

## Caso clínico

# Lipoma del espacio parafaríngeo

Mauricio Morales Cadena,\* Amelia Acosta Domínguez,\*\* Joaquín Archibaldo Hope Guerreo\*\*\*

### Resumen

Se comunica el caso de un paciente de 46 años de edad, con un lipoma parafaríngeo que se extendía hacia la base del cráneo, espacios parotídeos y submandibulares. Se revisa la bibliografía y se discuten las características clínicas, radiográficas e histopatológicas de la enfermedad. Los lipomas son la neoplasia mesenquimatosa más frecuente. Cerca de 13% de los tumores lipomatosos aparecen en la cabeza o el cuello y son los tumores benignos más comunes en esta zona. Los tumores del espacio parafaríngeo son muy raros, representan del 1 al 2% de los tumores y sólo se han reportado ocho casos en todo el mundo. La tomografía axial computada y la resonancia magnética permiten una valoración precisa y el tratamiento adecuado.

### Abstract

The parapharyngeal space tumors are rare. Almost 13% of lipomatous tumor exist in head and neck, the majority are benign. It's a rare cases of the tumors of parapharyngeal space, wichs can occur in 1 to 2%. Only eighth cases are reported in literature. The method for assessing these tumors, recently included axial computed tomography, and magnetic resonance imaging, its to proveed an assessment more rational approach to their management. We reported a patient of 46-year-old male, with a large parapharyngeal lipoma that extended to the skull base, and to the parotid and submandibular space. The literature is reviewed and the characteristics of the disease are discussed.

#### Palabras clave:

lipoma, parafaríngeo, abordaje quirúrgico.

#### Key words:

lipoma, parapharyngeal space, surgical approach.

### Introducción

Los lipomas son la neoplasia mesenquimatosa más frecuente.<sup>1</sup> Cerca de 13% de los tumores lipomatosos aparecen en la cabeza o el cuello y son los tumores benignos más comunes en esta zona.<sup>1-3</sup> Fugemann subclasificó los tumores lipomatosos benignos de esta región en: lipomas solitarios o múltiples, lipomas infiltrados o intramusculares, hibernomas, lipoblastomas (lipomas fetales) y lipomas difusos en niños.<sup>3</sup>

La mayor parte de estas neoplasias se encuentra en el tejido subcutáneo de la cara posterior del cuello.<sup>2,3</sup> Son raros los casos en que afectan la cavidad oral, las fosas infratemporales, la región amigdalina, parotídea, hipofaringe, laringe, nasofaringe y el espacio parafaríngeo.<sup>1-3</sup> Estos últimos son muy raros, representan del 1 al 2% de los tumores y sólo se han reportado ocho casos en todo el mundo.<sup>1,4</sup>

Desde el punto de vista histopatológico, los lipomas consisten en una proliferación lobular de células adiposas univacuolares maduras, separadas por trabéculas fibrosas y circunscritas por una cápsula fibrosa delgada.<sup>2,3,5</sup> La principal característica celular es la coexistencia de vacuolas con contenido graso localizado centralmente.<sup>5</sup> El tumor se denomina "fibrolipoma" si contiene demasiado tejido fibroso.<sup>2</sup>

Los síntomas más frecuentes son: disnea, apnea del sueño y disfagia;<sup>1,2</sup> plenitud ótica, acúfeno, otalgia, disfonía, globus faríngeo y síndrome de Horner.<sup>4,6,7</sup> Clínicamente es difícil valorar el espacio parafaríngeo; por lo tanto, los estudios de imagen son de gran utilidad para su evaluación. Estos exámenes consisten en tomografía computada simple y contrastada, y resonancia magnética nuclear.<sup>2,4</sup>

\* Médico adscrito y coordinador del curso de postgrado en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello del Hospital Español de México. Profesor adjunto de otorrinolaringología de la Facultad Mexicana de Medicina de la Universidad la Salle.

\*\* Médico adscrito del servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

\*\*\* Residente de segundo año de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

Servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello, Hospital Español de México.

El tratamiento de elección es quirúrgico y se han descrito diferentes abordajes, según su localización exacta y el grado de extensión.

## Objetivo

Describir un caso de lipoma parafaríngeo; estudiar sus características clínicas, radiográficas e histopatológicas y establecer el tratamiento quirúrgico de las tumoraciones del espacio parafaríngeo.

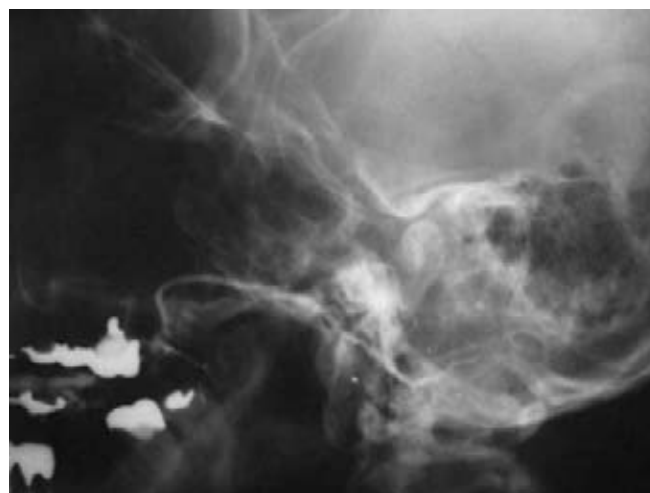
## Comunicación del caso

Paciente masculino de 46 años de edad que acudió al servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello (Hospital Español de México) con aumento progresivo (volumen), no doloroso, en la región submandibular y parotídea izquierda. El aumento de volumen se inició tres años antes en la región parotídea y dos años después en la submandibular. El paciente refirió plenitud ótica izquierda intermitente y no expresó alteraciones en la deglución o dificultad respiratoria.

Tres años atrás se realizó una resección de la tumoración parotídea izquierda, cuyo diagnóstico histopatológico fue parotiditis. Se desconocen las características de dicha tumoración y el tipo de intervención quirúrgica realizada. El paciente proporcionó los estudios de imagen previos al procedimiento actual. La tomografía computada de cuello simple revelaba una lesión hipodensa que abarcaba el espacio parotídeo y parafaríngeo izquierdo (figura 1); la sialografía parotídea izquierda estuvo dentro de límites normales (figura 2).



**Figura 1.** Tomografía computada simple del cuello en cortes axiales, previa al primer procedimiento quirúrgico. Se observa una lesión hipodensa que abarca el espacio parotídeo y parafaríngeo izquierdo.



**Figura 2.** Sialografía parotídea izquierda, previa al primer procedimiento quirúrgico, dentro de los límites normales.

En la exploración física actual se apreció, en la orofaringe, desplazamiento del paladar blando y pilar anterior izquierdo hacia la línea media, la úvula estaba desviada a la derecha. A nivel cervical, espacio parotídeo y submandibular izquierdo con aumento de volumen, de consistencia blanda, móvil, no dolorosa y sin cambios cutáneos (figura 3); no se observaron alteraciones en los pares craneales.



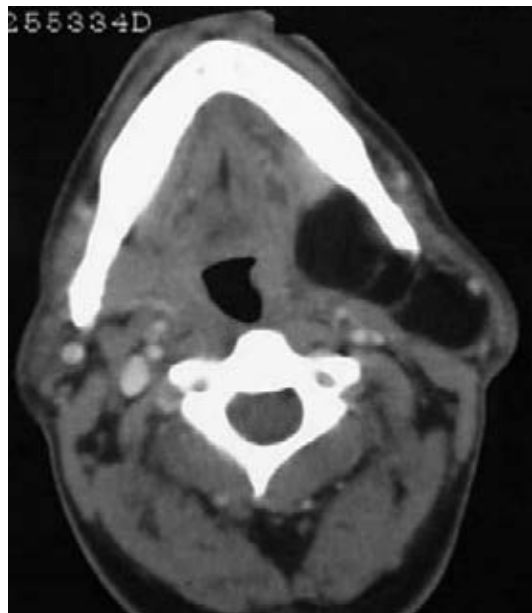
**Figura 3.** A nivel cervical: aumento de volumen del espacio parotídeo y submandibular izquierdo, de consistencia blanda, móvil, no dolorosa y sin cambios cutáneos.

Se practicaron estudios generales de laboratorio, los cuales resultaron dentro de parámetros normales. La tomografía computada de cuello (simple y contrastada) demostró una masa hipodensa, septada, en el espacio parafaríngeo izquierdo que se

extendía superiormente hacia la base de cráneo, inferiormente hacia el espacio submandibular y lateralmente hacia el espacio parotídeo ipsilateral (figuras 4 y 5).



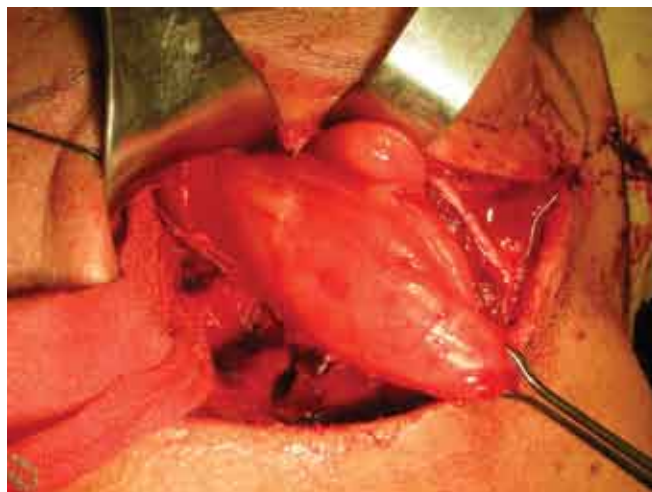
**Figura 4.** Tomografía computada simple del cuello en cortes axiales. Se observa una masa hipodensa, septada, en el espacio parafaríngeo izquierdo, que se extiende hacia el espacio parotídeo ipsilateral.



**Figura 5.** Tomografía computada contrastada del cuello en cortes axiales. Se observa una masa hipodensa, septada, en el espacio submandibular izquierdo.

La resección de la masa parafaríngea se realizó por vía transcervical. Se encontró un tumor de tejido graso (16 cm) que ocupaba todo el espacio preestiloideo y se extendía hasta la base

del cráneo. Se resecó la extensión de dicha tumoración y se logró la resección completa en una sola pieza. No hubo complicaciones con las estructuras vasculares y nerviosas (figuras 6 y 7).



**Figura 6.** Resección de la masa parafaríngea por vía transcervical. Tumoración de tejido graso de (16 cm, aprox.) en el espacio preestiloideo, se extendía hasta la base del cráneo.



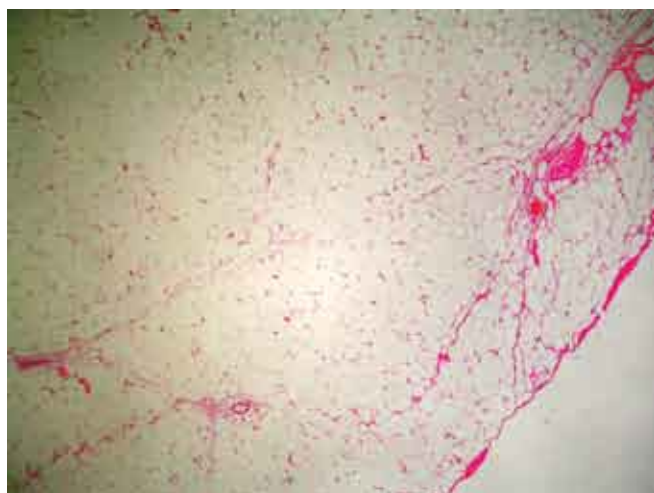
**Figura 7.** Pieza quirúrgica.

El resultado histopatológico reveló una masa de 12 x 4 x 1 cm y 62 g, color amarillo oro y superficie lisa; estaba envuelta en una capa delgada de tejido conectivo de 1 mm de grosor, color amarillo oro, de aspecto sólido y consistencia blanda, compatible con el lipoma (figura 8).

La evolución posoperatoria del paciente transcurrió sin complicaciones.

## Discusión

El espacio parafaríngeo es una pirámide invertida fijada en la base del cráneo y su ápice se sitúa en el cuerno mayor del



**Figura 8.** Neoplasia benigna mesenquimatosa, encapsulada, constituida por abundantes adipocitos uniloculares, agrupados en lóbulos (hematoxilina-eosina, 40x).

hueso hioides.<sup>6</sup> El proceso estiloideo y sus músculos lo dividen en dos compartimientos, un espacio preestiloideo y un espacio posestiloideo. El primero comprende tejido adiposo, lóbulo profundo de la glándula parótida, músculos pterigoideos, la mandíbula, la arteria maxilar interna y los nervios alveolar inferior, lingual y auriculotemporal.<sup>4,6</sup> El segundo compartimiento se conforma por la vena yugular interna, arteria carótida interna, nervios craneales IX, X, XI y XII, la cadena cervical simpática y los ganglios linfáticos.<sup>6</sup>

Las neoplasias del espacio parafaríngeo representan 0.5% de los tumores de la cabeza y el cuello.<sup>2,4,7</sup> El 80% los tumores son benignos y el resto (20%) malignos.<sup>6,7</sup> Entre 40 y 50% de los tumores del espacio parafaríngeo se producen en las glándulas salivales; 30% son de origen neurogénico y 20% son tumores misceláneos (linfomas, hemangiomas, teratomas, lipomas, quistes branquiales, sarcomas, malformaciones arteriovenosas y aneurismas de la arteria carótida).<sup>2,4,6</sup>

Las características de estos tumores coinciden en su forma (son similares), sin importar el origen.<sup>4</sup> La mayor parte de las lesiones son de crecimiento lento e insidioso y clínicamente asintomáticas.<sup>2</sup> Para detectar o palpar la masa, como abultamiento sobre la pared lateral faríngea, se requiere que sea de 2.5 a 3.0 cm de tamaño.<sup>2,4,6</sup> Los síntomas más frecuentes son: disnea, apnea del sueño, disfagia, plenitud ótica, acúfeno, otalgia, disfonía, *globus* faríngeo y síndrome de Horner.<sup>1,4,6,7</sup> El dolor, *trismus* o déficit neurológico sugieren malignidad.<sup>4</sup> En estos casos, la aspiración con aguja fina puede ser útil, pero debe realizarse después de efectuar los estudios de imagen para descartar una lesión vascular.<sup>6</sup>

El espacio parafaríngeo es difícil de valorar en forma clínica, por lo que se requieren estudios de imagen. La finalidad es determinar la extensión de la lesión y su vínculo con las estructuras

adyacentes (arterias carótidas y la base de cráneo). Los estudios de imagen incluyen: tomografía computada simple y contrastada, resonancia magnética nuclear y angiografía.<sup>6</sup> La sensibilidad de la tomografía computada es de 75 a 90%.<sup>4</sup> La mayoría de los autores recomiendan la resonancia magnética, como estudio de elección, ya que su sensibilidad es de 95% y permite delimitar la masa en el espacio parafaríngeo.<sup>4</sup> Anatómicamente, los lipomas se observan como áreas homogéneas de baja densidad con un valor de -60 a -120 unidades Hounsfield.<sup>2</sup> En la resonancia magnética se observa una señal hiperdensa en T1. Con las técnicas para saturación de grasa, la señal se suprime y origina una intensidad muy baja; ésta confirma el diagnóstico de lipoma.<sup>2,5</sup> La angiografía se recomienda para el diagnóstico y tratamiento de los tumores del espacio parafaríngeo con sospecha de daño en la arteria carótida.<sup>4</sup>

El tratamiento de elección para los tumores del espacio parafaríngeo es quirúrgico<sup>8</sup> y se han descrito diferentes abordajes para los mismos. El objetivo de la intervención consiste en una adecuada visualización del tumor, para realizar la resección completa, preservar los nervios y vasos adyacentes, y controlar cualquier sangrado. Se tienen cinco técnicas (abordajes) para tratar los tumores del espacio parafaríngeo (transoral, transcervical, transparotideo, transcervical-transmandibular y abordajes laterales para la base del cráneo)<sup>2,4,6,8</sup> y su decisión depende de la localización, tamaño, vasculatura y malignidad.

La mayoría de los autores recomienda el abordaje transcervical.<sup>4,6</sup> Éste proporciona el acceso directo y la adecuada exposición de las estructuras neurovasculares. Dicha técnica puede utilizarse para la resección de tumores de hasta 8 cm. Cuando el tumor es mayor a este tamaño, se extiende hacia la base del cráneo o se requiere mejor exposición de las estructuras neurovasculares, se recomienda la combinación del abordaje transcervical y transmandibular.<sup>4</sup>

La mayor parte de los lipomas se encuentra bien encapsulada y es fácil de disecar de los tejidos adyacentes. Su recurrencia local es de 5% y el diagnóstico diferencial se realiza con el liposarcoma (si se observa invasión durante la disección).<sup>4</sup>

Es importante diferenciar los lipomas del lóbulo profundo de la parótida (espacio parafaríngeo preestiloideo) de los que aparecen en el espacio posestiloideo. Si el tumor se origina en el lóbulo profundo de la parótida, se recomienda el abordaje transparotideo.<sup>4</sup> El abordaje transcervical proporciona adecuada exposición de las estructuras y una resección más segura para los tumores posestiloideos.<sup>4</sup>

La radioterapia posoperatoria no tiene utilidad, pues los lipomas recurren solamente en 5% de los casos y la resección es suficiente para éstos.<sup>1,5</sup>

## REFERENCIAS

1. Singhal D, Bansal R, Agarwal AK, Singhal N. Lipoma of the parapharyngeal space. *Int J Otorhinolaryngol*.

- ryngol 2005;3(2):<<http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijorl/vol3n2/lipoma.xml>>
2. Erkan AN, Yavuz H, Yilmazer C, Ozlüoglu L, Bolat FA. Radiology quiz case 2. Diagnosis: parapharyngeal lipoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:997-9.
3. Baumann I, Dammann F, Horhy HP, Plnkert PK. Spindle cell lipoma of the parapharyngeal space: first report of a case. Ear Nose and Throat J 2001;80:247-50.
4. Han Ulku C, Uyar Y. Parapharyngeal lipoma extending to skull base: a case report and review of the literature. Skull Base 2004;14:121-5.
5. Geurts TW, Lohuis PJFM, Pameijer FA, van den Brekel MWM. Radiology quiz case 2. Nasopharyngeal lipoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2002;128:1331-3.
6. Quinn FB, Ryan MW. Parapharyngeal space tumors. Grand rounds presentation [en línea], UTMB, Dept. of Otolaryngology. 2002. Dirección URL: <<http://www.utmb.edu/otoref/grnds/Parapharyngeal-021009/M-Parapharyngeal-021009.htm>>
7. Chung AT, Beasley MS, Scher RL. Radiology quiz case 2. Prestyloid parapharyngeal space pleomorphic adenoma. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2005;131:535-8.
8. Panda NK, Ghosh S, Jain A, Vashishta RK. Unusual malignant tumours of the parapharyngeal space. A diagnostic dilemma. Int J Otorhinolaryngol 2005;4(1):<<http://www.ispub.com/ostia/index.php?xmlFilePath=journals/ijorl/vol4n1/squamous.xml>>