

COMUNICACIÓN PÓSTER EN CONGRESO

ABORDAJE QUIRÚRGICO EN EL TUMOR DEL GLOMUS CAROTÍDEO: CASO CLÍNICO

Surgical Approach in Carotid Glomus Tumours: Case Report

Sofía PACHECO-LÓPEZ ; Paula PEÑA-NAVARRO ; Cristina Nicole ALMEIDA-AYERVE 

Susana MARCOS-ALONSO ; Sofia FERREIRA-CENDÓN ; Marta CALVO-PÉREZ

Servicio de Otorrinolaringología. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

Correspondencia: sofiapacheco.pl@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-ND. Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

RESUMEN: Introducción y objetivo: Los paragangliomas de cabeza y cuello son tumores infrecuentes que se originan en el tejido paraganglionar que procede de las células ectodérmicas de la cresta neural. El más frecuente en dicha área es el que se origina en la bifurcación carotídea. Se trata de tumoraciones generalmente benignas, de crecimiento lento, que habitualmente se presentan como una masa cervical asintomática, pero que a largo plazo pueden generar una sintomatología que afecta a la calidad de vida de los pacientes. Por dicho motivo, hay que valorar en el tratamiento la posibilidad de una actitud expectante, radioterapia o un tratamiento quirúrgico del mismo, con el consiguiente riesgo de morbimortalidad que conlleva.

Presentación del caso: se presenta el caso de una mujer de 83 años que acude a consultas 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. A la exploración presenta una tumoración cervical alta que propulsa la celda amigdalina y la región laterofaringea derecha. La ecografía nos informa de que se trata de una masa muy vascularizada en la bifurcación carotídea, por lo que se solicita gammagrafía que confirma que expresa receptores de somatostatina y, por tanto, que se trata de un paraganglioma carotídeo. Ante este diagnóstico se ofrecen dos posibilidades terapéuticas: la exéresis quirúrgica de la tumoración asumiendo un alto riesgo quirúrgico, o bien un tratamiento sintomático cuando lo requiera (gastrostomía endoscópica percutánea y traqueotomía). Lo valora y la paciente prefiere la exéresis de la tumoración. Para ello se realiza un abordaje infratemporal - cervicotrassoral de Biller, previa embolización de la masa. Se requiere de una mandibulotomía paramedial para la extensión parafaringea. Además, precisa de la ligadura de la carótida externa y de la yugular interna para su extirpación, y de la

reparación del kinking de la carótida interna desencadenado por la compresión de la masa sobre la misma. En el posoperatorio, desarrolla una fistula salival en la zona parotídea derecha, que acaba generando un sangrado carotídeo, por la que se realiza una ligadura de la carótida interna. Pese a todo, la paciente acaba falleciendo al mes y medio de la intervención.

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 morbimortalidad y por su situación personal se decide a la exéresis quirúrgica de la lesión. El desenlace fatal fue debido a la fistula 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...).

Conclusiones: el abordaje infratemporal - cervicotransoral 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.

PALABRAS CLAVE: paraganglioma; cabeza y cuello; tumor del glomus carotídeo; cirugía.

SUMMARY: Introduction and objective: Paragangliomas of the head and neck are rare tumours that arise from paraganglionic tissue originating from the ectodermal cells of the neural crest. The most frequent in this area is the one originating from the carotid bifurcation. These are generally benign, slow-growing tumours, but in the long term they can generate symptoms that greatly affect patients' quality of life. For this reason, the possibility of a wait-and-see approach, radiotherapy or surgical treatment must be considered in the treatment, with the consequent risk of morbidity and mortality that this entails.

Presentation of the case: we present the case of an 83-year-old woman who came to the otorhinolaryngology department for a right laterocervical tumour that had been present for 20 years and which caused her significant dysphagia, requiring a nasogastric tube, and a deep voice that had been present for two months. On examination she presented with a high cervical tumour that spreads to the tonsillar cell and the right latero-pharyngeal region. Ultrasound revealed a highly vascularised mass in the carotid bifurcation, so a scan was requested which confirmed that it expressed somatostatin receptors and, therefore, that it was a carotid paraganglioma. Given this diagnosis, two therapeutic options were offered: surgical excision of the tumour, assuming a high surgical risk, or symptomatic treatment when required (percutaneous endoscopic gastrostomy and tracheotomy). She assesses it and the patient prefers excision of the tumour. For this, an infratemporal - cervicotransoral Biller approach is performed, after embolisation of the mass. A paramedial mandibulotomy is required for parapharyngeal extension. It also requires ligation of the external carotid artery and the internal jugular vein for removal, and repair of the kinking of the internal carotid artery triggered by compression of the mass on the internal carotid artery. Postoperatively, she developed a salivary fistula in the right parotid area, which eventually led to carotid bleeding, for which an internal carotid ligation was performed. However, the patient died a month and a half after the operation.

Discussion: Carotid glomus tumour is a rare pathology that requires a high degree of suspicion for diagnosis. Treatment consists of surgical resection, which must be performed by an expert surgeon who has mastered the techniques of vascular reconstruction in the carotid territory. In this case, the fatal outcome was due to the salivary fistula that occurred as a complication in the postoperative period and which generated carotid bleeding that, in the long term, led to this outcome. In this case, having assessed the risk of morbidity

and mortality and given her personal situation, the patient decided to have the lesion surgically excised. This is a highly complex surgery with a mortality risk of 1-2% and a morbidity risk of 40% (cranial nerve damage, stroke, haemorrhage, etc.).

Conclusions: the Biller infratemporal - cervicotrarsoral approach is an appropriate approach for this type of intervention. It involves a high surgical risk, so a correct preoperative assessment and doctor-patient communication is essential.

KEYWORDS: paraganglioma; head and neck; carotid glomus tumor; surgery.