

# ABORDAJE QUIRÚRGICO EN EL TUMOR DEL GLOMUS CAROTÍDEO: caso clínico.

Sofía PACHECO-LÓPEZ<sup>1</sup>; Paula PEÑA NAVARRO<sup>2</sup>; Cristina Nicole ALMEIDA AYERVE<sup>3</sup>; Susana MARCOS ALONSO<sup>4</sup>; Sofía FERREIRA CENDÓN<sup>5</sup>; Marta CALVO PÉREZ<sup>6</sup>.

<sup>1,2,3,4,5,6</sup> Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (España).

Correspondencia: sofiapacheco.pl@gmail.com



## INTRODUCCIÓN

### PARAGANGLIOMAS DE CABEZA Y CUELLO:

**ORIGEN** → Tejido paraganglionar que procede de las células ectodérmicas de la cresta neural.

**TIPOS CELULARES EN PARAGANGLIO:**  
Células **principales** o tipo I → poseen gránulos neurosecretorios.  
Células **sustentaculares** o tipo II, similares a las células de Schwann.



EN CABEZA Y CUELLO:

### Paragangliomas carotídeos

**CLÍNICA**  
Tumores generalmente **benignos**, de crecimiento lento.  
Habitualmente masa cervical asintomática.  
A largo plazo pueden generar **clínica compresiva**: disfagia, tos, disfonía, fasciculaciones linguales (afectación del XII PC) o síndrome de Horner (afectación de la cadena simpática).

**DIAGNÓSTICO**  
IMAGEN: RM o TC con contraste → tumor en la bifurcación carotídea.  
AngioRM o angiografía de sustracción digital  
Gammagrafía con octreótido

**MANEJO**  
Actitud expectante  
Radioterapia  
Exéresis quirúrgica de la lesión.

**CLASIFICACIÓN DE SAMBLIN Y LIMBER:**  
- Tipo I: tumores pequeños mínimamente adheridos a los vasos.  
- Tipo II: tumores de mayor tamaño moderadamente adheridos.  
- Tipo III: tumores que rodean por completo la bifurcación.

## CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 83 años que acude a consulta de otorrinolaringología por una **tumoración laterocervical derecha** de 20 años de evolución que le genera una **disfagia** importante, por la que requiere sonda nasogástrica, y **voz engolada** de dos meses de evolución.

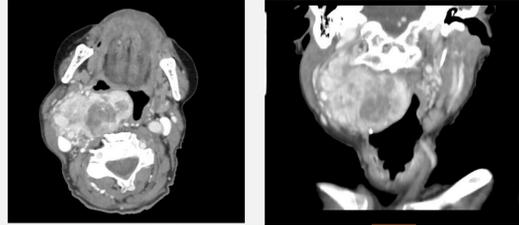
## EXPLORACIÓN FÍSICA

- CUELLO:** tumoración cervical alta que afecta a la celda parotídea derecha, sin signos inflamatorios agudos.
- CAVIDAD ORAL Y OROFARINGE:** la tumoración propulsa la celda amigdalina derecha.
- NASOFIBROSCOPIA:** propulsión de la región laterofaríngea derecha por la tumoración sobrepasando la línea media dificultando la visualización de la laringe aunque parece presentar una movilidad cordal bilateral normal.
- VIDEOENDOSCOPIA DE DEGLUCIÓN:** deglución eficaz y segura con líquidos de viscosidad néctar y volúmenes intermedios.

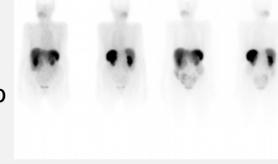
## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

**ECO - PAAF** (05/08/2019): masa muy vascularizada con vasos arteriales importantes en su interior, localizada la zona de la bifurcación carotídea. No se realiza PAAF por el alto riesgo de hemorragia de origen arterial pudiendo desencadenar un hematoma con compromiso de VADS.

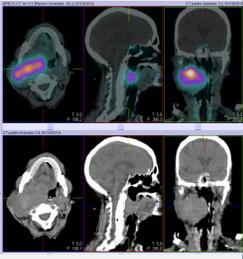
**TAC DE CUELLO CON / SIN CONTRASTE** (30/08/2019)



**ESTUDIO GAMMAGRÁFICO DE CUERPO ENTERO CON ANÁLOGOS DE RECEPTORES DE SOMATOSTATINA** (01/10/2019): expresa receptores de somatostatina.



**ESTUDIO GENÉTICO:** negativo para el gen SDHB.



## JUICIO CLÍNICO

TUMORACIÓN PARAFARÍNGEA DERECHA QUE CONDICIONA COMPROMISO DE VÍA AERO- DIGESTIVA SUPERIOR.  
**PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO DERECHO.**

## OPCIONES TERAPÉUTICAS

**OPCIÓN 1:** tratamiento sintomático (gastrostomía endoscópica percutánea y traqueotomía).

**OPCIÓN 2:** Exéresis quirúrgica de la lesión.

Tras consultarlo deciden exéresis de la tumoración a pesar del riesgo y secuelas.

## ABORDAJE

**31/10/2019** TRAQUEOTOMÍA REGLADA con anestesia local.

**08/11/2019:** GASTROSTOMÍA endoscópica percutánea (PEG) radiológica.

**26/11/2019:** ANGIOGRAFÍA/ EMBOLIZACIONES: Tumoración hipervascular compatible con paraganglioma carotídeo, con embolización casi completa.

**26/11/19: ABORDAJE INFRATEMPORAL - CERVICOTRANSORAL DE BILLER + EXÉRESIS DE QUEMODECTOMA CAROTÍDEO CON EXTENSIÓN PARAFARÍNGEA DERECHA.**

- 1** CERVICOTOMÍA DERECHA desde mastoides hasta línea mentoniana ampliada a región preauricular.
- 2** Se levanta el colgajo miocutáneo
- 3** IDENTIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS.  
A. Carótida externa, A. Carótida común, Tumoración, Espacio parafaríngeo derecho, A. Carótida interna.
- 4** MANDIBOLOMÍA PARAMEDIAL  
Suelo de la boca, Tumoración.
- 5** EXÉRESIS DE LA TUMORACIÓN: ligadura de la arteria carótida externa, vena yugular interna y kinking de la arteria carótida interna.  
A. Carótida externa ligada, A. Carótida interna, Vena yugular interna ligada.
- 6** ANASTOMOSIS termino - terminal entre A. Carótida común y A. Carótida interna.  
A. Carótida común, A. Carótida interna.
- 7** OSTEOSÍNTESIS CON PLACA SOBRE MANDIBOLOMÍA DERECHA Y CIERRE POR PLANOS.

**KINKING CAROTÍDEO:** su corrección quirúrgica previene eventos isquémicos cerebrales.

## EVOLUCIÓN

**26/11/2019:** CIRUGÍA

**EN SUCESIVAS CURAS:** vendaje compresivo, cánula con balón y antibioterapia

**AL MES (26/12/2019)**  
SANGRADO ARTERIAL abundante carotideo → revisión quirúrgica: ligadura de la A. Carótida interna.

**AL MES Y MEDIO (09/01/2020)**  
Mal estado general, no responde a órdenes, derrame pleural bilateral, desaturación... **ÉXITUS.**

**A LA SEMANA (04/12/19)**  
FÍSTULA SALIVAL en zona parotídea derecha a nivel retroauricular.

Mejoría clínica  
Estabilidad HD  
Rehabilitación

26/12/2019: continua estable con TC de cerebro sin hallazgos.

## DISCUSIÓN

El tumor del glomus carotídeo es una patología infrecuente que requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico. El tratamiento consiste en la resección quirúrgica, que ha de ser realizado por un cirujano experto que domine las técnicas de resección y reconstrucción vascular en el territorio de la carótida. En este caso, la paciente habiendo valorado el riesgo de morbilidad y por su situación personal se decide a la exéresis quirúrgica de la lesión. El desenlace fatal fue debido a la fístula salival que se presentó la paciente como complicación en el posoperatorio y que generó un sangrado carotídeo que, a largo plazo, acabó con dicho desenlace. Se trata de una cirugía con una alta complejidad con un riesgo de mortalidad del 1-2% y de morbilidad del 20-40% (lesión de pares craneales, accidente cerebrovascular, hemorragia...).

## CONCLUSIÓN

El abordaje infratemporal - cervicotrarsoral de Biller es un abordaje adecuado en este tipo de intervenciones. Conlleva un alto riesgo quirúrgico, por lo que es imprescindible una correcta valoración y comunicación médico-paciente preoperatoria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Encinas A, Losa MM, Guirado TM. Libro virtual de formación en ORL. Seort.net.
- Toranzo Fernández JM, Colunga R, González Valdez LG. Paraganglioma de cuerpo carotídeo: reporte de un caso clínico con correlación familiar. Rev esp cir oral maxilofac. 2011;33(2):79-83.
- Fernández-Alvarez V, Fernández JA, Suárez Nieto C. Paragangliomas carotídeos: hacia un tratamiento personalizado que reduzca la morbilidad. Angiología. 2017;69(6):354-61.
- Valencia Díaz E, Clavijo Rodríguez T, Hernández Seara A, Savigne Gutiérrez W. Paragangliomas bilaterales del cuerpo carotídeo. Rev cuba angiología. 2016;17(1):0-0.