

### Caso Clínico

#### Tumoración en el cuello: otro diagnóstico diferencial.

Juan Carlos García Álvarez, Antonio Ruiz García,  
Eduardo Díaz García, Agustín Fernández Villar

Centros de Salud de la Dirección Asistencial Sur  
(Servicio Madrileño de Salud - SERMAS)

Mujer de 87 años, sin antecedentes familiares de interés. No reacciones alérgicas medicamentosas conocidas. Accidentes Isquémico Transitorio hace más de 20 años. Hipertensión y Dislipemia de larga evolución. Artrosis generalizada. Fractura de humero hace 2 años. Faquectomía bilateral. Depresión. Hipotiroidismo primario desde hace 2 años. Fibrilación auricular anticoagulada hace 3 meses.

En ese momento, tenía el siguiente tratamiento farmacológico: Acenocumarol según pauta; Lorazepam 0,5mg/noche; Levotiroxina 125mcg/día; Tramadol 75mg cada 12h. Losartan 25mg/día; Simvastatina 10mg/día; Venlafaxina 75 cada 12h; Carvedilol 6,25mg/día.

Acudió a nuestra consulta por haberse notado un bulto en cuello. No dolor. No fiebre, No sintomatología infecciosa. No síndrome constitucional. Refería episodios de sudoración nocturna que empapaba la cama. No episodios de cefalea ni palidez.

En la exploración física: Tensión arterial: 140/90, Afebril, Buen Estado General. La auscultación cardiaca arrítmica con frecuencia cardiaca a 90 lpm y el pulmonar murmullo vesicular conservado. Orofaringe normal. Piel y mucosas normales. Exploración de cuello: No bocio. Palpación de tumoración de aproximadamente 3-4cm en 1/3 superior región laterocervical izquierda. No dolorosa a la palpación. Movilizable lateralmente pero no de forma cráneo-caudal (Signo de Fontaine1).

En la primera consulta se le solicita analítica con perfil hepático, TSH, reactantes de fase aguda y hemograma. Se realizó ecografía ese mismo día.

En ecografía de cuello realizada en Atención Primaria: Tiroides de tamaño normal con ecoestructura alterada compatible con tiroidopatías crónica. No nódulos. Región laterocervical izquierda en zona de tumoración palpable se objetiva una masa solida homogénea de ecoestructura similar a tejido glandular, ligeramente hipere-

cogénica, Doppler positiva. La lesión se encontraba en región pericarotidea y llegaba hasta la bifurcación. Estimamos un tamaño de 26x18x30mm, pero no delimitamos claramente la lesión. No adenopatías. Glándulas salivares sin alteraciones ecográficas.



Figura 1. Corte longitudinal oblicuo de la lesión intentando delimitar su tamaño.

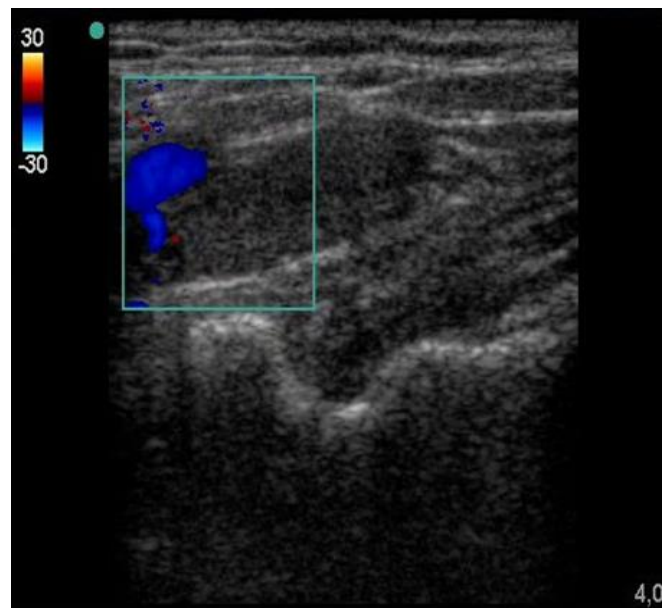


Figura 2. Se aprecia la íntima relación con la carótida. Obsérvase la ecoestructura similar a tejido glandular

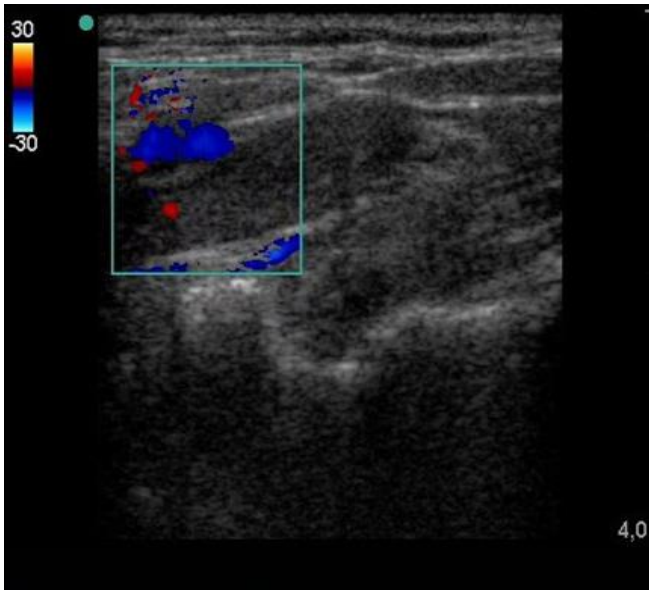


Figura 3. Imágenes ecográficas de la tumoración en cortes trasversos ligeramente oblicuos siguiendo la carótida a hasta su bifurcación.

Los resultados del estudio analítico fueron normales. Tras la realización de la ecografía se derivó al servicio de Otorrinolaringología por sospecha de malignidad. Se solicitó un TAC de cuello: Lesión en espacio carotideo izquierdo de 33x22x43mm probable Paraganglioma vagal. Posteriormente solicitaron RMN de cuello: Paraganglioma cervical izquierdo probablemente carotideo de 30x20x40mm, la lesión se extiende desde C4 hasta la altura de la bifurcación carotidea y el grueso de la lesión está detrás de la carótida interna y externa desplazándolas anteriormente y separándolas.

Los cirujanos descartaron intervención y fue derivada a cirugía vascular para valorar embolización de la lesión pero dada la edad de la paciente y que la lesión englobaba >50 % de las carótidas a nivel de la bifurcación, se descartó.

Se derivó a Endocrinología para valorar secreción de catecolaminas de esta tumoración. En el estudio de aminas biógenas en orina de 24 horas se detectó un exceso de Normetanefrina y Metanefrina. Además, la gammagrafía con metayodobencilguanidina confirmaba la existencia de tejido cromaffn dependiente en la lesión. Se diagnosticó de Paraganglioma probablemente derivado del glomus carotideo, productor de metanefrinas y normetanefrinas.

Se inició tratamiento con alfabloqueantes y se suspendió Losartan. Valorado por el Servicio de Radioterapia, se le aplicó sesiones de radioterapia, lo que no supuso una disminución del tamaño de la lesión, pero sí de su funcionalidad. La actualmente la paciente está asintomática con buen control tensional y en seguimiento por el Servicio de Endocrinología y Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Soto, S; Valdés, F; Krämer, A; Mariné, L. et al. Tumor del cuerpo carotídeo: A propósito de 10 casos tratados. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1414-1420.
2. Knight TT Jr, et al. Current concepts for the surgical management of carotid body tumor. *Am J Surg* 2006;191:104-10.
3. Toranzo, J; Colunga, R; González, L. Paraganglioma de cuerpo carotídeo: reporte de un caso clínico con correlación familiar. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2011, vol.33, n.2, pp. 79-83.
4. Lack E. Tumors of the adrenal gland and extra-adrenal paraganglioma In: *Atlas of tumor pathology, series 3, fasc 19.* Washington, DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1997.
5. Rao AB, Koeller KK, Adair CF. From the archives of the AFIP: Paragangliomas of the head and neck: radiologic-pathologic correlation. *RadioGraphics* 1999;19:1605-1632.
6. Van der Mey AG, et al. Management of carotid body tumors. *Otolaryngol Clin North Am* 2001;34:907-24.
7. Demattè, S; Di Sarra, D; Schiavi, F; Casadei, A; Opocher, G. Role of ultrasound and color Doppler imaging in the detection of carotid paragangliomas. *J Ultrasound.* 2012;15:158-63.