

RECIDIVA DE TUMOR GLÔMICO INTRAÓSSEO EM FALANGE DISTAL DO POLEGAR: RELATO DE CASO

Autores: ALENCAR KENJI NAGAI, GABRIELA NAOMI NAGAI, ANDRE PASCHOALINO GOMES, ANDRE FRANCISCO GOMES, CAMILA DENEKA ARANTES SOUZA, GIANA SILVEIRA GIOSTRI

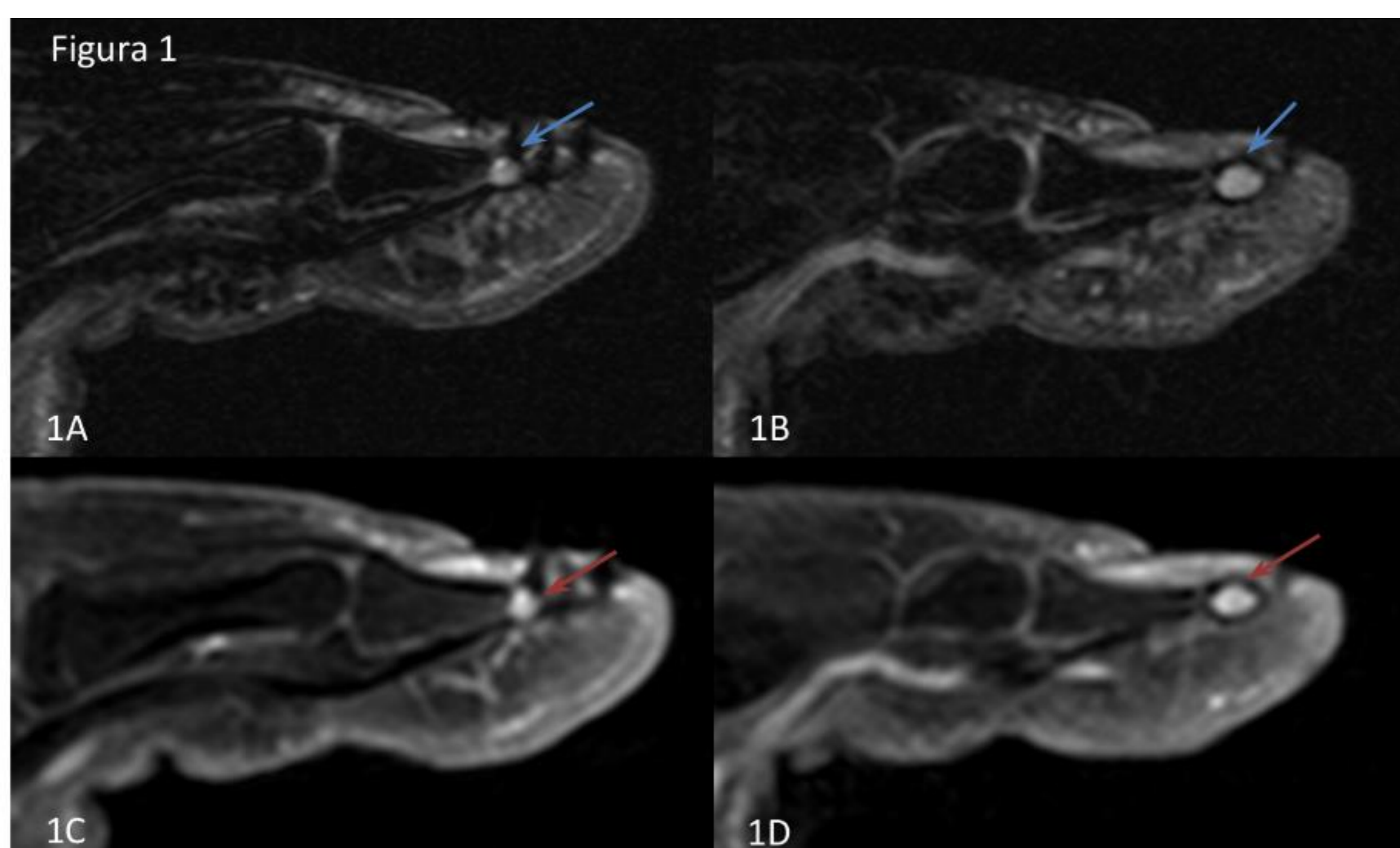
Instituição: Hospital Universitário Cajuru/PUCPR - Paraná - Brasil

INTRODUÇÃO

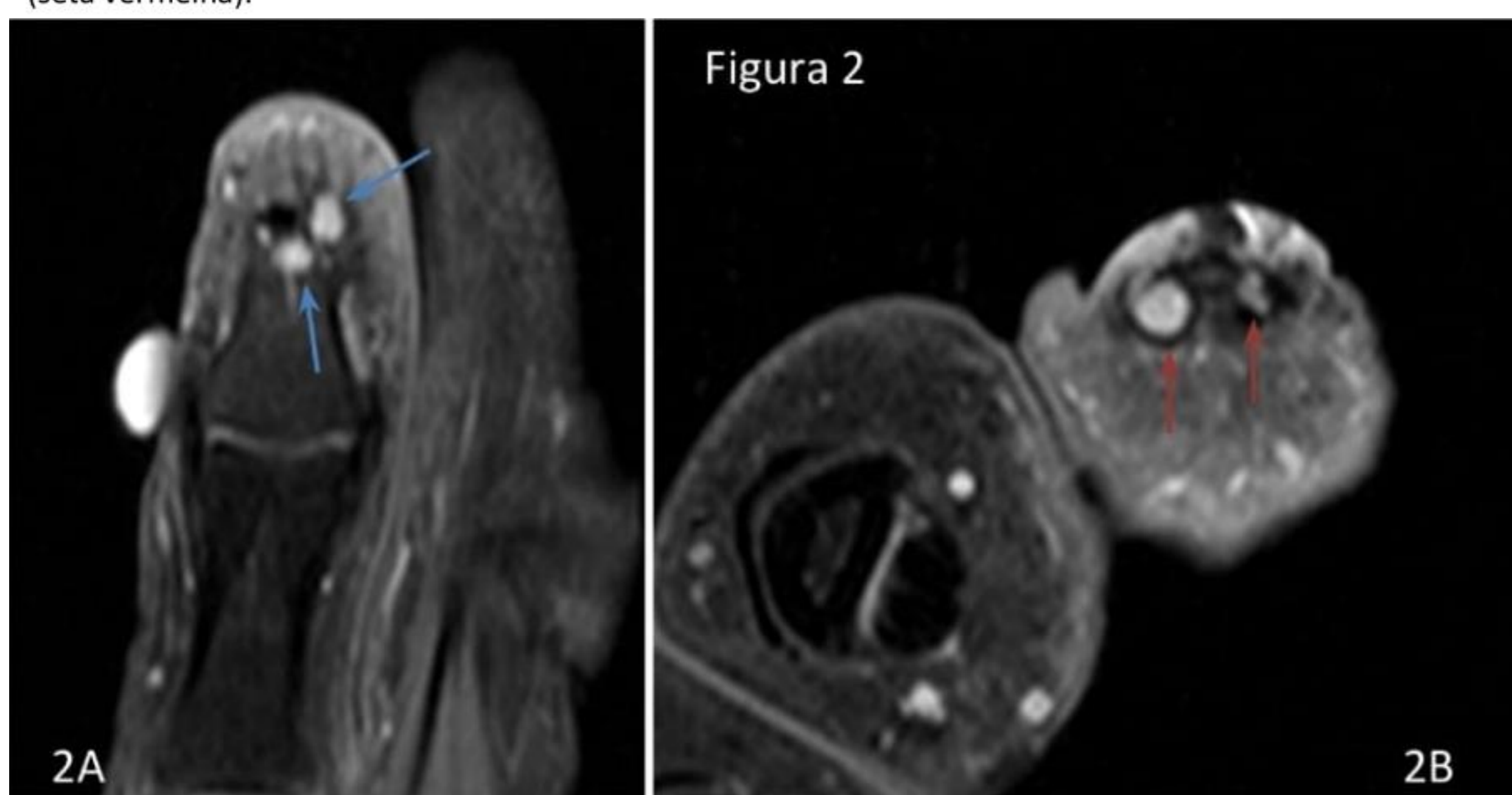
O tumor glômico é uma lesão vascular benigna com proliferação de células musculares lisas perivasculares. Acometendo preferencialmente extremidades dos pés e mãos, com alta incidência na região subungueal dos dedos das mãos. Entre os tumores glômicos, cerca de 10% se manifestam de forma múltipla¹. Embora acredite-se que esses tumores se originam de células glômicas, eles podem ser observados em localizações extracutâneas que não são conhecidas por conterem tais células². Deste modo, sua apresentação intraóssea é particularmente rara, sendo descritos na literatura apenas 31 casos, dos quais apenas 1 relato de recidiva³.

APRESENTAÇÃO DO CASO

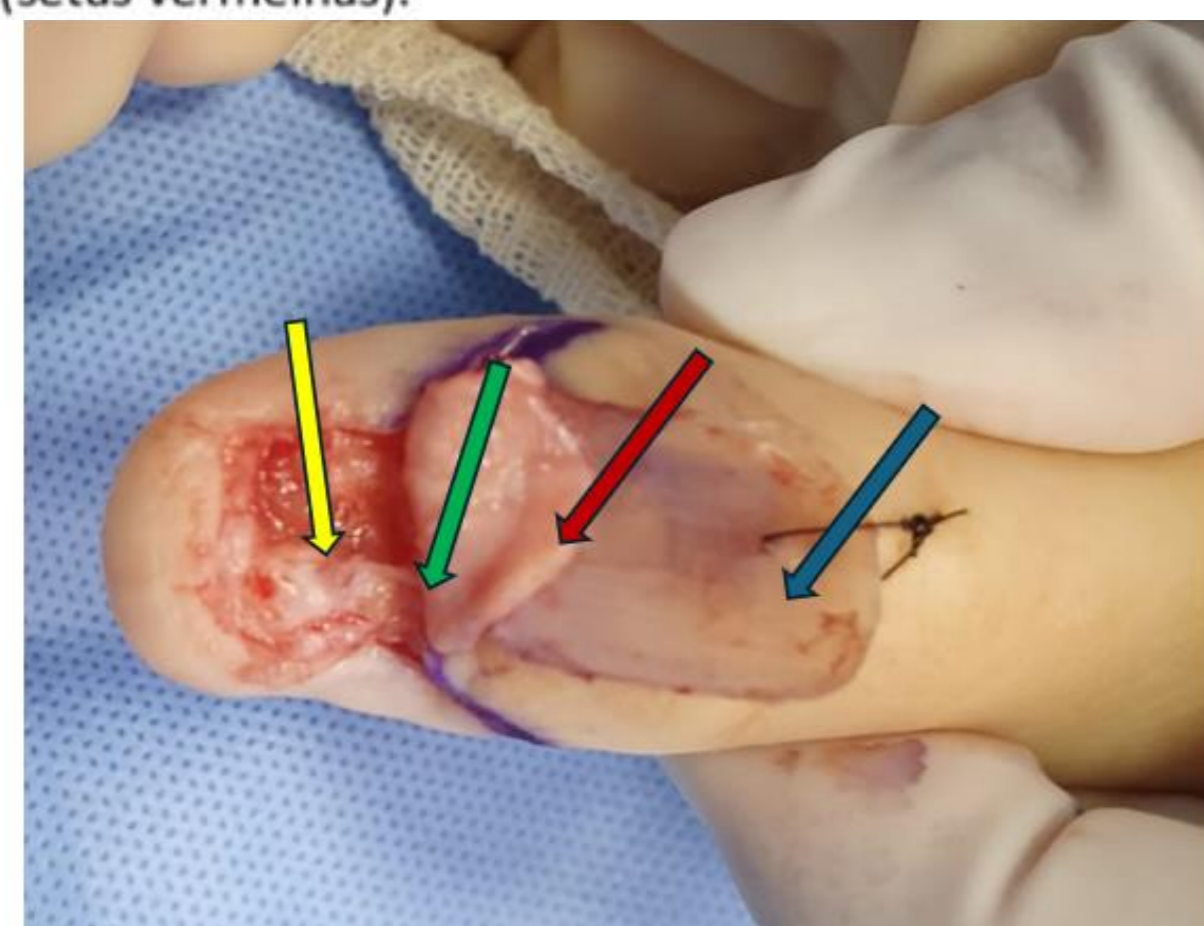
Feminino, 40 anos, apresenta-se com dor em região ungueal do polegar direito com piora ao frio. Histórico de três cirurgias neste dedo para remoção de tumor glômico. No estudo da ressonância magnética, foram identificadas duas lesões ovaladas (2,8 e 3,9 mm) na extremidade da falange distal do polegar.



Figuras 1A e 1B: cortes sagitais T2 com supressão de gordura demonstrando duas lesões ovaladas com hiperintensidade localizadas na extremidade da falange distal do polegar, com cerca de 2,8 e 3,4 mm (seta azul). Figuras 1C e 1D: cortes sagitais ponderados em T1 pós-injeção endovenosa de gadolínio, com supressão de gordura, demonstrando intenso realce pelo contraste nas duas lesões ovaladas na falange distal do polegar (seta vermelha).



Figuras 2A: cortes coronais ponderados em T1, com supressão de gordura, pós injeção endovenosa de gadolínio, mostrando intenso realce pelo contraste nas duas lesões ovaladas na falange distal do polegar (setas azuis). Figuras 2B: cortes axiais ponderados em T1, com supressão de gordura, pós injeção endovenosa de gadolínio, mostrando intenso realce pelo contraste nas duas lesões ovaladas na falange distal do polegar (setas vermelhas).



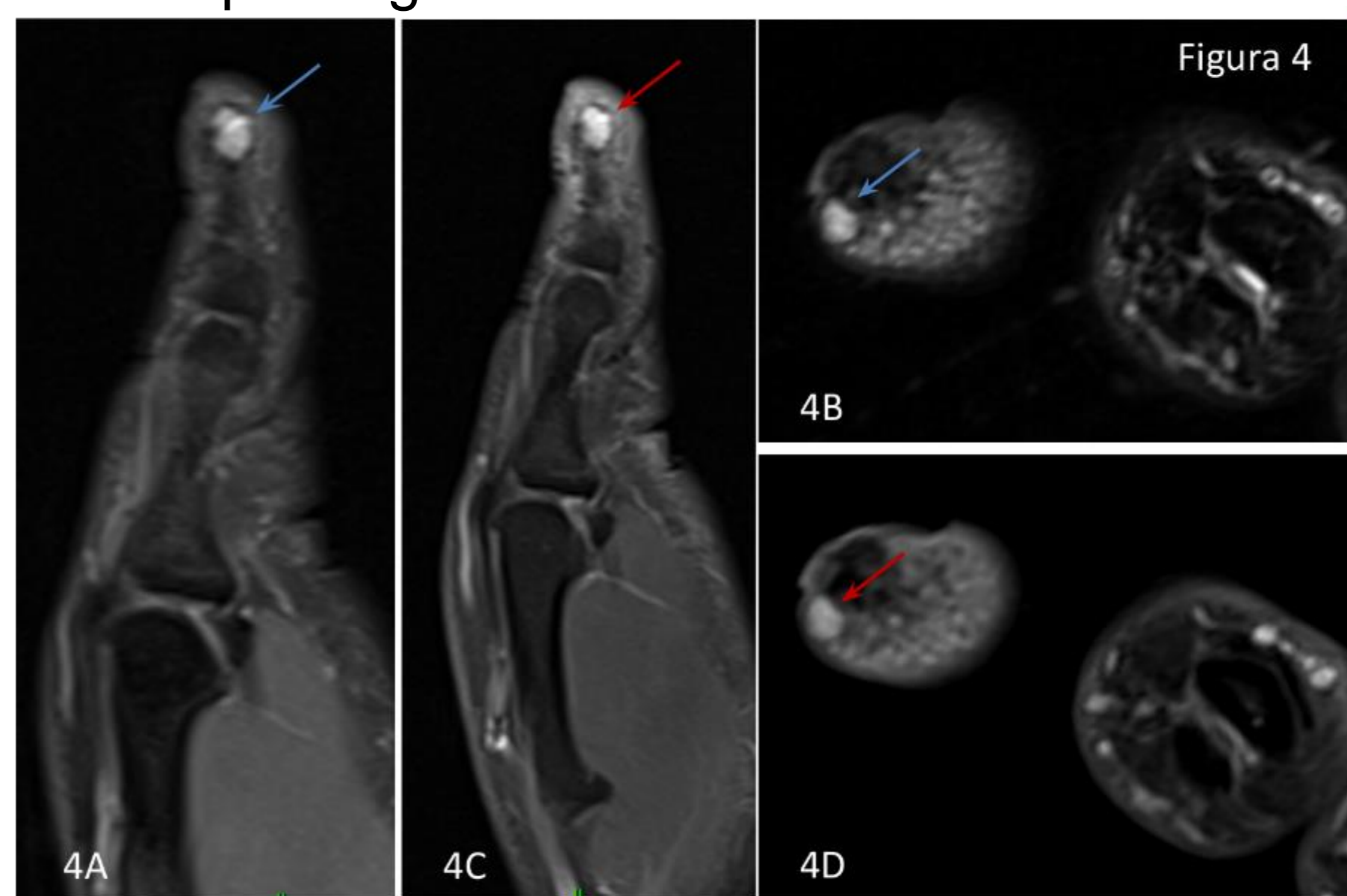
Cirurgia do dia 14/02/2020. Polegar direito após levantamento da placa e leito ungueal e remoção da cortical afilada. Verificados dois tumores bem delimitados de característica gelatinosa. Seta azul = placa ungueal. Seta vermelha = leito ungueal. Seta amarela = tumor maior. Seta verde = tumor menor.



Cirurgia 14/02/2020. Polegar direito após remoção dos tumores e curetagem óssea.

Em fevereiro de 2020, foi realizada ressecção cirúrgica das lesões, acessadas por meio de um flap do leito ungueal de base proximal,

cujas biópsias resultaram em tumores glômicos. Em novembro de 2022, retornou com dor e hipersensibilidade apenas no lado radial da polpa do polegar direito. Foi solicitada nova ressonância, mas paciente só retornou em abril de 2024 com os exames, que evidenciaram imagem ovalada (4mm), bem delimitada, localizada na margem lateral (radial) do leito ungueal, bem como demonstrava alteração fibrocicatricial na falange distal. Em maio de 2024, foi submetida a uma nova cirurgia para excisão completa de nódulo com diagnóstico de tumor glômico pela anatomia patológica.



Figuras 4A e 4B: cortes sagitais e axial T2 com supressão de gordura, demonstrando lesão ovalada com cerca de 5,0 mm localizada em partes moles adjacente a margem radial do leito ungueal do polegar (seta azul).

Figuras 4C e 4D: cortes sagitais e axiais T1, com supressão de gordura, pós injeção endovenosa do contraste (gadolinio) que mostra intenso realce na lesão (seta vermelha).

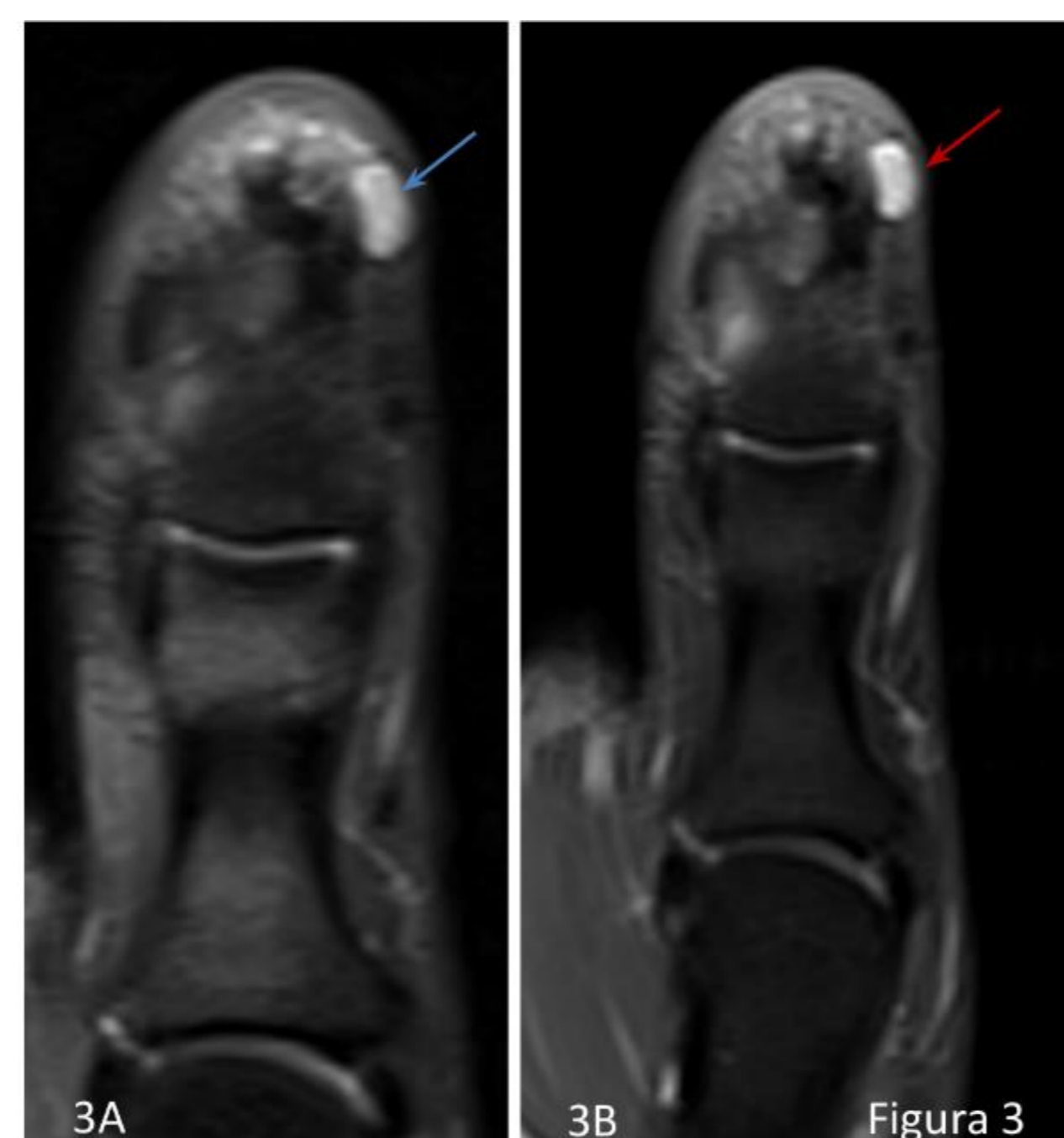


Figura 3A: corte coronal T2 com supressão de gordura, demonstrando lesão ovalada com cerca de 5,0 mm localizada em partes moles adjacente a margem radial do leito ungueal do polegar (seta azul). Sinais de ressecção óssea na extremidade da falange distal do polegar.

Figura 3B: corte coronal T1, com supressão de gordura, pós injeção endovenosa do contraste (gadolinio) que mostra intenso realce na lesão (seta vermelha). Sinais de ressecção óssea na extremidade da falange distal do polegar.

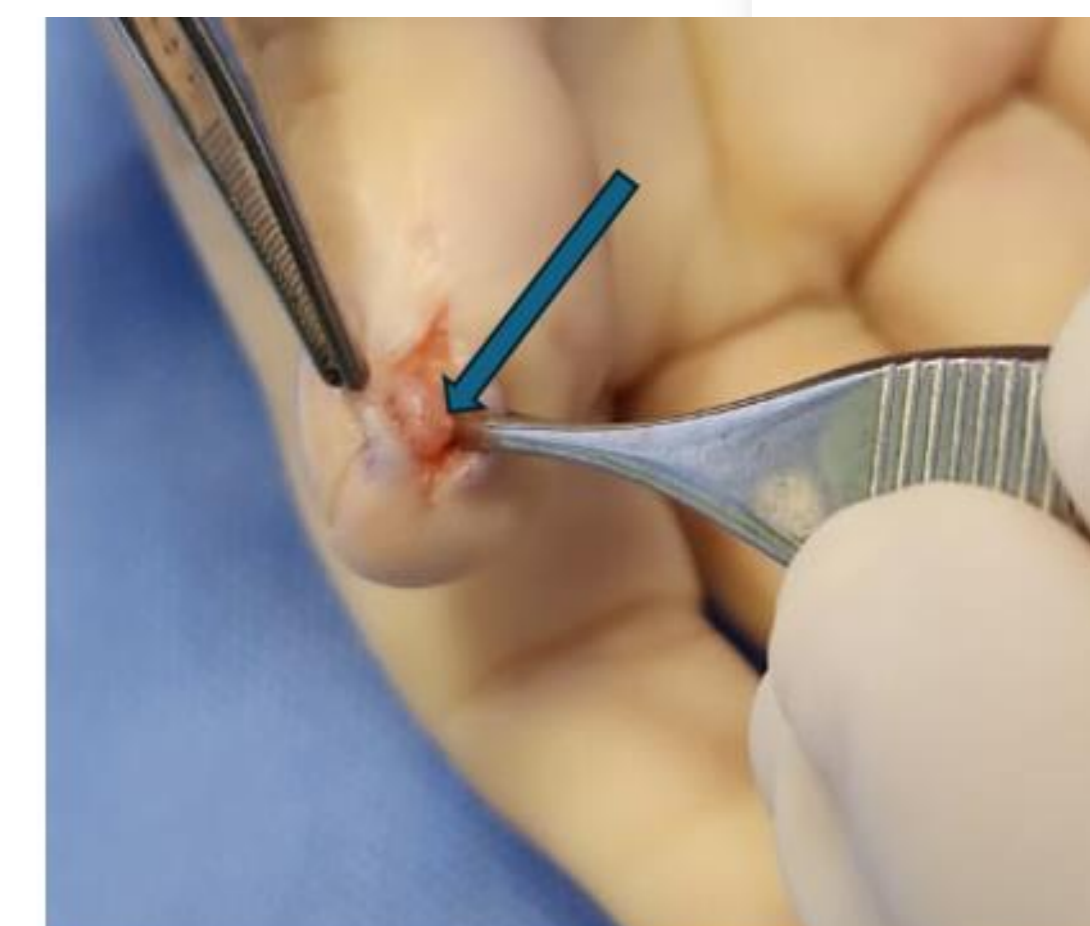


FIGURA 3: Cirurgia do dia 18/05/2024. Polegar direito com incisão na região do paroníquio (borda radial da polpa digital). Seta = tumor glômico

DISCUSSÃO

Os tumores glômicos intraósseos são raros e quando múltiplos correspondem à 10% dos casos. Neste relato, haviam dois tumores glômicos intraósseos e, posteriormente, um novo tumor encontrado em outra topografia, exteriormente à falange distal. Com histórico de três cirurgias anteriores, levanta-se a hipótese de uma recidiva, que corresponderia à 5-17% dos casos. Outra teoria, seria o surgimento de novos tumores primários. Convencionalmente, o acesso cirúrgico se dá por meio de incisões laterais ou longitudinais. Entretanto, devido à extensão das lesões na primeira cirurgia, foi utilizado um levantamento de flap com base proximal para melhor exposição da cortical dorsal da falange distal, possibilitando resultado sem alterações ungueais

CONCLUSÃO

Este relato destaca a importância da documentação de casos clínicos semelhantes para contribuir com diagnósticos futuros e o desenvolvimento de técnicas mais eficazes e personalizadas.

REFERÊNCIAS

- GOMBOS, Z.; FOGT, F.; ZHANG, P. J. Intraosseous Glomus Tumor of the Great Toe: A Case Report with Review of the Literature. *Journal of Foot & Ankle Surgery*, v. 47, n. 4, p. 299–301, 1 jul. 2008.; WANG, Y. et al. Glomus tumors associated with the bone and joints: a review of 91 cases. *Annals of Translational Medicine*, v. 8, n. 21, p. 1460–1460, 1 nov. 2020.
- SUNDERRAJ, S. et al. Primary intra-osseous glomus tumour. *Histopathology*, v. 14, n. 5, p. 532–536, maio 1989.
- KAWAGUCHI, K. et al. Rare presentation of a primary intraosseous glomus tumor in the humerus of a teenager. *Skeletal radiology*, 1 fev. 2024.