

# ABORDAJE INTRAORAL ENDOSCÓPICO DEL ESPACIO PARAFARINGEO

Autor: <sup>1</sup>Jorge Alfredo Martínez Marcos

## RESUMEN

**Introducción:** La Patología del espacio parafaríngeo representa casi un 0.5 % de todas las enfermedades de cabeza y cuello.

**Método:** Se presenta la experiencia personal de tres casos que fueron intervenidos quirúrgicamente mediante un abordaje intraoral endoscópico.

**Resultados:** Esta variante técnica puede considerarse como un punto de partida de una cirugía mínimamente invasiva y de gran seguridad que con el transcurrir del tiempo y casuística demuestre su real ventaja.

**Conclusiones:** El uso de endoscopios dentro del espacio parafaríngeo abre un nuevo campo a la cirugía de experimentación, ofreciendo una vía útil y sencilla a un espacio de tan difícil abordaje.

**PALABRAS CLAVE:** Abordaje, Endoscópico, Espacio, Parafaríngeo.

## INTRODUCCIÓN

La Patología del espacio parafaríngeo es rara y representa casi un 0.5% de todas las enfermedades de cabeza y cuello, las características anatómicas del espacio la hacen difícil al examen clínico, con la llegada de la tomografía axial computarizada ayudo al correcto diagnóstico de la patología del espacio. Diversas técnicas quirúrgicas se emplean para el difícil tratamiento de las enfermedades neoplásicas existentes, técnicas como: La Transoral, con una vía directa, pero con poco control de los grandes vasos y como límite la apófisis estiloides. La Vía Transcervico submaxilar, utilizada para el abordaje de grandes tumores, con un campo limitado de trabajo. La Vía Transcervical utilizada para masas post estiloideas, casi parecida a la transcervico submandibular.

El Abordaje Transmandibular, utilizada para grandes masas neoplásicas y con control de los grandes vasos, es una cirugía mayor, con un grado alto de morbimortalidad. El Abordaje Transparotideo, utilizado para intervenir el lóbulo profundo de la parótida. Y la Vía con disección de la fosa Infratemporal o Resección Craneofacial, para neoplasias que invaden el espacio y la base del cráneo.

La patología originada en el Espacio Parafaríngeo es poco frecuente. Durante el periodo de Agosto del 2007 a Octubre del 2009 en el Hospital III de Yanahuara, Arequipa Perú, se realiza el abordaje quirúrgico intraoral asistido con endoscopia de diversa patología del espacio parafaríngeo. Con esta técnica asistida se tiene una perfecta visualización del espacio parafaríngeo que permite postular su uso en casos más complejos.

<sup>1</sup> Médico Cirujano Otorrinolaringólogo Hospital III Yanahuara EsSalud Arequipa.

La vía Intra Oral Endoscópica Asistida, postulada en el presente trabajo, empleada para neoplasias benignas del espacio parafaríngeo, brinda un campo de visualización efectiva y sobre todo un post operatorio satisfactorio. Se presenta la experiencia inicial y de investigación de tres casos que fueron intervenidos quirúrgicamente mediante esta variación técnica, dos pacientes con Síndrome de Eagle, sintomático, un quiste congénito que origina una gran masa nasofaríngea con disección entre los grandes vasos y el abordaje experimental instructivo.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el periodo de Agosto del 2007 a Octubre del 2009 en el Hospital III de Yanahuara, Arequipa Perú, se realiza el abordaje quirúrgico intraoral asistido con endoscopia de diversa patología del espacio parafaríngeo. Este estudio aborda unicamente patología benigna del espacio parafaríngeo. Los pacientes intervenidos y posteriormente controlados durante todo este periodo, constan de una historia clínica completa donde figuran los estudios imagenológicos y controles post operatorios satisfactorios hasta la fecha actual.

La implementación de una nueva técnica quirúrgica, siempre está acompañada de una previa reflexión de la utilidad de la misma y la practica previa a su implementación. En los casos descritos se cumple con todos estos requerimientos.

**Caso Nº 1**, Paciente de 11 años de edad, sexo masculino, quien consultó por presentar aumento de volumen en naso faringe, de 3 meses de evolución, que origina alteración del tono de la voz, dificultad para alimentarse. Al examen físico se evidencia masa tumoral quística de grandes proporciones que proceden de la nasofaringe y se puede visualizar en orofaringe. La TAC de cuello y nasofaringe muestra una tumoración quística de aproximadamente 5 x 8 cm. que procede de la pared lateral de la nasofaringe y se dirige hacia la orofaringe,

Se decide realizar una intervención quirúrgica endoscópica combinada, para lo que se emplea telescopios rígidos nasales de 4 mm. De 0º y 30º, equipo de cirugía bucofaríngea y equipo de cirugía endoscópica.

Bajo anestesia general se procede a visualizar con telescopios rígidos la zona de implantación de la tumoración encontrando que es de pedículo muy delgado en pared lateral de nasofaringe, se infiltra con xilocaína al 2% con epinefrina en los bordes de la implantación y bajo visión directa con el telescopio de 30º se realiza la abertura y disección del quiste que se implanta en la mucosa e invade el espacio parafaríngeo ubicándose entre los grandes vasos del cuello.

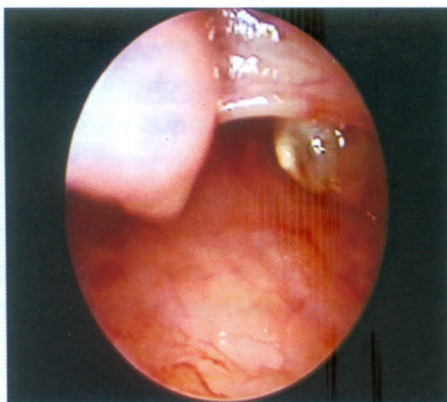


Imagen Nº 1 Quiste parafaríngeo

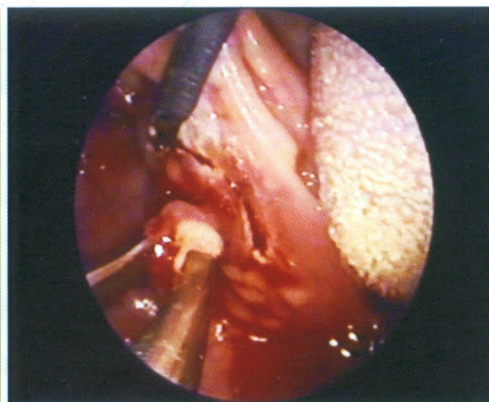


Imagen Nº 2 Abertura bajo visión directa Endoscópica



Se realiza disección fina con visualización directa de los grandes vasos del cuello hasta lograr el retiro del quiste que se introducía hacia el espacio parafaríngeo.



Imagen Nº 3 Disección fina

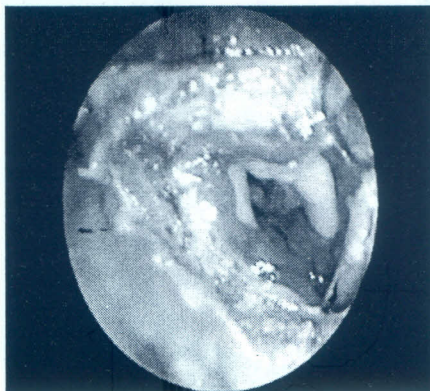


Imagen Nº 4 retiro del quiste y Visualización directa del espacio parafaríngeo con Arterias carótidas

Posteriormente se realiza la cobertura de la herida operatoria con hemocolágeno, en el post operatorio inmediato el paciente no presenta hemorragia alguna por lo que pasa a hospitalización donde recibe antibiótico terapia con una estadía hospitalaria de dos días con posterior alta y controles post operatorios sin presentar molestia alguna al cabo de dos años.

**Caso Nº 2**, Paciente de 52 años de edad de sexo femenino, quien consulta por presentar únicamente dificultad al movimiento cefálico, con limitación en maxilar inferior, tiene el antecedente de amigdalectomía 30 años atrás. Al examen físico se encuentra orofarínge sin la presencia de amígdalas palatinas por la cirugía previa. A la palpación del lecho amigdalino, se encuentra protuberancia sólida por lo que se solicita TAC cervical donde se realiza la medida de las apófisis estiloides siendo la izquierda mayor que la del lado contrario por lo que se decide su intervención quirúrgica bajo anestesia general con video cirugía simultánea con abordaje intraoral, se utilizó material de cirugía bucofaríngea y telescopios de 30 y 0 grados así como instrumental delicado de cirugía endoscópica. Se realiza abertura oral con abre bocas de Davis, pequeña incisión en pilar anterior del lecho amigdalino y posterior disección roma bajo visión directa con telescopio de cero grados hasta alcanzar la apófisis estiloides, la cual es disecada de sus inserciones musculares con instrumental de cirugía endoscópica, delicado, y posterior resección de 1.cm. de apófisis estiloides con visión directa de yugular interna y arteria carótida.

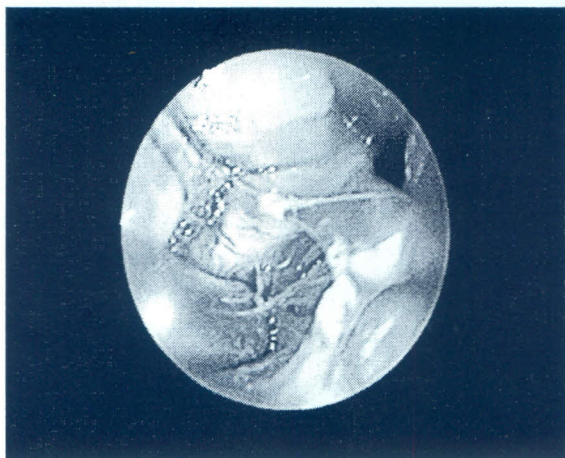


Imagen Nº 5 Incisión.

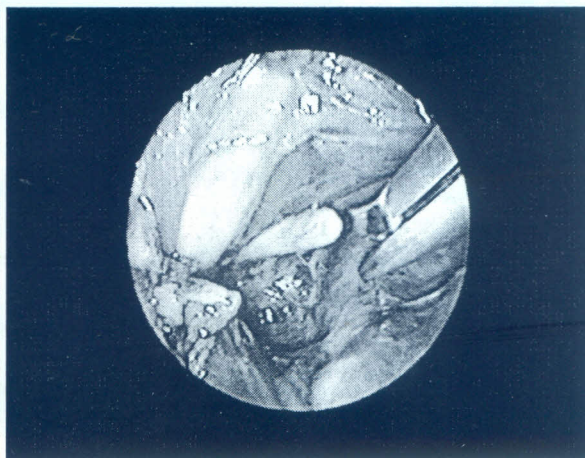


Imagen Nº 6 Apófisis estiloides



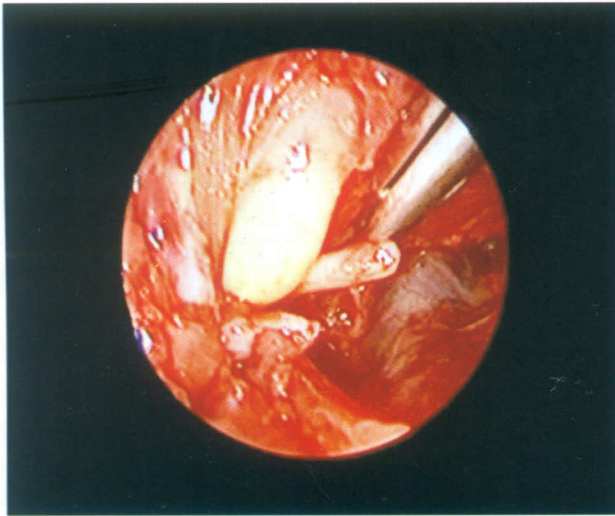


Imagen Nº 7 Liberación Ap. Estiloides

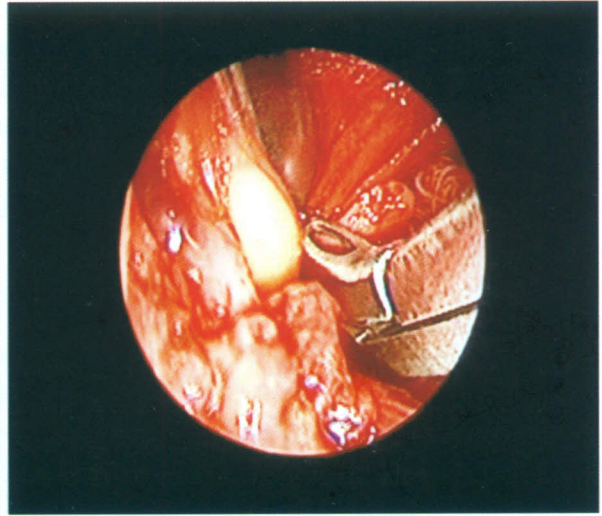


Imagen Nº 8 Retiro de parte de Apofisis. Estiloides

Posteriormente se realiza una regularización de los bordes de la apófisis estiloides, bajo visión directa con telescopio de 30 grados, permitiendo abordar muy bien el espacio pre estiloideo y una gran visión del espacio retroestiloideo. Al finalizar la intervención se realiza sutura con catgut crómico cuatro ceros de pequeña incisión de pilar amigdalino, recibiendo antibiótico terapia y analgésicos por dos días de hospitalización y cuidados de dieta como amigdalectomizado. En los respectivos controles al año de la intervención la paciente no presenta sintomatología alguna y su molestia al movimiento cefálico terminó.

**Caso Nº 3,** Paciente de 32 años, sexo masculino, quien consulta por odinofagia alta, y molestias al movimiento cefálico de manera vaga, recibió tratamiento por diferentes cuadros alérgicos, sin mejoría alguna, al examen físico no se observa ninguna asimetría en amígdalas palatinas, a la palpación tampoco, por lo que se solicita TAC cervical, donde en reconstrucción tomográfica de las apófisis estiloides se observa una gran asimetría entre ambas por lo que se decide su intervención quirúrgica, la cual se realiza con video cirugía asistida con resultados satisfactorios al encontrarse y resecarse aprox. 1 cm. de apófisis estiloides, recibiendo en el post operatorio antibióticoterapia y dieta para amigdalectomizado, al presente el paciente presenta buena evolución.

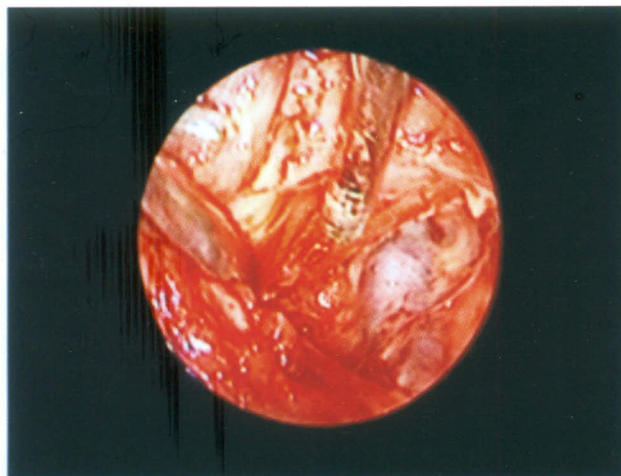


Imagen Nº 9 Retiro parcial de apófisis estiloides y visión de espacio retroestiloideo



## DISCUSIÓN

Podemos considerar al EPF como un espacio anatómico virtual, con forma de pirámide invertida, que se extiende desde la base del cráneo hasta el hueso hioides. Presenta como límite superior la parte petrotimpánica del temporal; su pared posterior está constituida por la aponeurosis y músculos prevertebrales de las vértebras C1, C2 y C3. Medialmente está limitado por la fascia bucofaríngea y el músculo constrictor superior de la faringe y lateralmente por la rama ascendente de la mandíbula, aponeurosis cervical superficial y glándula submaxilar. La extremidad inferior está indicada por un plano horizontal, tangente al borde inferior de la mandíbula. El diafragma estiloideo, vaina osteomusculo- aponeurótica que se origina en la apófisis estiloidea, se sitúa en un plano inclinado de arriba abajo y de atrás hacia adelante, dividiendo el EPF en dos compartimentos: el preestiloideo y el retroestiloideo; el primero se encuentra ocupado fundamentalmente por el lóbulo profundo de la glándula parótida; en el segundo se localizan la arteria carótida interna, vena yugular interna, cadena simpática cervical y los cuatro últimos pares craneales.

Es por tanto fácil comprender la gran diversidad histológica de tumores que se originan a partir de las estructuras anteriormente reseñadas. Estos tumores son generalmente asintomáticos, no dolorosos y frecuentemente diagnosticados en un examen de rutina. El aumento de volumen del tumor tiende a producirse hacia zonas de menor resistencia, como la pared faríngea lateral, región amigdalina, submaxilar o subdigástrica. A medida que se extiende caudalmente, se presenta como una masa palpable cerca del ángulo de la mandíbula.

Por tanto, en el examen clínico, es de gran importancia realizar una inspección meticulosa de la faringe, así también como palpación bimanual de esta región y examen neurológico sistematizado.

Por la gran complejidad anatómica y difícil acceso para el examen directo de este espacio, los exámenes radiológicos complementarios, fundamentalmente TAC y RMN, son imprescindibles en el diagnóstico topográfico del tumor. Los tumores del EPF son benignos en su gran mayoría, siendo el tipo histológico más frecuente el adenoma pleomorfo del lóbulo profundo de la parótida. Los tumores neurogénicos (schwannomas y paragangliomas) constituyen el segundo grupo en orden de frecuencia de creciente.<sup>(1, 6, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 15.)</sup>

El dolor de garganta es una de las algias más difíciles de diagnosticar por lo complejo de la anatomía y por su variado origen. Una de las patologías que genera dolor craneofacial y mucha ansiedad en pacientes es el Síndrome de Eagle, proyectándose a garganta, cuello, oído y cara. Éste ocurre cuando se supera la longitud normal del proceso estiloideo sobre la trayectoria del ligamento estilohioideo. La incidencia del Síndrome de Eagle es muy variada y está reportada desde 2-4 al 28% con mayor presentación bilateral y en mujeres.

La osificación del proceso estiloideo fue reportada desde 1652 por Marchetti. Weinlecher en 1872 reportó por primera vez los síntomas clínicos pre y postoperatorios de la osificación de la apófisis estiloides. Sterling<sup>(16)</sup> en 1896 reportó un caso clínico de apófisis estiloides elongada. En 1907 Dwight<sup>(4)</sup> clasificó la anatomía del complejo estilohioideo con base en radiografías, encontrando osificaciones de este con sintomatología clínica. En 1932 Thigpen reportó once casos de procesos estilohioideos elongados. Eagle<sup>(1)</sup> en 1937 reportó dos casos con sintomatología faríngea y facial por irritación de las carótidas en la bifurcación de la carótida común.<sup>(2, 3, 4, 5, 12, 16.)</sup>

La etiología del Síndrome de Eagle parece encuadrarse en la presencia o ausencia del trauma. Esta aún no es clara. Sin embargo, hay algunas teorías, las más representativas explican un origen anómalo congénito, un origen óseo endocondral hiperplásico a partir de los remanentes de tejido



cartilaginoso y conectivo del ligamento estilohioideo, un origen metaplásico postraumático o posquirúrgico (amigdalectomía) y las últimas un origen anatómico variante que explica la aparición de este Síndrome en jóvenes, la etiología de esta osificación en relación al crecimiento mandibular: primero con base en la proximidad del primer y segundo arco branquial en donde el primero induce el crecimiento del segundo a través de las conexiones musculares y ligamentosas generándose una adaptación funcional cercana de ambos arcos faríngeos; segundo con base en el estímulo funcional del ligamento estilohioideo por una mal posición mandibular que genera osificación de esta estructura.

El dolor característico de la calcificación del proceso estilohioideo (estilalgia) corresponde a la irritación e inflamación de estructuras adyacentes. La irritación de la mucosa faríngea compromete nervios como el trigémino, el glossofaríngeo y el vago. Al reconocer la posición de la apófisis estiloides en relación a los vasos carotídeos, se entiende como la forma de este proceso puede irritarlos, generando carotidinia externa o interna además de Síndrome de Horner y dolor simpático sostenido, por irritación de la vaina simpática carotídea.<sup>(2)</sup>

La extirpación de tumores del espacio parafaríngeo puede resultar dificultosa debido tanto al complicado acceso quirúrgico como a las importantes estructuras vasculonerviosas que atraviesan la zona. Para lograr un buen campo quirúrgico es frecuente que nos veamos obligados a realizar abordajes vía cervical o facial que frecuentemente incluyen mandibulotomía con o sin coroidectomía.<sup>(7)</sup> Esto resulta agresivo para el paciente y le expone a un importante aumento de la morbilidad operatoria. Existen diversas vías de abordaje del espacio parafaríngeo, en la patología benigna y de acuerdo al tamaño de la tumoración se puede decidir entre la vía intra oral y la cervical.

Torres Guerrero, Arnulfo; Alcalá Cerra, Liliana;<sup>(17)</sup> comparan ambas vías de abordaje resultando la intra oral la mejor vía para determinada patología benigna y de pequeñas dimensiones, el autor del presente trabajo preconiza que la vía intra oral endoscópica asistida es una variante que le disminuye la escasa visión que tenía anteriormente de las estructuras nobles del espacio parafaríngeo, convirtiéndola en la técnica de elección por la seguridad y fácil realización de la misma.

Carrau, et al;<sup>(1)</sup> Refiere que la vía de abordaje intraoral debe ser utilizada únicamente en pequeñas lesiones pre estiloideas, y también recalca la alta incidencia de recidiva que se puede tener por la pobre exposición quirúrgica que ofrece la vía intra oral.

En respuesta a esta inquietud es que el autor realiza primero la práctica anatómica de la vía intra oral endoscópica asistida, con la presentación de los casos clínicos y la certeza que se abrirá un nuevo concepto en la cirugía del espacio para faríngeo pues es una vía con endoscopia asistida de gran seguridad y visión óptima de la región pre estiloidea como la retro estiloidea, pero con la salvedad de aplicación en patología benigna y de pequeñas dimensiones, sin desmerecer a las otras vías de abordaje, cada cual tiene claramente sus indicaciones y deben tenerse en consideración todas ellas.

## CONCLUSIONES

- La patología del espacio para faríngeo es rara, debe pensarse siempre en la existencia del mismo para poder realizar el diagnóstico oportuno.
- La Vía Intra Oral Endoscópica asistida se plantea como una buena opción para el abordaje de tumores pre y retroestiloideos de características benignas y de pequeñas dimensiones.
- El uso de endoscopios dentro del espacio para faríngeo abre un nuevo campo a la cirugía de experimentación, ofreciendo una vía útil y sencilla a un espacio de tan difícil abordaje.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Carrau RL, Meyers EN, Jonson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990; 100: 583-589.
2. C.E. Castillo, MD; J.C. Mantilla, MD; G.P. Sandoval, MD; L.M. Ramírez Síndrome de Eagle: tomografía del proceso estiloideo elongado. *Acta de otorrinolaringología & cirugía de cabeza y cuello* Volumen 31, Número 3, Septiembre de 2003.
3. Correll RW. Mineralization of the stylohyoid-stylomandibular ligaments complex. *Oral Surg* 1979;48:286-91.
4. Dwight T. Stylohyoid ossification. *Ann Surg* 1907; 46:721.
5. Eagle WW. Elongated styloid process: Report of two cases. *Arch Otolaryngol* 1937; 25:584.
6. Francisco gentil-lisboa Acosta, p. montalvão, M. magalhães, J. olías, N. Santiago. Tumores del espacio parafaríngeo. Nuestra experiencia-i.p.o. *Acta otorrinolaringol esp* 2002; 53: 485-490
7. L. García-Arana<sup>1</sup>, M. Chamorro Pons. Adenoma pleomorfo en espacio parafaríngeo. Extirpación a través de abordaje transoral. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac* v.27 n.1 Madrid ene.-feb. 2005
8. Hughes KV, Olsen KD, Mac Caifrey TV, Parapharyngeal space neoplasms. *Head & Neck* 1995 ; 17:124-130.
9. Lawson VG, Le Livier WC, Makerevich LA, et al. Unusual parapharyngeal lesions *J Otolaryngol* 1979; 8; 241-249.
10. Lopez Amado M, Martinez Vidal J, Garcia Sarandeces, Herranz Gonzales J, Diagnostico y tratamiento Quirúrgico de los tumores del espacio parafaríngeo. *Anales ORL Ibero- AMER.* XXII. 1995. 1; 5-19.
11. Machado Aires JL, Monteiro E, Pinheiro C, Abrunhosa J, Corrales MT, Tumores do espacio parafaríngeo. Revisao da casuistica do Centro regional do porto do Instituto Português de Oncologia. *Revista Portuguesa de ORL. E CCF.* Vol.:XXXVII 1999; 1; 23-33
12. Monsour PA. Young WG. Variability of the process and stylohyoid ligament in panoramic radiographs. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1986;61(5):522-6.
13. Olsen KD, Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994 ;104 (suppl 63) : 1-28
14. Povedano-Rodriguez V, Jurado Ramos A, Mellado Rubio R, Cantillo Ramos E, Lopez Villarejo P, Nuestra experiencia en el manejo de los tumores del espacio parafaríngeo *Anales ORL Ibero-amer.* XXII 1995; 4: 393-403.
15. Santiago N, Olias J, Sá F, Zagalo C, Figueira MJ, Machado MJ, Tumores Parafaríngeos- Revisao de 16 casos. *Revista portuguesa de ORL. E Cirugía Cérvico Facial* vol XXIX 1991 ; 1 : 43-57.
16. Sterling AW. Bony growths involving the tonsils. *JAMA* (Oct 3) 1896; 27:734.
17. Síndrome de Eagle: abordaje transoral vs. transcervical / Torres Guerrero, A; Alcalá Cerra, L. *Acta otorrinolaringol. Cir. cabeza cuello* 2008; .36(2):55-59.