

CARTAS CIENTÍFICAS

Tumoración cervical y disfonía

Cervical tumor and dysphonia

J. Coghi Granados*, L. Marchena Ros, N. Sancho Gracia, L. Sarmiento Marasovic y A. Duato Jané

Servicio de Angiología y Cirugía Vasculat, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

Paciente de 75 años de edad, con antecedentes personales de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, síndrome de apnea obstructiva del sueño en tratamiento con CPAP nocturna e intervenido de colecistectomía. El cuadro clínico se presenta como una tumoración cervical derecha de crecimiento lento, asociado a disfonía. Se solicita una eco-Doppler de troncos supraaórticos, que evidencia tumoración cervical derecha con flujo arterial y que desplaza de forma evidente la carótida común e interna derecha. La angiorresonancia magnética (fig. 1) muestra una tumoración voluminosa retrocarotídea derecha, que aumenta el tamaño y la concavidad de la bifurcación, además de un desplazamiento lateral externo de la vena yugular interna, con estenosis de esta e ingurgitación venosa con formación de neovenas. Por los hallazgos radiológicos, clínicos y ecográficos se diagnostica de paraganglioma carotídeo derecho tipo II. Se realiza una resección del tumor mediante cirugía convencional, donde se encuentra un tumor hipervasculatizado y adherido a las arterias carótidas externa e interna. La técnica quirúrgica fue la disección subadventicial (fig. 2). No hubo complicaciones intraoperatorias. La anatomía patológica describe paraganglioma del cuerpo carotídeo (quemodectoma) con inmunofenotipo: cromogranina +; sinaptofisina +; S-100 muy abundante (en células sustentaculares); Ki67 escaso; CK -.

El glomus carotídeo es una estructura ovoídea de 3 × 5 mm de tamaño y de 12 mg de peso, aproximadamente. Se localiza en la bifurcación carotídea y emite terminaciones nerviosas sobre la adventicia arterial. Está inervado por el nervio glosofaríngeo (IX par craneal), ramas del nervio vago (X par craneal) y ramas simpáticas. Su irrigación depende de la ar-

A

B

Figura 1 Angiorresonancia magnética de carótida derecha que muestra la presencia de paraganglioma.

teria faríngea ascendente¹. Tiene un origen neuroectodérmico y funciona como quimiorreceptor directamente sensible a los cambios arteriales de pO₂ y pCO₂, y más indirectamente a cambios de pH y temperatura, e induce cambios reflejos en la actividad vasomotora y respiratoria^{2,3}.

El glomus carotídeo fue descrito por Von Haller en 1743, en 1891 Manchand describió el primer paraganglioma del cuerpo carotídeo⁴ y Schudder, en 1903, llevó la primera ex-

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jorgecoghi@hotmail.com (J. Coghi Granados).

tirpación satisfactoria de un tumor del cuerpo carotídeo, con preservación de la arteria carótida y evitando una lesión nerviosa importante⁵.

Los tumores del cuerpo carotídeo son lesiones poco comunes, hipervascularizadas, de crecimiento lento, derivados de las células paraganglionares de la cresta neural². Aproximadamente, 1 de cada 30.000 tumores de cabeza y cuello corresponde a algún tipo de paraganglioma¹⁻³. El tumor con origen en las células del corpúsculo carotídeo es el más frecuente (78%)^{1,2}, seguido por los paragangliomas yugulares (16%), vagales (4,5%), timpánicos (1,5%) y periaórticos². La mayoría se presenta de forma esporádica. Edad media: en la quinta década de la vida³. Misma incidencia varón-mujer³. Bilateralidad en un 5-8% en los casos esporádicos y en un 30-33% en los casos familiares^{4,6}. Aproximadamente, un 10-30% de los pacientes tiene historia familiar. Se ha determinado que su transmisión es autosómica dominante ligada al sexo masculino^{1,4}.

Inmunoquímica, las células tumorales principales del paraganglioma son positivas para enolasa neuroespecífica, sinaptofisina y cromogranina. Las células de soporte son positivas para la proteína S-100 y la proteína fibrilar ácida de la glía⁴.

Su etiología se relaciona con la hipoxia crónica y mutaciones en los genes relacionados con la oxemia^{1,3}. Shamblyn los clasifica en: grupo I, lesiones poco adheridas a las arterias carótidas; grupo II, lesiones de mayor tamaño que rodean parcialmente las arterias carótidas y adheridos a la adventicia vascular, y grupo III, lesiones que rodean por completo la bifurcación carotídea^{1,4,7}. Las lesiones de los pares craneales son infrecuentes y son más habituales cuando el tamaño de estos supera los 5 cm².

Se sospecha su presencia por la existencia de una masa cervical sobre el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, de crecimiento lento, poco o nada dolorosa, que rara vez presenta soplo o *thrill*, movilidad en plano vertical y no en dirección horizontal (signo de Fontaine), asociada a disnea, odinofagia o cambios en el tono de voz^{1-4,6,7}.

Entre las pruebas diagnósticas de elección se encuentran la angiografía, el ultrasonido Doppler color, la tomografía computarizada y la resonancia magnética. Sin embargo, la angiografía sigue siendo el método diagnóstico más empleado; en ella se puede ver la separación por una masa hipervascularizada de las carótidas interna y externa como signo patognomónico (signo de Lyre)^{2,4}.

El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica, la disección recomendada es la subadventicial descrita por Gordon-Taylor (*white line*). Es obligatorio conocer el flujo vascular de la lesión por medio de una angiografía o una angiografía⁴. En las lesiones mayores de 2 cm se recomienda la embolización preoperatoria con la finalidad de reducir el tamaño y la vascularidad de la lesión. La radioterapia es otra opción terapéutica con resultados inciertos, pues la mayoría de los tumores son radiorresistentes y debería reservarse solo para casos de tumores malignos con metástasis regionales linfáticas (6-23%)⁴ como tratamiento complementario, en pacientes con alto riesgo quirúrgico, o en casos de recidivas tumorales o resecciones incompletas^{2,6}.

La mortalidad intraoperatoria publicada se encuentra entre el 0 y el 2%. Posterior a la cirugía es preciso realizar un seguimiento a largo plazo de estos pacientes, pues está descrita la aparición de metástasis incluso 20 años después de la cirugía².

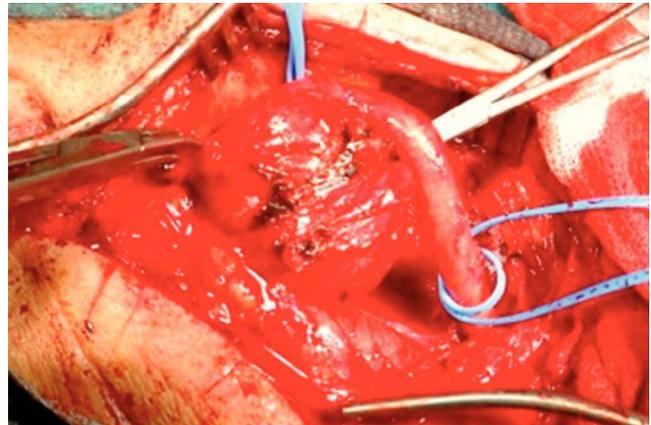


Figura 2 Paraganglioma carotídeo derecho en el campo quirúrgico.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Fonfach C, Imigo F, Sánchez G, Massri D, Mertens R, Sánchez A. Tumor de glomus carotídeo a propósito de un caso. Cuadernos de Cirugía. 2009;23:28-32.
2. González-Fuello MJ, Ballesteros-Pomar M, Domínguez-Bahamonde J, Zarco-Castillo J, Fernández-Samos R. Tumores del glomus carotídeo: estudio de 11 años. Angiología. 2006;58:91-7.
3. García Pajares R, España Caparrós G, Solís García JV. Paragangliomas. En: Vaquero Murillos F, editor. Tratado de las enfermedades vasculares, SEACV. Barcelona: Viguera; 2006. p. 1171-85.
4. Toranzo Fernández JM, Colunga R, González Valdez LG. Paraganglioma del cuerpo carotídeo: reporte de un caso clínico con correlación familiar. Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial. 2011;33:79-83.
5. Otero Reyes M, García Lizame ML, Eliseo Musenden O, Peguero Bringuez Y, Díaz Hernández O. Tumor del corpúsculo carotídeo. Revista Cubana de Medicina. 2010;49:205-10.
6. William C, Krupski MD. Transtornos poco frecuentes de las arterias carótidas. En: Rutherford RB, editor. Cirugía Vascul. 6.ª ed. Madrid: Elsevier; 2006. p. 2064-92.
7. Mondragón-Sánchez A, Montoya Rojo G, Shuchleib-Chaba S. Tumor de cuerpo carotídeo. Anales Médicos Asoc Médica Hospital ABC. 2003;48:233-6.