

# Tumor parafaríngeo que simula absceso periamigdalino. Caso clínico

## Parapharyngeal tumor simulates a peritonsillar abscess. Clinical case

Wasim Elhendi Halawa • Antonio Caravaca García • Irene Vázquez Muñoz • Antonio Mochón Martín

### RESUMIO

A raíz de un caso clínico en el que fue fácil confundir un proceso infeccioso – inflamatorio de la región periamigdalina con un tumor del espacio parafaríngeo, hemos realizado una revisión en la literatura tanto de la clínica que suelen presentar los tumores de esta región como de su exploración física, con el objetivo de que el otorrinolaringólogo lo tenga siempre en cuenta durante diagnóstico diferencial de la patología que habitualmente afecta a esta región, antes de realizar cualquier acto terapéutica que puede tener resultados indeseables.

Palabras-clave: Tumor parafaríngeo; paraganglioma; absceso periamigdalino

### ABSTRACT

*As a result of a clinical case in which it was easy to confuse an infectious - inflammatory process of the peritonsillar region with a tumor of the parapharyngeal space, the authors performed a revision of the literature about the clinic features that tumors of this region usually present during physical exploration. The aim was to alert E.N.T. specialists about considering the differential diagnosis of pathologies that commonly affect this region, before initiating any therapeutic initiative which may have undesirable results.*

*Keywords: Parapharyngeal tumors; Paraganglioma; Peritonsillar abscess*

### INTRODUCCIÓN

Ante un caso clínico que atendemos en nuestro servicio y que nos presentó dificultades diagnósticas; y revisando la literatura disponible; nos pareció el diagnóstico de los tumores y procesos infecciosos del espacio parafaríngeo sigue siendo un tema sin consenso en nuestra especialidad y que precisa de protocolizarse para evitar complicaciones y errores diagnósticos.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de una paciente de 33 años, embarazada de 20 semanas, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude por un cuadro de odinofagia y molestias faríngeas de dos semanas de evolución, que no mejoran tras varias pautas de tratamiento antibiótico y anti-inflamatorio. Presenta un buen estado general y no presenta fiebre ni trismus.

A la exploración se evidencia abombamiento del lado izquierdo del paladar blando y del pilar periamigdalino anterior izquierdo. No evidenciamos edema de úvula ni exudados amigdalinos.

A la palpación cervical se aprecia tumefacción ipsilateral dolorosa detrás del ángulo de la mandíbula, sin palpar más adenopatías. La fibroscopia faríngeo-laríngea fue normal.

Con lo sospecha de flemón / absceso periamigdalino se procede a la punción de la zona tumefacta con resultado negativo. Se decide su ingreso para realizar tratamiento parenteral antibiótico (Ceftriaxona y Clindamicina) y anti-inflamatorio (Metil-Prednisolona y Paracetamol) y para seguimiento.

#### WASIM ELHENDI HALAWA

Facultativo Especialista de ORL en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta Europa de Algeciras - Cádiz (España)

#### ANTONIO CARAVACA GARCÍA

Facultativo Especialista de ORL en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta Europa de Algeciras - Cádiz (España)

#### IRENE VÁZQUEZ MUÑOZ

Facultativo Especialista de ORL en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta Europa de Algeciras - Cádiz (España)

#### ANTONIO MOCHÓN MARTÍN

Facultativo Especialista de ORL en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Virgen del Rocío - Sevilla (España)

#### Autor correspondiente:

Dr. Wasim Elhendi Halawa  
Morada: Servicio ORL, Hospital Punta de Europa,  
Cta. de Getares s/n,  
11207 Algeciras  
Cádiz (España)  
E-mail: wasimmai@yahoo.com  
Teléfono: 00.34.619.34.70.35

Título abreviado: "Tumor Parafaríngeo que simula Absceso Periamigdalino"

La sintomatología y la asimetría periamigdalina persiste a pesar del tratamiento, por lo que durante varios días se le vuelve a realizar varias punciones en distintos puntos de la zona tumefacta, sin salida de contenido purulento, pero sí de escaso contenido hemático y incluso con la persistencia de hematomas mínimas en los puntos de la punción. (Figura 1)

**FIGURA 1**

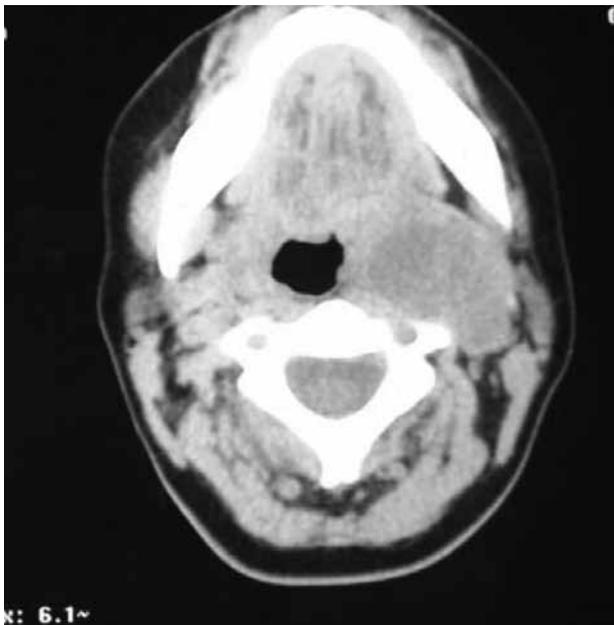
Tumefacción de la región periamigdalina izquierda, con hematoma tras punción.



Dado la persistencia del cuadro se decide realizar RM, que se informa como una lesión en el espacio parafaríngeo izquierdo, bien delimitada, de aspecto sólido, de 56 x 42 x 36 mm., naciendo de la bifurcación carotídea y que presenta señal heterogénea con zonas de hipointensidad por la presencia de vasos en su interior, siendo altamente sugestiva de paraganglioma del cuerpo carotídeo. Se completa el estudio con TC (Figura 2) y arteriografía (Figura 3).

**FIGURA 2**

Masa parafaríngeo que impronta en la región periamigdalina izquierda



**FIGURA 3**

Arteriografía con masa hipervascularizada por encima de la bifurcación carotídea.



Se remite la paciente al hospital de referencia, donde se decide una conducta expectante y vigilancia hasta terminar su embarazo. Dos meses después del parto, que transcurrió sin complicaciones, se realiza tratamiento quirúrgico con resección del tumor por vía mixta (transoral y transcervical) previa embolización. El estudio anatómico-patológico confirmó el diagnóstico de paraganglioma carotídeo. En el postoperatorio la paciente refiere disfonía sin aspiraciones, la exploración evidencia parálisis de la cuerda vocal izquierda en posición paramediana, con mal cierre glótico. Está previsto realizar técnica de medialización de la cuerda paralizada si persiste la sintomatología.

Tras un año de seguimiento no se evidencian recidivas locoregionales del tumor ni metástasis a distancia.

## DISCUSIÓN

Al desarrollarse en una región profunda limitada por un marco óseo, los tumores parafaríngeos suelen presentar una evolución silente y asintomática en sus fases iniciales y a menudo se diagnostican al alcanzar un tamaño voluminoso (1). En general, tanto su sintomatología como su exploración física son anodinas y muy inespecíficas en muchos pacientes<sup>1,2</sup>.

La situación habitual, en más de la mitad de los casos, es el descubrimiento de una masa orofaríngea o cervical, incluso de manera casual, ya sea por el paciente o por el médico. Este crecimiento intraoral nos exige realizar el diagnóstico diferencial con enfermedad tumoral e inflamatorio de la región amigdalina<sup>2,3,4</sup>.

Ocasionalmente se refieren síntomas debidas al efecto masa que ejerce el tumor como son: disfagia, sensación de obstáculo faríngeo, rinolalia y ronquidos.

La afectación de los pares craneales bajos y la presencia

de dolor y trismus (por la infiltración tumoral del músculo pterigoideo interno) es raro y debe hacernos sospechar de una lesión de naturaleza maligna<sup>5,6</sup>.

Los síntomas generales son poco frecuentes y se deben a un paraganglioma secretor o relacionado con un feocromocitoma.

En el examen clínico el signo más expresivo suele ser el desplazamiento inducido por la masa orofaríngea afectando a la pared faríngea, la región amigdalina y del velo del paladar, con mucosa de aspecto normal o ligeramente hiperémico. Este signo a veces discreto, puede confundirse con una hipertrofia amigdalina o un flemón de la amígdala, como fue en el caso de nuestra paciente. De hecho se ha descrito el descubrimiento de tumores parafaríngeos en pacientes programados para amigdalectomías<sup>4</sup>.

A la masa orofaríngea puede asociarse una masa cervical infraparotídea o lateral. Paradójicamente, algunas masas voluminosas de orofarínge no tienen ninguna expresión cervical o se manifiestan únicamente como un ligero relleno del ángulo retromandibular. En general el crecimiento cervical traduce un largo tiempo de evolución y un tamaño tumoral grande<sup>2,7</sup>.

Tanto en la palpación bucal como en la cervical se debe intentar precisar con el dedo los límites del tumor, apreciar su consistencia, su posible carácter pulsátil y buscar los latidos carotídeos.

Asimismo se deben investigar los signos deficitarios en los territorios de los pares craneales V, VII, IX, X, XI, XII<sup>5,8</sup>. Como vemos, las características anatómicas y la baja especificidad en la sintomatología y la exploración de estos tumores dificultan su diagnóstico temprano mediante la exploración física habitual. Por ello, una vez establecida la sospecha de una tumoración parafaríngea, es imprescindible realizar estudios de imagen complementarios, fundamentalmente TC y/o RM, para reducir en gran medida estas limitaciones en su diagnóstico, precisar su localización y extensión con el fin de planificar lo mejor posible su tratamiento quirúrgico<sup>1,6,7,8</sup>.

## CONCLUSIÓN

A raíz del caso clínico que presentamos queremos recordar que aunque tanto la sintomatología como la exploración física sistemática de los tumores del espacio parafaríngeo son muy poco específicos, hay que tenerlos siempre en cuenta durante el diagnóstico diferencial de la patología más habitual de esta área, sobre todo de la patología infecciosa – inflamatoria, para evitar realizar actos terapéuticos que pueden ser peligrosos; y que tenemos que acudir a las pruebas complementarias, sobre todo las técnicas de imagen, ante cualquier sospecha o ante una evolución no satisfactoria del cuadro.

## Referencias bibliográficas:

1. Makeieff M, Quaranta N et Guerrier B. Tumeurs parapharyngées. *Encycl Méd Chir Oto-rhino-laryngologie*, 2000 Ene; 20-605-C-10: 14.
2. Suarez-Fente V, Llorente-Pendas JL, Gómez-Martínez J et al. Tumores primarios del espacio parafaríngeo. Nuestra experiencia en 51 pacientes. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2009; 60(1):19-24.
3. Ozgur Z, Celik S, Govsa F et al. A study of the course of the internal carotid artery in the parapharyngeal space and its clinical importance. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2007; 264:1483-1489.
4. Teppo H, Revonta M. Diagnosis of peritonsillar abscess in primary care. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007; 71(12):1865-72.
5. Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994; 104:1-28.
6. Shahab R., Heliwell T., Jones AS. How we do it: A series of 114 primary pharyngeal space neoplasms. *Clin Otolaryngol* 2005; 30:364-367.
7. Hughes KV., Olsen KD., McCaffrey TV. Parapharyngeal space neoplasms, *Head Neck* 1995; 17:124-130.
8. Luna-Ortiz K, Navarrete-Aleman JE., Granados-García M., Herrera-Gomez A. Primary parapharyngeal space tumors in a Mexican cancer center. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 132(4): 587-591.