

Schwannoma del espacio parafaríngeo. Diagnóstico diferencial basado en las pruebas de imagen

Schwannoma of the parapharyngeal space. Differential diagnosis based on imaging tests

RESUMEN

Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes: representan el 0,5% de la patología oncológica de cabeza y cuello.

El espacio parafaríngeo engloba multitud de estructuras anatómicas por lo que se pueden generar tumores de muy variada naturaleza histológica.

Los escasos síntomas clínicos dificultan realizar un diagnóstico precoz mediante la exploración física por lo que resulta de suma importancia el estudio complementario con pruebas de imagen.

Se presenta el caso de un tumor parafaríngeo que dada su localización y características clínicas planteó dudas en su diagnóstico diferencial.

Se comenta el caso y se discute los posibles diagnósticos diferenciales basándonos fundamentalmente en criterios radiológicos.

PALABRAS CLAVE:

Espacio parafaríngeo. Schwannoma. Diagnóstico diferencial. Criterios radiológicos.

SUMMARY

Tumors of the parapharyngeal space are rare, accounting 0,5% of all head and neck tumors.

Parapharyngeal space encompasses a lot of anatomic structures so tumors of different histological nature can be found here.

Difficult access and few symptoms of these tumors makes difficult the early diagnosis by physical examination so complementary imaging studies are very important.

We present a case of a parapharyngeal tumor when because of its location and clinical features, had a doubtful diagnosis.

We discuss the case and the differential diagnosis emphasizing radiological criteria.

KEY WORDS:

Parapharyngeal space. Schwannoma. Differential diagnosis. Radiological criteria.

Caso Clínico

Mujer de 59 años de edad, con antecedentes de amigdalectomía, embarazo tubárico e HTA que es remitida a consultas de ORL por presentar masa de pared lateral faríngea derecha de meses de evolución, acompañada de ligeras molestias en la deglución.

En la exploración orofaríngea se observa tumoración que protuye sobre pared faríngea lateral derecha, no ulcerada y pulsátil al observarse con detenimiento (Fig. 1). A la palpación no es dolorosa y de consistencia firme. La palpación cervical es negativa.

En cuanto a las exploraciones complementarias, la fibrolaringoscopia pone de manifiesto la tumoración orofaríngea derecha, siendo normal el resto de la exploración. La Eco Doppler descarta una tumoración vascular y los análisis de sangre son considerados normales. Se le realizó una TC que puso de manifiesto una tumoración del espacio parafaríngeo derecho de aspecto homogéneo y bien delimitado, que desplaza la carótida medial y anteriormente (Fig. 2).

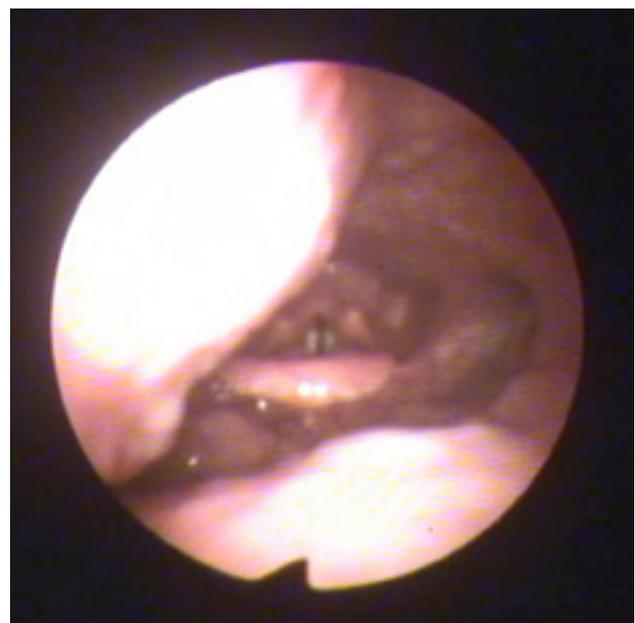


Figura 1: Masa parafaríngea derecha que desplaza la faringe hacia lado contralateral.



Figura 2: Corte axial en el que se observa masa parafaríngea derecha (flecha grande) que desplaza la arteria carótida medial y anteriormente (flecha pequeña). Se aprecia plano de grasa entre glándula parótida y masa parafaríngea.

Dado el riesgo de realizar una PAAF por la localización de la arteria carótida, se decide realizar, bajo anestesia general, una biopsia por vía transoral. La muestra fue informada por el servicio de Anatomía Patológica como tejido fibrótico que engloba varios fascículos nerviosos compatible con Schwannoma.

Tras comentar el caso en el Comité de Tumores de Cabeza y Cuello se decide remitir a la paciente al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial para la exéresis de la tumoración.

Discusión

Los tumores del espacio parafaríngeo son poco frecuentes, representando el 0,5% de las tumoraciones de la cabeza y cuello^{1,5,6,7,9}.

Entre el 70 y 90% son tumoraciones benignas. El 50% son tumoraciones derivadas de glándulas salivares² y entre un 20 y 30% son tumoraciones de origen neurogénico^{1,2,7}. El 20% restante comprende tumoraciones de muy variada naturaleza histológica.

La fascia que se extiende desde la apófisis estiloides hasta el músculo tensor del velo del paladar divide el espacio parafaríngeo en espacio preestíleo y espacio retroestíleo^{2,6,8}.

El espacio preestíleo está ocupado por parte del lóbulo profundo de la glándula parótida, glándulas salivares,

grasa y ganglios, por lo que en esta localización serán más frecuentes los tumores derivados de glándulas salivares. El espacio retroestíleo comprende parte del trayecto de los pares craneales IX, X, XI y XII y del Nervio Simpático cervical y por tanto será más frecuente encontrar tumores de estirpe neurogénica^{5,6,9}.

Dentro de los tumores glandulares el adenoma pleomorfo de cola de parótida es el tumor más frecuente representando el 80-90% de las tumoraciones de origen glandular.

Los neurinomas y en concreto el neurinoma del Nervio vago son las tumoraciones de origen neurogénico más frecuentes, seguidos por los quemodectomas y posteriormente por los neurofibromas^{1,5,6,9}.

Debido a su lento crecimiento estas tumoraciones son en general asintomáticas^{1,3,4,5,6}.

Sólo las masas de gran tamaño darán lugar a un abultamiento visible o palpable mediante exploración física, presentándose como una masa orofaríngea, indolora y de consistencia firme a la palpación, que respeta la amígdala y la mucosa que la recubre y desplaza la faringe hacia un lado^{1,4,5}. Menos frecuentemente el tumor crece caudalmente y se observa una masa laterocervical alta.

El diagnóstico de las lesiones del espacio parafaríngeo es fundamentalmente radiológico^{1,3,5,6,8}. Deberá realizarse siempre una TC que pondrá de manifiesto la presencia o no de un plano de grasa entre la porción profunda de la glándula parótida y la masa parafaríngea, de manera que si se observa un plano de grasa en todos los cortes axiales de la TC la masa parafaríngea no es de origen parotídeo. Por el contrario si en algún corte observamos ausencia de plano de grasa y continuidad entre ambas estructuras, la lesión probablemente será de origen parotídeo^{1,5}.

La RMN permite una mejor diferenciación de los tejidos blandos y por tanto permitirá una mejor diferenciación del mencionado plano de grasa en el caso de que tengamos dudas⁵.

Otro signo radiológico importante es la localización de la arteria carótida interna con respecto a la masa parafaríngea^{4,5}.

Los tumores parafaríngeos derivados de las glándulas salivares suelen desarrollarse en el espacio preestíleo que se sitúa por delante de la arteria carótida y por tanto la desplazarán hacia atrás. Los tumores de origen neurogénico se desarrollan en el espacio retroestíleo y por tanto se sitúan por detrás de la arteria carótida, desplazándola anterior y medialmente¹.

Por todo ello, la valoración de la presencia o no del plano de grasa entre la masa parafaríngea y la parótida; y la localización de la carótida interna nos permite realizar un diagnóstico preoperatorio en el 90% de los casos^{1,5,9}.

El tratamiento de estos tumores es quirúrgico. El abordaje depende en gran parte del diagnóstico radiológico que se haya realizado previamente y del tamaño del tumor, localización, relación con los grandes vasos y sospecha de malignidad.

Existen varios abordajes para acceder al espacio parafaríngeo, habitualmente se realiza un abordaje transparotídeo o un abordaje cervical o transcervical, ya que permiten un buen acceso al espacio parafaríngeo y un adecuado control de las estructuras vasculares y nerviosas^{3,4,5,6,7}.

Las complicaciones son raras, siendo la más frecuente la lesión del nervio que se encuentra englobado en la masa^{7,8,9}.

El pronóstico postquirúrgico es bueno, recidivando tan sólo aquellos casos en los que no se ha extirpado completamente la tumoración⁵.

Bibliografía

1. Suárez C, Gil-Carcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J. Tratado de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª ed. Buenos Aires ; Madrid: Medica Panamericana; 2008.
2. Mangukiya DO, Reza A, Topno M, Gautam R, Mullerpattan P, Jadhav R. A case report on parapharyngeal nerve cell tumor (schwannoma). *Indian J Surg.* 2011 Jan;73(1):58-60. Epub 2010 Nov 30.
3. Saito DM, Glastonbury CM, El-Sayed IH, Eisele DW. Parapharyngeal space schwannomas: preoperative imaging determination of the nerve of origin. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2007 Jul;133(7):662-7.
4. Liao C, Liu S, Wang D. [Clinical characters, diagnosis and treatment of parapharyngeal region neoplasms: a report of 115 cases]. *Hua Xi Kou Qiang Yi Xue Za Zhi.* 2003 Feb;21(1):25-7.
5. Suárez-Fente V, Llorente-Pendás JL, Gómez-Martínez J, García-González LA, López-Alvarez F, Suárez-Nieto C. [Primary tumours of the parapharyngeal space. Our experience in 51 patients]. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009 Jan-Feb;60(1):19-24.
6. I. Doménech Juan, A. Monner Dieguez, E. Cisa Lluís, A. Marí Roig, B. de Frías, R. Jiménez. Schwannoma parafaríngeo: a propósito de un caso. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac v.26 n.4 Madrid jul.-ago. 2004*
7. Giraddi G, Vanaki SS, Puranik RS. Schwannoma of parapharyngeal space. *J Maxillofac Oral Surg.* 2010 Jun;9(2):182-5. Epub 2010 Sep 22.
8. Luna-Ortiz K, Navarrete-Alemán JE, Granados-García M, Herrera-Gómez A. Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2005 Apr;132(4):587-91.
9. Bozza F, Vigili MG, Ruscito P, Marzetti A, Marzetti F. Surgical management of parapharyngeal space tumours: results of 10-year follow-up. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2009 Feb;29(1):10-5.

Correspondencia

Dra. Laura Gracia Simón
Andrés Piquer, 2 - 5º izqda.
50006 Zaragoza
E-mail: lau_g_s@hotmail.com