

Caso clínico 2

DIAGNÓSTICO Y PAPEL DE LA EMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA EN EL PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO

DRES. TORRES MORAGA V,
NOGUEROL PÉREZ MD, RODRÍGUEZ
VERDUGO M, CORDONCILLO JM.

HOSPITAL JUAN RAMÓN JIMÉNEZ
(HUELVA).

Introducción

Los paragangliomas son tumores benignos, de crecimiento lento, que surgen de células paraganglionares derivadas de la cresta neural. Los del cuerpo carotídeo, situados a nivel de la bifurcación de la arteria carótida, son los más frecuentes en los tumores de cabeza y cuello. Suele presentarse como una masa cervical; es más frecuente en mujeres entre los 40-50 años, y puede producir sintomatología sobre todo, por compresión de pares craneales adyacentes, como disfagia, tos, disfonía, fasciculaciones linguales por afectación del hipogloso o síndrome de Horner por afectación de la cadena simpática cervical.

Descripción del caso

Mujer de 67 años, derivada desde atención primaria por una tumoración cervical derecha de 6 meses de evolución, asintomática. A la exploración, se palpa una masa anterior a músculo ECM, en área IIa y III, de 4 cm, de consistencia dura y desplazable en plano anteroposterior, pero no cráneo-caudal (signo de Fontaine).

Se realiza TAC con contraste, que muestra una masa sólida en la bifurcación carotídea derecha, en contacto con bulbo carotídeo, que capta contraste, de 40x25 mm, desplaza estructuras vasculares y se acompaña de engrosamiento parietal de la carótida común. La RMN descarta estenosis u ocleración de las luces carotídeas adyacentes e infiltración de otras estructuras.

Una vez realizado el diagnóstico de certeza, se completa con la realización de un Angio-TAC de TSA con el fin de realizar una



FIGURA 1:TAC con contraste en corte coronal compatible con tumor glómico carotídeo, donde se observa dicha masa a nivel del bulbo carotídeo.

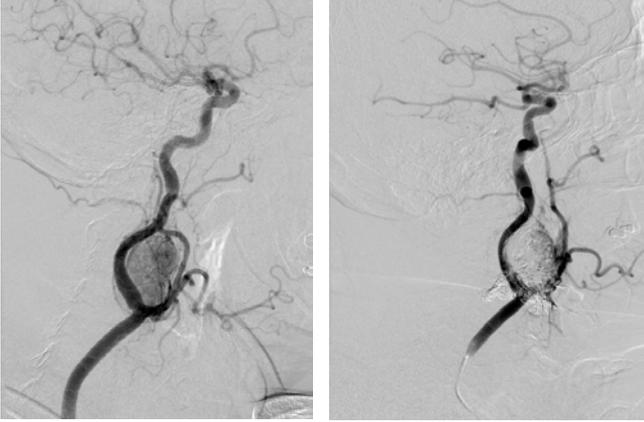
embolización previa a cirugía; dicha embolización es realizada 6 días antes de la intervención quirúrgica, por parte de radiología intervencionista.

Una vez realizada la embolización, es intervenida por un equipo multidisciplinar formado por ORL y Cirugía Vascular, mediante disección subadventicial, con sacrificio de la arteria carótida externa por estar englobada e íntimamente adherida al tumor.

Como secuela, presenta parálisis en posición paramediana de cuerda vocal derecha y paresia de borde de lengua ipsilateral. A los 2 meses, la movilidad lingual se ha ido recuperando pero persiste la parálisis cordal.

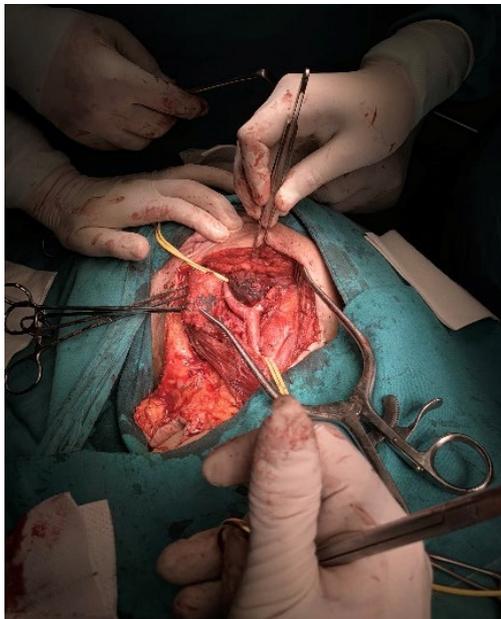
Discusión

En nuestro caso, según la clasificación de Shamblin, el tumor es tipo III, voluminoso, que engloba una de las carótidas, y cuya extirpación ha requerido reseca la carótida externa.



FIGURAS 2 y 3: Arteriografía de arteria carótida derecha donde se visualiza formación hipervascular, con intenso teñido en fase arterial, localizada en la encrucijada de la bifurcación carotídea derecha, correspondiente al glomus carotídeo (imagen izquierda) y arteriografía una vez realizada la embolización donde se confirma que el material embolizante ocupa todos los vasos de la malformación (imagen derecha).

La angiografía identifica los vasos nutricios para la embolización, y nos deja una imagen típica, signo de la lira, donde se ve el tumor en la bifurcación carotídea separando ambas carótidas. La embolización preoperatoria ha demostrado ser eficaz, como tratamiento adyuvante, en tumores de gran tamaño (normalmente mayor de 4 cm), consiguiendo una menor pérdida sanguínea y facilitando la técnica quirúrgica. Por el contrario, no ha demostrado beneficio en reducir el riesgo de lesión de pares craneales, duración de la cirugía, accidente cerebrovascular o muerte.



A la izquierda, FIGURA 4: Masa sólida de varios centímetros localizada en la bifurcación carotídea íntimamente adherida a la arteria carótida externa.

A la derecha, FIGURA 5: Tumor vascular ya extirpado, donde se observa que ha tenido que ser sacrificada la arteria carótida externa.



BIBLIOGRAFÍA

Prado Calleros, Arrieta Gómez, Prado Abarca. Práctica de la otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Panamericana. 2012; capítulo 57, páginas 368-380.

Adam H, Thomas C, Jan Dasperbauer. Impact of preoperative embolization on outcomes body tumor resections. *Journal of Vascular Surgery*. October 2012; volume 56, issue 4, pages 979-989. doi.org/10.1016/j.jvs.2012.03.037.

Adrienne N, Adel Barkat, Witawat Daungjaiboon. Carotid body tumor resection: Just a safe without preoperative embolization. *Annals of Vascular Surgery*. Julio 2017 [cited January 2018]; volume 46, pages 54-59. doi.org/10.1016/j.avsg.2017.06.149.

La malignidad viene dada por la capacidad de producir metástasis ganglionares o a distancia, como hígado, pulmón, hueso y cerebro, aunque excepcionalmente malignizan. Una de las complicaciones postquirúrgicas es la lesión de pares craneales, las cuales suelen ser temporales. Son más frecuentes conforme aumenta el diámetro y volumen tumoral, la clase según Shamblyn y el tiempo quirúrgico. Los más lesionados son nervio vago, laríngeo recurrente, hipogloso, cadena simpática cervical y glossofaríngeo. En nuestra paciente se han lesionado el hipogloso y laríngeo recurrente.

La RT, no ha demostrado mejor respuesta que la cirugía. Se emplea en tumores irreseccables, pacientes pluripatológicos, rechazo de la cirugía, o como adyuvancia, para conseguir un control local en casos de malignización o recurrencia.