

ADENOMA PLEOMORFO OSIFICADO DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO: REPORTE DE UN CASO EN PERÚ



Rossana MOSCOL YABAR¹, Fernando SÁNCHEZ TAPIA¹, Franco DOIMI GARCIA²,
Richard DYER VELARDE-ALVAREZ², Jorge GUERRERO GIL¹, Percy MORENO
NAVARRO¹

1 Departamento de Radiodiagnóstico, Oncosalud-Auna. Lima-Perú
2 Departamento de Anatomía Patológica, Oncosalud-Auna. Lima-Perú

INTRODUCCIÓN

- El espacio parafaríngeo (EP) es un espacio casi virtual ubicado en la profundidad del cuello, lateral a la faringe, y medial al ramo de la mandíbula y vasos maxilares¹. Posee forma de una pirámide invertida, que se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides². Asimismo, el proceso estiloides divide este espacio en retroestiloideo (ERE) y preestiloideo (EPE).
- El EP es un espacio potencial para diversos procesos patológicos, que pueden variar desde infecciosos, inflamatorios y neoplásicos. Estos últimos representan el 0,5% de las neoplasias de cabeza y cuello, de los cuales del 70-80% son benignos y 20-30% son malignos⁴.
- La mayoría de los tumores se originan en el ERE son de origen neurogénico como los schwannomas y paragangliomas, mientras que los que se originan en el EPE son derivados de las glándulas salivales⁴.
- Dentro de los tumores derivados de la glándulas salivales, es más común es el adenoma pleomórfico; cuya ubicación más frecuente es el lóbulo superficial de la glándula parótida, sin embargo en una menor proporción también puede originarse en su lóbulo profundo y dependiendo de su tamaño pueden invadir el EP en su porción retroestiloidea por contigüidad.
- Sin embargo, en casos aún más raros pueden tener un origen en el espacio parafaríngeo, en nidos de glándulas salivales ectópicas, o en glándulas salivales menores de la pared faríngea lateral.
- En el siguiente caso presentaremos un paciente con adenoma pleomórfico de localización parafaríngea con matriz condral, siendo estas últimas dos características muy raramente vistas en nuestra práctica clínica día a día.

PRESENTACIÓN DE CASO

- Paciente varón de 41 años sin antecedentes de importancia, cursa desde hace seis meses con disnea leve y dolor cervical, mostrando al examen físico y estudio de nasolaringoscopía, un tumor de amígdala izquierda que compromete el paladar blando hasta el repliegue glosamigdaliano, por lo que le solicitan estudios de imágenes observándose una lesión sólida expansiva en la región parafaríngea izquierda.
- Es evaluado por el departamento de cirugía de de cabeza y cuello, indican una biopsia de la lesión y el estudio anatomopatológico de la muestra biopsiada revela tejido cartilaginoso sin atipia y necrosis, sugiriéndose su extirpación completa para excluir neoplasia maligna de bajo grado.
- Tras la resección, el resultado final de patología fue adenoma pleomórfico predominantemente condroide con calcificaciones y metaplasia escamosa focal en la región parafaríngea y ganglios linfáticos libres de neoplasia. Paciente varón de 41 años sin antecedentes de importancia, cursa desde hace seis meses con disnea leve y dolor cervical, mostrando al examen físico y estudio de nasolaringoscopía, un tumor de amígdala izquierda que compromete el paladar blando hasta el repliegue glosamigdaliano, por lo que le solicitan estudios de imágenes observándose una lesión sólida expansiva en la región parafaríngea izquierda.



Fig 1. Lesión ulcerativa en región paraamigdalina izquierda

- En la TC y RM se evidencia una lesión neoplásica en el EP preestiloideo izquierdo con gruesas calcificaciones centrales de 5.5x4cm, que infiltra el paladar blando, condiciona desplazamiento medial de la pared lateral del espacio faringomucoso y posterolateral de la arteria carótida interna, estando en íntimo contacto en su aspecto posterolateral con el lóbulo profundo de la glándula parótida y con extensión hacia la fosa pterigomaxilar; hallazgo que muestra actividad hipermetabólica con SUV max de 6.0 en el estudio de PET-CT.

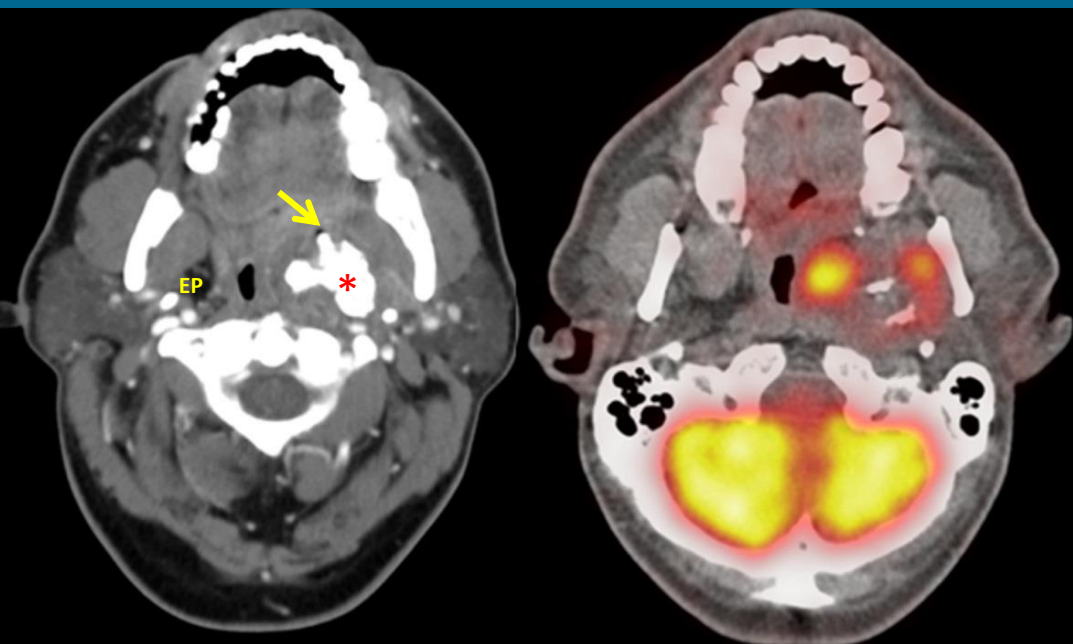


Fig 2 y 3. Lesión expansiva en el EP izquierdo, con gruesas calcificaciones centrales (*), condiciona desplazamiento del espacio faringomucoso y espacio vascular, que muestra actividad hipermetabólica en el estudio de PET-CT.

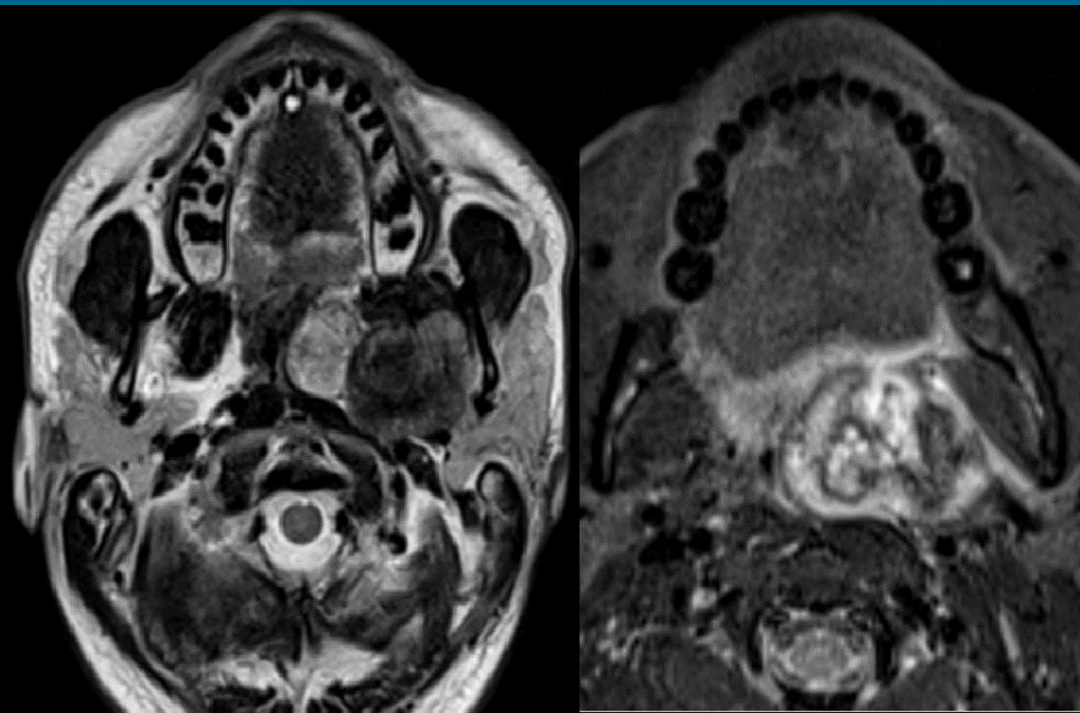


Fig 4 y 5. Lesión en íntimo contacto en su aspecto posterolateral con el lóbulo profundo de la glándula parótida y con extensión hacia la fosa pterigomaxilar. Secuencias T2 (derecha) e inversión recuperación (TIRM) (izquierda).

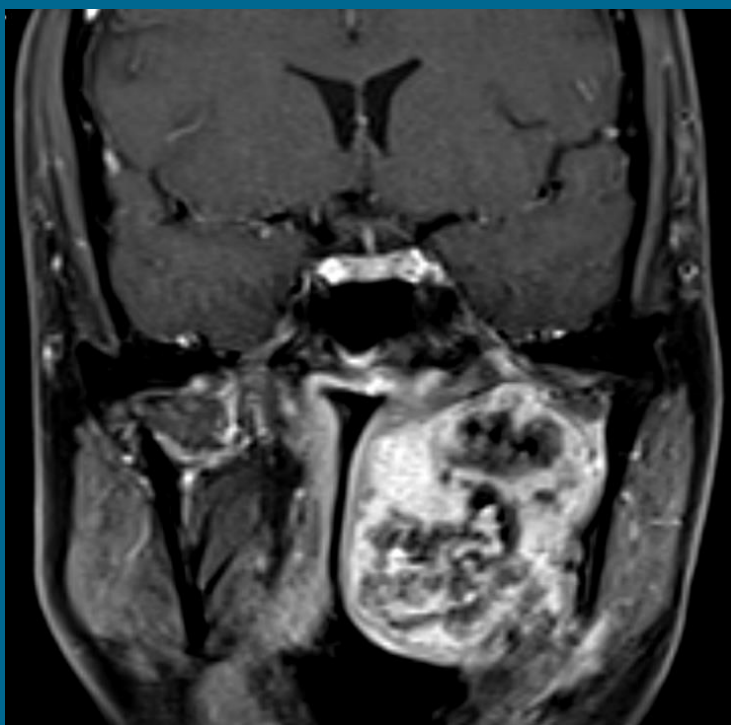
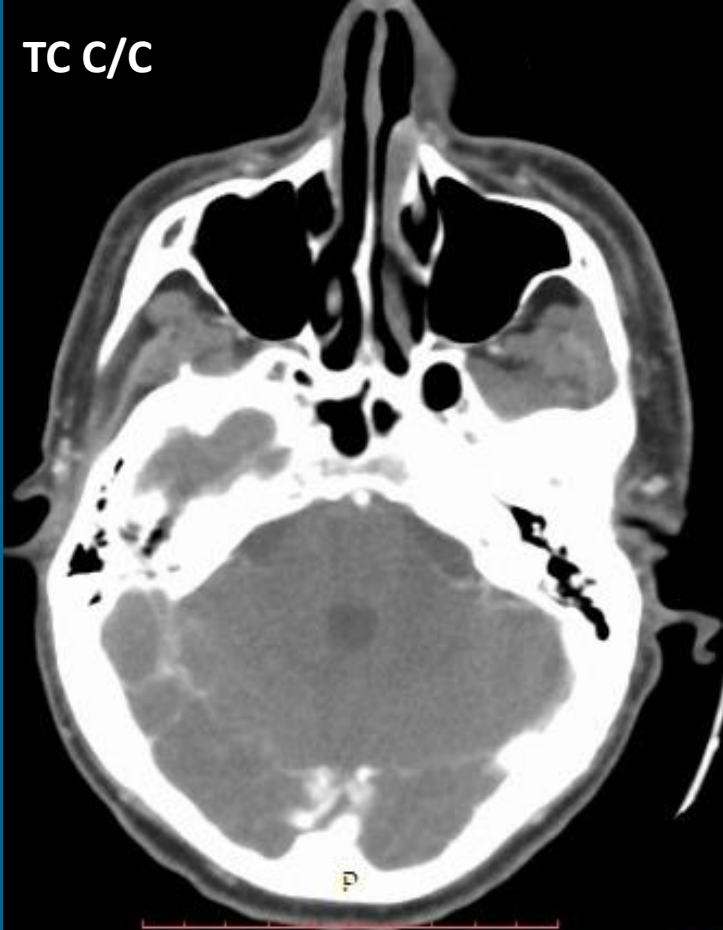


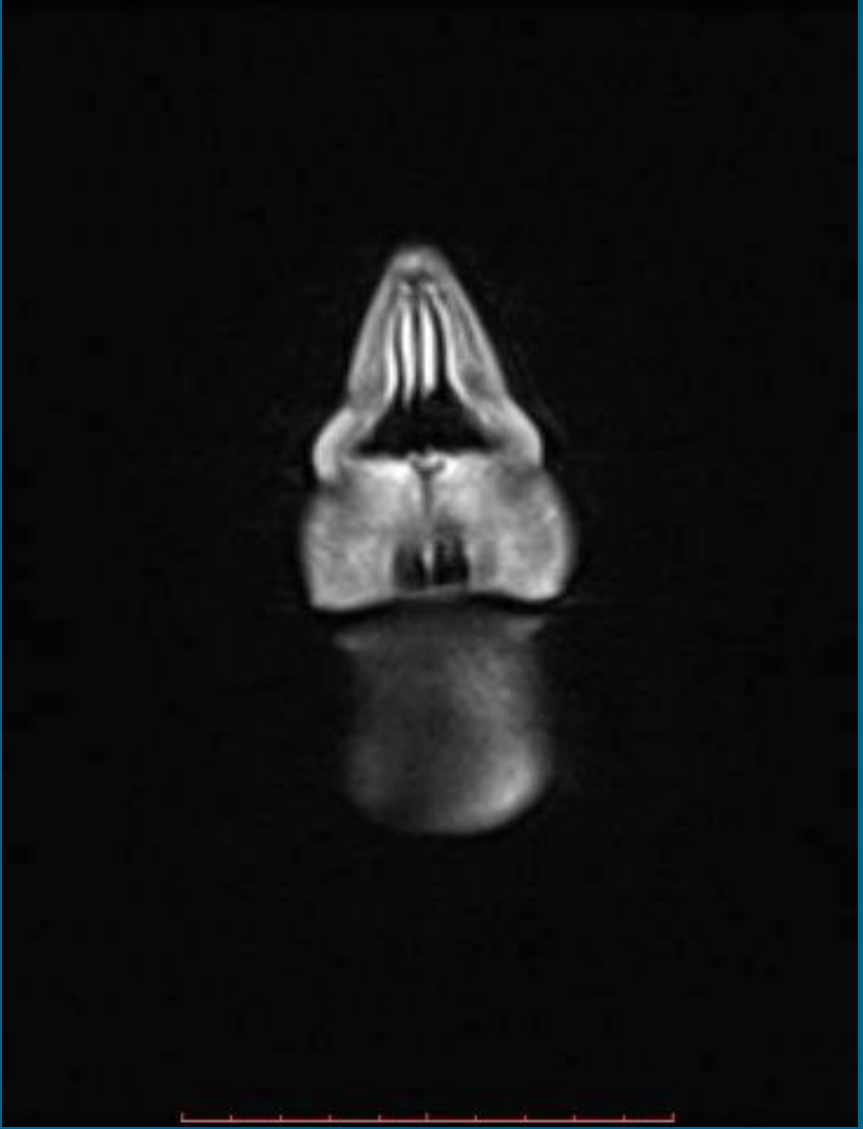
Fig 6. Lesión con extensión hacia la fosa pterigomaxilar
Corte coronal de secuencia T1 con contraste.

TC C/C



T2





T1 C/C

DISCUSIÓN

- El AP es el tumor benigno más común de glándulas salivales, siendo la parótida la más afectada (85%), por otro lado las glándulas submaxilar y salivales menores representan el 8% y 7% respectivamente⁵. Usualmente se presenta en adultos entre los 30 y 50 años, siendo la cuarta década la más frecuente, asimismo, tiene una proporción de 2:1 (masculino:femenino)⁶.
- El paciente habitualmente es asintomático o si presentan dimensiones mayores a 3 cm puede generar dolor cervical, sensación de cuerpo extraño, disfagia, voz nasal, disfonía o ronquido acorde a las estructuras que estén siendo comprimidas⁷.
- A pesar de ser una neoplasia benigna, presenta una alta tasa de recurrencia ligada a la resección incompleta del tumor, es por ello que su diagnóstico se basa primordialmente en estudios de imágenes para determinar su ubicación, extensión y planificación quirúrgica.

- Acorde a lo mencionado en la introducción, la localización primaria en el EP es inusual y puede originarse por remanentes glandulares que permanecen en este espacio durante el desarrollo embrionario. Debe descartarse que no se originen en el lóbulo profundo de la parótida y la tomografía puede ayudar cuando hay una interfase de tejido graso entre la tumoración y la parótida.
- Las características radiológicas muestran un tumor ovoideo, multilobulado bien definido de densidad de partes blandas con captación de contraste tardío ⁸.
- Asimismo, en RNM se caracterizan por ser hipointensos en las secuencias ponderadas en T1 e hiperintensos en las secuencias ponderadas en T2 debido al alto contenido mucoso del estroma⁹.
- Las lesiones de mayor tamaño pueden caracterizarse por presentar áreas de degeneración quística, necrosis, hemorragia o calcificación.
- Histológicamente, el AP está constituido por tejido epitelial y componente mesenquimatoso de cuya acción secretora derivan estructuras hialinas mixoides y pseudocartilaginosas¹⁰.
- El componente mesenquimatoso en algunas zonas presenta pseudocartilago y en menor proporción tejido condroide bien diferenciado. La osificación condroide, como en el caso presentado es rara y se presume que es producida por células metaplásicas mioepiteliales¹¹.
- El riesgo potencial de transformación maligna aumenta con los años con una incidencia de 1 a 7% ⁸.



Fig 7. TC C/C control 6 meses post operatorio

CONCLUSIÓN

- Los tumores parafaríngeos son infrecuentes e inicialmente asintomáticos debido a su localización anatómica.
- El diagnóstico se basa primordialmente en estudios de imágenes, es por ello que resaltamos la importancia del radiólogo para determinar óptimamente su ubicación, extensión y planificación quirúrgica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Cabezas C, Luis; Cardemil M, Felipe y Cabezas L, Luis. Tumores del espacio parafaríngeo. Revisión del tema. Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello [online]. 2015, vol.75, n.2, pp.187-194.
- 2) Parrado, M., Antolín, J., Escalas, M., Agudelo, I., Martínez, F. and Sánchez, E. (2019). Giant pleomorphic adenoma in the parapharyngeal space. Journalsporl.com
- 4) Akın, İ., Karagöz, T., Mutlu, M., Şahan, M. and Önder, E.. Pleomorphic Adenomas of the Parapharyngeal Space. Case Reports in Otolaryngology. Volume 2014, Article ID 168401.
- 5) Franco-Garrocho, L., Pérez-Frutos, J., Sánchez-Acuña, J., Veras-Hernández, M. Use of transmandibular approach for resection of a relapse pleomorphic adenoma on the parapharyngeal space. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(6):801.
- 6) Sapp JP, Wysocki G, Eversole LR. Patología oral y maxilofacial contemporánea. 2ª ed. España: Elsevier; 2004. pp. 347-351 |
- 7) Varoquaux, A., Fakhry, N, Gabriel, S. et al. Retrostyloid parapharyngeal space tumors: a clinician and imaging perspective. Eur J Radiol 2013; 82: 773-82
- 8) Izzo L, Frati R, Cianfrone F, Sassayannis PG, Costi U, Galati G et al (2004) Parotid gland cancer: a case report of a primitive adenocarcinoma arising from a multirecurrent pleomorphic adenoma. J Exp Clin Cancer Res 23:153–156.
- 9) Akın, İ., Karagöz, T., Mutlu, M., Şahan, M. and Önder, E.. Pleomorphic Adenomas of the Parapharyngeal Space. SERAM 2012 / S-1129.
- 10) Eisele dW, Ri CH m O n Jd. Contemporary evaluation and management of parapharyngeal space neoplasms. J Laryngol Otol 2013; 127: 550-5.
- 11) Mills SE, Cooper PH. An ultrastructural study of cartilaginous zones and surrounding epithelium in mixed tumors of salivary glands and skin. Lab Invest 1981; 44: 6-12. 25. Thomas K, Hutt MSR. Tyrosine crystals in salivary gland