



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/2726 - EL TUMOR DE VON HALLER

G. Izquierdo Enríquez^a, I. Prieto Checa^b, M. Cáceres Franco^a, T. Martín de Rosales Cabrera^a, R. Rolando Urbizu^c y L. Gómez Sánchez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Doctor Cirajas. Madrid. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mar Báltico. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 61 años sin antecedentes de interés, que acude a la consulta por aparición de tumoración cervical derecha desde hace 3 semanas, que relacionó inicialmente con faringoamigdalitis bacteriana que requirió tratamiento antibiótico. Refiere aumento de tamaño de la misma. No presentó otra clínica desde el cuadro previo, permaneciendo afebril en todo momento.

Exploración y pruebas complementarias: En consulta, se lleva a cabo exploración física completa de la paciente, que presenta buen estado. Cabeza y cuello: faringe sin exudados. En región laterocervical derecha, se palpa una masa de 2 cm, móvil, blanda y no dolorosa. Sin otras tumoraciones ni adenopatías. Otoscopia bilateral normal. El resto de la exploración física es rigurosamente normal. Se consulta con odontología del centro de salud, quien descarta que la tumoración sea dependiente de glándulas salivales, y se solicita analítica de sangre y se hace ecografía cervical. En la analítica destaca una elevación de VSG de 81 y PCR de 27, hormonas tiroideas y resto dentro de la normalidad. En la ecografía cervical, se visualiza una masa hipoeocogénica de 3 × 2 cm. Se solicita ecografía cervical con PAAF: gran formación sólida hipoeocogénica de 58 × 29 mm en el sector lateral del cuello en contacto con el lóbulo derecho tiroideo y con glándula submandibular homolateral. La PAAF muestra una lesión sospechosa de malignidad. Se deriva de forma preferente a Otorrinolaringología, realizándose biopsia compatible con paraganglioma derecho, y TC Body que se informa como “masa hipervascular en espacio vascular cervical derecho, medial a la bifurcación carotídea y en la propia bifurcación, siendo por imagen compatible con glomus carotídeo”. En RM se visualiza masa voluminosa carotídea derecha que desplaza el paquete vascular. Catecolaminas en orina negativas. La paciente ingresa para embolización y cervicotomía lateral derecha para exéresis de paraganglioma carotídeo.

Juicio clínico: Paraganglioma carotídeo derecho tipo III.

Diagnóstico diferencial: Adenopatía cervical, quiste branquial, tumor mixto de parótida, aneurisma carotídeo, tiroides ectópico, neurofibroma.

Comentario final: El glomus carotídeo es un tumor poco frecuente, de crecimiento lento e hipervasculizado. Es más común en mujeres entre 25 y 75 años. Suelen ser benignos y se presentan como una masa cervical asintomática. Es fundamental la sospecha clínica y exploración para el diagnóstico. Puede presentar sintomatología por compresión de las estructuras vecinas. El angioTC y ecografía con doppler son de elección y el tratamiento es quirúrgico.

Bibliografía

1. Yáñez R, Loyola F, Cornejo J. Rev Chilena Cirugía. 2011;63:513-8.

Palabras clave: Glomus. Paraganglioma cervical.