

# TUMOR GLÓMICO MALIGNO COMO ORIGEN DE MASA DE PARTES BLADAS A NIVEL DE MUSLO: UN RETO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO

Poveda Cerrillo, César; Poveda Mira, Jose; Angulo Sánchez, Manuel Ángel. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Unidad de Ortopedia General, Tumores y Sépticos. HOSPITAL UNIVERSITARI I POLITÈCNIC LA FE.

## INTRODUCCIÓN

Los **tumores glómicos** son neoplasias **comúnmente benignas**, caracterizadas por tener su origen en una hiperplasia del cuerpo glómico mioarterial. En **raras ocasiones**, cuando estos tumores presentan ciertas características histológicas como la **atipia nuclear, la necrosis y la actividad mitótica**, así como características clínicas poco habituales como un tamaño superior a 2 cm, localización en tejidos profundos o visceral, patrón de crecimiento infiltrativo y/o multicentralidad, se procede al diagnóstico de tumor glómico maligno. Estos casos apenas suponen el 2.9% de estos tumores, siendo la localización principal en **miembros inferiores**.

## OBJETIVOS

Presentar el caso de un **varón de 86 años** diagnosticado y tratado en nuestro centro por **tumor glómico maligno** a nivel de compartimento medial de **muslo derecho**.

## MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de **86 años**, derivado a nuestras consultas externas desde otro centro por **tumoración de partes blandas** a nivel de cara posteromedial de **rodilla derecha** (imagen 1). Tras presentar el caso en el **Comité de Tumores Músculo-Esqueléticos**, se decide punción-biopsia de la lesión guiada por TC, y después del análisis de la muestra se sospecha la presencia de un **tumor glómico maligno**. Dada la negatividad del estudio de extensión, se decide tratamiento quirúrgico seguido de radioterapia.

## RESULTADOS

Se procede a **intervención quirúrgica** mediante cirugía oncológica con **resección** de la tumoración y de 18cm de fémur distales dependientes de ella (imagen 2). Posteriormente, en el mismo acto, **reconstrucción** mediante **prótesis tumoral OSS cementada** (imagen 3) y **cobertura** de defecto a cargo de cirugía plástica mediante **colgajo libre de vasto lateral izquierdo**. En el postoperatorio inmediato, el paciente presentó una parálisis del nervio ciático poplíteo externo ya resuelta en este momento. 8 meses post-intervención, presenta **buen estado general y funcional** pese a su edad, con una puntuación en la escala SF-36 de 65.

## CONCLUSIONES

Los **tumores glómicos malignos**, suponen un **reto** para su diagnóstico y tratamiento debido a su **baja frecuencia**. La manifestación y localización de este caso coincide con la poca bibliografía existente. Por otro lado, la **cirugía es el pilar central** de su tratamiento, individualizando según casos si aportar quimio y/o radioterapia adyuvantes.

### Bibliografía

1. Khoury T, Balos L, McGrath B, Wong MKK, Cheney RT, Tan D. Malignant glomus tumor: a case report and review of literature, focusing on its clinicopathologic features and immunohistochemical profile. Am J Dermatopathol. 2005;27(5):428-431.
2. Hiruta N, Kameda N, Tokudome T, Tsuchiya K, Nonaka H, Hatori T, et al. Malignant glomus tumor: a case report and review of the literature. Am J Surg Pathol. 1997;21(9):1096-1103.
3. Lumley JS, Stansfeld AG. Infiltrating glomus tumour of lower limb. Br Med J. BMJ Group;1972;19(15798):484-485.
4. Bolado-Gutiérrez Pedro, Ordás-Bayón Alejandro, López-Ruiz Elena, Berjón-García Alberto, Pozo-Kreilinger José-Juan, Casado-Pérez César. Tumor glómico maligno: a propósito de un caso y revisión de la literatura. Cir. plást. iberolatinoam. [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Ago 17]; 43( 2 ): 187-192. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0376-78922017000200011&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922017000200011&lng=es).

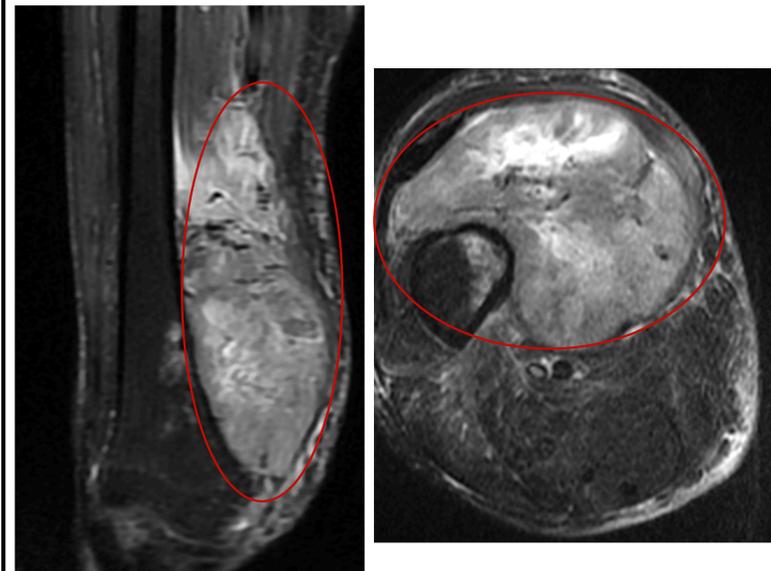


Imagen 1 (A y B). Cortes coronal y axial en secuencia STIR de resonancia magnética, donde se evidencia gran masa de partes blandas a nivel medial.

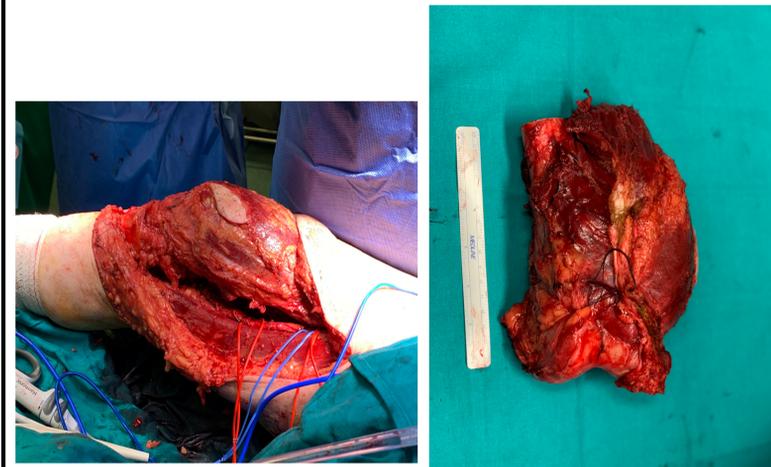


Imagen 2 (A, B y C). Imágenes intraoperatorias donde se aprecia la gran pieza, incluyendo 18 cm de fémur distal, que fue extirpada.



Imagen 2 (A, B y C). Imágenes intraoperatorias donde se aprecia la gran pieza, incluyendo 18 cm de fémur distal, que fue extirpada.

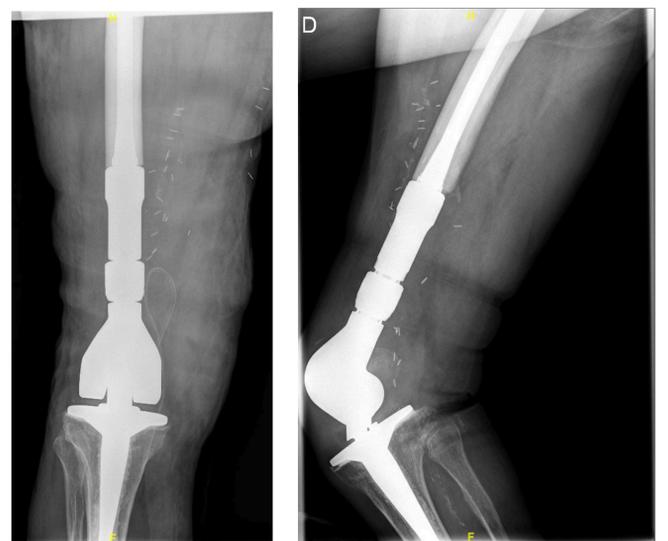


Imagen 3 (A y B). Radiografía de control tras intervención con prótesis tumoral OSS cementada.