

Síndrome del seno carotídeo secundario a infiltración tumoral del espacio carotídeo cervical

A. Ponz-de Tienda^a, R. Gil-Gimeno^a, A. Piera-Balbastre^a,
R. Chamarro-Lázaro^a, R. Ruiz-Granell^b, J.M. Láinez-Andrés^a

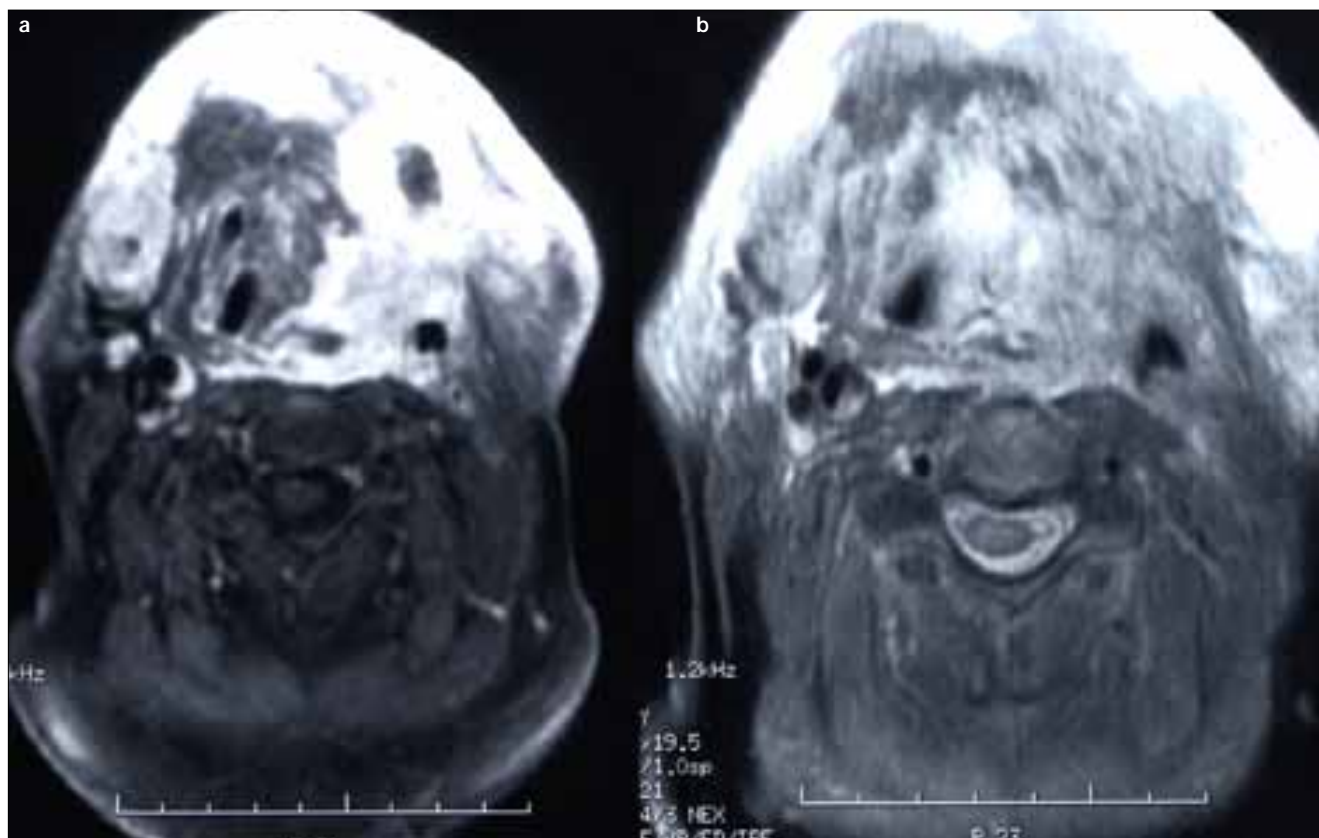


Figura. Resonancia magnética, con cortes axiales T₁-Gd (a) y T₂ (b), que muestra la recidiva de la lesión tumoral con la extensión retrofaringea hasta el espacio carotídeo cervical contralateral, que contacta e infiltra la pared de la arteria carótida interna derecha. Se observa el hematoma mural carotídeo derecho de morfología semilunar.

El síncope es una causa frecuente de consulta neurológica. Su aparición puede ser la consecuencia tanto de alteraciones benignas y transitorias en el control de la tensión arterial o de la frecuencia cardíaca como de problemas potencialmente mortales. Su diagnóstico etiológico es habitualmente difícil y puede requerir de un abordaje multidisciplinar. Un examen clínico detallado es ocasionalmente determinante.

Caso clínico. Varón de 59 años con antecedentes de hemiglotomía por un carcinoma de borde libre lingual izquierdo T2N0.

Aceptado tras revisión externa: 12.07.07.

^a Servicio de Neurología. ^b Servicio de Cardiología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Valencia, España.

Correspondencia: Dr. Alejandro Ponz de Tienda. Servicio de Neurología. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Avda. Blasco Ibáñez, 17. E-46010 Valencia. Fax: +34 963 897 812. E-mail: ponz_ale@gva.es

© 2007, REVISTA DE NEUROLOGÍA

El estudio anatomopatológico diagnosticó un carcinoma epidermoide infiltrante bien diferenciado con los bordes quirúrgicos libres de infiltración.

Siete meses tras la cirugía, comenzó con episodios de pérdida brusca de conciencia de frecuencia creciente y aparición espontánea o relacionados con cambios posicionales o giros cefálicos. En la exploración física inicial se pudo apreciar un área de tejido cicatricial posquirúrgico por debajo de la cual parecía identificarse una masa submandibular izquierda junto con adenopatías de consistencia pétreo laterocervicales; todo ello altamente sugestivo de una recidiva local.

Como parte del estudio se realizó un masaje del seno carotídeo bajo monitorización electrocardiográfica. En el lado derecho se obtuvo un enlentecimiento progresivo de la frecuencia sinusal, que se seguía de una pausa máxima de 6,5 segundos. El estudio Holter-electrocardiograma registró hasta 105 pausas sinusales superiores a 2,5 segundos; la mayor de ellas fue de 7,67 segundos.

Una resonancia magnética (RM) cervical (Fig.) mostró una recidiva tumoral local en lado izquierdo, con una extensión por la retrofaringe hacia el espacio carotídeo cervical contralateral. La masa tumoral llegaba a contactar y probablemente a infiltrar y disecar la arteria carótida interna derecha, que mostraba en esa zona un hematoma mural de morfología semilunar sin aparente repercusión en el calibre de la luz arterial. Un eco-Doppler de los troncos supraaórticos confirmó la normal permeabilidad de ambos sistemas carotídeos.

Discusión. El diagnóstico de hipersensibilidad del seno carotídeo se apoya en la reproducción de los síntomas mediante el masaje carotídeo. La respuesta cardioinhibitoria se define por el hallazgo de al menos tres segundos de asistolia durante el masaje carotídeo y la respuesta mixta por asociar además una caída de la presión arterial de más de 50 mmHg [1-3]. Ambas respuestas son candidatas al tratamiento mediante marcapasos permanente, lo que ofrece una reducción media del 80% en los episodios sincopales [3-5]. La aparición de episodios sincopales como consecuencia de neoplasias craneales o cervicales se ha documentado poco en la literatura y es en cualquier caso infrecuente [6,7]. Mc Donald et al [8], en una revisión de 4.500 pacientes con neoplasia cervical o craneal, describieron su presencia en 17 de ellos. Más recientemente, Nakahira et al [9], en

un estudio retrospectivo en el que analizaron 1.200 pacientes con neoplasia cervical o craneal, identificaron sólo cuatro casos con síncope atribuibles a este origen. Aunque son varios los mecanismos potencialmente implicados en la aparición de síncope en pacientes con neoplasias cervicales activas, la hipersensibilidad del seno es sin duda una de las causas que más debemos tener presente debido a la facilidad de diagnóstico y a su potencial control terapéutico.

Nuestro paciente presentaba una hipersensibilidad del seno carotídeo derecho con un tipo de respuesta cardioinhibitoria. Aunque sorprendentemente contralateral al origen inicial de la lesión tumoral, la imagen de la RM que mostraba la extensión retrofaringea de la masa hasta el espacio carotídeo cervical contralateral, la imagen de la disección carotídea adyacente y la respuesta cardioinhibitoria durante el masaje carotídeo permiten identificarla como la causa de los episodios sincopales en nuestro paciente.

A nuestro paciente se le implantó un marcapasos DDD con desaparición de los episodios sincopales, lo que permitió el inicio del tratamiento quimioterapéutico con cisplatino/5-FU. Pensamos que, en nuestro caso, el correcto diagnóstico, tanto de los episodios sincopales como de la recidiva tumoral en fase más precoz, contribuyó a prolongar la supervivencia y a mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. McIntosh SJ, Lawson J, Kenny RA. Clinical characteristics of vasodepressor, cardioinhibitory and mixed carotid sinus syndrome in the elderly. *Am J Med* 1993; 95: 203-8.
2. Huang SK, Ezri MD, Hauser RG, Denes P. Carotid sinus hypersensitivity in patients with unexplained syncope: clinical, electrophysiologic and long-term follow-up observations. *Am Heart J* 1988; 116: 989-96.
3. Hak Tea S, Mansourati J, L'Heveder G, Mabin D, Blanc JJ. New insights in to the pathophysiology of carotid sinus syndrome. *Circulation* 1996; 93: 1411-6.
4. Crilley JG, Herd B, Khurana CS, Appleby CA, De Belder MA, Davies A, et al. Permanent cardiac pacing in elderly patients with recurrent falls, dizziness and syncope, and a hypersensitive cardioinhibitory reflex. *Postgrad Med J* 1997; 73: 415-8.
5. Morley CA, Sutton R. Carotid sinus syncope *Int J Cardiol* 1984; 6: 287-93.
6. Hong AM, Pressley L, Stevens GN. Carotid sinus syndrome secondary to head and neck malignancy: case report and literature review. *Clin Oncol* 2000; 12: 409-12.
7. Campbell S, Walker D, Lanzon-Miller D, Gurr P. Nasal carcinoma –a rare indication for a permanent pacemaker. *Clin Med* 2004; 4: 165-7.
8. Mc Donald DR, Strong E, Nielsen S, Posner JB. Syncope from head and neck cancer. *J Neurooncol* 1983; 1: 257-67.
9. Nakahira M, Nakatani H, Takeda T. Syncope as a sign of occult malignant recurrence in the retropharyngeal and parapharyngeal space: CT and MR imaging findings in four cases. *AJNR Am J Neuroradiol* 2002; 23: 1257-60.