

# TUMORE GLOMICO DELLA MANO: REPORT DI UNA LUNGA STORIA CLINICA

## Glomus tumour of the hand: report of a long clinical history

### RIASSUNTO

**Background.** Il tumore glomico è un amartoma dei tessuti molli della mano la cui frequenza è del 1-5% e rappresenta l'iperplasia di una o più componenti del corpo glomico.

**Obiettivi.** Descriviamo il caso di una donna di 57 anni il cui sintomo principale era dolore sottoungueale al primo dito della mano sinistra da 25 anni. Negli anni numerosi test (ECG, RMN cervicale, elettromiografia...) e numerose diagnosi venivano fatti. Infine una semplice RX ha messo in luce un'area osteolitica alla falange distale del primo dito.

**Materiali e metodi.** La paziente viene sottoposta ad una biopsia escissionale. La diagnosi è stata di tumore glomico.

**Risultati.** A partire dal giorno successivo l'intervento e per i restanti 5 mesi di follow up il dolore è scomparso; l'utilizzo del dito è normale e la morfologia ungueale normale.

**Conclusioni.** Questo caso clinico dimostra quanto la diagnosi di tumore glomico sia difficile.

Solo la combinazione tra clinica e radiologia permette il raggiungimento di una diagnosi.

La completa escissione del tumore porta solitamente a guarigione.

**Parole chiave:** tumore glomico, dito, brachialgia, osteolisi

### SUMMARY

**Background.** Glomus tumour is a benign hamartoma that accounts for 1% to 5% of all soft-tissue tumours of the hand and is the result of an hyperplasia of the normal components of the glomus body.

**Objectives.** We report a case of a 57 years old woman whose symptom was a subungual pain at the first finger of the left hand during the last 25 years. Over the years different kinds of tests were performed (from ECG to cervical spine MRI or electromyography) and many misdiagnosis were made. Finally, a simple X-ray of the hand highlighted an osteolytic area at the distal phalanx of the first finger.

**Materials and methods.** An excisional biopsy was performed in order to remove the tumour. The diagnosis was glomus tumour.

**Results.** From the day after surgery the pain disappeared and after 5 months of follow up the patient is still pain free. The patient can normally use the finger and the nail normally healed.

**Conclusions.** This clinical case report demonstrates how difficult can be to pose diagnosis of glomus tumour. Despite the possibility of common differential diagnosis, the combination of clinical signs and imaging allows an accurate diagnosis. Complete excision of the tumour usually results in permanent relief of symptoms.

**Key words:** glomic tumor, finger, brachialgia, osteolysis

L. BABBI, R. GHERMANDI, G. BARBANTI-BRODANO, A. GASBARRINI

*Chirurgia vertebrale oncologica e degenerativa,  
Istituto Ortopedico Rizzoli, Bologna, Italy*

### *Indirizzo per la corrispondenza:*

Alessandro Gasbarrini

Chirurgia vertebrale oncologica e degenerativa,  
Istituto Ortopedico Rizzoli, via Pupilli 1, 40136  
Bologna, Italy

Tel. +39 051 6366971

Fax: +39 051 6366337

E-mail: [alessandro.gasbarrini@ior.it](mailto:alessandro.gasbarrini@ior.it)

Ricevuto il 24 settembre 2012

Accettato il 19 novembre 2012

## BACKGROUND

Il tumore glomico fu per primo descritto nel 1812 <sup>1</sup> da Wood e nel 1924 Masson <sup>2</sup> ne descrisse l'istopatologia in modo accurato.

Il tumore glomico è un amartoma benigno che rappresenta dall'1 al 5% di tutti i tumori dei tessuti molli della mano <sup>3</sup>.

Il tumore glomico deriva dal normale corpo glomico che rappresenta un recettore contrattile neuro-mio arterioso il cui compito è quello di controllare la pressione ematica e la temperatura attraverso la regolazione del flusso ematico periferico.

La sede anatomica del corpo glomico è il tessuto sottocutaneo; la maggior concentrazione è a livello delle falangi distali, in particolare al di sotto del letto ungueale.

Il tumore glomico è il risultato di una iperplasia di una o più delle normali componenti del corpo glomico ed è questo che spiega la importante variabilità istologica.

Il sintomo principale è legato alla contrazione delle cellule glomiche che causa dolore <sup>4</sup>.

## OBIETTIVO

Descriviamo il caso di una donna di 57 anni il cui sintomo principale era dolore sottoungueale al primo dito della mano sinistra da 25 anni.

Inizialmente il dolore si presentava in modo parossistico e occasionale in un determinato trigger point al dito. In seguito la frequenza di comparsa del dolore aumentò fino a divenire continuo negli ultimi mesi e la sintomatologia algica iniziò a diffondersi anche al braccio.

Non vi fu mai alterazione o perdita di sensibilità.

Negli anni furono poste numerose ipotesi diagnostiche ed effettuate numerose e variegati indagini (dall'ecg, all'elettromiografia, a RM rachide cervicale) senza il raggiungimento di una diagnosi che permettesse un piano terapeutico efficace. Le ipotesi diagnostiche susseguite sono state in particolare: sindrome del tunnel carpale, artrosi cervicale, postura errata, malocclusione, patologia del sonno, disturbi psichici.

Infine un semplice rx della mano, mai effettuato in precedenza, ha messo in luce l'area osteolitica della falange terminale del primo dito (Fig. 1) ponendo le basi per un intervento di escissione del tumore attraverso una biopsia escissionale eseguito in anestesia loco-regionale. Al fine di evitare la formazione di cicatrici e lesioni nervose con deficit sensitivi, l'accesso chirurgico tradizionale per via mediale o palmare, veniva sostituito da un accesso transungueale; l'unghia veniva temporaneamente asportata e il letto ungueale inciso longitudinalmente in corrispondenza del tumore.

L'intervento ha reso possibile l'escissione del tumore e l'osso limitrofo della falange distale è stato fresato al fine di ridurre il rischio di recidiva.

## FIGURA 1.

Radiografia preoperatoria della mano sinistra. Si noti l'area di osteolisi alla falange distale del primo dito.



Infine una riparazione dell'unghia attraverso la sutura della lamina ungueale precedentemente asportata (Fig. 2).

L'analisi istologica ha infine permesso di porre diagnosi di tumore glomico.

A 5 mesi di follow up la paziente è libera da dolore così come nel postoperatorio.

La funzionalità del dito è completamente conservata.

## DISCUSSIONE

Tipicamente la clinica del tumore glomico si presenta sotto forma di una triade sintomatologica composta da ipersensibilità al freddo, la presenza di dolore puntiforme e riconoscibile nella sede tumorale e dolore di tipo parossistico. Dimensionalmente raramente le dimensioni superano il centimetro e tendenzialmente il diametro si aggira sui 5 mm <sup>5</sup>. Van Geertruyden et al. <sup>6</sup>, autori del principale studio retrospettivo sui tumori glomici, descrivono una colorazione bluastrea della lesione nel 28% dei casi.

**FIGURA 2.**  
Controllo radiografico postoperatorio. Si noti al primo dito l'area di escissione del tumore glomico.



Ponnelle et al.<sup>7</sup> nel 90% dei casi la presentazione del tumore glomico è sottoungueale mentre Frikh et al.<sup>8</sup> la sede è sottoungueale nel 71% dei pazienti: in entrambi gli studi tale sede resta comunque la più frequente. Altre sedi, meno frequenti di presentazione sono ossa, lingua, stomaco, polmone, mesentero e mediastino<sup>9</sup>.

La classificazione del tumore glomico prevede inoltre una distinzione tra tumore glomico solitario o multiplo anche se più frequentemente la presentazione è singola.

Dal punto di vista citologico questi tumori sono composti da nidi di cellule poligonali con nuclei rotondeggianti e citoplasma eosinofilo<sup>5</sup>. Istologicamente si presenta in 3 varianti.

Il tipo I è il tipo mucoide-ialino, il tipo II è il tipo solido (è la variante classica) e il tipo III è la variante angiomatosa. Per raggiungere la diagnosi di tumore glomico sono sufficienti semplici raggi X e RM (che risulta ipointensa in T1 e iperintensa in T2) in associazione con la particolare triade clinica di cui sopra.

Nonostante la apparente semplicità della patologia questo caso clinico dimostra come possa essere difficoltoso il raggiungimento di una diagnosi di tumore glomico a causa in particolare della sua rarità e del fatto che la sintomatologia, quando sfumata, possa deviare il chirurgo verso diagnosi erronee. Le differenti diagnosi con cui più frequentemente il tumore glomico viene confuso sono: neurinoma, il cui dolore è molto simile, osteoma osteoide, ematoma, la cui evoluzione è spontaneamente benigna, esostosi<sup>8</sup>.

È pertanto doveroso considerare la combinazione clinica-radiologica per raggiungere la corretta diagnosi e quindi procedere chirurgicamente in modo radicale.

La completa escissione della lesione porta infatti a completa guarigione e remissione della sintomatologia dolorosa.

#### RINGRAZIAMENTI

C. Griffoni, C. Piovani.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Wood W. *On painful subcutaneous tubercle.* Edinb Med J 1812;8:283-91.
- 2 Masson P. *Le glomus neuromyo-arterial des régions tactiles et ses tumeurs.* Lyon Chir 1924;21:256-80.
- 3 Tuncali D. *Multiple occurrences of different histological types of the glomus tumor.* J Hand Surg 2005;30A:161-4.

<sup>3</sup> McDermott EM. *Glomus tumors.* J Hand Surg 2006;31A:1397-400.

<sup>5</sup> Dahlin LB. *A Glomus Tumor: classic signs without magnetic resonance imaging finding.* Scand J Plastic Reconstr Surg Hand Surg 2005;39:123-5.

<sup>6</sup> Van Geertruyden J. *Glomus tumors of the hand. A retrospective study of 51 cases.* J Hand Surg 1996;21B:257-60.

<sup>7</sup> Ponnelle T. *Tumeur glomique des extrémités.* J Mal Vasc 1999;24:364-7.

<sup>8</sup> Frikh R. *Tumeurs glomiques: étude anatomoclinique de 14 cas avec revue de littérature.* Ann Chir Plast Esth 2009;54:51-6.

<sup>9</sup> Serra JM. *Glomus tumor of the metacarpophalangeal joint: a case report.* J Hand Surg 1985;10A:142-3.