

FACTORES CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICOS Y QUIRÚRGICOS DE LOS TUMORES PARAFARÍNGEOS. ANÁLISIS DE DATOS DE NUESTRA INSTITUCIÓN

CARLOS VELANDIA, RAÚL LEON, JOSÉ FRANCISCO MATA, RAFAEL DELGADO MORALES, CARLOS COELLO, GABRIEL PÉREZ, JORGE FIGUEIRA

INSTITUTO DE ONCOLOGÍA "DR. LUIS RAZETTI", CARACAS, VENEZUELA

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

RESUMEN

OBJETIVO: Describir el perfil clínico-epidemiológico de tumores del espacio para-faríngeo en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti", durante el lapso 2000-2017. **MÉTODO:** Estudio fue observacional de tipo descriptivo retrospectivo. **RESULTADOS:** En 41 pacientes con tumores para-faríngeos, caracterizados por un promedio de $43,65 \pm 18,59$ años de edad y sexo femenino (70,73 %). Manifestaciones clínicas fueron aumento de volumen de región parotídea (51,22 %) y latero-cervical (31,71 %); con tiempo de evolución promedio $18,48 \pm 10,36$ meses. Según localización 65,85 % se encontraban en área pre-estiloidea; 75,61 % eran benignos (41,46 % adenoma pleomórfico), 24,39 % malignos (12,20 % carcinoma muco-epidermoide), con tamaño promedio de $6,43 \pm 2,64$ cm, y 21,95 % con márgenes positivos. El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos, utilizándose abordaje trans-cérvico parotídeo (68,29 %), trans-cervical (26,83 %), y trans-oral (4,88 %); mientras, la técnica quirúrgica empleada fue parotidectomía total con preservación del nervio facial (58,53 %), la resección del tumor del cuerpo carotideo así como la parotidectomía total con disección cervical radical modificada (12,20 %). Las complicaciones posoperatorias fueron paresia del nervio facial (31,71 %), parálisis facial permanente (19,51 %) síndrome de Frey (9,76 %). También, 21,95 % registraron recurrencias, con promedio de aparición de $1,66 \pm 0,86$ años. La estancia hospitalaria fue en promedio $4,19 \pm 2,70$ días. **CONCLUSIÓN:** La mayoría de los tumores localizados en el espacio para-faríngeo son benignos, pueden ser tratados de forma quirúrgica con complicaciones posoperatorias asociadas a disfunción del nervio facial; no obstante, el abordaje trans-cérvico parotídeo es el más utilizado.

PALABRAS CLAVE: Espacio para-faríngeo, tumores para faríngeos, imagenología, abordaje quirúrgico.

SUMMARY

OBJECTIVE: To describe the clinical-epidemiological profile of parapharyngeal space tumors at the Institute of Oncology "Dr. Luis Razetti", during 2000-2017. **METHOD:** The study was observational, retrospective descriptive type. **RESULTS:** Forty-one patients with parapharyngeal tumors were included, characterized by an average of 43.65 ± 18.59 years and females (70.73 %). Clinical manifestations were increased volume of the parotid region (51.22 %) and lateral-cervical (31.71 %); with an average evolution time of 18.48 ± 10.36 months. According to location, 65.85 % were in pre-styloid area; 75.61 % were benign (41.46 % pleomorphic adenoma) 24.39 % malignant (12.20 % mucoepidermoid carcinoma), with an average size 6.43 ± 2.64 cm, and 21.95 % with positive margins. Treatment was surgical in all cases, using transcervical parotid approach (68.29 %), transcervical (26.83 %), transoral (4.88 %); meanwhile, surgical technique was total parotidectomy with preservation of the facial nerve (58.53 %) and both resection of the carotid body tumor and total parotidectomy with modified radical cervical dissection (12.20 %). Postoperative complications were paresis of the facial nerve (31.71 %), permanent facial paralysis (19.51 %) Frey's syndrome (9.76 %). 21.95 % registered recurrences, with an average appearance of 1.66 ± 0.86 years. The hospital stay was on average 4.19 ± 2.70 days. **CONCLUSION:** The majority of tumors located in the parapharyngeal space is benign and can be treated surgically with postoperative complications associated with facial nerve dysfunction; however, the parotid transcervical approach is the most used.

KEYWORDS: Parapharyngeal space, pharyngeal tumors, imaging, surgical approach.

Recibido: 21/03/2019 Revisado: 15/05/2019
Aceptado para publicación: 12/06/2019

Correspondencia: Dr. Carlos Velandia. Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti", Calle Real de Cotiza, San José, Caracas. E-mail: velandiacarlos28@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Los tumores del espacio parafaríngeo (TEP) son infrecuentes siendo diagnosticados principalmente en adultos ⁽¹⁾. Un amplio espectro de tumores malignos y benignos se encuentra en esta región anatómicamente compleja, por lo que se requiere un abordaje sistemático y lógico para su diagnóstico, de manera tal de disminuir al máximo la morbilidad. La relevancia de estos tumores estriba fundamentalmente en dos aspectos, por un lado, la dificultad para realizar un diagnóstico precoz debido a la escasa sintomatología que producen en estadios iniciales y por otro, la elevada complejidad quirúrgica de la región parafaríngea. Existe experiencia publicada limitada respecto a su diagnóstico y tratamiento de este tipo de lesiones. Por este motivo, representan un verdadero reto; sin embargo, en la mayoría de los casos se puede llegar a un diagnóstico con una adecuada anamnesis, examen físico, imagenología, y complementando con punción aspirativa con aguja fina (PAAF).

El espacio parafaríngeo (EP) está localizado en el sector superior del cuello y tiene forma de pirámide invertida con su piso en la base del cráneo y su vértice en la unión del músculo digástrico con el asta mayor del hueso hioides. La fascia que se extiende entre la apófisis estiloides y el músculo tensor del velo del paladar divide el espacio en: pre-estiloideo (antero lateral) y pos-estiloideo (posteromedial) ⁽²⁾.

En este sentido, los TEP son infrecuentes y constituyen menos del 0,5 % de las neoplasias de la cabeza y el cuello ⁽³⁾. De hecho, los tumores de glándulas salivales son los más frecuentes (45 %), seguidos por los tumores neurogénicos (40 %) ⁽⁴⁾.

Los estudios de imágenes son fundamentales para la evaluación de los TEP, debido a la limitación del examen físico. La imagenología provee

información importante, como la localización (pre-estiloideo o retro-estiloideo), la extensión (tamaño, invasión, presencia de adenopatías asociadas), el grado de vascularización (mediante el uso de medio de contraste), y la eventual multicentricidad ⁽⁵⁾. Desde el punto de vista imagenológico, la importancia del EP es su alto contenido en grasa, por lo tanto, las exploraciones tanto con tomografía computarizada (TC) como con resonancia magnética (RM) darán lugar a evaluaciones que entregan información complementaria. Los estudios de imágenes son imprescindibles para planificar el abordaje quirúrgico a realizar.

A pesar que se ha reportado que la PAAF no posee un rendimiento elevado en el diagnóstico de los TEP, muchos autores continúan abogando por su uso. Se ha reportado un aspirado no diagnóstico en aproximadamente 25 %-60 % de los casos de PAAF de lo TEP, debido principalmente a falta de material celular, sangrado excesivo y otros problemas técnicos, relacionados sobre todo con dificultades en lograr llegar a la lesión. Sin embargo, se reporta un valor predictivo positivo de 75 %-90 % utilizando PAAF guiada por TC ^(1,6). En tumores del compartimento retro-estiloideo, es importante descartar un glomus altamente vascularizado antes de la realización de una PAAF, por el riesgo de sangrado.

Dentro de las herramientas terapéuticas de estos tumores es evidente que la cirugía es la base del tratamiento y se realiza sobre la base de la información proporcionada por diferentes modalidades de diagnóstico, dentro de los candidatos quirúrgicos se incluyen pacientes con neoplasias primarias benignas o malignas, ciertas metástasis (carcinoma papilar tiroideo), tumores benignos de glándula salival, tumores neurogénicos que ya presentan déficit neurológico, o tumores voluminosos que producen efecto de masa.

Existen varios enfoques quirúrgicos que es posible usar para la resección de lo TEP. El

EP representa un área compleja que dispone de vasos sanguíneos principales, nervios craneales, varios músculos multidireccionales y huesos de la mandíbula y del cráneo que hacen que esta región sea estrecha y difícil de abordar ⁽⁷⁾. Los tipos de abordajes a utilizar son: transcervical, trans-parotídeo, transoral y trans-mandibular. Estos enfoques, o un enfoque combinado, se realizan en la cirugía de lesiones neoplásicas en función de las características del mismo ⁽⁸⁾. Sin embargo, las vías de acceso dependen de la topografía, del tamaño y de la naturaleza histológica del tumor.

A la fecha, no se tiene ningún antecedente previo de estudios realizados en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti" (IOLR) que hayan tratado específicamente pacientes con el diagnóstico de TEP. Parte del beneficio de este trabajo, consiste en entregar información real y con estadísticas propias al personal profesional de salud en formación y especialistas sobre los principales síntomas, hallazgos imagenológicos, tratamiento y complicaciones, para así obtener un pronóstico más preciso según sea el caso.

MÉTODO

El presente estudio se enmarcó en una investigación observacional de tipo descriptivo retrospectivo con el objetivo de describir el perfil clínico-epidemiológico y quirúrgico de los TEP en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti", durante el lapso 2000-2017. Se tomaron en cuenta las siguientes variables: edad, sexo, características clínicas, método imagenológicos, clasificación histopatológica, abordaje quirúrgico y complicaciones posoperatorias. Se excluyeron aquellas casos con tumores de otras regiones anatómicas que se extienden hacia el EP y metástasis en él, de tumores primarios ubicados en otras regiones anatómicas. Los datos se analizaron con *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versión 18.0*.

RESULTADOS

Durante el lapso 2000-2017 se registró un total de 41 pacientes con TEP, siendo los más afectados el grupo de edad entre 31-40 años con 24,39 %, seguidos del rango de 61-70 años con 17,07 % y los grupos de 21-30 años y 41-50 años, con 14,63 % respectivamente; no obstante, el promedio fue de $43,65 \pm 18,59$ años (rango: 4-81 años). Además, se observó predominio del sexo femenino (70,73 %) (Cuadro 1).

En relación con las manifestaciones clínicas se evidencia un aumento de volumen de la región parotídea, latero-cervical y abombamiento de la orofaringe con 51,22 %, 31,71 % y 14,64 %, respectivamente; otros síntomas fueron odinofagia (7,32 %), disfonía (4,88 %) y dolor (4,88 %). Igualmente, se reportó la localización del TEP obteniendo que 48,78 % fuera tanto derecho como izquierdo y solo 1,44 % fue bilateral. Mientras, el tiempo de evolución fue en promedio $18,48 \pm 10,36$ meses, destacándose en 63,41 % menor o igual a 12 meses y 19,51 % entre los 13-24 meses (Cuadro 1).

Para detallar la localización de los TEP se realizaron TC (82,93 %) y RM (17,07 %), resultando que 65,85 % se encontraban ubicados en el área pre-estiloidea (Cuadro 2). De igual manera, se describen los resultados de la PAAF siendo el más frecuente el adenoma pleomórfico con 24,39 % y por biopsia incisional el carcinoma muco-epidermoide con 4,88 % (Cuadro 3).

Seguidamente, se describe el manejo quirúrgico de los pacientes con TEP reportando el principal abordaje realizado fue el trans-cérvico-parotídeo con 68,29 %, luego el transcervical con 26,83 % y transoral solo 4,88 %. A su vez, el tipo de intervención mayormente realizada fue la parotidectomía total con preservación del nervio facial con 58,53 %, seguido tanto de la resección del tumor del cuerpo carotídeo y la parotidectomía total con disección radical modificada con 12,20 % (Cuadro 4).

Cuadro 1. Características clínico-epidemiológicas.

		Número	%
Grupos de Edad (años):	Menor a 10	2	4,8
	11-20	2	4,8
	21-30	6	14,6
	31-40	10	24,3
	41-50	6	14,6
	51-60	5	12,2
	61-70	7	17
	Mayor a 70	3	7,3
	Sexo:	Masculino	12
Femenino		29	70,3
Manifestación clínica:	Aumento de volumen región parotídea	21	51,2
	Aumento de volumen latero-cervical	13	31,7
	Abombamiento pared de orofaringe	6	14,6
	Odinofagia	3	7,3
	Disfonía	2	4,8
	Dolor	2	4,8
	Voz gangosa	1	2,4
	Parálisis facial	1	2,4
	Disnea	1	2,4
Tiempo de evolución(meses):	Menor a 12	26	63,4
	13-24	8	19,5
	25-36	2	4,8
	37-48	2	4,8
	Mayor 49	3	7,3

Cuadro 2. Localización del tumor parafaríngeo por métodos imagenológicos

Localización	Nº	%
Pre-estiloideo	27	65,85
Bifurcación de carótida	4	9,76
Pos-estiloideo	2	4,88
Sin datos	8	19,51
Total	41	100,00

Cuadro 3. Resultados histológicos de biopsia preoperatoria de pacientes con tumores para-faríngeos

Resultados histológicos	Nº	%
Biopsia Incisional		
Carcinoma muco-epidermoide	2	4,88
Adenocarcinoma infiltrante	1	2,44
Carcinoma adenoideo quístico	1	2,44
Sialoblastoma	1	2,44
Linfadenitis crónica	1	2,44
TRUCUT		
Adenoma pleomórfico	1	2,44
Carcinoma monomórfico	1	2,44
PAAF		
Adenoma pleomórfico	10	24,39
Adenoma monomórfico	1	2,44
Carcinoma células escamosas	1	2,44
Sialoadenitis crónica	1	2,44
Hemangioma	1	2,44
Frotis hemorrágico	1	2,44
Inflamación crónica inespecífica	1	2,44
Lesión epitelial benigna	1	2,44
Linfadenitis reactiva	1	2,44
Sospechoso para malignidad	1	2,44
No concluyente para diagnóstico	2	4,88
Insuficiente para el diagnóstico	3	7,31
No PAAF ni biopsia preoperatoria	9	21,95
Total	41	100,00

El tipo de tumor reportado fue 75,61 % benigno y 24,39 % maligno, con un tamaño promedio de $6,43 \pm 2,64$ cm, de los cuales 53,66 % se encontraban entre 5 cm-10 cm. Del mismo modo, se registraron 58,54 % márgenes negativos y 21,95 % positivos (Cuadro 5). En relación con los tumores malignos según los resultados de la biopsia definitiva se evidencia que 12,20 % fue carcinoma muco-epidermoide y los benignos fueron 41,46 % adenoma pleomórfico y 12,20 % tumor de cuerpo carotídeo, el cual se encuentra entre los tumores para-ganglionares (Cuadro 6).

Cuadro 4. Manejo quirúrgico de los tumores para-faríngeos

Manejo quirúrgico	Nº	%
Tipo de abordaje		
Transcervico parotídeo	28	68,29
Transcervical	11	26,83
Transoral	2	4,88
Tipo de intervención		
Parotidectomía total con preservación nervio facial	24	58,53
Parotidectomía del lóbulo profundo	2	4,88
Parotidectomía ampliada	3	7,31
Resección del tumor del cuerpo carotídeo	5	12,20
Parotidectomía total + disección radical modificada	5	12,20
Resección segmentaria de carótida primitiva	1	2,44
Parotidectomía con reconstrucción de la piel	1	2,44
	n=41	

Cuadro 5. Características de los tumores para-faríngeos

Características de los tumores	Nº	%
Tipo		
Benignos	31	75,61
Malignos	10	24,39
Tamaño		
<5 cm	11	26,83
5-10 cm	22	53,66
>10 cm	8	19,51
Márgenes		
Positivos	9	21,95
Negativos	24	58,54
Estrechos	1	2,44
No documentado	7	17,07
	n=41	

Cuadro 6. Resultados histológicos de biopsia definitiva de pacientes con tumores para-faríngeos

Resultados Histológicos	Nº	%
Malignos		
Carcinoma muco-epidermoide	5	12,20
Carcinoma de células escamosas	1	2,44
Adenocarcinoma polimórfico	1	2,44
Adenocarcinoma del ducto salival	1	2,44
Carcinoma adenoideo quístico	1	2,44
Linfoma folicular	1	2,44
Benignos		
Adenoma pleomórfico	17	41,46
Tumor de cuerpo carotídeo	5	12,20
Schwannoma	1	2,44
Rabdomioma	1	2,44
Hemangioma cavernoso	1	2,44
Fibroma	1	2,44
Sialoblastoma	1	2,44
Paraganglioma vagal	1	2,44
Quiste seroso	1	2,44
Tumor de Warthin	1	2,44
No tumoral		
Sialoadenitis crónica	1	2,44
Total	41	100,00

Con referencia a las complicaciones posoperatorias se registraron en orden de frecuencia: paresia del nervio facial (31,71 %), parálisis facial permanente (19,51 %), síndrome de Frey (9,76 %) y 31,71 % no presentaron complicaciones (Cuadro 7). Asimismo, 21,95 % de los pacientes presentaron recurrencias (3 con carcinoma muco-epidermoide, 3 adenoma pleomórfico, 1 carcinoma adenoideo quístico, 1 carcinoma de células escamosas, 1 sialoblastoma) con un promedio de aparición de $1,66 \pm 0,86$ años.

Cuadro 7. Complicaciones posoperatorias en pacientes con tumor parafaríngeo

Complicaciones Posoperatorias	Nº	%
Paresia del Nervio facial	13	31,71
Parálisis facial permanente	8	19,51
Síndrome de Frey	4	9,76
Parálisis facial transitoria	3	7,31
Dehiscencia de herida	2	4,88
Infección del sitio operatorio	2	4,88
Trismo transitorio	1	2,44
Lesión incidental de rama temporofacial	1	2,44
Sección de la división cervicofacial	1	2,44
Sin complicaciones	13	31,71
	n=41	

Por último, se determinó la estancia hospitalaria de los pacientes con TEP sometidos a cirugía, resultando que 80,49 % fue menor o igual a 5 días, con un promedio de $4,19 \pm 2,70$ días (rango: 2-12 días).

DISCUSIÓN

El EP constituye una región anatómica y funcionalmente muy compleja, situada en la parte alta de la faringe. A pesar, que los tumores ubicados en este espacio son infrecuentes, la cirugía plantea problemas de acceso, exposición, control vascular y nervioso, por lo que solo debe programarse después de un estudio lo más completo posible.

En este sentido, se realizó un estudio descriptivo observacional con el objetivo de describir el perfil clínico-epidemiológico y quirúrgico de los TEP en el Instituto de Oncología "Dr. Luis Razetti", durante el período 2000-2017. Para ello, se obtuvo un total de 41 historias clínicas, donde los pacientes se caracterizaron por un promedio de edad de $43,65 \pm 18,59$ años,

siendo el grupo más afectado de 31-40 años (24,39 %), con predominio del sexo femenino (70,73 %). Estos resultados son comparables con Grilli y col. ⁽⁹⁾, quienes obtienen una media de 47 años; aunque, no encontraron diferencias en cuanto al sexo. Por su parte, Suárez y col. ⁽¹⁰⁾, informan una media de 45 años, mostrando predominio del sexo masculino (60 %). Sin embargo, coincide con Moreno y col. ⁽¹¹⁾, quienes señalan que los tumores para-faríngeos son más frecuentes en mujeres entre 30 y 60 años de edad.

En general los TEP son asintomáticos, no dolorosos y frecuentemente diagnosticados en un examen de rutina ^(12,13). Cuando se manifiestan cursan con una sintomatología anodina, y presencia de dolor, trismo y/o parálisis de pares craneales los cuales sugieren malignidad. En el presente estudio, se describen las manifestaciones clínicas de mayor frecuencia como aumento de volumen de la región parotídea (51,22%), también se reportó aumento de volumen latero-cervical (31,71 %) y abombamiento de la orofaringe (14,64 %); además, la localización fue por igual del lado derecho como izquierdo (48,78 %, cada uno), con un tiempo de evolución promedio $18,48 \pm 10,36$ meses, reportando que 63,41 % de los pacientes contaban con menos de 12 meses de iniciado la sintomatología.

Para Grilli y col. ⁽⁹⁾, los hallazgos más comunes en la exploración física fueron el abombamiento de la pared posterior de la orofaringe y de la región amigdalina, en 34 % de los pacientes y la palpación de una masa cervical se apreció en 26 %. En cambio, Suárez y col. ⁽¹⁰⁾, señalan como los hallazgos más usuales en la exploración física son el abombamiento de la pared posterior de la orofaringe y de la región amigdalina en 51 % de los pacientes y 35 % se apreció la palpación de una masa cervical. De igual manera, Cabezas y col. ⁽¹²⁾, publican que los signos funcionales suelen ser un simple abombamiento faríngeo o una masa discreta que se proyecta en la región cervical.

Con referencia a los anteriores, los estudios de imágenes son fundamentales para la evaluación de los TEP, debido a la limitación del examen físico en la evaluación de este espacio. Es por ello, que una vez establecida la sospecha de la existencia de un TEP, el diagnóstico se basa en las pruebas de imagen. Por lo tanto, es imprescindible la realización de estudios radiológicos complementarios, fundamentalmente TC y/o RM, para confirmar el compartimiento pre y/o pos-estileo y la extensión de tumor parafaríngeo, así como el diagnóstico topográfico que posteriormente permita orientar la elección del abordaje quirúrgico ^(7,14,15).

De hecho, el estudio radiológico informa sobre la localización pre o pos-estileo, la relación que establece la masa con la glándula parótida, los grandes vasos y las características radiológicas del tumor. Es así, como la mayoría de los pacientes estudiados se realizó TC (82,93 %), con el fin de confirmar la ubicación topográfica del tumor obteniendo que 65,85 % se encontraran en el espacio pre-estiloideo. Suárez y col. ⁽¹⁰⁾, indican que el estudio radiológico más realizado fue la TC, en 94 % de los pacientes, seguido de la RM, en 47 %. En los pacientes cuyos tumores presentaban una intensa captación de contraste, o signos de un aumento de la vascularización, se indicó la realización de una arteriografía, en 18 % de los casos, obteniendo como el área más comprometida el pre-estiloideo.

Desde el punto de vista anatomopatológico, Grilli y col. ⁽⁹⁾, realizaron un estudio prequirúrgico mediante una PAAF en 12 % de los pacientes, mostrando que el diagnóstico citológico mediante PAAF es limitada y poco útil; únicamente en 5 de ellos se encontró una correlación con los resultados anatomo-patológicos definitivos. A su vez, Ijichi y col. ⁽¹⁵⁾, mencionan que 72,4 % se sometieron a un examen de PAAF preoperatoria, la cual contribuyó al diagnóstico preoperatorio en 42,9 % de estos casos. Estos resultados contrastan con los obtenidos en la presente revisión donde

24,39 % de los pacientes reportaron adenoma pleomórfico según resultados citológicos de la PAAF; mientras, 4,88 % fueron carcinoma muco-epidermoide por biopsia incisional.

En este estudio, al igual que en la mayoría de los trabajos revisados ^(7,9,14,18), existe un claro predominio de los tumores benignos (75,61 %), entre estos los más frecuentes fueron el adenoma pleomórfico (41,46 %) y el tumor de cuerpo carotídeo (12,20 %), considerado este último entre los tumores para-ganglionares. Asimismo, 24,39 % fueron malignos, ocupando el primer lugar el carcinoma muco-epidermoide (12,20 %). También, se registraron otros tipos de tumores, pero con bajo porcentaje como carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma del ducto salival, adenocarcinoma polimórfico, carcinoma adenoideo quístico, linfoma folicular (2,44 %, respectivamente).

Por su parte, Acosta y col. ⁽¹³⁾, muestran el resultado histopatológico donde 87 % corresponden a patología benigna y 13 % a maligna. Dentro de los primeros, el más frecuente era el adenoma pleomorfo (43 %), seguido por tumores neurogénicos (39 %) y paragangliomas del seno carotídeo (9 %). Estos resultados son similares a los reportados por Iglesias y col. ⁽¹⁶⁾, donde las neoplasias benignas fueron predominantes (80 %), y el tumor más frecuente fue el adenoma pleomórfico y Grilli y col. ⁽⁹⁾, encuentran que 74 % de la serie estudiada eran benignos, de estos 36 % eran adenoma pleomorfo y 35 % para-ganglionares (vagales y yugulares).

Debido a la gran variedad de estructuras que contiene el EP, existe un amplio grupo de tumores infrecuentes, como: cordomas, mesenquimomas, hemangiopericitoma, fibrohistiocitoma maligno y angiosarcoma ^(2,6). Al respecto, Suárez y col., publican que en la serie predominan de forma clara los tumores benignos (70 %), respecto a los malignos (30 %) ⁽¹⁰⁾. Entre los tumores de naturaleza benigna, el más frecuente fue el adenoma pleomorfo, seguido de los

paragangliomas y los schwannomas.

En la literatura se encuentran descritos gran cantidad de abordajes que posibilitan alcanzar esta región anatómica; aunque, se debe tener en cuenta varias premisas como: el tamaño del tumor, la cercanía a la orofaringe, la histología preoperatoria de la masa junto con su vascularización y por último la relación con el paquete vásculo-nervioso cervical ⁽²⁾. Es por ello, que, en el presente estudio, se logró obtener información sobre el tamaño de los tumores, cuyo promedio fue de $6,43 \pm 2,64$ cm, de los cuales 53,66 % contaban entre 5 cm-10 cm. Del mismo modo, se examinaron los márgenes resultando negativos en 58,54 % y positivos en 21,95 %; mientras, el principal abordaje realizado fue el trans-cérvico-parotídeo (68,29 %) y el tipo de intervención realizada fueron parotidectomía total con preservación del nervio facial (58,53 %) y tanto la resección del tumor del cuerpo carotídeo como la parotidectomía total con disección radical modificada (12,20 %).

En este orden de ideas, el abordaje transcervical fue el más frecuentemente realizado en los pacientes del estudio de Grilli y col., considerado adecuado y suficiente para la exéresis completa, y sin complicaciones de la mayoría de los TEP ⁽⁹⁾. De allí, que el abordaje transcervical se utilizó en 56 casos, el abordaje trans-cérvico-parotídeo en 15 casos, el abordaje de la fosa infra-temporal tipo A en 13 casos, el abordaje trans-mandibular en 4 casos y el abordaje transoral en 2 casos.

Al igual que en la bibliografía revisada ^(17,18), el mayor número de secuelas en la serie de Grilli y col., fueron las de origen neurogénico (paresias o parálisis de pares craneales) relacionadas con las resecciones de paragangliomas y neurinomas ⁽⁹⁾. En cambio, en el presente estudio las complicaciones posoperatorias fueron paresia del nervio facial (31,71 %), parálisis facial permanente (19,51 %), síndrome de Frey (9,76 %). En cambio, se registró 21,95 % de los

pacientes con recurrencias, siendo el carcinoma muco-epidermoide y el adenoma pleomórfico las variedades histológicas tanto malignas como benignas que más recurrencia presentaron, con un promedio de aparición de $1,66 \pm 0,86$ años.

De igual manera, Iglesias y col., encuentran como la secuela posoperatoria más común el compromiso de un nervio craneal, y un bajo porcentaje de pacientes presentaron complicaciones locales después de la cirugía ⁽¹⁶⁾. Cabe agregar, lo reportado por Sun y col. ⁽¹⁸⁾, quienes describen tres casos de síndrome de Horner, 2 disfunciones del nervio facial. Luego, Suárez y col. ⁽¹⁰⁾ mencionan que las recidivas se presentaron en pacientes diagnosticados con tumores malignos, en los cuales fue imposible una resección quirúrgica completa de la masa, excepto un caso de carcinoma ex adenoma pleomorfo, que permanece vivo.

Finalmente, se determinó la estancia hospitalaria resultando que 80,49 % fue menor o igual a 5 días, con un promedio de $4,19 \pm 2,70$ días; resultado menor al encontrado por Grilli y col., quienes obtienen una estancia media de ingreso hospitalario de 12 días ⁽⁹⁾.

En conclusión, los TEP representan un grupo de neoplasias poco comunes pero interesantes en área de cabeza y cuello. La presentación clínica al diagnóstico muchas veces comanda la conducta. Siguen siendo un reto para el cirujano oncólogo, sobre todo considerando la variedad de histologías que pueden estar presentes en esta región anatómica. Es necesario conocer los posibles diagnósticos diferenciales, lo que junto a la imagenología y eventual uso de PAAF pueden orientar el diagnóstico definitivo en un número importante de casos. La resección quirúrgica es la vía terapéutica de elección, la que se puede realizar a través de un abordaje transcervical o trans-cérvico-parotídeo, sin la necesidad de procedimientos reconstructivos mayores. El abordaje quirúrgico estará en función de la localización y el tamaño del tumor;

una vía transcervical o cervical-parotídeo será útil para la resección de la gran mayoría de estos tumores, tanto pre como pos-estiloideos. Las complicaciones posoperatorias están relacionadas fundamentalmente con la afectación de la función del nervio facial tanto transitoria como permanente.

REFERENCIAS

1. Bradley P, Bradley P, Olsen K. Update on the management of parapharyngeal tumours. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;19:92-98.
2. Basaran B, Polat B, Unsaler S, Ulsan M, Aslan I, Hafiz G. Parapharyngeal space tumours: The efficiency of a transcervical approach without mandibulotomy through review of 44 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2014;34:310-316.
3. Fernández M, Fernández J, Costas A, Sandoval M, López A. Tratamiento quirúrgico de tumores benignos del espacio parafaríngeo. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2008;13(1):64-68.
4. Kuet M, Kasbekar A, Masterson L, Jani P. Management of tumors arising from the parapharyngeal space: A systematic review of 1 293 cases reported over 25 years. *Laryngoscope.* 2015;125(6):1372-1381.
5. Eisele D, Richmon J. Contemporary evaluation and management of parapharyngeal space neoplasms. *J Laryngol Otol.* 2013;127:550-555.
6. Varoquaux A, Fakhry N, Gabriel S, Garcia S, Ferretti A, Chondrogiannis S, et al. Retrostyloid parapharyngeal space tumors: A clinician and imaging perspective. *Eur J Radiol.* 2013;82:773-782.
7. Dimitrijevic M, Jesic S, Mikic A, Arsovic N, Tomanovic N. Parapharyngeal space tumors: 61 case reviews. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:983-989.
8. Papadogeorgakis N, Petsinis V, Goutzanis L, Kostakis G y Alexandridis C. Parapharyngeal space tumors: Surgical approaches in a series of 13 cases. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2010;39:243-250.
9. Grilli G, Suarez V, Muñoz M, Costales M, Llorente J. Parapharyngeal space primary tumours. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017;68(3):138-144.
10. Suárez V, Llorente J, Gómez J, García L, López F, Suárez C. Primary tumours of the parapharyngeal space. *Our*

- experience in 51 patients. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2009;60(1):19-24.
11. Moreno N, Rodríguez Y, González J. Comportamiento de los tumores primarios del espacio parafaríngeo en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) en el período 2004-2010. *Rev Cubana Otorrinolaringol Cirug Cabeza Cuello.* 2014;2(1):3-26.
 12. Cabezas L, Cardemil F, Cabezas L. Tumores del espacio parafaríngeo: Revisión del tema. *Rev Otorrinolaringol. Cir Cabeza Cuello.* 2015;75(2):187-194.
 13. Acosta L, Montalvao P, Magalhaes M, Olias J, Santiago N. Tumores del espacio parafaríngeo. Nuestra Experiencia-I.P.O. Francisco Gentil-Lisboa. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002;53:485-490.
 14. Paderno A, Piazza C, Nicolai P. Recent advances in surgical management of parapharyngeal space tumors. *Curr Opin Otolaryngology Head Neck Surg.* 2015;23(2):83-90.
 15. Ijichi K, Murakami S. Surgical treatment of parapharyngeal space tumors: A report of 29 cases. *Oncology Letters.* 2017;14(3):3249-3254.
 16. Iglesias M, López M, Gómez J, Jimeno M, Poch J. Parapharyngeal space tumors: Fifty-one cases managed in a single tertiary care center. *Acta Otolaryngol.* 2016;136(3):298-303.
 17. Riffat F, Dwivedi R, Palme C, Fish B, Jani P. Systematic review of 1143 parapharyngeal space tumors. *Oral Oncol.* 2014;50(5):421-430.
 18. Sun F, Yan Y, Wei D, Li W, Cao S, Liu D, et al. Surgical management of primary parapharyngeal space tumors in 103 patients at a single institution. *Acta Otolaryngol.* 2018;38(1):85-89.