CASO CLÍNICO

Glomangiomas múltiples: Presentación de un caso

Kelly Zúñiga,[*] Mabely Meza,[*] Shirley Orellana,[**] John Ortega[**]

* *Universidad de Especialidades Espíritu Santo. Samborondón, Ecuador.*
** *Hospital General del Norte de Guayaquil Los Ceibos. Guayauqil, Ecuador.*

Correspondencia:
Kelly Zúñiga
kellyzu20@hotmail.com

Palabras clave: Glomangiomas múltiples, tumores glómicos, malformaciones glomovenosas

Cómo citar este artículo:
Zúñiga K., Meza M., Orellana S., Ortega J. Glomangiomas Múltiples: Presentación de un caso. - Reporte de un caso clínico. Rev Dermatol Cent Úraga. 2026;8(1).

Fecha de recepción: 26/5/2025
Fecha de aceptación: 26/1/2026

RESUMEN

Los tumores glómicos son considerados hamartomas infrecuentes que se caracterizan por la proliferación de células vasculares y músculo liso en las zonas subdérmicas. Se presentan como nódulos dolorosos y móviles, bien delimitados y en muchos casos altamente sensibles; aproximadamente el 80% de las lesiones se localizan en las extremidades superiores y de estas la mayoría se sitúa en la zona subungueal.

El cuadro clínico incluye una tríada clásica, compuesta por sensibilidad al frío, dolor paroxístico de gran intensidad y localización exquisita del punto doloroso, aunque no siempre está presente. Existen 2 formas clínicas: la variante solitaria más común, que representa el 90% y la variante múltiple llamada glomangioma, que representa el 10% de los casos.

Este estudio, tiene como finalidad que los médicos en educación continua nos encontremos actualizados sobre patologías poco frecuentes, además de destacar la importancia de esta condición en el diagnóstico diferencial de los tumores cutáneos dolorosos.

INTRODUCCIÓN

El glomangioma múltiple es una neoformación vascular cutánea poco común y de carácter benigno, este tumor se origina en el cuerpo glómico, estructura encargada de la termorregulación y regulación del flujo sanguíneo.[1] Se encuentra constituido por una arteriola aferente, varios vasos anastomóticos (canales de Suquet-Hoyer), una vena colectora, retículo intraglomerular (que contiene células glómicas, fibras nerviosas y células intersticiales) y una cápsula.[2]

Aunque su etiología permanece en gran parte desconocida, se ha observado una posible asociación con antecedentes de traumatismos previos en el sitio de aparición del tumor.[3] Afectan con mayor frecuencia a adultos jóvenes entre la tercera y cuarta década de la vida, mostrando una leve predilección por el sexo femenino cuando están localizados en zonas acrales.[4]

El mecanismo fisiopatológico del dolor característico que presentan estos tumores está relacionado con la contracción de los miofilamentos de las células glómicas, en respuesta a los cambios de temperatura. Esta contracción incrementa la presión intracapsular, la cual se transmite a través de fibras nerviosas no mielinizadas, generando así una señal dolorosa intensa y localizada.[5]

Clínicamente los pacientes suelen referir dolor paroxístico, hipersensibilidad al frío y localización delimitada del dolor.[6] El diagnóstico se basa en la correlación de criterios clínicos, estudios de imágenes y como pilar fundamental el estudio histopatológico.[7]

El diagnóstico tardío de los tumores glómicos puede tener un impacto significativo en la salud mental de los pacientes; en varios casos, los individuos soportaron periodos prolongados de dolor crónico e intenso. Tal como señala Cohen en su estudio, muchos de ellos consultaron a múltiples profesionales de la salud antes de lograr identificar la causa de su lesión dolorosa.[8]

El tratamiento de elección consiste en la exéresis quirúrgica de la lesión, teniendo como complicación la recidiva que se describe en el 2-13% de los casos, la recurrencia del dolor puede manifestarse semanas o incluso años después del tratamiento inicial. La recidiva temprana suele estar asociada a una resección incompleta del tumor, mientras que las recidivas tardías podrían deberse a la aparición de un nuevo tumor glómico en la misma región, que ocurren cuando no se ha realizado una excéresis completa de la cápsula tumoral.[9]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 39 años de edad con antecedentes personales de hipotiroidismo, presentó cuadro clínico de 2 años de evolución, caracterizado por un total de diez nódulos dolorosos de intensidad 10/10 en escala visual analógica (EVA) de tonalidad violácea, localizados a nivel de brazo, codo, antebrazo izquierdo, codo derecho y tórax posterior, con tamaños que oscilaban entre 0.4mm a 1cm de diámetro, de consistencia sólida y firme (Figura 1 - 2). La historia clínica y la exploración física fueron claves para el diagnóstico, la confirmación se la realizó mediante estudio histológico donde se evidenció nidos de células cuboidales eosinofílicas con núcleo basofílico monomorfo, espacios de Suquet-Hoyer y vasos en la periferia (Figura 3 - 4). Se realizó resección quirúrgica y posteriormente conducta expectante, debido a las recidivas que puedan presentarse.



Figura 1. Se observan 4 nódulos violáceos dolorosos, localizados en tórax posterior.



Figura 2. Un nódulo violáceo doloroso, localizados en brazo izquierdo.

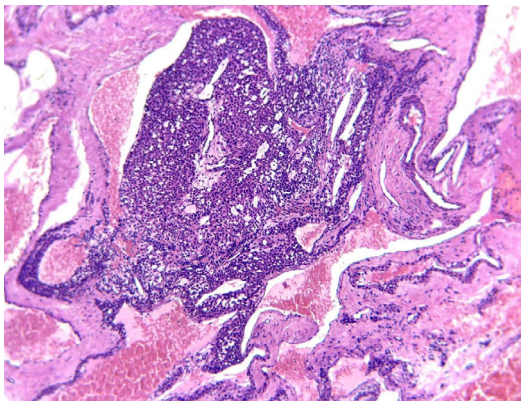


Figura 3. Neoplasia benigna mesenquimal vascular, con varios canales con eritrocitos dilatados y trombosados (10 x).

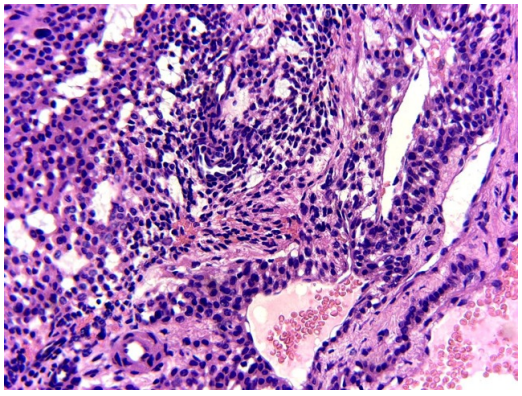


Figura 4. Grupo celular compacto de células vasculares consistentes con aparato glómico (20x).

DISCUSIÓN

La forma de presentación clínica, junto con las características morfológicas de la lesión y la baja frecuencia de esta entidad, nos llevó a considerar dentro del diagnóstico diferencial diversas causas de tumores cutáneos dolorosos. Entre estos, se incluyen el neuroma, leiomioma, dermatofibroma, angiolipoma, espiroadenoma écrino, neurolenoma y el tumor glómico.[10] Dado que la sintomatología no siempre se presenta con la tríada clásica (dolor paroxístico, hipersensibilidad al frío y localización precisa del dolor),[11] el diagnóstico clínico puede ser un reto, especialmente en ausencia de hallazgos característicos.

En este contexto, la evaluación clínica debe complementarse con estudios de imagen, como la resonancia magnética o la ecografía de alta resolución.[12] La ecografía constituye una herramienta diagnóstica de primera línea debido a su disponibilidad, bajo costo, rapidez y carácter no invasivo. En los tumores glómicos, habitualmente evidencia lesiones redondeadas u ovoides, hipoecoicas y con aumento de la vascularización al estudio Doppler. No obstante, la resonancia magnética es considerada la técnica de imagen con mayor sensibilidad para su detección y caracterización, especialmente en lesiones de pequeño tamaño o de localización compleja.[13] Estos estudios paraclínicos permiten determinar la extensión de las lesiones y el compromiso de otras estructuras, sugiriendo el diagnóstico al evidenciar una lesión bien delimitada, hipervascularizada y localizada en la dermis profunda o en el tejido subungueal. Sin embargo, la confirmación definitiva requiere el análisis histopatológico.

En nuestro caso, se procedió a la toma de biopsia escisional de la lesión sospechosa, lo cual permitió identificar de manera concluyente la presencia de células glómicas, dispuestas en un patrón sólido, con citoplasma eosinofílico y núcleos redondeados, características histológicas típicas de los tumores glómicos. Este hallazgo fue determinante para confirmar el diagnóstico, descartando otras neoplasias cutáneas dolorosas de comportamiento benigno.

La confirmación histológica no solo establece el diagnóstico con certeza, sino que además guía el manejo terapéutico y el seguimiento del paciente, dado el riesgo de recidiva asociado a una escisión incompleta.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, considerada la única alternativa curativa y asociada con la resolución inmediata del dolor.[14] La recurrencia se estima entre 10–20% de los casos, puede presentarse por dos mecanismos: cuando ocurre en el periodo posoperatorio temprano, suele atribuirse a una resección incompleta de la lesión; en cambio, si aparece tras un intervalo prolongado, generalmente corresponde al desarrollo de un nuevo tumor glómico.[15]

CONCLUSIÓN

El conocimiento detallado de la forma clínica y las características histológicas son de vital importancia para fomentar su identificación temprana; con la ayuda de estudios imagenológicos e histológicos se permite instaurar un manejo quirúrgico completo y disminuir el riesgo de recidiva. Por lo tanto, la formación continua de los profesionales de la salud en el reconocimiento de entidades infrecuentes, pero potencialmente incapacitantes como este tipo de tumores es fundamental para garantizar un diagnóstico oportuno, optimizar los resultados terapéuticos y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ojeda A, Nebreda CL, Batista C, Vallejo R. Tumor glómico causante de dolor de dedo crónico: la prueba de detección de isquemia es un signo clínico confiable para su diagnóstico. Revista española de anestesiología y reanimación. [Internet]. 2024: 71 (4), 339–343. https://doi.org/10.1016/j.redar.2023.01.006
2. Medina-Vincent, N, Juárez E, Sáenz A, Carbajosa J, Arenas R. Tumor glómico subungueal: una revisión breve. Dermatología Cosmética, Médica y Quirúrgica. [Internet]. 2025 23(2). Disponible en: https://dcmq.com.mx/edici%C3%B3n-abril-junio-2025-volumen-23-n%C3%BAmero-2/1158
3. Jiménez-Hernández F, Navarrete-Franco G, Espinoza-Altamirano AC, et al. Glomangioma múltiple.

Presentación de un caso. Rev Cent Dermatol Pascua. 2016;25(1):11-14. Disponible en: https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=66991

4. García CA, Restrepo CA, Rugeles N. Tumor glómico en mucosa bucal: Reporte de caso. Revista de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. [Internet]. 2020: 80 (2), 166–171. https://doi.org/10.4067/s0718-48162020000200166
5. E. Samaniego; A. Crespo; A. Sanz (2009). Claves del diagnóstico y tratamiento del tumor glómico subungueal, 100(10), 0–882. Disponible en: https://www.actasdermo.org/es-claves-del-diagnostico-tratamiento-del-articulo-S0001731009729163
6. McCullough M, Balzer B, Kuschner SH. Glomangioma of Uncertain Malignant Potential: A Case Report. Case Rep Orthop. 2020 Jan 8;2020:4237076. doi: 10.1155/2020/4237076.
7. Souza, N. G. A., Nai, G. A., Wedy, G. F., & Morgado de Abreu. Congenital plaque-like glomangioma: report of two cases. Anais Brasileiros de Dermatologia. [Internet]. 2017: 92(5), 43-46. Disponible en: https://doi.org/10.1590/abd1806-4841.20175766
8. Cohen PR. Glomus extradigital tumor: A case report of an extradigital Glomus tumor on the wrist and comprehensive review of Glomus tumors. Cureus [Internet]. 2023;15(5):37-38. Disponible en: http://dx.doi.org/10.7759/cureus.38737
9. Forrester, V. Glomus tumors: Treatment & management. Medscape. [Internet]. 2025. Disponible en: https://emedicine.medscape.com/article/1083405-treatment
10. Bhat MR, George AA, Jayaraman J. Painful tumors of the skin–from ENGLAND to LEND AN EGG to BLEND TAN EGG. Indian Journal of Dermatology, Venereology and Leprology. 2019;1(85):1-4. Disponible en: https://ijdvl.com/view-pdf/?article=dfee1301025c7474b67d-3b2608ec0d450bdJzzh6baA=
11. Idoudi S, Arousse A, Boussofara L. Glomus Tumor of the Buttock. Dermatol Pract Concept [Internet]. 2019:(4):318-9. Disponible en: https://www.dpcj.org/index.php/dpc/article/view/dermatol-pract-concept-articleid-dp0904a19
12. Araníbar L, Rivera L, Kutz A, Wortsman X, Henrríquez A. Malformación glomuvenosa lineal. Rev. Chilena Dermatol [Internet]. 2011;27(1):78-81. Disponible en: https://www.sochiderm.org/web/revista/27_1/8
13. Wang Y, Li T, Lv Z, Bian Y, Feng B, Liu Y, et al. Glomus tumors around or in the knee: a case report and literature review. BMC Surg [Internet]. 2022;22(1):97. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1186/s12893-022-01545-8
14. Pozo Abreu SM, Santana Pons JA, Alvarez Albert L, Pozo Alonso D, Martínez Larrarte JP. Glomangiomioma: causa de dolor persistente. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2015 [citado el 21 de mayo de 2025];17:1-5. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000300010
15. Dompmartin, A., Vikkula, M., & Boon, L. M. (2010). Venous malformation: update on aetiopathogenesis, diagnosis and management. Phlebology, 25(5), 224–235. Disponible en: https://doi.org/10.1258/phleb.2009.009041

ORCID

Kelly Zúñiga *https://orcid.org/0000-0002-1155-6800*
Mabely Meza *https://orcid.org/0000-0003-0057-5317*
Shirley Orellana *https://orcid.org/0000-0002-4839-0074*
John Ortega *https://orcid.org/0009-0006-5439-9071*