

TUMOR GLÓMICO PRERROTULIANO.

Caso clínico.

F Cabanes Soriano

M^a J Sangüesa Nebot

R Fernández Gabarda

Hospital Arnau de Vilanova.
Valencia.



INTRODUCCIÓN.

El tumor glómico es una neoplasia benigna, poco frecuente. Su incidencia es aproximadamente el 1.6% de los tumores de partes blandas de la extremidades.

Cuando se halla en localizaciones atípicas puede ser una lesión de difícil diagnóstico.

Son escasos los tumores glómicos publicados en la rodilla , habiéndose descrito subcutáneos, subsinoviales, en el tendón rotuliano, en la almohadilla grasa, cerca de la cabeza del peroné y en la región poplíteo.

El paciente que presentamos con un tumor glómico a nivel prerrotuliano, sería el primer caso de localización en la rodilla conocido en la literatura española.

CASO CLÍNICO.

Varón de 27 años de edad que consultó por gonalgia de características inespecíficas que con el paso del tiempo se había concentrado en una pequeña tumoración a nivel prepatelar; no se observaban alteraciones cutáneas. Tras estudios complementarios con radiología simple (sin hallazgos) y RMN se realizó una exéresis completa de la masa.

El estudio anatomopatológico describía un nódulo bien delimitado de coloración grisáceo azulada de 1,2 x 0,7 centímetros con características de tumor glómico, rodeado de tejido adiposo.

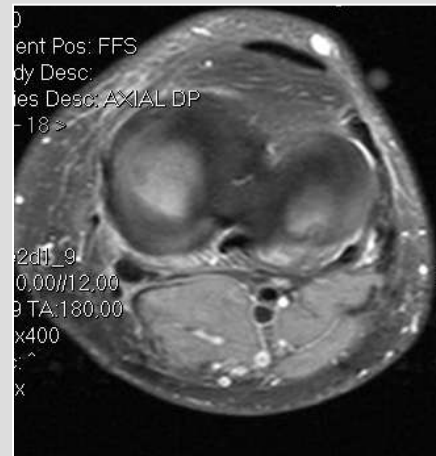
La clínica cedió inmediatamente- Pero siete años después el paciente consultó de nuevo por recidivas de los síntomas concretando dolor paroxístico al roce ó a la presión a nivel de pequeña tumoración bajo cicatriz previa. Se realizó estudio mediante RMN.

El diagnóstico de sospecha era de tumor glómico.

Durante la cirugía se realizó una exéresis de la lesión de 1.5 x 0.8 x 0.8 cm, de consistencia elástica y características macroscópicas que sugerían la recidiva del tumor glómico. Se remitió para estudio histológico.



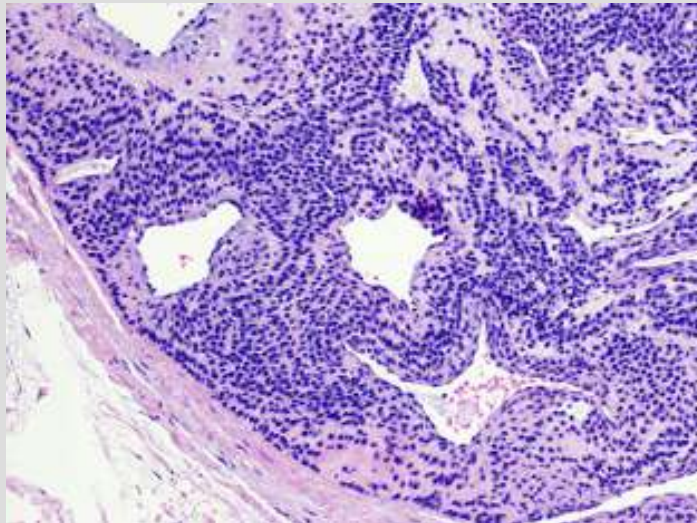
RMN. Se observa a nivel de la bursa prerrotuliana una tumoración de aproximadamente 2x1 centímetros hipointensa en T1 e hiperintensa en T2. Se etiquetó de quiste no sebáceo.



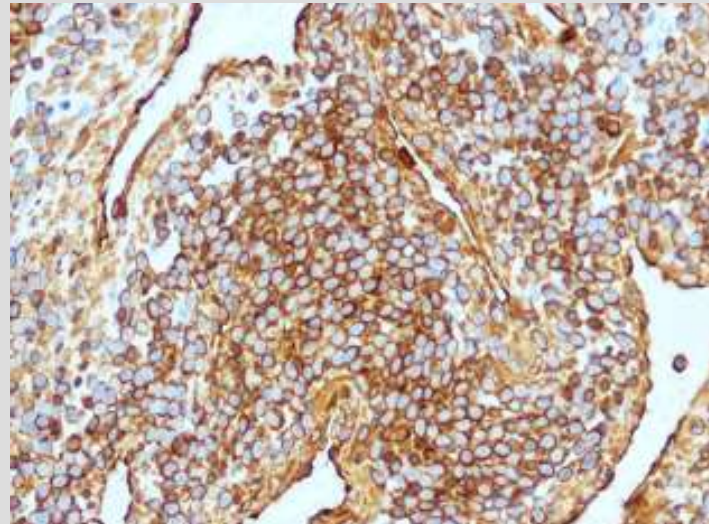
RMN. Se apreciaba una lesión nodular a nivel prerrotuliano, bilobulada, de 1.5 x 1 cm situada lateralmente a la zona de cirugía previa. De características quísticas con intensa captación de contraste y por tanto con características de lesión hipervascular-

ESTUDIO HISTOLÓGICO

La histología describía una tumoración bien delimitada, que mostraba múltiples luces vasculares separadas por estroma. En él aparecían numerosas células glómicas con núcleos redondeados, sin pleomorfismo ni mitosis. El estudio inmunohistoquímico demostró positividad de las células tumorales a la vimentina, siendo negativas a las citoqueratinas y marcadores endoteliales.



HE, 100x. Agregados de células glómicas dispuestas alrededor de los vasos. Presentan un núcleo redondo, uniforme y sin nucleolo evidente



Vimentina 200x. Inmunotinción positiva de las células glómicas para la vimentina.

CONCLUSIONES.

Los tumores glómicos habitualmente ocurren en zonas ricas en cuerpos glómicos como la región subungueal y la dermis profunda de las partes acras del cuerpo; pero también se han descrito en otras partes al desarrollarse a partir de células perivasculares que se diferencian a células glómicas.

La tríada clásica de síntomas (dolor lacinante y paroxístico, sensibilidad aumentada a la palpación, e hiperalgesia térmica sobre todo al frío) no siempre aparece. En las localizaciones típicas se presentan generalmente como nódulos subcutáneos que cambian la coloración de la piel a azulada-púrpura. En las localizaciones atípicas en las que la lesión deja de ser superficial, y dado su pequeño tamaño, pueden ser ciertamente difíciles de diagnosticar; llevando esto a que los síntomas sean de larga evolución y exista un claro retraso en el diagnóstico. Debe haber un elevado índice de sospecha para no demorar su diagnóstico y tratamiento pero esto es difícil en localizaciones no típicas.

No hay exploraciones complementarias específicas para confirmar el diagnóstico clínico de sospecha.

El tratamiento recomendado es una meticulosa y completa escisión. La recurrencia de los síntomas debería sugerir una escisión incompleta más que una recidiva. Se habla de un 10% de riesgo de recidiva local por una escisión incompleta.

Menos del 1% de los tumores glómicos son malignos. Habitualmente son aquellos de mayor tamaño (mas de 2 cm), localización profunda y un elevado índice mitótico con figuras atípicas. En estos casos el riesgo de metástasis es mayor del 25%.