

# Tumoración parafaríngea metastásica de carcinoma papilar de tiroides

J. Ruiz Clemente, F. Ortiz Bish, J. González García, E. Gómez Aldaz, E. Ruiz Carmona, F. Muñoz Borge, H. Galera Ruiz

Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

**Resumen:** Se presenta un caso de metástasis de carcinoma papilar de tiroides de localización en el espacio parafaríngeo con clínica inicial de características obstructivas a nivel locoregional (disfagia progresiva y desviación contralateral de la amígdala correspondiente). En el estudio de imagen (TAC y RNM), la masa adoptaba una morfología especial, pero el diagnóstico no se confirmó hasta que se realizó el estudio anatomopatológico. Este espacio no es un lugar frecuente de asiento de metástasis ni de carcinomas tiroideos ni del resto de tumores de cabeza y cuello, por lo que, hasta la fecha, sólo se han descrito 5 casos similares en la literatura médica.

**Palabras clave:** Tumoración parafaríngea. Metástasis ganglionares. Carcinoma papilar de tiroides.

## *Papillary carcinoma of the thyroid metastatic to the parapharyngeal space*

**Abstract:** This is a case report of a papillary thyroid carcinoma metastatic to the parapharyngeal space, that presented with local obstructive symptoms (dysphagia and displacement of the ipsilateral tonsil). The diagnosis was suspected by imaging studies (CT and MRI) but not confirmed until histological examination. It is not common for such tumors to metastasize to the parapharyngeal space. This is the reason why, to our knowledge, there have been described only five similar cases previously.

**Key words:** Parapharyngeal mass. Nodal metastases. Papillary thyroid carcinoma.

## INTRODUCCIÓN

Las metástasis ganglionares de tumores primarios de cabeza y cuello que se presentan como masas en el espacio

parafaríngeo son raras<sup>1,2</sup>. Uno de los tumores que pueden metastatizar en dicho espacio es el carcinoma papilar de tiroides<sup>1,2</sup>. Este patrón de diseminación está de acuerdo con la teoría de Rouvière, que mantiene la existencia de un drenaje linfático desde la superficie posterior del lóbulo superior del tiroides hacia los ganglios linfáticos del espacio retrofaríngeo<sup>3</sup>. Hasta la fecha, en la literatura médica sólo se han descrito 5 casos de carcinomas papilares de tiroides que se presentan como masas parafaríngeas<sup>2,5</sup>. Es importante señalar que dichas masas parafaríngeas pueden adoptar un patrón muy raro de calcificación cuando se observan mediante radiología simple y TAC<sup>2,6</sup>, lo que podría hacerlas confundir con tumores del lóbulo profundo de la parótida, error que modificaría por completo el planteamiento del tratamiento quirúrgico a realizar.

## CASO CLÍNICO

Se presenta un caso de una mujer de 35 años de edad que acude a la consulta ORL del Hospital Virgen Macarena de Sevilla por presentar disfagia progresiva de 2 meses de evolución. A la exploración física se aprecia tumoración parafaríngea izquierda que desplaza contralateralmente la amígdala correspondiente. Se realiza un estudio nasofibrolaringoscópico flexible sin que se aprecien alteraciones ni en hipofaringe ni en laringe. A nivel cervical no se palpan masas ni megalias. A continuación se realizan TAC y RNM cervicales (Figuras 1a, 1b y 1c) que muestran únicamente una lesión ocupante de espacio que desplaza en sentido medial la pared faríngea, con una morfología a modo de glóbulos separados por septos, lo cual no sugiere origen faríngeo o local. Otro dato radiológico que no sugería origen parotídeo era la visualización de una línea radiopaca entre la cara posterior de la masa parafaríngea y el lóbulo profundo de la parótida.

Ante las dudas que planteaba el caso, se decide intervenir quirúrgicamente realizando una tumorectomía a través de un abordaje transoral y amigdalectomía ipsilateral previa. Posteriormente, tras el informe anatomopatológico, que indica que se trata de una metástasis de carcinoma papilar de tiroides, se procedió a realizar un nuevo estudio de imagen, esta vez focalizado en la glándula tiroides, mediante ECO y TAC, sin objetivarse en los mismos ningún nódulo

Correspondencia: Jaime Ruiz Clemente  
C/Plaza de la Trinidad, 10  
13580 Almodóvar del Campo (Ciudad Real)  
Fecha de recepción: 17-11-2003  
Fecha de aceptación: 9-12-2004

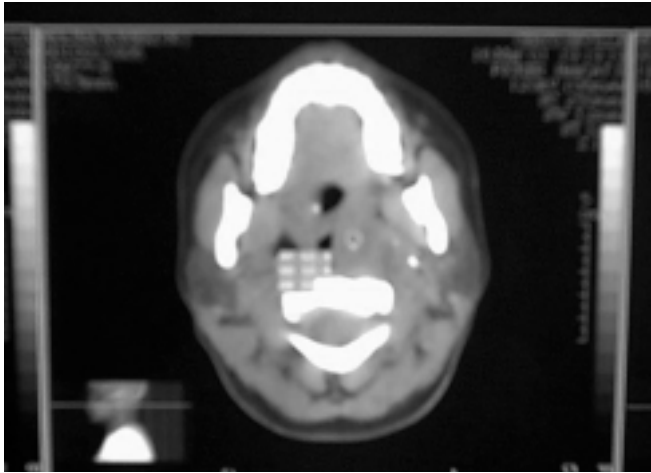


Figura 1a. Corte axial de TAC a nivel orofaríngeo que muestra un aumento de densidad de tejidos blandos a nivel del espacio parafaríngeo izquierdo.

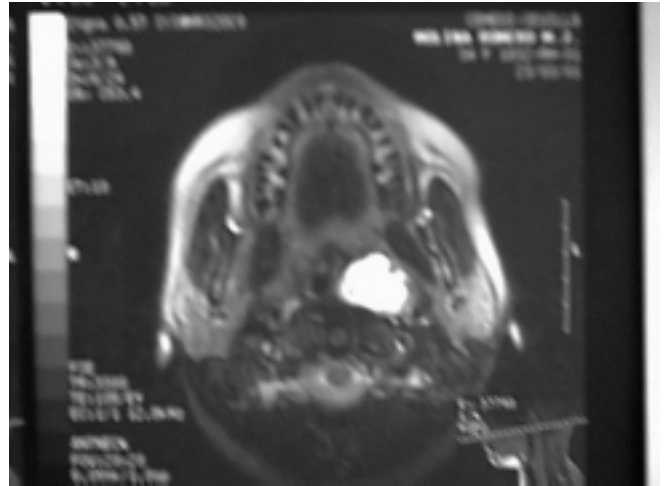


Figura 1c. Corte axial de RNM en el que se aprecia la tumoración parafaríngea izquierda en su eje antero-posterior.

lo intratiroideo, lo cual constituiría la forma de presentación más frecuente del carcinoma papilar de tiroides. A continuación, ante la sospecha de que pudiera tratarse de una forma de presentación multicéntrica del mismo, lo cual ocurre en aproximadamente el 30% de los pacientes, se procedió a la realización de una tiroidectomía total, a la que se asoció un vaciamiento cervical funcional bilateral por la presencia de la metástasis a nivel parafaríngeo.

El estudio anatomopatológico definitivo de la pieza de tiroidectomía mostró la existencia de focos microscópicos multifocales dentro de la propia glándula, lo que confirmaba las sospechas previas a la tiroidectomía acerca de la forma de presentación del carcinoma papilar.

El curso postoperatorio inmediato y a corto plazo fue favorable. Para completar el tratamiento, se remitió a la paciente al Servicio de Medicina Nuclear para la administración postquirúrgica de yodo radiactivo, sin hallarse ya ningún foco de carcinoma. Hasta el momento actual, la paciente lleva aproximadamente 2 años libre de enfermedad.

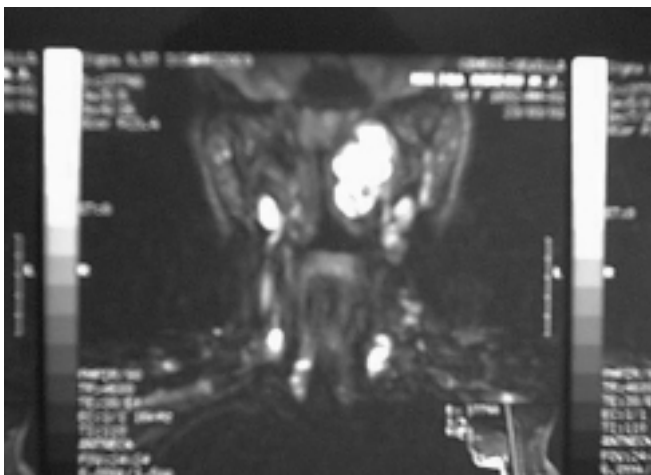


Figura 1b. Corte coronal de RNM con contraste a nivel cérvico-facial que muestra claramente una zona de hipercaptación a nivel parafaríngeo izquierdo correspondiente a la tumoración en su eje cráneo-caudal.

## DISCUSIÓN

Los tumores del espacio parafaríngeo son raros, constituyendo únicamente alrededor del 0,5% de las neoplasias de cabeza y cuello<sup>1</sup>. Dentro de ellos destacan, por orden de frecuencia: a) tumores de las glándulas salivares, b) tumores neurogénicos, y c) paragangliomas<sup>1</sup>. Mucho menos frecuentes aún son las metástasis de carcinomas epidermoides de cabeza y cuello presentándose como masas en el espacio parafaríngeo, así como hemangiomas, aneurismas, quistes branquiales, cordomas, meningiomas y sarcomas<sup>1</sup>.

Aunque el carcinoma de tiroides es el tumor endocrino más frecuente, dicho tumor es relativamente poco frecuente, constituyendo aproximadamente el 1,5% de todas las neoplasias en USA<sup>7</sup>. Dentro de los tumores tiroideos, el más frecuente es el carcinoma papilar, que es más frecuente en mujeres (2,3:1) y cuya edad más frecuente de aparición varía desde los 20 a los 50 años<sup>7</sup>. La exposición a radiaciones ionizantes, sobre todo durante la infancia, constituye el factor de riesgo más importante para el desarrollo de este tipo de neoplasia (1/3 de los individuos expuestos a radiaciones desarrolla nódulos tiroideos, y 1/3 de estos últimos se acaba malignizando)<sup>8</sup>. La forma de presentación más común de este tumor es como nódulo tiroideo asintomático. En aproximadamente el 5-14% de los casos, la glándula tiroidea es clínicamente normal, y el primer signo es la aparición de una masa laterocervical solitaria<sup>9</sup>. Por lo tanto, habrá que tener en cuenta el diagnóstico de metástasis de carcinoma papilar de tiroides en los pacientes con masas cervicales aisladas una vez se hayan descartado como posibles orígenes los tumores cutáneos, de la cavidad oral y de las glándulas salivares. El carcinoma papilar de tiroides muestra una marcada tendencia a producir metástasis linfáticas (30-40%) así como hematógenas (10%)<sup>10</sup>. La complejidad y especificidad del drenaje linfático de la glándula tiroidea, asociado a la existencia del plexo venoso vertebral avalvular de Batson, nos permite comprender la impredecible y a menudo multifocal naturaleza de las metástasis cervicales de

esta variedad tumoral. El espacio parafaríngeo contiene abundantes linfáticos, que drenan las fosas nasales, los senos paranasales, la rinofaringe, la orofaringe y parte de la glándula tiroidea<sup>5</sup>. Esto explicaría la posibilidad de aparición de metástasis de carcinomas tiroideos en este espacio.

En el caso que nos ocupa, la forma de presentación del carcinoma papilar de tiroidea fue mediante una masa parafaríngea, sin existir ningún signo o síntoma que hiciera sospechar el origen tiroideo de la misma. Por tanto, el proceder a utilizar, un abordaje transoral<sup>11</sup>, para la extirpación de dicha masa tenía una finalidad más diagnóstica que terapéutica radical ya que, aún habiéndose tratado de la posibilidad de origen más frecuente de una masa en este espacio, es decir, una masa metastásica de un tumor de glándulas salivares, la extirpación de dicha masa parafaríngea sólo habría servido para llegar al diagnóstico del origen del cuadro, pero en ningún caso como tratamiento curativo del proceso original.

A raíz del resultado del estudio anatomopatológico de la masa parafaríngea de metástasis de carcinoma papilar de tiroidea, se procedió a continuación a localizar el foco de carcinoma papilar mediante un estudio de imagen con ECO y TAC, sin éxito. A partir de aquí, ante la falta de signos tanto en la exploración física (no se palpaban masas ni megalias cervicales) como en la exploración por imagen, se comenzó a sospechar que podría tratarse de una forma microscópica multifocal del propio carcinoma papilar, lo cual puede ocurrir entre el 30 y el 50%<sup>12</sup> de los casos de este tipo de carcinoma tiroideo, por lo que se procedió a realizar una tiroidectomía total, intervención indicada ante la sospecha de este tipo de forma de presentación, a la que se le asoció un doble vaciamiento cervical funcional, debido a la presencia de metástasis, en este caso a nivel parafaríngeo. En caso de haberse tratado de la forma clásica de presentación de este tipo de tumor a modo de nódulo intratiroideo único y palpable, podría haberse planteado la duda acerca de optar por un tratamiento conservador (lobulectomía tiroidea) o radical (tiroidectomía total). Los defensores del tratamiento conservador recurren a la elevada incidencia de focos multicéntricos y a la posibilidad de efectuar una gammagrafía postquirúrgica como indicaciones que justificarían dicho tipo de tratamiento en todos los casos, mientras que los defensores del tratamiento conservador señalan que los focos microscópicos multicéntricos de carcinoma papilar tienen una repercusión pequeña sobre el control local y regional del proceso o la su-

pervivencia, así como que el posible riesgo de hipoparatiroidismo y de lesión del nervio recurrente no justifica la mayor morbilidad en la mayoría de los pacientes.

Como conclusión, los motivos por los que se optó por este tipo de tratamiento radical fueron, por un lado, la sospecha de que se tratase de una forma de presentación multicéntrica del propio carcinoma papilar y, por otro, la presencia de metástasis, en este caso a nivel parafaríngeo. Este último aspecto es considerado como un factor de mal pronóstico<sup>12</sup> por todos los estudios importantes realizados en los últimos años (GAMES del Memorial Hospital, MACIS de la Clínica Mayo, AMES de la Clínica Lahey y DAMES del Instituto Karolinska) y, por tanto, apoyaría la teoría, compartida por nosotros en este caso, de optar por un tratamiento radical.

### Referencias

1. Pang KP, Goh CH, Tan HM. Parapharyngeal space tumours: an 18 year review. *J Laryngol Otol* 2002;116:170-175.
2. Carter LC, Uthman A, Drinnan AJ, Loree TR. Diagnostic dilemma involving calcification in the parapharyngeal space: metastatic thyroid carcinoma masquerading as a deep lobe parotid mass. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 1997;84:697-702.
3. Robbins KT, Woodson GE. Thyroid carcinoma presenting as a parapharyngeal mass. *Head Neck Surg* 1985;7:434-6.
4. Saydam L, Kalcioğlu T, Demirkiran A, Gurer M. Occult papillary thyroid carcinoma presenting as a parapharyngeal metastasis. *Am J Otolaryngol* 1999;20:166-8.
5. Ferrario F, Roselli R, Macchi A. Occult thyroid carcinoma presenting as a parapharyngeal mass. *J Laryngol Otolaryngol* 1995; 109:1204-6.
6. Som P, Curtin H. Parapharyngeal Space. In: Som P, Curtin H, editors. *Head and Neck Imaging*. 3rd ed. St. Louis: Mosby; 1996. p. 915-51.
7. Parker S, Tong T, Bolden S, Wingo P. Cancer statistics, 1997. *CA Cancer J Clin* 1997;47:5-27.
8. De Groot L. Radiation-associated thyroid carcinoma. *Thyroid Today* 1977;1:1-6.
9. Attie J, Setzin M, Klein I. Thyroid carcinoma presenting as an enlarged cervical lymph node. *Am J Surg* 1993;166:428-30.
10. Gagel R, Goepfert H, Callender D. Changing concepts in the pathogenesis and management of thyroid carcinoma. *CA Cancer J Clin* 1996;46:261-83.
11. Carrau RL, Meyers EN, Jonson JT. Management of tumors arising in the parapharyngeal space. *Laryngoscope* 1990;100:583-9.
12. Shaha AR, Loree TR, Shah JP. Patterns of nodal and distant metastasis based on histologic varieties in differentiated carcinoma of the thyroid. *Am J Surg* 1996;172:692-694.