

Página del residente

Adenoma pleomorfo de lóbulo profundo de parótida. Diagnóstico diferencial de masas en el espacio parafaríngeo

Pleomorphic adenoma of the deep parotid lobule. Differential diagnosis of masses in the parapharyngeal space

I. Navarro^{a,*}, J.L. del Castillo^b, E. Palacios^a, J.L. Cebrián^b, E. Mirada^a y M. Burgueño^c

^aMédico Residente, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^bMédico Adjunto, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

^cJefe de Servicio, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Introducción

El espacio parafaríngeo (también denominado faringomaxilar o perifaríngeo) es uno de los múltiples espacios fasciales cervicales en el que pueden asentar tanto procesos inflamatorios como neoplásicos; estos últimos representan menos del 1% de los tumores de cabeza y cuello. Su forma, de pirámide invertida, se extiende desde la base del cráneo (ala mayor del esfenoides) hasta su vértice, situado en el cuerno mayor del hioides. Está dividido en dos compartimentos por la apófisis estiloides. En el compartimento pre-estileo se ubican la arteria maxilar interna y los nervios alveolar inferior, lingual y auriculotemporal. En el compartimento retro-estileo se sitúan la arteria carótida interna, la vena yugular interna, los pares craneales IX, X, XI y XII, la cadena simpático cervical y múltiples ganglios linfáticos. Esta delimitación anatómica es clave para determinar el posible origen de la masa a estudio¹.

Hasta el 50% de los pacientes comienzan clínicamente con una masa cervical². Sin embargo, algunos pacientes presentan una sintomatología muy inespecífica, y son diagnóstica-mente incidentalmente por pruebas de imagen.

El tumor que más frecuentemente asienta en el espacio parafaríngeo es el adenoma pleomorfo de la glándula salival³. La RM, la TC y la punción-aspiración con aguja fina (PAAF) son pruebas complementarias útiles para determinar la posible etiología y la extensión a estructuras vecinas.

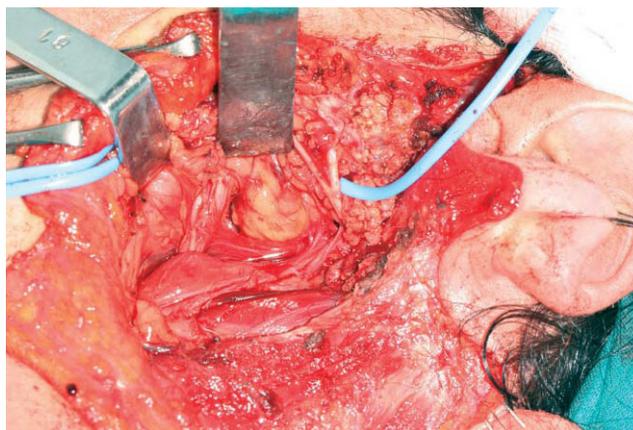


Figura 3

Material y métodos

Tras la punción guiada por TC, el resultado de la punción es de "imágenes sugestivas de adenoma pleomorfo".

Se aborda el tumor mediante una incisión de ritidectomía izquierda (fig. 3), se levanta un colgajo de sistema músculo-aponeurótico superficial, se localiza el tronco del nervio facial y sus ramas, y se practica una parotidectomía total conservadora, entrando en el espacio parafaríngeo. No fue necesario

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nnavcu@hotmail.com (I. Navarro Cuéllar).



Figura 4

extender el abordaje hacia regiones cervicales más anteriores. Se mantienen un drenaje aspirativo y un vendaje compresivo que se retiran a las 48 h.

El resultado anatomopatológico de la pieza quirúrgica (fig. 4) es de "tumor mixto de glándula salival que respeta todos los bordes quirúrgicos".

Discusión

Las masas del espacio parafaríngeo incluyen todos los tumores que derivan de estructuras incluidas en el mismo y de estructuras adyacentes que lo invaden o desplazan. Más del 70% de los tumores que asientan en esta localización son benignos, y su etiología más frecuente es la de tejido glandular salival (mayoritariamente adenoma pleomorfo de glándula parótida). Distintas series de tumores que analizan los tumores del espacio parafaríngeo afirman que los tumores de glándulas salivales, schwannomas y paragangliomas representan alrededor del 80% de las lesiones, mientras que el resto podría estar representado por lesiones del tipo lipoma, liposarcoma, hemanangioma, linfangioma, fibrohistiocitoma maligno o metástasis⁴.

Las manifestaciones clínicas de las lesiones ubicadas en esta localización son diversas. Carrau et al² afirman que cerca del 50% de los pacientes presentan una masa cervical y que los síntomas posteriores son producidos por la compresión ejercida a estructuras vecinas. Describen más síntomas del tipo: dolor, disfagia, masa faríngea, sensación de cuerpo extraño, otalgia, masa parotídea, trismo y fatiga. Algunos signos clínicos de estas lesiones pueden ser: paresias o parálisis de nervios craneales, síndrome de Horner o hiperestésias del V par craneal, entre otros.

El estudio radiológico de las masas parafaríngeas es de capital importancia. La RM es superior a la TC en cuanto a la localización y la delimitación de la lesión (95% vs 84%)^{3,5}.

La PAAF es, junto con las pruebas radiológicas, una prueba diagnóstica fundamental. En los casos en que la lesión no es palpable, la punción guiada por TC puede ser útil para discernir entre la benignidad o la malignidad de la lesión (valor

predictivo positivo del 90% y valor predictivo negativo del 70%)⁶. Si el diagnóstico de sospecha clínico-radiológico fuera una lesión vascular, esta prueba sería omitible por el riesgo de hemorragia y estaría indicado un estudio del tipo angiorresonancia o arteriografía.

Una buena estrategia diagnóstica sería pedir una RM y PAAF y, ante sospecha de lesiones vasculares, una angiorresonancia o arteriografía y eventual embolización⁷.

Conociendo las distintas patologías que pueden asentar en el espacio parafaríngeo, el diagnóstico diferencial se debería plantear fundamentalmente entre tumores de glándulas salivales, tumores neurogénicos y paragangliomas⁴.

Los tumores de glándula salival son los más frecuentes en este espacio. El adenoma pleomorfo de lóbulo profundo parotídeo es el de mayor incidencia, seguido por el tumor de Warthin y el oncocitoma. Suelen desplazar la grasa parafaríngea en una dirección anteromedial y la arteria carótida interna posteriormente. Suelen situarse en el compartimento pre-estíleo.

Los tumores de origen neurogénico representan la segunda causa más frecuente de tumores que asientan en el espacio parafaríngeo, y pueden afectar tanto al compartimento pre-estíleo como al retro-estíleo. La mayoría de estos tumores son schwannomas del nervio vago o de la cadena simpática cervical, siendo tumores encapsulados. El otro tumor neurogénico frecuente en esta localización es el neurofibroma. El schwannoma suele presentar una cápsula bien delimitada, por lo que, en su resección, se podría conservar la estructura nerviosa adyacente. Por el contrario, el neurofibroma no es un tumor con márgenes definidos, y puede ser necesaria su extirpación con la estructura relacionada.

Los paragangliomas pueden derivar del nervio vago y de la carótida, desde donde se extienden al espacio parafaríngeo. El paraganglioma del nervio vago es un tumor de la base craneal, pues su origen está en el ganglio nudoso. El paraganglioma de cuerpo carotídeo sólo se extiende al espacio parafaríngeo, desde su localización cervical, en el 10% de los casos. Pruebas de imagen del tipo TC, RM, angiorresonancias y angiografías pueden ayudar al diagnóstico. Determinaciones de adrenalina y noradrenalina séricas y de ácido vanilmandélico en orina de 24 h nos darán información acerca de una posible actividad del tumor. No hay que olvidar que en hasta el 10% de los casos de paragangliomas puede haber tumores de estirpe endocrina asociados del tipo del feocromocitoma.

El tratamiento de los tumores del espacio parafaríngeo es quirúrgico, y son múltiples los abordajes descritos en la literatura: transcervical (tumores originados en glándulas salivales menores y schwannomas), transcervical-transparotídeo (lesiones parotídeas), transmandibular en sus distintas variantes (tumores muy extensos), transoral (lesiones benignas situadas anteromedialmente) e infratemporal (tumores que afecten a la base del cráneo)⁸⁻¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G, Alexandridis C. Parapharyngeal space tumors: surgical approaches in a series of 13 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:243-50.

2. Carrau RL, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope*. 1990;100: 583-9.
3. Zhi K, Ren W, Zhou H, Wen Y, Zhang Y. Management of parapharyngeal-space tumors. *J Oral Maxillofac Surg*. 2009; 67:1239-44.
4. Garrett CG, Pillsbury III HC. Parapharyngeal space masses. En: Shockley W, Pillsbury III H, editors. *The Neck. Diagnosis and Surgery*. St Louis: Mosby; 1994.
5. Miller FR, Wannamaker JR, Lavertu P, Wood BG. Magnetic resonance Imaging and the management of parapharyngeal space tumors. *Head and Neck*. 1996;18:67-77.
6. Farrag TY, Lin FR, Koch WM, Califano JA, Cummings CW, Farinola MA, et al. The role of pre-operative CT-guided FNAB for parapharyngeal space tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;136: 411-4.
7. Suárez V, Llorente JL, Gómez J, García LA, López F, Suárez C. Primary tumours of the parapharyngeal space. Our experience in 51 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009;60:19-24.
8. Scola B, Ramírez C, Scola E. Paragangliomas de cabeza y cuello. En: Navarro Vila C, García F, Ochandiano S, editores. *Tratado de Cirugía Oral y Maxilofacial*. 2.^a edición. Madrid: Arán; 2009.
9. Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z, Fliss DM. Surgical management of parapharyngeal space tumors: A 10-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132:401-6.
10. Ducic Y, Oxford L, Pontius AT. Transoral approach to the superomedial parapharyngeal space. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2006;134:466-70.
11. Lazaridis N, Antoniadis K. Double mandibular osteotomy with coronoidectomy for tumours in the parapharyngeal space. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003;41:142-6.