

# TUMOR DE CUERPO CAROTÍDEO

Dr. Luis Alberto Nuñez del Arco Serrano \*  
Dr. Santiago Ernesto Nuñez del Arco Serrano \*\*

\* Residente Asistencial Neurocirugía, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS. Cuenca - Ecuador.

\*\* Residente Asistencial Otorrinolaringología, Fundación Otorrinolaringológica FUNOR. Cuenca - Ecuador

## RESUMEN:

El cuerpo Carotídeo es una estructura localizada en la bifurcación de la arteria carótida primitiva, los tumores que se originan de esta estructura son raros, la producción de catecolaminas le da una característica sintomatológica influida por la acción de las mismas.

Este tipo de tumores son neoplasias altamente vascularizadas, muy poco frecuentes y generalmente benignas, originadas en los quimiorreceptores del cuerpo carotídeo quienes intervienen en la regulación de la respiración, presión arterial y frecuencia cardíaca.

Palabra Clave: Tumor de Cuerpo Carotideo

## ABSTRACT:

The Carotid body is located at the bifurcation of the common carotid artery structure, tumors originating from this structure are rare catecholamine production gives it a characteristic symptomatology influenced by the action of the same.

These tumors are highly vascularized tumors, rare and usually benign, originated in the carotid body chemoreceptor's those involved in the regulation of breathing, blood pressure and heart rate.

Keywords: Tumors of carotid body

## INTRODUCCION:

El tumor de cuerpo carotídeo es el más frecuente de los gangliomas extrasuprarrenales, corresponden al 1 x 30000 y representan la mitad de todos los paragangliomas. En Ecuador el Tumor de Cuerpo Carotídeo es subdiagnosticado y cuando se hace diagnóstico la conducta usual es conservadora y de observación.

Se reconoce hasta en un 20% de los casos el componente hereditario con transmisión autosómica dominante.

Cuando alcanzan grandes proporciones pueden alcanzar la laringe, la fosa amigdalina y dar complicaciones neurológicas por compresión de los pares X y XII y el simpático cervical con Síndrome de Horner.

La malignización puede ocurrir en el 2.5 - 5% de los casos, las metástasis pueden ser al cuello a los

cuerpos vertebrales al hígado y pulmón, la invasión de los vasos carotídeos es una complicación muy grave y de difícil solución.

El diagnóstico de este tipo de tumor casi siempre es tardío debido a la escasa sintomatología y a su crecimiento lento.

Hasta hace algunos años se consideraba a esta patología de tratamiento conservador por su íntima relación con las carótidas que era un obstáculo casi infranqueable para realizar la cirugía sin embargo hemos realizado un estudio retrospectivo de 11 pacientes operados a través de la Fundación Funor en el Centro Quirúrgico Metropolitano, los resultados son excelentes y sin complicaciones incluso en tumores muy grandes.

## SÍNTOMAS Y SIGNOS:

Se han encontrado tumores del cuerpo carotídeo, en todas las edades, la mayor parte se presentan alrededor de los 45 años, existe al parecer una ligera predilección

por las mujeres y la mayoría de los casos se encuentran en la raza blanca.

Un dato característico es su lento crecimiento lo que refleja en el retraso entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico, que es promedio entre los cuatro y los siete años de edad, muy rara es la evolución que dura más de veinte y cinco años.

Por lo común el tumor de cuerpo carotídeo, se presenta como una masa cervical lateral, poco móvil por su adherencia a las arterias carótidas, tendiendo a ser pulsátiles por la misma relación, puede escucharse un soplo a la auscultación, el mismo que desaparece con la presión sobre las arterias.

La consistencia del tumor es firme, pero puede también en algunos casos ser suave y elástica, dependiendo del crecimiento tumoral y de la fijación a las arterias.

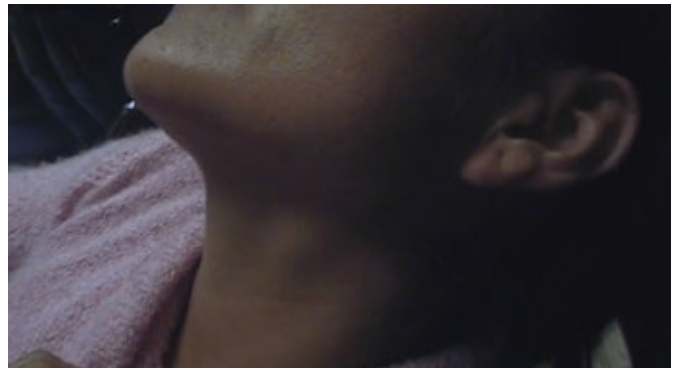
Cuando la masa es grande puede haber algo de hipersensibilidad y disfagia, pero lo más frecuente es que los paragangliomas cervicales no sean dolorosos.

Puede existir compromiso de los pares craneales, ( nervio Vago, el Laringeo Superior, el Hipogloso) y de la cadena simpática cervical.

Los tumores en su crecimiento pueden extenderse hacia la base del cráneo y la faringe.

El Síncope del Síndrome de Seno Carotídeo, se define como la pérdida de la conciencia, acompañada de bradicardia refleja e hipertensión, estas manifestaciones pueden presentarse con la presión sobre el tumor o los movimientos bruscos de la cabeza.

La compresión del tumor sobre las arterias carótidas, puede producir alteraciones en el S.N.C, como cefaleas que no pueden atribuirse a otras causas, al igual que tos espasmódica, relacionada con el reflejo vago vagal, que se presenta en tumores muy grandes.



## IMAGENOLÓGÍA

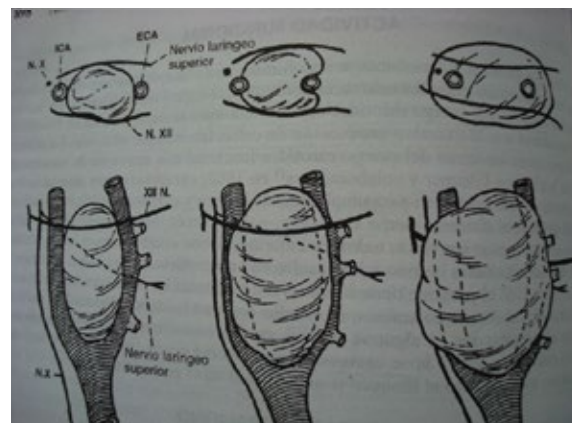
La angiografía, un método invasivo era el examen complementario de elección en este tipo de lesiones. Sin embargo hoy en día existen exámenes como la Angio TAC que es un método no invasivo y de fácil aplicación para la visualización directa de las arterias y estructuras adyacentes que nos dan datos precisos para planificar la intervención quirúrgica.

## BIOPSIA

Los datos clínicos y radiográficos de los tumores de cuerpo carotídeo son tan característicos que difícilmente hay controversia respecto a la necesidad de una biopsia para establecer el diagnóstico. No se recomienda biopsia incisional debido al riesgo de hemorragia incontrolable y la posibilidad de lesionar estructuras neurovasculares subyacentes, complicando también la extirpación subsecuente pues se produce fibrosis. La biopsia por aspiración no se la utiliza por iguales razones, sumando a esto la posibilidad de que sea otro tipo de tumor que podría diseminarse como consecuencia de este tipo de procedimiento.

## CLASIFICACION

- Tumores tipo I, son los localizados y fácilmente resecables.
- Tumores tipo II, se refieren a tumores adherentes o que rodean parcialmente los vasos.
- Tumores tipo III, son los que rodean totalmente las carótidas.



## TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico.

No hace mucho la cirugía se consideraba peligrosa y tenía una alta mortalidad, por la posibilidad de hemiplejía, el tratamiento quirúrgico constituye un reto para la cirugía, pero esta se ha simplificado siendo un procedimiento seguro debido a las nuevas técnicas y sobre todo al conocimiento anatómico real del cirujano. Sin embargo no debe soslayarse, pues las complicaciones se presentan en 5% de los casos o quizá menos. La afección permanente de los pares craneales como complicación de la cirugía debe considerarse y está en razón directa con el tamaño y tipo de tumor,

llegando en los del tipo III hasta el 20%, por lo que la cirugía debe realizarse con la explicación completa a los pacientes y el consentimiento informado del paciente.

Como tratamiento alternativo se ha propuesto la radioterapia, con buenos resultados en el control local del tumor, aunque no podría definirse el tratamiento como exitoso. Otros investigadores consideran que el tumor no es radiosensible, por lo que la recidiva es la regla. La irradiación complica una cirugía posterior, por lo que no debe recomendarse.



## AGRADECIMIENTOS:

Se agradece sobre todo al Dr. Luis Serrano Serrano Otorrinolaringólogo y Cirujano de Cuello de la fundación FUNOR y al equipo de enfermeras y médicos del centro quirúrgico Metropolitano

## BIBLIOGRAFIA

1. Annand VK, Alemar GO, Sanders TS: Management of the internal carotid artery during carotid body tumor surgery. *Laryngoscope* 105:231-235, 1995.
2. Batsakis JG: Paragangliomas of the Head and Neck : Tumors of the Head and Neck, ed 2. Baltimore, Williams & Eolkins, 1979, pp 369-380
3. Brackman HD, Kinney S, Fu K: Glomus Tumor: Diagnosis and management *Head and Neck surgery* 9:306-311, 1987
4. Farr HW: Carotid body tumor: A 30 -years experience at Memorial Hospital. *Am J. Surg* 114: 614-619, 1967
5. Kurpski WC. Effeny DJ, et al: Carotid body tumor. *Aust NZ J Surg* 53 : 539-543. 1983
6. Little VR, Reilly LM , Ramos TK, : Preoperative Embolization iof carotid body tumors: When it is appropriate?.*Ann VaSC Surg* 10:464-468, 1996
7. Meyer s FB, Sundt Tm Jr, Pearson Bw: Carotid body tumors: A. subject reviewan suggested surgical approach. *J Neurourg* 64: 377-385, 1986
8. Mitchell RO, Richardson JD, Lambert GE: Characteristics, surgical management, ando outcome in 17 carotid body tumors. *Am Surg* 62:1034-1037 1996
9. Morfit HM, Carotid Body Tumors. . In Conley J ( ed) *Cancer opf the Jead an Neck* Washington DC, Butterworh, 2000
10. Morfit HM: Carotid bpdy tumor. In Conley J ( ed): *Cancer of the Head and Neck*. Washington ,DC, Butterworth, 2000
11. Neterville JL, Reilly KM, Robertson,et al: Carotid body tumors: A review of 30 patients with 46 tumors. *Laryngoscope*-126, 1995
12. Nuñez del Arco SE, Revisión de 11 pacientes con Tumor de Cuerpo Carotideo. Tesis previa a l obtención del Título de Médico. Unidad Acaddemica de Medicina Enfermería y Ciencias de la Salud, Facultad de Medcina. Universidad Catolica. Cuenca- Ecuador.
13. Serrano L , Cirugía del Tumor de Cuerpo Carotideo, Conferencias, Experiencias y algo más. Presentación 02/04/2012.
14. Serrano L, Tumor de Cuerpo Carotideo Grado IV, Conferencias, Experiencias y algo más. Presentación 26/09/2011.
15. Smith RF, Shetti PC, Reddy DJ: Surgival treatment of carotid paragangliomas presenting unusual technical difficulties: The value of preoperative embolization. *J Vasc Surg* 7:631-637, 1988.
16. Van der Berg R, Waserr MN, et alt: Vascularization of head and neck paragangliomas; comparison of three angiographic tecjniques with digital subtraction aqngiography. *Am J Neuroradiol* 21: 162-170, 2000