

PIGMENTCLAR SERUM

Serum Despigmentante Intensivo de larga duración¹.

INNOVACIÓN
PATENTADA

EFICACIA EQUIVALENTE A:
HIDROQUINONA 4% (Test in vitro)²

PhE-RESORCINOL + LHA

ÁCIDO FERÚLICO GINGKO BILOBA

→ Anti-oxidante

NIACINAMIDA

→ Anti-inflamatorio

EFICACIA SIGNIFICATIVA PROBADA POR 2 ESTUDIOS CLÍNICOS:



T0



T3 MESES

Melasma
epidermial:

**-2.7 GRADOS
MASI³**



LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

PIGMENTCLAR
SERUM
CORRECTEUR
ANTI-TACHES
INTENSIF
ANTI-DARK SPOT
CONCENTRATE
INTENSIVE

PhE-RESORCINOL
AEE DE L'EAU THERMALE
DE LA ROCHE-POSAY

PIGMENTCLAR SERUM
Desórdenes pigmentarios
Relieve Irregular

1. Eficacia anti-manchas del serum mantenida hasta por 2 semanas después de detener su uso (durante 8 semanas). Estudio cosmo-clínico, 50 sujetos, aplicación una vez al día, durante la noche. 2. Estudio in vitro reconstituido piel (Episkin), comparando 3 asociación activa / activa frente al 4% de hidroquinona en inducida por la radiación UV pigmentación. Activos: LHA 0,3% PhE 0,3% de resorcinol, hidroquinona 4% y [PhE-LHA Resorcinol 0,3% + 0,3%]. Objetivo: Evaluar la eficacia de cada asociación activa / activa de la melanogénesis y el fenómeno de oxidación de la melanina. Metodología: El estudio se realizó en tres pasos: I.- Fase de tratamiento previo, a la aplicación de la fórmula. II.- Etapa de exposición de la piel a la radiación UV (después de la aplicación). III.- Fase seguimiento de la acción despigmentante de cada asociación de activos. Los resultados fueron obtenidos por la escala visual y colorimetría. El indicador es el valor de Delta E, que caracteriza el nivel de pigmentación. $\Delta E = (\Delta a^* + \Delta b^* + \Delta L^*)$. 3. Estudio comparativo clínico doble ciego para evaluar la eficacia y seguridad de una nueva formulación despigmentante en pacientes con melasma. Población: 44 pacientes chinos, entre 25 y 45 años diagnosticados con melasma epidérmico. Metodología: aplicación del despigmentante dos veces al día en el hemisferio derecho del rostro y placebo en el hemisferio izquierdo del rostro; evaluación clínica en el centro de investigación. Por hemi -MASI (ÍNDICE DE SEVERIDAD DEL ÁREA DEL MELASMA en mitad del rostro), fotos estándar (lentes no polarizados y UV) y autoevaluaciones en los primeros tiempos (T0), después de 6 semanas y después de 12 semanas de uso.

Tumor glómico epitelioides

Chang P¹, Meaux T², Calderón-Pacheco G³

Resumen

Se comunica el caso de un tumor glómico epitelioides de larga evolución en un paciente de 47 años de edad, debido a la poca frecuencia con que ocurre.

PALABRAS CLAVE: tumor glómico epitelioides, neoformaciones dolorosas.

Dermatol Rev Mex 2017 September;61(5):415-418.

Epithelioid glomus tumor.

Chang P¹, Meaux T², Calderón-Pacheco G³

Abstract

We report a case of epithelioid glomus tumor in a 47-year-old male patient, undiagnosed for a long period, due to the rareness of the disease.

KEYWORDS: epithelioid glomus tumor; painful neoplasms

¹ Dermatóloga.

² Residente de Dermatología.

³ Dermatopatóloga.

Hospital General de Enfermedades, IGSS, Guatemala.

Recibido: octubre 2016

Aceptado: enero 2017

Correspondencia

Dra. Patricia Chang
pchang2622@gmail.com

Este artículo debe citarse como

Chang P, Meaux T, Calderón-Pacheco G. Tumor glómico epitelioides. Dermatol Rev Mex. 2017 sep;61(5):415-418.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 47 años de edad, caballero desde hacía 12 años, quien fue enviado para evaluación diagnóstica por padecer una neoformación localizada en la muñeca izquierda constituida por una neoformación bien delimitada, de borde mamelonado y costra sanguínea central (**Figuras 1 y 2**). El resto del examen físico estaba dentro de límites normales. Antecedentes familiares y personales patológicos negativos. Inició su padecimiento hacía 10 años después de un traumatismo con un lazo cuando trataba de atar a un caballo, meses después le salió una "bolita" en la muñeca derecha que producía dolor cuando se llenaba de sangre y que se aliviaba al manipularla y sacarse la sangre que se acumulaba.

Se hizo el diagnóstico clínico de queratoacantoma vs nódulo de los ordeñadores, por lo que se realizó biopsia de la lesión, que mostró una neoformación ulcerada dérmica, rodeada por una epidermis hiperplásica con collarite periférico y constituida por una proliferación simétrica y bien delimitada no encapsulada de células glómicas que se disponían en agregados alrededor de capilares sanguíneos de mediano y pequeño tamaño (**Figura 3**). Con aumento de



Figura 1. Neoformación costrosa central con borde mamelonado, bien definido, en la cara anterior de la muñeca izquierda.



Figura 2. Acercamiento de la lesión.

40x, las células eran poligonales, de abundante citoplasma eosinófilo, contornos citoplasmáticos bien definidos y acentuados, núcleos redondos sin atipia. El estroma de la lesión era fibromixoi-

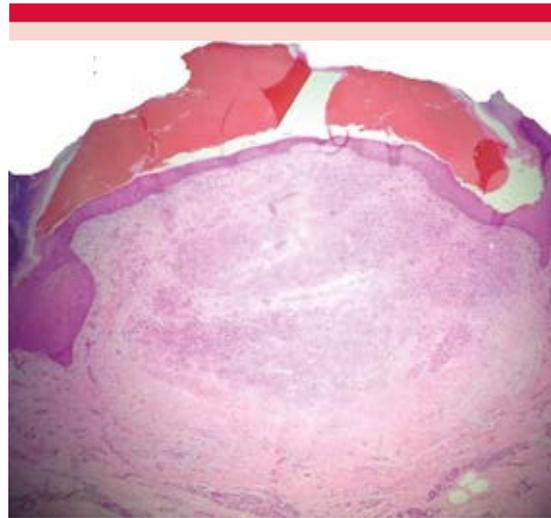


Figura 3. Neoformación ulcerada dérmica, rodeada por una epidermis hiperplásica con collarite periférico y constituida por una proliferación simétrica y bien delimitada no encapsulada de células glómicas que se disponen en agregados alrededor de capilares sanguíneos de mediano y pequeño calibre. Aumento de 4x con tinción de hematoxilina-eosina.

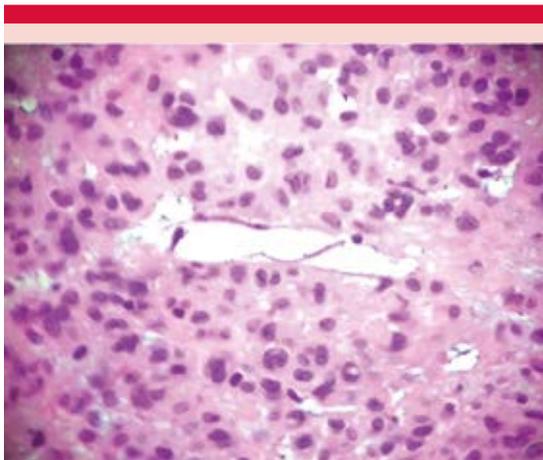


Figura 4. Las células son poligonales, con abundante citoplasma eosinofílico, contornos citoplasmáticos bien definidos y acentuados, núcleos redondos sin atipia. El estroma de la lesión es fibromixoido. Aumento de 40x con tinción de hematoxilina-eosina.

Con estos datos se estableció el diagnóstico clínico definitivo de tumor glómico epitelioido, que consideramos de interés por la poca frecuencia de esta manifestación clínico-patológica de los tumores glómicos.

DISCUSIÓN

Los tumores del glomus son hamartomas dolorosos, generalmente benignos, más comúnmente subungueales en ubicación.¹ Se derivan de las células del glomus asociados con cuerpos glómicos, que son más prominentes en los tejidos subungueales. Los cuerpos glómicos consisten en estructuras ovals encapsuladas que contienen células musculares lisas modificadas, que se dilatan con la exposición al frío y se asocian con anastomosis arteriovenosa, conocido como el canal de Sucquet-Hoyer.²

Estos tumores mesenquimales a menudo se visualizan clínicamente como nódulos subungueales, subcutáneos, dolorosos y no deben confundirse con los paragangliomas, que son

tumores de células cromafines derivadas de los paraganglios parasimpáticos de la base del cráneo y el cuello, e incluyen el glomus vagale, glomus yugular y glomus timpánico.^{3,4}

En términos histológicos, los tumores glómicos están formados por vasos sanguíneos rodeados de mantos organoides de células glómicas redondeadas con núcleos centrales, en este caso las células glómicas son ligeramente más grandes, poligonales, con citoplasma más abundante. Esta característica epitelioido es un cambio morfológico que puede observarse en estos tumores. Los marcadores que son generalmente positivos en tumores glómicos incluyen *smoothelin*, que es específico para células de músculo liso con capacidad contráctil y tumor de Wilms 1 (Wt1), que es positivo en los tumores del glomus sólidos, pero puede ser negativo en otros tumores glómicos, como malformaciones glomuvenosas.⁵ Las zonas subungueales de los dedos de la mano son de las topografías más comunes, también otras áreas pueden verse afectadas por tumores glómicos. Una de estas topografías es el dedo del pie y esto debe considerarse en el diagnóstico diferencial del dolor crónico en el dedo.⁶ También pueden aparecer tumores del glomus extradigital, aunque muy raramente. Además de la historia clínica detallada y el examen físico, las pruebas de imagen, como la ecografía o resonancia magnética, pueden resultar útiles. Se han descrito otras localizaciones, como el muslo y el antebrazo.^{7,8}

A menudo se sospecha tumor glómico con base en la historia clínica y la exploración física adecuada, lo que revela un nódulo subcutáneo, subungueal doloroso, como se mencionó, y también hay fuerte predominio del sexo femenino. Modalidades de diagnóstico complementarias, como los estudios de imagen, pueden estar indicadas en las manifestaciones atípicas, como en el caso mencionado, mientras que la dermatoscopia también puede ser útil para establecer diagnóstico. En un reporte de caso

clínico se refiere específicamente el uso de video-dermatoscopia, que revela un brillo de color rosado con el examen de luz ultravioleta, que destaca la naturaleza vascular del tumor. Es importante tener en cuenta que muchos médicos pueden no estar familiarizados con los síntomas clásicos y ensayos relacionados con la evaluación de los tumores del glomus, lo que lleva al diagnóstico incorrecto o retrasado. Una vez que se ha emitido el diagnóstico, con la escisión quirúrgica completa puede esperarse el alivio de los síntomas. La recurrencia es una posibilidad con la escisión incompleta y las lesiones crónicas pueden transformarse en lesiones malignas. Por tanto, los estudios de imagen pueden ser necesarios después de la intervención quirúrgica para asegurar la eliminación completa, así como para descartar tumores nuevos o malignos.^{1,9,10}

REFERENCIAS

1. Thatte SS, Chikhalkar SB, Khopkar US. "Pink glow": A new sign for the diagnosis of glomus tumor on ultraviolet light dermoscopy. *Indian Dermatol Online J* 2015;6(Suppl 1):S21-3.0.
2. De Berker D, Higgins C, Jahoda C, Christiano A. Biology of the hair and nails. In: Bologna JL, Jorizzo JL, Schaffer JV, editors. *Dermatology*. 3rd ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2012:chap 68:1087.
3. Lauretti L, Coli A, Signorelli F, D'Alessandris QG, Fernandez E. Tumors referred for local pain and cured by surgical removal. *Acta Neurochir (Wien)* 2016;158(4):761-6.
4. Offergeld C, Brase C, Yaremchuk S, Mader I, Rischke HC, Gläsker S, et al. Head and neck paragangliomas: clinical and molecular genetic classification. *Clinics (Sao Paulo)* 2012; 67(Suppl 1):19-28.
5. Aneiros-Fernandez J, Retamero JA, Husein-ElAhmed H, Carriel V, et al. Smoothelin and WT-1 expression in glomus tumors and glomuvenous malformations. *Histol Histopathol* 2016;17:11782.
6. Mohindra M, Sambandam B, Gautam VK, Maini L. A rare case of glomus tumor of the great toe: an analysis of behavior at this rare site. *Foot Ankle Spec* 2016;9(1):83-7.
7. Lee TS, Wu HT, Chan RC, Wang JC. Sonographic diagnosis of a glomus tumor of the thigh. *J Clin Ultrasound* 2016;22.
8. Deger AN, Deger H, Tayfur M, Balcioglu MG, Kadioglu E. Acquired solitary glomangiomyoma on the forearm: A rare case report. *J Clin Diagn Res* 2016;10(7):ED10-1.
9. Chou T, Pan SC, Shieh SJ, Lee JW, Chiu HY, Ho CL. Glomus tumor: twenty-year experience and literature review. *Ann Plast Surg* 2016;76(Suppl 1):S35-40.
10. Damavandy AA, Anatelli F, Skelsey MK. Malignant glomus tumor arising in a long-standing precursor lesion. *Am J Dermatopathol* 2016;38(5):384-7.