

TUMOR GLOMUS CAROTÍDEO

RESUMEN:

Se presenta el caso de un tumor del glomus carotídeo. Mujer de 57 años con antecedente de diabetes tipo 2, medicada con metformina. Ella consulta por presentar un aumento del volumen cervical derecho, anterior al músculo esternocleidomastoideo de seis años de evolución. Angio RMN de cuello con contraste: lesión expansiva sólida de contornos polilobulados, de aproximadamente 35 mm de diámetro anteroposterior por 38 mm transversales y 45 mm longitudinal, sin infiltración a vasos carotídeos. Se realizó extirpación quirúrgica completa del tumor y el informe histopatológico: hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos compatibles con paraganglioma.

Palabras claves: tumor carotídeo, glomus carotídeo, paraganglioma.

ABSTRACT:

The case of a carotid glomus tumor is presented. A 57-year-old woman with a history of type 2 diabetes, medicated with metformin. The same query for presenting an increase in right cervical volume, anterior to the sternocleidomastoid muscle of six years of evolution. Angiography MRI of the neck with contrast: a solid expansive lesion with polylobulated contours, approximately 35 mm anteroposterior diameter by 38 mm transverse and 45 mm longitudinal, without infiltration to carotid vessels. Complete surgical excision of the tumor and the histopathological report were performed: histological and immunohistochemical findings compatible with paraganglioma.

Key words: carotid tumor, carotid glomus, paraganglioma.

AUTORES:

BELSITO MALASPINA

PAOLA¹,

MEJÍA RODRÍGUEZ ELÍAS²,

GOROSITO SILVIA¹,

IRIGOYEN JERÓNIMO¹,

GALANTE ALDO³,

FERNÁNDEZ ADRIÁN⁴,

FERNÁNDEZ VICTORIA⁵,

MORENO EDUARDO⁶,

SEBASTIÁN FANDIÑO⁷,

VERÓNICA FUSARO⁸.

1. Médico de Planta Unidad Cirugía Vascular, 2. Cursista Universidad de Buenos Aires, 3. Jefe de Unidad de Internación de Cirugía Cardiovascular, 4. Jefe de la Unidad de Cirugía Vascular, 5. Jefa de Residente de la Unidad de Cirugía Vascular, 6. Residente Cirugía Vascular, 7. Médico de Planta Anatomía Patológica, 8. Residente de Anatomía Patológica.

Correspondencia:

Bulnes 1051, piso 1, Dto A.

CP:1176.

paobelsito@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores del glomus carotídeo son poco frecuentes, representan el 0,6% de los tumores de cabeza y cuello, y del 50% al 60% de los paragangliomas son derivados del cuerpo carotídeo. Son generalmente benignos, originados de los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo¹, localizados en la adventicia de estos vasos. Suelen ser más frecuentes en pacientes expuestos a hipoxia crónica (pacientes que viven en ciudades de altura por encima de 2000 msnm, con EPOC, cardiopatías congénitas, fibrosis quística, etc)². El cuerpo carotídeo es una estructura derivada del mesodermo del tercer arco branquial y del tejido ectodérmico de la cresta neural. Son estructuras rosadas, ovoides, de 6 x 4 x 2 mm. Su ubicación es periadventicial en relación con la bifurcación carotídea. Es innervado por el nervio glossofaríngeo e irrigado por ramas de la arteria carótida externa^{3,4}.

A fin de este caso realizamos una revisión de la literatura sobre el tema a propósito de una paciente que se diagnosticó y trató en el Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

CASO CLÍNICO

Mujer de 57 años con antecedente de diabetes tipo 2 medicada con metformina. Ella consulta por presentar un aumento del volumen cervical derecho anterior al músculo esternocleidomastoideo de seis años de evolución, de crecimiento lento con reciente odinofagia y disfonía. Al examen físico presenta masa firme a la palpación, móvil en sentido anteroposterior. Se realiza ecografía de cuello que reporta masa cervical derecha, hipervascular del espacio carotídeo con signo de la resortera que mide 5.8 x 4.8 x 4.2 cm, volumen 60 cc, desplaza anterior y superiormente a la glándula submandibular ipsilateral, pero no hay signos de comportamiento invasivo regional ni diseminativo, compatible con paraganglioma de glomus carotídeo. Angio RMN de cuello con contraste lesión expansiva sólida de contornos polilobulados de aproximadamente 35 mm de diámetro anteroposterior por 38 mm transversales y 45 mm longitudinal. La lesión tiene señal de partes blandas, isointensa en T1 con respecto de la intensidad de los grupos musculares levemente brillantes, en T2 con marcado realce luego de inyectado el contraste endovenoso, (Imagen 1). Coexisten imágenes puntiformes de baja señal, indicando la presencia de estructuras vasculares. La lesión se proyecta sobre la bifurcación carotídea derecha. En las secuencias angiográficas, se observa ensachamiento de la bifurcación carotídea (signo de la lira, Imagen 2), se observó señal normal en las arterias carótidas primitivas, bulbos carotídeos y en arteria vertebral izquierda. Arteria vertebral derecha con flujo filiforme de carácter hipoplásico.

Se realizó incisión longitudinal por borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, disección por planos y se identificó carótidas interna, externa y primitiva, encontrándose en el intraoperatorio un tumor hipervascularizado Tipo II según clasificación de Shamblyen (Imagen 3). La técnica quirúrgica que se realizó fue una disección

subaventricial en la cual se indentificó y preservó la arteria carótida externa, interna, nervio hipogloso y vago. Se dejó drenaje aspirativo que se exteriorizó por contrabertura.

La paciente fue trasladada a unidad de cuidados intensivos para monitoreo durante 24 horas, evolucionó satisfactoriamente y se decidió el alta al tercer día postoperatorio. Se controló por consultorio externo, y se halló en buenas condiciones sin molestias ni complicaciones. El informe histopatológico concluyó: proliferación neoplásica bifásica constituida por nidos de células de citoplasma eosinófilo y núcleos centrales, en sectores pleomórficos, rodeados por células ahusadas de núcleos alargados. Ausencia de necrosis, invasión vascular y sectores sólidos. Se cuentan 2 mitosis por 10 campos de gran aumento. Acompaña ganglio linfático con hiperplasia folicular. Inmunohistoquímica: cronogranina A positivo, sinaptofisina positivo, S100 positivo, actina músculo liso negativo, CD34 negativo, Ki67 positivo (Imagen 4).



*Imagen 1. AngioRMN:
nótese imagen sobre la
bifurcación carotídea.*

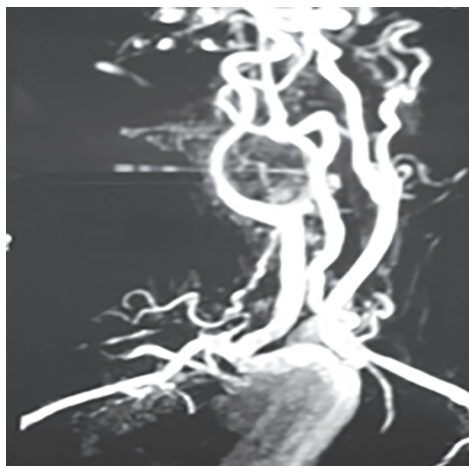


Imagen 2. Signo de la lira.

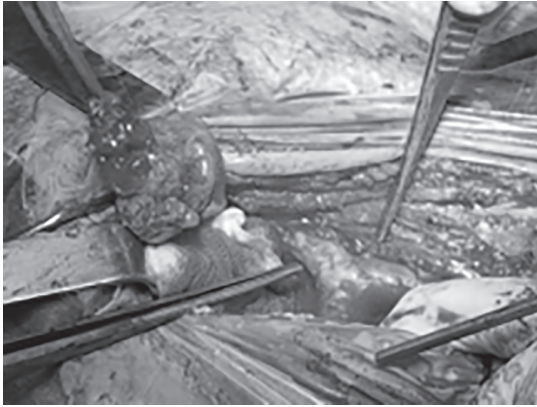


Imagen 3. Disección quirúrgica.

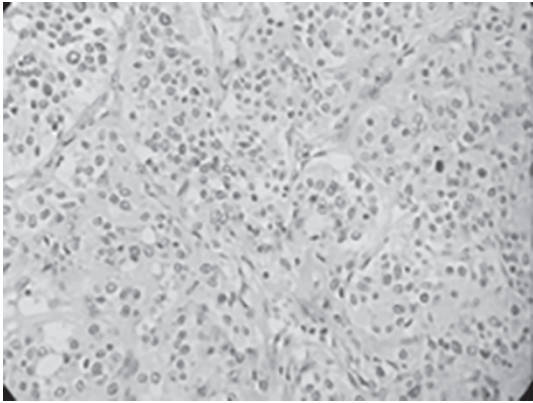


Imagen 4. Nidos celulares patognomónico del glomus.

CONCLUSIONES

El cuerpo o glomus carotídeo es una estructura ovoide, se localiza en la bifurcación carotídea y emite terminaciones nerviosas hacia la adventicia arterial. Son tumores derivados de los paraganglios extrarrenales del sistema nervioso parasimpático, siendo el más frecuente el paraganglioma carotídeo. La aparición de paragangliomas del cuerpo carotídeo puede ser esporádica o familiar, siendo el primer tipo el más frecuente, generalmente unilateral y asociado en forma directa a la hipoxia crónica. Es una patología de baja frecuencia de la que solo existen publicaciones de casos aislados o series pequeñas. Su incidencia es mayor en poblaciones que viven en altura. La base para el diagnóstico se fundamenta en la sospecha y el examen clínico. Masa submandibular indolora de crecimiento lento, móvil en sentido lateral y fija en sentido longitudinal (signo de Fontaine), en el estudio de los paragangliomas la TAC y la RMN cervical son un buen acercamiento imagenológico inicial (TAC sensibilidad del 77-98% y especificidad del 29-92%, RMN sensibilidad 90-100% y especificidad 50-100%)¹. El signo imagenológico característico es el signo de la lira, en el que el tumor es localizado en la bifurcación carotídea separa las carótidas interna y externa.

La conducta terapéutica de elección para el manejo de los paragangliomas es la resección quirúrgica ya que es el único procedimiento curativo. Existe la embolización, que es una técnica cuyo objetivo es reducir la vascularización y el tamaño del tumor para facilitar la extracción y reducir el sangrado intraquirúrgico, que se realiza 48 horas antes de la cirugía. Existen casos en los que se debe descartar la cirugía por el alto riesgo quirúrgico en los que se puede optar por el tratamiento con radiolisis con complejo radiactivo.

CONCLUSIÓN

El glomus carotídeo es una patología poco frecuente, su diagnóstico se basa preferentemente en el alto grado de sospecha, la angio RMN resulta un estudio de vital importancia para el enfrentamiento terapéutico, que consiste en la resección quirúrgica en manos de un cirujano avezado sobre técnicas vasculares del territorio carotídeo, sobre todo en casos de Shamblyn grado II y III para minimizar las complicaciones centrales y periféricas. ■

REFERENCIAS

1. Rodríguez González GM, González F, Rodríguez Reyna JC, et al. Tumor del cuerpo carotídeo. A propósito de un caso. http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme&article/view/2203/html_236.
2. Soto S, Valdés F, Kramer Sen A, Marine L, et al. Tumor del cuerpo carotídeo: A propósito de 10 casos tratados. *Rev Méd Chile* 2007; 135:1414-20.
3. Vergara A, Soto Vilchez F, Vergara Orellana J. Paraganglioma del seno carotídeo. Revisión bibliográfica. *Rev FASO* 2013;20 (3):30-5.
4. Foncfach C, Imigo F, González Sánchez C, Massi D, Mertes R, Sánchez A. Tumor de glomus carotídeo, a propósito de un caso. *Cuad Cir* 2009; 23:28-32.