

Acta Médica Colombiana • Vol. 51 N°3 • Julio - Septiembre | 2026

Glomus yugular, un hallazgo incidental

Reporte de un caso en adulto mayor

Glomus jugulare, an incidental finding

A case report in an older adult

Juan Pablo Salgado-Cardozo, Armando Alfredo Yaruro-Astudillo, Esteban Echeverri-López, Jorge Wilmer Lasso-Muñoz, Isabel Cristina Jaimes-Montaña • **Manizales (Colombia)**

Dr. Juan Pablo Salgado-

Cardozo: Neurocirujano.

Docente del departamento

quirúrgico Universidad

de Caldas; **Dr. Armando**

Alfredo Yaruro-Astudillo:

Neurocirujano. Liga Contra

el Cáncer seccional Risaralda

IDIME S.A.; **Dr. Esteban**

Echeverri-López: Médico

General, **Dr. Jorge Wilmer**

Lasso-Muñoz: Médico

General, **Dra. Isabel Cristina**

Jaimes-Montaña: Médica,

PhD en Ciencias de la Salud.

Docente del departamento de

Salud Pública.

Universidad de Caldas.

Manizales (Colombia).

Resumen

Introducción: el glomus yugular es un tipo de paraganglioma raro, de crecimiento lento, que puede ser productor o no de catecolaminas. Usualmente presenta síntomas insidiosos, principalmente relacionados con hipoacusia y parálisis de nervios craneales bajos. El diagnóstico suele requerir estudios de imagen avanzados y, en algunos casos, confirmación histopatológica. Generalmente, el manejo indicado es la resección quirúrgica o el uso de radiocirugía.

Presentación del caso: paciente femenina de 75 años que, en el contexto de una hospitalización por colecistitis aguda, presentó una emergencia hipertensiva con cerebro como órgano blanco, asociada a episodio convulsivo generalizado. En los estudios de imágenes diagnósticas con resonancia magnética se identificó de manera incidental un glomus yugular. Se optó por un manejo observacional con revisión periódica mediante imágenes diagnósticas, considerando la edad avanzada de la paciente, sus comorbilidades y las características del tumor.

Conclusión: el manejo observacional es una alternativa adecuada en adultos mayores de 50 años con tumores de pequeñas dimensiones y sin síntomas de compresión nerviosa, razones clínicas y de riesgo-beneficio que justifican este abordaje holístico y multidisciplinario.

Palabras clave: *emergencia hipertensiva, glomus yugular, neoplasias del hueso temporal, paraganglioma, anciano.*

Correspondencia:

Dra. Isabel Cristina Jaimes-

Montaña. Manizales

(Colombia).

Abstract

Introduction: a jugular glomus is a rare, slow-growing type of paraganglioma that may or may not produce catecholamines. It usually has insidious symptoms, mainly related to hearing loss and lower cranial nerve palsy. The diagnosis generally requires advanced imaging studies and, in some cases, histopathological confirmation. The usual treatment is surgical resection or radiosurgery.



E-mail:

isabel.jaimes@ucaldas.edu.co

Recibido: 22/XI/2025**Aceptado:** 2/III/2026

Case presentation: while hospitalized for acute cholecystitis, a 75-year-old female patient experienced a hypertensive emergency with the brain as the target organ, along with a generalized seizure. The diagnostic magnetic resonance imaging incidentally revealed a jugular glomus. The physician opted to handle it with observation and periodic diagnostic imaging assessment, considering the patient's advanced age and comorbidities, as well as the tumor characteristics.

Conclusion: observation is an appropriate alternative in adults over the age of 50 with small tumors and no nerve compression symptoms. These are clinical and risk-benefit arguments that justify a holistic and multidisciplinary approach.

Keywords: *hypertensive emergency, jugular glomus, temporal bone tumors, paraganglioma, elderly.*

I Introducción

El glomus yugular es un tumor neuroendocrino raro que hace parte de los paragangliomas o quemodectomas, de crecimiento lento. Surge y crece en la bifurcación carotídea a partir de las células del paraganglio ubicadas en la pared adventicia del bulbo yugular, dentro del foramen yugular. Estas células pertenecen al neuroectodermo del sistema neuroendocrino autónomo; histológicamente presenta una fina red capilar que rodea células principales y células fusiformes, lo que lo convierte en un tumor muy vascularizado que, a pesar de su benignidad, adquiere un comportamiento maligno al destruir la pared ósea del hueso temporal (1,2). Representa el 0.6% de los tumores de cabeza y cuello (3). Su incidencia se ha informado en 0.07 por 100 000 por año o un caso por cada 1.3 millones de personas (1,3).

Los paragangliomas pueden tener una amplia variedad de ubicaciones, incluida la bifurcación carotídea (glomus del cuerpo carotídeo), el ganglio vago superior (glomus yugular), la rama auricular del nervio vago (glomus timpánico) y el ganglio vago inferior (glomus vagal), los cuales pueden ser simpáticos o parasimpáticos, siendo la mayoría del último tipo (4). Solo del 1 - 5% son malignos, los cuales pueden causar complicaciones por compresión y erosión de estructuras adyacentes; del 1 - 3% son productores de catecolaminas y desarrollan síntomas de feocromocitoma (1,4).

En raras ocasiones, los tumores del glomus yugular pueden comportarse como paragangliomas funcionales con secreción de catecolaminas, lo que conlleva manifestaciones sistémicas derivadas de la hiperestimulación del sistema nervioso simpático. En estos casos, los pacientes pueden presentar hipertensión arterial, cefalea, palpitaciones, diaforesis y ansiedad, síntomas relacionados con la liberación excesiva de noradrenalina y, en menor medida, adrenalina. La sintomatología suele ser insidiosa por el lento cre-

cimiento del tumor, el cual puede manifestarse con parálisis de pares craneales bajos como disfonía, tinnitus pulsátil y sordera neurosensorial. El manejo del glomus yugular puede representar un desafío debido a su hipervascularización, ubicación anatómica difícil y el estadio avanzado en el momento del diagnóstico. La identificación de la funcionalidad tumoral resulta clínicamente relevante por sus implicaciones diagnósticas, terapéuticas y el riesgo de complicaciones hemodinámicas, especialmente en el contexto del manejo quirúrgico y la planificación perioperatoria para prevenir crisis hipertensivas potencialmente graves (4-6). La importancia del caso presentado se relaciona con la presentación atípica de un glomus yugular como etiología de emergencia hipertensiva en una paciente anciana.

I Presentación del caso

Se trata de una paciente femenina de 75 años con antecedentes de hipotiroidismo, hipertensión arterial crónica, dislipidemia, vértigo, trastorno de ansiedad, tiroidectomía e historia de hipoacusia no especificada por falta de pruebas auditivas. Ingresó por cuadro clínico de dolor abdominal agudo en hemiabdomen superior con hallazgos de leucocitosis y ecografía hepatobiliar que evidenció colelitiasis con signos de colecistitis. Fue valorada por cirugía general, que estadió el cuadro como colecistitis aguda con criterios de gravedad de Tokio grado 2, e inició manejo antibiótico con ampicilina sulbactam intravenoso por siete días, con mejoría del dolor abdominal. La especialidad indicó que la paciente no se beneficiaba de colecistectomía laparoscópica por su alto riesgo cardiovascular.

Durante su noveno día de estancia hospitalaria fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos por empeoramiento de su condición cardíaca, con diagnóstico de falla cardíaca e hipertensión pulmonar. Presentó elevación de sus cifras tensionales hasta 210/85 mmHg, con posterior pérdida de conciencia asociada

a episodio tónico-clónico con desviación de la mirada y relajación de esfínteres, sin respuesta a estímulos incluido el doloroso, de aproximadamente 30 segundos de duración.

Por protocolo hospitalario se solicitó tomografía de cabeza de emergencia para descartar etiología vascular, la cual no reportó lesiones hemorrágicas ni isquémicas, y glucometría capilar con valor de 200 mg/dL, con lo que se descartó episodio de hipoglucemia. Posterior a estos resultados, se administró labetalol intravenoso 100 mg/20 mL, con lo cual se consiguió reducir la cifra tensional a 160/75 mmHg. La paciente presentó mejoría clínica con respuesta a estímulos y movilización de las cuatro extremidades a orden verbal, sin hallazgos de focalización neurológica ni signos meníngeos al examen físico. Se solicitaron paraclínicos de laboratorio (Tabla 1) en búsqueda de síndrome convulsivo secundario, los cuales se encontraban dentro de la normalidad.

El mismo día, la paciente presentó un segundo episodio tónico-clónico generalizado de iguales características, de aproximadamente 30 segundos de duración, con cifras tensionales de 160/152 mmHg, el cual fue manejado con midazolam intravenoso. Posteriormente presentó empeoramiento de su estado de conciencia con puntuación de 12 en la escala de Glasgow y pérdida de los reflejos protectores de la vía aérea, además de inestabilidad hemodinámica, por lo que fue necesario realizar intubación orotraqueal y manejo profiláctico anticonvulsivante con levetiracetam intravenoso. La paciente no presentaba signos de focalización neurológica ni signos meníngeos. Dado que las cifras tensionales precedían la crisis convulsiva y el cuadro clínico mejoró al disminuir la tensión arterial, se sospechó encefalopatía hipertensiva.

A este punto cabe resaltar la estrecha relación entre la encefalopatía hipertensiva y el Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible (PRES, por su sigla en inglés). La encefalopatía hipertensiva constituye un diagnóstico fundamentalmente clínico, caracterizado por disfunción neurológica aguda en el contexto de una elevación significativa de la presión arterial que supera los mecanismos de autorregulación cerebral. En contraste, el PRES es un síndrome clínico-radiológico definido por la presencia de edema vasogénico cerebral, típicamente evidenciado en resonancia magnética como hiperintensidades bilaterales en regiones parieto-occipitales en secuencias T2/FLAIR (*Fluid-Attenuated Inversion Recovery*), con aumento del coeficiente de difusión aparente (7).

Si bien la hipertensión severa puede actuar como desencadenante del PRES, esta no es un requisito

Tabla 1. Reporte de paraclínicos.

Laboratorios	Valor	Valor de referencia
Tiempo de Protrombina (TP)	14.3 segundos	9.1 - 12.1 segundos
INR	1.27	
Tiempo de Tromboplastina (TTP)	25.7 segundos	25.1 - 36.5 segundos
Leucocitos	17.03 x 10 ³	5.2 - 12.4 x 10 ³
Eritrocitos	5.31 x 10 ⁶	4.2 - 6.1 x 10 ⁶
Hemoglobina	15.9 g/dL	12 - 18 g/dL
Volumen corpuscular medio	87.9 fL	80 - 99 fL
Nitrógeno ureico	7.07 mg/dL	6 - 20 mg/dL
Potasio en suero	3.5 mmol/L	3.5 - 5.1 mmol/L
Sodio en suero	136 mmol	135 - 145 mmol/L
Creatinina en suero	0.50 mg/dL	0.50 - 0.95 mg/dL

diagnóstico, ya que el síndrome también puede asociarse a insuficiencia renal, estados inflamatorios o exposición a fármacos inmunosupresores. Por tanto, mientras la encefalopatía hipertensiva se sustenta en la relación temporal entre crisis hipertensiva y deterioro neurológico reversible, el diagnóstico de PRES requiere evidencia imagenológica de edema vasogénico con distribución característica, lo que permite diferenciar ambas entidades en escenarios clínicos complejos (7).

Para el estudio de los diagnósticos diferenciales se solicitó videotelemedría de seis horas y resonancia magnética simple y contrastada. La videotelemedría mostró potencial epileptiforme temporal izquierdo y disfunción cerebral intermitente frontotemporal izquierda, compatible con encefalopatía difusa generalizada, posiblemente secundaria a encefalopatía hipertensiva. La resonancia magnética evidenció una lesión de morfología irregular, hiperintensa, con realce con el contraste, intra y extracraneal, en región mastoidea derecha, compatible con glomus yugular, sin otras alteraciones (Figura 1).

Durante su evolución, la paciente presentó mejoría de sus parámetros ventilatorios y hemodinámicos, por lo que se decidió extubar y mantener la profilaxis anticonvulsivante. A partir de estos hallazgos, se complementó el estudio con angiotomografía de cabeza y cuello, que mostró masa hipervascular con compromiso de la fosa yugular derecha, erosionando la estructura ósea, de aproximadamente 37 x 21 mm, inmediatamente por encima de la bifurcación carotídea.

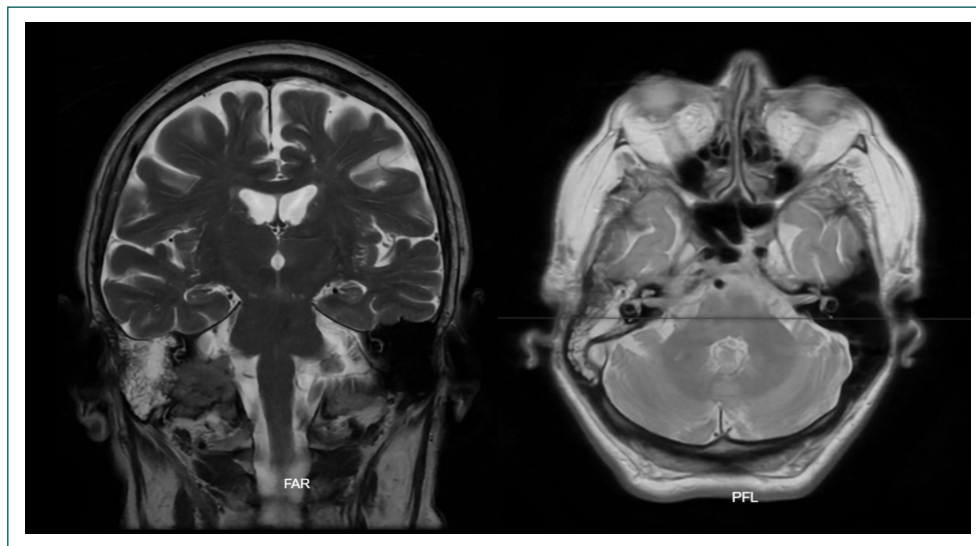


Figura 1. Resonancia magnética T2, se observa una masa adyacente a la mastoides derecha, que realza en forma importante con la administración del medio de contraste, extraaxial, intra y extra craneana. Medidas 4.3x2.3x4.2 cm (LATxAPxLONG), compatible con glomus yugular.

tídea ipsilateral, compatible con paraganglioma. Se realizó angiografía cerebral de fase tardía, que evidenció masa vascular en foramen yugular derecho en relación con glomus yugular (Figura 2), además de agenesia de arterias comunicantes posteriores. No se realizaron mediciones de metanefrinas en sangre ni en orina, lo que constituye una limitación para confirmar la funcionalidad secretora del tumor.

La junta médica de especialistas, con participación de medicina general, medicina interna y neurocirugía, adoptando un enfoque holístico y multidisciplinario, definió que, debido a la edad, la morbilidad de la paciente y las características del tumor —pequeñas dimensiones y ausencia de síntomas de compresión nerviosa—, lo más indicado era un manejo observacional con revisiones periódicas mediante imágenes

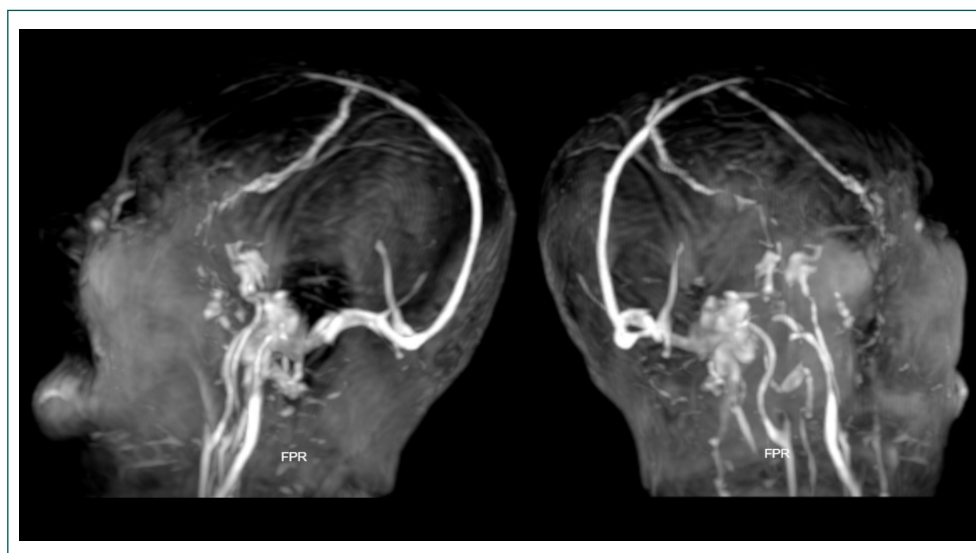


Figura 2. Angiografía cerebral de fase tardía, en fase venosa se observa lesión expansiva con epicentro en el foramen yugular derecho de márgenes lobulados que realza con el medio de contraste, mide 31x35x29 mm.

diagnósticas para monitorear su evolución, procediendo con el alta hospitalaria.

Discusión

Se presenta el caso de una paciente de 75 años que, durante una hospitalización, desarrolló una emergencia hipertensiva con compromiso neurológico manifestado por una crisis convulsiva generalizada, en cuyo estudio se identificó de manera incidental un glomus yugular.

En relación con la edad, si bien el glomus yugular es más frecuente entre 44 y 69 años, con una edad media de presentación de 56 años e incidencia de un caso por cada 1.3 millones de personas, resulta relevante el hallazgo incidental a los 75 años en este contexto. Estos tumores pueden ser esporádicos o hereditarios; los primeros corresponden a 80% de los casos y se asocian con un mayor riesgo de malignidad que los hereditarios (8, 9).

En las imágenes diagnósticas, la tomografía axial computarizada puede mostrar signos de erosión ósea a nivel temporal. La resonancia magnética con contraste intravenoso evidencia una lesión que se realza por la alta vascularización del tumor, que generalmente se extiende desde el bulbo yugular hasta el oído medio; los vacíos de flujo vascular se describen con el aspecto característico de “sal y pimienta”: hipointensos en T1 e hiperintensos en T2 (9,10). La angiografía permite diferenciar el glomus de otras etiologías, además de identificar los vasos nutricios que pueden ser embolizados previo a la cirugía (9, 11).

En promedio, el 75% de los pacientes presenta pérdida auditiva, tinnitus pulsátil y afectación de los nervios craneales inferiores, lo que puede ocasionar parálisis facial, disfagia, ronquera, debilidad en los hombros y desviación de la lengua (1,4,10). En este caso, la paciente presentaba antecedente de hipoacusia no especificada, dado que no se le realizaron los exámenes auditivos correspondientes. Además, presentó episodios convulsivos en el contexto de una encefalopatía hipertensiva, lo que generó la sospecha de un posible glomus yugular secretor de catecolaminas. Sin embargo, no se realizaron mediciones de catecolaminas ni de metanefrinas, limitación que impide confirmar la funcionalidad secretora del tumor. La sospecha de actividad secretora se planteó ante la presencia de manifestaciones clínicas sugestivas de hiperactividad simpática, y se reconoce que la ausencia de esta evaluación restringe la certeza diagnóstica en este aspecto.

En el manejo de esta patología existen diferentes opciones terapéuticas: la resección quirúrgica, la radioterapia de haz externo o una combinación de ambas y la cirugía estereotáctica, esta última con mejor perfil de seguridad y una tasa de éxito similar a la radioterapia de haz externo. No obstante, en el adulto mayor, estas intervenciones presentan un riesgo elevado de morbilidad (4, 9, 11).

De manera concordante, la observación representa una alternativa terapéutica eficaz en este grupo poblacional. Se ha reportado que 65% de los tumores permanecen estables y, en algunos casos, disminuyen de tamaño; esta estrategia es recomendada en pacientes mayores de 50 años con tumores pequeños (10, 12). En la paciente, el manejo observacional se justificó por razones clínicas y de riesgo-beneficio: presentaba un riesgo quirúrgico aumentado dado por sus comorbilidades (hipotiroidismo, hipertensión arterial crónica, dislipidemia, vértigo, trastorno de ansiedad y antecedente de tiroidectomía), que incrementan el riesgo de complicaciones anestésicas y quirúrgicas, y cuya recuperación postoperatoria podría ser más lenta, con mayor riesgo de deterioro funcional o cognitivo.

Asimismo, las características del tumor —pequeño tamaño y ausencia de síntomas de compresión nerviosa— reforzaron este abordaje. Los paragangliomas de crecimiento lento y comportamiento benigno en adultos mayores permiten optar por vigilancia activa, ya que la cirugía puede implicar secuelas neurológicas, hospitalización prolongada y rehabilitación intensiva, lo que puede comprometer la calidad de vida, especialmente en pacientes con autonomía conservada. Las preferencias de la paciente, su estado funcional, el soporte familiar y el contexto social fueron también considerados en la decisión. El enfoque expectante permite mantener la funcionalidad mientras se monitorea la evolución del tumor, siendo todos estos aspectos clave en el abordaje del paciente adulto mayor.

Conclusión

Los tumores intracraneales en adultos mayores, como el glomus yugular, requieren un abordaje holístico y multidisciplinario que contemple tanto las características del paciente y su entorno como las particularidades del tumor, los aspectos clínicos y la relación riesgo-beneficio, con el fin de definir el manejo más adecuado y eficaz. El manejo observacional es una alternativa válida en adultos mayores de 50 años con tumores de pequeñas dimensiones y sin síntomas de compresión nerviosa, y debe considerarse

de forma prioritaria en presencia de comorbilidades que incrementan el riesgo operatorio.

Referencias

1. **Ramina R, Maniglia JJ, Fernandes YB, Paschoal JR, Pfeilsticker LN, Neto MC, et al.** Jugular foramen tumors: diagnosis and treatment. *Neurosurg Focus*. 2004;17(2):E5. doi: 10.3171/foc.2004.17.2.5.
2. **Celedon C, Lanás A, Ojeda JP, Agurto M.** Paragangliomas de cabeza y cuello: casos clínicos y revisión bibliográfica. *Rev Otorrinolaringol Cir Cab Cuello*. 2002;62:137-50.
3. **Sevilla García MA, Llorente Pendás JL, Rodrigo Tapia JP, García Rostán G, Suárez Fente V, Coca Pelaz A, et al.** Head and neck paragangliomas: revision of 89 cases in 73 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007;58(3):94-100.
4. **Fussey JM, Kemeny AA, Sankar S, Rejali D.** Successful management of a catecholamine-secreting glomus jugulare tumor with radiosurgery alone. *J Neurol Surg B Skull Base*. 2013;74(6):399-402. doi: 10.1055/s-0033-1347375.
5. **Taïeb D, Kaliski A, Boedeker CC, Martucci V, Fojo T, Adler JR Jr, et al.** Current approaches and recent developments in the management of head and neck paragangliomas. *Endocr Rev*. 2014;35(5):795-819. doi: 10.1210/er.2014-1026.
6. **Mendez-Rosito D, Guerrero IM, Heredia SR, Ceja DG.** Management of a complex glomus jugulare tumor with severe brainstem compression. *Neurosurg Focus Video*. 2019;1(2):V12. doi: 10.3171/2019.10.FocusVid.19461.
7. **Fugate JE, Rabinstein AA.** Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical and radiological manifestations, pathophysiology, and outstanding questions. *Lancet Neurol*. 2015;14(9):914-25. doi: 10.1016/s1474-4422(15)00111-8.
8. **Fatima N, Pollom E, Soltys S, Chang SD, Meola A.** Stereotactic radiosurgery for head and neck paragangliomas: a systematic review and meta-analysis. *Neurosurg Rev*. 2021;44(2):741-52. doi: 10.1007/s10143-020-01292-5.
9. **Semaan MT, Megerian CA.** Current assessment and management of glomus tumors. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;16(5):420-6. doi: 10.1097/MOO.0b013e32830c4595.
10. **Ladino LD, Delgado de Bedout JA, López Ríos AL, Arango Viana JC.** Paraganglioma yugular, reporte de un caso. *Neurol Argent*. 2013;5(2):114-6. doi: 10.1016/j.neuarg.2012.10.003.
11. **Tomasello F, Conti A.** Judicious management of jugular foramen tumors. *World Neurosurg*. 2015;83(5):756-7. doi: 10.1016/j.wneu.2014.09.013.
12. **Prasad SC, Mimoun HA, D'Orazio F, Medina M, Bacciu A, Mariani-Costantini R, et al.** The role of wait-and-scan and the efficacy of radiotherapy in the treatment of temporal bone paragangliomas. *Otol Neurotol*. 2014;35(5):922-31. doi: 10.1097/mao.0000000000000386.