



SOCIEDAD MEXICANA DE ONCOLOGÍA, A.C.
**GACETA MEXICANA
DE ONCOLOGÍA**

www.elsevier.es



CASO CLÍNICO

Lipoma retrofaríngeo causante de apnea del sueño y disfagia



Antonio Palomeque López^{a,*}, Hernán José Ramírez^a, Sergio Vásquez Ciriaco^b,
José Manuel Matías Salvador^a, Néstor Cruz López^a y Mario Méndez Maldonado^a

^a División de Cirugía, Hospital General «Dr. Aurelio Valdivieso», Oaxaca, México

^b Cirujano Oncólogo, Hospital Regional de Alta Especialidad, Oaxaca, México

Recibido el 25 de noviembre de 2014; aceptado el 6 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 23 de julio de 2015

PALABRAS CLAVE

Lipoma;
Espacio
retrofaríngeo;
Disfagia;
Lipoma retrofaríngeo

Resumen Los lipomas son los tumores mesenquimatosos más frecuentes. Pueden aparecer a cualquier edad y en cualquier localización. Su aparición en cabeza y cuello es relativamente rara, más aún la localización en el espacio retrofaríngeo. Estos lipomas tienden a evolucionar asintomáticos hasta que su tamaño causa síntomas compresivos. El diagnóstico se establece por tomografía y resonancia magnética. El tratamiento es quirúrgico y el tipo de abordaje dependerá de la localización del lipoma.

Presentamos el caso de una mujer de 75 años, con aumento de volumen de 2 años de evolución progresiva e indolora en las caras anterior y lateral del cuello y que en los últimos 6 meses causa disfagia a sólidos, así como ronquidos y sensación de ahogo por las noches. En la tomografía se identifica lesión hipodensa en el espacio retrofaríngeo y extensión a espacios parafaríngeos compatible con lipoma retrofaríngeo. Es sometida a resección quirúrgica. El reporte histológico confirma que se trata de un lipoma. En su evolución posquirúrgica presentó disfonía, la cual remitió en forma espontánea en 3 meses.

Los lipomas retrofaríngeos son neoplasias sumamente raras con un excelente pronóstico, dependiendo de la morbilidad asociada al procedimiento quirúrgico seleccionado para su resección.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia: Porfirio Díaz N.º 400, Col. Reforma. C.P. 68050 Oaxaca de Juárez, Oaxaca, México. Tel.: +951 5151300.
Correo electrónico: drpalomequeonco@yahoo.com.mx (A. Palomeque López).

KEYWORDS

Lipoma;
Retropharyngeal
space;
Dysphagia;
Retropharyngeal
lipoma

Retropharyngeal lipoma causing sleep apnea and dysphagia

Abstract Lipomas are the most common mesenchymal tumours. They may appear at any age and body location. Its appearance in the head and neck is relatively uncommon, and even rarer in the retropharyngeal space. These lipomas are often asymptomatic until their size causes compressive symptoms. Diagnosis is established by means of computed tomography (CT) or magnetic resonance imaging. Surgical excision is the treatment of choice, and the type of approach will depend on the location of the lipoma.

The case is reported on a 75-year-old female presenting with a 2-year history of progressive, painless enlargement of a mass in the anterior and posterior neck that caused dysphagia to solid food, as well as snoring and shortness of breath at night in the previous 6 months. The CT scan showed a hypodense lesion in the retropharyngeal space, extended to parapharyngeal area, consistent with retropharyngeal lipoma. The patient underwent surgical excision. The histology report confirmed the previous diagnosis of lipoma. Postoperatively, she experienced dysphonia, which resolved spontaneously in 3 months.

Retropharyngeal lipomas are very rare neoplasms with an excellent prognosis that depends on the morbidity associated with the surgical procedure selected for their excision.

© 2015 Sociedad Mexicana de Oncología. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los lipomas son las neoplasias mesenquimales más frecuentes. Pueden aparecer a cualquier edad y en cualquier localización anatómica. Pueden ser encapsulados o infiltrantes. La mayoría de estas neoplasias son subcutáneas o submucosas y rara vez aparecen en espacios profundos. Los lipomas de cabeza y cuello representan menos del 15% de este tipo de neoplasias. La presentación en el espacio retrofaríngeo solo se ha descrito en unos cuantos reportes a nivel mundial. Debido a su lento crecimiento, estas lesiones producen síntomas hasta que su tamaño causa compresión de la vía aérea o digestiva. Los síntomas van desde disfagia ligera, disnea, apnea del sueño y, cuando las lesiones son infiltrantes o prevertebrales, pueden causar síntomas neuropáticos. El diagnóstico se establece por medio de estudios de imagen, básicamente tomografía computarizada o resonancia magnética. El tratamiento es quirúrgico y existen diversas vías de abordaje, con distintas indicaciones y morbilidades, dependiendo de la localización del lipoma. El pronóstico es bueno.

Presentamos el caso de una paciente de 75 años de edad con diagnóstico de lipoma retrofaríngeo de gran volumen que fue sometida a resección quirúrgica mediante un abordaje anterolateral prevascular, lo cual requirió de la movilización completa de la faringe. La evolución posquirúrgica se caracterizó por disfonía severa y disfagia ligera, ambas transitorias.

Presentación del caso

Paciente femenino de 75 años de edad, con antecedentes de hemitiroidectomía derecha 18 años atrás, con reporte histológico de bocio coloide. Presentaba hipertensión y diabetes de larga evolución controladas con tratamiento. Refería la presencia de tumoración en cuello en el triángulo anterior

bilateral y a nivel central de 2 años de evolución, indolora, sin síntomas agregados y de crecimiento lento. En el curso de los 3 meses previos había comenzado a experimentar síntomas de disfonía leve, disfagia leve a sólidos y ronquidos con sensación de ahogo durante el sueño, así como accesos esporádicos de tos no productiva. Fue referida a esta unidad por sospecha de bocio coloide recidivante. En la exploración se identificó una lesión difusa y reblandecida que abarcaba ambos triángulos musculares del cuello, no dolorosa. La exploración de cavidad oral mostró la protrusión de toda la pared posterior de la faringe (fig. 1). La tomografía computarizada de cuello reveló la presencia de una masa hipodensa indicativa de lipoma en el espacio retrofaríngeo con extensión a ambos espacios parafaríngeos y que se extendía desde la base del cráneo hasta la base del cuello, con un área discretamente más densa indicativa de fibrosis (fig. 2).

La paciente fue sometida a cervicotomía anterolateral con acceso prevascular, identificando la lesión característica de un lipoma multilobulado de aproximadamente 15 cm en su diámetro mayor (figs. 3 y 4), el cual se encontraba parcialmente fijo a la pared posterior de la faringe (fig. 5). Durante el procedimiento se identificaron intencionalmente los nervios laríngeos recurrentes.

La evolución posoperatoria de la paciente transcurrió con una marcada disfonía transitoria de aproximadamente 3 meses de duración y una muy ligera disfagia que duró 2 semanas. El reporte histológico correspondió a un lipoma con áreas limitadas de fibrosis (fig. 6). A 2 años de seguimiento no se ha evidenciado recurrencia de la lesión y la paciente permanece asintomática.

Discusión

Los lipomas son tumores subcutáneos o submucosos generalmente encapsulados que se localizan la mayoría de las veces



Figura 1 Aspecto clínico de la lesión, previo al inicio de la cirugía. Se puede observar el aumento de volumen secundario al tumor de forma bilateral.

en el tejido subcutáneo. También existen los lipomas infiltrantes que por lo regular se extienden a través del músculo esquelético y los tejidos subyacentes, confiriendo a estos un mayor riesgo de recidiva de hasta un 62% tras su resección¹.

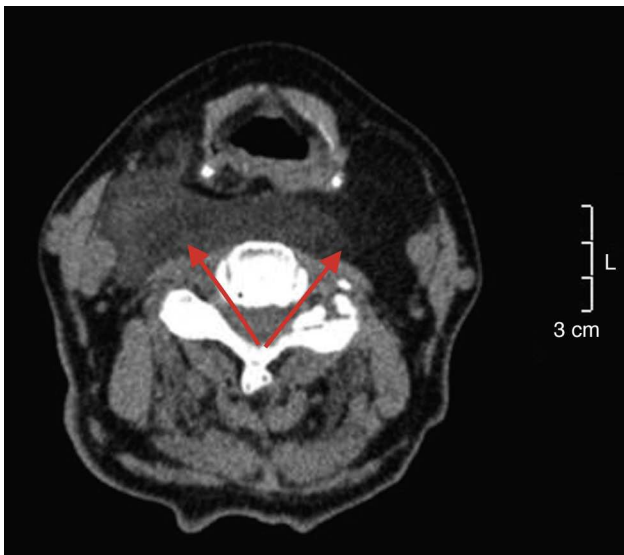


Figura 2 Tomografía computarizada donde se observa la lesión (flechas) en el espacio retrofaríngeo y extensión a ambos espacios parafaríngeos. Se observan los 2 componentes del tumor: el fibroso y el de tejido graso.

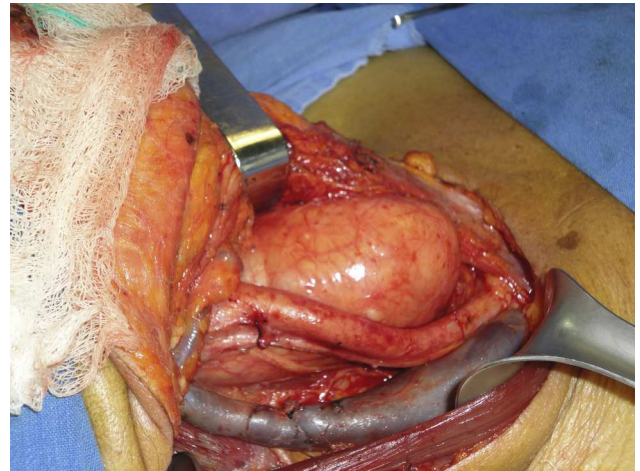


Figura 3 Se observa el abordaje quirúrgico anterolateral prevascular identificando la lesión lobulada y encapsulada, la cual se extiende por la cara posterior de la faringe; también se observa su presencia adyacente a la vaina carotídea.

Solo entre el 10 y el 15% de los lipomas se presentan en la región de cabeza y cuello, siendo el triángulo posterior la ubicación más frecuente².

Los lipomas retrofaríngeos son sumamente raros. Se han descrito apenas un poco más de 30 casos en la literatura desde 1800 hasta el año 2000³.

Generalmente descritos como lipomas retrofaríngeos, en realidad se pueden originar en 2 espacios distintos: el espacio retrofaríngeo, donde ha sido más frecuente su descripción, y el espacio prevertebral, localizado entre la fascia prevertebral y las vértebras y que se extiende desde la base del cráneo hasta el cóccix.

A diferencia de los lipomas del espacio retrofaríngeo, que suelen ser de crecimiento lento y que tienden a ser grandes lesiones cuando ya ocasionan síntomas, los lipomas prevertebrales, más raros aun, pueden afectar a las raíces nerviosas y causar síndromes de radiculopatías incluso

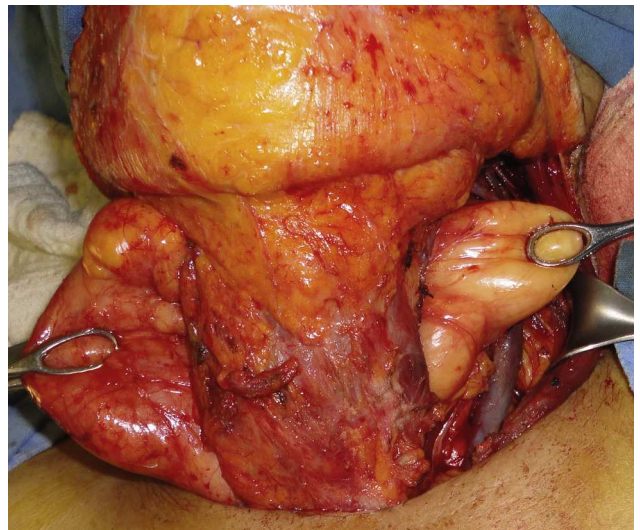


Figura 4 Se puede observar la lesión, con extensión bilateral a espacios parafaríngeos, localizada por detrás de la faringe.

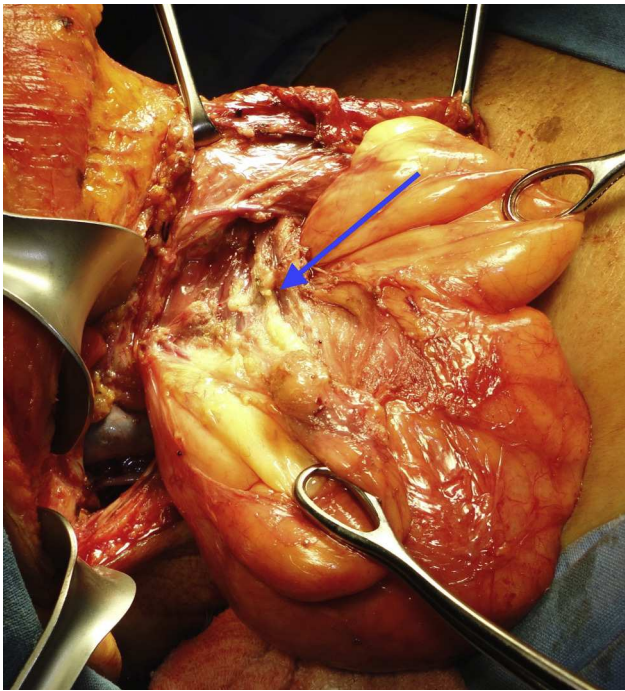


Figura 5 Se observa una pequeña porción del lipoma con comportamiento infiltrante adherido a la pared posterior de la faringe (flecha).

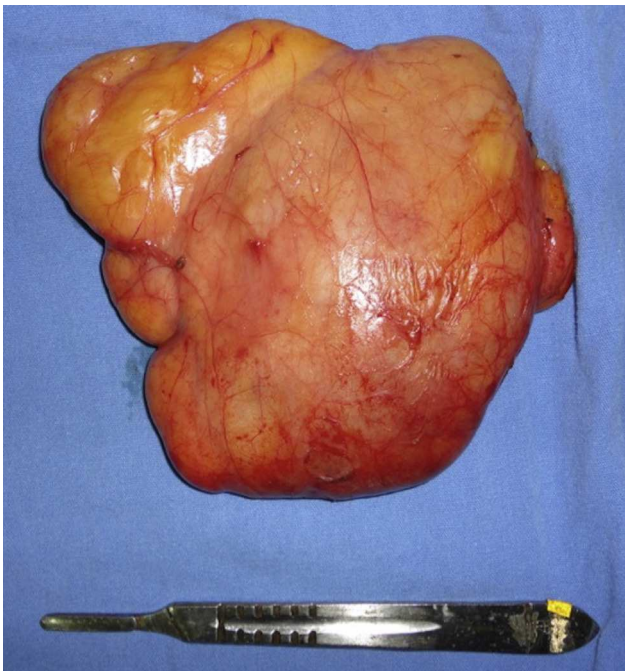


Figura 6 Aspecto de la pieza una vez realizada la resección.

cuando son de tamaño pequeño⁴. Dado que este tipo de tumores se pueden extender desde la base del cráneo hasta el mediastino superior, pueden causar una amplia variedad de síntomas dependiendo de la porción de la vía aerodigestiva que afecten. Sus síntomas suelen ser inespecíficos,

desde una protrusión en la faringe posterior hasta disfagia, disnea obstructiva o apnea del sueño⁵. Es de vital importancia descartar otras causas de obstrucción aerodigestiva, sobre todo en pacientes añosos, donde la patología maligna o las alteraciones neuromusculares son las principales causas. Los lipomas retrofaríngeos son extremadamente raros.

Las características radiológicas de los lipomas pueden establecerse por medio de tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética (RM). En la TAC no contrastada se aprecian como lesiones homogéneas de baja densidad de entre (-60 a -120 HU). En la RM aparecen como lesiones de alta intensidad en T1 y de intensidad grasa en T2⁶. La RM puede proporcionar información adicional, como la relación de la lesión con los músculos prevertebrales, indicar la posible presencia de un liposarcoma o descartar invasión al canal medular o a las raíces nerviosas. Por tanto, la RM parece ser el estudio de elección en estos casos⁷.

Rara vez está indicada la toma de una biopsia transoperatoria, ya que con estudios de imagen adecuados prácticamente se puede llegar a establecer el diagnóstico. Sin embargo, ante la sospecha de otro tipo de patología, es conveniente realizar una biopsia por aspiración con aguja fina, aunque se debe tener en cuenta que esta difícilmente podrá diferenciar entre un lipoma y un liposarcoma.

Como se mencionó previamente, cuando se presentan síntomas por la presencia de un lipoma retrofaríngeo, por lo regular este es de tal volumen, que llega a causar compresión de las estructuras adyacentes; sin embargo, consideramos que aun cuando estos sean pequeños y asintomáticos, incluso en personas jóvenes, debe realizarse la resección, puesto que eventualmente la lesión presentará crecimiento y síntomas subsecuentes. Solo se manejará con observación en aquellos pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico por comorbilidad⁸. En estos casos se debe llevar a cabo una vigilancia estrecha a fin de descartar crecimiento de la neoplasia o incremento de la sintomatología⁹.

El tratamiento de los lipomas retrofaríngeos es quirúrgico y consiste en su completa resección, siendo más fácil esto en los lipomas encapsulados. El abordaje quirúrgico de los lipomas retrofaríngeos puede ser transoral, anterolateral y anterolateral retrovascular.

El abordaje transoral ofrece una exposición adecuada de la parte más craneal de la columna, se acompaña de glossectomía y mandibulotomía paramediana con movilización (*swing*) mandibular, lo cual incrementa considerablemente la morbilidad asociada, motivo por el cual ha caído en desuso¹⁰. Sin embargo, algunos autores sugieren el abordaje transoral sin la realización de mandibulotomía, argumentando que debido al encapsulamiento de los lipomas, estos pueden ser resecados mediante faringotomía posterior longitudinal con bajos índices de morbilidad⁸. El abordaje retrofaríngeo anterolateral es una excelente opción para los niveles cervicales bajos; sin embargo, se complica en el caso de las lesiones más altas. Proporciona una exposición sumamente adecuada de la vaina carotídea, así como del espacio parafaríngeo y las paredes laterales de hipofaringe, esófago, tráquea y laringe. Las complicaciones de este abordaje se relacionan con la delicadeza de las estructuras que se manipulan y entre los problemas más frecuentes figuran la perforación faríngea, lesiones vasculares a la

yugular o carótida, lesiones nerviosas al vago, al laríngeo superior y laríngeo recurrente, al hipogloso, al simpático cervical y a las ramas mandibular y cervical del nervio facial.

El abordaje retrovascular puede realizarse sobre el borde anterior o posterior del músculo esternocleidomastoideo y la vaina carotídea. Es adecuado para los niveles bajos del cuello. De la misma forma que en el abordaje lateral anterior, es preciso proceder con suma cautela para no afectar las estructuras neurovasculares del cuello¹¹.

Es muy importante mantener una adecuada comunicación y contar con una valoración preanestésica adecuada en estos casos, debido a que los lipomas de gran tamaño pueden dificultar la intubación de los pacientes y deben considerarse técnicas de intubación alternativas como la asistida por fibra óptica¹².

La resección completa del lipoma hará que remitan los síntomas ocasionados por el mismo y la recuperación será rápida, aunque en algunos casos, la disfonía y la sensación de disfagia pueden perdurar por algunos meses debido a la manipulación de la faringe y de algunas estructuras nerviosas de la fonación. En términos generales, se ha descrito una tasa de recurrencia hasta del 5% para los lipomas en el área de cabeza y cuello, motivo por el cual es recomendable dar seguimiento a estos casos¹³.

Conclusiones

Los lipomas de localización retrofaríngea son neoplasias benignas sumamente raras que muestran un crecimiento lento a través del tiempo. La sintomatología obedece al gran volumen que pueden alcanzar y está relacionada con la compresión de las estructuras adyacentes. El tratamiento es quirúrgico y el tipo de abordaje dependerá de la localización de la lesión y la experiencia del cirujano. El pronóstico es sumamente favorable.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Los autores no recibieron ningún patrocinio para la realización del presente artículo.

Referencias

1. Alex S, John WWE, Edgar DS. Radiographic assessment of the infiltrating retropharyngeal lipoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125:658–60.
2. Jean EA, Eduarda C, Prassana V, et al. A rare prevertebral ordinary lipoma presenting as obstructive sleep apnea. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 2008;134(9):1001–3.
3. Akhtar J, Shaykhon M, Croker J, et al. Retropharyngeal lipoma causing dysphagia. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2001;258(9), 458–445.
4. Park JS, Shirachi I, Sato K, Ando N, Nagata K. Lipoma with dumb-bell extradural extension through the intervertebral foramen into the spinal canal. *J Neurosurg Spine.* 2005;2(1):69–71.
5. Yoshihara T, Kawano K, Mita N. Retropharyngeal lipoma causing severe dysphagia and dyspnea. *J Otolaryngol.* 1998;27:363–6.
6. Doms GC, Hricak H, Sollitto, et al. Liposarcomatous tumours and tumours with fatty components: MR imaging potential and comparisons between MR and CT results. *Radiology.* 1985;157:479–83.
7. Senchenkov A, Werning JW, Staren ED. Radiographic assessment of the infiltrating retropharyngeal lipoma. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2001;125:658–60.
8. Dennis YKC, Ming YL, Dawn TWT, et al. Retropharyngeal lipoma with parapharyngeal extension: Is transoral excision possible? *Singapore Med J.* 2013;54(9):e176–8.
9. Neil GH, Timothy AA, Gul M, et al. Retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: Case report including five-year follow-up. *The Laryngoscope.* 2002;112:1603–5.
10. Philpott CM, Selvadurai D, Banerjee AR. Paediatric retropharyngeal abscess. *J Laryngol Otol.* 2004;118(12):919–26.
11. Whitesides TE Jr, Kelly RP. Lateral approach to the upper cervical spine for anterior fusion. *South Med J.* 1966;59(8):879–83.
12. Sameer S, Vikramjeet A. Use of the glidescope and external manipulation in airway management of an unusual retropharyngeal lipoma. *J Anaesth Clin Pharmacol.* 2010;26(4):557–8.
13. Rosell A, Garcia-Arraz G, Llaverio M. Lipoma of the retropharyngeal space. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1998;107:726–8.