

Tumor glômico gástrico

Gastric glomus tumor

Samuel **RABELLO**¹, Regis Vilela **LEAL**¹, Fábio **YONAMINE**¹, Rodrigo Francisco Pintel **CRUZ**¹, Juliano **RABELLO**¹, Osvanio Salomão **PIMENTA**³, Jurandir Marcondes **RIBAS-FILHO**², Ronaldo Mafia **CUENCA**⁴, Orlando Jorge Martins **TORRES**⁵, Nelson Adami **ANDREOLLO**⁶

DESCRIPTORES: Tumor glômico gástrico. Diagnóstico. Cirurgia.
KEYWORDS: Gastric glomus tumor. Diagnosis. Surgery.

INTRODUÇÃO

O tumor glômico é lesão neoplásica mesenquimal do tipo vascular benigna, geralmente única, que se origina da modificação das células do músculo liso do corpo glômico.¹ Esta estrutura é formada por rede de anastomose arteriovenosa, onde as arteríolas perdem a lâmina elástica interna, porém adquirem espessa camada de células musculares lisas modificadas (células glômicas), ricamente inervadas pelo sistema nervoso autônomo com importante função na regulação do fluxo sanguíneo local, temperatura e conservação de calor distribuída por toda a superfície corporal, em particular nos leitos ungueais, polpas digitais, palmas das mãos e plantas dos pés; existem relatos raros em traqueia, rins, fígado, pulmão, útero e estômago.²

RELATO DO CASO

Mulher de 37 anos foi atendida em Cuiabá, MT, Brasil, com queixas de dispepsia, cólicas epigástricas e plenitude pós-prandial há 2 meses, sem perda de peso. Foi submetida à endoscopia digestiva alta (Figura 1) apresentando abaulamento em transição corpoantral gástrica na grande curvatura, de provável origem extrínseca. A primeira biópsia endoscópica foi inconclusiva, apesar da realização de mucosectomia gástrica para janela de acesso. O resultado anatomopatológico foi sugestivo de lipoma. A seguir, nova biópsia por ecoendoscopia e avaliação imunoistoquímica com KI 67 e actina de músculo liso mostraram-se positivas, e compatíveis com tumor glômico gástrico. Ela foi submetida à antrectomia videolaparoscópica com reconstrução tipo Y-de-Roux (Figuras 2A e 2B), recebendo alta 26 h após o procedimento cirúrgico. Resultado anatomopatológico e imunoistoquímico foram compatíveis com tumor glômico gástrico e as margens de ressecção estavam livres. Continua recebendo acompanhamento ambulatorial.

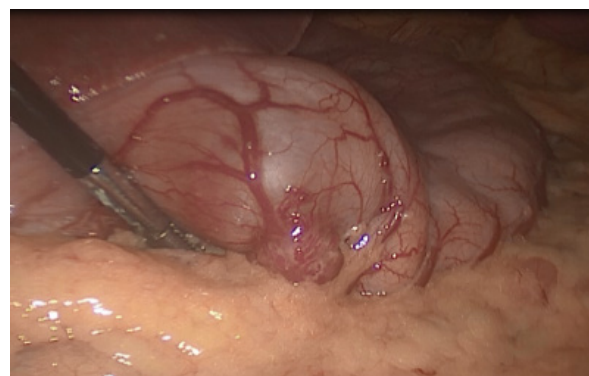


FIGURA 1 - Imagem intraoperatória da tumoração em antro gástrico

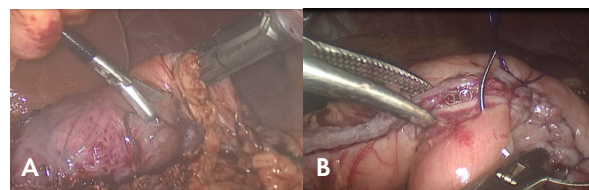


FIGURA 2 - A) Secção proximal do antro gástrico; B) gastroenteroanastomose

DISCUSSÃO

Descritos em 1948 por De Busscher, tumores glômicos eram considerados lesões benignas³, e atualmente são classificados como tumores mesenquimais com potencial de malignização⁴ tendo sido relatados diversos casos de metástase.^{5,6} O sítio gástrico é particularmente raro, constituindo aproximadamente 1% os tumores mesenquimais gástricos⁷ e nas séries publicadas, habitualmente cursam com hemorragia digestiva alta e sintomas dispépticos⁸, sendo idênticos histopatologicamente aos tumores glômicos de partes moles.^{9,10} O diagnóstico diferencial é com tumores estromais gastrointestinais (GIST), subtipo epitelióide, bem como linfoma gástrico, tumor carcinoide e

paraganglioma. Todos foram excluídos na paciente com base na imunoistoquímica (expressão para actina do músculo liso nas células neoplásticas IH14-00019).

O seu diagnóstico pré-operatório é desafiador e requer abordagem complexa. Na tomografia computadorizada sem contraste, se manifesta como massa submucosa bem circunscrita com densidade homogênea e pode conter pequenas partículas de calcificação. Após a administração do meio de contraste, esses tumores demonstram forte realce na fase arterial persistente na fase venosa portal.¹¹ Por outro lado, a densidade dos GISTs é menor, e não exibem aumento prolongado na fase tardia.¹² As características na ecoendoscopia são heterogêneas, hipo ou hiperecogênicas, e massas hipervasculares com pontos hiperecogênicos¹³ importante na avaliação do fluxo sanguíneo tumoral. Na ressonância nuclear magnética, os tumores glômicos gástricos são marginalmente hipointensos em T1, ligeiramente hiperintensos em T2 e hipervasculares. Além disso, exibem realce persistente após a administração de contraste. Imunoistoquímica é ferramenta diagnóstica preferida, pela qual células tumorais pequenas, uniformes e arredondadas, que circundam os capilares, são fortemente positivas para SMA, mientina, calponina, colágeno tipo IV e laminina.¹⁴

A aspiração com agulha fina pode distinguir esses tumores dos gástricos, evitando a ressecção cirúrgica extensa, particularmente nos maiores.^{15,16,17} Porém, essa aspiração também pode diagnosticar incorretamente tumores glômicos como sendo leiomiomas ou neuroendócrinos bem diferenciados.¹⁸

Kang G, et al.¹⁹ concluíram que ressecção cirúrgica completa é o tratamento ideal para lesões únicas, embora a gastrectomia subtotal tenha sido proposta para tumores suspeitos de malignidade.²⁰ Visando minimizar a resposta inflamatória e o trauma cirúrgico, e devido à natureza benigna e o tamanho mediano pequeno (variando entre 2-3 cm²¹) dos tumores glômicos, permite-se sua exérese por ressecção laparoscópica em cunha¹² ou submucosa endoscópica em casos selecionados¹⁹ onde a lesão não é próxima ao piloro, ou ao longo da pequena curvatura.⁷

Como mensagem final, os tumores glômicos gástricos são neoplasias de origem mesenquimal, solitários e raros, cujo diagnóstico pré-operatório é desafiador. Embora os achados de imagem auxiliem, o diagnóstico exato depende do exame histopatológico e imunoistoquímico. A ressecção local por procedimento laparotômico ou laparoscópico é geralmente a terapia mais eficiente, embora a ressecção endoscópica possa ser outro tratamento eficaz.

Afilição dos autores:

¹Departamento de Medicina, Centro Universitário de Várzea Grande - UNIVAG, Cuiabá, MT, Brasil;

²Colégio Brasileiro de Cirurgia Digestiva, São Paulo, SP, Brasil;

³Hospital São Mateus, Cuiabá, MT, Brasil;

⁴Centro de Clínica Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, Universidade de Brasília, DF, Brasil;

⁵Departamento de Medicina II, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, Brasil;

⁶Departamento de Cirurgia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas – UNICAMP, Campinas SP, Brasil.

Correspondência:

Samuel Rabello

Email: samuel_rabello@yahoo.com.br

Conflito de interesse: Nenhum

Financiamento: Nenhum

Como citar:

Rabello S, Leal RV, Yonamine F, Cruz RFP, Rabello J, Pimenta OS, Ribas-Filho JM, Cuenca RM, Torres OJM, Andrealla NA. Tumor glômico gástrico. *BioSCIENCE* 2023; 81(2):133-134

Contribuição dos autores

Conceituação: Samuel Rabello

Análise formal: Rodrigo Francisco Pintel Cruz

Investigação: Regis Leal, Fábio Yonamine

Metodologia: Samuel Rabello, Osvaldo Salomão Pimenta

Redação (esboço original): Regis Leal, Juliano Rabello

Redação (revisão e edição): todos os autores

Recebido em: 27/03/2023

Aceito em: 22/04/2023

REFERÊNCIAS

1. Nazerani S, Motamedi MH, Keramati MR. Diagnosis and management of glomus tumors of the hand. *Tech Hand Up Extrem Surg*. 2010; 14(1):8-13.
2. Kang G, Park HJ, Kim JY, et al. Glomus tumor of the stomach: A clinicopathologic analysis of 10 cases and review of the literature. *Gut Liver*. 2012; 1:52-7.
3. G. De Busscher. Les anatomoses arterioveineuses de l'estomac: An ultrastructural study. *Acta Neurol Morphol*. 1948; 6:87-105
4. Chen KB, Chen KB: Glomus tumor in the stomach: A case report and review of the literature. *Oncol Lett* 7: 1790-1792, 2014
5. Song SE, Lee CH, Kim KA, et al. Malignant glomus tumor of the stomach with multiorgan metastases: report of a case. *SurgToday*. 2010; 40:662-667.
6. Bray AP, Wong NA, Narayan S. Cutaneous metastasis from gastric glomus tumour. *ClinExpDermatol*. 2019; 34:e719-e721. .
7. Thambi R, Sheeja S, Joseph CP, et al. Gastric glomus tumor: a brief report. *Indian J PatholMicrobiol*. 2014; 57:509-10.
8. Tsuneyoshi M, Enjoji M. Glomus tumor: a clinicopathologic and electron microscopic study. *Cancer* 1982; 50: 1601-7
9. Miettinen M, Lehto VP, Virtanen I. Glomus tumor cells: evaluation of smooth muscle and endothelial cell properties. *VirchowsArch B CellPathol* 1983; 43: 139-49.
10. Porter PL, Bigler SA, McNutt M, et al. The immunophenotype of hemangiopericytomas and glomus tumors, with special reference to muscle protein expression: an immunohistochemical study and review of the literature. *ModPathol* 1991; 4: 46-52
11. Vassiliou I, Tympa A, Theodosopoulos T, et al: Gastric glomus tumor: a case report. *World J SurgOncol*. 8:2010
12. Baek YH, Choi SR, Lee BE et al. Gastric glomus tumor: analysis of endosonographic characteristics and computed tomographic findings. *DigEndosc*. 2013; 25:80-83.
13. Chou KC, Yang CW, Yen HH: Rare gastric glomus tumor causing upper gastrointestinal bleeding, with review of the endoscopic ultrasound features. *Endoscopy*. 2010; 42:E58-E59.
14. Fang HQ, Yang J, Zhang FF, et al. Clinicopathological features of gastric glomus tumor. *World J Gastroenterol*. 2010; 16:4616-4620.
15. Vinette-Leduc D, Yazdi HM. Fine-needle aspiration biopsy of a glomus tumor of the stomach. *DiagnCytopathol*. 2001; 24:340-342.
16. Debol SM, Stanley MW, Mallery S, et al. Glomus tumor of the stomach: cytologic diagnosis by endoscopic ultrasound-guided fine-needle aspiration. *DiagnCytopathol*. 2003; 28:316-321.
17. Huang CC, Yu FJ, Jan CM, et al. Gastric glomus tumor: a case report and review of the literature. *Kaohsiung J MedSci*. 2010; 26:321-326.
18. Vassiliou I, Tympa A, Theodosopoulos T, et al. Gastric glomus tumor: a case report. *World J Surg Oncol*. 2010; 8:19.
19. Xu M, Jiang XM, He YL, Zhang YL, Xu MD, Yao LQ. Glomus tumor of the stomach: a case treated by endoscopic submucosal dissection. *Clin Res Hepatol Gastroenterol*. 2011; 35(4):325-328. .
20. Lee HW, Lee JJ, Yang DH, Lee BH. A clinicopathologic study of glomus tumor of the stomach. *J Clin Gastroenterol*. 2006; 40(8):717-720. .
21. Miettinen M, Paal E, Lasota J, Sobin LH. Gastrointestinal glomus tumors: a clinicopathologic, immunohistochemical, and molecular genetic study of 32 cases. *Am J Surg Pathol*. 2002; 26(3):301-311.