CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Tumor glômico

Esta página foi traduzida automaticamente e ainda não foi verificada por um médico. A **versão em inglês** é a versão oficial.

O que você está sentindo

A dor de um tumor glômico geralmente fica num único ponto bem localizado, na maioria das vezes sob a unha ou na polpa de um dedo. Ela pode ser intensa e totalmente desproporcional ao tamanho minúsculo do local. Tocar exatamente nesse ponto desencadeia a dor, e o frio também: pegar algo na geladeira ou no congelador, lavar as mãos em água fria ou sair de casa numa manhã fria podem provocar uma crise de dor aguda. Algumas pessoas também sentem a dor subir em direção ao ombro.

A dor costuma vir em crises súbitas, em vez de ser uma dor constante. A noite é um momento comum para as crises, e a dor pode acordar você. Como a ponta do dedo participa de quase tudo o que você faz, as tarefas do dia a dia ficam difíceis: segurar uma caneta, digitar, abotoar uma camisa, girar uma chave ou levantar uma panela podem pressionar o ponto sensível. Você pode acabar evitando usar esse dedo por completo.

Você também pode notar uma pequena mancha azulada ou rosada sob a unha, ou uma saliência na própria unha. O tumor é minúsculo, muitas vezes com apenas alguns milímetros de diâmetro, e às vezes não pode ser visto de forma alguma. Esse é um dos principais motivos pelos quais o diagnóstico muitas vezes atrasa anos, e pelos quais algumas pessoas ouvem primeiro que têm outra condição.

Um tumor glômico é benigno, o que significa que não é um câncer. Ele não se espalha. Mas a dor que ele causa é real e pode ser incapacitante, e conviver com ela por muito tempo cobra o seu preço.

Se os seus sintomas não estão melhorando, estão piorando ao longo de semanas, acordam você à noite ou impedem você de trabalhar ou de usar a mão, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que está realmente acontecendo

Na profundidade da sua pele, principalmente nas pontas dos dedos e nos leitos das unhas, ficam estruturas minúsculas chamadas corpos glômicos. Cada uma delas é uma pequena espiral de vaso sanguíneo envolta por células musculares especiais e finas terminações nervosas. A função delas é abrir e fechar o fluxo de sangue para

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

a pele, para ajudar a controlar a temperatura do corpo. É por isso que elas são tão numerosas nas pontas dos dedos, que são ricas tanto em vasos quanto em nervos.

Um tumor glômico é um crescimento benigno dessas células. Não é um câncer e não se espalha. Ele cresce devagar, geralmente sob a unha ou na polpa da ponta do dedo, e continua pequeno: a maioria tem menos de 1 cm de diâmetro. O problema não é o tamanho, mas o local. Como o tumor fica num ponto repleto de terminações nervosas, ele as pressiona e dispara sinais de dor. As fibras nervosas ao redor dele também carregam uma substância química da dor, que se acredita contribuir para as crises. É por isso que um nódulo de alguns milímetros pode causar uma dor muito pior do que o seu tamanho sugere, e por isso o frio, que altera o fluxo de sangue através do tumor, desencadeia a dor.

A maioria dos tumores glômicos aparece num dedo, na maioria das vezes sob a unha, e eles são mais comuns em mulheres, geralmente surgindo na meia-idade. Eles também podem crescer em outras partes da mão ou do braço, na maioria das vezes logo abaixo da pele do antebraço. Algumas pessoas têm mais de um tumor ao mesmo tempo, e eles são muito mais comuns em pessoas com neurofibromatose tipo 1, uma condição que causa crescimentos ao longo dos nervos.

O tumor em si é inofensivo, a não ser pela dor. O problema que ele causa é que é tão pequeno e tão difícil de ver que muitas vezes passa anos sem ser identificado, enquanto a dor continua aumentando. Remover todo o tumor tira a pressão dos nervos, e a dor típica geralmente desaparece imediatamente.

O que podemos fazer a respeito

O Dr. Kieran Hirpara, cirurgião de membros superiores no Mater Private Hospital Rockhampton, trata os tumores glômicos com a remoção cirúrgica, porque nenhum comprimido, creme ou injeção faz o tumor desaparecer. Em geral, os pacientes são encaminhados à nossa clínica pelo médico de família; caso um fisioterapeuta tenha sugerido que você nos procure, ainda assim será necessário um encaminhamento do seu médico de família para ter direito ao reembolso do Medicare. Uma consulta na clínica, com o seu histórico, um exame físico e exames de imagem quando necessário, confirma o diagnóstico.

Como o próprio tumor é a causa da dor, não existe tratamento não cirúrgico para tentar primeiro. Analgésicos e anti-inflamatórios podem diminuir a dor por algumas horas, mas não removem o tumor, e a dor volta quando o efeito passa. O mesmo vale para proteger o dedo do frio: isso pode reduzir as crises, mas não trata a causa.

A cirurgia é o tratamento. Remover todo o tumor tira a pressão das terminações nervosas da ponta do dedo, e a dor típica geralmente desaparece imediatamente. A operação é feita por uma pequena abertura na unha ou ao lado dela, e o tumor é retirado em uma só peça. A operação tem a sua própria página, com mais detalhes sobre como é feita e o que envolve a recuperação.

A remoção do tumor alivia os sintomas na maioria dos pacientes, e o efeito sobre a dor e a hipersensibilidade é imediato. A recorrência no local é rara, e quando a dor volta, muitas vezes trata-se de um segundo tumor pequeno em um novo local, e não do primeiro voltando a crescer. Ocasionalmente, há mais de um tumor desde o início, o que verificamos no momento da cirurgia.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Se um dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia; não é necessário encaminhamento do médico de família. Se os seus sintomas não estão melhorando, estão piorando ao longo de semanas, acordam você à noite ou impedem você de trabalhar ou de usar a mão, consulte o seu médico de família ou peça uma avaliação com um especialista.

O que esperar

Se não for tratado, um tumor glômico não melhora sozinho. A dor tende a voltar repetidamente, muitas vezes por anos. Muitas pessoas convivem com ela por muito tempo antes que alguém a identifique, porque o tumor é tão pequeno e muitas vezes não pode ser visto. Durante esse tempo, a dor pode desgastar você, dificultar o trabalho e impedir que você use a mão como gostaria.

Depois que o tumor é removido por completo, o cenário é diferente. A dor típica geralmente desaparece imediatamente, porque a pressão sobre as terminações nervosas deixa de existir. A recorrência é incomum, e quando a dor volta, muitas vezes trata-se de um segundo tumor pequeno em um novo local, e não do primeiro voltando a crescer. Ocasionalmente, há mais de um tumor desde o início, o que o seu cirurgião verifica no momento da cirurgia.

A recuperação da sua função no dia a dia leva mais tempo do que o próprio alívio da dor. A ponta do dedo vai ficar sensível enquanto cicatriza, e leva tempo para voltar a confiar nela depois de meses ou anos protegendo-a. A terapia da mão após a cirurgia é feita com Ruby Doolan, da Extend Rehabilitation. Ruby é terapeuta da mão: ela vai orientar os seus exercícios de recuperação e confeccionar qualquer tala de que você precise. A maioria das pessoas percebe que a dor que dominava a sua vida antes da cirurgia desapareceu, e tarefas do dia a dia, como segurar objetos, digitar e abotoar, voltam a ser possíveis sem pensar naquele ponto.

Quando procurar ajuda médica

Vale a pena identificar um tumor glômico cedo, porque o atraso no diagnóstico é a característica que define esta condição. Muitas pessoas convivem com a dor por anos antes que alguém a identifique, e muitas vezes ouvem primeiro que têm outra condição. Algumas chegam até a receber o diagnóstico de um transtorno psiquiátrico ao longo do caminho.

Peça uma avaliação com um especialista se tiver dor intensa num único ponto bem localizado de um dedo, sensibilidade que você consegue localizar com a ponta de um lápis, ou dor desencadeada pelo frio. Uma mancha azulada ou rosada sob a unha, ou uma saliência na unha, também contam. Isso vale mesmo que um exame de imagem tenha dado resultado normal: um exame normal não descarta um tumor pequeno quando a história é compatível.

O tumor é benigno, por isso o próprio tumor não é uma emergência. Mas se um dedo ficar quente, vermelho, inchado e dolorido, especialmente com febre, vá ao pronto-socorro no mesmo dia; não é necessário encaminhamento do médico de família.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Em maior profundidade

Esta seção vai além do que você precisa para as suas próprias decisões de tratamento. O tumor glômico merece uma leitura mais aprofundada porque é uma das poucas condições da cirurgia da mão em que o problema habitual não é o tratamento, mas o reconhecimento: o tumor é minúsculo, muitas vezes invisível, e curado com a sua remoção, mas as pessoas frequentemente convivem com ele por anos antes que alguém o identifique.

ANOS DE DOR POR ALGO COM POUCOS MILÍMETROS

Um corpo glômico é uma pequena espiral de vaso sanguíneo envolta por células musculares especializadas que ajuda a controlar o fluxo de sangue para a pele, e as pontas dos dedos e os leitos das unhas estão repletos deles. Um tumor glômico é um crescimento benigno dessas células, geralmente sob a unha ou na polpa da ponta do dedo. Como as células ficam ao redor de vasos sanguíneos e terminações nervosas, um nódulo de apenas alguns milímetros de diâmetro pode produzir uma dor totalmente desproporcional ao seu tamanho.

O atraso no diagnóstico é a característica que define esta condição. Numa série do Reino Unido com **73** tumores, mais de **90%** dos pacientes tinham os sintomas clássicos, mas **31%** haviam recebido primeiro outro diagnóstico, e o tempo médio entre os primeiros sintomas e o diagnóstico foi de **6 anos** [1]. Numa série de Singapura com **31** casos, a média foi de **44 meses**; quase todos tinham dor (**96,8%**), mas um nódulo visível estava presente em menos da metade (**48,4%**) [2]. Numa revisão de **138** casos num grande centro americano, o diagnóstico clínico e o diagnóstico laboratorial coincidiram em apenas **45,4%**; as alternativas mais comuns foram um lipoma, um cisto ou um nódulo de vaso sanguíneo [3].

TRÊS TESTES À BEIRA DO LEITO, E POR QUE SÃO COMBINADOS

A tríade clássica é dor intensa em um ponto, sensibilidade extrema nesse local e dor desencadeada pelo frio. Três testes simples se baseiam nela.

- **O teste do alfinete (teste de Love):** pressionar com a cabeça de um alfinete encontra o ponto único de sensibilidade e o mapeia.
- **O teste do frio:** resfriar o dedo reproduz a dor.
- **O teste de Hildreth:** um manguito no braço interrompe brevemente o fluxo de sangue; a sensibilidade desaparece enquanto o manguito está inflado e volta quando ele é desinflado.

Num estudo com **24** pacientes, o teste de Hildreth teve **92%** de sensibilidade e **91%** de especificidade [4]. Numa série de **18** pessoas com dor na ponta do dedo, o teste do frio identificou corretamente todos os tumores, enquanto o teste do alfinete e o de Hildreth tiveram, cada um, **78%** de acurácia [5]. Os números vêm de séries pequenas e não coincidem exatamente, e é por isso que os testes são usados em conjunto, e não isoladamente.

O QUE UMA RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PODE E NÃO PODE FAZER

A ressonância magnética é muito boa para confirmar um tumor que existe. Num estudo com **42** mãos, ela teve **90%** de sensibilidade, com valor preditivo positivo de **97%**, mas o seu valor preditivo negativo foi de apenas **20%**: os quatro tumores que ela não detectou foram confirmados na cirurgia, e cada um media apenas **2 a 3 mm** [6]. Numa segunda série com **36** ressonâncias, cerca de **uma em cada três** não fez o diagnóstico, com mais

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

frequência quando o tumor era pequeno, incomum ao microscópio, estava num local incomum ou não era suspeitado por quem solicitou o exame [7]. A radiografia acrescenta um pouco: um tumor antigo sob a unha pode deixar uma pequena depressão no osso, e os tumores sem essa depressão tiveram maior probabilidade de não ser detectados na ressonância [7]. Portanto, um exame normal não descarta um tumor glômico quando o histórico e o exame físico são compatíveis; os achados clínicos vêm em primeiro lugar.

MAIS DE UM TUMOR, E A NEUROFIBROMATOSE

Os tumores glômicos nem sempre são únicos. Numa série antiga com **28** pacientes, **7** (**25%**) tinham mais de um, e em **15%** os sintomas voltaram após a cirurgia, o que os autores atribuíram a um segundo tumor não encontrado na primeira operação [8]. Numa série posterior, todas as **5** recorrências entre **12** pacientes surgiram em locais novos e separados, e não onde o primeiro tumor havia sido removido [9]. Portanto, uma dor que volta meses ou anos depois de uma cirurgia bem-sucedida muitas vezes é um segundo tumor, e não um novo crescimento.

Pessoas com neurofibromatose tipo 1, uma condição genética que causa crescimentos ao longo dos nervos, têm um risco muito maior. Num estudo, **6** de **21** pessoas com tumor glômico na mão (**29%**) tinham neurofibromatose, contra **nenhuma** de **200** pessoas com cisto sinovial no punho; a razão de chances foi de **168** [10]. Uma ponta de dedo dolorosa em alguém com neurofibromatose merece uma investigação cuidadosa à procura de um tumor glômico.

O QUE A REMOÇÃO CONSEGUE

A remoção completa cura a dor típica, geralmente de imediato. Numa série de **53** pessoas, todas tiveram alívio no dia seguinte à cirurgia [11]. Num estudo francês menor, que acompanhou as pessoas por mais de **10 anos**, a dor havia desaparecido em **91%** [12]. A recorrência após a remoção é incomum, de cerca de **3 a 7%** nas séries modernas maiores [1] [13], e é abordada com mais detalhes na página da cirurgia.

O QUE ISSO SIGNIFICA PARA VOCÊ

- Um ponto pequeno e muito sensível na ponta do dedo, que dói no frio, merece ser identificado cedo. O diagnóstico costuma passar despercebido por anos.
- Os testes do exame físico importam tanto quanto o exame de imagem. Uma ressonância magnética normal não descarta um tumor pequeno quando a história é compatível.
- A remoção é o único tratamento que cura, e o alívio geralmente é imediato.
- Se a dor voltar mais tarde, muitas vezes trata-se de um segundo tumor pequeno, e vale a pena repetir a ressonância magnética.

REFERÊNCIAS

[1] Jabir S, Rodrigo T, Petkar M, Iwuagwu F. Glomus tumours of the upper limb and hand. A clinicopathological review of cases over two decades. J Hand Surg Eur Vol. 2021;47(4):419-20. https://doi.org/10.1177/17531934211049632

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[2] Lee WQ, Li Y, Yeo NEM. Glomus tumour: an institutional experience of 31 cases. J Orthop Surg Res. 2023;18(1):741. https://doi.org/10.1186/s13018-023-04234-1

[3] Mravic M, LaChaud G, Nguyen A, Scott MA, Dry SM, James AW. Clinical and histopathological diagnosis of glomus tumor: an institutional experience of 138 cases. Int J Surg Pathol. 2015;23(3):181-8. https://doi.org/10.1177/1066896914567330

[4] Giele H. Hildreth's Test is a Reliable Clinical Sign for the Diagnosis of Glomus Tumours. J Hand Surg Br. 2002;27(2):157-8. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0724

[5] Bhaskaranand K, Navadgi BC. Glomus Tumour of the Hand. J Hand Surg Br. 2002;27(3):229-31. https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0746

[6] Al-Qattan MM, Al-Namla A, Al-Thunayan A, Al-Subhi F, El-Shayeb AF. Magnetic Resonance Imaging in the Diagnosis of Glomus Tumours of the Hand. J Hand Surg Br. 2005;30(5):535-40. https://doi.org/10.1016/j.jhsb.2005.06.009

[7] Trehan SK, Athanasian EA, DiCarlo EF, Mintz DN, Daluiski A. Characteristics of Glomus Tumors in the Hand Not Diagnosed on Magnetic Resonance Imaging. J Hand Surg Am. 2015;40(3):542-5. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.002

[8] Maxwell GP, Curtis RM, Wilgis ES. Multiple digital glomus tumors. J Hand Surg Am. 1979;4(4):363-7. https://doi.org/10.1016/s0363-5023(79)80076-3

[9] Gandhi J, Yang SS, Hurd J. The Anatomic Location of Digital Glomus Tumor Recurrences. J Hand Surg Am. 2010;35(6):986-9. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2010.02.019

[10] Harrison B, Moore AM, Calfee R, Sammer DM. The Association Between Glomus Tumors and Neurofibromatosis. J Hand Surg Am. 2013;38(8):1571-4. https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2013.05.025

[11] Madhar M, Bouslous J, Saidi H, Fikry T, Schuind F. Which approach is best for subungual glomus tumors? Transungual with microsurgical dissection of the nail bed or periungual? Chir Main. 2015;34(1):39-43. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.09.006

[12] Faisan Smilevitch D, Chaput B, Grolleau J, Rongieres M, Mansat P. Improvement in quality of life after surgery for glomus tumors of the fingers. Chir Main. 2014;33(5):330-5. https://doi.org/10.1016/j.main.2014.07.001

[13] Kim YJ, Kim DH, Park JS, Baek JH, Kim KJ, Lee JH. Factors affecting surgical outcomes of digital glomus tumour: a multicentre study. J Hand Surg Eur Vol. 2018;43(6):652-8. https://doi.org/10.1177/1753193418774176

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au