

Fig. 1. Tomografía computarizada cervical.

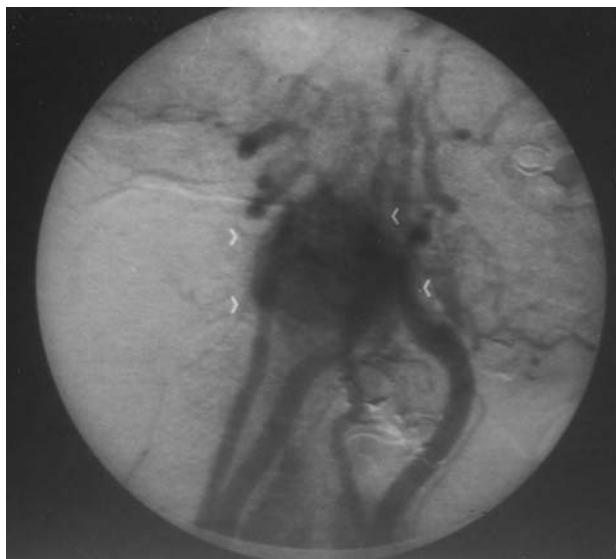


Fig. 2. Angiografía digital que revela una gran vascularización tumoral.

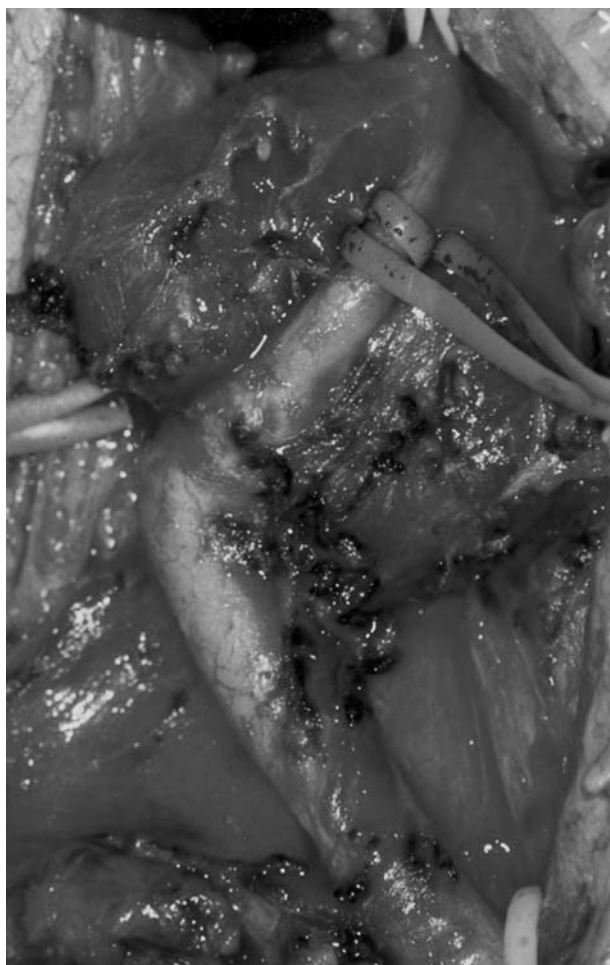


Fig. 3. Campo operatorio.

Paraganglioma gigante del cuerpo carotídeo

Paciente varón de 56 años de edad afectado de una tumoración laterocervical izquierda. La exploración muestra un latido transmitido y la auscultación un *thrill* sistólico. La tomografía computarizada (fig. 1) revela una imagen tumoral, y la angiografía digital (fig. 2) muestra una gran hiper-

vascularización. El paciente es intervenido quirúrgicamente (figs. 3 y 4), y se realiza una exéresis extraadventicial del paraganglioma carotídeo. El estudio histopatológico demostró cierta atipia celular. El paciente se encuentra asintomático pasados 8 años de la intervención.



Fig. 4. Exéresis extraadventicial tumoral.

Comentario

El paraganglioma, también denominado quemodectoma o tumor del cuerpo carotídeo, tiene su origen en las células paraganglionares neuroectodérmicas. Habitualmente se encuentran localizadas en la bifurcación carotídea, si bien han sido descritos en el nervio vago, el glosofaríngeo y el cayado aórtico. Son estructuras muy vascularizadas, y en los de localización carotídea, el aporte sanguíneo se origina en la carótida externa o en alguna de sus ramas. Clínicamente se manifiestan como una masa cervical anterolateral, sin soplo ni *thrill*. La presencia de algún déficit neurológico de algún nervio cranial es infrecuente, pero se puede observar en tumoraciones de gran tamaño, sobre todo cuando son mayores de 4 cm de diámetro. Los estudios de imagen son de enorme utilidad en el momento actual. La exéresis extraadventicial es el método de elección en cuanto sea posible. En las lesiones de gran tamaño, adherentes, difíciles, la resección de un segmento carotídeo y su reemplazo con material protésico o autólogo pueden ser necesarios. Se han observado metástasis en ganglios linfáticos, hígado, pulmón o esqueleto en un 5% de los casos. Por ello, también está indicado realizar un control y seguimiento en estos casos. El nivel admisible de mortalidad en el momento actual en series extensas es del 2%.

Miguel Echenique-Elizondo y José Ignacio Aguirregaviria

Universidad del País Vasco. Facultad de Medicina. Unidad Docente de San Sebastián. Instituto Oncológico de Guipúzcoa. San Sebastián. Guipúzcoa. España.