



Acta de Otorrinolaringología & Cirugía de Cabeza y Cuello

www.revista.acorl.org.co



Caso clínico

Glomus carotídeo bilateral. Reporte de un caso Bilateral glomus caroticum. case report

María Cristina Navarro Meza*, José Antonio González González*, Diana María Castañeda Marín**,
Leticia Mireles García**, David Enrique Carmona Navarro***

* Médico adscrito al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco, México.

** Médico residente del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Zapopan, Jalisco, México.

*** Médico residente de Medicina Interna del Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde", de Guadalajara, Jalisco, México.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido: 29 de abril de 2014

Revisado: 5 de junio de 2014

Aceptado: 27 de agosto de 2014

Palabras clave:

Cuerpo carotídeo, tumor del cuerpo carotídeo, paraganglioma.

Key words:

Carotid body, carotid body tumor, paraganglioma.

RESUMEN

Los glomus o paragangliomas carotídeos son tumores de crecimiento lento, hipervascularizados, poco frecuentes, derivados del cuerpo carotídeo. El objetivo es presentar un caso poco frecuente de tumores glómicos carotídeos bilaterales. Para su diagnóstico se realizó angiorresonancia magnética y angiografía de cuello. Se encontró una tumoración bilateral hipervascularizada a nivel de la división de la arteria carótida común, con signo de la lira.

ABSTRACT

Carotid glomus or paragangliomas are slow growing tumors, highly vascularized, rare, originated from the carotid body. The objective is to present a very rare case of bilateral carotid glomic tumors. Neck angioresonance was performed for diagnosis. A highly vascularized tumor was found bilaterally in the bifurcation of the common carotid artery, showing the lyre sign.

Correspondencia:

María Cristina Navarro Meza
Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, ISSSTE, México
Arista 1525 Sector Hidalgo. Colonia Centro CP 44100
navmezacris@yahoo.com.mx

Introducción

Los paragangliomas son neoplasias benignas, que generalmente se presentan como masas cervicales asintomáticas; están formados por un conjunto de células derivadas de la cresta neural, asociadas con el sistema nervioso autónomo. Los paragangliomas carotídeos son los tumores más comunes de cabeza y cuello (1).

Pueden ser esporádicos o familiares. Los primeros son más comunes en mujeres, con una relación hombre:mujer 1,3:1 (2); los casos familiares se presentan en un 10%, con transmisión AD (autosómica dominante) y alta incidencia de presentarse de forma bilateral. La incidencia de paragangliomas bilaterales se calcula de un 3-8% en los casos esporádicos, y de un 30-33% en los familiares (3). En el 79% se ha encontrado una mutación en la subunidad D del gen SDH (enzima succinato deshidrogenasa) (4).

En 1971 Shamblyn propuso una clasificación, en donde se identificaron tres grupos: I. Lesiones pequeñas, poco adheridas a las carótidas; II. Lesiones de mayor tamaño, que rodean parcialmente las carótidas y están adheridas a la adventicia vascular; III. Aquellas que rodean por completo la bifurcación carotídea (5).

Clínicamente se presentan como un aumento de volumen blando, de crecimiento lento, localizado en el borde anterior del esternocleidomastoideo, con signo de Fontaine móvil en el plano lateral y limitación del movimiento cefalocaudal. Los métodos diagnósticos de elección son la angiografía, la tomografía contrastada y la resonancia magnética con gadolinio, en busca del signo de la lira (6).

La elección del tratamiento depende del tamaño de la lesión, de la edad del paciente y de la elección personal de este. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica. Algunos autores han recomendado la embolización preoperatoria, y otros la radioterapia, con la finalidad de disminuir el tamaño de la tumoración (7).

Material y métodos

Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años de edad, en la cual su padecimiento se inició hace dos años, con la presencia de dos tumoraciones bilaterales en el triángulo carotídeo, de crecimiento progresivo, no dolorosas. A la exploración física se encuentran en el cuello tumoraciones en el triángulo carotídeo: en el lado izquierdo de aproximadamente 3 × 4 cm de diámetro (figura 1), móvil en sentido lateral, con disminución del movimiento cefalocaudal, no dolorosa a la palpación; en el lado derecho de las mismas características, contralateral, de aproximadamente 2 × 2 cm de diámetro (figura 2). Se realiza angiorresonancia y angiografía, y se encuentra tumoración isointensa en T1 e hiperintensa en T2, con señal en sal y pimienta, y presencia del signo de la lira en ambos estudios (figuras 3, 4 y 5). Se realiza con esto el diagnóstico sugestivo de paraganglioma carotídeo bilateral. Se lleva a cabo resección primaria de la tumoración izquierda, y a los seis meses se practica la resección del tumor derecho.



Figura 1. Imagen clínica, tumoración izquierda.



Figura 2. Imagen clínica, tumoración derecha con signo de Fontaine.

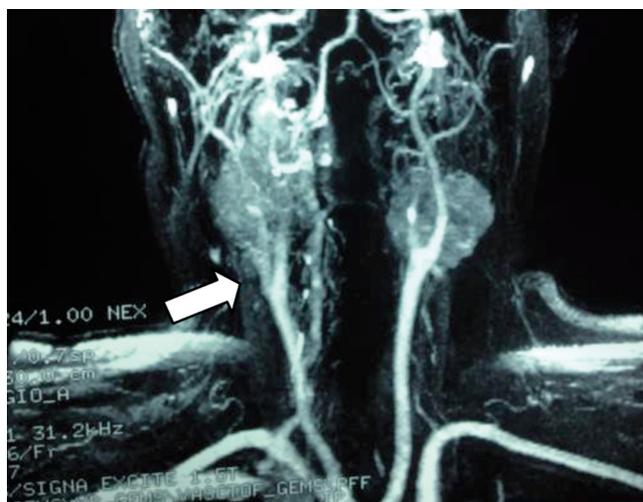


Figura 3. Angiorresonancia de cuello: presencia de glomus bilaterales y signo de la lira. Corresponden a clasificación III de Shamblyn.

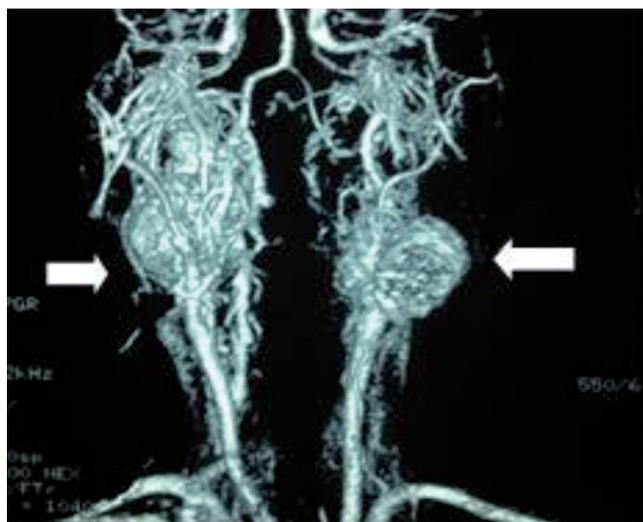


Figura 4. Angiografía de cuello: presencia de glomus bilateral, localizado en la cara interna del extremo superior de la arteria carótida común.

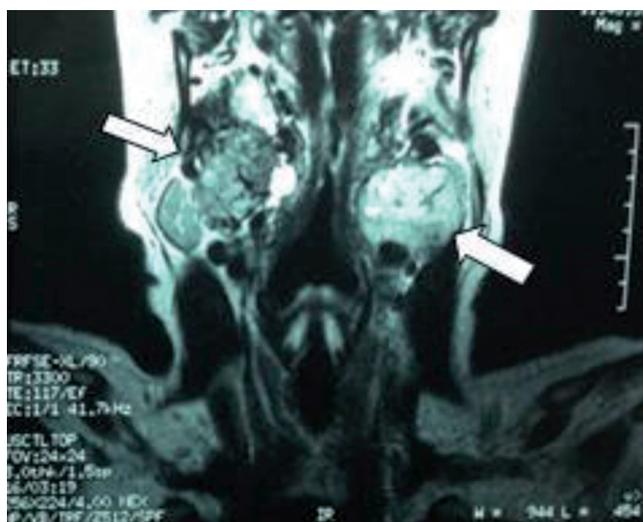


Figura 5. Resonancia magnética de cuello: imagen hiperintensa en T2, señales de flujo perdidas, típicamente llamadas en "sal y pimienta".

El estudio histopatológico corroboró el diagnóstico de paraganglioma carotídeo.

Después de la cirugía la paciente presenta parálisis cordal derecha, por lesión del nervio laríngeo recurrente, y lateralización lingual a la izquierda, debido a lesión del nervio glossofaríngeo.

Discusión

En 1743 Von Haller describió el cuerpo carotídeo, y en 1891 Marchand reportó el primer paraganglioma de este cuerpo (8). Es una estructura localizada en la cara interna del extremo superior de la arteria carótida común, próxima a su bifurcación; se trata de un órgano quimiorreceptor, y su inervación está dada por los pares craneales IX, X y XII, los cuales forman el nervio del seno carotídeo o nervio de Hering (9).

Histopatológicamente son células ovales, con núcleos uniformes o pleomórficos, dispuestos en nidos, rodeados de estroma vascular, conocidos como Zellballen (10). La incidencia de malignidad es de 6-23%. Inmunohistoquímicamente son positivas para enolasa neuroespecífica, sinaptofisina y cromogranina (1).

En la resonancia magnética se encuentran señales de flujo perdidas, típicamente llamadas en "sal y pimienta", en T2: "pimienta" representa señales de flujo perdido de intensidad baja, y "sal" constituye señales de intensidad alta por áreas de hemorragia (11, 12).

El nivel de complicaciones posquirúrgicas es elevado: la mortalidad es de 1-2%, y la morbilidad, del 40%, incluyendo lesión de nervios craneales, principalmente X y XII; hemorragia, síndrome fallo barorreflejo, accidente cerebrovascular (13, 14).

Conclusiones

Los paragangliomas carotídeos bilaterales representan una entidad rara; su diagnóstico radiológico presenta signos específicos, por lo que es muy sugerente para el clínico; sin embargo, el tratamiento es un reto, con grandes complicaciones posquirúrgicas, que obligan al cirujano a elegir cuidadosamente a los pacientes candidatos a tratamiento, evaluar el estadio en el que se encuentra la tumoración y el porcentaje de complicaciones que se pueden presentar.

REFERENCIAS

1. Patlola R, Ingraldi A, Walker C, Allie D, Khan IA. Carotid body tumor. *Int J Cardiol*, 2010; 143: 7-10.
2. Rodríguez-Cuevas S, López-Garza J, Labastida-Almerado S. Carotid body tumors in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. *Head Neck*, 1998; 20: 374-78.
3. Athanasiou A, Liappis CD, Rapidis AD, Fassolis A, Stravianos SD, Kokkalis G. Carotid body tumor: Review of the literature and report of a case with a rare sensorineural symptomatology. *J Oral Maxillofac Surg*, 2007; 65: 1388-93.

4. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Evangelou I, Alexandridis C. Hypoglossal nerve palsy caused by a large vagal paraganglioma: case report. *Br J Oral Maxillofac Surg*, 2009; 47: 69-70.
5. Shamblin WR, ReMine WH, Sheps SG, Harrison EG Jr. Carotid Body Tumor: Clinicopathologic analysis of ninety cases. *Am J Surg*, 1971; 122: 732-9.
6. Soto S, Valdés F, Kramer A, Mariné L, Bergoeing R, Mertens R, et al. Tumor del cuerpo carotídeo: A propósito de 10 casos tratados. *Rev Méd Chile*, 2007; 135: 1414-20.
7. Kafie FE, Frieschlag JA. Carotid body tumors: the role of preoperative embolization. *Ann Vasc Surg*, 2001; 15: 237-42.
8. Gil-Carcedo E, Gil-Carcedo L, Vallejo LA, Herrera D, Ortega C. Diagnóstico y tratamiento de los paragangliomas. Presentación de nueve casos y revisión de la literatura. *Acta Otorrinolaringol Esp*, 2006; 57: 412-8.
9. Lahey F, Warren KW. A long term appraisal of carotid body tumor with remarks on their removal. *Surg Gynecol Obstet*, 1952; 92: 481-91.
10. Valdés F, Rosenberg H, Krämer A, Huete I. Tumor del cuerpo carotídeo. *Rev Méd Chile*, 1985; 113: 1108-12.
11. Wieneke JA. Paraganglioma: Carotid body tumor. *Head Neck Pathol*, 2009; 3: 303-6.
12. Rao AB, Koeller KK, Adair CF. Paragangliomas of the head and neck: radiologic pathologic correlation. *Radiographics*, 1999; 19: 1605-32.
13. De Toma G, Sapienza P, Letizia C, Nicolanti V, Piccirillo G, Basile U, et al. Indication for surgery in the presence of familial bilateral carotid body tumors. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 2003; 6: 46-7.
14. Qin RF, Shi LF, Liu YP, Lei DL, Hu KJ, Feng XH, et al. Diagnosis and surgical treatment of carotid body tumors: 25 years' experience in China. *Int J Oral Maxillofac Surg*, 2009; 38: 713-8.