

# TUMORES DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

Efraín A. Medina Villaseñor / Javier García Estrada / Edgar Gutiérrez Arangure / Ismael Quezada Adame

## INTRODUCCIÓN

Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes, representando el 0.5 de los tumores de cabeza y cuello.

El espacio Parafaríngeo se localiza lateralmente a la fascia faringobasilar y al músculo constrictor superior, extendiéndose desde la base del cráneo hasta el hueso hioides. Se considera un espacio anatómico virtual, presenta como límite superior la parte pretrotimpánica del temporal, su pared posterior está constituida por la aponeurosis y músculos prevertebrales de las vertebrae C1, C2 y C3. Medialmente está limitado por la fascia bucofaríngea y el músculo constrictor superior de la faringe y lateralmente por la rama ascendente de la mandíbula, aponeurosis cervical superficial y glándula submaxilar. La extremidad inferior está indicada por un plano horizontal, tangente al borde inferior de la mandíbula. El diafragma estiloideo, vaina osteomúsculo -aponeurótica que se origina en la apófisis estiloidea, se sitúa en un plano inclinado de arriba abajo y de atrás hacia adelante, dividiendo el espacio parafaríngeo en dos compartimentos: el preestiloideo y el retroestiloideo, el primero se encuentra ocupado fundamentalmente por el lóbulo profundo de la glándula parótida, en el segundo se localiza la arteria carótida interna, vena yugular, cadena simpática cervical y los cuatro últimos pares craneales.<sup>1</sup>

## EPIDEMIOLOGÍA

Los tumores del espacio parafaríngeos son raros; representan 0.5% de las neoplasias de cabeza y cuello. En México el 90% de los tumores del espacio parafaríngeo son benignos y 10% malignos.<sup>2</sup> En la mayoría de los reportes, se menciona a las neoplasias de glándulas salivales como los tumores más frecuentes del espacio parafaríngeo, seguido por tumores neurogénicos y paragangliomas.<sup>1</sup> En la ciudad de México, por su altitud mayor a 2000 metros sobre el nivel del mar, el tumor del cuerpo carotideo es la neoplasia de presentación más frecuente.<sup>3</sup>

En la experiencia del Servicio de Tumores de Cabeza y Cuello de la Unidad de Oncología del Hospital General de México, los tumores más frecuentes en orden de frecuencia para el espacio parafaríngeo son: tumores del cuerpo carotideo, tumores de glándulas salivales, tumores neurogénicos y misceláneos.

## PATOLOGÍA

Debido a la gran cantidad de estructura que se encuentran, existe una gran diversidad histológica de tumores que se originan a partir de las estructuras anteriormente señaladas.

Los paragangliomas o tumores del cuerpo carotideo están formados por células paraganglio-

nares y no quimiorreceptoras, son de crecimiento lento, en su mayoría son tumores benignos, en ocasiones pueden producir catecolaminas.

De los tumores de glándulas salivales, el adenoma pleomorfo es el tumor más frecuente del espacio parafaríngeo, seguido de Tumor de Whartin, se originan en el lóbulo profundo de la parótida.<sup>4</sup> Se pueden presentar casos de tumores malignos como el carcinoma mucoepidermoide, epidermoides, células acinares y adenocarcinomas.

Los tumores neurogénicos benignos más frecuentes son el schwannoma, neurofibroma. Los tumores malignos neurogénicos que se pueden encontrar son schwannoma maligno, neurilemoma maligno.

El aumento de volumen del tumor tiende a producirse hacia zonas de menor resistencia, como la pared faríngea lateral, región amigdalina, submaxilar o subdigastrica. A medida que se extiende caudalmente, se presenta como una masa palpable cerca del ángulo de la mandíbula.<sup>1</sup>

## SÍNTOMAS

Estos tumores son generalmente asintomáticos, no dolorosos y frecuentemente diagnosticados en un examen de rutina. En ocasiones el paciente puede presentar disfagia, principalmente de alimentos sólidos, cuando hay dolor se debe a compresión y desplazamiento de estructuras nerviosas por la masa tumoral.

## SIGNOS

La sospecha clínica aparece en ocasiones durante la realización de un examen de rutina, por lo que debe estar presente como posibilidad diagnóstica en un paciente con una tumoración protuyente en la pared lateral de la faringe, siendo ésta la forma de presentación más común.

Los signos clínicos más frecuentes son masa orofaríngea, masa cervical, adenopatía cervical o lesión de algún par craneal. En caso de tumores del lóbulo profundo de la glándula parótida, el tumor se palpa por debajo del ángulo de la man-

díbula (Fig. 32-1).

En el examen clínico, es de gran importancia realizar una inspección meticulosa de la faringe, así también como palpación bimanual de esta región y examen neurológico sistematizado para descartar eventuales déficits neurológicos de pares craneales y del simpático cervical (Fig. 32-2). La presencia de dolor, trismus o parálisis en alguno de los pares craneales puede indicar malignidad.



Figura 32-1. Tumor palpable debajo del ángulo de la mandíbula.



Figura 32-2. Tumor submucoso en la pared lateral de la faringe.

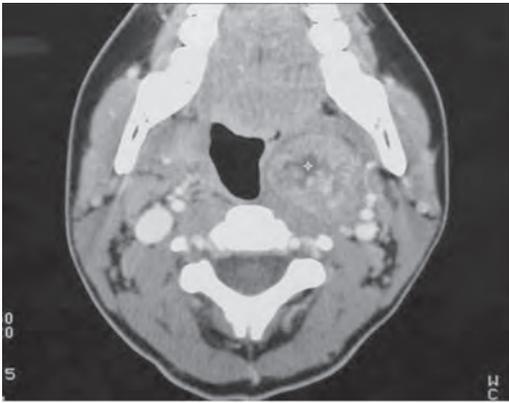


Figura 32- 3. TAC Cuello. Lesión que desplaza la vía aérea por tumor en el espacio parafaríngeo.

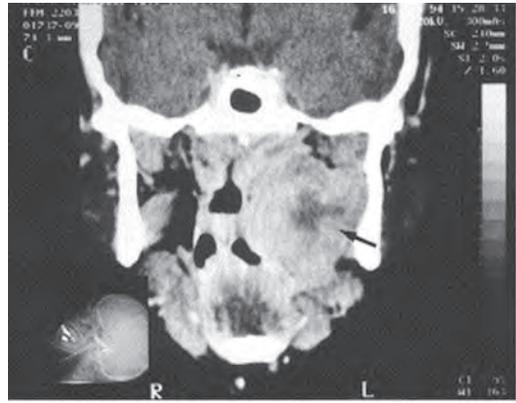


Figura 32- 4. TAC. Tumor en el espacio parafaríngeo.

## ESTUDIOS PARA EL DIAGNÓSTICO

Por la gran complejidad anatómica y difícil acceso para el examen directo de este espacio, los exámenes radiológicos complementarios (principalmente TAC y RMN) son imprescindibles en el diagnóstico del tumor. (Fig. 32-3, Fig. 32-4). La angiografía tendría interés en aquellos casos en los que se sospeche participación de la arteria carótica. La Biopsia por Aspiración con Aguja Fina (BAAF), una vez descartado el origen vascular del tumor, tiene una gran especificidad en el diagnóstico histológico de estos tumores. La biopsia transoral abierta está contraindicada, puesto que podría aumentar el riesgo de hemorragia, rotura y por tanto, recidiva y/o extensión tumoral a la mucosa oral.<sup>5</sup>

En caso de no contar con diagnóstico histopatológico en el preoperatorio, no es una contraindicación para realizar el procedimiento quirúrgico.

## CLASIFICACIÓN

No existe una clasificación de los tumores del espacio parafaríngeo. Se pueden agrupar desde el punto de vista patológico en

- Tumor del cuerpo carotídeo
- Neoplasias de glándulas salivales
- Tumores Neurogénicos
- Tumores Misceláneos

Anatómicamente se clasifican en

- Tumores preestiloideos
- Tumores retroestiloideos

## TRATAMIENTO

El manejo de los tumores del espacio parafaríngeo es principalmente quirúrgico. Es necesaria una evaluación completa del paciente para hacer una planeación quirúrgica, cuyo objetivo es la resección completa del tumor, con una morbimortalidad baja. Los abordajes quirúrgicos incluye el transcervical (solo o en combinación con parotidectomía), transoral combinados con mandibulotomía (Fig. 32-5). El abordaje quirúrgico estará en función de la localización y el tamaño del tumor; una vía transcervical o cervical-parotídeo será útil para la exéresis de la gran mayoría de estos tumores, tanto pre como retroestiloideos, siendo necesario realizar, en casos de tumores de gran tamaño del lóbulo profundo de la parótida, un abordaje transparotídeo, y por tanto, parotidectomía superficial.

El abordaje cervical debe ser el de primera elección en tumores voluminosos; el abordaje

transoral se reserva para los tumores menores de 3cm. Está indicado realizar conversión al abordaje por mandibulotomía cuando en el acceso cervical es insuficiente para la exposición y la resección del tumor.<sup>5-7</sup>



Figura 32-5. Abordaje Cervical-Parotídeo.

## COMPLICACIONES

Las complicaciones son principalmente posoperatorias y se reportan hasta en el 29% casos. La morbilidad postoperatoria está relacionada fundamentalmente con neuropatías de los pares craneales, presentándose con más frecuencia en paragangliomas y tumores malignos. Puede haber recurrencias, principalmente de adenoma pleomórfico, cuando la resección es incompleta.<sup>1,6,7</sup>

## PRONÓSTICO

En su mayoría son tumores benignos con un índice bajo de complicaciones y recurrencia. Sin embargo, las neoplasias malignas pueden tener un pronóstico malo, con índice bajo de supervivencia libre de enfermedad.<sup>7</sup>

En general la supervivencia libre de enfermedad es de 33 meses (rango 2 a 184 meses) debido a que es un grupo heterogéneo que incluye neoplasias benignas y malignas.<sup>6</sup>

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta L, Montalvo O, Magalhaes, Olias J, Santiago N. Tumores del Espacio parafaríngeo. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2002; 53: 485-490.
2. Barroso-Bravo Sinuhé, Reséndiz-Colocis J, López Garza J. Tumores del espacio parafaríngeo. En: Rodríguez Cuevas AS. *Tumores de cabeza y cuello*. 2ª ed. México DF. 2003: 349-358.
3. Rodríguez-Cuevas S, López J, Labastida S. Tumores del espacio parafaríngeo en México. *Oncología* 1998; 21: 165-173.
4. Shaw C, Sood S, Bradley P, et Al. Unusual Mass in the Parapharyngeal Space: A Warthin's Tumour. *ANZ Journal of Surgery* 2006; 76: 193-194.
5. Hughes KV, Olsen KD, McCaffrey TV. Parapharyngeal space neoplasms. *Head & Neck* 1995; 17: 1241-30.
6. Luna-Ortiz, Kuauhyama MD, Navarrete-Aleman, Jaime Esteban, Granados-García, et al. Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center. *Head & Neck Surgery* 2005; 132: 587-591
7. Khafif A, Segey Y, Kaplan D, Gil Z. Surgical management of parapharyngeal space tumors. *Otolaryngology-Head & Neck Surgery* 2005; 132: 401-406