

Tumores do espaço parafaríngeo: a propósito de um caso clínico

Parapharyngeal space tumours: one case report

Sandra Sousa e Castro ■ José Abrunhosa ■ Cecília Almeida e Sousa

RESUMO

Os tumores do espaço parafaríngeo são raros e correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço. Os tumores, benignos ou malignos, podem ter origem em qualquer uma das estruturas contidas no espaço parafaríngeo e geralmente apresentam-se como uma tumefacção indolor no pescoço ou orofaringe. geralmente o diagnóstico definitivo é anatomo-patológico; contudo é importante reconhecer a possibilidade de ocorrência de lesões vasculares que obrigam à realização de estudos imagiológicos desta região antes de se proceder a biópsia ou excisão da lesão. Os autores relatam um caso de uma doente com uma volumosa tumefacção parafaríngea esquerda com 3 meses de evolução, indolor e causadora de disfagia. O estudo imagiológico demonstrou um aneurisma da artéria carótida interna que foi tratado através de procedimentos endovasculares com oclusão do aneurisma.

Palavras-chave: tumores do espaço parafaríngeo; aneurisma da artéria carótida interna; oclusão de aneurisma endovascular.

ABSTRACT

Parapharyngeal space tumours are uncommon and comprising less than 1% of all head and neck neoplasms. Both benign and malignant tumours may arise from any of the structures contained within the parapharyngeal space and most commonly present as a neck or oropharyngeal painless mass. While the pathologist usually makes the final diagnosis in such cases, it is important to recognize that vascular lesions may occur in this space. Imaging studies of this region must be performed before attempting to obtain a biopsy or to excise the lesion. The authors present a case of a patient with a large mass in the left parapharyngeal space with 3 months, painless and causing dysphagia. Imaging studies reveal an aneurysm of the internal carotid artery that was treated by an endovascular procedure with obliteration of the aneurysm.

Keywords: Parapharyngeal space tumours; aneurysm of the internal carotid artery; endovascular obliteration aneurysm.

INTRODUÇÃO

Os tumores do espaço parafaríngeo são raros e correspondem a menos de 1% de todas as neoplasias da cabeça e pescoço^{1,2,3}. Os tumores podem ter origem em qualquer uma das estruturas contidas neste espaço^{1,3,4}.

O espaço parafaríngeo é um espaço fascial com forma de pirâmide invertida que se estende desde a base do crânio até ao osso hióide; a apófise estilóide e os seus músculos estilohióide, estilofaríngeo e estiloglosso dividem este espaço nos compartimentos pré-estilóide e pós-estilóide^{1,2,4} (figura 1).

O espaço pré-estilóide ou antero-medial contém a porção retromandibular do lobo profundo da glândula parótida, tecido adiposo e gânglios linfáticos associados à glândula parótida. O espaço pós-estilóide ou postero-lateral contém a artéria carótida interna, a veia jugular interna, nervos cranianos IX – XII, a cadeia simpática e gânglios linfáticos que recebem drenagem aferente da cavidade oral, orofaringe, seios perinasais e tiróide^{1,2,4}.

Cerca de 70-80% das tumefacções oriundas deste espaço são benignas e 20-30% são malignas¹. As neo-

SANDRA SOUSA E CASTRO

Interna do Internato Complementar de ORL do Centro Hospitalar do Porto.

JOSÉ ABRUNHOSA

Assistente Hospitalar do Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Porto.

CECÍLIA ALMEIDA E SOUSA

Directora do Serviço de ORL do Centro Hospitalar do Porto.

Correspondência:

Sandra Sousa e Castro
Serviço de Otorrinolaringologia – Centro Hospitalar do Porto
Largo do Prof. Abel Salazar,
4099-001 Porto
Telefone: 222077500
E-mail: sandracastro@portugalmail.com

Apresentação do caso clínico em reunião científica:

53º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial/ VII Reunião Luso-Galaica de O.R.L.; Maio de 2006.

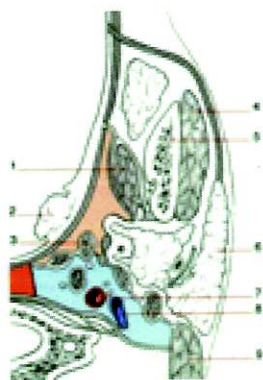


Fig. 1 | Corte horizontal do espaço parafaríngeo: 1- músculo pterigoideo medial; 2 – amígdala; 3- apófise estilóide; 4- músculo masseter; 5- mandíbula; 6- glândula parótida; 7- artéria carótida interna; 8 – veia jugular interna; 9- músculo esternocleidomastoideo (Adaptado de Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Paris) 46-490).

plasias das glândulas salivares correspondem a 40-50% das lesões no espaço parafaríngeo; o adenoma pleomórfico é a lesão mais frequente e pode ter origem no lobo profundo da glândula parótida, em restos salivares ectópicos ou nas glândulas salivares minor da parede faríngea lateral. As lesões neurogénicas são responsáveis por 25-30% das tumefacções parafaríngeas, sendo os schwannomas os tumores mais comuns seguidos dos paragangliomas e neurofibromas. As lesões linforreticulares compreendem 10-15% das lesões no espaço parafaríngeo; os gânglios linfáticos podem ter um envolvimento primário ou secundário por processos cancerígenos, infecciosos ou inflamatórios. Existe uma grande diversidade de lesões mais raras que podem também ocorrer neste espaço como aneurismas, malformações artério-venosas, cistos de fendas branquiais, condromas, condrossarcomas, fibrossarcomas, hemangioendoteliomas, leiomiomas, lipossarcomas, rabiomiomas ou teratomas entre outras^{1,2,3,5}.

A apresentação clínica mais frequente dos tumores do espaço parafaríngeo consiste numa tumefacção assintomática cervical ou orofaríngea que frequentemente é descoberta de forma incidental durante um exame físico de rotina^{3,5,6}. A extensão medial da tumefacção para o palato mole e nasofaringe pode causar disfunção unilateral da trompa de Eustáquio. As lesões volumosas podem causar disfagia, dispneia e apneia obstrutiva do sono. A compressão de nervos cranianos pode provocar disфонia, disartria e disfagia; a compressão da cadeia simpática cervical pode originar um Síndrome de Horner. A dor é rara nas lesões benignas mas pode resultar de compressão ou hemorragia no interior da lesão; contudo a ocorrência de dor e disfunção neurológica geralmente indica malignidade com infiltração da base do crânio^{3,4,5,6}.

Em algumas situações o exame físico sugere a etiologia da lesão; a palpação bimanual permite detectar lesões do lobo profundo da glândula parótida, a avaliação completa dos nervos cranianos pode revelar paralisias que sugerem malignidade ou um paraganglioma, a palpação de massas pulsáteis ou auscultação de sopros remete para tumores vasculares^{1,4,5}.

O estudo imagiológico é essencial e deve ser realizado previamente à biópsia^{7,8}. A tomografia computadorizada localiza a massa no espaço pré-estilóide ou pós-estilóide, detecta a presença de calcificações e o uso de contraste permite avaliar a relação com os grandes vasos; contudo existe o perigo de exposição a radiações e uso de contraste endovenoso^{1,6,7}. A tomografia pode ser suficiente nas lesões da glândula parótida mas nas lesões do espaço pós-estilóide ou perante suspeita de malignidade deve ser realizada uma ressonância magnética. Este exame é superior na avaliação das características dos tecidos moles e tem melhor resolução na definição dos grandes vasos^{1,7,8}. A informação obtida na tomografia e ressonância é complementar pelo que ambas devem ser realizadas na avaliação de lesões extensas ou malignas^{7,8}. A angiografia é recomendada na avaliação da maioria das lesões vasculares e pode ser combinada com o teste de oclusão para avaliar o fluxo sanguíneo cerebral^{7,9}.

CASO CLÍNICO

P.C.A., sexo feminino, 77 anos de idade.

Recorreu ao Serviço de Urgência de ORL do HGSA por disfagia com 3 meses de evolução. Apresentava, desde há 5 meses, queixas de má adaptação da prótese dentária à cavidade oral, o que a levou a substituir a mesma, com persistência da queixa.

Sem antecedentes pessoais ou familiares relevantes.

Ao exame físico verificou-se a existência de volumosa tumefacção parafaríngea esquerda que atingia a linha média, não pulsátil. Mucosa sem aparentes alterações inflamatórias; observou-se também lesão na proeminência maxilar esquerda (figura 2).



Fig. 2 | Doente com volumosa tumefacção parafaríngea esquerda.

Foi efectuado estudo analítico que não detectou alterações relevantes e TC cervical com contraste que revelou volumosa lesão ovalada (diâmetro antero-posterior de cerca de 5 cm) nos espaços parafaríngeo e carotídeo esquerdos com captação intensa e homogênea de contraste e foco de calcificação periférico; estendia-se desde o plano do cavum faríngeo até à região do ângulo da mandíbula condicionando desvio medial da mucosa faríngea adjacente e redução do lúmen da via aérea nos planos da naso e orofaringe; a bifurcação carotídea esquerda era bem visível mas não era possível individualizar a lesão do segmento cervical das artérias carótidas interna e externa, pelo que foi considerada a hipótese de volumosa lesão aneurismática; parecia tratar-se de lesão com crescimento lento pelo que o principal diagnóstico considerado foi o de schwannoma (figura 3).

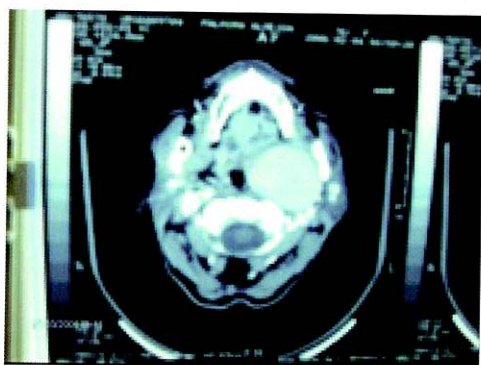


Fig. 3 | TC cervical com contraste revela volumosa lesão ovalada nos espaços parafaríngeo e carotídeo esquerdos.

A doente foi internada no Serviço de ORL para investigação. Foi realizada RMN que confirmou a presença de lesão nos espaços parafaríngeo e carotídeo esquerdos com sinal de void em todas as ponderações, sugestiva de dilatação aneurismática (figura 4); o estudo por Angio-RM cervical demonstrou um pseudoaneurisma na dependência da artéria carótida interna esquerda que se encontrava praticamente colapsada; a lesão exercia

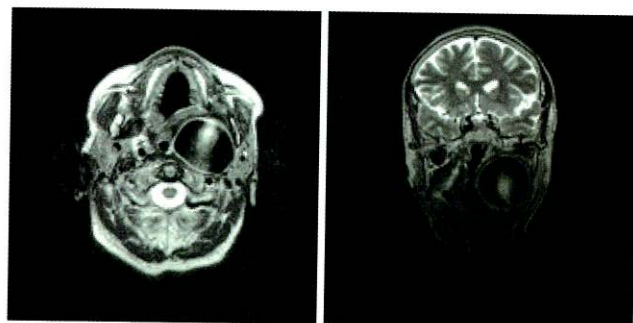


Fig. 4 | Imagens de corte axial e coronal de RMN cervical confirmam a presença de lesão nos espaços parafaríngeo e carotídeo esquerdos, sugestiva de dilatação aneurismática.

importante efeito de massa sobre as estruturas adjacentes com deformação do lúmen da via aérea (figura 5). Em seguida foi realizada angiografia carotídea que confirmou volumoso aneurisma no segmento cervical da artéria carótida interna esquerda sem preenchimento

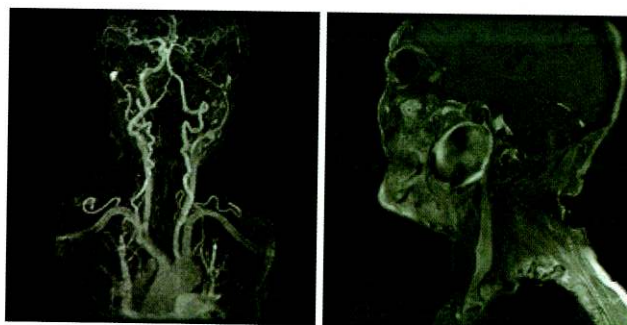


Fig. 5 | Angio-RM cervical demonstra um pseudoaneurisma na dependência da artéria carótida interna esquerda.

carotídeo a jusante da lesão; verificou-se compensação deste território arterial pela artéria carótida interna contra-lateral, pela artéria carótida externa e pelo sistema vertebro-basilar (figura 6).

A doente foi submetida a oclusão da artéria carótida interna esquerda por Neurorradiologia, sem intercorrências (figura 7). Teve alta medicada com ácido acetilsalicílico 250 mg.

Dois anos após o procedimento, a doente nega disfagia ou outros sintomas. Ao exame físico apresenta discreta tumefacção parafaríngea esquerda.

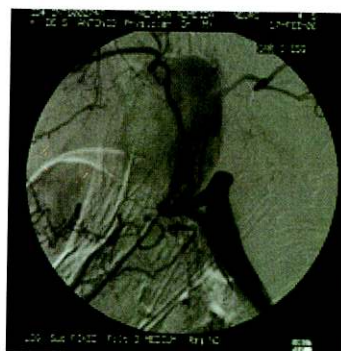


Fig. 6 | Angiografia carotídea confirma volumoso aneurisma no segmento cervical da artéria carótida interna esquerda.



Fig. 7 | Oclusão da artéria carótida interna esquerda

DISCUSSÃO

A presença de lesões ateroscleróticas oclusivas e ulceradas nas artérias carótidas cervicais é extremamente comum^{7,9,10}. Porém a presença destes aneurismas é rara especialmente quando comparada com a frequência de aneurismas que ocorrem no restante sistema arterial^{7,9}. Dada a raridade destas lesões é impossível definir a sua verdadeira incidência; contudo estas lesões devem estar sempre presentes no diagnóstico diferencial de massas cervicais ou na faringe posterior⁷.

Os aneurismas localizam-se preferencialmente na artéria carótida comum, particularmente ao nível da sua bifurcação, mas podem também ocorrer na artéria carótida interna; os aneurismas da artéria carótida externa são os mais raros. A localização varia consoante a etiologia; os aneurismas ateroscleróticos geralmente ocorrem próximo à bifurcação carotídea enquanto que aqueles causados por traumatismo envolvem a artéria carótida interna na porção cervical alta^{7,9,10}.

Existem várias causas para a ocorrência de aneurismas das artérias carótidas extracranianas e a frequência relativa de cada uma tem mudado ao longo dos anos. A aterosclerose é actualmente o processo patológico mais frequentemente associado aos aneurismas carotídeos estando descrita em média em 40% destas lesões^{7,9}. O traumatismo, penetrante ou por desaceleração, ao provocar interrupção transmural das carótidas constitui uma causa importante e de frequência crescente de pseudoaneurismas^{7,10}. Estes aneurismas também podem ocorrer após procedimentos endovasculares ou cirúrgicos; o traumatismo cirúrgico durante amigdalectomia ou drenagem de abscesso periamigdalino podem causar a formação de pseudoaneurismas⁷. A presença de tumefacção pulsátil associada a febre e dor sugere um aneurisma micótico; porém a incidência de aneurismas infecciosos diminuiu acentuadamente com o desenvolvimento dos antibióticos^{7,11}. Existem outras causas bem documentadas como displasia fibromuscular, necrose cística medial, síndrome de Marfan, arterite de Takayasu ou arteriopatía medial idiopática. Os aneurismas carotídeos também podem ser congénitos^{7,9,10}.

Dada a raridade destas lesões é difícil determinar a sua história natural; contudo estudos recentes demonstram o mau prognóstico de doentes não tratados e enfatizam a alta incidência de sintomas neurológicos relatando uma incidência de acidentes vasculares cerebrais em 50% dos doentes com aneurismas ateroscleróticos; a ruptura do aneurisma é rara^{7,9}.

A apresentação clínica dos aneurismas carotídeos extracranianos varia consoante a localização, tamanho e etiologia^{7,9,11}. Os pequenos aneurismas podem ser assintomáticos mas a maioria (30%) apresentam-se como uma massa cervical pulsátil abaixo do ângulo da mandí-

bula. Ocasionalmente surgem como uma massa pulsátil na fossa amigdalina ou faringe. Os aneurismas da artéria carótida comum tendem a manifestar-se externamente no pescoço enquanto que os da artéria carótida interna surgem internamente na faringe^{7,9}. Desta forma, os otorrinolaringologistas são frequentemente os primeiros a detectar estas lesões e a presença de uma tumefacção crónica unilateral da faringe deve levantar a suspeita de aneurisma especialmente quando os restantes achados físicos são bizarros ou atípicos⁷.

Quando o estudo imagiológico revela a presença de um aneurisma carotídeo o doente deve ser referenciado a Neurorradiologia para terapia endovascular com obliteração do aneurisma ou a Cirurgia Vasculosa para tratamento cirúrgico^{7,9}. A melhor opção terapêutica deve ter em conta o tamanho, a localização e a etiologia da lesão assim como o estado geral do doente⁷.

BIBLIOGRAFIA

1. Gourin CG, Johnson JT. Parapharyngeal Space Tumors. *eMedicine Specialties - Otolaryngology and Facial Plastic Surgery - Head and Neck Oncology*. August 2005
2. Biswas S, Saha S, Sadhu A. Parapharyngeal Space Lesion. *Ind J Radiol Imag* 2005; 41-46
3. Hughes KV, Olsen KD, McCaffrey TV. Parapharyngeal Space Neoplasms. *Head Neck Mar-Apr* 1995; 17: 124-130.
4. Myers EN, Johnson JT, Curtin HD. Tumors of the Parapharyngeal Space. *Cancer of the Head and Neck*, 3rd ed. Saunders; 1996; 562-585.
5. Batsakis JG, Sneige N. Parapharyngeal and Retropharyngeal Space Diseases. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. Apr 1989; 98: 320-321.
6. Eisele DE, Nettekville JL, Hoffman HT. Parapharyngeal Space Masses. *Head Neck Mar* 1999; 21 (2): 154-159.
7. Rutherford RB. *Vascular Surgery*. 6th ed. Saunders; July 2005; 2052-2062
8. Som PM, Curtin HD. Lesions of the Parapharyngeal Space, Role of MR Imaging. *Otolaryngol Clin of North Am*. Jun 1995; Vol 28, No 3 515-542.
9. Tertel KJ, Beydoun NM, Thompson WC. Extracranial Carotid Artery Aneurysm. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1993; 102:961-963.
10. Muñoz A, Campollo J, Vergas J. Bilateral Internal Carotid Aneurysms Presenting as a Nonpulsatile Parapharyngeal Mass: Complementary Diagnosis by CT, MR Imaging and Digital Subtraction Angiography. *American Journal of Neuroradiology*; May 2001; 22: 864-866.
11. Heyd J, Yinnon AM. Mycotic Aneurysm of the External Carotid Artery. *J Cardiovasc Surg*. Aug 1994; 35(4): 329-331.