamarashev et al¹. Outras localizações podem ser sítios destes tumores, como estomago, joelhos, ombros, mediastino, além do ouvido médio, no qual pode causar distúrbios graves do equilíbrio, além de perda auditiva. Salienta-se que são tumores benignos, com forma definida ovalada e seu tamanho quase nunca ultrapassa os 5 mm, seja qual for a região de aparecimento e o tempo de evolução^{11,18,19}. Quando se localiza subungueal e não tem espaço para crescimento, perde a forma ovalada e pode provocar erosão óssea, que dá a falsa impressão de neoplasia maligna infiltrante¹⁸.

Os exames de imagem, como a arteriografia e o eco-color-Doppler, são úteis para o estudo dos glomangiomas de extremidades, principalmente para diagnóstico diferencial com outros tumores¹⁸⁻²¹, porém não apresentam imagens conclusivas.

O diagnóstico de forma geral é precoce devido à dor, mas a literatura mostra casos com 40 anos de evolução. Quanto ao diagnóstico histopatológico, alguns autores sugerem que a atipia celular seja decorrente do acúmulo de heterocromatina associada à inativação do DNA. Além disso, a capilaridade aumentada, a arquitetura

local no arranjo das células tumorais com tamanho e forma uniformes e uma uniformidade celular em células da base sugerem o diagnóstico de tumor glômico. É importante salientar que, a partir do momento em que se faz o diagnóstico de um glomangioma, jamais outro passa despercebido ao examinador, devido às características particulares que o envolvem.

O tratamento é cirúrgico, convencional ou por técnica a laser, sendo este último aplicado principalmente nos casos de glomangiomas múltiplos, porém pode haver implante de células tumorais pela rotura da cápsula, com implante de novo tumor, apresentando uma recidiva média de 13,3%¹⁴. A retirada do tumor leva ao alívio imediato dos sintomas e resolução completa da dor^{15,16,22,23}. Neste caso, optamos pela retirada por cirurgia aberta, pois a exeresse total do tumor é importante para que não haja rotura da cápsula que o envolve e o implante de células glômicas no local, com recidiva deste²⁴, coincidente com dados de literatura sobre o tratamento²⁵.

Referências

1. Kamarashev LE, French R, Dummer K. Symplastic glomus tumor - a rare but distinct benign histological variant with analogy to other ancient benign skin neoplasms. *J Cutan Pathol*. 2009;36:1099-1102. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0560.2008.01232.x>
2. Ponnelle T, Gounny P, Boudghène F, et al. [Glomus tumor of the extremities]. *J Mal Vasc*. 1999; 24(5):364-7.
3. Wong CH, Chow L, Yen CH, Ho PC, Yip R, Hung LK. Uncommon hand tumours. *Hand Surg*. 2001;6:67-80. <http://dx.doi.org/10.1142/S0218810401000564>
4. Robbins SL, Cotran RS, Kumar V. Patologia estrutural e funcional. Vasos sanguíneos. Rio de Janeiro: Guanabara; 1986. p. 522-3.
5. Pulitzer DR, Martin PC, Reed RJ. Epitheloid glomus tumor. *Hum Pathol*. 1995;26:1022-7. [http://dx.doi.org/10.1016/0046-8177\(95\)90093-4](http://dx.doi.org/10.1016/0046-8177(95)90093-4)
6. Debol SM, Stanley MW, Mallery S, Sawinski E, Bardales RH. Glomus tumor of the stomach: cytologic diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fineneedle aspiration. *Diagn Cytopathol*. 2003;28:316-21. <http://dx.doi.org/10.1002/dc.10294>
7. Mentzel T, Hugel H, Kutzner H. CD34- positive glomus tumor: clinicopathologic and immunohistochemical analysis of six cases with myxoid stromal changes. *J Cutan Pathol*. 2002;29:421-5. <http://dx.doi.org/10.1034/j.1600-0560.2002.290706.x>
8. Keefer CJ, Brantley B, DeLozier JB. Familial infiltrative glomangiomas: diagnosis and treatment. *J Craniofac Sur*. 1996;7:145-7. <http://dx.doi.org/10.1097/00001665-199603000-00014>
9. Kim SW, Jung SN. Glomus tumour within digital nerve: A case report. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2011;64:958-60. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2010.11.012>
10. Masson P. Le glomus neuro-mio-artériel des régions tactiles et sés tumeurs. *Lyon Chirurgical*. 1924;21:257.

11. Martorrel F. *Angiologia – Enfermidades Vasculares. Glomangiomas e tumores glômicos.* Santiago de Chile: Salvat Editores S/A; 1972. p. 470-477.
12. Bayley OT. The cutaneous glomus and its tumors-glomangiomas. *Am J Pathol.* 1935;11:915. Pmid:19970241. PMcid:1910995.
13. Chong Y, Eom M, Min HJ, Kim S, Chung YK, Lee KG. Symplastic glomus tumor: a case report. *Am J Dermatopathol.* 2009;31:71-3. <http://dx.doi.org/10.1097/DAD.0b013e31818d3ac7>
14. Fujioka H, Kokubu T, Akusue T, et al. Treatment of subungual glomus tumor. *Kobe J Med Sci.* 2009;55:E1-E4.
15. Monacelli G, Cascioli I, Mongardini M, Corelli S, Cigna E, Spagnoli AM. [Glomus tumor and neovascular syndrome of the arm: a clinical case]. *G Chir.* 2003;24:235-8. [Article in Italian]. Pmid:14569920.
16. Kamano M, Kazuki K. Glomangioma arising from the superficial palmar arch in the hand: case report. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;(419):162-4. <http://dx.doi.org/10.1097/00003086-200402000-00026>
17. Fletcher CDM, Unni KK, Mertens F. *WHO classification of tumors in: Pathology and Genetics of Tumors of Soft tissue and bone.* Lyon: IARC Press; 2002.
18. Tsuneyosshi M, Enjoji M. Glomus Tumor: a clinicopathologic and electron microscopic study. *Cancer.* 1982;50:1601-7. [http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142\(19821015\)50:8%3C1601::AID-CNCR2820500823%3E3.0.CO;2-5](http://dx.doi.org/10.1002/1097-0142(19821015)50:8%3C1601::AID-CNCR2820500823%3E3.0.CO;2-5)
19. De Candia A, Como G, Passon P, Pedace E, Bazzocchi M. Sonographic findings in glomus tympanicum tumor. *J Clin Ultrasound.* 2002;30:236-40. <http://dx.doi.org/10.1002/jcu.10058>
20. Vogl TJ, Juergens M, Balzer JO, et al. Glomus tumors of the skull base: combined use of MR angiography and spin-echo imaging. *Radiology.* 1994;192:103-10. Pmid:8208919.
21. Arnold SM, Strecker R, Scheffer K, et al. Dynamic contrast enhancement of paragangliomas of head and neck: evaluation with time-resolved 2D MR projection angiography. *Eur Radiol.* 2003;13:1608-11. <http://dx.doi.org/10.1007/s00330-002-1717-3>
22. Sharma JK, Miller R. Treatment of multiple glomangioma with tuneable dye laser. *J Cutan Med Surg* 1999;3:167-8. Pmid:10082598.
23. Chisci E, De Donato G, Setacci F, Perulli A, Galzerano G, Setacci C. A rare vascular tumour with distinctive clinical findings. *J Cardiovasc Surg.* 2008;49:241-3.
24. Dahlin LB, Besjakov J, Veress B. Scand A glomus tumour: classic signs without magnetic resonance imaging findings. *J Plast Reconstr Surg Hand Surg.* 2005;39:123-5. Pmid:16019743. <http://dx.doi.org/10.1080/02844310410002993>
25. Falletti J, Vita G, De Cecio R, et al. Symplastic glomus tumor: Report of a challenging lesion with literature review. *Pathol Res Pract.* 2012;208:372-375. Pmid:22572036. <http://dx.doi.org/10.1016/j.prp.2012.04.001>

Correspondência

Ana Terezinha Guillaumon
 Rua Hermantino Coelho, 901/11
 CEP 13087-500 – Campinas (SP), Brasil
 Fone: 55 (19) 3296-1986
 Fax: 55 (19) 3521-7442
 E-mail: terag@fcm.unicamp.br

Contribuições dos autores

Concepção e desenho do estudo: ATG
 Análise e interpretação dos dados: ATG, CAFB, LRM
 Coleta de dados: ATG
 Redação do artigo: ATG, CAFB, LRM
 Revisão crítica do texto: ATG
 Aprovação final do artigo*: ATG, LRM, CAFB
 Análise estatística: Não houve análise estatística neste estudo.
 Responsabilidade geral pelo estudo: ATG

*Todos os autores leram e aprovaram a versão final submetida do J Vasc Bras.