

REPORTE DE CASOS

Hospital General Docente «Martín Chang Puga», Nuevitas, Camagüey

TUMOR DEL CORPÚSCULO CAROTÍDEO. PRESENTACIÓN DE 1 CASO

Dr. Miguel García Rodríguez¹ y Dr. Oscar Duménigo Arias²

RESUMEN

Se presenta un paciente que acude a consulta por presentar cuadros sincopales con una pequeña tumoración en la región lateral izquierda del cuello de más de 6 meses de evolución. Se le realiza ecografía del cuello, arteriografía carotídea y biopsia por aspiración con aguja fina y se llega al diagnóstico preoperatorio de tumor del corpúsculo carotídeo. Se interviene y realiza resección subadventicia de forma exitosa.

Descriptor DeCS: TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO/diagnóstico; TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO/cirugía; TUMOR DEL CUERPO CAROTIDEO/ ultrasonografía; ANGIOGRAFIA; BIOPSIA CON AGUJA.

El corpúsculo o cuerpo carotídeo, como algunos lo llaman, es un quimiorreceptor similar al cuerpo aórtico de color gris rosáceo de 3 a 4 mm de diámetro, que se encuentra situado en la adventicia de la parte posterior de la bifurcación de la carótida primitiva, con una cápsula propia y rica inervación vegetativa proveniente del simpático, el glossofaríngeo y el neumogástrico.^{1,2}

Los tumores del corpúsculo carotídeo son muy poco frecuentes y por su origen

se clasifican en el grupo de las neoplasias que se llaman quimiodectomas, es decir, un tumor originado en un quimiorreceptor, y fueron descritos por primera vez en 1743 por *Von Haller*, como paragangliomas acromafines. Son los más frecuentes de los quimiodectomas.²⁻⁴

La morfología celular de esta neoplasia es similar a la del cuerpo carotídeo normal, pero a menudo las células tumorales son mucho más grandes, la mayor parte son tumores benignos, pero algunos

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral.

son malignos según demuestra la recurrencia local, la extensión a tejidos contiguos y la metástasis por vía linfática y hematogena de ganglios regionales, pulmón, huesos y corazón; esto suele ocurrir en sujetos menores de 40 años.¹⁻⁴

Desde el punto de vista clínico son tumores unilaterales de crecimiento lento que pueden permanecer estacionarios durante muchos años, aparecen con mayor frecuencia en el sexo femenino entre la cuarta y la sexta décadas de la vida y en ocasiones se ha demostrado tendencia hereditaria, en estos casos la frecuencia de neoplasias bilaterales es muy alta, de alrededor del 25 %, con respecto a los casos que no lo son, donde la incidencia de tumores bilaterales sólo alcanza el 5 %. La manifestación más frecuente por tanto será una tumoración indolora subesternocleidomastoidea, en el nivel del borde superior del cartílago tiroideos, cerca del ángulo de la mandíbula, de tamaño variable que puede llegar a alcanzar más de 5 cm de diámetro. En general no ocasiona otros síntomas que la deformidad, pero cuando por su desarrollo comprime estructuras vecinas, se observan crisis vagales, síncope, acúfenos, disfonía, etc.¹⁻³

El diagnóstico se realizará complementando el examen clínico con la ecografía del cuello y la arteriografía carotídea, los cuales demostrarán la presencia de una tumoración en la bifurcación de la carótida primitiva; en los casos en que sea posible se practicará una biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) la cual determinará si existen o no signos de malignidad.^{1,2}

Merced a los adelantos actuales en la cirugía vascular, la resección de los tumores del cuerpo carotídeo sin interrupción vascular no acarrea una morboletalidad más

grande que una disección radical de rutina en el cuello. El adelanto técnico más importante ha sido la extirpación subadventicia de los tumores de los vasos carotídeos, donde se realiza una disección cuidadosa que en ocasiones puede llegar a la media de la arteria para poder extirpar el tumor de forma adecuada y dejar la carótida intacta. Los tumores bilaterales se extirpan en fases quirúrgicas separadas.⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, blanco, de 52 años de edad, con antecedentes de cardiopatía isquémica, el cual es ingresado en la sala de Medicina Interna por presentar una exacerbación de la angina dada por un aumento de los síntomas en intensidad y frecuencia, se queja además de mareos frecuentes y cuadros sincopales caracterizados por pérdida de conocimiento y caída al suelo. Refiere que desde hace aproximadamente 7 meses presenta aumento de volumen de la región lateral izquierda del cuello, que le ocasiona dolor cuando ingiere bebidas alcohólicas.

Al examen físico se constata una tumoración de ± 3 cm de diámetro en la región lateral izquierda del cuello en el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo en su tercio superior, no movable, de superficie regular firme, que al comprimirla el paciente sufre síncope.

Por todo lo anteriormente expuesto se le realiza una ecografía del cuello donde se observa una tumoración ecogénica que rodea la carótida en su bifurcación, que mide 16,4 mm de diámetro y una arteriografía carotídea que mostró una tumoración en «cáscara de huevo» que amplía la bifurcación carotídea y compri-



FIG. 1. *Tumoración sobre la bifurcación de la carótida.*



FIG. 2. *Bifurcación de la carótida primitiva después de la resección.*

me la carótida interna y externa (fig. 1), se practica una BAAF que informa ausencia de signos de malignidad.

Con estos elementos se llega al diagnóstico de tumor del corpúsculo carotídeo, por lo cual se interviene y realiza disección lateral izquierda del cuello y resección subadventicia del tumor (fig. 2). Se envía la pieza al Departamento de Anatomía Patológica donde se confirma el diagnóstico (fig. 3).

El paciente evoluciona satisfactoriamente y se le da de alta al 5to. día de operado con seguimiento por consulta, sin complicaciones.

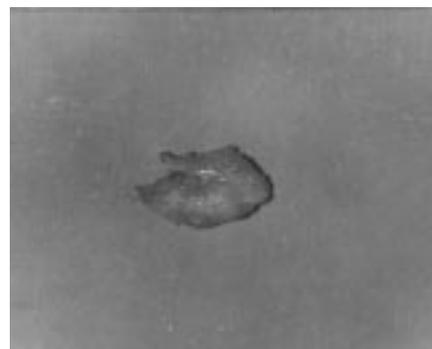


FIG. 3. *Tumoración expuesta sobre una compresa quirúrgica.*

SUMMARY

A patient who attends the physician's office for having syncopal pictures with a small tumor in the left region of the neck of more than 6 months of evolution is presented. Neck echography, carotid arteriography and fine needle

biopsy aspiration are carried out. Carotid body tumor is preoperatively diagnosed. He is operated on and subadventitious resection is successfully performed.

Subject headings: CAROTID BODY TUMOR/diagnosis; CAROTID BODY TUMOR/surgery; CAROTID BODY TUMOR/ultrasonography; ANGIOGRAPHY; BIOPSY, NEEDLE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thompson JE. Tumores del cuerpo carotídeo. En: Sabiston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983;t 2:1883-5.
2. Deschamps JH, Grinfeld D, Ortiz FE, Wilks AE. Cirugía: semiología quirúrgica y tumores del cuello. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1985;t 1:322-36.
3. Bollinger A. Angiología: tumores del glomus carotídeo. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1982:144.
4. Overholt RH. Glomectomía carotídea. En: Madden JL. Atlas de técnicas en cirugía. La Habana: Editorial Científico-Técnica, 1983;t 2:880-3.

Recibido: 25 de febrero del 2000. Aprobado: 28 de abril del 2000.

Dr. *Miguel García Rodríguez*. Maceo No. 15, entre Martí y Agramonte, Nuevitas, Camagüey, Cuba.