

Quemodectoma carotídeo

Carotid body chemodectoma

M. Echenique-Elizondo, J. Aguirregaviria-Zabaleta

*Universidad del País Vasco. Facultad de Medicina. Departamento de Cirugía.
Instituto Oncológico de Gipuzkoa-San Sebastián.*

RESUMEN

Presentamos un caso de un paciente intervenido de un gran paraganglioma de cuerpo carotídeo, con un seguimiento prolongado.

Palabras clave: Carotida, Paraganglioma, Quemodectoma.

SUMMARY

A case of a patient operated on for a large carotid body chemodectoma and prolonged follow-up is presented.

Key Words: Carotid, Paraganglioma, Chemodectoma.

LABURPENA

Gaixo bat karotida paraganglioma batetik operatutakoa aurkesten da. Jarraipen luze bat ondorioz emaitz potinthontzat jotzen dugu.

Correspondencia:
Miguel Echenique-Elizondo
UPV, Unidad Docente de Medicina de San Sebastián
Paseo Dr. Beguiristain, 105
20014 Donostia-San Sebastián
Tel.: +34 943017319
Fax. + 34 943017330
Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es
Enviado: 2 / 2 / 2004
Aceptado: 15 / 6 / 2004

Introducción

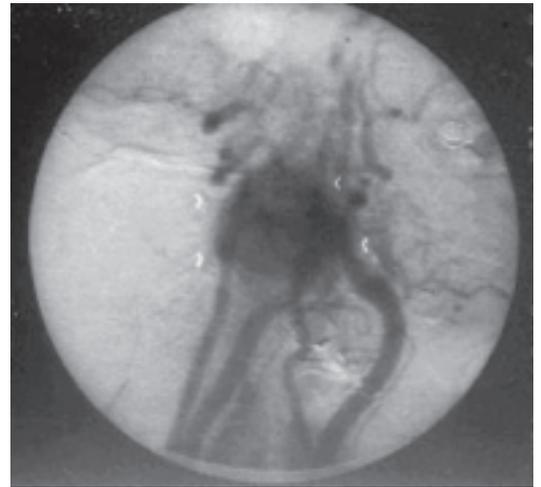
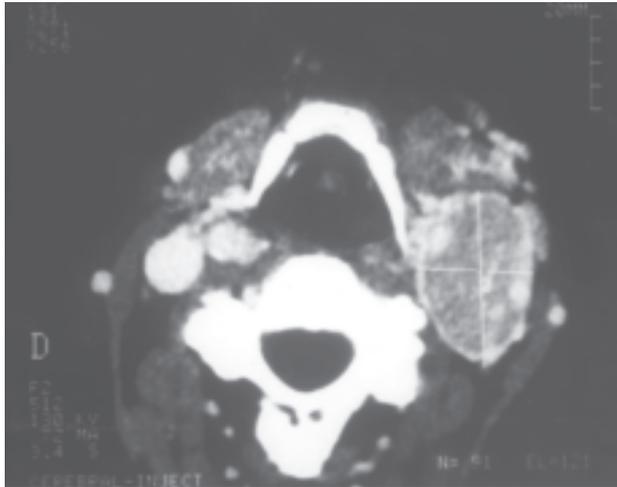
Las tumoraciones de localización cervical continúan representando un permanente problema diagnóstico y terapéutico y su diagnóstico y el tratamiento correctos continúan siendo un elemento esencial en el enfoque adecuado a éste problema

Caso clínico

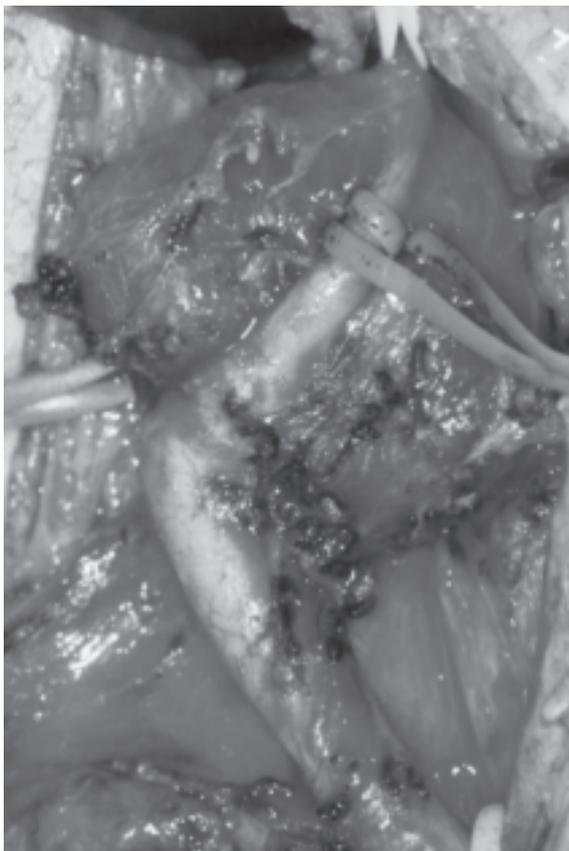
Varón de 54 años con historia de una masa cervical izquierda de consistencia dura y poco movilizable que ha notado su presencia desde hace 7 meses. No se percibe pulso arterial en el palpación ni soplo perceptible a la auscultación. La tensión era de 125/85 mm/Hg en reposo. Los valores analíticos estaban dentro de la normalidad. Una tomografía axial (Figura 1) resultó demostrativa. La angiografía digital (Figura 2) reveló una estructura sumamente vascularizada. Se estableció el diagnóstico y el paciente fue programado para cirugía. Se pudo realizar una exéresis completa del tumor (Figuras 3, 4). El estudio histopatológico fue concluyente (Figuras 5-7). La recuperación fue completa y el enfermo se encuentra asintomático pasados 6 años. No existe evidencia de tumor contralateral.

Discusión

El quemodectoma del cuerpo de carotídeo, también conocido como paraganglioma y tumor del cuerpo carotídeo toman su origen de células de origen neuroectodérmico(1). Se localizan generalmente en la bifurcación de la caró-



Figuras 1 y 2.



Figuras 3 y 4.

tida. Estructuras semejantes se pueden encontrar en los nervios glossofaríngeo y vago así como a nivel del cayado aórtico. Suelen ser estructuras muy vascularizadas dependiendo el flujo arterial de la arteria carótida externa ó de alguna de sus ramas. La forma más común de presentación es la de una masa cervical lateral sin pulsación ni soplo a pesar de su locali-

zación, ó bien en forma de déficit funcional de algún par craneal afectado. Son tumoraciones poco frecuentes y pueden alcanzar tamaños grandes –más de 4 cmts en el diámetro–. Los estudios de imagen son muy útiles actualmente (2). La tomografía axial con contraste es de gran ayuda en el diagnóstico, constituyendo el método preferido de entrada en la actualidad. Sobre

todo para definir el tamaño tumoral y sus relaciones de vecindad. Es también útil para excluir la presencia de una tumoración contralateral ya que la forma bilateral de presentación se ha publicado con relativa frecuencia. La angiografía es útil a la hora de definir el grado de vascularización y su procedencia. Shamblin (3) sobre una clasificación

basada en TC establece tres formas diferentes:

Tipo I: Tumor pequeño fácilmente reseccionable.

Tipo II: Tumor grande adherente a estructuras vecinas.

Tipo III: Tumor que afecta a arteria carótida interna y estructuras neurales.

La exéresis extraadventicial es el método preferido cuando es posible (4). En tumores de gran tamaño puede ser difícil así como en las formas adherentes y en las formas invasivas que pueden requerir el reemplazamiento de un segmento carotídeo y su sustitución mediante injertos adecuados en los que la prueba de clampaje carotídeo puede indicar la necesidad de un shunt temporal durante la intervención.

El seguimiento y observación a largo plazo son preceptivos en los grupos II y III fundamentalmente y sobre todo en aquellos que se ha apreciado una disfunción pre ó postoperatoria de algún par craneal teniendo en cuenta que en un 5% de los casos pueden ser malignos y en los que se puede observar una extensión metastásica, esencialmente linfática. La extensión metastásica, esencialmente linfática se dirige habitualmente a hígado, pulmón o esqueleto. De ahí la necesidad de un control temporal adecuado y prolongado (5).

Referencias bibliográficas

1. Drovdljic CM, Myers EN, Peters JA, Baysal BE, Brackmann DE, Slattery WH 3rd, Rubinstein WS. Proportion of heritable paraganglioma cases and associated clinical characteristics. *Laryngoscope*. 2001;111(10):1822-7.
2. Westerband A, Hunter GC, Cintora I, Coulthard SW, Hinni ML, Gentile AT, Devine J, Mills JL. Current trends in the detection and management of carotid body tumors. *J Vasc Surg*. 1998;28(1):84-92;
3. Shamblin WR, ReMine WH, Sheps SG, Harrison EG Jr. Carotid body tumor (chemodectoma). Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg*. 1971;122(6):732-9.
4. Smith RF, Shetty PC, Reddy DJ. Surgical treatment of carotid paragangliomas presenting unusual technical difficulties. The value of preoperative embolization. *J Vasc Surg*. 1988;7(5):631-7.
5. Plukker JT, Brongers EP, Vermey A, Krikke A, van den Dungen JJ. Outcome of surgical treatment for carotid body paraganglioma. *Br J Surg*. 2001 ;88(10):1382-6.



Figura 5.

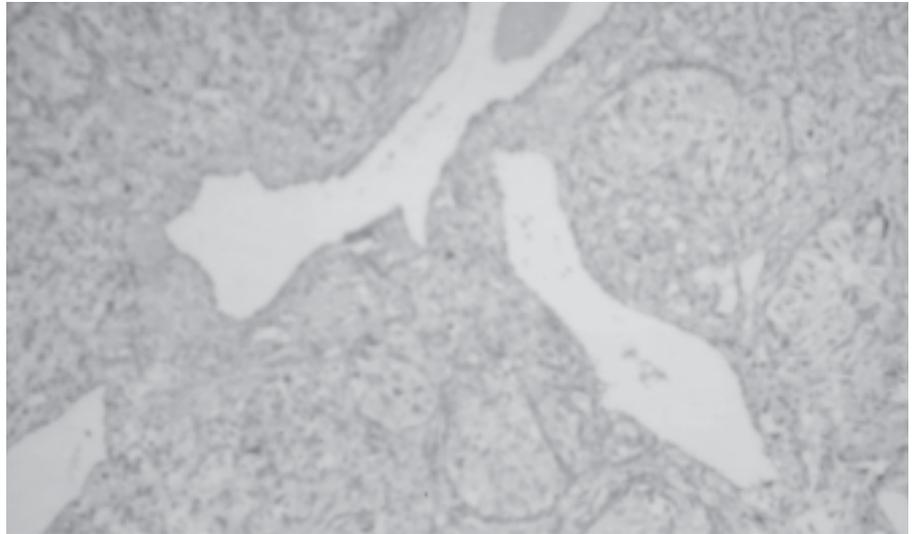


Figura 6.

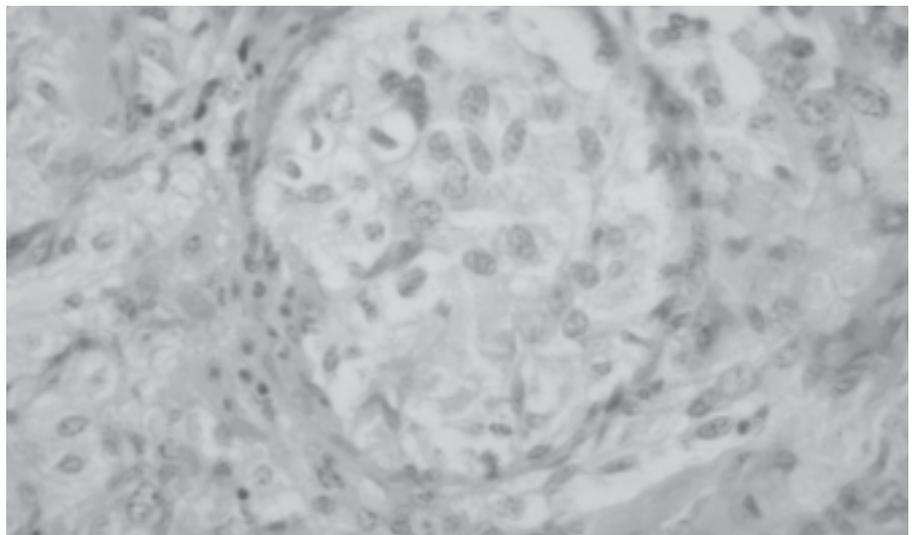


Figura 7.