

VI. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Dr. FERNANDO QUIJANO PITMAN

LOS TUMORES del cuerpo carotídeo se caracterizan clínicamente por estar situados en la bifurcación de la carótida primitiva, por debajo del ángulo de la mandíbula, en la región lateral del cuello; por ser indoloros, de crecimiento lento; a la palpación se pueden desplazar lateral pero no verticalmente; y por tener pulsación transmitida.

Son poco frecuentes; Warren considera que son los más raros tumores del cuello. En un lapso de 45 años y en centro tan activo como la Clínica Mayo se vieron 41 casos comprobados histológicamente; en el Boston City Hospital, desde 1887 a la fecha se han visto 6 casos; Mac Combs describió 10 casos estudiados en el Servicio de tumores de cabeza y cuello de un centro oncológico tan importante como el Memorial Hospital; en el mismo lapso se estudiaron 1,200 tumores en ese servicio, lo que arroja un porcentaje de menos de 1% de frecuencia relativa.

En México sabemos de 5 casos comprobados histológicamente: uno reportado por Steinle y otro por Morayta, dos operados por Robles y uno por Azpiroz y Quijano Pitman.

El estudio de varias series indica que es más frecuente en el hombre que en la mujer, en proporción de 3 a 2; por otra parte, en los casos comprobadamente malignos, ocurrieron 15 en hombres y 6 en mujeres.

Se han encontrado en todas las edades, desde sujetos de 6 meses hasta de 76 años; la mayor parte ocurrieron en la cuarta década de la vida.

Habitualmente se presentan en un solo lado, sin preferencia para alguno de ellos; en raras ocasiones se presentan en ambos lados simultáneamente; en un grupo de 300 casos revisados de la literatura, 9 de ellos fueron bilaterales.

En raras ocasiones se presenta en varios sujetos de una misma familia (2 sobre 300); el caso más interesante es el relatado por Lahey y Warren quienes encontraron tumores del cuerpo carotídeo en 5 miembros de una misma familia.

Por definición, el tumor carotídeo es de crecimiento lento; el término medio es de 7 años de duración desde el momento en el que el enfermo nota la masa cervical hasta la consulta con el médico.

La queja habitual del enfermo cuando ve por primera vez a un médico es que ha notado la presencia de una masa en la cara lateral del cuello, indolora, que crece lentamente y sin otro síntoma subjetivo. Un pequeño número de enfermos se queja de dolores muy tolerables en la mandíbula; cuando el tumor ha crecido hacia adentro puede causar disfagia, pero es ocurrencia excepcional, así como la disfonía por compresión del recurrente y el síndrome de Claudio Bernard-Horner por compresión del simpático.

El síndrome del seno carotídeo ocurre con verdadera rareza; éste es sorprendente dada la vecindad tan estrecha de estas estructuras; solamente en tres de los 300 casos revisados, se encontró dicho síndrome.

A la exploración física se encuentra una tumoración ovoidea en la región lateral del cuello, por debajo del ángulo de la mandíbula, cuya consistencia es variable de acuerdo con el grado de vascularización; Chevassu describió casos en los cuales la compresión firme llevaba a la casi total desaparición del tumor. Un signo físico muy importante, unánimemente aceptado por los autores, es la imposibilidad de desplazar verticalmente el tumor; esta inmovilidad en sentido vertical se debe a que la neoplasia se encuentre enclavada en la bifurcación carotídea, por lo que es imposible movilizarla de arriba abajo; en cambio, sí es posible desplazarla lateralmente. Este signo se considera patognomónico ya que es el único tumor de esta región con tal característica.

Si la neoformación está muy vascularizada puede palparse thrill y auscultarse soplo sistólico sobre ella. No se desplaza con la deglución y, cuando es muy grande, hace saliente hacia la faringe.

En los relatos de los autores de principios de siglo se señalan casos con alteraciones de la presión arterial; esta característica no es mencionada en las revisiones modernas; sin embargo, analizando con cuidado las historias de algunos trabajos sí se encuentran las cifras tensionales alteradas: 1 de los 4 casos de Raffaele Lattes era hipertenso; el caso de Rabson hizo crisis hipertensivas después de la extirpación. Un caso en México operado por D. Clemente Robles hacia severas crisis hipertensivas similares a las de un tumor cromafín. Estas discrepancias entre los autores antiguos y modernos; los casos encontrados en las series recientes y los hallazgos de Costero y colaboradores, sugieren la importancia de investigar y revisar a fondo la función circulatoria de los enfermos.

Para diagnosticar el tumor es necesario ante todo pensar en su existencia. Una masa de la región carotídea, de crecimiento lento, no desplazable en sentido vertical, con pulsación transmitida, induce a pensar en tumor carotídeo. El diagnóstico diferencial debe hacerse con quistes branquiales, que tienen movilidad vertical, crecen más abajo, con mayor rapidez y en sujetos más jóvenes. Los

tumores ganglionares generalmente son múltiples y crecen rápidamente. El diagnóstico diferencial es casi imposible con neurofibromas del vago. Vaughn Hudson afirma que el único tumor cervical sobre el cual es posible palpar los vasos arteriales del cuello, es el tumor del cuerpo carotídeo. Se ha utilizado la punción biopsia con malos resultados; es peligrosa debido a la vascularización del tumor. La arteriografía no proporciona datos de interés.

Los tumores carotídeos son radiorresistentes, por lo que su tratamiento es totalmente quirúrgico. El primero en extirpar uno fue Regnier en 1880, publicado por Marchand hasta 1891. El enfermo falleció tres días después de operado, pues hubo necesidad de resecar la bifurcación de la carótida. Albert fue el primero en extirpar el tumor respetando los grandes vasos del cuello. Desde entonces han sido publicados poco más de 400 casos operados; debido a su rareza, pocos son los cirujanos que han tenido experiencia con más de 3 casos, lo que indudablemente se refleja en los resultados.

Un punto muy importante es el referente a la malignidad del tumor carotídeo. Harrington, Claggett y Dockerty expresaron la opinión de que 50% de los casos reunidos por ellos demostraron malignidad histológica; Mc Combs se adhiere a esta opinión, por los hallazgos que encontró en 5 de los 10 casos operados en el Memorial Hospital; el criterio de malignidad histológica lo basó en lesiones infiltrativas de la cápsula e invasión de los linfáticos. Por otra parte Le Compte en su monografía sobre estos tumores, niega categóricamente la malignidad de ellos; Lahey y Warren opinan igual. Ciertamente que de tarde en tarde se describen en la literatura casos con metástasis e invasión linfática y hematógena, y de recaídas en situ, pero la impresión ganada por el estudio de varias series de casos en que se trata de un tumor benigno, de crecimiento lento y que sólo se maligniza en pequeño porcentaje (10 a 12%).

El principal riesgo operatorio es la lesión a los vasos carotídeos, con los cuales el tumor está en íntima adherencia y que constituyen un grave obstáculo, a veces infranqueable. La ligadura de la carótida primitiva se acompaña de una prohibitiva mortalidad de 29% (50% en los casos de Lahey) y de lesiones neurológicas muy importantes en una gran proporción de sobrevivientes (40%). Por otra parte, es importante señalar que, a medida que se ha perfeccionado la técnica quirúrgica, con los progresos en la cirugía vascular, el sacrificio de la bifurcación carotídea ha venido disminuyendo en forma gradual y consistente. Phelps y colaboradores han hecho un estudio cronológico de estos progresos.

En 1940 llamó la atención Sir Gordon-Gordon-Taylor sobre un hecho anatómopatológico que tiene gran importancia en la técnica quirúrgica: la casi totalidad de estos tumores no invaden y respetan la túnica media de las carótidas y, por lo tanto, por medio de una cuidadosa y paciente disección subadventicial de la neoplasia es posible separarla de los vasos sin herir éstos. Arnulf tiene opinión similar.

Los progresos en cirugía vascular han sido importantes, sobre todo el empleo de injertos (por primera vez utilizados por Crile y Humphries en estos casos) y el uso de hipotermia para proteger el encéfalo de los efectos de la isquemia durante la obstrucción de las carótidas, método empleado con éxito y en forma regular por los neurocirujanos durante el tratamiento quirúrgico de los aneurismas intracraneanos. Estos y otros recursos permiten sortear el temible obstáculo. Es importante señalarlo pues, como ha sido demostrado por Monro, la mortalidad quirúrgica del tratamiento de estos tumores es sólo de 6.5% cuando se respetan los vasos carotídeos.

Para emprender la intervención es necesario rodearse de todas las precauciones que requieren las operaciones sobre grandes vasos: buena reserva de sangre, injertos o prótesis vasculares, poder recurrir a hipotermia, etc. La anestesia general es la preferente. La región se aborda por una incisión longitudinal a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo; se rechaza hacia atrás el músculo y la vena yugular interna, se disecciona la carótida primitiva y se pasa a su alrededor una cinta de algodón; en seguida se disecan las carótidas externa e interna por encima del tumor y se pasan alrededor de ellas cintas de algodón. Es útil hacer hincapié sobre estas maniobras, que son básicas en cirugía vascular y tienen por objeto asegurar los vasos aferentes y eferentes de la lesión antes de emprender el ataque de ésta. En aneurismas y fístulas arteriovenosas, tumores vasculares y embolectomía se procede en esa forma y el tumor carotídeo no es una excepción a la regla general. Si ocurre intempestiva hemorragia, es posible dominarla rápidamente con los vasos aferentes y eferentes asegurados. Las cintas sirven además para hacer tracción divergente sobre los vasos y facilitar la disección.

Una vez expuesta la región y asegurada la hemostasia provisional de las grandes arterias, se examina y disecciona cuidadosamente el tumor, que es muy vascularizado, se encuentra recubierto de un retículo vascular que sangra fácilmente y que debemos dividir. La hemostasia es muy laboriosa y cansada, aunque no peligrosa; es necesario hacerla en forma meticulosa para evitar la infiltración de la región con sus fusiones sanguíneas. El hecho anatómico señalado por Gordon-Taylor permite hacer disección subadventicial del tumor y la separación de éste de los grandes vasos en tal plano. La disección debe ser hecha con tijera, levantando la adventicia de la carótida con pinzas de disección finas y dividiéndola con el instrumento cortante. No existe en cirugía vascular lugar para la disección roma; no hay instrumento más peligroso alrededor de los grandes vasos que esas pequeñas gasas duras, montadas sobre pinzas, de las que algunos cirujanos se valen para disecar a raspones. La disección debe ser hecha a filo cortante, desarrollando el plano entre la adventicia y la túnica media; en esta forma es posible separar el tumor de las carótidas sin herir éstas; la familiaridad con la cirugía vascular es la que permite hacer este tipo de maniobras.

Otras estructuras anatómicas que deben respetarse son el nervio vago, la vena yugular interna, el nervio hipogloso que en muchas ocasiones se encuentra en contacto con el polo superior del tumor, el sistema simpático y la pared de la faringe. Estas dos últimas estructuras cuentan cuando los tumores son muy voluminosos. Una vez extirpado el tumor y revisada la hemostasia, se cierra por planos; en caso de tumor de gran tamaño es conveniente canalizar su lecho.

La mortalidad total de los casos operados es de 15%; esta cifra parece formidable a primera vista, sobre todo tratándose de un tumor benigno, habitualmente asintomático y de crecimiento muy lento. Ello ha llevado a algunos autores a concluir que la conducta abstencionista y vigilante es la mejor. Por otra parte sabemos que 12% de los tumores carotídeos se malignizan; y que, según Monro, la mortalidad de los casos no tratados y abandonados a su propia evolución sube a 30%; datos que, tomados en consideración, justifican el tratamiento operatorio.

La mortalidad de los casos tratados por resección del tumor solamente, respetando la bifurcación carotídea, es de 6.5%, en tanto que la extirpación de la bifurcación hace subir la mortalidad a 29%.

Es necesario notar, al examinar esas cifras, que las series analizadas provienen de muy distintos sitios; que en pocos de ellos se tiene amplia experiencia con cirugía vascular; que raros son los cirujanos que han operado más de 3 casos en toda su vida profesional; que las series recopiladas comprenden casos operados hace muchos años, en épocas en las que no se contaba con injertos, hipotermia y otros recursos valiosos para afrontar los peligros de la cirugía vascular. Por todo ello es necesario ver el tratamiento de este padecimiento con optimismo; estudiar los casos con cuidado y teniendo a la vista los hallazgos anatomopatológicos presentados en este symposium; y emprender el tratamiento operatorio rodeándose de todos aquellos elementos de que se dispone en cirugía vascular para obtener buenos resultados.