

Cirugía del espacio parafaríngeo

C Beauvillain de Montreuil
P Bordure
ML Ferri-Launay

Resumen. – La cirugía de los espacios parafaríngeos tiene indicaciones bastante infrecuentes. Se propone sobre todo en el tratamiento de tumores, casi siempre benignos, que se desarrollan en las tres partes de los espacios parafaríngeos: retrofaríngeo, preestiloideo y retroestiloideo. Las vías de acceso dependen de la topografía, del tamaño del tumor y de su naturaleza histológica.

Los abscesos prefaríngeos y retrofaríngeos se drenan la mayoría de las veces por vía endobucal. Las técnicas de diagnóstico por imágenes, fundamentalmente la tomografía computadorizada y en ocasiones la resonancia magnética, son irremplazables.

© 2002, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: espacio parafaríngeo, espacio retrofaríngeo, espacio preestiloideo, espacio retroestiloideo, tumor parafaríngeo, acceso quirúrgico al espacio parafaríngeo, absceso parafaríngeo.

Revisión anatómica (fig. 1) [3, 19, 20, 27, 29]

La parte cefálica de los espacios faríngeos está separada de la parte cervical por el plano del hueso hioídes.

LÍMITES DE LOS ESPACIOS PARAFARÍNGEOS

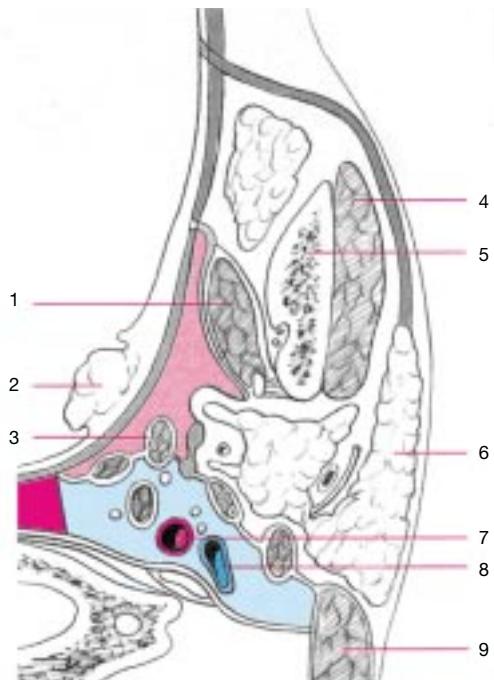
El espacio parafaríngeo está limitado:

- por arriba, por la base del cráneo;
 - por detrás, por los tres primeros cuerpos vertebrales con los músculos largo del cuello y recto anterior mayor, recubiertos por la aponeurosis prevertebral;
 - por delante y por dentro, por la aponeurosis perifaríngea y los músculos constrictores superiores de la faringe.
- Se distinguen la región retrofaríngea y los espacios laterofaríngeos.

REGIÓN RETROFARÍNGEA

Está limitada:

- por detrás por la lámina prevertebral de la fascia cervical;
- por delante, por la fascia faringobasilar;



1 Corte horizontal de los espacios parafaríngeos (en azul: espacio retroestiloideo; en rojo: espacio retrofaríngeo). 1. Pterigoideo interno; 2. amigdala; 3. diafragma estiloideo; 4. masetero; 5. mandíbula; 6. parótida; 7. carótida interna; 8. yugular interna; 9. esternocleidomastoideo.

Claude Beauvillain de Montreuil : Professeur d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale.

Philippe Bordure : Professeur des Universités, praticien hospitalier.

Service d'oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervicofaciale, Hôpital Dieu, 44093 Nantes cedex 1, France.

Marie-Laure Ferri-Launay : Assistant-chef de clinique, avenue de la Créativité, 59650 Villeneuve d'Ascq, France.

- por arriba, el límite superior está constituido por la porción basilar del occipital;
- lateralmente, los tabiques sagitales que se extienden entre las dos aponeurosis separan el espacio retrofaríngeo de los espacios laterofaríngeos. Estos tabiques no se encuentran en los niños y se discute si existen en los adultos;
- por debajo, este espacio no presenta ningún límite inferior y se continúa por un espacio retrofaríngeo cervical y por el espacio retrovisceral.

■ Contenido

Se trata de un espacio casi virtual que comprende tejido celulograso y elementos linfoides, que están desarrollados sobre todo en los niños (ganglio de Gillete).

Estos linfáticos drenan el cavum, la pared faríngea y postero-lateral, el tercio posterosuperior de las fosas nasales y los senos.

ESPACIOS LATEROFARÍNGEOS

Tienen la forma de una pirámide invertida, cuya base se sitúa a nivel de la base del cráneo y cuyo vértice se localiza a nivel del asta mayor del hueso hioides.

■ Límite superior

Está constituido por la base del cráneo: ala mayor del esfenoides con el agujero oval y el agujero espinoso.

■ Pared lateral

Está formada, de delante hacia atrás, por:

- la apófisis pterigoidea;
- la rama mandibular y el músculo pterigoideo externo;
- el lóbulo profundo de la parótida;
- una parte del vientre posterior del digástrico.

■ Pared medial

Está constituida por arriba por los músculos tubáricos y por debajo por el constrictor superior de la faringe.

■ Constitución

Este espacio está dividido en dos partes (espacios preestiloideo y retroestiloideo) por los elementos del diafragma estilóideo.

Este diafragma estilóideo está formado por músculos y ligamentos insertados en la apófisis estiloides que forman el clásico «ramillete de Riolano», al que se añade el vientre posterior del digástrico.

Estas formaciones musculoligamentosas no están dispuestas en un solo plano, sino en tres planos que forman, en un corte, un triángulo.

Son los músculos estilofaríngeo, estilogloso y estilohioideo, así como los ligamentos estilofaríngeo, estilomaxilar y estilohioideo.

Espacio retroestiloideo

También fue denominado espacio infraparotídeo posterior. Comunica por debajo sin límite con la región subdigástrica y por arriba con el endocráneo, por tres orificios: el agujero carotídeo, el agujero yugular y el conducto condíleo anterior. Contiene los elementos vasculonerviosos principales del cuello: arteria carótida interna, vena yugular interna, pares craneales IX, X, XI, XII y el simpático cervical.

También contiene los elementos paraganglionares satélites de la vena yugular interna, del eje carotídeo y del par X, así como las estaciones ganglionares superiores del cuello.

Espacio preestiloideo (parte medial, parafaríngea de los espacios intermedios)

Corresponde a la región paraamigdalina, que está limitada:

- por detrás, por el músculo pterigoideo interno y la rama mandibular;
- por dentro, por la pared faríngea de la orofaringe a nivel de la amígdala palatina, de la que está separada por el músculo constrictor superior de la faringe;
- por encima, por la trompa de Eustaquio y los músculos tubáricos;
- por delante, por el rafe pterigomandibular. Algunos autores denominan a esta zona «región para-amígdalo-tubárica». Esta región contiene el sistema arterial tonsilar procedente de la arteria facial, el par IX y el plexo nervioso faríngeo. Este espacio puede ser invadido por tumores de la prolongación faríngea de la parótida, que se sitúa entre los ligamentos esfenomaxilar y estilomaxilar.

Celda parotídea

Algunos autores relacionan la celda parotídea con los espacios parafaríngeos. Esta región será estudiada en otro artículo.

Tumores parafaríngeos

Estos tumores que se desarrollan en los espacios parafaríngeos deben distinguirse de los tumores metafaríngeos situados en el espesor de la pared de la faringe.

CLÍNICA [20, 25, 29, 32]

Los tumores parafaríngeos se desarrollan por fuera de la región musculomucosa de la faringe.

Entre los signos que los revelan se encuentra la deformación cervical y faríngea.

Habitualmente los signos funcionales son discretos o están ausentes.

Ante la existencia de dolores o de parálisis de los pares craneales, se debe pensar en la posibilidad de un cáncer.

La exploración clínica incluye la inspección y la palpación de la orofaringe y de la región cervical.

El aspecto clínico de los tumores difiere según la topografía.

■ Tumores retrofaríngeos

Levantan la pared posterior de la orofaringe, en posición medial o a veces paramedial.

■ Tumores del espacio preestiloideo

Rechazan la amígdala hacia dentro, hacia abajo y hacia atrás; levantan el pilar anterior de la amígdala, así como el velo adyacente.

El pilar posterior permanece intacto.

De forma inconstante se encuentra la prolongación del tumor al palpar la región parotídea.

■ Tumores del espacio retroestiloideo

Se sitúan a nivel del pilar posterior de la amígdala y rechazan la amígdala hacia dentro y hacia delante: el pilar anterior y el velo permanecen intactos.

Habitualmente se encuentra en la palpación una tumefacción subdigástrica profunda.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Actualmente predomina entre las técnicas de diagnóstico por imágenes la tomografía computadorizada (TC), pero en esta topografía aún es mejor la resonancia magnética (RM) [22], ya que se trata de tumores que se desarrollan en las partes blandas.

Estos exámenes permiten precisar la topografía exacta de la lesión y sus conexiones con los ejes vasculares y orientan eventualmente el resultado histológico (en particular, una hiperseñal en T1 y T2 que suele ser indicativa de un tumor nervioso).

Con frecuencia se realiza una angio-RM, a veces completada por la arteriografía y orientada por los datos de la auscultación cervical, en los tumores de la región retroestiloidea, debido a las posibles conexiones entre el tumor y el eje carotídeo. Siempre se debe evitar la biopsia del tumor, aunque se trate de un tumor faríngeo prominente, fácilmente accesible con esta intervención. La biopsia favorece las inoculaciones en proximidad y complica la intervención quirúrgica posterior. Además, puede provocar una hemorragia importante en caso de tumores vasculares.

La punción citológica da resultados inconstantes y depende mucho del operador.

La mejor solución es la exéresis quirúrgica del tumor con un examen extemporáneo.

ETIOLOGÍA DE LOS TUMORES PARAFARÍNGEOS^[1, 16, 20, 24, 25, 29]

■ Tumores retrofaríngeos

— Los cordomas son tumores excepcionales que se desarrollan a partir de la notocorda.

Desde el punto de vista histológico, estos tumores son benignos. No obstante, presentan malignidad local y su exéresis completa es casi imposible.

— Las adenopatías retrofaríngeas pueden ser benignas, pero a menudo son malignas o son metástasis de un cáncer de las vías aerodigestivas superiores (VADS), sobre todo del cavum; su presencia siempre implica un pronóstico muy mediocre debido a su inextirpabilidad o a su exéresis incompleta.

— Se han descrito otras adenopatías metastásicas (cáncer papilar tiroideo) [31] u otros tumores muy raros (lipoma, liposarcoma).

■ Tumores del espacio retroestiloideo

— Quimiodectomas: se desarrollan a expensas del globo carotídeo o del par X; la arteriografía es indispensable para el diagnóstico y para guiar la intervención quirúrgica.

— Tumores nerviosos [15]: se trata casi siempre de schwannomas [18] y con menos frecuencia de neurofibromas que eventualmente se integran en el marco de la enfermedad de Von Recklinghausen. Se puede sospechar su presencia si en la RM existe una hiperseñal en T1 y en T2.

— Se han descrito dos casos de quistes epidermoides [10].

■ Tumores del espacio preestiloideo

Son tumores parotídeos y, la mayoría de las veces, adenomas pleomorfos.

Estos tumores se desarrollan a partir de la prolongación faríngea de la parótida o a partir de tumores ectópicos independientes del lóbulo parotídeo profundo; en la RM se observa entonces un plano que separa el tumor de la parótida, lo que permite sospechar el diagnóstico.

La mayor parte de los tumores parafaríngeos son benignos. Los únicos tumores malignos son los adenomas pleomorfos parotídeos degenerados o tumores malignos primitivos de la

parótida; con menos frecuencia se trata de metástasis ganglionares de cánceres de las VADS y excepcionalmente de un quimiodectoma maligno.

En estas tres subregiones, se pueden encontrar tumores raros, conjuntivos benignos o malignos (lipoma, liposarcoma, sinovialsarcoma, tumores nerviosos).

VÍAS DE ACCESO A LOS TUMORES

Pueden esquematizarse en cuatro tipos [4, 13]:

- vía transoral;
- vía de parotidectomía con o sin acceso transoral;
- cervicotomía;
- vía transmandibular.

■ Material quirúrgico

El material utilizado en este tipo de cirugía es el siguiente:

- pinzas de disección:
 - tres pinzas de Adson con dientes, sin dientes y de «diente de ratón»;
 - una pinza de Debakey;
 - tijeras finas de longitud media y punta roma;
 - pinzas hemostásicas de Kilner;
 - dos separadores de Farabeuf y uno de Portmann;
 - electrocoagulación monopolar y bipolar;
 - un aspirador.

En caso de acceso endobucal se utiliza un abrebotas de Boyle-Davis, colocando al paciente en posición de Rose.

Para facilitar la hemostasia por coagulación durante el acceso transoral, se utiliza una pinza de disección de Debakey, que los autores hacen aislar en su parte intermedia, y tijeras largas de punta roma.

■ Acceso transoral [11, 13]

Se ha propuesto principalmente en los tumores benignos retrofaríngeos y en ciertos tumores ectópicos de la parótida, controlados por la RM (deben distinguirse de los tumores del lóbulo profundo).

El paciente se coloca en posición de Rose: el abrebotas de Boyle-Davis se suspende de un arco fijado en las partes laterales de la mesa de operaciones. Se marca la línea de la incisión mucosa, situada en la parte alta de la convexidad tumoral, con la ayuda de tres o cuatro aplicaciones de electrocoagulación de baja intensidad. Casi siempre se prefiere la incisión vertical a la horizontal.

Se hace la incisión de la mucosa con bisturí eléctrico monopolar.

Con la ayuda de tijeras de punta roma, se hace una incisión en el músculo y se llega al contacto con la pared tumoral; la disección se completa a menudo con la ayuda del dedo, y las bridas de adherencia se seccionan con tijeras tras una eventual electrocoagulación bipolar.

Durante estos tiempos operativos, siempre se debe tener cuidado de no provocar una ruptura tumoral.

La hemostasia se completa con el bisturí eléctrico al final de la intervención en electrocoagulación, si es posible bipolar; si se utiliza electrocoagulación monopolar es necesario ser lo más preciso posible para evitar necrosis hísticas.

Se cierra el plano mucoso con un hilo reabsorbible sin drenaje.

En caso de tumor vascular o tumor maligno, si está justificada la indicación operatoria, el acceso a esta región parafaríngea se hace mediante una cervicotomía, habitualmente unilateral, en el lado más próximo al tumor si éste está lateralizado.

Si el tumor es alto, se hace una incisión medial vertical del velo, que se reconstruirá al final de la intervención. Es necesario ser prudente durante la disección lateral, ya que el eje carotídeo puede estar en posición muy interna.

■ Acceso de parotidectomía [1, 12, 13, 27, 35, 36]

Habitualmente se reserva para los tumores del espacio pre-estiloideo, que suelen ser adenomas pleomorfos desarrollados a expensas de la prolongación faríngea de la parótida. En este tipo de tumor con frecuencia basta con un acceso externo.

Primero se realiza una parotidectomía superficial conservadora.

Después se libera totalmente el nervio facial del lóbulo profundo. Se liga la arteria carótida externa antes de que penetre en la glándula.

En ese momento se propulsa hacia delante la mandíbula, y habitualmente el dedo llega a disecar sin dificultad el tumor del pilar anterior de la amígdala y de la mucosa del velo.

En caso de tumores voluminosos, existe el riesgo de someter al nervio facial a tracciones excesivas; en este caso, se realiza una incisión del pilar anterior de la amígdala para extraer el lóbulo profundo y el tumor por la cavidad bucal.

Esta vía de acceso mixta es indispensable en caso de tumor maligno o de adenoma pleomorfo recidivante.

En los tumores voluminosos, Som [32] propone una osteotomía del ángulo mandibular por detrás de la zona dentaria y una disección digital del polo inferior del tumor; esta vía complementaria no parece justificarse, salvo en casos excepcionales, debido al acceso tan limitado que ofrece.

■ Vía de cervicotomía (fig. 2)

Se utiliza sobre todo para acceder a los tumores del espacio retroestiloideo.

— La cervicotomía alta, horizontal, a dos dedos por debajo de la mandíbula, con frecuencia es insuficiente para conseguir una exposición satisfactoria de los tumores parafaríngeos.

— La incisión que suelen utilizar la mayoría de los autores es la de Sébileau-Carrega. Esta incisión parte de la punta de la mastoides a la punta del mentón y si es posible se realiza en un pliegue cutáneo; la parte alta de la concavidad se sitúa a la altura del tercio medio del cuello. Esta incisión se prolonga eventualmente como una incisión de parotidectomía; los colgajos cutáneos se despegan entonces en el plano de la aponeurosis cervical superficial, liberando hacia arriba la glándula submandibular.

— Se localiza el borde del esternocleidomastoideo, cuya cara profunda se despega.

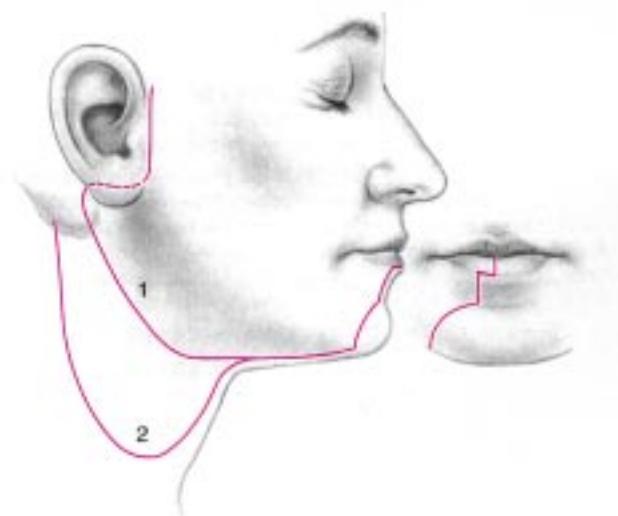
— Disección de la yugular interna con ligadura de los elementos venosos, con frecuencia distribuidos verticalmente, que constituyen el tronco tiro-linguo-faringo-facial.

— Se localizan los pares XII y X, que se preservan durante la intervención.

— Las carótidas primarias, interna y externa, se ponen sobre lazos. Las colaterales de la carótida externa o de su tronco se ligan si es necesario.

Se localiza el borde anterior del esternocleidomastoideo y se diseña el eje yugulocarotídeo.

El tumor se sitúa, ya sea a nivel de la bifurcación de la carótida interna en el caso de un quimiodectoma del globo carotídeo o bien, en el caso de un tumor nervioso, en la cara medial del eje carotídeo. Los quimiodectomas del X no se tratarán en este artículo: siempre se realizará una arteriografía preoperatoria, con una posible embolización.



2 Vía de cervicotomía. 1. Cervicotomía alta (a la altura del hueso hioideo) eventualmente prolongada: hacia arriba y hacia atrás, en incisión de parotidectomía; hacia arriba y hacia delante, según una incisión que abre el labio inferior; 2. incisión de Sébileau-Carrega. La parte alta de la incisión se sitúa a la altura del tercio medio del cuello. Esta incisión se reserva para los tumores voluminosos que afectan a toda la región cervical.

En el caso de los tumores parafaríngeos situados en la cara profunda del eje yugulocarotídeo, éste se coloca sobre lazos y se manipula con la mayor prudencia (fig. 3); la disección del tumor se hace progresivamente, y la separación en caso de tumor benigno de la pared faríngea, se realiza sin problemas particulares.

La principal dificultad se relaciona con la importancia de las prolongaciones superiores del tumor. En estos casos, se sigue hacia arriba la disección del eje yugulocarotídeo hasta la base del cráneo; para exponerlo mejor, se realiza una disección mastoidea, eventualmente combinada con una incisión endobucal complementaria, cuando el eje carotídeo está perfectamente protegido.

Los tumores malignos a menudo son inextirpables, y sólo en casos excepcionales se puede recurrir a injertos arteriales tras la resección de la carótida interna.

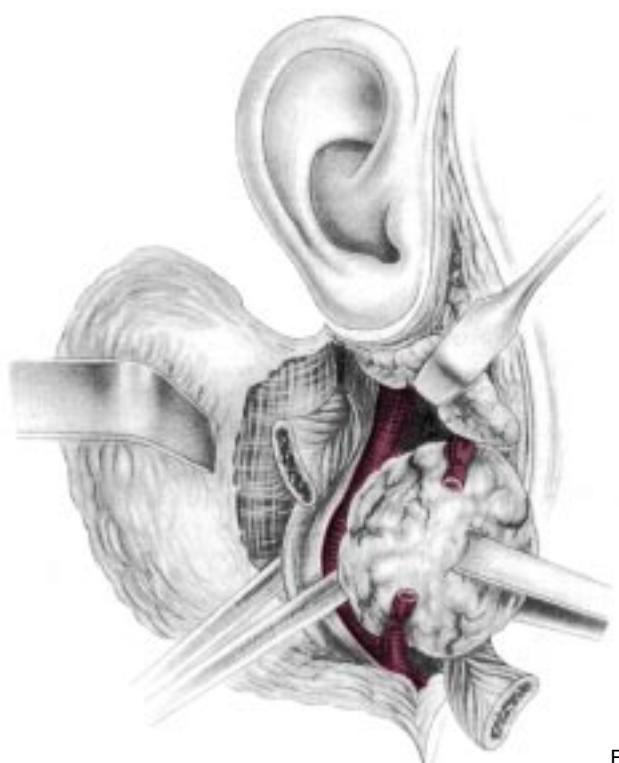
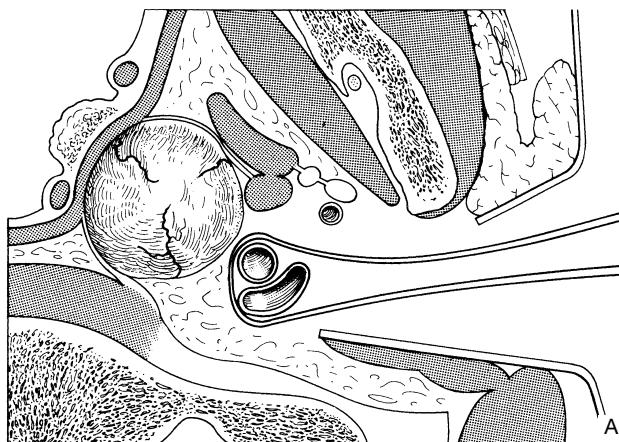
El acceso externo por cervicotomía de los tumores retrofaríngeos está indicado en caso de tumores voluminosos mal delimitados o con sospecha de malignidad; permite la disección del eje yugulocarotídeo y del tumor, eventualmente combinada con una incisión transoral.

Trotoux [34, 35] ha propuesto, en particular en los cordomas cervicales (C2-C3), un acceso cervical bilateral, tras despegamiento de la pared faríngea posterior, que permite la disección de las prolongaciones tumorales de este tumor, que con frecuencia es inextirpable en su totalidad.

■ Vía transmandibular (figs. 4, 5) [5, 6, 8, 16, 21]

El acceso a los tumores de los espacios parafaríngeos por la vía transmandibular es relativamente excepcional; se propone cuando existen tumores voluminosos, de más de 10 cm de diámetro, y cuando el tumor presenta signos de malignidad. El trazado de la osteotomía ha sido objeto de numerosas comunicaciones.

Ciertos autores [7] son partidarios de las incisiones de la rama ascendente por encima de la espina de Spix, que conserva el nervio dentario inferior; otros, como Som [32] y Pinsolle [28], han propuesto incisiones transversales del ángulo mandibular, que secciona el nervio dentario inferior, o a nivel de la rama horizontal, en la región molar (Morfit [23] y Stell [33]).



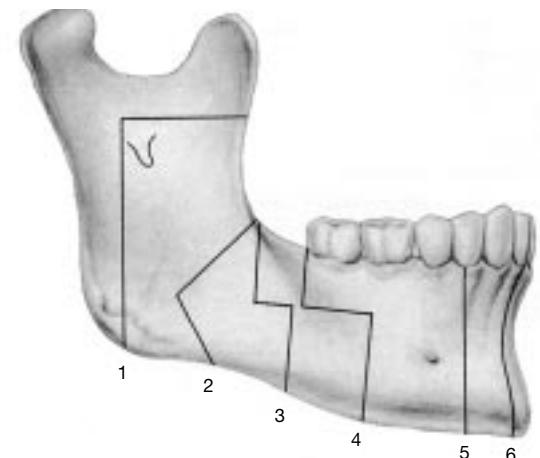
3 Caso de un tumor voluminoso parafaríngeo del espacio retroestiloideo. Es indispensable localizar perfectamente el eje yugulocarotídeo, cuyos elementos se deben colocar sobre lazos.

Debido a la excelente exposición que se consigue, actualmente la mayoría de los autores prefieren una incisión parasinfisaria lateralizada al lado de la lesión, entre el incisivo lateral y el canino o entre los dos incisivos, conservando los dos dientes adyacentes.

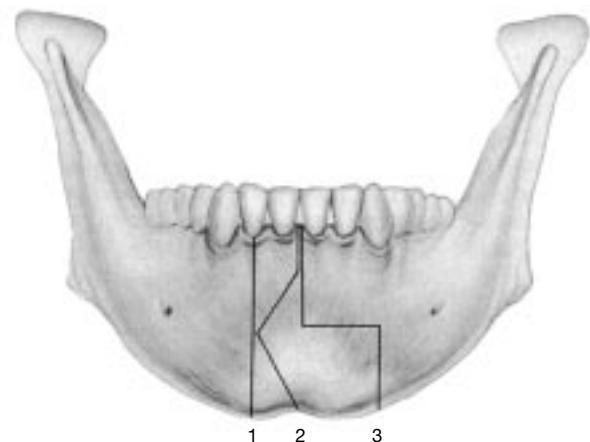
La incisión cutánea anterior se prolonga entonces hasta la línea media para abrir el labio inferior, rodeando la región mentoniana de forma que se oculte la incisión a nivel de la unión del labio inferior y el mentón.

La osteotomía suele ser vertical; Dubner^[6] preconiza una osteotomía mandibular según un ángulo obtuso abierto hacia el lado opuesto; Som^[32] prefiere una osteotomía en «escalón».

Cuando se realiza la osteotomía mandibular, la incisión mucosa afecta a la región del piso de la boca a lo largo del surco alveololingual; se localizan y se disecan el nervio lingual y el par XII.



4 Trazado de las osteotomías laterales. 1. Osteotomía de Flood^[8]; 2. trazo de Som^[32]; 3, 4. osteotomías en «escalón» de Stell^[33], Morfit^[23]; 5. trazo de McGregor^[21]; 6. osteotomía paramedial.



5 Trazado de las osteotomías sinfisaria o parasinfisaria. 1. Osteotomía paramedial que precisa la extracción del incisivo inferior lateral; 2. osteotomía en «V» abierta en el lado opuesto a la lesión^[6]; 3. osteotomía en «escalón»^[32].

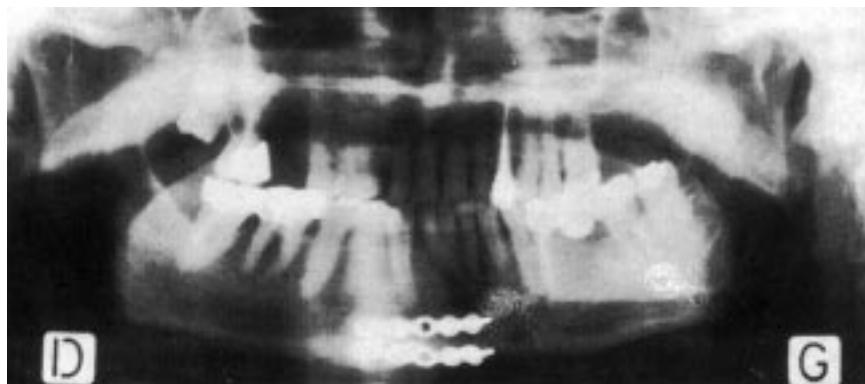
Entonces se luxa la mandíbula hacia fuera, y así se simplifica el acceso a la región parafaríngea.

Aunque al principio la reparación de la mandíbula se realizaba con hilos de acero bicorticales, la mayoría de los autores preconizan actualmente dos placas de titanio (fig. 6) miniaturizadas con cuatro tornillos, fijados por tornillos suficientemente largos para abarcar las dos corticales, y colocados por debajo del nivel de las raíces de los dientes. Las placas se moldean y se sitúan antes de la osteotomía para facilitar su colocación.

Para obtener una reducción ósea perfecta, parece más adecuado colocar placas atornilladas antes de realizar la osteotomía, retirarlas y después hacer la osteotomía; el cirujano está entonces seguro de la excelente posición de los tornillos y por consiguiente de la contención, de forma que ya no parece necesario el bloqueo intermaxilar de 15 días que algunos autores proponen.

La traqueotomía de seguridad que proponen Som^[32] y Allison^[1] no está justificada cuando se ha restablecido la continuidad mandibular.

Las principales complicaciones de esta cirugía son los riesgos infecciosos, que implican, además de las precauciones quirúrgicas habituales, una cobertura mucosa de toda la región del hueso expuesto y, en particular, de la zona de osteotomía, así como una cobertura antibiótica profiláctica.



6 Osteotomía parasinfisaria. Doble placa de acero fijada por tornillos bicorticales.

Otras complicaciones son los retrasos de la consolidación, que imponen realizar una nutrición con alimentos triturados durante varias semanas, y las maloclusiones, consecuencia de una mala reducción de la osteotomía que tendría que haber compensado un bloqueo intermaxilar.

ESTRATEGIA DE LAS VÍAS DE ACCESO DE LOS TUMORES RETRO Y PARAFARÍNGEOS

La elección de la vía de acceso depende de muchos factores:

- topografía exacta: espacios retrofaríngeo, preestiloideo, retroestiloideo;
- tamaño y relaciones con la base del cráneo;
- conexiones con el eje yugulocarotídeo, la parótida y la pared faríngea (las técnicas modernas de diagnóstico por imágenes determinan mejor estos elementos);
- tipo histológico supuesto, sabiendo que el examen extemporáneo casi siempre lo determina mucho antes que una biopsia.

Cuando es posible, la vía de acceso es única, pero en los casos difíciles la vía combinada es indispensable para disecar la porción yuxtafaríngea del tumor.

■ Tumores retrofaríngeos

- Vía transoral: tumor benigno retrofaríngeo bien delimitado y tumor ectópico de la parótida (debe distinguirse de los tumores del lóbulo profundo).
- Acceso cervical externo, eventualmente asociado a una vía transoral: tumor voluminoso, mal delimitado o con sospecha de malignidad.
- Acceso cervical bilateral para los cordomas cervicales.

■ Tumores del espacio preestiloideo

- Acceso cervical externo de parotidectomía en los tumores benignos desarrollados a expensas de la prolongación faríngea del lóbulo profundo de la parótida.
- Acceso externo más acceso directo de los tumores voluminosos recidivantes o con sospecha de malignidad.
- Vía transoral (pilar anterior): tumor ectópico de la parótida.

■ Tumores del espacio retroestiloideo

Se debe pensar en un tumor vascular (quimiodesectoma) y solicitar una exploración angiográfica.

- Acceso cervical externo la mayoría de las veces.
- Acceso externo y transoral para tumores de exteriorización yuxtafaríngea.
- Vía transmandibular parasinfisaria para los tumores extensos y si hay sospecha de malignidad (asociada a una eventual vía cervical).

Abscesos de los espacios faríngeos

Las causas de estas supuraciones son esencialmente dentales o amigdalinas.

Pueden deberse a bacterias que no son comensales habituales o a un germen saprofita de la cavidad bucal que se ha hecho patógeno a causa de una infección dental, de un traumatismo o de una exploración quirúrgica^[8].

Las principales supuraciones perifaríngeas se deben a estreptococos aerobios; con menos frecuencia se encuentran *Staphylococcus aureus* o *Klebsiella*^[30].

Se pueden asociar anaerobios a gérmenes aerobios precedentes o incluso estar aislados, y entonces son responsables de celulitis gangrenosas del cuello, especialmente peligrosas. Se debe iniciar rápidamente un tratamiento antibiótico de amplio espectro (activo frente a gérmenes grampositivos, gramnegativos y anaerobios). En una fase precoz, este tratamiento puede ser suficiente; en la fase de colección, es necesario pero no suficiente, y obliga al drenaje de esta colección supurada.

La TC constituye el examen de elección para precisar la topografía del absceso y su extensión. Aunque no es sistemática (en los abscesos retrofaríngeos, por ejemplo), con frecuencia resulta útil e incluso indispensable, en particular en los abscesos retroestiloideos, para precisar las conexiones del absceso con el eje yugulocarotídeo.

ABSCESOS RETROFARÍNGEOS^[9]

■ Abscesos retrofaríngeos en el niño

Se producen en lactantes o niños menores de 5 años.

El absceso retrofaríngeo se sitúa habitualmente a nivel de la orofaringe y se manifiesta por una disfagia asociada a fiebre de 39-40 °C. Con la abertura de la boca, el diagnóstico es evidente ante el abombamiento de la pared posterior de la faringe, que confirma la colección supurada. Con gran rapidez se agrava la disfagia dolorosa, el abombamiento se acentúa y aparece una contractura de los músculos paravertebrales.

En una fase precoz, el tratamiento antibiótico de amplio espectro puede poner fin a esta supuración.

Pero a menudo la intervención se impone en la fase de confirmación de la colección, y se asocia a un tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Habitualmente, la incisión se hace bajo analgesia o bajo anestesia general (pero la intubación puede ser arriesgada); se inmoviliza firmemente al niño en posición de Rose; se hace la incisión tras la punción; un aspirador previene el riesgo de aspiración bronquial (desde el comienzo se habrá extraído una muestra para el análisis bacteriológico).

Se completa la incisión del absceso con la introducción de un dedo, que permite romper las celdillas y garantizar un drenaje satisfactorio.

En los días siguientes se realiza un control para verificar que no se haya cerrado demasiado precozmente la brecha mucosa y que el absceso no recidive.

Los abscesos retrofaríngeos de los niños pueden adoptar un carácter más engañoso cuando se sitúan por detrás de la hipofaringe.

El cuadro clínico se caracteriza por una actitud de tortícolis febril con disfagia.

La radiografía lateral de la faringe muestra el abombamiento de la pared faríngea posterior, a veces con un nivel líquido.

Con anestesia general y una intubación que no plantea entonces ningún problema, se aparta la laringe simplemente hacia delante y de este modo se puede ver la tumefacción. Tras una punción, se hace una incisión suficientemente amplia y baja para garantizar un drenaje en declive y prevenir el riesgo de recidiva del absceso.

Algunos autores [2] preconizan un acceso externo de los abscesos retrofaríngeos: este acceso puede ser anterior, tras una incisión en el borde anterior del esternocleidomastoideo, o posterior, tras una incisión cervical posterior de 2 cm, a un través de dedo bajo la punta de la mastoides y una disección con la ayuda de un instrumento romo en dirección de la apófisis lateral de C2, por detrás del eje vascular. Bernard [2] ha descrito 73 casos de abscesos tratados con éxito con este método.

La ventaja del acceso lateral (fig. 7) es evitar una comunicación entre la faringe y los espacios parafaríngeos; su inconveniente es que el trayecto del drenaje es largo, con poco o ningún declive, y una posible siembra de los tejidos sanos y un cierre prematuro que favorece la recidiva.

Abscesos retrofaríngeos en el adulto

Son muy infrecuentes y raramente espontáneos; casi siempre son consecutivos a una inoculación directa, por ejemplo en una falsa vía instrumental.

Sólo se recuerdan aquí las supuraciones frías retrofaríngeas, que forman parte del cuadro de un mal de Pott occipital o cervical superior.

ABSCESOS LATEROFARÍNGEOS

Absceso preestiloideo o paraamigdalino

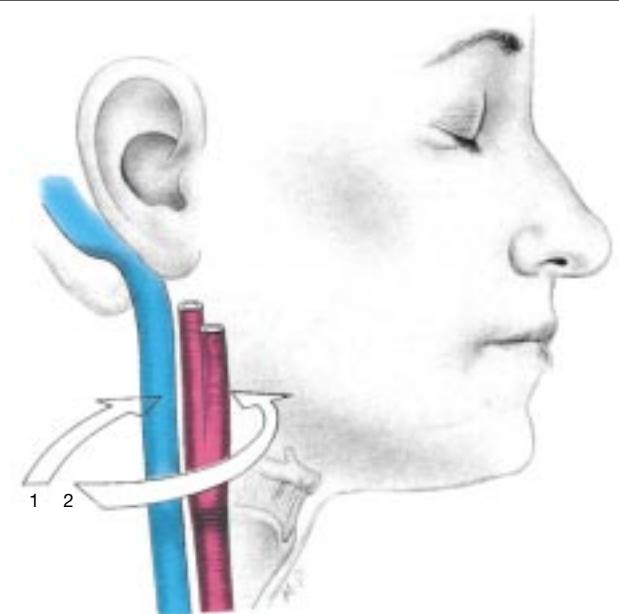
Complica habitualmente una angina y representa a menudo el final evolutivo de un flemón periamigdalino.

El cuadro clínico está dominado por una odinofagia con sialorrea y fiebre de 39-40 °C. El trismo es importante, aunque no hay edema de la campanilla ni abombamiento de la parte alta del pilar anterior; toda la pared faríngea está desplazada, rechazando la amígdala hacia dentro y hacia abajo.

La punción exploradora bajo anestesia local, que se hace con la ayuda de una aguja gruesa colocada en una jeringa hermética de uso único, permite confirmar la supuración y evacuar el absceso. Algunos autores se contentan con este procedimiento, que eventualmente se repite en los días siguientes; otros realizan una incisión a la altura de la zona de la colección, bajo anestesia local o general, con la ayuda de un bisturí protegido; la abertura mediante una pinza de Lubet-Barbon garantiza un drenaje satisfactorio.

Abscesos retroestiloideos

Son adenoflemones desarrollados a partir de ganglios de la región subdigástrica.



7 Acceso externo a los abscesos retrofaríngeos. 1. Acceso retrovascular; 2. acceso prevascular.

Los signos cervicales son habitualmente los que aparecen primero; la tumefacción se sitúa justo por debajo de la región parotídea, pero a veces la rechaza.

La temperatura está elevada, la disfagia es importante y la actitud de tortícolis con frecuencia es sugerente. Existe un empastamiento de la región yugulocarotídea alta que llena el espacio retrromandibular.

La exploración de la orofaringe muestra un abombamiento lateral y posterior por detrás de la amígdala. En estos casos es indispensable recurrir a la TC, de forma que se pueda precisar la topografía de la colección, su importancia y las estructuras vecinas con las que se relaciona. Se debe iniciar lo antes posible un tratamiento antibiótico.

En caso de colección sospechada por los datos de la exploración clínica, y confirmada por la TC, se realiza un drenaje, casi siempre bajo anestesia general con intubación.

Cuando existe un abombamiento faríngeo retroamigdalino, una punción en la que se encuentre pus servirá de guía para hacer una incisión prudente de la mucosa y el agrandamiento de la cavidad con la ayuda de un instrumento de punta roma o de un dedo. La proximidad de la carótida interna exige actuar con la mayor prudencia en el acceso a esta región, ya que los flemones pueden sufrir complicaciones hemorrágicas.

Muchos autores prefieren el acceso externo [25]. implica una incisión cutánea, por debajo del ángulo mandibular, a 1 o 2 cm de éste, de forma que se conserve la rama mentoniana. Un separador desplaza el esternocleidomastoideo y lo separa de la glándula submaxilar por delante; se localiza el eje yugulocarotídeo. A continuación se realiza el despegamiento con la ayuda de un instrumento romo o del dedo, para llegar a la colección; con un bisturí se hace la incisión y se drena.

Las complicaciones de las colecciones parafaríngeas son actualmente excepcionales, pero suelen asociarse a tratamientos insuficientes o a diagnósticos demasiado tardíos.

Entre las complicaciones están las erosiones carotídeas [18], las tromboflebitis yugulares con foco pulmonar séptico [14] y las mediastinitis supuradas descendentes [7].

Las celulitis por anaerobios de la región cervical exceden el ámbito de este fascículo: suelen ser de origen dental y se caracterizan por empastamiento cervical difuso, crepitación y síndrome infeccioso grave.

Conclusión

La cirugía de los espacios parafaríngeos se refiere esencialmente a los tumores y las supuraciones.

En estos dos casos, los datos de las técnicas modernas de diagnóstico por imágenes (TC y RM) permiten establecer perfectamente la topografía del tumor y precisar sus relaciones con la faringe, la base del cráneo y el eje yugulocarotídeo. El acceso a los tumores cervicales depende de su topografía exacta y de su supuesta histología: acceso transoral en los tumores retrofaríngeos, vía de parotidectomía en los tumores del espacio preesti-

loideo, cervicotomía en los tumores del espacio retroestiloideo. Las vías combinadas son a veces necesarias y el acceso transmandibular facilita la disección y la exéresis de los tumores extendidos o malignos.

Los abscesos de los espacios parafaríngeos detectados mediante la TC se drenan, ya sea por vía transoral o por vía cervical: la elección de la vía de acceso depende fundamentalmente de la topografía del absceso. Incluso en los abscesos retrofaríngeos, algunos autores prefieren el acceso cervical al transoral, mientras que en los abscesos laterocervicales siempre es necesario el acceso cervical.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Beauvillain de Montreuil C, Bordure P et Ferri-Launay ML. Chirurgie de l'espace parapharyngé. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Techniques chirurgicales - Tête et cou, 46-490, Techniques chirurgicales, 46-490, 2001, 8 p.

Bibliografía

- [1] Allison RS, Vanderwaal L, Snow GB. Parapharyngeal tumors: a review of 23 cases. *Clin Otolaryngol* 1989 ; 14 : 199-203
- [2] Bernard PH, McDonald P, Briggs V. Drainage des abcès rétropharyngés de l'enfant par cervicotomie postérolatérale haute (à propos de 73 cas). In : Communication faite au 87^e congrès français d'ORL et de CCF. Paris : Arnette, 1990 : 364-367
- [3] Bonfils P, Chevallier JM. Anatomie (tome III). Paris : Flammarion, 1998
- [4] Carrau FI, Myers EN, Johnson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990 ; 100 : 583-589
- [5] De Campora E, Camaiora A, Calabrese V, Corradini C, Croce A, D'agnone N. Conservative trans-mandibular approach in the surgical treatment of tumors of the parapharyngeal space. *J Laryngol Otol* 1984 ; 98 : 1225-1229
- [6] Dubner S, Spiro RH. Median mandibulotomy: a critical assessment. *Head Neck* 1991 ; 13 : 389-393
- [7] Eliachar L, Peleg H, Jochims HZ. Mediastinitis and bilateral pyopneumothorax complicating a parapharyngeal abscess. *Head Neck Surg* 1981 ; 3 : 438-442
- [8] Flood TR, Hislop WS. A modified surgical approach for parapharyngeal space tumours: use of the inverted « L » osteotomy. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1991 ; 29 : 82-86
- [9] Gehanno P, Astier PH. Les abcès péripharyngés. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-520-A-10, 1992
- [10] Gilain L, Vialard J, Coste A et al. Kystes épidermoides de l'espace sous-parotidien postérieur. Problèmes histologiques et étiopathogéniques. *Rev Soc Fr ORL* 1992 ; 13 : 23-27
- [11] Goodwin WJ, Chandler JR. Transoral excision of lateral parapharyngeal space tumors presenting intraorally. *Laryngoscope* 1988 ; 98 : 266-269
- [12] Guerrier B, Makeieff M, Crampette L, Monkton JB. Traitement chirurgical des tumeurs du lobe profond de la parotide. À propos de 33 cas. *Cah ORL* 1994 ; 29 : 265-271
- [13] Guerrier Y. Traité de technique chirurgicale ORL et cervico-faciale (tome IV). Paris : Masson, 1988 : 251-283, 405-414
- [14] Hadlock FP, Wallace RT, Rivera M. Pulmonary septic emboli secondary to parapharyngeal abscess. *Radiology* 1979 ; 130 : 29-33
- [15] Hamza A, Fagan JJ, Weissman J, Myers E. Neurilemmomas of the parapharyngeal space. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997 ; 123 : 622-626
- [16] Hughes KV, Olsen KD, McCaffrey TV. Parapharyngeal space neoplasms. *Head Neck* 1995 ; 17 : 124-130
- [17] Katsantonis GP, Friedman WH, Rosenblum BN. The surgical management of advanced malignancies of the parotid gland. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1989 ; 101 : 633-640
- [18] Langenbrunner DJ, Dajani S. Pharyngomaxillary space abscess with carotid artery erosion. *Arch Otolaryngol* 1971 ; 94 : 447-457
- [19] Legent F, Perlemutter L, Vandebrouck Cl. Cahiers d'anatomie. Paris : Masson, 1986
- [20] Makeieff M, Quaranta NJ, Guerrier B. Tumeurs parapharyngées. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-605-C-10, 2000 : 1-14
- [21] McGregor IA, McDonald DG. Mandibular osteotomy in the surgical approach of the oral cavity. *Head Neck Surg* 1983 ; 5 : 457-462
- [22] Miller FR, Wanamaker JR, LaVertu P, Wood BG. Magnetic resonance imaging and the management of parapharyngeal space tumors. *Head Neck* 1996 ; 18 : 67-77
- [23] Morfit HM. Retromandibular parotid surgery. *Arch Surg* 1955 ; 70 : 906-913
- [24] Olsen D. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1994 ; 104 : 1-28
- [25] Paparella M, Shunwick D, Gluckman J et al. *Otolaryngology* (vol III). Philadelphia : WB Saunders, 1991 : 2556-2560
- [26] Pellegrini-Coqueran J, Piton J. À propos d'une volumineuse tumeur parapharyngée : imagerie et chirurgie. *Rev Laryngol* 1991 ; 112 : 209-214
- [27] Periguey J. Les tumeurs parapharyngées : à propos de 50 cas. [thèse], Montpellier, 1982
- [28] Pinsolle J, Sibercicot F, Emparanza A, Caix P, Michelet FX. Approach to the pterygomaxillary space and posterior part of the tongue by lateral stairstep mandibulotomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989 ; 115 : 313-315
- [29] Receveur M. Les tumeurs parapharyngées : essai de synthèse à partir de 47 observations. [thèse], Paris, 1975
- [30] Sethi DS, Stanley RE. Parapharyngeal abscesses. *J Laryngol Otol* 1991 ; 105 : 1025-1030
- [31] Sirotnak JJ, Lorec TR, Penetrante R. Papillary carcinoma of the thyroid metastatic to the parapharyngeal space. *Ear Nose Throat J* 1997 ; 76 : 342-344
- [32] Som PM, Biller HF, Lawson W. Tumors of the parapharyngeal space; preoperative evaluation, diagnosis and surgical approaches. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1981 ; 90 (suppl 80 part 4) : 3-15
- [33] Stell PM, Maran AG. Head and neck surgery. London : Heinemann, 1978 : 420-422
- [34] Trotoux J. La voie bicervico-transhyoïdienne : une nouvelle approche combinée des lésions de la paroi postérieure du pharynx. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 1989 ; 106 : 214-217
- [35] Trotoux J, Geoffray B, Fabre A. Voies d'abord du pharynx. *Encycl Méd Chir* (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Oto-rhino-laryngologie, 20-496-A-10, 1985 : 1-10
- [36] Work W. Parapharyngeal space and salivary gland neoplasms. *Otolaryngol Clin North Am* 1977 ; 10 : 421-426