

Tumor glômico: o que é, como tratar?

RENATA POUBEL SUHETT, JOSÉ DE GERVAIS FILHO, MARCELA MENDES C. DE SOUZA,
ALIK AMAR BÜTTNER, BRUNO JANIN, ERICK ALIAGA SANTOS

Introdução

O tumor glômico é uma neoplasia benigna, que se origina de uma estrutura neuromioarterial da pele, o glomo. Essa estrutura é constituída pelo canal Soucquet-Hoyer, cercado por fibras adrenérgicas finas sobrepostas diretamente sobre a superfície exterior do tumor, cuja função é regular a circulação sanguínea e a temperatura corpórea. Foi descrito pela 1ª vez por William Wood, em 1812. Kolaczek, em 1878, descreveu a exérese como angiossarcoma. Grosser, em 1902, descreveu anastomoses arteriovenosas, como reguladoras de temperatura. Barré, em 1920, descreveu os sinais e sintomas, e a necessidade de excisão. Pierre Masson, em 1924, fez a descrição completa com análise c como “epitelioides”. Popoff, em 1934, denominou o glômus e o canal de Soucquet-Hoyer. É um tumor incomum, com localização predominante na mão (subungueal), com maior incidência no sexo feminino, entre os 20 e 40 anos, podendo ser solitário ou múltiplo. Apresenta-se como dor paroxística com sensibilidade em pontos, e também ao frio.

Objetivo

Nosso interesse neste artigo compreende expor os métodos diagnósticos e a terapêutica utilizados no nosso serviço em pacientes portadores de tumor glômico.

Método

No período de janeiro de 2010 a janeiro de 2012, 15 pacientes foram atendidos, examinados e submetidos à cura cirúrgica com auxílio de microscopia em nosso Serviço de Cirurgia

Plástica e Reparadora de Mão da 11ª Enfermária da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro. Por se tratar de um tumor incomum e, na maioria das vezes, com diagnóstico tardio, viemos ressaltar como principal método diagnóstico o exame clínico e histopatológico; e o tratamento cirúrgico com microscopia para reduzir o número de recidivas. A idade dos pacientes variou de 22 a 51 anos, sendo 13 (86,66%) do sexo feminino e 2% (13,33%) do sexo masculino. Todos os pacientes referiram dor intensa quando expostos a pequenos traumas ou frio. Foram submetidos ao exame clínico e a testes diagnósticos: ectoscopia e exame de transluminação ungueal - nódulo de coloração rósea no leito ungueal; teste de Love ou Pintest - apresentou dor à percussão da lâmina ungueal, na topografia tumoral; teste de Hildreth - relatou ausência da dor à insuflação do esfignomanômetro a 300 mmHg, que leva à isquemia do membro acometido; teste de sensibilidade térmica - relatou dor intensa ao estímulo com gelo. Após esses testes diagnósticos, a paciente foi tratada cirurgicamente com auxílio de microscopia, para demarcar os limites da tumoração.

Resultados

Após ressecção cirúrgica, os pacientes evoluíram sem intercorrências. Apenas 1 dos 15 pacientes operados evoluiu com granuloma subungueal, que regrediu espontaneamente em 30 dias. A maioria dos pacientes retomou suas atividades diárias. Os resultados dos exames histopatológicos foram positivos para o tumor glômico.

Discussão

O tumor glômico é benigno, e encontra-se mais frequentemente na região subungueal. A literatura cita localizações mais raras, como fígado, estômago, pulmões, ossos, articulações, órgãos genitais e sistema nervoso central. Correspondem de 1% a 5% dos tumores de mão. A prevalência no sexo feminino e a idade acometida nos pacientes estudados correspondem à literatura. O exame histopatológico é fundamental para a confirmação diagnóstica. O diagnóstico diferencial deve ser feito com hemangiopericitoma, neuroroma, schwannoma, gota, artrose, melanoma subungueal e paroníquia crônica. O tratamento é feito pela excisão cirúrgica da lesão. As complicações pós-operatórias incluem recidiva da lesão, defeito ungueal e cicatrização exuberante. O uso do microscópio e uma pequena curetagem, seguida de eletrocauterização do leito da lesão; a não ressecção da unha; a sutura da matriz ungueal com fio absorvível e agulha atraumática evitam as complicações pós-operatórias.

Conclusão

O tumor glômico é uma afecção rara. Os sinais patognomônicos são: dor espontânea lancinante, podendo irradiar ao antebraço e ombro; dor ao toque; dor à mudança de temperatura, principalmente ao frio. Sabe-se que a recidiva pode ocorrer independentemente da retirada ser completa ou não, porém o tratamento cirúrgico microscópico desse tumor torna-se eficaz por reduzir o número de recidivas.