

Adenoma de Células Basales parotídeo. Una rara tumoración

Basal Cell Adenoma of Parotid Gland. A rare tumor

AUTORES

García Curdi F* · del Rey Tomás Biosca FJ* · Lois Ortega Y* · Pardo López ML** · Martínez Subías JJ*

*Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.

**Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.

RESUMEN

El adenoma de células basales es un tumor poco frecuente de las glándulas salivales que se suele presentar como una masa indolora y de crecimiento lento. Existen pocos casos descritos en la literatura acerca de esta patología, pero es importante conocerla ya que sus características histológicas hacen que se asemeje a carcinomas y otros tipos de tumores.

PALABRAS CLAVE:

Adenoma de células basales.

SUMMARY

Basal cell adenoma is a rare tumor of the salivary glands that usually presents as a painless and slow-growing mass. There are few cases described in the literature about this pathology, but it is important to know it since its histological characteristics make it resemble carcinomas and other types of tumors.

KEY WORDS:

Basal cell adenoma.

Caso Clínico

Un paciente varón de 77 años acudió a la consulta de Otorrinolaringología refiriendo una tumoración parotídea izquierda de aproximadamente 2-3 meses de evolución, de crecimiento lento e indolora. No presentaba antecedentes patológicos de interés para el caso.

A la exploración se palpaba una tumoración redondeada, circunscrita, no dolorosa, ligeramente móvil y blanda en cola de parótida izquierda, de unos 2-3 centímetros de diámetro. No presentaba clínica de parálisis facial (House-Brackmann grado I).

Para el diagnóstico se solicitó una punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía (ECO-PAAF), que reveló una histología compatible con adenoma pleomorfo, siendo necesaria la extirpación completa de la lesión para el diagnóstico anatomopatológico definitivo.

Ante estos hallazgos se realizó un TAC cervical (Fig. 1A, 1B), en que se identificó una lesión en el lóbulo superficial de la parótida izquierda de aproximadamente 25x33 milímetros de bordes bien definidos, con realce heterogéneo tras la administración de contraste intravenoso. No se visualizaron adenopatías laterocervicales de aspecto patológico.

Se planteó al paciente una parotidectomía superficial para exéresis de la lesión y análisis histológico de la pieza completa que aceptó. La cirugía cursó sin complicaciones y el resultado definitivo del estudio histológico informó de: tumoración bien delimitada en el seno del parénquima glandular, encapsulada, constituida por nidos con estructuras ductales y trabéculas de células basaloides, monomorfas con núcleos redondeados. Se acompaña de un estroma laxo, constituido por células fusocelulares. No se visualizó atipia, mitosis, áreas de necrosis ni infiltración en la periferia del tumor. Desde el punto de vista inmunohistoquímico las células estromales fueron positivas para S100 y negativas para p63 y actina. Las células basaloides fueron positivas para p63, actina, Calponina y Beta Catenina. El diagnóstico definitivo es un Adenoma de Células Basales parotídeo (subtipo trabecular) (Fig. 2A, 2B).

Tanto la cirugía como el postoperatorio han sido favorables, y el paciente está satisfecho con el resultado.

Discusión

Los tumores de las glándulas salivales son poco frecuentes y constituyen del 2 al 6,5% de todos los tumores de cabeza y cuello. El ACB representa sólo el 1-2% de todos los tumores de las glándulas salivales y muestra un predominio femenino de 2:1, que ocurre comúnmente entre la quinta



Figura 1A: Corte axial en el que se visualiza la tumoración circunscrita, bien definida y con realce tras la administración de contraste.
Figura 1B: Corte coronal en el que se aprecia dicha tumoración.

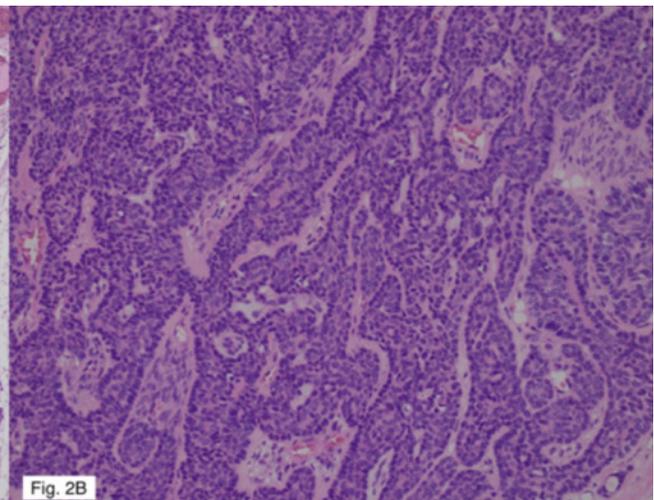
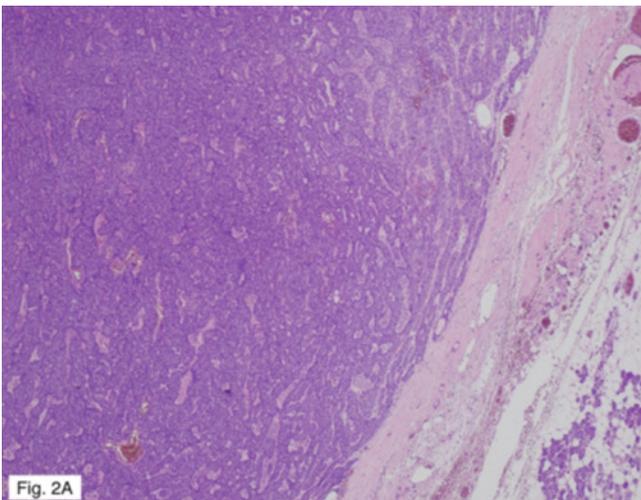


Figura 2A: Adenoma de Células Basales. Tinción hematoxilina-eosina a 4x. Tumoración sólida delimitada por una capsula fibrosa sin evidencia de infiltración.
Figura 2B: Adenoma de Células Basales. Tinción hematoxilina-eosina a 20x. Tumoración constituida por células basaloides, monomorfas, sin atipia, con núcleos redondeados y ovalados, que se disponen formando trabéculas que se amoldan a modo de puzzle o se fusionan, dejando entre ellas islas de estroma circunscritas por los núcleos de las células basaloides dispuestos en empalizada.

y séptima década de la vida, en contraste con la edad de manifestación de otros tumores mixtos benignos, siendo raro encontrarlo en varones jóvenes. La glándula parótida es el sitio dominante de aparición del ACB (75%), seguida por la glándula salival menor del labio superior (6%) y la glándula submaxilar (5%), también es posible encontrarlo en la mucosa bucal, el labio inferior, el paladar y el tabique nasal. Clínicamente el ACB suele ser asintomático, presentándose como una masa indolora, de crecimiento lento y ligeramente móvil^{12,3}.

El ACB es un tipo raro de adenoma salival, existiendo menos de 50 casos publicados en la literatura. La gran mayoría de este tipo de casos se recogen en el continente asiático, lo que debe hacer preguntarnos si es más preva-

lente en dicha población o si son capaces de diagnosticarla con mayor facilidad. Cada vez se diagnostica más en el resto del mundo, puesto que ya se han descrito en todos los continentes y en casi todos los grupos étnicos.

El ACB se clasificó originalmente como un tipo de adenoma monomórfico. Kleinsasser y Klein fueron los primeros en designar el término adenoma de células basales y en establecerlo como una entidad clínica y patológica distinta en 1967, pero desde 1991, de acuerdo con la “Clasificación histológica de tumores de glándulas salivales” de la Organización Mundial de la Salud, se incluyó en la categoría de tumores benignos, excluyendo la palabra monomórfica^{2,3}.

El citodiagnóstico de los tumores basaloides, principalmente el adenoma de células basales de la glándula salival, es extremadamente difícil ya que se asemeja a muchas otras neoplasias basaloides benignas y malignas. Las células basales se encuentran en varios tumores primarios de las glándulas salivales, ya sea como un componente del tumor o como neoplasias de células basales puras. Los tumores ACB se han clasificado histopatológicamente en cuatro subtipos: sólido, trabecular, tubular y membranoso. El subtipo sólido es la forma más frecuente y el subtipo membranoso el que más alta tasa de recurrencia tiene (24%). En las variantes sólida, trabecular y tubular no hay casos conocidos de recurrencia. La transformación maligna es más común en el tipo membranoso, que es aproximadamente el 4.3%^{14,5}.

Las características citológicas del ACB se asemejan a carcinomas en los frotis de citología por PAAF, pero también puede ser confundido con otros tipos de tumores. Entre los tumores malignos, el carcinoma adenoide quístico es la lesión que muestra la mayoría de las similitudes histológicas con el ACB, sin embargo, las características como la integridad de la capa basal, la disminución del número de mitosis y el crecimiento lento son típicas de una lesión benigna^{5,6,7}. El carcinoma adenoide quístico carece de vascularización en comparación con el ACB, y existe una invasión perineural. La dificultad para realizar un diagnóstico diferencial con el carcinoma adenoide quístico radica en las semejanzas anatomopatológicas y en la escasa incidencia de ACB³.

Otros diagnósticos diferenciales son el adenocarcinoma de células basales, que tiene características histológicas similares, pero hay infiltración en estructuras adyacentes. El ACB puede asociarse ocasionalmente con múltiples cilindromas dérmicos sincrónicos y espiradenomas. El síndrome de Brooke-Spiegler es un adenoma de células basales sincronas de la glándula salival con múltiples tumores anexiales cutáneos¹. El paciente que se presenta fue inicialmente diagnosticado mediante PAAF de un adenoma pleomorfo parótideo, pero el examen histológico de la pieza completa cambió el diagnóstico definitivo.

El tratamiento primario de la ACB es la resección quirúrgica mediante parotidectomía superficial o total en los casos en que existe afectación parotídea⁸. La escisión extracapsular se realiza en casos en los que hay afectación de glándulas salivales menores en la mucosa oral. El tratamiento utilizado en nuestro paciente fue el mismo propuesto en la literatura.

El ACB es un tumor benigno muy poco común, con mucha similitud a tumores malignos que se asientan en las mismas localizaciones. Es importante realizar un exhaus-

tivo diagnóstico diferencial para filiar correctamente esta lesión, siendo necesaria la exéresis para su diagnóstico. Los estudios anatomopatológicos mediante PAAF, inmunohistoquímica y resonancia magnética no deben considerarse concluyentes, ya que el diagnóstico definitivo de ACB solo se puede establecer en base a un examen histopatológico después de una biopsia por escisión.

Bibliografía

1. Du LY, Weng XH, Shen ZY, Cheng B. A large basal cell adenoma extending to the ipsilateral skull base and mastoid in the right parotid gland: A case report. *World J Clin Cases* 2019; 7(11): 1351-1357
2. Rajasenthil V, Ravi A. Basal Cell Adenoma of the Parotid Gland-A Rare Entity. *Indian J Surg*. 2014;76(5):408-10.
3. Kanaujia SK, Singh A, Nautiyal S, Ashutosh K. Basal Cell Adenoma of Parotid Gland: Case Report and Review of Literature. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2015;67(4):430-3
4. Bhat A, Rao M, Geethamani V, Shetty AC. Basal cell adenoma of the parotid gland: Cytological diagnosis of an uncommon tumor. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2015;19(1):106.
5. Pal S, Mondal PK, Sharma A, Sikder M. Fine Needle Aspiration Cytology of Basal Cell Adenoma of Parotid Simulating Adenoid Cystic Carcinoma. *J Cytol*. 2018;35(1):55-7.
6. Nicola M, Onorati M, Lancia M, Albertoni M, Di Nuovo F. Potential Difficulties in Cytological Approach of Basal Cell Adenoma of Salivary Glands: The Experience of a Single Institution. *Acta Cytol*. 2018;62(5-6):346-51.
7. Krishnan V, Shunmugavelu K, Rose J, Subramaniam K. Basal Cell Adenoma of Retromolar Region from Minor Salivary Gland Origin in a 45-Year-Old Female: A Case Report. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr*. 2017;10(2):162-5.
8. Chung WY, Kim CH. Basal cell adenoma in the deep portion of the parotid gland: a case report. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg*. 2015;41(6):352-6.

Correspondencia

Dr. D. Fernando García Curdi

Secretaría del Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria.

Paseo de Santa Bárbara, s/n. 42005 Soria (España).

Mail: fgcurdi@gmail.com

Hematoma espontáneo en área ORL

Ent spontaneous hematoma

AUTORES

Rebolledo Bernad L · Maltrana García JA · Calatayud Lallana LM · Sánchez Llanos E · Casas Sanz D · Fernández Liesa R

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

RESUMEN

Los hematomas cervicales y laríngeos espontáneos son poco frecuentes. Para su diagnóstico y evaluación de extensión son esenciales las pruebas de imagen. El tratamiento es conservador mientras la clínica lo permita. Presentamos el caso de una mujer de 75 años anticoagulada que debuta con hematoma cervical y laríngeo espontáneo asociado a disnea, disfonía, odinofagia y disfagia. Se decidió actitud expectante y la evolución fue favorable.

PALABRAS CLAVE:

Hematoma, cervical, laríngeo, anticoagulante.

SUMMARY

Cervical and laryngeal hematomas are rare. Image tests are essential for diagnosis and extension evaluation. Treatment is conservative if possible. We report the case of a 75-year-old anticoagulated woman who debuts with spontaneous cervical and laryngeal hematoma associated with dyspnea, dysphonia, odinophagy and dysphagia. Expectant attitude was decided and evolution was favorable.

KEY WORDS:

Hematoma, cervical, laryngeal, anticoagulant.

Introducción

La hemorragia espontánea es una complicación frecuente de los tratamientos anticoagulantes, apareciendo ésta habitualmente a nivel del tracto gastrointestinal y urinario, sistema nervioso central, retroperitoneo, piel y tejido subcutáneo¹. Sin embargo, la hemorragia en los tejidos blandos de la vía respiratoria alta es una complicación poco frecuente y que amenaza la vida del paciente¹. Se han descrito hematomas cervicales de diferentes orígenes, como la sobredosificación de anticoagulantes, la ruptura de adenomas paratiroideos, el sangrado intratiroideo o la disección carotídea, entre otros^{2,3,4}. Los síntomas más comunes en la hemorragia de la vía aérea superior son odinofagia, disfagia, inflamación cervical y compromiso respiratorio. La equimosis, disfonía, sialorrea y trismus son síntomas menos frecuentes^{1,4}.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una paciente mujer de 75 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus, fibrilación auricular, portadora de marcapasos, diverticulosis intestinal, degeneración macular, amigdalectomía e histerectomía, en tratamiento con Apixaban desde hacía 3 meses.

Acude a urgencias por presentar dolor cervical derecho de 2 días de evolución, seguido de tumefacción cervical derecha y dolor preesternal de 1 día de evolución y aparición espontánea el día que consulta de un hematoma cervicotorácico anterior junto con disnea en decúbito, disfonía, odinofagia y disfagia progresivas. La paciente niega antecedente traumático.

A la exploración se aprecia un hematoma cervical y torácico anterior, indurado y doloroso a la palpación (Fig. 1). En la fibrolaringoscopia se observa un hematoma que afecta a cara lingual de epiglotis, repliegues faringoepiglóticos y aritenoepiglóticos derechos, y aritenoides derecho, con espacio glótico conservado (Fig. 2A). Análiticamente, presenta un tiempo de protrombina alargado (14,4 seg) y una actividad de protrombina disminuida (68%).

En la TC se observa un hematoma organizado que engloba la hipofaringe, la laringe y la glándula tiroidea, se extiende intraluminalmente al repliegue aritenoepiglótico y a los senos piriformes, comprometiendo la luz laríngea a nivel supraglótico, así como infiltración hemorrágica subcutánea cervical anterior, sin apreciar extensión a nivel mediastínico (Fig. 3A).

Durante el ingreso, dada la estabilidad clínica de la paciente, se optó por un tratamiento conservador. Se suspendió el tratamiento con Apixaban, sustituyéndolo por heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica, y se pautó tratamiento analgésico, corticoideo y antibiótico con



Figura 1: Hematoma a nivel cervical y torácico anterior al ingreso.

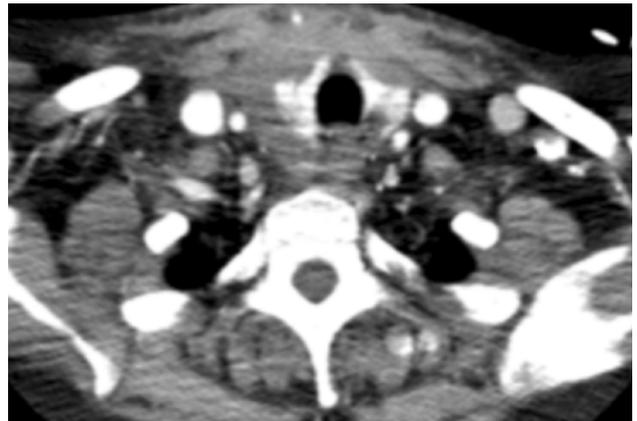
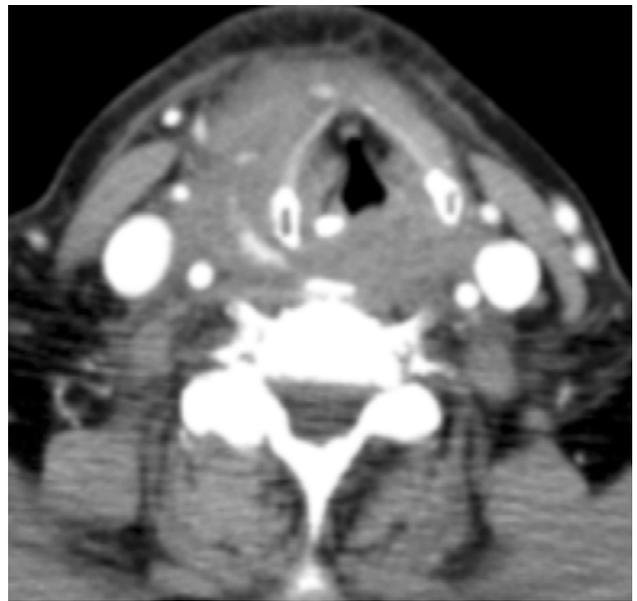
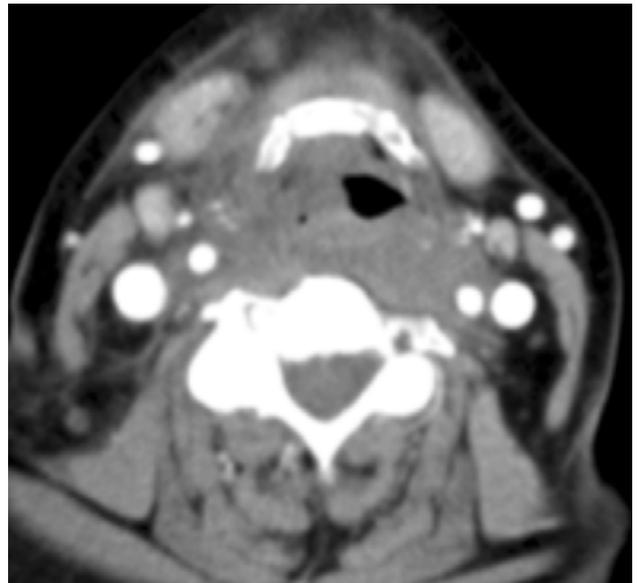


Figura 3A: Hematoma a nivel supraglótico (izquierda), laríngeo-hipofaríngeo (centro) y peritiroideo (derecha).

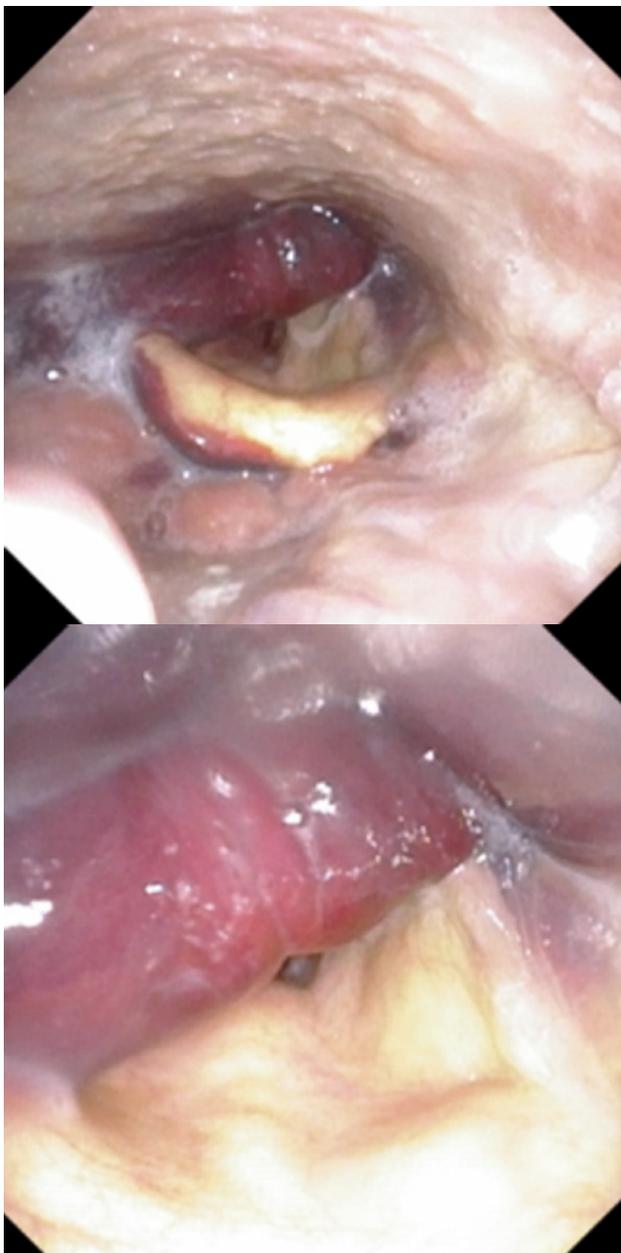


Figura 2A: Hematoma a nivel faringolaríngeo al ingreso.

amoxicilina-clavulánico. Al quinto día de ingreso, se repitió la exploración fibrolaringoscópica, observando una extensión de la equimosis hacia repliegues faringoepiglóticos y aritenopiglóticos izquierdos y pared posterior faríngea, pero con disminución del componente edematoso y sin compromiso de la vía aérea (Fig. 2B).

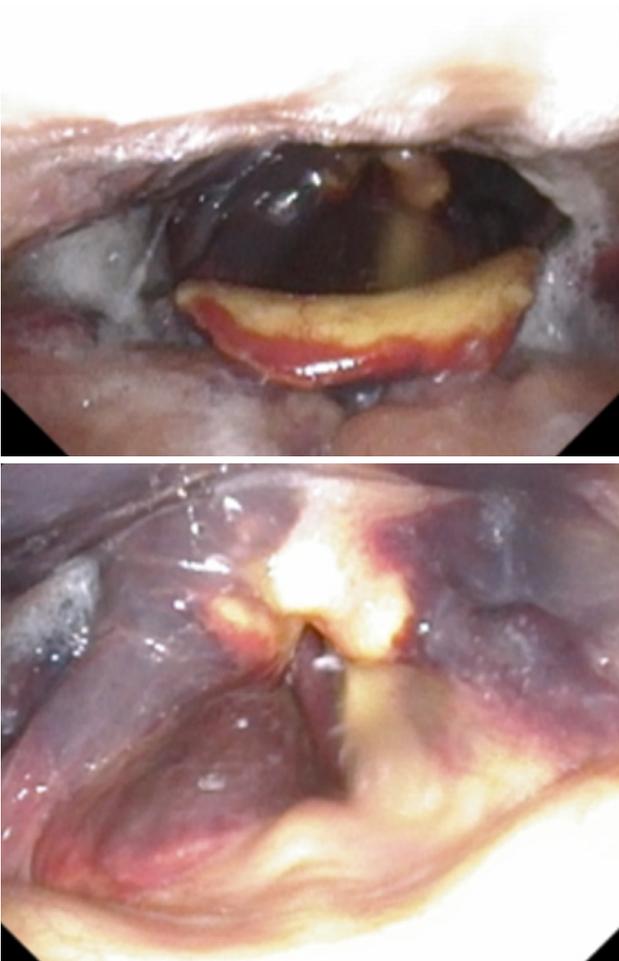


Figura 2B: Hematoma a nivel faringolaríngeo al quinto día de ingreso.

Al sexto día de ingreso la paciente refería dolor centrotorácico, por lo que se pidieron enzimas cardíacas y un electrocardiograma que fueron normales, y una TC torácica, observando una reabsorción subtotal del hematoma (Fig. 3B).

Finalmente la paciente tuvo una mejoría clínica progresiva, y a los 12 días del ingreso se reintrodujo el tratamiento con Apixaban y fue dada de alta hospitalaria.

En controles sucesivos la paciente estaba asintomática, y en ecografía cervical realizada a los 6 meses del episodio se observan, varios nódulos en ambos lóbulos tiroideos de escasos milímetros, algunos de aspecto coloide quísticos otros sólidos bien definidos.

Discusión

Los hematomas cervicales son una patología que puede poner en peligro la vida del paciente si implican compromiso de la vía aérea. En su diagnóstico es esencial una prueba de imagen, bien sea TC o RM, para delimitar la extensión del hematoma y valorar el origen del sangrado. Si no hay compromiso inmediato de la vía aérea, el manejo debe ser conservador, con monitorización estrecha y tratamiento antibiótico y corticoideo. En casos seleccionados puede ser precisa la intervención quirúrgica, indicada ante la presencia de disnea o disfagia que no ceden¹⁴. Es importante

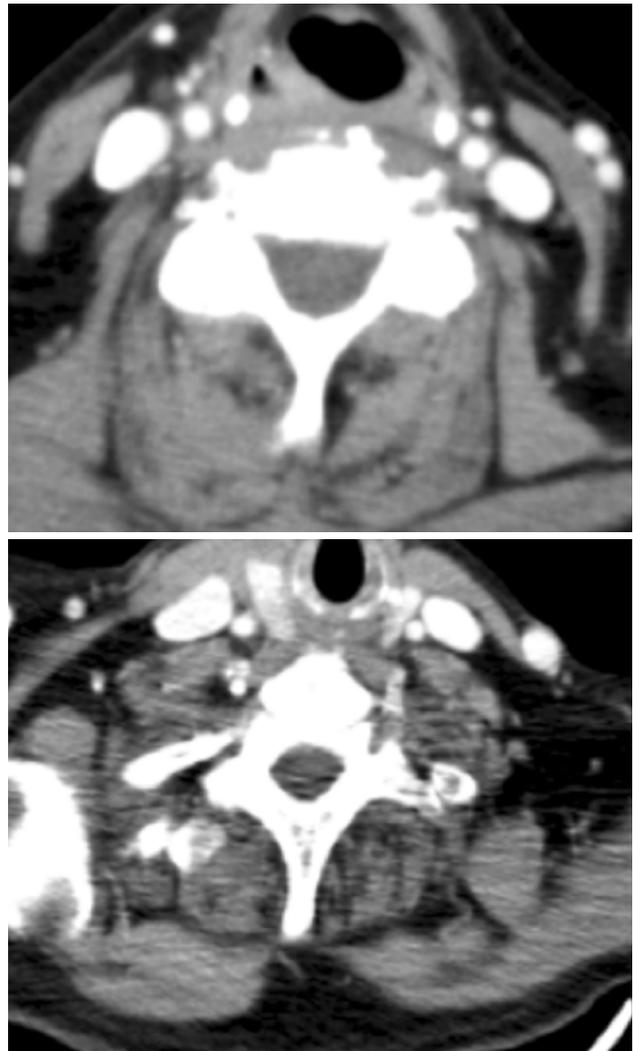


Figura 3B: Resolución subtotal del hematoma.

la realización de pruebas de imagen de control cuando el episodio se haya resuelto, en busca de la posible patología subyacente causante del sangrado^{2,3,4}.

Bibliografía

1. Gilard-Pioc S, Guerard P, Paraf F, François-Purssell I. Sudden Death by Spontaneous Epiglottic Hematoma Secondary to High Blood Levels of Warfarin. *J Forensic Sci.* 2017;62(4):1094-1096
2. Garrahy A, Hogan D, O'Neill JP, Agha A. Acute airway compromise due to parathyroid tumour apoplexy: an exceptionally rare and potentially life-threatening presentation. *BMC Endocr Disord.* 2017;17(1):35.
3. Shinomiya H, Otsuki N, Takahara S, Yasui R, Sawada N, Komatsu H, Fujio H, Fujiwara H, Nibu K. Parathyroid adenoma causing spontaneous cervical hematoma: two case reports. *BMC Res Notes.* 2015; 8:726.
4. Yoshimura N, Mukaida H, Mimura T, Iwata K, Amioka A, Hirabayashi N, Takiyama W. A case of an acute cervicomedial hematoma secondary to the spontaneous rupture of a parathyroid adenoma. *Ann Thorac Cardiovasc Surg.* 2014;20 Suppl:816-20.

Riesgos y complicaciones de la traqueotomía percutánea: presentación de un caso

Risks and complications of percutaneous dilational tracheostomy: a case presentation

AUTORES

Calatayud Lallana LM · Rebolledo Bernad L · Sánchez Llanos E · Casas Sanz D · Llorente Arenas EM · Fernández Liesa R.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

RESUMEN

La traqueotomía percutánea es una técnica ampliamente establecida en España, que ha demostrado ser segura y presentar ciertas ventajas con respecto a la traqueotomía quirúrgica que la hacen muy útil en el entorno de las unidades de cuidados intensivos. Sin embargo, la introducción a ciegas de la cánula en la tráquea implica una serie de riesgos potencialmente graves, como la creación de falsas vías, la malposición de la cánula, el sangrado, la dificultad para el control de la vía aérea, o la aparición de estenosis subglóticas y traqueales. Estudios en cadáveres han objetivado que solo un 50% aproximadamente de las cánulas introducidas a ciegas se colocan en el lugar planeado, y que la lesión de uno o varios anillos traqueales o del cartílago cricoides es frecuente. La correcta selección de los pacientes con las características anatómicas más favorables es la principal medida de prevención contra las complicaciones relacionadas con la inserción de la cánula, aunque existen otras medidas menos extendidas como la vigilancia endoscópica o la realización de la traqueotomía por parte de cirujanos experimentados.

Presentamos el caso de un paciente traqueotomizado de forma percutánea que sufrió una complicación poco frecuente: la inserción de la cánula a través de la línea media del cartílago tiroides, junto con la fractura de la membrana cricotiroidea. En una cirugía posterior, se repararon las lesiones sobre el cartílago y la membrana cricotiroidea, y se realizó nueva traqueotomía en un lugar más adecuado.

PALABRAS CLAVE:

traqueotomía percutánea. Complicaciones.

SUMMARY

Percutaneous tracheostomy is a widely used technique in Spanish hospitals, having proved to be safe and very convenient in the intensive care unit environment thanks to its multiple advantages compared to open tracheostomy. However, the blind insertion of the tracheostomy tube involves some potentially severe risks, like the creation of a false passage, tube malposition, bleeding, difficult airway management or development of subglottic and tracheal stenosis. Some cadaveric studies have shown that only about 50% of blind insertions are placed where intended, and that cartilage injury of tracheal rings and the cricoid is a common complication. The proper selection of patients with favorable anatomical characteristics should be the main preventive action against placement related complications, but there are other less extended preventive techniques, like endoscopic visualization or experienced surgeons performing the percutaneous tracheostomy.

Here we present the case of a patient who underwent a percutaneous tracheostomy with a rare complication: the placement of the tube through the thyroid cartilage midline and the fracture of the cricothyroid membrane. Both the cartilage and the membrane injuries were fixed in a posterior surgical intervention, along with a new, more appropriate tracheostomy placement.

KEY WORDS:

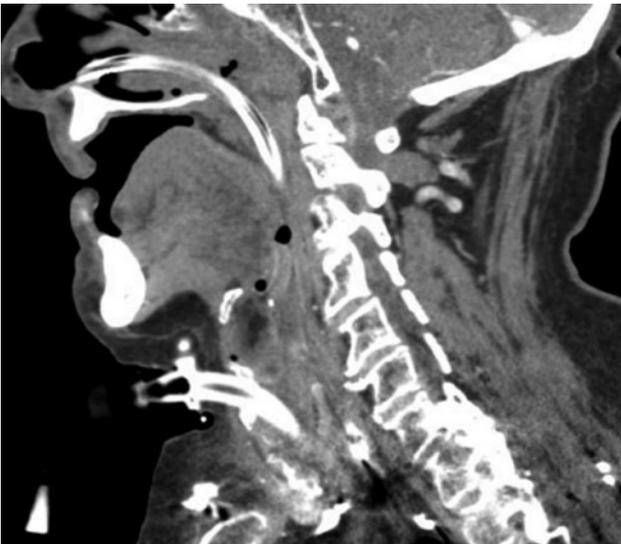
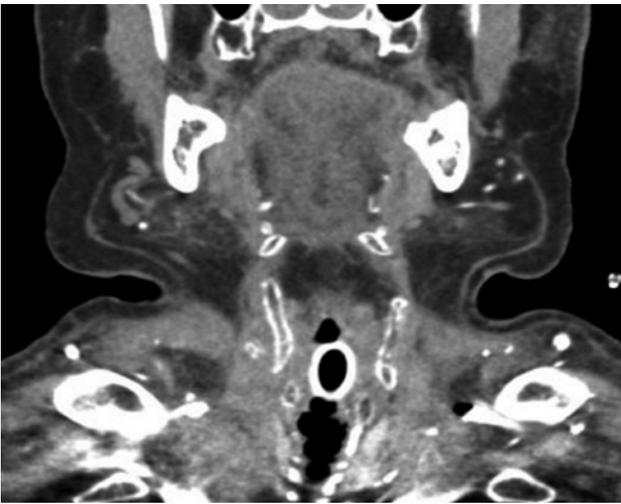
Percutaneous tracheostomy. Complication.

Introducción

La traqueotomía percutánea es una técnica ampliamente adoptada en los hospitales y UCIs en España, y es considerada por muchos autores como técnica de elección por ser segura y con tasas de complicaciones similares a la traqueotomía quirúrgica. Ofrece además una serie de ventajas, como la sencillez y rapidez de realización, su coste-efectividad o la posibilidad de evitar el traslado de un paciente crítico al quirófano¹⁰. Algunos estudios le han atribuido una menor tasa de sangrado, de infección del traqueostoma y de complicaciones totales a largo plazo^{5,6}. Otros sin embargo no han encontrado diferencias estadísticamente significativas con respecto a la mortalidad, e incluso se ha descrito una mayor incidencia de mortalidad periquirúrgica,

complicaciones postquirúrgicas y hemorragia², por lo que la superioridad de esta técnica con respecto a la traqueotomía quirúrgica no está universalmente aceptada.

En la traqueotomía percutánea, la introducción a ciegas de la cánula condiciona una serie de riesgos potencialmente graves relacionados con el lugar de inserción, como son la creación de falsas vías y la malposición de la cánula, menos frecuentes en la técnica quirúrgica abierta⁵. Presentamos el caso de un paciente traqueotomizado de manera percutánea que presentó como complicación una malposición grave de la cánula a través de la línea media del cartílago tiroides, con fractura de la quilla tiroidea y de la membrana cricotiroidea.



Caso Clínico

Paciente varón de 72 años, con patología cardiorrespiratoria crónica grave y antecedente de carcinoma escamoso de laringe tratado con quimiorradioterapia. Ingresó en la UCI del Hospital Royo Villanova tras requerir cardioversión

eléctrica, y doce días después se sometió a traqueotomía percutánea ante dos intentos fallidos de extubación. El paciente tenía un cuello grueso y corto en el que se palpaban con dificultad las estructuras anatómicas. Más adelante fue enviado al Hospital Nuestra Señora de Gracia para valoración por parte del servicio de Otorrinolaringología, que objetivó la colocación de la cánula a través de la línea media del cartílago tiroides. En la exploración en quirófano se observaron además un edema de ambas cuerdas vocales y la rotura de la membrana cricotiroidea. Se reparó la membrana, así como el cartílago tiroides, colocando una prótesis de quilla tipo Keel, y se realizó nueva traqueotomía en un lugar más adecuado.

Discusión

La traqueotomía percutánea presenta claras ventajas frente a la traqueotomía quirúrgica en el entorno de la UCI, pero el abordaje a ciegas de la vía aérea supone una dificultad añadida a la hora de controlar el lugar de inserción de la cánula. Esto implica un mayor riesgo de creación de falsas vías y de malposición de la cánula, así como de daño sobre las estructuras laringotraqueales y de hemorragia. Además, debido al menor tamaño y las características del orificio de traqueotomía que se obtiene, el manejo de la vía aérea resulta más complejo, siendo más frecuentes las decanulaciones accidentales y los problemas para la recolocación de la cánula⁵.

En sus estudios sobre cadáveres, tanto Dexter¹ como Hotchkiss et al.⁴ observaron que solo el 50% de las cánulas de traqueotomía percutánea se introducen en el lugar correcto. Tanto ellos como van Heum et al.⁷ señalan además que la fractura de uno o varios anillos traqueales es frecuente, y que cuando la cánula se inserta por encima del lugar correcto a menudo provoca la fractura del cartílago cricoides. El daño sobre la membrana cricotiroidea es mucho menos frecuente. La fractura del cartílago tiroides, por otro lado, resulta muy rara, y solo se ha encontrado un caso publicado similar al que aquí se presenta, con introducción de la cánula a través de la línea media del tiroides⁹. Estas lesiones relacionadas con una colocación excesivamente alta muy frecuentemente son causa a largo plazo de estenosis subglótica.

Para evitar esta y otras complicaciones relacionadas con la malposición de la cánula es fundamental una correcta selección de los pacientes. Un cricoides palpable al menos 3 cm por encima del esternón en hiperextensión cervical, antecedentes de intubación orotraqueal no complicada y una presión positiva al final de la espiración de ≥ 10 cm H₂O son los tres criterios principales que se han establecido para seleccionar a los pacientes más adecuados. Además, se ha observado que pacientes con un IMC ≥ 30 presentan un mayor riesgo de complicaciones debido a la dificultad para identificar a la palpación las estructuras anatómicas cervicales³. Habitualmente se desaconseja la realización de una traqueotomía percutánea en una situación de emergencia debido a la imposibilidad de comprobar y planificar antes del procedimiento. Otras contraindicaciones serían la presencia de una coagulopatía, vascularización cervical aberrante, presencia de masas en la línea media cervical, imposibilidad para la hiperextensión cervical o inestabilidad de la columna cervical^{5,8}.

Algunos autores han propuesto emplear medidas preventivas durante la intervención, como la vigilancia endoscópica (Kost et al.³ hablan de hasta un 7,6% menos de complicaciones totales cuando se emplea la endoscopia) y la realización de la traqueotomía percutánea por cirujanos experimentados capaces de resolver complicaciones intraoperatorias. En relación con esto, resultan interesantes los resultados de Halum et al.², que encontraron un riesgo de complicaciones intraoperatorias 9,1 veces mayor en aquellos pacientes intervenidos por un profesional que no fuera un especialista otorrinolaringólogo. La eficacia de estas medidas, sin embargo, está también discutida, y no se consideran de cumplimiento obligado.

Conclusión

La inserción a ciegas de la cánula en la traqueotomía percutánea es causa de complicaciones y de agresiones frecuentes sobre las estructuras laringotraqueales, si bien no suelen ser tan graves como la que presentaba nuestro paciente. Como medida de prevención habitual, la correcta selección de los pacientes para realizar este procedimiento es obligada, descartando a todos aquellos que no cumplan los criterios establecidos. Otras medidas, como la vigilancia endoscópica durante la realización de la traqueotomía o la participación de cirujanos experimentados, pueden también disminuir los riesgos, aunque su cumplimiento es más discutido.

Bibliografía

1. Dexter TJ. A cadaver study appraising accuracy of blind placement of percutaneous tracheostomy. *Anaesthesia*. 1995;50(10):863-4.
2. Halum SL, Ting JY, Plowman EK, Belafsky PC, Harbarger CF, Postma GN, et al. A multi-institutional analysis of tracheotomy complications. *The Laryngoscope*. 2012;122(1):38-45.
3. Kost KM. Endoscopic Percutaneous Dilatational Tracheotomy: A Prospective Evaluation of 500 Consecutive Cases. *The Laryngoscope*. 2005;115(10):1-30.
4. Hotchkiss KS, McCaffrey JC. Laryngotracheal Injury After Percutaneous Dilational Tracheostomy in Cadaver Specimens: *The Laryngoscope*. 2003;113(1):16-20.
5. Higgins KM, Punthakee X. Meta-Analysis Comparison of Open Versus Percutaneous Tracheostomy: *The Laryngoscope*. 2007;117(3):447-54.
6. Delaney A, Bagshaw SM, Nalos M. [No title found]. *Crit Care*. 2006;10(2):R55.
7. Van Heum LWE, Theunissen PHMH, Ramsay G, Brink PRG. Pathologic Changes of the Trachea After Percutaneous Dilatational Tracheotomy. *Chest*. 1996;109(6):1466-9.
8. Akulian JA, Yarmus L, Feller-Kopman D. The Role of Cricothyrotomy, Tracheostomy, and Percutaneous Tracheostomy in Airway Management. *Anesthesiology Clinics*. 2015;33(2):357-67.
9. Moore JE, Heller A. Thyroid Cartilage Fracture following Percutaneous Tracheotomy Tube Placement. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2012;91(12):516-20.
10. Añón JM, Escuela MP, Gómez V, García de Lorenzo A, Montejo JC, López J. Use of percutaneous tracheostomy in intensive care units in Spain. Results of a national survey. *Intensive Care Med*. 2004;30(6):1212-5.

Schwannoma cervical del nervio vago. A propósito de un caso

Cervical schwannoma of the vagus nerve. A case report

AUTORES

Gil Grasa G* · Iliev Iliev H** · Vela Gajón P* · Gasos Lafuente AM* · Munuera Jurado AM* · Artal Sánchez R* · Sebastián Cortés JM*

*Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

**Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

RESUMEN

Los paragangliomas son neoplasias provenientes de cresta neural. Son el 1% de las neoplasias de cabeza y cuello, y el 3% se originan en el nervio vago, a partir de las células de Schwann.

Aparecen a modo de masas laterocervicales, dando como síntoma característico en su crecimiento una Disfonía; el diagnóstico por Rinofibroscopia permite valorar parálisis de cuerda vocal del lado afecto y el estudio de imagen, por TAC y RNM permiten valorar su extensión y relación con estructuras adyacentes principalmente vasculares. El tratamiento consiste en la exéresis quirúrgica por abordaje cervical.

PALABRAS CLAVE:

Schwannoma. Tumoración benigna de cuello.

SUMMARY

Paragangliomas are neoplasms from the neural crest. They are 1% of head and neck neoplasms, and 3% originate in the vagus nerve, from Schwann cells.

They appear as laterocervical masses, giving as a characteristic symptom in their growth a dysphonia; The diagnosis by Rhinofibroscopy allows the evaluation of vocal cord paralysis of the affected side and the imaging study, by CT and MRI allows to assess its extension and relationship with adjacent mainly vascular structures. The treatment consists of surgical excision by cervical approach.

KEY WORDS:

Schwannoma. Benign tumour.

Introducción

Los paragangliomas son neoplasias que surgen de los paraganglios extraadrenales, que son islas celulares microscópicas provenientes de la cresta neural. Representan menos del 1% del total de neoplasias de cabeza y cuello, donde están típicamente relacionados con la vascularización arterial y los nervios craneales¹. Aproximadamente el 3% de los paragangliomas se originan en el nervio vago, y dado que se desarrollan a partir de las células de Schwann también se utiliza el término schwannomas para denominar a este tipo de tumoraciones.

Los schwannomas del nervio vago son neoplasias muy raras que se presentan como masas laterocervicales indoloras y de lento crecimiento. La disfonía es el síntoma más frecuente y típicamente aparecen entre la tercera y la quinta década de la vida sin haber diferencias entre sexos. Son tumoraciones blanco-amarillentas, encapsuladas y de consistencia firme y elástica. Habitualmente son únicas, aunque se han descrito casos con herencia familiar (hasta un 26%) presentando estos pacientes masas secretoras de catecolaminas en otras regiones corporales, habitualmente abdominales.

Las pruebas de imagen tienen un papel fundamental en el diagnóstico, especialmente la Resonancia Magnética Nuclear (RNM), que es la prueba de elección. El tratamiento

de elección es la resección subcapsular del schwannoma con preservación, siempre que sea posible, de la integridad del nervio sobre el que asientan, ya que característicamente este tipo de tumoraciones crecen respetando y separando las fibras nerviosas en lugar de invadirlas².

Caso Clínico

Paciente varón de 43 años derivada al servicio de Otorrinolaringología por disfonía de meses de evolución y la aparición de una tumoración supraclavicular derecha de unos 2 cm de diámetro máximo. La exploración con fibrolaringoscopio flexible demostró una paresia de la cuerda vocal derecha y en la palpación cervical se apreciaba una masa elástica no adherida a planos profundos en nivel IV derecho que desencadenaba accesos de tos recurrentes tras la palpación. Ante la sospecha clínica de afectación del nervio vago se realizó una Tomografía Axial Computerizada (TAC) cérvico-torácica y abdominal.

En la TAC se observó una tumoración localizada en el paquete vasculonervioso cervical derecho, entre la carótida común y la vena yugular interna (Fig. 1), de contorno liso y bien delimitado del resto de estructuras y unas medidas aproximadas de 45 x 30 x 30 mm. La tumoración presentaba realce periférico y un centro heterogéneo hipodenso y quístico. No se observaban otras lesiones a distancia.

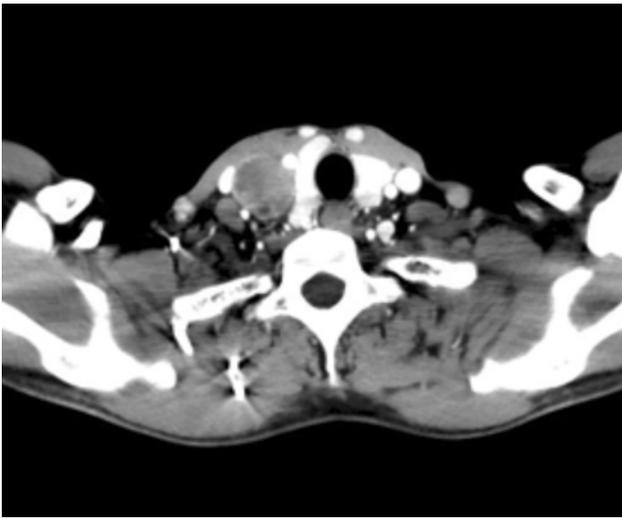


Figura 1: Corte axial de TAC en el que se observa la tumoración mencionada entre la a. carótida y la v. yugular interna.

Ante la fuerte sospecha de un schwannoma del nervio vago (X par craneal) se decidió realizar su exéresis mediante abordaje cervical lateral derecho, observándose de forma intraoperatoria la presencia de una tumoración blanquecina de origen intravagal por lo que fue necesaria la sección de las fibras nerviosas para su exéresis completa (Fig. 2).

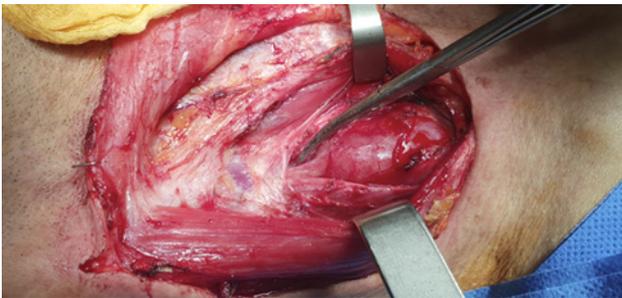


Figura 2: Imágen intraoperatoria en la que se observa la masa definida situada entre la v. yugular interna y la a. carótida. Se observan fibras del n. vago internándose en la tumoración.

El estudio anatomopatológico realizado a la pieza confirmó la presencia de una tumoración mesenquimal fusocelular de 5 x 3 cm con áreas quísticas y de necrosis y positividad inmunohistoquímica para la proteína S-100, lo que confirmó la sospecha previa de un schwannoma del X par craneal (Fig. 3).

En el postoperatorio inmediato se constató la parálisis unilateral de cuerda vocal derecha en posición paramediana que en sucesivas visitas médicas fue compensada por la cuerda vocal contralateral quedando de forma residual una leve disfonía.

Discusión

En la cabeza y el cuello, el tejido paragangliónico se encuentra distribuido en los paraganglios laríngeos inferiores y superiores, el cuerpo carotídeo, el cuerpo vagal y en la región yuglotimpánica. Cada paraganglio está formado por dos estirpes celulares: células principales o tipo I, que poseen numerosos gránulos neurosecretores y células sustentaculares o tipo II, similares a las células de Schwann¹. Aunque se han descrito casos de schwannomas vagales productores de catecolaminas, son muy pocos frecuentes, por lo que puede considerarse como un tumor no secretor. Algunos autores recomiendan la determinación de ácido vanilmandélico (VMA) previa a la intervención quirúrgica debido al riesgo de crisis hipertensiva por la liberación masiva de catecolaminas¹.

Clínicamente, son masas asintomáticas de lento crecimiento que pueden ser palpadas a lo largo del borde medial del músculo esternocleidomastoideo, con desplazamiento lateral pero no vertical^{3,4}, sin apreciarse soplos o frémitos. En el caso de producir síntomas, la disfonía es el más frecuente, presente en el 50-100% de los pacientes previamente a la intervención quirúrgica. La aparición de tos al palpar la masa es un signo muy significativo debido a su íntima relación con el nervio vago⁵, como en el paciente de nuestro caso. Aunque se considera una tumoración benigna, su comportamiento no lo es, debido a su crecimiento expansivo que puede afectar a otras estructuras cercanas

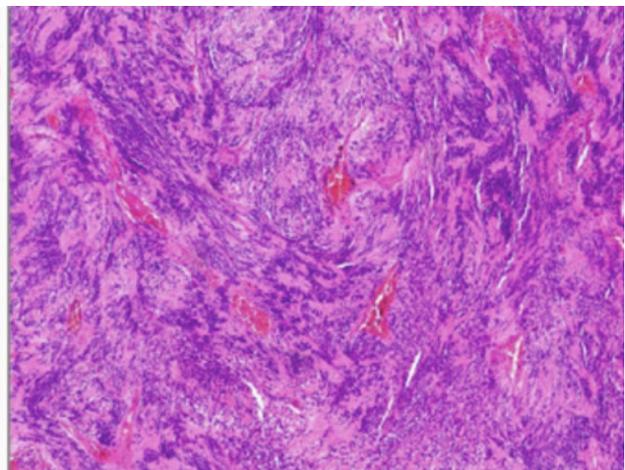
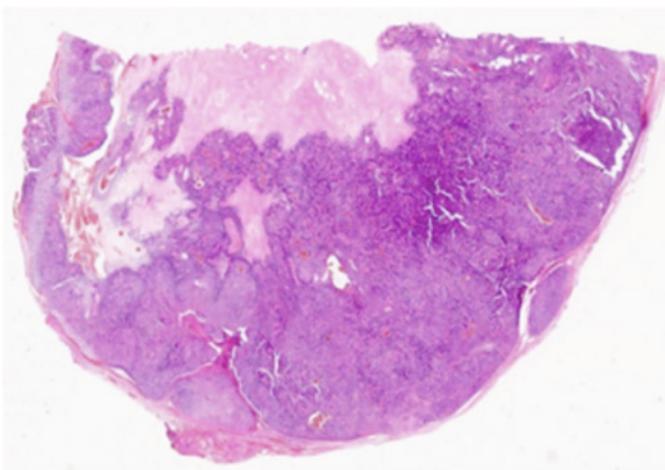


Figura 3: A la izquierda, se observa la cápsula fibrosa, el tejido tumoral y área de necrosis central. A la derecha, aumentada la imagen, se observan los Cuerpos de Verocay con núcleos alargados en empalizada.

(arteria carótida, pares craneales IX, XI, XII...). Además, se han descrito casos con evolución maligna (desde 1% hasta un 18% según las series) siendo los ganglios cervicales la localización metastásica más frecuente¹.

La realización de una punción aspiración con aguja fina (PAAF) o una biopsia incisional de la tumoración es controvertida, ya que en la mayoría de los casos los resultados son inespecíficos y sin embargo pueden dificultar su posterior intervención quirúrgica, aumentar el riesgo de hemorragia y pueden provocar una disfonía permanente, por lo que la mayoría de los autores no las recomiendan^{5,6}.

La TAC y la RNM se consideran las pruebas de imagen de elección ya que permiten estudiar su extensión y su relación con otras estructuras como la arteria carótida o la vena yugular⁷, así como realizar un diagnóstico diferencial con otras tumoraciones cervicales. De esta forma, el schwannoma del nervio vago se visualiza como una tumoración bien encapsulada, isointensa en secuencia T1 e hiperintensa en secuencia T2 y en T1 con gadolinio³.

Típicamente el schwannoma del nervio vago desplaza la vena yugular interna lateralmente y la arteria carótida medialmente, mientras que el schwannoma de la cadena simpática cervical desplaza ambas estructuras sin separarlas una de otra, tal como describe Furukawa et al⁷.

El diagnóstico definitivo se realiza mediante el estudio anatomopatológico, donde bajo visión microscópica es posible observar dos patrones celulares: Antoni A (composición celular densa y fusiforme en empalizada, los llamados "cuerpos de Verocay"²) y Antoni B (una estructura laxa que se caracteriza por una degeneración mixoide) aunque la mayoría de las veces se presentan asociados³. Es típica de este tipo de tumoraciones (derivadas de la cresta neural) la positividad inmunohistoquímica para la proteína S-100^{2,4}.

El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa mediante abordaje cervical con disección del tumor del nervio vago y preservación de la integridad de las fibras nerviosas (si se trata de un schwannoma yuxtavagal). En el caso de tratarse de un schwannoma intravagal, será indispensable seccionar las fibras para lograr la exéresis completa del tumor⁵. Algunos autores describen la reconstrucción del tronco vagal mediante anastomosis termino-terminal microquirúrgica o incluso la interposición de un injerto, pero aun así se ha descrito la aparición de una parálisis de la cuerda vocal hasta en un 85% de los casos⁴.

En el caso de tumoraciones de gran tamaño o que protruyan a través del foramen yugular, será preciso realizar un abordaje infratemporal, transoral o transmandibular (asociando mandibulotomía y monitorización del nervio facial) para lograr la resección completa⁶.

En el caso de pacientes de alto riesgo quirúrgico, casos de exéresis incompleta o tumores recurrentes, metástasis y lesiones bilaterales la radioterapia en dosis diarias de 45-50 Gy durante 5 semanas es el tratamiento de elección, con un control a 20 años del 75% de las neoplasias y con mínima morbilidad. Debido a su lento crecimiento, se puede optar por la observación en pacientes seleccionados¹⁶.

La complicación postquirúrgica más frecuente es la aparición de una parálisis vocal ipsilateral², por lo que es importante informar tanto al paciente como a su familia de esta posibilidad si sospechamos de la existencia de este tipo de tumoración. Podremos realizar una tiroplastia de medialización en el caso de parálisis vocal en abducción durante el mismo acto quirúrgico, aunque la mayoría de los autores aconsejan demorar la intervención unos meses¹.

La recidiva tumoral es rara, pero es más frecuente en el caso de enfermedades con herencia familiar como la E. de Von Recklinghausen, por lo que se recomienda realizar un seguimiento a todos los pacientes.

Conclusiones

El schwannoma del nervio vago es una neoplasia benigna de infrecuente aparición cuyo tratamiento es la resección quirúrgica completa mediante abordaje cervical. La principal complicación es la parálisis de la cuerda vocal del lado afecto que llega a describirse hasta en un 85% de los casos según las series. El TAC y la RNM se consideran las pruebas de imagen de elección ya que permiten estudiar su extensión y su relación con otras estructuras como la arteria carótida o la vena yugular. El diagnóstico definitivo se realizará tras el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico de la pieza.

Bibliografía

- Encinas Vicente A, Mancheño Losa M, Martínez Guirado T. Tumores vasculares y nerviosos cervicofaciales. Tumores benignos y malignos de partes blandas. Libro virtual de formación en ORL. SEORL PCF.
- Sonone JK, Nagpure PS, Puttewar MP, Chavan S, Garg D. Asymptomatic case of cervical vagal schwannoma. *Indian J Med Paediatr Oncol* 2018;39:391-4
- Doménech Juan I, Monner Dieguez A, Cisa Lluís E, Marí Roig A, de Frías B, Jiménez R. Schwannoma parafaringeo: a propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* 2004;26:245-248
- García Marin A, Martín Gil J, Bernardos García LE, Gómez Lanz L, Turegano Fuentes F. Cervical cystic schwannoma of the vagus nerve. *CIR ESP*. 2011; 89 (9): 619-628.
- Chiofalo MG, Longo F, Marone U, Franco R, Petrillo A, Pezzullo L. Cervical vagal schwannoma. A case report. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2009;29:33-35
- Mat Lazim N. Challenges in managing a vagal schwannoma: Lesson learnt. *International Journal of Surgery Case Reports* 53 (2018) 5-8
- Furukawa M, Furukawa MK, Katoh K, Tsukuda M. Differentiation between schwannoma of the vagus nerve and schwannoma of the cervical sympathetic chain by imaging diagnosis. *Laryngoscope*. 1996; 106 (12 Pt 1): 1548-52.

Correspondencia

Dr. D. Guillermo Gil Grasa

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España
Avda. San Juan Bosco, 15. 50009 Zaragoza. España
Mail: gilgrasa@gmail.com

Hemangioma capilar lobulillar subcutáneo gigante

Giant subcutaneous lobular capillary hemangioma

AUTORES

García Curdi F* · Lois Ortega Y* · del Rey Tomás Biosca FJ* · Tejero Cavero M*
Aragón Ramos P** · Alcalde Mingo Y*** · Hernández Caballero MD* · Martínez Subías JJ*

*Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.

**Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario La Paz, España.

***Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

Caso Clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 37 años que acudió a la consulta de Otorrinolaringología por presentar episodios de inflamación hemifacial derecha de repetición desde hace 8 años, en ninguna ocasión ha habido afectación del lado izquierdo. A la palpación se apreciaba una tumoración blanda en región malar derecha blanda y depresible de aproximadamente 1 centímetro de diámetro.

Ante estos hallazgos se solicitó una Resonancia Nuclear Magnética (RNM) que mostraba una lesión extensa en hemicara derecha con invasión de múltiples estructuras musculares y planos fasciales. Se apreciaban múltiples formaciones pseudonodulares hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y saturación grasa y con marcado realce con contraste intravenoso (Fig. 1). Afectaba predominantemente al espacio masticador con infiltración de los músculos masetero y pterigoideo medial (Fig. 2). También se observaba infiltración del espacio parafaríngeo derecho alcanzando e infiltrando el lóbulo profundo de la parótida derecha, y cranealmente se extendía por el músculo temporal, observando una pequeña masa intraorbitaria en relación con la pared inferior y lateral de la órbita, de localización retrobulbar (Fig. 3).

Tras completar el estudio de imagen con un Doppler, el comportamiento de la lesión sugirió una malformación congénita tipo hemangioma.

Para el diagnóstico definitivo se realizó una biopsia a través de orofaringe, confirmándose mediante estudio histológico que se trataba de un hemangioma capilar lobulillar (HCL) con queratosis suprayacente sin evidencia de malignidad.

El HCL se caracteriza por una proliferación de capilares con una arquitectura lobular formando un tumor vascular benigno. La mayor parte de los HCL están presentes en la cabeza y el cuello, pudiendo involucrar estructuras cutáneas superficiales, mucosas y subcutáneas, pero la localización profunda de la variante subcutánea hace que el diagnóstico sea más complejo.

Correspondencia

Dr. D. Fernando García Curdi

Secretaría del Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria.
Paseo de Santa Bárbara, s/n. 42005 Soria, España.
Mail: fgarciaacu@salud.aragon.es

Schwannoma vestibular de grandes dimensiones. Presentación de un caso

A large vestibular schwannoma. Presentation of a case

AUTORES

García Curdi F* · Lois Ortega Y* · del Rey Tomás Biosca FJ* · Peláez Cabo P** · Martínez Subías JJ*

*Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.

**Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria, España.



Figura 1.



Figura 2.

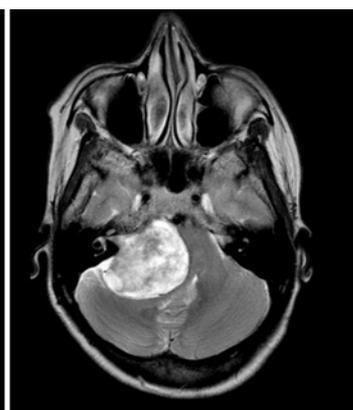


Figura 3.

Caso Clínico

Presentamos el caso de una mujer de 37 años que acude a nuestra consulta refiriendo hipoacusia y acúfenos en el oído derecho desde hace unos 7 meses. Ocasionalmente sufre cefaleas y parestesias en hemicara derecha. La otoscopia no muestra alteraciones, sin embargo, la audiometría refleja un hipoacusia neurosensorial moderada-severa en el oído derecho. Ante este hallazgo se solicita un Resonancia Magnética cerebral y de base de cráneo.

Esta exploración muestra una lesión localizada en el ángulo pontocerebeloso derecho que alcanza cefálicamente la cisterna ambiens, extraaxial, sólida y con márgenes bien definidos. Mide aproximadamente 45mm en los tres ejes ortogonales del espacio. Presenta un pequeño componente que se introduce en el CAI ensanchándolo, alcanzando el poro acústico, confiriéndole una morfología en cono (Fig. 1). Produce compresión sobre el hemisferio cerebeloso derecho, bulbo raquídeo, protuberancia, IV ventrículo y Acueducto de Silvio, a los que desplaza y oblitera parcialmente ocasionando hidrocefalia (Fig. 2). Presenta una señal interna levemente hipointensa respecto al parénquima en secuencias potenciadas en T1, y es más heterogéneo y con áreas hiperintensas en secuencias potenciadas en T2, por cambios quísticos. Tras la administración de gadolinio capta intensamente y parece más homogéneo que en el estudio basal. Por sus características y comportamiento, la lesión sugiere un schwannoma vestibular (SV) derecho (Fig. 3).

El SV es un tumor benigno que se origina en la vaina nerviosa del VIII par craneal. Es el tumor extraaxial más común en la fosa posterior de los adultos, que comprende más del 80% de los tumores en el ángulo pontocerebeloso. Los avances en la tecnología de imagen y la mayor accesibilidad a la resonancia magnética en las últimas décadas han dado como resultado un mayor número de SV diagnosticados. Estos a menudo son más pequeños y se encuentran con mayor frecuencia en la población de mayor edad (5^ª-6^ª década de la vida). Generalmente, la mera presencia de un tumor de apariencia benigna no es, por sí sola, una indicación de tratamiento, por lo que los SV pequeños a menudo se controlan mediante estudios de imagen de manera periódica. Nuestra paciente fue derivada al Servicio de Neurocirugía para recibir tratamiento quirúrgico, debido a la extensión de la lesión.

Correspondencia

Dr. D. Fernando García Curdi

Secretaría del Servicio de Otorrinolaringología.

Hospital Santa Bárbara, Complejo Asistencial de Soria.

Paseo de Santa Bárbara, s/n. 42005 Soria, España.

Mail: fgarciaacu@salud.aragon.es