EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL TUMOR DEL CORPÚSCULO CAROTÍDEO

Jorge E. Falco* MAAC, FACS, Manuel R. Monesinos* MAA FACS, Diego L. Sinagra**, Norberto A. Mezzadri† MAAC FACS, Daniel L. Debonis* MAAC FACS, Julio Moreno***, H. Pablo Curutchet**** MAAC FACS

DE LA DIVISIÓN CIRUGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL DE CLÍNICAS "JOSÉ DE SAN MARTÍN", UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

RESUMEN

Antecedentes: El tumor del corpúsculo carotídeo (TCC) es una lesión infrecuente del área de cabeza y cuello, con características clínicas y quirúrgicas que merecen especial consideración.

Objetivos: Describir la metodología diagnóstica, técnica quirúrgica y evolución clínica de una serie de pacientes operados de un TCC.

Lugar de aplicación: Servicio de cirugía oncológica.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo.


Método: Revisión de historias clínicas.

Resultados: Promedio de edad de 43 años; 5 fueron mujeres. El diagnóstico se basó en el examen físico y fue confirmado por arteriografía en todos los casos. Cinco pacientes fueron embolizados en el preoperatorio. Los 9 tumores fueron completamente resecados. En 3 casos fue necesario resecar el bulbo carotídeo previa colocación de shunt arterial. No hubo mortalidad, se presentaron complicaciones menores en 2 casos. Todas las lesiones fueron benignas y no se registraron recurrencias durante el seguimiento en la presente serie.

Conclusión: A pesar de ser una lesión inusual, el TCC puede ser diagnosticado y satisfactoriamente resecado con una mínima morbilidad mientras se observen determinados detalles técnicos.

SUMMARY

Background: Carotid body tumor (CBT) is an infrequent lesion of the head and neck area, with clinical and surgical characteristics that deserve special consideration.

Objective: To describe diagnostic methodology, surgical technique and clinical outcome of a series of patients who underwent resection of CBT.

Setting: Center of head and neck surgery.

Design: Retrospective observational study.


Method: Review of medical records.

Results: Mean age was 43 years; 5 were women. Diagnosis was based on physical exam and confirmed by arteriography in all cases. Five patients received preoperative embolization. The nine tumors were completely excised. In 3 cases it was necessary to resect the carotid bulb, previous placement of a carotid shunt. There were no mortality and minor complications were registered on 2 cases. All of the lesions were benign and there were not recurrences in the present series during the follow up.

Conclusion: In spite of being an unusual lesion, CBT can be diagnosed and successfully resected with a low morbidity rate, as long as particular technical details are observed.

Palabras clave: corpúsculo carotídeo - quimodectoma - cirugía


Las células paraganglionares no cromafínicas, de origen neuroectodérmico, están situadas a lo largo de los nervios craneales parasimpáticos. Incluyen al noveno par o glosofaríngeo (corpúsculo temporal y carotídeo) y al décimo par o vago (corpúsculos temporal, vago y laríngeo (Fig. 1)).

Estas células normales dan origen a varios tipos de paragangliomas, que incluyen al glomus timpanico, glomus yugular, glomus vagal, glomus
TUMOR DEL CORPUSCULO CAROTIDEO.

laríngeo y tumor del corpusículo carotídeo o quemodectoma.

Este último es un tumor poco frecuente, aunque con características clínico-quirúrgicas especiales.

El corpusículo carotídeo es una pequeña estructura ovoidea de 5 x 5 x 2,5 mm situada sobre el tronco de bifurcación carotídea, aunque por variaciones anatómicas puede asentarse en la carótida externa o interna o en cúmulos celulares dispersos en la vecindad de ella. Representa la concentración de células quimiorreceptoras más grande del organismo. Está irrigado por las ramas de la carótida externa y el retorno venoso se realiza a través de las venas laringofaríngea o lingual. La inervación es sensorial y depende del nervio glosofaríngeo. La función de estos corpusículos es la quimiorrecepción. Su estimulación acelera la frecuencia, profundidad y volumen minuto de la respiración, como también la frecuencia cardíaca elevando la presión arterial. Los estímulos que suscitan estas respuestas son la hipoxemia, la disminución del pH, la hipercaleemia y la hipertermia.

Si bien inicialmente su resección fue relacionada con una alta morbimortalidad, las series actuales informan mejores resultados.

La escasez de publicaciones nacionales recientes sobre el tema, ha motivado la revisión de la presente casuística.

Los objetivos de este estudio son: 1) describir una serie de pacientes operados por tumor del corpusículo carotídeo exclusivamente; 2) analizar los métodos complementarios de diagnóstico y procedimientos preoperatorios empleados; 3) describir la técnica quirúrgica utilizada, así como la evolución postoperatoria; y 4) comparar esta experiencia con las últimas series publicadas a fin de actualizar las indicaciones y manejo de estos tumores.

MATERIAL Y MÉTODO

Fue realizada una revisión retrospectiva de las historias clínicas pertenecientes a pacientes operados en forma consecutiva por tumor del cor-
púsculo carotídeo durante los últimos 4 años, entre junio de 1993 y mayo de 1997 en la División del Hospital y en la práctica privada.

Fueron revisados también los protocolos de anatomía patológica a fin de confirmar el diagnóstico.

Los datos obtenidos fueron volcados en fichas "ad hoc", consignando las características clínicas (edad, sexo, síntomas, tamaño tumoral, tiempo de evolución), los estudios preoperatorios por imágenes, los hallazgos operatorios, la técnica quirúrgica empleada así como la evolución postoperatoria.

Todos los pacientes fueron categorizados según la clasificación de Shamblin (Figura 2).

RESULTADOS

Se registraron nueve pacientes; el promedio de edad fue de 4 años con rango de 19 y 68. Cinco fueron mujeres.

En todos los casos el motivo de la consulta fue un tumor laterocervical palpable; en cinco de ellos la masa fue pulsátil; en tres pacientes se agregó dolor local.

En todas las oportunidades el tumor fue unilateral: 5 veces izquierdo y 4 derecho.

El tamaño promedio fue de 5,55 cm de diámetro, con un rango entre 4 y 10 cm.

El examen de la cavidad oral y de la vía aérea-digestiva superior así como la laringoscopia indirecta fue normal en la totalidad de la serie.

El promedio del tiempo entre la aparición de la lesión y el tratamiento quirúrgico fue de un año y medio, oscilando entre 3 meses y 7 años. La causa más frecuente de demora fue el error diagnóstico.

Una paciente con un tumor que había sido declarado irresecable, concurrió con una biopsia realizada seis años antes en otro centro. Los restantes ocho casos fueron diagnosticados clínicamente.

A todos los enfermos se les realizó tomografía computada de cabeza y cuello, a fin de definir la ubicación exacta, el tamaño, y el compromiso de estructuras vecinas.

Fue empleada la angiorresonancia magnética en 8 pacientes. En el restante se utilizó angiografía convencional. En estos estudios se observaron grados variables de apertura de la bifurcación carotidea por un tumor altamente vascularizado (Figura 3).

FIGURA 3
Angiorresonancia, tiempo arterial y venoso. Apertura de la bifurcación carotidea por un tumor muy vascularizado.

Se efectuó embolización preoperatoria en 5 casos que presentaban un tumor mayor de 5 cm, con arterias nutricias dominantes. Este método fue realizado como máximo 48 horas previo a la cirugía.

El tratamiento quirúrgico consistió en la resección completa del tumor en todos los casos. En 6 oportunidades fue posible conservar indemne la arteria carótida interna. En los 3 restantes fue necesario colocar un "shunt" carotídeo para realizar la resección de la arteria (Figura 4). En uno se realizó la resección completa del bulbo carotídeo y anastomosis término-terminal entre la carótida interna y la primitiva. En otro, la extirpación del bulbo y parte de la carótida interna, fue reemplazada con vena safena interna. En el tercer paciente, la resección del bulbo carotídeo fue parcial, y se colocó un parche de vena yugular externa. En ningún caso fue necesario realizar mandibulotomía.
De acuerdo a la clasificación de Shamblin, 2 tumores correspondieron al tipo I, 4 al tipo II y 3 al tipo III. No hubo muertes intra ni postoperatorias. Se registraron una paresia del hipoglosso, una sección del nervio vago y una lesión de la cadena simpática. Estas dos últimas en una misma paciente con un tumor tipo Shamblin III.

En dos casos fue necesario reponer una unidad de sangre durante la cirugía. El tiempo promedio de internación fue de 3,1 días (rango 1-7 días).

No se observaron recurrencias hasta la fecha. La anatomía patológica en todos los casos correspondió a un paranganglioma benigno. Macroscópicamente eran tumores encapsulados, globulosos, de color pardo-rojizo. Al corte, homogéneos y de consistencia firme a blanda. Microscópicamente reproducían la arquitectura del corpúsculo carotídeo normal presentando abundantes capilares en el estroma fibroso comprendido entre los nidos celulares.

Discusión

El tumor del corpúsculo carotídeo es una lesión poco frecuente. Generalmente benigna, aunque en un 5 a 10% de los casos es considerada maligna por su capacidad de dar metástasis15. Existe una tendencia heredofamiliar, la cual aumenta la incidencia de bilateralidad (del 2,8 al 28%). Un 10% de estos tumores son multicéntricos y un 8% se asocian con otras neoplasias, especialmente tumores de la cresta neural13. Las características de bilateralidad, multicentricidad y asociación con otros tumores no se encontraron en la presente serie.

Se manifiesta como una masa asintomática localizada por debajo del ángulo mandibular y por delante del esternocleidomastoideo. A medida que el tumor se agranda el paciente puede experimentar dolor, como ocurrió en 3 de nuestros pacientes, y cuando sobrepasa los 4 cm de diámetro aparecen síntomas relacionados con compresión o infiltración de nervios craneanos: dificultad para deglutir, disfonía, tos, acúfenos, hipoacusia y paresia lingual1. El tumor transmite el latido carotídeo, signo presente en 5 pacientes de la serie, y a menudo presenta soplo (30%). Al estar adherido a la adventicia carotídea, la movilidad está restringida verticalmente. Las lesiones más pequeñas se desplazan lateralmente con facilidad16.

Un 5 a un 10% de estos tumores se extienden a la región parafaringea, determinando un abombamiento orofaringeo visible por examen de la cavidad bucal. Las lesiones de gran tamaño pueden afectar la base de cráneo con protrusión en el paladar blando13.

Tal como ocurrió en nuestra serie, es más frecuente en la tercera y cuarta década de la vida y no existe predominio de uno u otro sexo.

Los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta son: quiste branquial, aneurisma de la bifurcación carotídea, adenopatías, kinking carotídeo, neurofibroma, metástasis y tumores de glándulas salivales9.
Como estos tumores son funcionantes en un muy bajo porcentaje de casos, cuando se asocian con hipertensión se debe realizar una determinación de catecolaminas urinarias.

A uno de nuestros pacientes le fue realizada en otra institución una biopsia preoperatoria. Los tumores del corpúsculo carotídeo constituyen una excepción a la metodología diagnóstica en los tumores laterales de cuello, ya que está contraindicada la realización de biopsias preoperatorias, sean éstas por punción con aguja fina, cilíndrica o quirúrgica por la gran vascularización que presentan.

Ante la sospecha clínica, el diagnóstico se confirma con la angiografía, ya sea convencional o angiorenancia, tal como sucedió en la presente casuística. En ella se observa la característica apertura de ambas carótidas.

La tomografía computada permite evaluar las relaciones del tumor, el eventual compromiso de la base de cráneo así como también la detección de quemodectomas multicéntricos y bilaterales.

Las decisiones terapéuticas están influenciadas por el comportamiento biológico de estos tumores. Estos se caracterizan por un crecimiento lento y progresivo con aumento de la severidad de los síntomas relacionado con el incremento del tamaño tumoral.

La radioterapia actúa sobre la vascularización tumoral. Su efecto no es predecible ya que luego de la misma los tumores pueden quedar estabilizados o continuar creciendo. Por este motivo, el único tratamiento definitivo es la cirugía. El éxito de la misma depende del correcto manejo quirúrgico de la arteria carótida. Antes de la utilización de los shunt carotídeos para los reemplazos y plásticas arteriales, frecuentemente era necesaria su ligadura. En estos pacientes, la mortalidad era cercana al 50% y de los que sobrevivían, entre el 15 y el 30% presentaban accidentes cerebrovasculares. En consecuencia, la complicación de la terapéutica quirúrgica era peor que la historia natural de la enfermedad. Con la utilización de embolización preoperatoria y shunt carotídeo, se consigue la resección completa de prácticamente todos los tumores que presentan compromiso arterial asociado con una mínima mortalidad y prácticamente sin injuria del sistema nervioso central, tal como sucedió en nuestra serie, que no evidencia mortalidad ni secuelas neurológicas centrales. En 2 pacientes (22%) hubieron complicaciones a nivel de los pares craneanos. Uno evolucionó con una paresia transitoria del hipogloso, y otro tuvo una sección del vago y cadena simpática. Estos números son similares a los de otras series en las que se describen complicaciones de los pares craneanos entre el 20 y 40% de los pacientes, siendo transitorias en el 50% de ellos.

Debido a que la cirugía carotídea en ancianos, puede estar asOCIADA a un aumento de complicaciones, en este grupo, indicamos la cirugía cuando los tumores síntomaticos y los pacientes tienen una expectativa de vida razonable. Los tumores síntomaticos de ancianos con riesgo quirúrgico elevado son irradiados. Si son asintomáticos, los controlamos solamente. Indicamos resección de todos los tumores en pacientes jóvenes, o cuando son presuntamente malignos.

La embolización preoperatoria la intentamos cuando el tumor mide más de 5 cm de diámetro y tiene una arteria nutricia identifiable. Aunque angiográficamente se produce una importante disminución de la vascularización (alrededor del 70%), la disminución del tamaño tumoral no es tan importante. Su utilidad en el tratamiento preoperatorio de estos tumores es controversial y deberá evaluarse objetivamente, teniendo en cuenta su alto costo y eventuales complicaciones. En los pacientes en que la utilizamos, no hubo complicaciones inherentes al método pero la disminución clínica del tamaño tumoral no fue muy evidente.

La cirugía requiere una completa exposición del tumor y del sistema arterial. Preferimos una amplia cervicotomía horizontal, paralela a la mandíbula. Disecamos inicialmente la vena jugular interna, liberándola de la carótida primitiva y del tumor. Se respetan los nervios vago e hipogloso. A continuación se repara la carótida primitiva proximal al tumor y la carótida interna distal a mismo, así como las ramas de la carótida externa. En los tumores grandes, propagados a base de cráneo, el reparo de la carótida interna es difícil. En ocasiones hay que realizar una mandibulectomía para ampliar el campo operatorio. Comenzamos la disección subadventicial en el extremo inferior del tumor, ligando y coagulando los múltiples vasos que hay entre el tumor y la arteria. En los tumores más pequeños, con esta maniobra es posible despejar el tumor de la bifurcación sin sacrificar ningún vaso. En ocasiones en tumores de mayor tamaño, la pared vascular...
está completamente comprometida, y la separación del tumor resulta imposible. Si la arteria comprometida es la carótida externa, se reseca. El compromiso de la carótida interna o del bulbo hace necesario la colocación de un shunt carotídeo a fin de resecar y reparar el segmento comprometido, tal como sucedió en tres pacientes de nuestra serie. El tipo de plástica carotídea a realizar varía de acuerdo al segmento de arteria resecado. Al igual que otros autores11, encontramos que el compromiso carotídeo estaba en relación con el tamaño del tumor. Los 3 casos en que hubo necesidad de resecar la carótida interna, eran del tipo 3 de la clasificación de Shamblin.

Hasta la fecha, ninguno de los pacientes presentó recurrencia, aunque esta observación es prematura, por el corto período de observación. Están descriptas recurrencias tardías, entre 9 y 15 años después de resección primaria11. No existe un criterio histológico que pueda predecir quienes tienen más probabilidades de recidivar, aunque esta situación es más frecuente en pacientes que presentan múltiples paranggliomas o una historia familiar de tumores del cuerpo carotídeo5. 11

Histológicamente no existe una línea divisoria clara entre los tumores benignos y los malignos. Harrington4 y Lack7 propusieron criterios histológicos de malignidad. También Lees concluyó que habla ciertas características histológicas que podían relacionarse con un potencial maligno. Sin embargo, otros autores2, 6, 12, 16, 17 opinan que los hallazgos histológicos no pueden ser usados como evidencia de malignidad, ya que tanto los tumores benignos como los malignos presentan las mismas características histológicas. Como en todas las neoplasias de origen cromafínico, consideran que la certeza de malignidad la da la presencia de metástasis ganglionares o a distancia, las que no se hacen evidentes hasta muchos años después de la resección original. En pacientes jóvenes, la posibilidad de desarrollar enfermedad metastásica es mayor. En la serie de Martín10, la edad promedio de los pacientes con tumores malignos fue de 32 años, con comparación con el promedio de 47 años que presentaban los benignos. Tomando en cuenta publicaciones previas y nuestra experiencia, concluimos: a) estos tumores son lesiones invasivas que crecen lentamente produciendo síntomas progresivos por compresión local, b) pueden originar metástasis regionales y a distancia, c) se diagnostican clínicamente y por arteriografía, estando contraindicada la biopsia preoperatoria, d) el tratamiento es la resección completa del tumor, e) en todos los casos hay que preservar el flujo carotídeo, f) el shunt carotídeo es necesario en grandes tumores en que debe resecarse la arteria carótida, g) la morbimortalidad es muy baja si se mantiene el flujo arterial, h) debe emplearse la radioterapia como tratamiento paliativo en tumores irresquecibles sintomáticos e i) no se evidenciaron recurrencias luego de resecciones completas.

BIBLIOGRAFÍA

13. Rasput G: Paranggliomas. En Tumores de cara boca, cabeza y cuello. Salvat editores, Barcelona,

DISCUSIÓN

Dr. David Simkin* MAAC: En el año 1986 presentamos en esta Academia, conjuntamente con los Dres. Yovel y González Aguilera, la experiencia adquirida por este grupo en el Hospital Rawson, en el Hospital María Curie y en la práctica privada.

Si la Presidencia me permite, pasará algunos diapositivos: en esa oportunidad teníamos intervenidos quirúrgicamente 18 pacientes. En la actualidad, dicha cifra se incrementa a 23 pacientes operados por tumores del corpúsculo carotídeo. De ellos, el 17,3% fueron malignos y en aproximadamente el 25% de nuestros pacientes, hubo que realizar algún tipo de cirugía sobre la arteria carótida primitiva o sus ramas. Al respecto, Sr. Presidente, presentaré dos casos para ilustrar lo dicho anteriormente. Se trata de un paciente con un tumor recidivado del corpúsculo carotídeo. En la arteriografía, al igual que mostró el Dr. Curutchet, se ve un ensanchamiento de la bifurcación carotídea, se muestra la incisión emplazada.

Se trataba de un tumor maligno, por lo tanto se disecaba la arteria carótida primitiva y se resecaba el tumor que infiltraba la carótida interna. Para solucionar el problema se hizo un by-pass con la carótida externa. En este diapositivo se hizo un look-out en la carótida externa, se extrajo el tumor que infiltraba la carótida interna, debiendo realizar sólo una anastomosis. Hecho el by-pass, se ve a la derecha el diapositivo, la carótida primitiva, a la izquierda la carótida interna y en el medio, la carótida externa con una de sus ramas ligada. El tumor, como dijimos anteriormente, era un tumor maligno, y este es el paciente en el postoperatorio, el frente y el perfil.

El segundo caso se trataba de una paciente que presentaba un tumor en el tercio inferior del cuello y que a la apertura bucal se ve que hace procedencia a nivel del paladar. Se operó con el diagnóstico de tumor de la prolongación faríngea de la carótida. Uds. pueden ver a la izquierda del diapositivo hecha la lobectomía superficial, la disección del nervio facial. El tumor no tenía ninguna relación con la parótida. Se hizo el diagnóstico intraoperatorio de tumor del corpúsculo carotídeo.

Como este tumor infiltraba también los vasos y al no tener un lecho distal la carótida interna se procedió a realizar una ligadura progresiva de la carótida primitiva como muestra la derecha del diapositivo.

A la semana se reaparece el paciente, se liga la carótida primitiva y se reseca el tumor. Se puede apreciar en el diapositivo la ligadura de la carótida primitiva y la resección del tumor. Resultó ser también un tumor maligno del corpúsculo carotídeo. En el siguiente diapositivo se ve la infiltración de la arteria carótida y el tumor rodeando todo este vaso y finalmente la paciente en el postoperatorio.

Dr. Federico Gruart** MAAC: Quería preguntarle si usar tanto xilocaína y si hacemos bloqueo anestésico con xilocaína habitualmente en tumores de corpúsculo carotídeo. ¿Hacemos regularmente o en muchos casos, en un vaciamiento convencional de cuello cuando hay que liberar lesiones carotídeas para no despertar impulsos del corpúsculo carotídeo que pueden producir lesiones mismas o los síntomas que producen el tumor. No tengo ninguna experiencia con xilocaína en ese caso, pero es interesante el aporte.

CIERRE DE LA DISCUSIÓN

Dr. H. Pablo Curutchet MAAC FACS: La serie del Dr. Simkin es mucho más importante, tiene mayor cantidad de años de evaluación, en general sigue los conceptos que comentamos, obviamente al aumentar la cantidad de casos, la posibilidad de tener tumores malignos, aumenta: ellos tienen el 17% en una casuística bastante importante y es más o menos la cifra que está entre el 5% y el 15% en la literatura en general.

Es interesante el reemplazo de carótida interna por carótida externa. Nosotros no hemos tenido necesidad de hacerla en ninguno de los casos, pero es una consideración técnica que puede ser de mucha utilidad en el momento necesario para esta situación.

Al Dr. Gruart le contésté que no. No hacemos bloqueo con xilocaína habitualmente en tumores de corpúsculo carotídeo, hacemos regularmente o en muchos casos, en un vaciamiento convencional de cuello cuando hay que liberar lesiones carotídeas para no despertar impulsos del corpúsculo carotídeo que pueden producir lesiones mismas o los síntomas que producen el tumor. No tengo ninguna experiencia con xilocaína en ese caso, pero es interesante el aporte.

A PROPÓSITO DEL ACTA

Sesión del 19 de noviembre de 1997

Dr. Juan C. Ahumada* MAAC: Es a propósito de la presentación que en la última sesión efectuara el Dr. Curutchet y colaboradores con respecto a los quimodectomas de la confluencia carotídeos. Este es un tumor muy raro, diré que no hay más de 1000 descriptos en toda la literatura. De acuerdo a nuestra clasificación de tumores de cuello que es una modificación...
de la de Pilheu, es un tumor no ganglionar derivado de las estructuras de órganos propios del cuello.

En este caso se trata paraganglionaria cromafín originales en las células de los quimiorreceptores del corpúsculo carotídeo. Pueden originarse en varias partes del cuerpo, a saber de las arterias pulmonares, de la aorta abdominal, en la superficie de los pulmones y en el cuello, donde son más frecuentes, pudiendo aparecer en el hueso temporal, en el crócorugos y en el vago, siguiendo en la frecuencia los de la bifurcación carotídea, que es donde tenemos nuestra experiencia.

La sintomatología depende de la compresión de órganos vecinos o nervios y un 10 a 15% pueden ser malignos, siendo difícil determinar esta situación histológicamente y se lo hace determinando la presencia de metástasis.

El diagnóstico es clínico de tumor lateral del cuello y pueden ayudar la punción que muchas veces orienta francamente al diagnóstico, pero yo diría que el estudio más importante es la arteriografía de la carótida que suele tener una imagen patognomónica.

El tratamiento es quirúrgico, pero no está exento de complicaciones como hemorragias, accidentes cerebrovasculares, lesión de pares craneales y aun la muerte. Por ello algunos proponen como tratamiento la radioterapia y aceptan como respuesta muy buena, cuando el tumor desaparece, buena, cuando disminuye de tamaño, regular, cuando cesa su crecimiento y mala, cuando lo continúa.

En nuestra experiencia tuvimos 4 pacientes, 3 hombres y 1 mujer. La distribución por sexos, en nuestros casos a la inversa de lo de la casuística internacional en donde hay un predominio del sexo femenino. De esos 4 pacientes operamos a 3. Dos resolvieron sin complicaciones y uno presentó un accidente cerebral vascular postoperatorio.

La mujer, que había tenido en otro hospital un intento de resección se negó a la operación y fue irradiada, lográndose detención del crecimiento pero no reducción.

Si el Sr. Presidente me permite quisiera proyectar unas posibles diagnósticas. Aquí vemos en esta clasificación que se trata de tumor ganglionar derivado de los órganos estructuras del cuello, es un quimodectoma, originado en los quimiorreceptores. Esta es una paciente que tenía un gran quimodectoma del lado derecho. Uds. pueden ver la incisión que presenta aquí en el cuello. Esta enferma había sido intervenida en otro lugar, se le ha tomado una biopsia, fue informada como quimodectomía.

No siguieron con la operación, según manifesta el parte quirúrgico del hospital del que fue derivado, pro no tener un círculo vascular dentro del quirófano.

A esta paciente, nosotros le efectuamos radioterapia y se logró la detención del crecimiento del tumor. Aquí vemos otro tumor lateral del cuello, que es el más importante que presenta clínicamente, y esto es una arteriografía carotídea en donde puede verse cómo se abre el compás bicaarotídeo en este lugar. Yo creo que esta imagen es francamente patognomónica, encontrado, dibujándose un tumor con alguna vascularización entre las dos ramas carotídeas. Esta es la carótida externa, esta es la carótida interna.

Además, en esta vascularización es el tiempo arterial y en el tiempo capilar se ve que es un tumor sumamente vascularizado. Esto es lo que a veces puede impedir, la gran vascularización que tiene el tumor, es la que suele impedir a veces, el diagnóstico por punción con aguja fina.

La tomografía computada ayuda poco en el diagnóstico, digamos, etiológico de la enfermedad, pero nos puede poner sobreaviso con respecto a los contactos que este tumor lateral de cuello puede tener con otros órganos vecinos.

Para finalizar, se trata de un tumor de tratamiento preferentemente quirúrgico, que en ocasiones puede ir radicar, como se ha visto en nuestro caso o el tumor es sumamente voluminoso.

Dr. Federico Pilheu ** MAAC: Me quiero referir a dos aspectos fundamentales de este trabajo, que no sé si el Dr. Gurucheta los citó o no.

El primero de ellos, es en lo que se refiere al diagnóstico. Hay un signo semiológico que es muy característico y que lo diferencia de la gran mayoría de los otros tumores del cuello, que es a la palpación tener una movilidad lateral, absolutamente nada de vertical. Ese hace prácticamente un diagnóstico casi absoluto de muy probable tumor de corpúsculo carotídeo.

Y el segundo es, el que se refiere a la intervención quirúrgica que como se ha manifestado ya, es prácticamente, siempre se debe efectuar. Es en lo que se refiere al control extremo que debe tener el anestesista en el momento de la resección del tumor, porque si no tiene sumo control pueden producirse hipotensiones arteriales muy, muy severas que ponen en peligro la vida del enfermo. Ese es un dato muy, muy importante a tener en cuenta en el acto operatorio.

En nuestra casuística personal podemos citar 4 enfermos con quimodectomas y uno de ellos, lo quiero resaltar específicamente porque es muy curioso. Aparte tenía un nódulo tiroidio, del mismo lado, del lado derecho. Era un mujer. La intervenimos con dos diagnósticos probables, de un cáncer de tiroides con una adenopatía cervical y el otro diagnóstico probable era el de un nódulo tiroidio benigno y un tumor del polo inferior de la parótida.

La intervenimos a esa enferma y no era ninguna de las dos cosas. Era, en definitiva, un adenoma benigno de la glándula tiroides, del lóbulo derecho de la tiroides y un quimodectoma alto del vago.

Bueno, fue un hecho que nos alertó sobre el diagnóstico de estos tumores y nos sirvió para otros posteriores que tuvimos en nuestra experiencia.

** Miembro Honorario Nacional