

Tumor glómico extradigital, una causa inusual de dolor abdominal crónico: reporte de caso

Extradigital glomus tumor, an unusual cause of chronic abdominal pain: case report

JORGE JULIÁN MENDOZA-ANGUILA*, MD; JUAN DAVID FIGUEROA-CUESTA**, MD; MARÍA CAMILA LARRAÑAGA-GUTIÉRREZ DE PIÑERES***, MD; JUAN CARLOS HERNÁNDEZ-RODRÍGUEZ****, JOSÉ DANIEL VILLEGAS MESA*****, MD

Palabras clave: tumor glómico, glomangioma, pared abdominal, dolor crónico, diagnóstico diferencial.

Key words: glomus tumor, glomangioma, abdominal wall, chronic pain, diagnosis, differential.

Resumen

Introducción: a pesar de la baja incidencia, la presentación clínica típica de los tumores glómicos digitales permiten un diagnóstico adecuado en el 90% de los casos. Sin embargo, las presentaciones extra digitales son un reto diagnóstico y en ocasiones implica la realización de estudios, manejo médico fallido, retrasos en el diagnóstico y/o diagnósticos erróneos. Por lo tanto, es importante conocer la presentación y forma de manejo de los tumores glómicos con localización atípica.

Presentación del caso: se presenta un paciente con dolor abdominal de 2 años de evolución, en epigastrio, con características lancinantes asociado a deterioro de la calidad de vida. No tenía hallazgos a la inspección física, pero presentaba generación del dolor a la palpación. Se enfocó como dispepsia e isquemia miocárdica, sin embargo, se descartaron estos diagnósticos. Una tomografía de abdomen reportó una lesión nodular de 3x5 mm subcutánea epigástrica. Se estableció el diagnóstico de tumor glómico y fue llevado a resección quirúrgica con mejoría inmediata.

Conclusión: los tumores glómicos pueden localizarse en cualquier parte del cuerpo. Es importante conocer la presentación clínica típica para facilitar su diagnóstico, cuando es diagnosticado el tratamiento curativo es la escisión quirúrgica y rara vez se presentan recurrencias.

Abstract

Introduction: despite the low incidence, the typical clinical presentation of digital glomus tumors allows an accurate diagnosis in 90% of cases. However, extradigital presentations represent a diagnostic challenge which can induce failure in medical management, diagnostic delays, and/or misdiagnoses, often requiring additional workup studies. Hence, it is crucial to understand the presentation and management of glomus tumors in atypical locations.

Case presentation: it is presented a patient with a two-year history of sharp epigastric abdominal pain associated with a reduced quality of life. There was not significant findings at physical, except for pain reproduction upon palpation. Initial focus was on dyspepsia and myocardial ischemia, which were ruled out. Abdominal CT imaging revealed a 3x5 mm subcutaneous epigastric nodular lesion. A diagnosis of a glomus tumor was established, and the patient underwent surgical resection, leading to immediate improvement.

Conclusion: glomus tumors can occur anywhere in the body. Recognizing their typical clinical presentation is essential to facilitate diagnosis. When identified, surgical excision is a curative treatment, and recurrences are rare.

Introducción

Un tumor glómico es un tumor benigno del aparato neuromioarterial¹; el cuerpo glómiconormal es una forma especializada de anastomosis arteriovenosa que participa en la termorregulación y control de la presión arterial, modificando el flujo sanguíneo en la piel,

se localiza en el estrato reticular de la dermis^{2,3}. El tumor glómico es casi siempre un nódulo dérmico solitario, principalmente localizado en las zonas subungueales de los dedos de las manos. Los tumores

Recibido para publicación: enero 26 de 2025

Revisado: julio 30 2025

* Residente de cirugía plástica. Sección de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Facultad de medicina, Universidad de Antioquia. <https://orcid.org/0000-0001-8392-5778>

** Cirujano de mama y tejido blandos. Servicio de Cirugía de mama y tejidos blandos, Hospital Pablo Tobón Uribe. <https://orcid.org/0000-0003-1532-1184>

*** Médica general, Universidad Javeriana de Cali. <https://orcid.org/0009-0009-4931-8195>

**** Estudiante de Medicina. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. <https://orcid.org/0000-0002-1753-3984>

***** Residente de cirugía plástica. Sección de Cirugía plástica, reconstructiva y estética. Facultad de medicina, Universidad de Antioquia. <https://orcid.org/0000-0002-9726-0911>

glómicos son infrecuentes, se estima que sean el 1,6% de los tumores de tejidos blandos, afectando a ambos sexos por igual².

La presentación clínica de los tumores glómicos no se relaciona a su tamaño, se caracteriza por paroxismos de dolor intenso y desproporcionado, que se desencadena por la estimulación táctil y cambios de temperatura, especialmente la exposición al frío².

Aunque no se ha comprendido completamente la fisiopatología del dolor, se han encontrado fibras nerviosas que contienen sustancia P inmunorreactiva (péptido asociado con el dolor) en los tumores glómicos, lo que sugiere un rol de esta en la mediación del dolor². Las características clínicas específicas de los tumores glómicos digitales permiten un diagnóstico clínico acertado en el 90% de los casos; sin embargo, la localización extra digital es rara y representa un gran reto diagnóstico, asociado frecuentemente a imprecisiones en el mismo^{4,5}.

En la revisión exhaustiva de la literatura realizada, solo se encontraron 3 casos de tumores glómicos extradigitales con afectación de la pared abdominal^{6,7}. Por lo tanto, se reporta este caso con una clínica típica, llevado a resección quirúrgica y confirmado por histopatología. Es importante que los médicos conozcan la presencia de estos tumores en sitios inusuales para facilitar su diagnóstico y tratamiento oportuno.

Presentación del caso

Hombre de 42 años, comerciante, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Consultó por 2 años de dolor abdominal de alta intensidad en región epigástrica, tipo lancinante y en ocasiones urente. El dolor no tenía irradiación, ni asociación con la ingesta o demás síntomas gastrointestinales; sin embargo, empeoraba con el agua fría, al roce con las prendas de vestir, la palpación epigástrica y el decúbito prono. El paciente negó historia de trauma local.

A la exploración abdominal, el paciente presentaba dolor lancinante e intenso a la palpación epigástrica superficial, sin signos de abdomen agudo. El resto de la exploración física sin hallazgos anormales.

El paciente había consultado en múltiples oportunidades sin encontrarse la causa del dolor. Se obtuvieron reportes de bioquímica sanguínea; se realizó una ecografía

abdominal, esofagogastroduodenoscopia y ecocardiograma transtorácico, todo sin hallazgos patológicos. Fue tratado con analgésicos no esteroideos y con antiácidos con persistencia de la sintomatología. Por la poca respuesta clínica se realizó una tomografía de abdomen contrastada; al revisar las imágenes se observó una lesión hipodensa subcutánea de 2x3 mm en epigastrio, generando la sospecha de un tumor glómico por las características clínicas y la experiencia previa en el abordaje de esta neoplasia en extremidades. Ante este hallazgo, se plantea la realización de resección quirúrgica bajo anestesia general debido a la poca tolerancia a la palpación epigástrica para un abordaje con anestesia local. Para la localización, antes de la intervención quirúrgica se le pidió al paciente que se señalará el sitio exacto del dolor previa impregnación de tinta en el pulpejo del dedo del paciente, con lo que quedó marcado el sitio exacto. Se realizó resección amplia encontrando un nódulo subcutáneo característico (figura 1). La histopatología confirmó el diagnóstico (figuras 2 y 3). Posterior al tratamiento quirúrgico, el paciente presentó remisión completa de los síntomas.

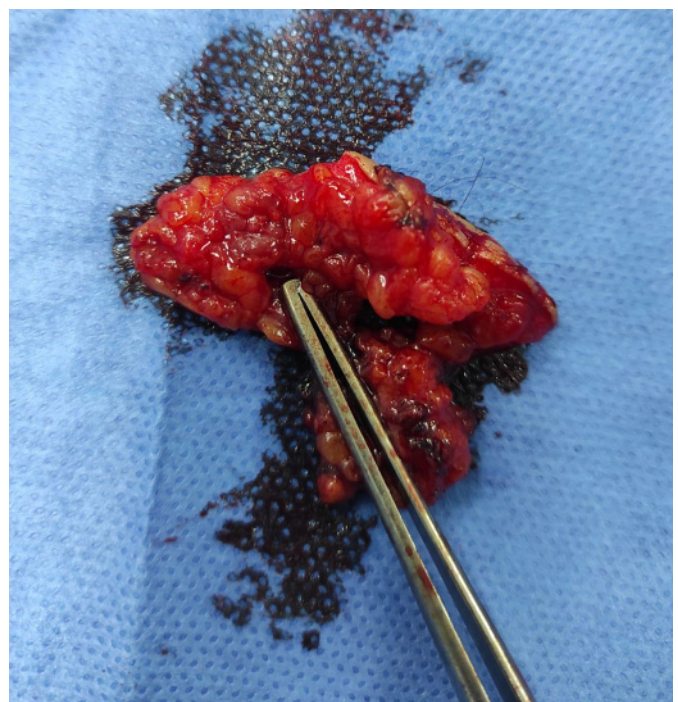


Figura 1. Nódulo subcutáneo reseccionado en el epigastrio, corresponde al sitio anatómico de dolor marcado por el paciente. Muestra enviada a patología con la cual se confirmó el diagnóstico de tumor glómico.

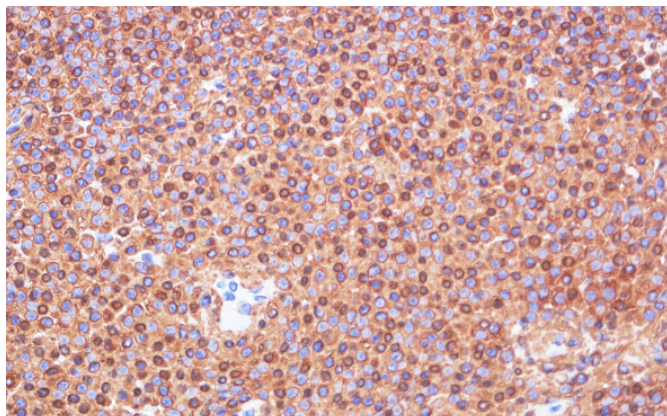


Figura 2. Inmunohistoquímica positiva para actina específica de músculo.

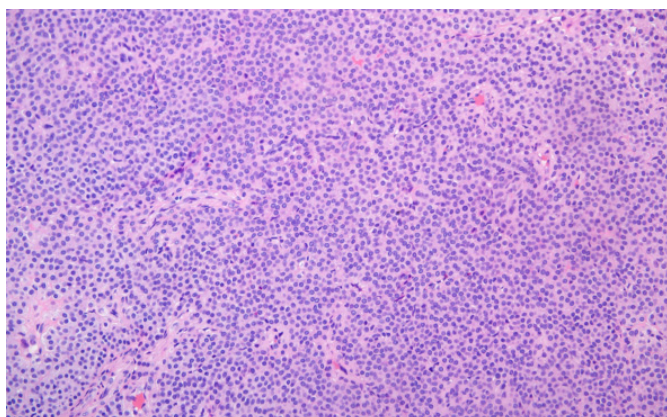


Figura 3. Láminas de células glómicas, redondas, con cromatina uniforme y actividad mitótica mínima.

Discusión

Los tumores glómicos son poco frecuentes y representan entre el 1% y el 5% de los tumores de la mano y entre el 25% al 75% se localizan en la región subungueal⁵. Aproximadamente el 60% de los casos de tumores glómicos extradigitales están localizados en la extremidad superior, y solo el 24% en el tronco³. Folpe et al, encontraron que la variante maligna (glomangiosarcoma) es excepcionalmente poco frecuente y representa menos del 1% de todos los tumores glómicos⁶. Diagnosticar de manera temprana y precisa tumores glómicos que se encuentran en áreas diferentes a la mano es difícil⁷.

Para el diagnóstico se debe tener en cuenta la historia clínica y el examen físico del paciente; existe una triada clínica con la que se podría sospechar el diagnóstico: la presencia de dolor paroxístico, gran sensibilidad al tacto

e intolerancia al frío⁸. No todos los pacientes presentan dicha triada, lo cual explica el retraso en el diagnóstico (hasta 15 años), que finalmente se confirma por histopatología y la remisión completa de los síntomas con el manejo quirúrgico⁵.

Según Tang et al, existen tres pruebas clínicas principales que ayudan a diagnosticar los tumores glómicos. (1) La prueba del alfiler: se usa una cabeza de alfiler para aplicar presión local; el punto en el que se registra un dolor intenso confirma el área afectada que contiene el tumor glómico, tiene una sensibilidad del 100% y especificidad del 0%⁵. (2) La prueba de Hildreth: se induce isquemia transitoria a lo largo del brazo usando un torniquete. Debido a la restricción temporal del suministro de sangre, se observaría una prueba positiva si el paciente experimenta una retirada leve o total del dolor del área afectada. Cuando se retira el torniquete, el paciente sentirá un regreso repentino del dolor. Tiene una sensibilidad de 77,4% a 92% y una especificidad del 91% a 100%, solo se puede realizar en lesiones ubicadas en las extremidades⁵. (3) La prueba de sensibilidad al frío: se aplica agua fría o un trozo de hielo en el área afectada, el paciente que experimente un aumento del dolor indicaría un resultado positivo. Esta prueba tiene una sensibilidad y especificidad del 100%^{5,9}.

Por todo lo anterior, se requiere un alto índice de sospecha clínica para establecer el diagnóstico de un tumor glómico extradigital, recordando que la clínica de dolor paroxístico prima, lo que no hace necesario realizar todas las pruebas, dado la incomodidad que estas pueden generar a los pacientes. La presentación clínica es suficiente para decidir un manejo quirúrgico, considerando la disminución en la calidad de vida de los pacientes y el pequeño tamaño de la neoplasia, por lo que no se requieren resecciones muy amplias. Sin embargo, ocasionalmente se requieren imágenes para localizarlos mejor, esto mediante ultrasonido, tomografía y/o resonancia magnética para el diagnóstico y ubicación precisa preoperatoria⁵.

La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección para el tumor glómico. La recurrencia de este es poco común y sugiere una escisión tumoral incompleta, por lo que han adquirido mayor relevancia clínica las imágenes diagnósticas preoperatorias^{5,10}.

En caso se presentó con dolor abdominal crónico sin etiología clara, inicialmente se sospecharon causas hepatobiliares, gastrointestinales y cardíacas, las cuales fueron descartadas a través de estudios imagenológicos, endoscópicos y bioquímicos. El paciente no mejoró al manejo con analgésicos y antiácidos. Además, la triada diagnóstica clásica estaba presente: paroxismos de dolor, empeoramiento con contacto de la vestimenta y a la exposición del agua fría durante el baño. La prueba de sensibilidad al frío fue positiva. La localización y tamaño del tumor se encontró como hallazgo accidental en la tomografía. El tratamiento fue la resección quirúrgica, permitiendo posteriormente la confirmación mediante el examen histopatológico. Posterior a la resección, se resolvieron los síntomas del paciente satisfactoriamente.

Conclusión

El tumor glómico es un tumor de tejidos blandos infrecuente, puede estar localizado en cualquier parte del cuerpo, incluso en la pared abdominal. Se puede plantear el diagnóstico una vez se hayan descartado causas agudas de dolor abdominal más frecuentes y teniendo en cuenta historia del dolor y triada clínica. Sin embargo, el diagnóstico definitivo es histopatológico. La escisión quirúrgica es el tratamiento curativo y la recurrencia es extremadamente rara. La singularidad de esta situación ha generado una mayor toma de conciencia acerca de la causa inusual del síndrome doloroso regional asociado con el tumor glómico de localización en pared abdominal.

Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado correctamente diligenciado por el paciente para la presentación del caso. Además, se contó con la aprobación del Comité de éti-

ca e investigación de la institución donde se encontraba el paciente.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Financiación

Este trabajo fue financiado con recursos propios de los autores. No hubo financiación externa de personas o instituciones para el desarrollo de este estudio.

Referencias

1. Sacks JM, Azari KK, Oates S, Chang DW. Benign and malignant tumors of the hand. In: Chang J ed. *Plastic Surgery Hand and Upper Extremity*. Volume 6. 3rd ed. Elsevier; 2012:311-332.
2. Enzinger y Weiss. Tumores de partes blandas. *Tumores perivasculares*, España, Elsevier Masson; 2021.
3. Alyaseen HN, Al Ghadeer HA, Al-Ghanim ME, Aljawad HH, Córdoba CR. *Extradigital Glomangioma of the Cutaneous Chest Wall*. <http://doi.org/10.7759/cureus.17910>. Cureus. 12 de septiembre de 2021.
4. Lee DW, Yang JH, Chang S, Won CH, Lee MW, Choi JH, et al. Clinical and pathological characteristics of extradigital and digital glomus tumours: a retrospective comparative study: Extradigital glomus tumours. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*. Diciembre de 2011; 25(12):1392-7.
5. Samaniego E, Crespo A, Sanz A. Key Diagnostic Features and Treatment of Subungual Glomus Tumor. *Actas Dermo-Sifiliográficas* (English Edition). Noviembre de 2009;100(10):875-82.
6. Folpe AL, Miettinen M. Atypical and Malignant Glomus Tumors. *Am J Surg Pathol*. 2001;25(1).
7. Chun JS, Hong R, Kim JA. Extradigital glomus tumor: A case report. *Molecular and Clinical Oncology*. marzo de 2014;2(2):237-9.
8. Verma A, Parmar R, Pawar I, Agarwal S. Diagnostic Dilemma of Subungual Glomus Tumor of Great Toe: A Case Report and Review of the Literature. *Journal of Foot and Ankle Surgery* (Asia Pacific). 31 de diciembre de 2021;9(1):35-9.
9. Tang CYK, Tipoe T, Fung B. Where is the Lesion? Glomus Tumours of the Hand. *Arch Plast Surg*. Septiembre de 2013;40(05):492-5.
10. Bhalchandra Londhe S, Anchan C, Mahajan P. Extradigital glomus tumor causing scapulothoracic impingement: A case report. *Journal of Clinical Orthopaedics and Trauma*. Noviembre de 2021;22:101595.

Datos de contacto del autor

Jorge Julián Mendoza Anguila, MD
Correo electrónico: julian.mendoza1@udea.edu.co