

Cervicotomía endoscópica en tumor parafaríngeo gigante

Gonzalo Rossel-De la Maza¹, María José Yussem-Fernández¹

Endoscopic cervicotomy for giant parapharyngeal tumor

Introduction: Parapharyngeal space tumors are rare and technically challenging due to their deep anatomical location and proximity to critical neurovascular structures. **Case:** We report the case of a 27-year-old healthy male who presented with a large left parapharyngeal mass. Complete resection was performed through an open cervical approach assisted by endoscopy, avoiding traditional techniques such as parotidectomy, intraoral access, or mandibular split. **Technique:** The tumor was approached via an open cervical incision, followed by extracapsular dissection under endoscopic visualization using a 30-degree camera, a 360° rotating energy device (Caiman®), and negative-stimulation facial nerve monitoring. **Results:** The procedure lasted two hours without complications or neurologic deficits. The patient was discharged 48 hours postoperatively in excellent condition. Pathology confirmed a *pleomorphic adenoma*. At 28 months of follow-up, the patient remains disease-free and asymptomatic. **Conclusion:** Cervicotomy with endoscopic assistance offers a safe and effective alternative for the resection of large, benign parapharyngeal tumors, reducing morbidity while preserving neurovascular structures, and is proposed as a valid alternative in selected cases.

Keywords: parapharyngeal tumor; endoscopically assisted cervicotomy; minimally invasive surgery; pleomorphic adenoma; facial nerve monitoring

Resumen

Introducción: Los tumores del espacio parafaríngeo constituyen una entidad infrecuente y de abordaje quirúrgico complejo debido a su localización profunda, y su proximidad a estructuras neurovasculares críticas. **Caso Clínico:** Paciente masculino de 27 años, sin antecedentes mórbidos, con diagnóstico de un tumor parafaríngeo izquierdo de gran volumen, que fue sometido a resección completa mediante un abordaje cervical asistido por endoscopia, evitando técnicas convencionales como la parotidectomía, el abordaje intraoral o el *split* mandibular. **Método:** El procedimiento se planificó con un abordaje cervical bajo, utilizando una cámara endoscópica de 30 grados, una pinza de energía con punta rotatoria (Caiman®) y neuromonitoreo del nervio facial, permitiendo una disección extracapsular precisa. **Resultado:** El procedimiento duró 1 hora con 35 minutos. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta a las 48 horas, sin complicaciones ni secuelas funcionales del nervio facial. Anatomía patológica confirmó un *adenoma pleomorfo*. A 28 meses de seguimiento no se muestran signos de recidiva y asintomático. **Conclusión:** El abordaje cervical con asistencia endoscópica ofrece una alternativa quirúrgica mínimamente invasiva, segura y efectiva para la extirpación de tumores parafaríngeos benignos seleccionados, reduciendo la morbilidad, mientras que se preservan las estructuras neurovasculares, y se propone como alternativa válida en casos seleccionados.

Palabras clave: tumor parafaríngeo; cervicotomía asistida por endoscopia; cirugía mínimamente invasiva; adenoma pleomorfo; neuromonitoreo facial.

¹Clínica Indisa, Santiago de Chile.

Recibido el 2025-09-21 y aceptado para publicación el 2025-10-20

Correspondencia a:

Dr. Gonzalo Rossel De la Maza
gonzalo.rossel@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



Introducción

El espacio parafaríngeo es una región anatómica profunda y estrecha del cuello, limitada medialmente por la faringe y lateralmente por la rama mandibular, que alberga múltiples estructuras vasculares y nerviosas. Las neoplasias que surgen en este espacio representan menos del 1 % de todos los tumores de cabeza y cuello, y entre ellas, los adenomas pleomorfos son las lesiones benignas más frecuentes. La resección quirúrgica de estas masas plantea un desafío considerable, especialmente cuando alcanzan gran volumen o comprometen la base del cráneo¹. Tradicionalmente, se han descrito múltiples abordajes para su extirpación, incluyendo la parotidectomía con disección del nervio facial, el abordaje transoral, y en casos más extensos, el *split* mandibular. Sin embargo, estas técnicas conllevan un riesgo significativo de morbilidad, incluyendo lesión nerviosa, fístula oro-cervical o complicaciones osteomandibulares²⁻⁵. En este contexto, presentamos el caso de un tumor parafaríngeo gigante tratado exitosamente mediante cervicotomía abierta⁶ asistida por endoscopia⁷, con resultados clínicos y funcionales óptimos⁸.

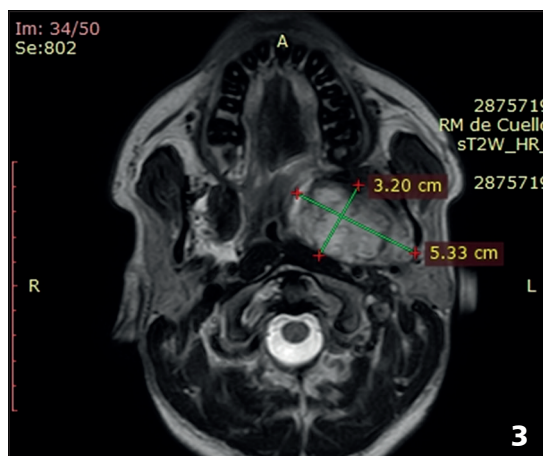
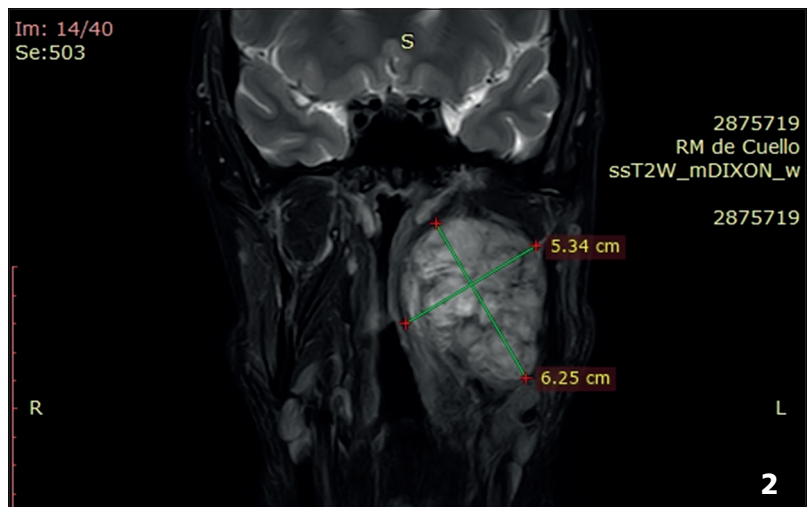
Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 27 años, preparador físico, sin antecedentes mórbidos, que consultó inicialmente con un neurólogo el 28 de abril de 2022 por episodios de cefalea pulsátil con aura visual, ocasionalmente acompañados de náuseas. Estos episodios eran recurrentes desde hacía cuatro años, con un aumento reciente en su frecuencia. Como parte del estudio, se solicitó una tomografía computarizada (TC) cerebral con contraste, que reveló de manera incidental una masa sólida y lobulada en el espacio parafaríngeo izquierdo, de aproximadamente 30 × 25 mm, sin evidencia de compromiso óseo (Figuras 1 y 2).

Tras implementar cambios en el estilo de vida y tratamiento sintomático, el paciente fue reevaluado el 26 de mayo de 2022. Se encontraba asintomático desde entonces, pero se revisó la imagen y se indicó una resonancia magnética (RMN) cervical con contraste, además del retiro de ortodoncia fija. La RMN confirmó una lesión expansiva de 6 cm en el espacio parafaríngeo izquierdo, con características de benignidad y sin signos de infiltración a estructuras óseas o vasculares (Figura 3). Una angioTC adicional evidenció desplazamiento, sin estenosis, de la arteria carótida interna extracraneal.



Figura 1. Paciente: C.V.A. Dg: Tumor gigante del espacio masticatorio – Base de cráneo. Preoperatorio. Al examen físico de la cavidad oral, se aprecia con claridad, la ocupación del tumor de la orofaringe, la desviación de la úvula y la disminución del espacio de la orofaringe.



Figuras 2 y 3. Imágenes preoperatorias: Imágenes de la resonancia magnética preoperatoria, cortes coronal y axial, que demuestran el tamaño de la masa y el desplazamiento y compresión que produce del espacio orofaríngeo.

El 14 de junio de 2022 fue evaluado por un primer equipo quirúrgico de cabeza y cuello, quienes indicaron una punción aspirativa con aguja fina (PAAF) bajo guía tomográfica. El estudio citológico fue compatible con un adenoma pleomorfo, sin rasgos de malignidad. Se le ofreció una cirugía transporotídea, con eventual abordaje intraoral.

Evaluated posteriormente por nuestro equipo, se confirmó la presencia de una masa tumoral de gran tamaño, que desplazaba la orofaringe y generaba sintomatología obstructiva incipiente.

Para planificación quirúrgica, se solicitó una resonancia magnética de cuello, que mostró características compatibles con una lesión sólida de localización preestiloidea, sin signos de infiltración ósea ni vascular, y con plano de clivaje conservado respecto a la glándula parótida. Este plano de clivaje hizo surgir como diagnóstico diferencial, la posibilidad de un Schwannoma. Se solicitó realizar una nueva punción-biopsia guiada por TC, que descartó una lesión de estirpe neurológica y fue sugestiva nuevamente de adenoma pleomorfo.

Dado el tamaño y localización del tumor, se descartaron abordajes que implicaran manipulación del nervio facial, como la parotidectomía, o aquellos con alto riesgo de complicaciones, como el *split* mandibular y el abordaje intraoral, porque se estimó que el tamaño del tumor era mayor a lo que permiten extirpar esas vías de abordaje³⁻⁵.

Se optó por realizar una cervicotomía supraomohioidea izquierda, con disección abierta hasta exponer el polo inferior del tumor⁶. Desde ese punto, se procedió a una resección extracapsular⁸ bajo visión endoscópica⁷ utilizando una cámara de 30 grados, una pinza de energía Caiman® (B. Braun) de perfil delgado y rotación de 360° (12,5 cm de largo, para uso manual), y neuromonitorización del nervio facial en modalidad de estímulo negativo⁹, para evitar



Figura 4. Operatorio: En la pantalla se puede apreciar con claridad el tumor, y como se pudo ir haciendo una disección directa, con perfecta visualización del espacio, imposible de lograr con cirugía abierta.

daño a ramas del nervio facial, cuando se disecaba en la zona de clivaje en contacto con el lóbulo profundo de la glándula parótida (Figuras 4, 5, 6 y 7).

La cirugía se completó en 1 hora con 35 minutos, sin sangrado significativo (no mayor a una cirugía de parotidectomía convencional) ni complicaciones intraoperatorias. No fue necesario modificar o convertir el abordaje. Se dejó drenaje Blake #10, por el



Figuras 5, 6 y 7. Fotografías del tumor: Tumor ya extirpado, con indemnidad capsular completa.

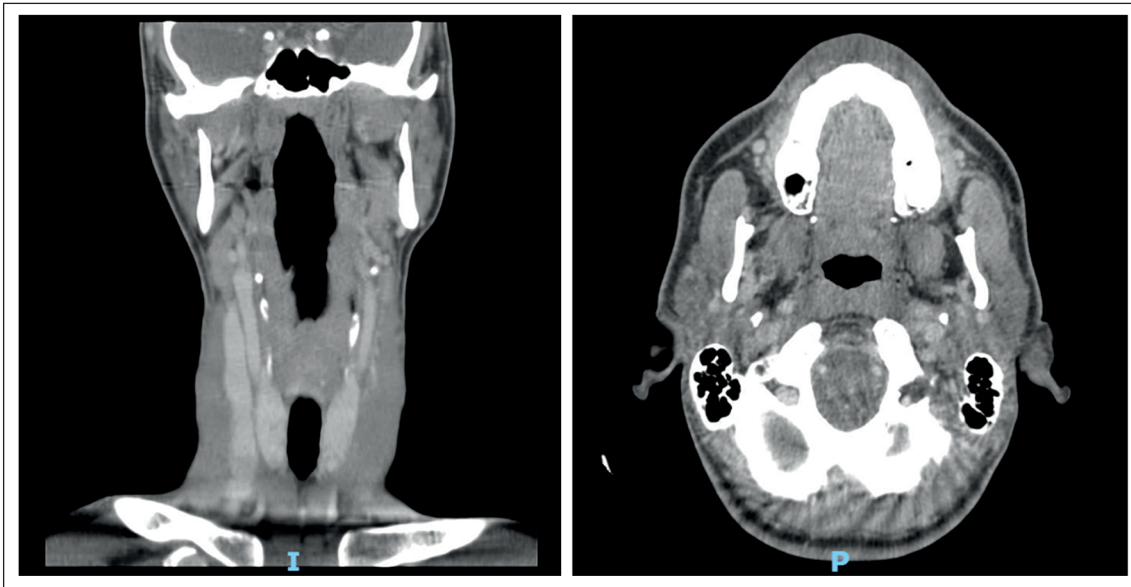


Figura 8. Postoperatorio: Fotografía tomada al día siguiente de la cirugía, donde se aprecia recuperación de la anatomía normal, con indemnidad de la mucosa intraoral.

extenso lecho quirúrgico que dejó la remoción del tumor. El paciente fue extubado sin dificultades, y una vez despierto se comprobó vía examen físico que no había asimetría en la movilidad facial (Figura 8).

Luego de recuperación habitual, el paciente fue trasladado a pieza común, reinició alimentación oral a las 6 horas postoperatorias, con régimen papilla, que se escaló en la mañana siguiente a régimen liviano, dada la excelente tolerancia oral, con odinofagia leve. Evolucionó con mínimos débitos por el

drenaje y fue dado de alta a las 48 horas postoperatorias, sin signos de paresia facial ni otras secuelas, con drenaje, por precaución.

El estudio histopatológico diferido de la pieza reseca confirmó un adenoma pleomorfo trifásico no encapsulado, sin signos de atipia ni invasión. El margen quirúrgico fue negativo (resección R0). A la fecha de redacción de este artículo, el paciente cuenta con 28 meses de seguimiento clínico y por imágenes, sin evidencia de recidiva tumoral ni síntomas residuales (Figuras 9 y 10).

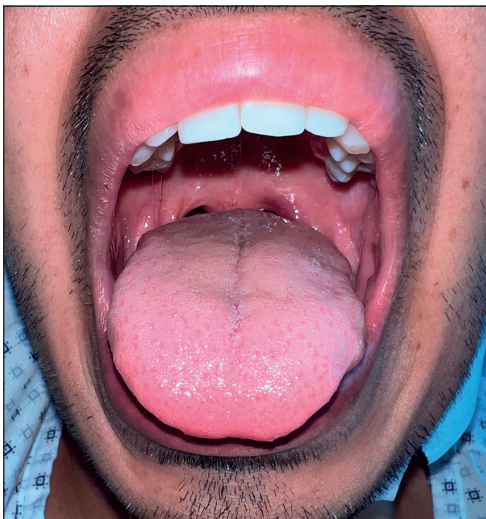


Figura 9. Cicatriz a 2 años PO: Cicatriz postoperatoria del abordaje supraomohioideo, en control año 2025.



Figura 10. TAC postoperatorio: TAC de control a 24 meses posterior a cirugía, sin evidencia de recidiva.

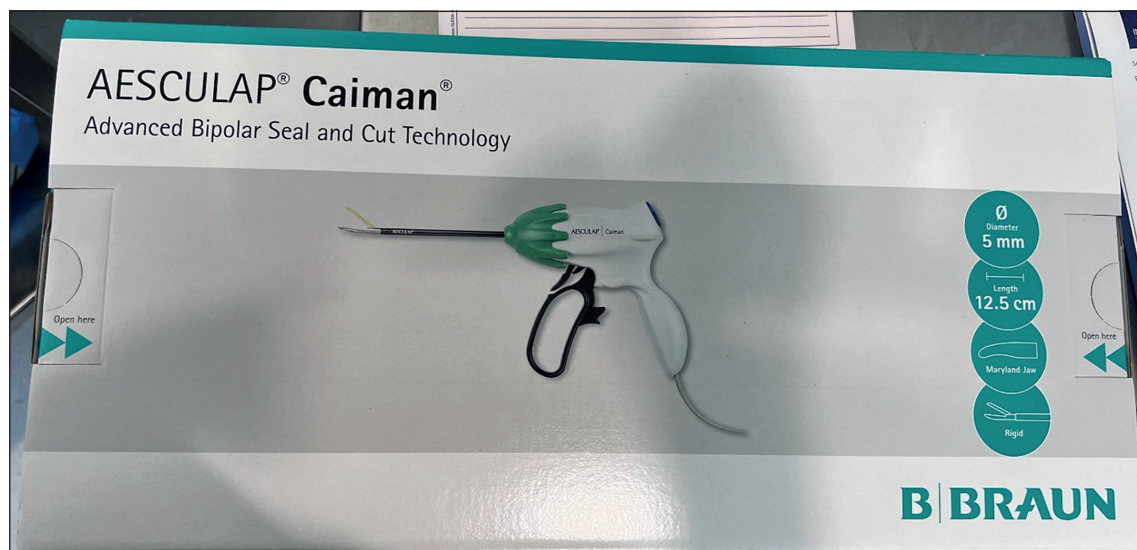


Figura 11. Instrumento: CAIMAN®. Este instrumento, tiene las características necesarias para ser utilizado en los espacios pequeños del cuello.

Discusión

El manejo quirúrgico de los tumores parafaríngeos continúa siendo objeto de debate debido a la diversidad de presentaciones clínicas, localización profunda y proximidad a estructuras neurovasculares vitales. Los abordajes tradicionales, como la parotidectomía con disección del nervio facial, permiten un acceso razonable a lesiones del lóbulo profundo de la parótida, pero implican un riesgo no despreciable de daño neurológico, especialmente en tumores de gran tamaño o ubicados en posiciones superiores. Por otro lado, el abordaje transoral tiene el atractivo de ser mínimamente invasivo, pero su campo quirúrgico es limitado y existe riesgo de contaminación entre la cavidad oral y el cuello⁴. El *split* mandibular, aunque otorga una exposición amplia, pero se asocia a una mayor morbilidad, dolor postoperatorio, disfunción mandibular y riesgo de pseudoartrosis y mayor tiempo de recuperación⁵.

En este contexto, el abordaje transcervical sin mandibulotomía ha demostrado eficacia y baja morbilidad en series contemporáneas⁶, y la asistencia endoscópica potencia la visualización de planos profundos, facilitando disección precisa y segura⁷.

En este caso, la lesión fue inicialmente detectada de forma incidental durante el estudio de una cefalea con aura, destacando la importancia del manejo multidisciplinario y del uso adecuado de las imágenes en pacientes con síntomas aparentemente anodinos. Las imágenes fueron cuidadosamente analizadas para determinar las estrategias de extirpación, antes de finalmente definir el abordaje presentado en este

caso, para lo cual se tenían todos los instrumentos utilizados, disponibles antes de la cirugía.

En el paciente presentado, se optó por una estrategia intermedia: una cervicotomía convencional combinada con visión endoscópica, que permitió una excelente exposición con mínima invasión, respetando las estructuras neurológicas y evitando complicaciones asociadas a técnicas más agresivas. El uso de instrumentación avanzada, como la pinza de energía con punta rotatoria tipo Maryland, y el neuromonitoreo facial, fueron claves para la seguridad del procedimiento (Figura 11).

En tumores benignos con plano de clivaje, la disección extracapsular es consistente con buenos resultados funcionales⁸, mientras que el neuromonitoreo facial aporta seguridad adicional en zonas de proximidad al lóbulo profundo^{1,9}. Nuestros hallazgos son concordantes con reportes recientes que evitan la mandibulotomía incluso en tumores de gran tamaño cuando la anatomía lo permite¹⁰.

Conclusión

La cervicotomía asistida por endoscopia constituye una alternativa segura y mínimamente invasiva en tumores parafaríngeos benignos seleccionados, capaz de reducir la morbilidad asociada a abordajes más agresivos y mantener control oncológico adecuado⁶⁻⁸. Su implementación requiere experiencia quirúrgica y disponibilidad de tecnología endoscópica, pero ofrece ventajas significativas frente a los abordajes convencionales.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Este trabajo no recibió financiamiento externo.

Conflictos de interés: los autores declaran no tener conflictos de interés.

Elaboración del manuscrito

Gonzalo Rossel D.: Conceptualización, metodología y planificación quirúrgica, curación de datos e imágenes, escritura, revisión y edición.

María José Yussem F.: Metodología y planificación quirúrgica, análisis formal, revisión y edición.

Bibliografía

- Olsen KD. Tumors and surgery of the parapharyngeal space. *Laryngoscope*. 1994;104(5 Suppl 63):1-28. doi:10.1288/00005537-199405000-00001
- Jbali S, Khaldi A, Touati S, Gritli S. Surgical approaches to parapharyngeal space tumors: an example and review of the literature. *Case Rep Surg*. 2021;2021:3536145. doi:10.1155/2021/3536145
- Khafif A, Segev Y, Kaplan DM, Gil Z, Fliss DM. Surgical management of parapharyngeal space tumors: a 10-year review. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005;132(3):401-6. doi:10.1016/j.otohns.2004.09.062
- Larson AR, Ryan WR. Transoral excision of parapharyngeal space tumors. *Otolaryngol Clin North Am*. 2021;54(3):531-41. doi:10.1016/j.otc.2021.03.001
- Surej Kumar LK, Dina S, Jacob Mm. Mandibular access osteotomy: gateway to parapharyngeal space- A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2021;80:105683. doi:10.1016/j.ijscr.2021.105683
- Basaran B, Polat B, Unsaler S, Ulasan M, Aslan I, Hafiz G, et al. Parapharyngeal space tumours: efficiency of a transcervical approach without mandibulotomy through review of 44 cases. *Acta Otorhinolaryngol Ital*. 2014;34(5):310-6.
- Smith JD, Chinn SB, Sridharan S, Contrera KJ, Heft-Neal ME, Spector ME. Endoscope-assisted transcervical resection of parapharyngeal space tumors. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2025;172(1):162-6.
- Yang TL, Hsiao TY, Wang CP, Lou PJ, Ko JY. Extracapsular dissection for minimal resection of benign parapharyngeal tumors. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012;269(9):2097-102. doi:10.1007/s00405-011-1855-9
- Alrajhi S, Alghamdi F, Alqatani M, et al. Prospective assessment of intraoperative facial nerve monitoring in parotidectomy and related procedures. *Med Sci Monit*. 2022;28:e933934.
- Ingole P, Rajguru J, Chhajed R, Jadhav R, Karmarkar J, Sheno R. Management of a giant para-pharyngeal space pleomorphic adenoma without mandibular swing in a 17-year-old patient: rare case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2022;74(Suppl 3):5794-9. doi:10.1007/s12070-021-02385-3