



CARTAS - CASO CLÍNICO

Glomangiossarcoma resultante de lesão traumática no cotovelo ☆☆☆

Prezado Editor,

Tumores glômicos (TG) se originam das células glômicas, presentes em derivações arteriovenosas localizadas na derme reticular,¹ e são categorizados como benignos, de comportamento incerto e malignos (TGM) com base em características clinicopatológicas.² Os TGM, constituindo menos de 1% dos casos, exibem invasão local agressiva, tendência à recorrência após excisão e metástase à distância ocasionalmente.^{1,3} TGM são ainda subclassificados em TG localmente infiltrativos, glomangiossarcoma (GS) resultante de TG benignos e GS *de novo*.^{1,4,5}

O presente caso descreve paciente feminina, de 53 anos, com histórico médico de osteoartrite de joelho, intolerância à glicose, obesidade, asma e hipotireoidismo. A paciente relatou a ocorrência de acidente cortante com vidro na parte externa do antebraço direito, evoluindo com dor neuropática intensa durante o primeiro ano. Dois anos depois, relatou aumento de volume na referida área, muito sensível à palpação e associado a hemorragia espontânea. O exame físico mostrou tumor multilobulado, firme, doloroso, pulsátil, de coloração marrom-acinzentada, medindo 10 × 6 cm, bem delimitado, com tonalidade violácea, na superfície extensora do antebraço direito (fig. 1 A-B). O estudo com Doppler mostrou massa caracterizada por alta densidade arterial que invadia o tecido cutâneo e subcutâneo até a fáscia superficial. A histopatologia de biópsia incisional revelou GS. O PET scan não revelou disseminação à distância. O tumor foi excisado com margens de 3 cm até a profundidade da fáscia muscular subjacente e foi realizada dissecação dos linfonodos axilares. A histopatologia mostrou tumor dérmico e hipodérmico bem circunscrito, composto por células com citoplasma eosinofílico, núcleos pleomórficos, nucléo-

los proeminentes, mitoses atípicas e alto índice mitótico (nove mitoses/dez campos de grande aumento; fig. 2 A-B). A imunohistoquímica foi positiva para actina de músculo liso (fig. 2C) e negativa para CD31, CD34, S100 e citoqueratina. Ki67 foi positivo em 20% das células tumorais.

A maioria dos TG é neoplasia benigna que se desenvolve na derme ou no tecido subcutâneo de regiões distais das extremidades;⁵ 80% estão localizados nas extremidades superiores, e são especialmente comuns na região subungueal.⁶ A maioria se apresenta como nódulos dolorosos, solitários e de crescimento lento.¹ TGM são ocorrência rara, caracterizadas na histopatologia por atipia nuclear, necrose e alto índice mitótico.^{1,7} Gould et al. subclassificaram os TGM em três categorias com base em suas características histopatológicas: TG localmente infiltrativos, que são idênticos aos TG, exceto por seu crescimento infiltrativo; GS resultantes de TG benignos, que surgem em TG preexistentes e exibem pleomorfismo nuclear e mitoses; e GS *de novo*, que são tumores com alto índice mitótico, mas sem semelhança histopatológica com TG benigno.⁸ A maioria dos GS surge de um TG preexistente, em ampla faixa etária de 20 a 80 anos, sem predileção por gênero, predominantemente nos membros superiores e inferiores.^{1,2,8} Na histopatologia, o GS é composto de células uniformes, redondas ou ovais, com citoplasma eosinofílico, numerosos espaços vasculares e pleomorfismo celular associado a mitoses frequentes, características ausentes no TG benigno.¹ Em estudos imuno-histoquímicos, as células glômicas malignas exibem positividade para vimentina, actina de músculo liso e actina específica do músculo.^{1,3,7} Em contraste, esses tumores são negativos para marcadores como desmina, citoqueratina, CD34 e proteína S100.⁷ Os TGM exibem comportamento localmente invasivo, tendência à recorrência após a excisão e geralmente não metastatizam.^{1,5,8} O potencial metastático correlaciona-se com localização profunda, tamanho superior a 2 cm, presença de mitoses atípicas ou a combinação de atipia nuclear e atividade mitótica de grau moderado a elevado.¹⁻³ A excisão local ampla com margens cirúrgicas negativas é o tratamento primário. Como metástases são raras, existe pouca literatura sobre o tratamento de doença recorrente e metastática.¹

Em conclusão, o GS apresenta riscos de metástases, particularmente em tumores profundos, grandes e com presença de mitoses atípicas. A excisão cirúrgica ampla é crucial para prevenir a recorrência.

DOI referente ao artigo:

<https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.05.010>

☆ Como citar este artigo: Lobos N, Pereira MJ, Stevenson M, Hartmann D, Darlic V, Castro A. Glomangiossarcoma arising from traumatic lesion in the elbow. *An Bras Dermatol.* 2025;100. <https://doi.org/10.1016/j.abd.2024.05.010>.

☆☆ Trabalho realizado na Clínica Alemana, Santiago, Chile.

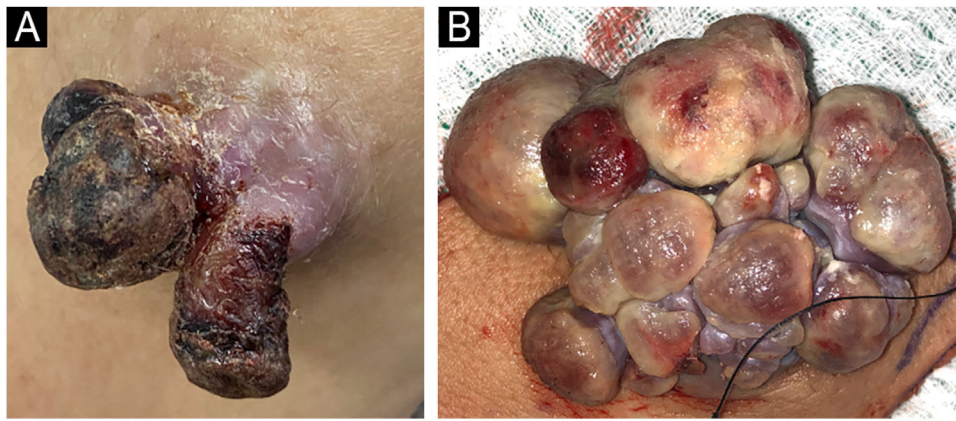


Figura 1 (A) Imagem clínica de tumor exofítico primário localizado no cotovelo esquerdo, com crosta hemorrágica na superfície com um mês de evolução. (B) Imagem clínica mostrando aspecto multilobulado do tumor primário após quatro meses de rápido crescimento.

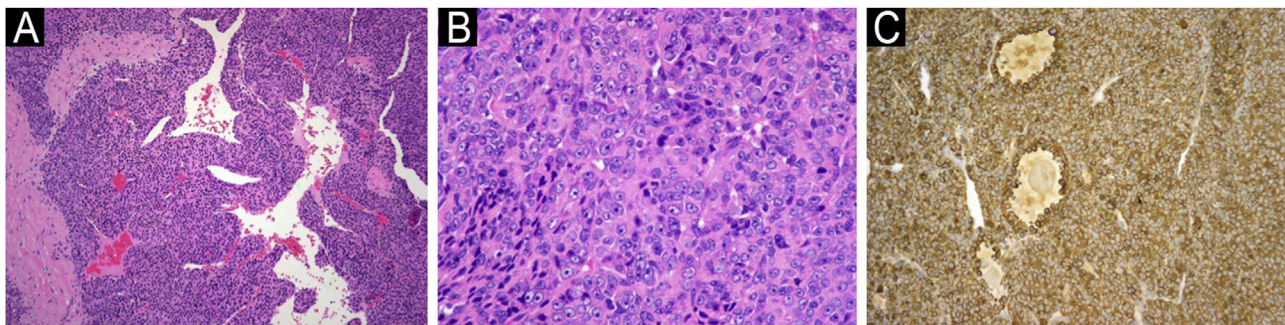


Figura 2 (A) Na histopatologia, em pequeno aumento, a neoplasia consiste em células redondas ao redor de espaços vasculares (Hematoxilina & eosina, 40 \times). (B) Em maior aumento as células glômicas são atípicas com núcleos pleomórficos e nucléolos proeminentes. Numerosas mitoses estão presentes (Hematoxilina & eosina, 200 \times). (C) As células tumorais são positivas para actina (Actina anti-músculo liso, 100 \times).

Suporte financeiro

Nenhum.

Contribuição dos autores

Nelson Lobos: Aprovação da versão final do manuscrito; revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

María José Pereira: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Macarena Stevenson: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Dan Hartmann: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Valentina Darlic: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.

Alex Castro: Revisão crítica da literatura; revisão crítica do manuscrito; elaboração e redação do manuscrito.







Conflito de interesses

Nenhum.

Referências

- Maselli AM, Jambhekar AV, Hunter JG. Glomangiosarcoma arising from a prior biopsy site. *Plast Reconstr Surg Glob Open*. 2017;5:e1219.
- Folpe AL, Fanburg-Smith JC, Miettinen M, Weiss SW. Atypical and malignant glomus tumors: analysis of 52 cases, with a proposal for the reclassification of glomus tumors. *Am J Surg Pathol*. 2001;25:1–12.
- Kayal JD, Hampton RW, Sheehan DJ, Washington CV. Malignant glomus tumor: a case report and review of the literature. *Dermatol Surg*. 2001;27:837–40.
- Brathwaite CD, Poppiti RJ Jr. Malignant glomus tumor. A case report of widespread metastases in a patient with multiple glomus body hamartomas. *Am J Surg Pathol*. 1996;20:233–8.
- Watanabe K, Sugino T, Saito A, Kusakabe T, Suzuki T. Glomangiosarcoma of the hip: report of a highly aggressive tumour with widespread distant metastases. *Br J Dermatol*. 1998;139:1097–101.
- Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Key diagnostic features and treatment of subungual glomus tumor. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:875–82.
- Rkiba Z, Rafai M, Rajaallah A, Elkassimi C, Garch A. Malignant glomus tumor of the foot. Case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021;79:413–6.
- Gould EW, Manivel JC, Albores-Saavedra J, Monforte H. Locally infiltrative glomus tumors and glomangiosarcomas. A clinical

cal, ultrastructural, and immunohistochemical study. *Cancer*. 1990;65:310-8.

Nelson Lobos ^{a,b,c,*}, María José Pereira ^c,
Macarena Stevenson ^c, Dan Hartmann ^d,
Valentina Darlic ^e e Alex Castro ^f

^a *Departamento de Dermato-Oncología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile*

^b *Departamento de Dermatología, Faculty of Medicine, Universidad de Chile, Santiago, Chile*

^c *Departamento de Dermatología, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

^d *Faculty of Medicine, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile*

^e *Faculty of Medicine, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

^f *Departamento de Patología, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile*

* Autor para correspondência.

E-mail: nelsonlobosguede@gmail.com (N. Lobos).

Recebido em 4 de abril de 2024; aceito em 14 de maio de 2024