

QUISTE HIDATÍDICO QUE RESULTÓ SER UN PARAGANGLIOMA

David Martín Tappi, Ester Aguado Saster, Irene Arranz Chamorro, Pablo Rodicio Vaquero, Rodrigo Urruchi Quintano, María García Matesanz

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Resumen

Los paragangliomas son tumores poco frecuentes derivados de las células de los paraganglios (conjunto de células nerviosas de origen embrionario localizadas en las proximidades de las glándulas suprarrenales y en ciertos vasos y nervios)¹. Generalmente benignos, dichos tumores pueden tener la capacidad de secretar catecolaminas, hormonas y péptidos (paragangliomas cromafines). Tan solo un 10 % de estos tienen localización extraadrenal, siendo el tejido paragangliónico aorto-simpático la localización más frecuente en este grupo.

La equinocosis es una zoonosis producida por las larvas de la tenia *Echinococcus granulosus*, cuyo huésped definitivo es el perro, siendo los seres humanos y el ganado ovino huéspedes intermedios, donde, con el paso del tiempo, pueden desarrollar quistes (quiste hidatídico)².

Presentamos el caso de una paciente programada para resección de una masa hepática hallada casualmente en una resonancia magnética nuclear con el diagnóstico de presunción de quiste hidatídico. Durante la manipulación de dicha masa, las variaciones hemodinámicas que experimentó la paciente comenzaron a sembrar las dudas sobre el diagnóstico, confirmándose posteriormente mediante Anatomía Patológica que se trataba de un paraganglioma.

Palabras clave

Hipertensión arterial perioperatoria, quiste hidatídico, paraganglioma, clevidipino.

Introducción

Mujer de 52 años con antecedentes de síndrome coronario agudo con elevación de ST con lesiones

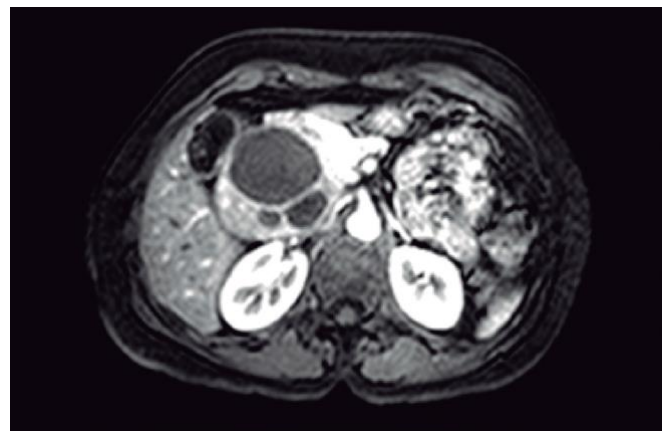
coronarias no obstructivas, diagnosticada de posible miocardiopatía de estrés. Hipertensión arterial en tratamiento con bisoprolol, palpitaciones y cefaleas diarias.

Como antecedentes quirúrgicos a la paciente se le realizó una cesárea por eclampsia hace 20 años que requirió ventilación mecánica prolongada en la Unidad de Cuidados Intensivos, requiriendo incluso de realización de traqueostomía.

Durante su seguimiento por el Servicio de Cardiología, se decide realizar una resonancia magnética en la que se encuentra, de manera casual, una masa hepática con diagnóstico de presunción de quiste hidatídico retroperitoneal (imagen 1), ante lo cual el Servicio de Cirugía General y Digestiva decide programarla para reseccionar dicha masa.

El día de la intervención quirúrgica presenta preoperatoriamente las siguientes constantes: presión arterial sistólica/presión arterial diastólica (PAS/PAD) 141/84 mmHg, presión arterial media (PAM) 105 mmHg y frecuencia cardiaca (FC) 83 lpm. Se canaliza una vía

Imagen 1. Resonancia magnética nuclear en la que se observa la masa retroperitoneal descrita en el caso clínico.





venosa periférica y se inserta un catéter epidural torácico sin incidencias. La inducción anestésica se lleva a cabo con propofol, fentanilo y rocuronio en bolo. La intubación orotraqueal se realiza sin incidencias mediante laringoscopia directa.

Al comenzar el acto quirúrgico, tras comprobar la funcionalidad del catéter epidural tras la incisión cutánea, la paciente presenta las siguientes constantes: PAS/PAD 121/78 mmHg, PAM 99 mmHg y FC 68 lpm. La cirugía transcurre sin incidencias hasta la localización y manipulación del tumor, momento en el que la paciente experimenta un aumento de la presión arterial (PA) de hasta 220/118 mmHg. Tras descartar una insuficiente analgesia administrando bolos de fentanilo intravenoso de 150 microgramos hasta en 4 ocasiones, se administran 2 bolos de 25 miligramos de urapidilo intravenoso, sin reducción significativa de las cifras de presión. Se informa al equipo quirúrgico de la situación y se detiene la intervención. Se decide entonces iniciar una perfusión de clevidipino a 2 mg/h, aumentando progresivamente la dosis hasta 8 mg/h. A los pocos minutos de iniciada la perfusión y tras ajustar la dosis, las cifras de PA disminuyen hasta 108/52 mmHg y se continúa con la intervención. Durante el resto de la cirugía, la paciente se mantuvo estable hemodinámicamente. Tras la extracción total del tumor, la perfusión de clevidipino pudo ser interrumpida sin aumento significativo de las cifras de PA.

Al finalizar la cirugía, la paciente es extubada en el quirófano y trasladada a la Unidad de Reanimación, donde el posoperatorio transcurrió sin incidencias, manteniéndose en todo momento con cifras de PA dentro de la normalidad y sin precisar fármacos para el control tensional, pudiendo ser dada de alta a la planta de hospitalización al día siguiente de la cirugía tras 24 horas en la unidad.

Posteriormente, el estudio anatomopatológico de las muestras enviadas para analizar mostró que la masa se trataba de un paraganglioma.

Conclusión

Los paragangliomas, al ser un tipo de tumor poco frecuente, pueden ser pasados por alto como en el caso que nos ocupa. Si bien es cierto que los ante-

cedentes de la paciente eran compatibles con manifestaciones clínicas de dicho tumor (hipertensión arterial de difícil control, cefaleas muy frecuentes, palpitaciones)³, dichos síntomas son muy inespecíficos y hacen que el diagnóstico de estas masas sea dificultoso, especialmente cuando en nuestro medio las alternativas diagnósticas son mucho más frecuentes y tanto cirujanos como digestólogos y radiólogos están más familiarizados con ellas, como, en este caso, el quiste hidatídico.

El clevidipino se muestra como una muy buena opción en el manejo de la hipertensión perioperatoria debido a su inicio de acción ultrarrápido, su escasez de eventos adversos de gravedad y la fácil titulación de su dosis. La literatura médica cada vez apoya con más fuerza el uso de este fármaco para el manejo de la hipertensión perioperatoria, especialmente en aquellos pacientes refractarios a otros fármacos antihipertensivos⁴. A pesar de las buenas experiencias que se están registrando con el uso del clevidipino, es necesario un mayor análisis y estudios aleatorizados con mayor número de pacientes para confirmar la efectividad y la seguridad en comparación con otras alternativas.

Bibliografía

1. Lorente S, Elía M, Lagunas E, Escartín A, Barrao F, Val-Carreres A, et al. Paraganglioma extraadrenal retroperitoneal. Presentación de dos nuevos casos. *Cir Esp.* 2000;67(1):110-3.
2. Moro PL. Clinical manifestations and diagnosis of echinococcosis. [sede web]; Jun 1, 2021. Disponible en: <http://www.uptodate.com> (acceso Junio 2021).
3. Young WF. Paragangliomas. Epidemiology, clinical presentation, diagnosis and histology. [sede web]; Dec 8, 2020. Disponible en: <http://www.uptodate.com> (acceso Junio 2021).
4. Espinosa A, Ripollés-Melchor J, Casans-Francés R, Abad-Gurumeta A, Bergese SD, Zuleta-Alarcon A, et al. Perioperative use of clevidipine: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2016;11(3):e0150625.