

## Resección quirúrgica de tumor glómico subungueal tras 20 años de diagnóstico equivocado

### Surgical Resection of Subungual Glomus Tumor after 20 Years of Misdiagnosis

Yordenny Sánchez Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7538-5764>

Yusmila Zerelda Mena Bouza<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-0630-6380>

José Arnaldo Barnés Domínguez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4244-3742>

Juana Mercedes González Cabrera<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1414-7655>

<sup>1</sup>Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia: [yusmilazerelda84@gmail.com](mailto:yusmilazerelda84@gmail.com)

## RESUMEN

El tumor glómico es una neoplasia benigna poco frecuente, originado del cuerpo glómico. Este representa menos del 2 % de los tumores de la mano. Su localización subungueal es clásica y se caracteriza por la tríada de dolor intenso, hipersensibilidad al frío y dolor a la palpación puntual. Su diagnóstico suele ser un desafío, debido a retrasos y diagnósticos erróneos. El objetivo fue exponer el caso de una paciente femenina de 47 años, que acudió al Servicio de Angiología por una lesión tumoral pequeña y extremadamente dolorosa en el lecho ungueal del tercer dedo de la mano derecha, con una evolución de más de 20 años. Fue manejada primero por los servicios de Ortopedia y Reumatología con el diagnóstico de enfermedad de Raynaud, sin mejoría. La evaluación en angiología permitió sospechar el diagnóstico de tumor glómico. Se realizó resección quirúrgica completa con confirmación histopatológica. El posoperatorio transcurrió sin complicaciones, con remisión total del dolor y excelente resultado estético. Se considera que el tumor glómico debe incluirse en el diagnóstico diferencial del dolor ungueal crónico y focal. Un alto índice de sospecha clínica es fundamental

para evitar retrasos prolongados en el diagnóstico. La cirugía de escisión completa resulta el tratamiento de elección, con tasas de curación muy altas y recurrencia baja. El papel del especialista en angiología y cirugía vascular es crucial en el manejo de esta patología.

**Palabras clave:** tumor glómico; subungueal; angiología.

## **ABSTRACT**

The glomus tumor is a rare benign neoplasm that originates from the glomus body, accounting for less than 2% of hand tumors. Its subungual location is classic and is characterized by the triad of intense pain, hypersensitivity to cold, and pain on pinpoint palpation. Its diagnosis is often challenging due to delays and misdiagnoses. We report the case of a 47-year-old female patient who came to our service with a small, extremely painful tumor lesion on the nail bed of the third finger of the right hand, with an evolution of more than 20 years. She was initially managed by Orthopedics and Rheumatology services with a diagnosis of Raynaud's Disease, without improvement. Evaluation in Angiology raised suspicion of a glomus tumor. Complete surgical resection was performed with histopathological confirmation. The postoperative course was uneventful, with total pain remission and excellent aesthetic outcome. We consider that glomus tumor should be included in the differential diagnosis of chronic and focal nail pain. A high index of clinical suspicion is essential to avoid prolonged delays in diagnosis. Complete excision surgery is the treatment of choice, with very high cure rates and low recurrence. The role of the Angiology and Vascular Surgery specialist is crucial in the management of this pathology.

**Keywords:** glomus tumor; subungual; angiology.

Recibido: 01/12/2025

Aceptado: 08/12/2025

## **Introducción**

El tumor glómico (TG) es una neoplasia benigna derivada de las células del cuerpo glómico, una estructura neuromioarterial especializada en la regulación del flujo sanguíneo y la temperatura en las zonas acras.<sup>(1)</sup> Aunque son tumores poco

comunes, entre el 75-90 % se localizan en la mano y hasta un 65 % se presentan en la región subungueal.<sup>(2,3)</sup>

La clínica clásica se describe como una tríada: dolor intenso y paroxístico, sensibilidad exquisita a la palpación y exacerbación con los cambios de temperatura, especialmente el frío.<sup>(4)</sup> Sin embargo, esta presentación completa no siempre está presente, lo que, unido a su pequeño tamaño y localización oculta, conduce a menudo a un diagnóstico erróneo y a un prolongado sufrimiento del paciente.<sup>(5)</sup> Diagnósticos como onicocriptosis, neuroma, granuloma piógeno o, como en este caso, la enfermedad de Raynaud, son frecuentes.<sup>(6)</sup>

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa, que proporciona alivio inmediato y permanente del dolor en la gran mayoría de los casos.<sup>(7)</sup> El objetivo de este reporte fue exponer un caso de TG subungueal con un retraso diagnóstico de dos décadas, donde se resalta la importancia de la sospecha clínica y el papel del cirujano vascular en su manejo definitivo.

## **Presentación del caso**

Paciente femenina de 47 años de edad, diestra, sin antecedentes patológicos personales de relevancia, que acudió a la consulta de Angiología y Cirugía Vascular del Instituto Nacional de Angiología y Cirugía Vascular por referir una lesión dolorosa en el tercer dedo de la mano derecha.

La sintomatología tenía una evolución superior a los 20 años, caracterizada por un dolor punzante, de alta intensidad, localizado específicamente por debajo del lecho ungueal. La paciente refería exacerbación del dolor con la exposición al frío y con la más mínima palpación de la zona, que, incluso, la despertaba durante la noche al roce mínimo de las sábanas. Durante este prolongado período, fue evaluada y manejada de forma consecutiva en los servicios de Ortopedia y Reumatología, donde se estableció el diagnóstico de enfermedad de Raynaud, sobre la base de la sintomatología desencadenada por el frío. Los tratamientos instaurados bajo este diagnóstico no lograron mejoría alguna de su dolor.

Al examen físico se observó una ligera coloración azulada bajo la uña del tercer dedo derecho (fig. 1). La prueba de Love –desencadenar dolor intenso al presionar con la punta de un bolígrafo el punto exacto de la lesión– fue positiva; y la prueba de Hildreth –desaparición del dolor al aplicar un torniquete en la base del dedo y su reaparición al liberarlo–, también.



**Fig. 1** - Fotografía preoperatoria que muestra la discreta coloración azulada en el lecho ungueal del tercer dedo de la mano derecha.

Con la alta sospecha clínica de TG subungueal, se decidió el tratamiento quirúrgico. Bajo anestesia local, se realizó el abordaje transungueal. Se identificó y diseccionó meticulosamente una tumoración de aspecto rojizo, bien delimitada, de aproximadamente 4x3 mm (fig. 2).



**Fig. 2** - Vista intraoperatoria. A) Abordaje transungueal y B) Identificación de la tumoración glómica.

La lesión fue resecada en su totalidad con margen de seguridad y enviada para estudio histopatológico. El informe anatomopatológico confirmó el diagnóstico de TG, al mostrar proliferación de células glómicas uniformes dispuestas alrededor de capilares vasculares, compatibles con la variante clásica.

El posoperatorio transcurrió sin complicaciones. La paciente refirió desaparición inmediata y completa del dolor desde el momento de pasar el efecto anestésico. A las cuatro semanas de la intervención presentaba una cicatrización completa y una uña en crecimiento, sin signos de recurrencia.



**Fig. 3** - A) Lecho ungueal libre tras la resección del tumor y B) Lecho ungueal cicatrizado.

## Discusión

El caso presentado ilustra de manera paradigmática los desafíos diagnósticos del TG subungueal. El retraso diagnóstico de 20 años es, si bien extremo, consistente con lo reportado en la literatura, donde el tiempo medio hasta el diagnóstico correcto puede ser de 4 a 7 años.<sup>(8,9)</sup> La confusión con la enfermedad de Raynaud es un error común, dado que ambas entidades se exacerban con el frío. Sin embargo, el dolor del TG es típicamente focal y reproducible (signo de Love positivo), a diferencia del dolor difuso y el fenómeno de cambio de color trifásico del Raynaud.<sup>(10)</sup>

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, sustentado en una anamnesis detallada y un examen físico dirigido. Las pruebas de Love y Hildreth, como en este caso, tienen una alta sensibilidad y especificidad.<sup>(11)</sup> La ecografía de alta resolución y la resonancia magnética son herramientas de imagen de gran utilidad, siempre y cuando se encuentren disponibles para confirmar el diagnóstico,

delimitar la lesión y planificar la cirugía, en especial en casos de recurrencia o tumores de localización atípica.<sup>(12,13)</sup>

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa. El presente abordaje transungueal permitió una exposición directa y una resección completa, factor pronóstico más importante para prevenir la recurrencia, que oscila entre el 1 % y el 24 % si queda tumor residual.<sup>(14)</sup> El éxito de esta intervención, con la resolución inmediata y permanente del dolor, coincide con las altas tasas de curación (superiores al 90 %), descritas en la literatura cuando se realiza una exéresis completa.<sup>(7,14)</sup>

## Conclusiones

El TG subungueal, aunque infrecuente, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de cualquier dolor ungueal crónico y focal. Un alto índice de sospecha clínica puede evitar años de dolor innecesario y tratamientos infructuosos para los pacientes. La derivación temprana al especialista en angiología y cirugía vascular es crucial, ya que este está familiarizado con la patología vascular de las extremidades y las técnicas quirúrgicas necesarias para su resolución. La cirugía de escisión completa es un procedimiento curativo con resultados excelentes, tanto sintomáticos como estéticos.

## Referencias bibliográficas

1. Gombos Z, Zhang PJ. Glomus tumor. Arch Pathol Lab Med. 2008;132(9):1448-52. DOI: <https://doi.org/10.5858/2008-132-1448-GT>
2. Morey VM, Garg B, Kotwal PP. Glomus tumours of the hand: Review of literature. J Clin Orthop Trauma. 2016;7(4):286-91. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jcot.2016.04.006>
3. Trehan SK, Athanasian EA, DiCarlo EF, Mintz DN, Daluiski A. Characteristics of glomus tumors in the hand not diagnosed on magnetic resonance imaging. J Hand Surg Am. 2015;40(3):542-5. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2014.12.002>
4. McDermott EM, Weiss AP. Glomus tumours review. The Journal of Hand Surgery. 2006 [acceso 04/12/2025];31A(8). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/326408926\\_REVIEW\\_Glomus\\_Tumors](https://www.researchgate.net/publication/326408926_REVIEW_Glomus_Tumors)
5. Van Geertruyden J, Lorea P, Goldschmidt D, de Fontaine S, Schuind F, Kinnen L, et al. Glomus tumours of the hand. A retrospective study of 51 cases. J Hand Surg Br. 1996;21(2):257-60. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0266-7681\(96\)80110-0](https://doi.org/10.1016/s0266-7681(96)80110-0)

6. Drapé JL. Imaging of the tumors of the perionychium. *Hand Clin.* 2002;18(4):655-70. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0749-0712\(02\)00046-x](https://doi.org/10.1016/s0749-0712(02)00046-x)
7. Song M, Ko HC, Kwon KS, Kim MB. Surgical treatment of subungual glomus tumor: a unique and simple method. *Dermatol Surg.* 2009;35(5):786-91. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1524-4725.2009.01129.x>
8. Bhaskaranand K, Navadgi BC. Glomus tumour of the hand. *J Hand Surg Br.* 2002;27(3):229-31. DOI: <https://doi.org/10.1054/jhsb.2001.0746>
9. Schiefer TK, Parker WL, Anakwenze OA, Amadio PC, Inwards CY, Spinner RJ. Extradigital glomus tumors: a 20-year experience. *Mayo Clin Proc.* 2006;81(10):1337-44. DOI: <https://doi.org/10.4065/81.10.1337>
10. Smith MH, Bhattacharyya I, Cohen DM, Hinze SR, Islam MN. Glomus tumor: a comprehensive review of the clinical and histopathologic features with report of two intraoral cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol.* 2019;127(1):62-70. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.oooo.2018.07.056>
11. Netscher DT, Aburto J, Koepplinger M. Subungual glomus tumor. *J Hand Surg Am.* 2012;37(4):821-3. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jhsa.2011.10.026>
12. Theumann NH, Goettmann S, Le Viet D, Resnick D, Chung CB, Bittoun J, *et al.* Recurrent glomus tumors of fingertips: MR imaging evaluation. *Radiology.* 2002;223(1):143-51. DOI: <https://doi.org/10.1148/radiol.2231010977>
13. Fornage BD. Glomus tumors in the fingers: diagnosis with US. *Radiology.* 1988;167(1):183-5. DOI: <https://doi.org/10.1148/radiology.167.1.2831563>
14. Huang HP, Tsai MC, Hong KT, Chang SC, Wang CH, Li CC, *et al.* Outcome of microscopic excision of a subungual glomus tumor: a 12-year evaluation. *Dermatol Surg.* 2015;41(4):487-92. DOI: <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000329>

### **Conflicto de intereses**

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.