



Lipoma en espacio parafaríngeo, resección bajo abordaje transmandibular

Juan Guillermo Sánchez-Acuña,^a
 Laura Elena Franco-Garrocho,^b
 Omar Esteban Durán-Macías,^c
 Aarón Peralta-Mata^c

Parapharyngeal space lipoma, resection under transmandibular approach

Lipoma is a benign entity with a poor incidence in craniofacial region. The most frequent tumors in the maxillo pharyngeal space are those that occur in the major and minor salivary glands, with a higher incidence of pleomorphic adenoma, also consider a benign entity.

The transmandibular approach offers a great advantage in terms of visibility during the surgery. Achieving a lower morbidity, due to the fact that anatomic structures of anterior (prestyloid) and posterior (retrostyloid) compartments are involved.

Our case report has important implications: clinical, pathologic and surgical, with a good prognosis for life and good for function at 2 year of postoperatively without any recurrence reported.

Un lipoma es una neoplasia derivada del tejido conectivo (mesenquimatoso), formada por tejido graso (adipocitos), es común en zonas proximales de extremidades y tronco. Se presenta como una masa asintomática, de color amarillento si es superficial o color rosado si es profunda. Son raros en la región de cabeza y cuello, con un pronóstico favorable en cuanto su tratamiento. Existen algunas variantes benignas, el lipoma intramuscular, fibrolipoma, pleomorfo, angiolipoma, mixoide y de células fusiformes; asimismo, existen variantes malignas como el liposarcoma. Es una tumoración asociada a personas obesas, aunque su etiología es desconocida.^{1,2}

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 53 años de edad. Se presentó a consulta en hospital de segundo nivel de atención a la salud, se observó aumento de volumen en región periamigdalina derecha, desplazando más allá de la línea media la pared laterofaríngea, comprometiendo en un 80% la permeabilidad de la orofaringe. Sin presencia de dolor, su único motivo de consulta era disfagia y dislalia. Antecedentes heredofamiliares negados, tabaquismo y alcoholismo positivos, de 20 años de evolución, resto sin relevancia acorde a su padecimiento actual.

Reporta aumento de volumen en la región referida, de 3 meses de evolución, a pesar de la dificultad a la deglución y a la pronunciación, sin compromiso de vía aérea, ni cambios hemodinámicos. A la exploración física paciente normocéfala, sin facies de dolor, ni aumento de volumen en región facial o cuello; cavidad oral con mucosas normocrómicas, aumento de volumen en región derecha de paladar blando, comprometiendo pilar anterior, amígdala, cripta amigdalina y en pilar posterior ipsilateral de orofaringe, proyectándose hacia lado contralateral involucrando, más allá de línea media, blanda a la palpación, indolora, sin datos clínicos de proceso infeccioso, mucosa involucrada normocrómica (figura 1).

Diagnóstico

Se realizó biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF), se

Keywords

Lipoma
 Pharynx
 Neoplasms, Adipose Tissue
 Pharyngeal Neoplasms

Palabras clave

Lipoma
 Faringe
 Neoplasias de Tejido Adiposo
 Neoplasias Faríngeas

Recibido: 29/04/2016

Aceptado: 05/05/2016

^aHospital Universitario "General Calixto García", Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. La Habana, Cuba

^bUniversidad Autónoma de Ciudad Juárez, Escuela de Estomatología. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

^cSecretaría de Salud, Hospital General Ciudad Juárez, Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial. Ciudad Juárez, Chihuahua, México

Comunicación con: Aarón Peralta Mata

Teléfono: (664) 386 2584

Correo electrónico: aaronmata@hotmail.com

El lipoma es una entidad benigna con pobre incidencia en la región craneofacial. Las tumoraciones más frecuentes en el espacio maxilofaríngeo son las que se presentan en glándulas salivales mayores y menores ectópicas, con mayor incidencia de adenoma pleomorfo, también considerado una entidad benigna.

El abordaje transmandibular ofrece una gran ventaja en cuanto a la visibilidad durante el acto quirúrgico. Consiguiendo una menor morbilidad al estar involucradas estructuras del espacio preestíleo y retroestíleo.

El caso clínico que se presenta tiene importantes implicaciones: clínicas, patológicas y quirúrgicas, con un pronóstico bueno para la vida y bueno para la función a dos años de posoperatorio, sin recidiva alguna.



Figura 1 Fotografías extraorales e intraorales preoperatorias, donde denota desplazamiento de laterofaringe derecha hacia lado contralateral

reportaron células epiteliales normales, sin datos de células glandulares o de atipia celular, es decir, sin hallazgos de malignidad (figura 2). Como segundo método diagnóstico se realizó tomografía computada (TC) de cráneo, simple y contrastada, con multicorte (axial, coronal, sagital), visualizando lesión tumoral en espacio parafaríngeo derecho, con dimensiones de 2.84 X 4.13 cm (anteroposterior y cráneo-caudal respectivamente), con gran dimensión latero-medial, hipodensa con respecto a tejidos blandos circundantes (figura 3).

Se decidió realizar resección de tumoración y estudio histopatológico transoperatorio o posoperatorio dependiendo del hallazgo quirúrgico.



Figura 2 Fotografías de toma de BAAF y colocación en laminillas, utilizando tinción de hematoxilina y eosina

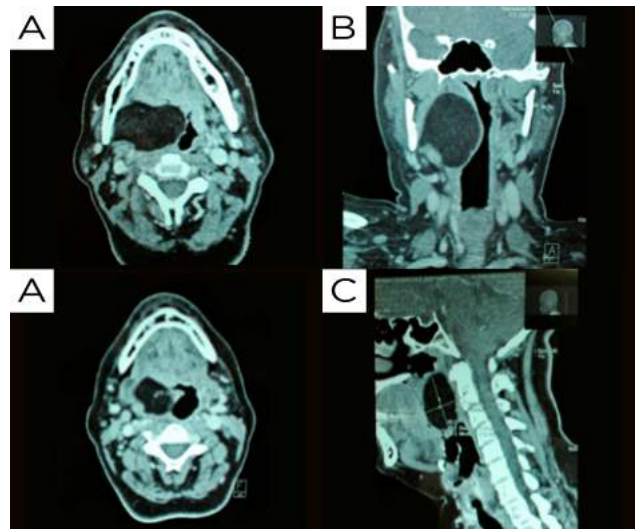


Figura 3 Tomografía computada simple y contrastada, corte a) axial, b) coronal y c) sagital, con lesión tumoral de grandes dimensiones

Cirugía

Se realizó cirugía mediante abordaje cérvico-parotídeo transmandibular, con osteotomía vertical a nivel de cuerpo mandibular, colocación de placas de titanio sistema 2.4 universal para principio de compresión y 2.0 de mediano perfil para principio de tensión (figura 4).³

Discusión

El lipoma es la tumoración más común en tejidos blandos (mesenquimatosos) en adultos,⁴ sin embargo, es poco común en la región de cabeza y cuello correspondiendo a menos de 15%, siendo la lengua el sitio más común de localización, pero también se encuentran en la región de labios, piso de boca, mucosa bucal, glándulas salivales y mejilla.^{4,5,6} Es una lesión solitaria, de crecimiento lento, asintomática, dependiendo de la profundidad a la que se encuentre puede ser difícil su diagnóstico, siendo necesario biopsia por

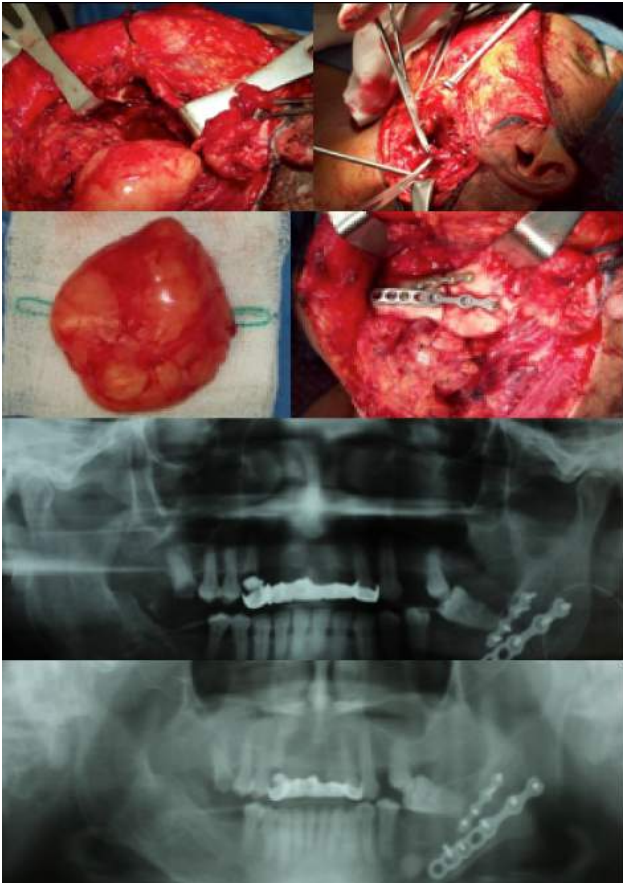


Figura 4 Imágenes periopeoratorias con abordaje cérvico-parotídeo transmandibular, resección de pieza quirúrgica, colocación de placas de osteosíntesis y radiografía postoperatoria inmediata y a 2 años de seguimiento

aspiración con aguja fina, tomografía computada y como estándar de oro, la resonancia magnética.^{7,8}

Es importante diferenciar la variante maligna, el liposarcoma, el cual tiene una incidencia de 1 caso por 2.5 millones de población, siendo más común en porciones proximales de extremidades y retroperitoneo. Se presenta con las siguientes características clínicas, imagenológicas e histológicas: tamaño (> 5 cm), dolor, localización en fascias profundas, incremento rápido de tamaño, presencia de calcificaciones a la valoración radiográfica (observado en 10 a 15% de los liposarcomas), células hiper cromáticas atípicas, núcleos angulares y lipoblastos. A diferencia de esto, la variante benigna (lipoma) consiste en células grasas (adipocitos) maduras, con núcleos uniformes.⁸

El espacio parafaríngeo es una región anatómica virtual, con forma de pirámide invertida, con base superior y vértice inferior de 3 paredes. Siendo su límite superior la base del cráneo (porción petro-timpánica de temporal), la inferior el asta mayor de hueso hioides, la medial se forma por la pared faringolateral, su pared lateral por la rama mandibular, pterigoideo interno y masetero, músculo esternocleidomastoideo con su aponeurosis y fascia cervical superficial (la cual recubre glándula parótida), la pared posterior está formada por aponeurosis, músculos prevertebrales y apófisis transversa de vértebras cervicales. Se

divide en porción anterior o preestílea y posterior o retroestílea, dividida por un conjunto de músculos y ligamentos del ramillete de Riolo. En el espacio preestíleo se ubica el lóbulo profundo de la glándula parótida, tejido graso, la arteria maxilar interna y los nervios alveolar inferior, lingual y auriculotemporal. En el espacio retroestíleo se encuentra la arteria carótida, la vena yugular interna, la cadena simpática cervical y los nervios craneales IX, X, XI y XII. Es importante conocer la diferente anatomía de dicho espacio para poder comprender el origen de las diferentes patologías, además del tipo de abordaje quirúrgico para el tratamiento.^{9,10}

Las tumoraciones del espacio parafaríngeo corresponden al 0.5% de todas las neoplasias de cabeza y cuello, de las cuales aproximadamente el 80-90% corresponden a entidades benignas. Son principalmente a expensas de glándula parótida y las glándulas salivales menores ectópicas.^{11,12}

Diferentes estudios retrospectivos coinciden en que el adenoma pleomorfo es la neoplasia de la glándula salival más común en el espacio parafaríngeo. La segunda tumoración más común es de origen neurogénico, los paragangliomas (retroestíleo).¹³ La tumoración recidivante más común es el adenoma pleomorfo.¹²

Debido a la localización del espacio parafaríngeo, muchas veces es difícil su diagnóstico, siendo el aumento del volumen en la región cervical, o a nivel de pared laterofaríngea (intraoral), los signos más frecuentes. Podemos encontrar la consiguiente dislalia, disfagia, disfonía, trismus y dolor de garganta (en caso de proyección hacia pared laterofaríngea), y dependiendo del tamaño de la tumoración y de su localización (retroestíleo) podemos observar neuropatías a nivel de par craneal IX, X, XI y XII. El aumento de tamaño en dirección superior, puede ocasionar obstrucción de la trompa de Eustaquio.^{10,12,13}

En la actualidad, se cuenta con diferentes medios diagnósticos, sin embargo, la resonancia magnética (RM) y la TC son lo más indicado. La BAAF, o CAAF (citología por aspiración con aguja fina) es ampliamente recomendada en un inicio al tratar con una patología en esta región, la cual puede ser guiada por TC o ultrasonido,^{10,12,13} otra razón por la cual se usa se debe a que es el medio diagnóstico de mayor ayuda y rápido en patología de glándulas salivales, como ya se mencionó, pues un gran número de las afecciones son a expensas de la glándula parótida, con reportes que van de 1 al 14% de falsos positivos y falsos negativos, con una de tasa entre 81 a 95% de exactitud al momento de diferenciar patología benigna de malignas.¹⁴ Las aspiraciones con aguja fina dependen de diferentes factores que condicionan su porcentaje de éxito diagnóstico, como son: el operador, la presencia de sangrado abundante, o la falta de muestra de células.¹²

El abordaje transcervical y transparotídeo son los más utilizados para la resección de tumoraciones en el espacio parafaríngeo en sus porciones preestílea y retroestílea;¹¹ asimismo, se han agregado osteotomías mandibulares en conjunto con dichos abordajes, teniendo indicaciones específicas estas últimas, las cuales son: recidiva de tumoración, ante diagnóstico o sospecha de malignidad, tumoración de gran tamaño (> 4 a 5 cm), localización (retroestíleo, en relación con la base del cráneo y proyección a la faringe) y gran vascularización.^{10,11,12,13,15} De esta forma

se consigue así un gran campo visual de las estructuras anatómicas de dicha zona (EPF) y se reduce la morbilidad del acto quirúrgico.

Las osteotomías pueden ser subsigmoideas, paramediales (parasinfisarias) y mediales (*swing* mandibular con división de labio inferior), pudiendo ser una o dos las osteotomías a realizar para el acceso transmandibular.^{12,13,15}

Mediante la maniobra de desinserción del ligamento estilomandibular y la dislocación mandibular se consigue hasta un 50% de mejoría visual, evitando así la mandibulotomía.^{11,12}

Sin embargo, se han reportado complicaciones o secuelas con los diferentes abordajes antes descritos, como son: neuropatías (parestias, paresias, parálisis), maloclusión, problemas de disfunción de la articulación temporomandibular, mal unión de fragmentos óseos (osteotomías mandibulares), problemas de deglución y disfonía (en caso de afección de los pares craneales IX y XII), siendo mayor el compromiso para las tumoraciones en el espacio retroestileo o con malignidad, y bajo porcentaje de todas las antes mencionadas para tumoraciones benignas y de no grandes dimensiones, con buen pronóstico para la vida y para la función.^{9, 10, 12}

Conclusiones

El lipoma es una tumoración de baja incidencia en cabeza y cuello, en el espacio parafaríngeo solo han sido reportados

muy pocos casos, siendo así de gran relevancia haber encontrado esta patología en esta región.

Es de gran importancia poder lograr un diagnóstico correcto mediante los diferentes medios diagnósticos establecidos (TC, RM, BAAF, CAAF), para valorar el tamaño de la tumoración, su localización específica, malignidad, si se trata de una lesión recidivante y la relación con estructuras vasculares. Con ello se selecciona el abordaje quirúrgico, disminuyendo la morbilidad de la cirugía.

La osteotomía realizada en el abordaje transmandibular presentada en el caso clínico (vertical en cuerpo mandibular), proporcionó un rápido acceso al espacio parafaríngeo con buena visibilidad de las estructuras anatómicas, pero con la consecuencia de la afección al nervio dentario inferior. Concluimos que las osteotomías descritas en las diferentes literaturas: subsigmoidea, paramedial (parasinfisaria) y medial (*swing* mandibular) son una mejor opción, debido a que proporcionan la misma visibilidad del campo operatorio con menor morbilidad y en un tiempo quirúrgico dentro de rangos considerables.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Neville B, Damm DD, Allen C, Bouquot J. Oral and Maxillofacial Pathology. Segunda Edición. Philadelphia, Pennsylvania: W.B Saunders Company; 2002. Pág. 452-4.
- Regezi JA, Sciubba JJ. Patología Bucal Correlaciones Clinicopatológicas. Tercera edición. México, D.F.: Mc Graw-Hill Interamericana; 2000. Pág. 216-19.
- Schilli W, Stoll P, Bahr W, Prein J. Mandibular Fractures. Manual of Internal Fixation in the Cranio-Facial Skeleton. New York, N.Y.: Springer; 1998. Pág. 57-94. Pienso que probablemente esta sí es la referencia 3.
- Tsumuraya G, Yamada H, Shimizu H, Hamada Y. Intramuscular lipoma in the masseter muscle: a case report. Br J Oral Maxillofac Surg. 2014;52(4):e21-e23.
- Marx RE, Stern D. Oral and Maxillofacial Pathology: a rationale for diagnosis and treatment. Chicago, Illinois: Quintessence Publishing Co.; 2002. Pág. 405-08.
- Tsuji T, Sato K, Nakano H, Kida K, Kogo M. Clinical characteristics of lipoma in the submandibular region. Report of a relatively uncommon case and review of the literature in Japan. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Medicine, and Pathology. 2015;27(3):344-347.
- Rana K, Meher R, Singh I, Narula V, Sura JH. Lipoma in unusual head and neck region: case series of 4 patients. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2013;8(3):75-78.
- Jones AP, Lewis CJ, Dilley P, Hide G, Ragbir M. Lipoma or Liposarcoma? A cautionary case report. J Plast Reconstr Aesthet Surg. 2012;65(1):e11-e14.
- Suárez-Fente V, Llorente-Pendás JL, Gómez-Martínez J, García-González LA, López-Álvarez F, Suárez-Nieto C. Primary tumours of the parapharyngeal space. Our experience in 51 patients. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;60(1):19-24.
- Riffat F, Dwivedi RC, Palme C, Fish B, Jani P. A systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors reported over 20 years. Oral Oncology. 2014;50(5):421-430.
- Mydlarz WK, Agrawal N. Transparotid and transcervical approaches for removal of deep lobe parotid gland and parapharyngeal space tumors. Operative Techniques in Otolaryngology. 2014;25:234-239.
- Cassoni A, Terenzi V, Della-Monaca M, Bartoli D, Battisti A, Rajabotork-Zadeh O, et al. Parapharyngeal space benign tumours. Our experience. Journal of Cranio-Maxillo-Facial Surgery. 2014;42(2):101-105.
- Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G, Alexandridis C. Parapharyngeal space tumours: surgical approach in a series of 13 cases. Int J Oral Maxillofac Surg. 2010;39:243-250.
- Barnes L, Everson JW, Reichart P, Sidransky D. World Health Organization Classification of Tumors: Pathology & Genetics of Head and Neck Tumours: Tumours of the Salivary Glands. Lyon, France: IARC Press International Agency for Research on Cancer; 2005. Pág. 212-5.
- Abdel-Haleem A, El Sayed A, Hakeem HA. Transmandibular approach in parapharyngeal tumors; when to do it? Egyptian Journal of Ear, Nose, Throat and Allied Sciences. 2011;12:25-31.

Cómo citar este artículo:

Sánchez-Acuña JG, Franco-Garrocho LE, Durán-Macías OE, Peralta-Mata A. Lipoma en espacio parafaríngeo, resección bajo abordaje transmandibular. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2018;56(2):194-7.