



P-036 - EMBOLIZACIÓN PERCUTÁNEA PREOPERATORIA DE PARAGANGLIOMA CAROTÍDEO EN PACIENTE CON SÍNDROME FEOCROMOCITOMA-PARAGANGLIOMA PORTADOR DE MUTACIÓN DEL GEN SDHD

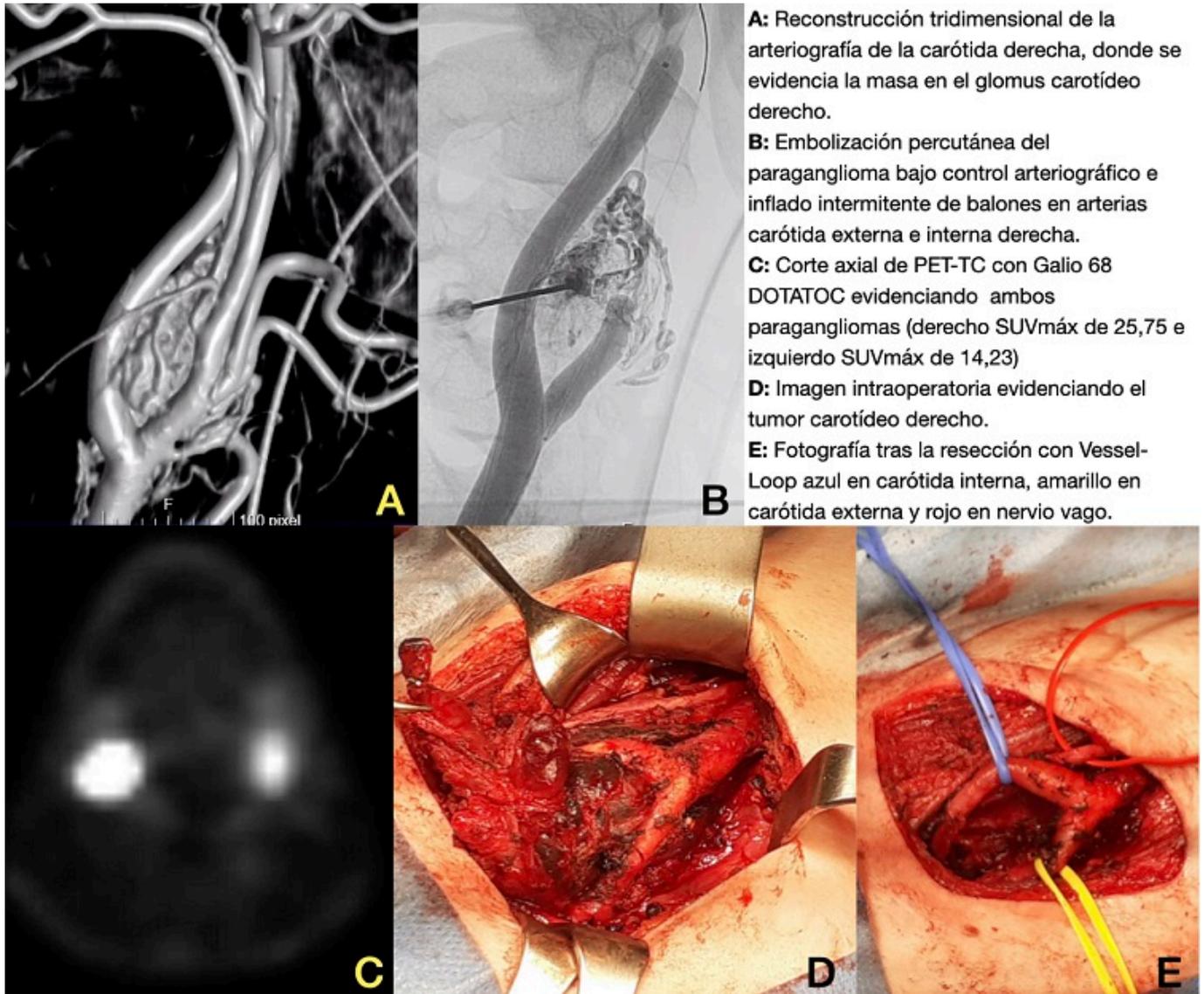
Alconchel, Felipe; Febrero, Beatriz; Ríos, Antonio; Parrilla, Guillermo; Ruiz Manzanera, Juan José; Nicolás López, Tatiana; Ramírez, Pablo; Rodríguez, José Manuel

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Introducción: El paraganglioma carotídeo es una neoplasia infrecuente, generalmente benigna, muy vascularizada, y constituye el 60-70% de los paragangliomas de cabeza y cuello. Puede formar parte del síndrome feocromocitoma-paraganglioma hereditario, pudiendo aparecer más de una lesión en algunos casos. El abordaje del paraganglioma cervical debe ser multidisciplinar, existiendo diversas formas de abordarlo previamente a la intervención quirúrgica para evitar complicaciones.

Caso clínico: Paciente de 40 años portador de mutación patogénica en el gen SDHD relacionado con el síndrome feocromocitoma-paraganglioma, con herencia autosómica dominante heredada de su padre. El caso índice que inició el estudio familiar fue la hija de 7 de años del paciente tras iniciar el estudio por necrosis estriatal infantil, de etiología no filiada. El paciente del presente caso presentaba un buen control de las cifras tensionales, y unas catecolaminas y marcadores tumorales normales. A la exploración se apreciaban dos masas cervicales bilaterales, con síntomas compresivos en el lado derecho. En el estudio PET-TC tras la administración intravenosa de 200 MBq de Galio 68 DOTATOC se evidenció una intensa captación en lesión subyacente a glándula submaxilar derecha de 1,8 cm con SUV_{máx} de 25,75 y otra lesión subyacente a submaxilar izquierda de 2,5 cm con SUV_{máx} de 14,23 ambos compatibles con paragangliomas. Tras presentar al paciente en el comité de tumores neuroendocrinos de nuestro centro, se decidió resección del paraganglioma derecho inicialmente y comenzando alfabloqueo con 4 mg de doxazosina al día. Previo a la cirugía y durante el mismo ingreso, se realizó una arteriografía con acceso femoral derecho y posterior canalización de la arteria carótida común derecha y colocación de balones de protección en arteria carótida interna derecha y arteria carótida externa derecha, se procedió a embolizar el glomus derecho mediante acceso percutáneo al mismo e inflado periódico de los balones. A las 48 horas se realizó la cirugía resecando completamente la masa tumoral derecha previa identificación y control del nervio vago y las arterias carótidas. No hubo ninguna incidencia perioperatoria siendo alta domiciliaria a los dos días tras la intervención quirúrgica. El estudio anatomopatológico de la pieza evidenció un feocromocitoma bien delimitado con 1 punto en la escala de PASS (*Pheochromocytoma of the Adrenal gland Scaled Score*), positivo para sinaptofisina, CD56 y de forma focal para cromogranina. El índice de proliferación Ki67 fue inferior al 1% y la SDHB presentó una expresión conservada.



Discusión: El paraganglioma carotídeo es una entidad infrecuente que requiere de un manejo multidisciplinar en centros especializados. Dada su localización anatómica, el riesgo de hemorragia intraoperatoria es muy elevado, por lo que la embolización tumoral preoperatoria juega un papel fundamental tanto para disminuir el sangrado como para disminuir los posibles eventos adversos intraoperatorios por la manipulación del tumor. Existen diversas técnicas de radiología intervencionista que pueden ser útiles dependiendo de las características del paraganglioma, en este caso, con la técnica de inflado intermitente de balones en ambas carótidas, que permitió un buen control del sangrado en la intervención.