

## Caso clínico 5

# LIPOSARCOMA MASIVO DE ESPACIO PARAFARÍNGEO

DRES. SANTOS GORJÓN P, RACINES ÁLAVA E, INTRAPRENDENTE MARTINI JF, MARTÍN HERNÁNDEZ G, CRISTINA MORALES MARTÍN A<sup>(1)</sup>.

SERVICIO ORL HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES (ÁVILA).  
SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DE SONSOLES (ÁVILA)<sup>(1)</sup>.

### Introducción

Los liposarcomas son tumores mesenquimales malignos. Suponen entre el 7 y 9% de todos los sarcomas de partes blandas<sup>(1)</sup>. Suelen presentarse en personas de mediana edad en el útero y el tracto gastrointestinal, tejidos blandos de las extremidades y el retroperitoneo<sup>(1)</sup>. En cabeza y cuello representan menos del 1% de las neoplasias<sup>(3,4)</sup>, debido a la escasez de músculo liso<sup>(5,6)</sup>. La mayoría aparecen en: cavidad oral, tejidos blandos superficiales como el cuero cabelludo, senos paranasales y mandíbula<sup>(4)</sup>. Los sarcomas tienen mal pronóstico, y siempre que sea posible el planteamiento inicial debe ser cirugía<sup>(1,7)</sup>. En ocasiones aparece en pacientes que han recibido radioterapia o en pacientes con retinoblastomas, si portan el gen Rb1<sup>(8,9)</sup>.

Los leiomiomas los podemos clasificar según una escala graduada de 4 niveles modificada por Broders et al y Angervall et al<sup>(10, 11, 12)</sup>. El hallazgo más habitual la presencia de una masa asintomática y rápidamente progresiva<sup>(2, 9, 13)</sup>. Presentamos un caso de un liposarcoma gigante que afecta a la región de los pterigoideos en el espacio masticador y parafaríngeo, que al diagnóstico rallaba el límite de la operabilidad.

### Descripción del caso

Varón de 76 años de edad, que acude a la consulta de otorrinolaringología por supuesto lipoma en la zona de la mejilla. Presenta aumento de tamaño en los últimos meses y desplaza la úvula. La exploración nasofibroscópica confirma el efecto masa importante velopalatino derecho. Sin embargo, el paciente no presentaba disfonía ni disfagia importante. La TC que muestra una lesión multinivel que ocupa todo el espacio parafaríngeo derecho (figura 1).

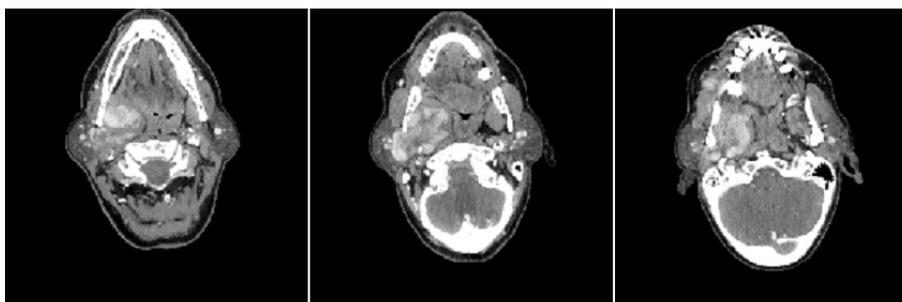


FIGURA 1: Masa laterocervical en espacio parafaríngeo derecho. Corte coronal de TC. Ocupación de espacio laterocervical y parafaríngeo derecho, compatible con neurinoma trigeminal de rama V3.

Decidimos realizar una angiRMN, que descarta un tumor de origen vascular. La RMN confirma que el músculo pterigoideo medial que se encuentra marcadamente adelgazado con pérdida de sus contornos y aprecia un desplazamiento lateral de la vena retromandibular y el lóbulo profundo de la parótida.

Se punciona la lesión y el patólogo habla de lesión mesenquimatoso agresiva. Se realiza un abordaje parafaríngeo con parotidectomía ampliada, junto a un vaciamiento supraomohioideo, traqueostomía y cervicotomía izquierda. Para el acceso a la lesión precisamos mandibulotomía anterior oblicua. Tras la exéresis de la lesión se colocan 2 placas sobre mandibulotomía y cierre tras comprobar una correcta hemostasia.

El paciente presenta una parálisis facial postoperatoria grado IV que se va recuperando progresivamente y recibe tratamiento complementario con quimiorradioterapia. Después de unos meses de seguimiento sigue libre de enfermedad.

### Discusión

Ante una masa parafaríngea en el diagnóstico diferencial aparecen múltiples opciones. En la laboriosa cirugía, no se objetiva

FIGURA 2: RMN

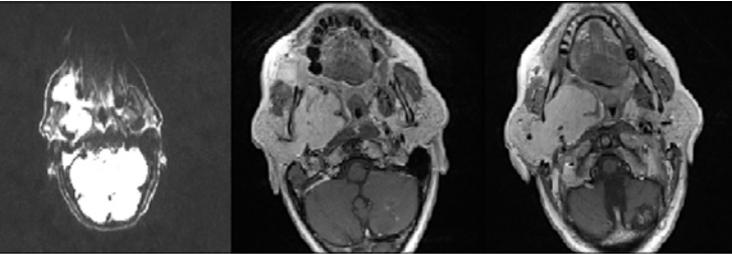


FIGURA 3: Cirugía transparotídea y abordaje combinado.

infiltración y se logra extirpar en bloque la tumoración junto con la parótida. El diagnóstico definitivo de liposarcoma convierte a este caso en un caso

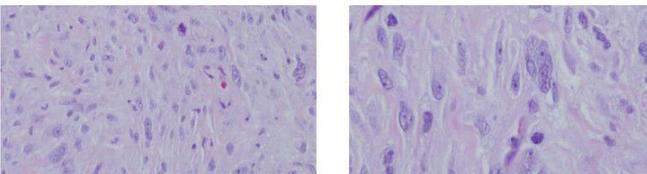
muy singular<sup>(9,10,14)</sup>. A pesar de la baja incidencia del sarcoma se espera que aumente en frecuencia, debido al incremento en la esperanza de vida combinado con la mejoría de la supervivencia en los pacientes con cáncer<sup>(10,12,13)</sup>. De acuerdo con estas publicaciones los tipos histológicos de sarcomas más frecuentes son considerados los osteogénicos, el histiocitoma fibroso maligno, el angio y linfangiosarcoma y el sarcoma de células en huso<sup>(9,13)</sup>. El sarcoma no es una lesión con una tendencia muy marcada a la diseminación y la extensión metastásica. Si esto ocurre, típicamente metastatiza vía hematológica al pulmón, hígado, hueso y tejidos blandos<sup>(1)</sup>. La afectación de los ganglios linfáticos es muy rara.

La exéresis completa quirúrgica es la única oportunidad real de supervivencia a largo plazo y además parece que es la forma más apropiada para un tratamiento paliativo<sup>(14,15)</sup>. Los tumores radioinducidos en general tienen una alta tendencia a la recidiva local y a la metástasis a distancia<sup>(7)</sup>.

## Conclusión

Los liposarcomas son tumores malignos muy agresivos con elevada tendencia a la recidiva local y la metástasis a distancia. El único tratamiento curativo es la exéresis quirúrgica completa.

FIGURA 4: Tinción con hematoxilina y eosina, en la tumoración se advierten células multinucleadas, bizarras, con gran atipia, con citoplasmas amplios fusiformes mal delimitados.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Pfeiffer J, Boedeker CC, Ridder GJ, Maier W, Kayser G: Radiation-induced sarcoma of the oropharynx. *Diagn Pathol.* 2006 Aug 22; 1: 22.
2. Hakan Agir MD. Report of a Radiation-Induced Leiomyosarcoma Arising From the Posterior Neck. *The Journal of craniofacial Surgery* vol 18 N° 5 September 2007.
3. Svarvar C, Böhling T. Clinical Course of Nonvisceral Soft Tissue Leiomyosarcoma in 225 Patients from the Scandinavian Sarcoma group. *Cancer.* January 2007.
4. Timur Akcam. Leiomyosarcoma of the head and neck: report of two cases and review of the literature. *Auris Nasus Larynx.* *International Journal of Orl and HNS.* 2005.
5. Hiroaki Fujii, M.D. Post-radiation primary intranodal leiomyosarcoma. *The Journal of Laryngology and Otology.* January 1995.
6. Freedman A.M. Soft-tissue sarcomas of the head and neck. *Am J Surg* 1999; 35: 100-10.
7. Katja M. J.Thijssens. Radiation induced sarcoma: a challenge for the surgeon. *Annals of Surgical Oncology* 1999; 30: 35-60.
8. Demirkan F, Ünal S, Cenetoglu S, Cinel L. Radiation-induced leiomyosarcomas as second primary tumors in the head and neck region: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003; 61: 259-263. doi: 10.1053/joms.2003.50029. [PubMed].
9. Santos Gorjon P, Gil Melcón M, Muñoz Herrera A. M, Franco Calvo F. Sarcoma radioinducido de region posterior del cuello. *Acta Otorrinolaringológica Española* 2009; 64: 233-6.
10. Patel SG, See AC, Williamson PA, Archer DJ, Evans PH. Radiation induced sarcoma of the head and neck. *Head Neck.* 1999; 21:346-354. doi: 10.1002/(SICI)1097-0347(199907)21:4<346::AID-HED9>3.0.CO;2-B.
11. Broders AC, Hargrave R, Mayerding HW. Pathological features of soft tissue fibrosarcoma. *Surg Gynecol Obstet.* 1939; 69: 267-280.
12. Angervall L, Kindblom LG, Rydholm A, Stener B. The diagnosis and prognosis of soft tissue tumors. *Semin Diagn pathol.* 1986; 3: 240-258.
13. A.D. King. Radiation Induced Sarcomas of the head and neck following radiotherapy for Nasopharyngeal carcinoma. *Clinical Radiology* 2000; 12: 30-56.
14. Keith A. Sale. Radiation-induced malignancy of the head and neck. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 2013. 131: 5.
15. Brady MS, Gaynor JJ, Brennan MF. Radiation-associated sarcoma of bone and soft tissue. *Arch Surg.* 1992; 127:1379-1385.