



## Caso clinico: Tumore glomico della mano

Morena Ottaviani

*Dir. San. C.M.R. Centro Medico Riabilitativo di Casarza Ligure (GE)*

Il tumore glomico delle dita è un amartoma che rappresenta il 5%-10% dei tumori dei tessuti molli della mano. Si tratta di una neoformazione benigna che colpisce il glomo, ovvero la struttura vascolare che mette in comunicazione un'arteria con una vena all'interno del tessuto connettivo del derma e nel 50% dei casi si sviluppa nel letto ungueale.

La localizzazione sub-ungueale è frequente e di solito il tumore è solitario e non recidiva a seguito della asportazione chirurgica.

Sembrirebbe prevalere nel sesso femminile per cause non note.

Dal punto di vista clinico, spesso non si rileva alcuna alterazione visibile ad occhio nudo; talora si apprezza un'area discromica sull'unghia e/o una deformità dell'unghia.

Caratteristica del tumore glomico è l'intenso dolore che provoca al paziente: la sintomatologia inizialmente è determinata dalla pressione più o meno intensa, ma col tempo può evolvere e presentarsi anche spontaneamente. Il dolore può col tempo estendersi alla mano, e all'avambraccio, e risulta decisamente invalidante. L'esame obiettivo consente di vedere la triade classica composta da dolore intenso, dolorabilità dei punti e sensibilità al freddo.

La diagnosi è clinica. Il Test di Love è tra le più significative manovre di semeiotica e consiste nella risposta dolorosa allo stimolo della formazione con uno spillo o la punta di una penna. Anche il test di Hildreth è un segno clinico affidabile per la diagnosi dei tumori del glomo: viene eseguito sollevando il braccio del paziente per "dissanguarlo"; a questo punto si gonfia un laccio emostatico a 250 mmHg e si palpa il tumore; il dolore e la dolorabilità dovrebbero essere ridotti. Il test risulta positivo quando il rilascio della cuffia provoca un'improvvisa comparsa di dolore e dolorabilità nell'area del tumore.

Radiograficamente non sempre visibile, potrebbe essere visualizzato in corso di indagine ecografica; l'esame RM consente di visualizzare la lesione in modo piuttosto inequivocabile.

Il trattamento è esclusivamente chirurgico e consiste nell'escissione della lesione.



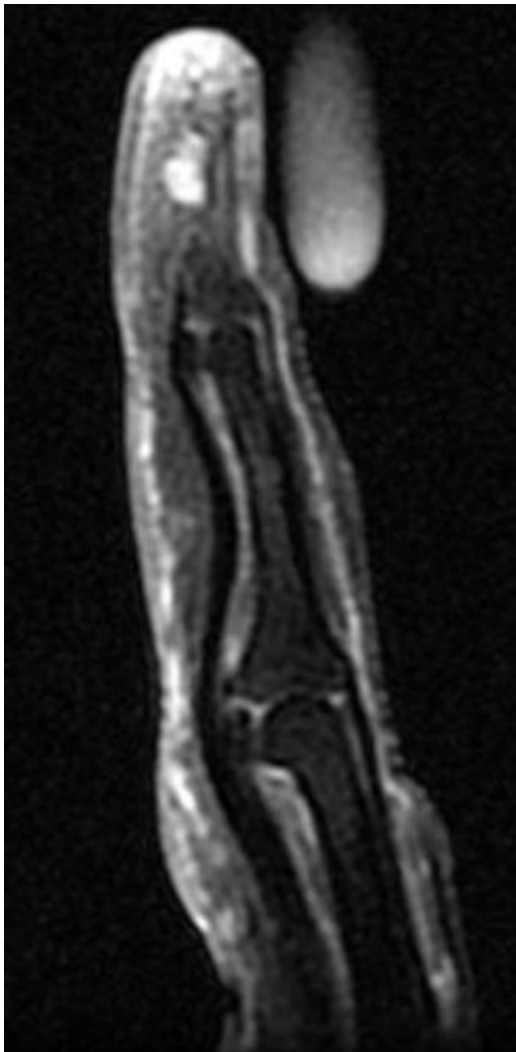
Il tumore può recidivare nel 20% dei casi. È presente anche una variante maligna anche se in rari casi: si tratta a tutti gli effetti di un tumore maligno a basso grado con tendenza alla recidiva locale, sebbene siano state segnalate metastasi.

### CASO CINICO

Una paziente di 53 anni in buone condizioni di salute si presenta in studio riferendo un intenso dolore all'unghia del IV dito della mano sinistra, che persiste da oltre 10 anni. La sintomatologia algica si presenta col freddo ed alla minima pressione; anche il minimo sfioramento dell'area determina vivo dolore. La Signora specifica e puntualizza che *“è proprio quel punto lì dell'unghia”* che fa male, solo ed esclusivamente in un punto specifico che indica sull'unghia. La paziente ha effettuato diversi accertamenti tra cui una capillaroscopia, tutti con esito negativo.

All'esame obiettivo, in corrispondenza del punto doloroso localizzato nell'angolo infero-mediale dell'unghia, appare una piccola area delle dimensioni di una capocchia di spillo, di colore biancastro, estremamente dolente alla minima palpazione. Ovviamente il test di Love risulta positivo.

Viene eseguita una RM che evidenzia la lesione confermando così il sospetto diagnostico e si invia la paziente dal chirurgo ortopedico della mano.



### EPILOGO

Ormai più di 30 anni fa, nel sostenere l'esame universitario di Chirurgia della mano presso l'Ospedale San Gerardo di Monza, il compianto Prof. Edoardo Carlo Marinoni (1947-2008) mi fece quella che lui stesso definì *“la domanda per ottenere la lode”* nella mia valutazione. Mi chiese di identificare quel tumore della mano responsabile di un dolore talmente intenso ed esasperante che il paziente poteva giungere al punto di chiedere l'amputazione del dito coinvolto.

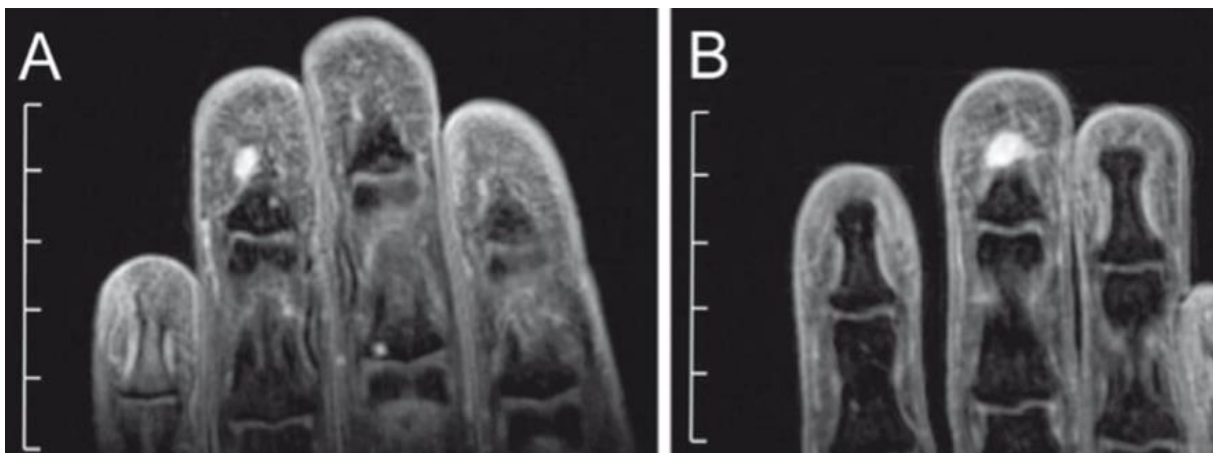
Allora non seppi rispondere (a mia discolpa posso solo dire che non ne avevo mai sentito parlare e che sul testo utilizzato nella preparazione dell'esame non veniva citato) e la lode svanì, con un certo *“disappunto”* da parte mia.



A distanza di 30 anni, tuttavia, quella lode mancata mi ha consentito di diagnosticare una rara ma invalidante patologia, e l'estrema gratitudine da parte della paziente mi ha compensato molto più di quanto avrebbe potuto la lode.

Al Prof. Marinoni, ovunque egli si trovi in questo momento, possa invece giungere il mio personale ringraziamento per avermi reso un Medico migliore proprio negandomi la lode per una domanda così pignola.

Possa questo aneddoto essere di aiuto tutti a coloro che, quando vengono respinti ad un esame o criticati in un contesto lavorativo, ne vedono solo l'aspetto negativo e non sanno cogliere l'arricchimento che anche una risposta negativa può dare in un percorso formativo.



## BIBLIOGRAFIA

Tomak Y, Akcay I, Dabak N, Eroglu L. Tumori del glomo subungueale della mano: diagnosi e trattamento di 14 casi. *Scand J Plast Reconstr Surg Mano Surg.*2003;37:121–4.

Love JG., “Glomus tumors: diagnosis and treatment”. *Proc. Staff. Meet, Mayo Clin.* 1944;19:113–6

R. Hazani, J. M. Houle, M. L. Kasdan, B. J. Wilhelmi, “Tumori del glomo della mano”, *Eplastic*, 2008; 8: e48.

Matloub HS, Mouneke VN, Prevel CD, Sanger JR, Yousif NH. Imaging del tumore del glomo: uso della risonanza magnetica per la localizzazione di lesioni occulte. *J Hand Surg [Am]* 1992; 17 :472–5.