

## **Glomus intranasal**

**Autores: Karla Alfonso Rodríguez \***

**Alba Lisset Silvera Rosales\*\***

**Tutor: Dra. Ilsa García Estrada \*\*\***

\*Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumna ayudante de otorrinolaringología.

\*\*Estudiante de cuarto año de Medicina. Alumna ayudante de psiquiatría.

\*\*\*Especialista de I Grado en Otorrinolaringología.

**Facultad “Victoria de Girón”. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas.  
CIMEQ.**

### **RESUMEN**

El glomus intranasal es un tumor benigno que es infrecuente entre los tumores de cabeza y cuello, reportados en la literatura Inglesa hasta el 2005 (22) casos. Se presenta un paciente de 70 años que acude a consulta por disfonía sin presentar síntomas de enfermedad nasal y al examen físico se detecta un tumor en fosa nasal derecha a nivel del tercio superior del septum nasal. Se le realiza biopsia cuyo informe concluyó un tumor glómico, que por cirugía endoscópica y Láser se realizó la exégesis.

**Palabras clave:** tumor glómico, glomus, disfonía, septum nasal

### **INTRODUCCIÓN**

El tumor glómico o glomangioma fue descrito por primera vez por Masson en 1924<sup>(1)</sup>. El glomus es una unidad estructural que consta de una arteria aferente, un cortocircuito arteriovenoso llamado canal Sucquet-Hoyer y venas colectoras. Participa en la regulación del calor; los tumores de esta unidad estructural son llamados tumores glómicos que son lesiones benignas, su etiología se desconoce, existen hipótesis entre las que se menciona que pudiera resultar de un defecto en el desarrollo en la vida embrionaria temprana <sup>(2)</sup>.

Los tumores glómicos se dividen en dos tipos: El primero es el clásico, doloroso y solitario. El segundo tipo son tumores múltiples, que a su vez se subdividen en regionales y diseminados; el segundo grupo representa menos del 10 % de todos los casos.

Los tumores solitarios son usualmente pequeños (milimétricos), azulado eritematosos, moderadamente firmes que ocurren más comúnmente sobre la parte distal de las extremidades y frecuentemente bajo las uñas<sup>(3-4)</sup>.

Aunque casi siempre ocurren en la piel, se han descrito lesiones raras en otros lugares, incluidos los tejidos blandos profundos, hueso, vagina, cérvix, pulmón, tráquea, lengua, tracto gastrointestinal, mesenterio, genitales ( glande del pene), cavidad oral y nasal, venas y en nervios cutáneos; en estos 4 últimos es excepcionalmente raro<sup>(5-6)</sup>. El tumor glómico puede asociarse a otras enfermedades como la neurofibromatosis tipo 1 (NF-1, von Recklinghausen)<sup>(7)</sup>. El tratamiento es la resección quirúrgica cuando es una lesión única, se han descrito otros tratamientos cuando existen lesiones múltiples como es la radioterapia y la combinación del Láser argón y el de CO<sub>2</sub><sup>(8)</sup>.

## **DESARROLLO**

### **PRESENTACIÓN DE CASO**

Paciente de 70 años de edad acude a consulta por disfonía. Al examen físico de la especialidad por rinoscopia anterior se detecta una tumoración en la fosa nasal derecha a nivel del tercio superior del septum nasal de característica vascular se realiza endoscopia nasal y se confirma la tumoración. (Ver ANEXOS, Figura 1)

Se le realiza biopsia y anatomía patológica informa tumor glómico variante de crecimiento sólida y en los estudios inmunohistoquímicos con alfa actina de músculo liso fue positiva e inmunohistoquímica con vimentina positiva. (Ver ANEXOS, Figuras 2-3-4)

En el estudio tomográfico de senos paranasales se observa la imagen tumoral en el tercio posterior y superior del septum nasal. (Ver ANEXOS, Figura 5)

Se interviene al paciente con la técnica quirúrgica endoscópica nasal y utilizando el Láser Nd-YAG se reseca en su totalidad. (Ver ANEXOS, Figura 6)

## DISCUSIÓN

El tumor glómico es extremadamente raro en cabeza y cuello, especialmente aquellos que involucran la región nasosinusal. Fu y Perzin revisaron 256 casos de tumores no epiteliales de la cavidad nasal, senos paranasales y nasofaringe, encontrando un solo caso de tumor glómico para una incidencia del 0.4%<sup>(9)</sup>. En la literatura Inglesa hasta el 2005 están reportados 22 casos<sup>(10)</sup>. El otorrinolaringólogo está familiarizado con el glomus timpánico que está localizado en el oído medio, pero este es completamente diferente al tumor glómico genuino, el glomus timpánico su estructura histológica es completamente diferente se deriva de la cresta neural con diferenciación neuroendocrina demostrado por la inmuno-histoquímica<sup>(11-12)</sup>.

El glomus intranasal está demostrado que es una lesión benigna, presentándose como un tumor parecido al pólipos nasal pero de color rojo oscuro, púrpura, como en el caso que se presenta, pueden encontrarse en los cornetes, senos paranasales, nasofaringe y con menos frecuencia en el seno esfenoidal<sup>(13-14)</sup>.

Los síntomas más frecuentes son la obstrucción nasal, dolor y sangramiento nasal, pero pueden ser asintomáticos y detectarse en el examen físico otorrinolaringológico como un hallazgo<sup>(15)</sup>, así ocurrió en nuestro paciente que acude a consulta por disfonía.

En el proceder anatomopatológico del tumor se realiza estudios inmunohistoquímicos con actina y vimentina para identificar la participación de su origen del músculo liso que es lo característico del tumor glómico<sup>(10)</sup>, lo que se le realizó al tumor resecado para confirmar el diagnóstico de glomus intranasal, con el avance de las nuevas tecnologías en anatomía patológica se pueden distinguir estos tumores y no realizar diagnósticos erróneos como el hemangiopericytoma y paraganglioma<sup>(16-17)</sup>.

El tratamiento de este tumor es la exéresis quirúrgica que puede realizarse por la cirugía endoscópica nasal o por la técnica paranasal, aunque está reportado en la variante de tumores glómicos múltiples otras modalidades de tratamientos como la radioterapia.

## CONCLUSIONES

En el caso presentado se realizó la exeresis por cirugía endoscópica nasal utilizando el Láser Nd-YAG, no se presentó sangramiento transoperatorio ni postoperatorio.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

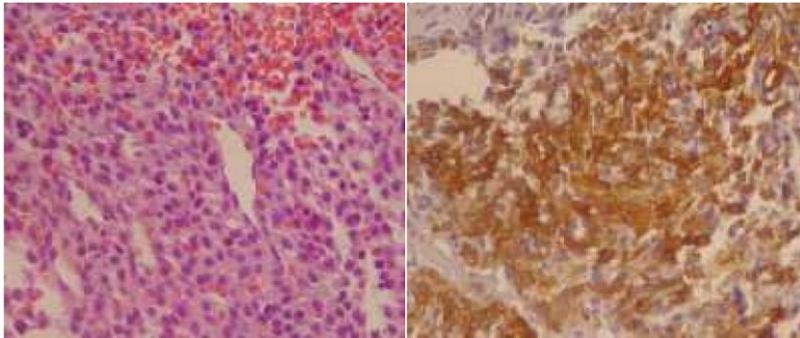
1. Martínez EV y cols. Neoformación exofítica eritematoviolácea. Rev Cent Dermatol Pascua • 2006;15(3): 219-221.
2. Yen A, Rainer S. Multiple painful blue nodules (multiple glomus tumors). Arch Dermatol 1996; 132(6): 703-708.
3. Conant M, Wiesenfeld S. Multiple glomus tumors of the skin. Arch Dermatol 1971; May 103(5): 481-485.
4. Goodman T, Abele D. Multiple glomus tumors. A clinical and electron microscopic study. Arch Dermatol 1971 Jan;103(1):11-23.
5. Kiyosawa T, Umebayashi Y, Nakayama Y, Soeda S. Hereditary multiple glomus tumors involving the glans penis. A case report and review of the literature. Dermatol Surg. 1995 Oct;21(10):895-9.
6. Calonje E, Fletcher C, Path M. Cutaneous intraneural glomus tumor. Am J Dermatopathol 1995; 17(4): 395-398.
7. Sawada S, Honda M, Kamide R. Three cases of subungueal glomus tumors with von Recklinghausen neurofibromatosis. J Am Acad 1995; Feb;32(2 Pt 1):277-8.
8. Nishimoto K, Yamamoto S, Nakagawa T. Multiple glomus tumors: successful treatment with electron beam irradiation. Br J. Dermatol 1990; Nov;123(5):657-61.
9. Fu YS, Perzin KH: Nonepithelial tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses, and nasopharynx: A clinic pathologic study. Cancer 1974 ; 33(5):1275-1288.
10. Yi-Lun Lee, Ching-Zong Lin, Wing-Yin Li, Shih-Hsiang Lin. Intranasal Glomus Tumor. Tzu Chi Med J 2007;19(2):.94-96

11. Battiata AP, Vander AW, Adair C, Mair E: Pathology forum: Quiz case. Diagnosis: intranasal glomus tumor. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001; ar;127(3):329-30.
12. Rosai J: Ackerman's Surgical Pathology, 8th ed., St Louis: Mo Mosby, 1996, pp 1015-1058.
13. Li XQ, Hisaoka M, Morio T, Hashimoto H: Intranasal pericytic tumors (glomus tumor and sinonasal hemangiopericytoma-like tumor): Report of two cases with review of the literature. Pathol Int 2003 May; 53(5)::303-308.
14. Cullen BS, Hanna EY: Intranasal glomangioma. Am J Otolaryngol 2000; Nov-Dec;21(6):402-4.
15. Li XQ, Hisaoka M, Morio T, Hashimoto H: Intranasal pericytic tumors (glomus tumor and sinonasal hemangiopericytoma-like tumor): Report of two cases with review of the literature. Pathol Int 2003; 53:303-308.
16. Battiata AP, Vander AW, Adair C, Mair E: Pathology forum: Quiz case. Diagnosis: intranasal glomus tumor. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2001 Mar;127(3):329-30
17. Porter PL, Bigler SA, McNutt M, Gown AM: The immunophenotype of hemangiopericytomas and glomus tumors, with special reference to muscle protein expression: An immunohistochemical study and review of the literature. Mod Pathol 1991 Jan;4(1):46-52.

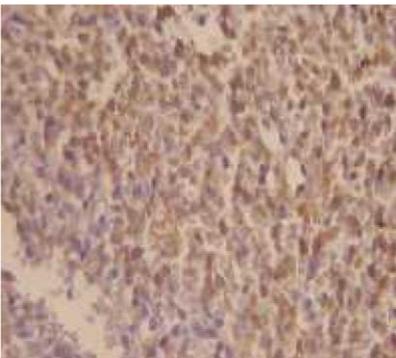
## ANEXOS



**Figura 1.** Tumoración en la fosa nasal derecha.



**Figura 2.** Variante sólida **Figura3.** Alfa actina positiva



**Figura 4.** Ivimentina positiva  
I= inmunohistoquímica



**Figura 5.**Tumor tercio posterior y superior del septum nasal.



**Figura 6.**Tumor resecado.