

¿Para qué? Parafaríngeo: repaso de la anatomía radiológica y de las lesiones más frecuentes del espacio parafaríngeo

Leire Ormaetxe Albeniz¹, Patricia Rodríguez Ripalda¹,
Udane Oiartzabal Elorriaga¹, Silvia Cisneros Carpio¹,
Iñigo Lecumberri Cortés¹, Javier Castillo de Juan¹, José
María Asensi Miranda¹, Uxue Martínez Urabayen¹,
Manex Lasa Gurrutxaga¹.

¹Hospital Universitario de Basurto, Bilbao

1. OBJETIVO DOCENTE

- Describir los límites y relaciones anatómicas del espacio parafaríngeo
- Describir las diferentes lesiones focales que afectan a este espacio y los hallazgos radiológicos clave en su diagnóstico diferencial

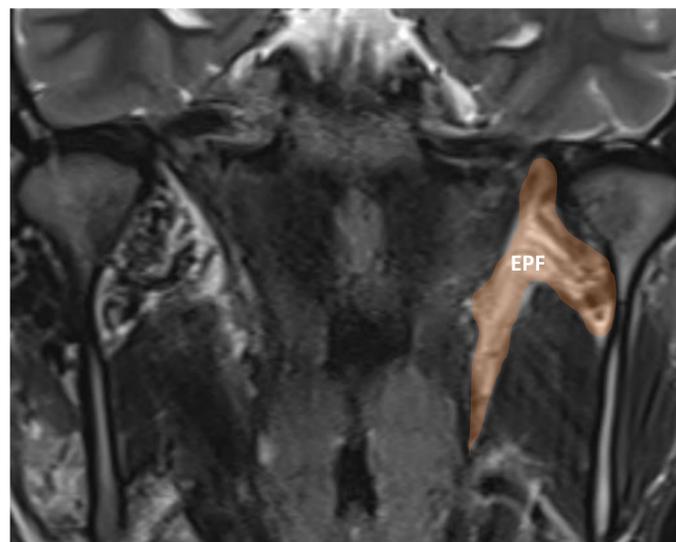
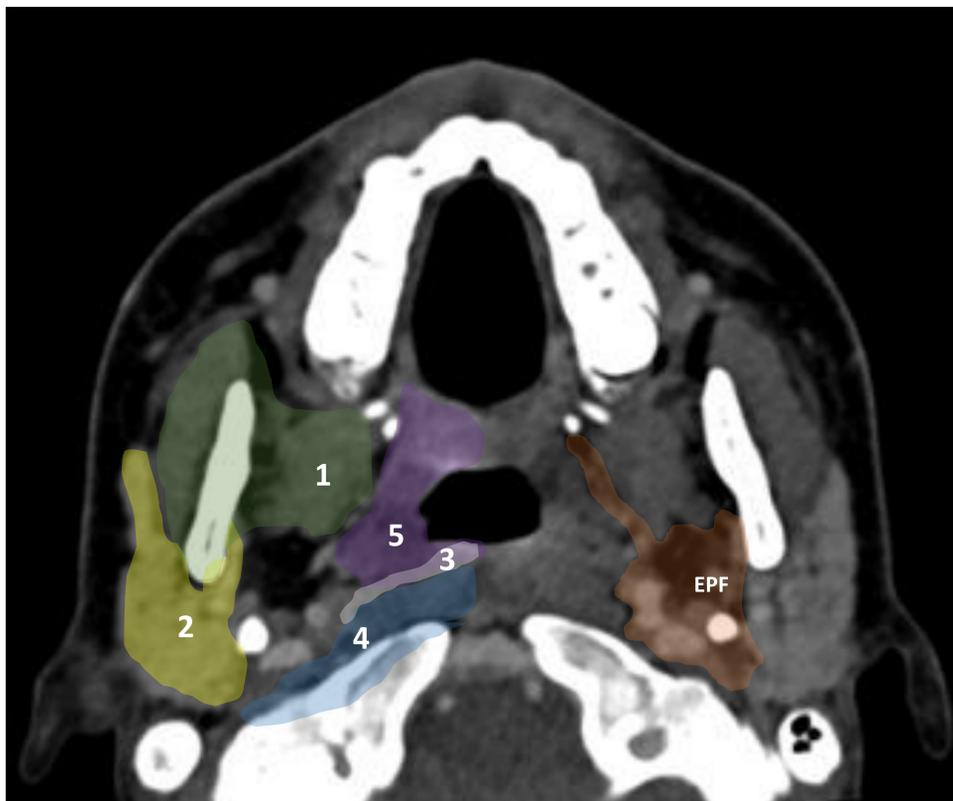
2. REVISIÓN DEL TEMA

El espacio parafaríngeo es un espacio cervical que, por su localización, guarda una estrecha relación con múltiples estructuras anatómicas.

En consecuencia, el diagnóstico diferencial de las lesiones que afectan a este espacio incluye lesiones de muy diversa índole, tanto intrínsecas como extrínsecas, y tanto congénitas como adquiridas, bien de origen neoplásico, inflamatorio o infeccioso.

ANATOMÍA: LÍMITES

Espacio parafaríngeo (EPF): compartimento cervical profundo con morfología de pirámide invertida y contenido predominantemente graso que se extiende entre la base del cráneo y el hueso hioides. Por tanto, se trata de un espacio exclusivamente suprahioides.



Sus límites anatómicos quedan definidos por:

- Anteriormente: espacio masticador (1).
- Lateralmente: espacio parotídeo (2) y lámina superficial de la fascia cervical profunda.
- Posteriormente: espacio retrofaríngeo (3) y perivertebral (4).
- Medialmente: espacio mucoso faríngeo (5) y lámina media de la fascia cervical profunda.

El margen inferior del EPF se encuentra en continuidad con el espacio submandibular, lo que favorece la extensión de las lesiones entre ambos.

ANATOMÍA: LÍMITES

Apófisis estiloideas (flechas): proceso óseo con origen en la superficie inferior de la porción timpánica del hueso temporal contenido en la capa intermedia de la fascia cervical profunda (fascia estiloidea), que atraviesa el EPF.

La fascia estiloidea (línea discontinua) se extiende desde la apófisis estiloideas hasta el músculo tensor del velo del paladar, delimitando dos compartimentos adicionales en el interior de este espacio: preestiloideo y retroestiloideo (también denominado espacio carotídeo).

La distinción entre ambos espacios resulta fundamental tanto en el diagnóstico diferencial como en el abordaje quirúrgico.



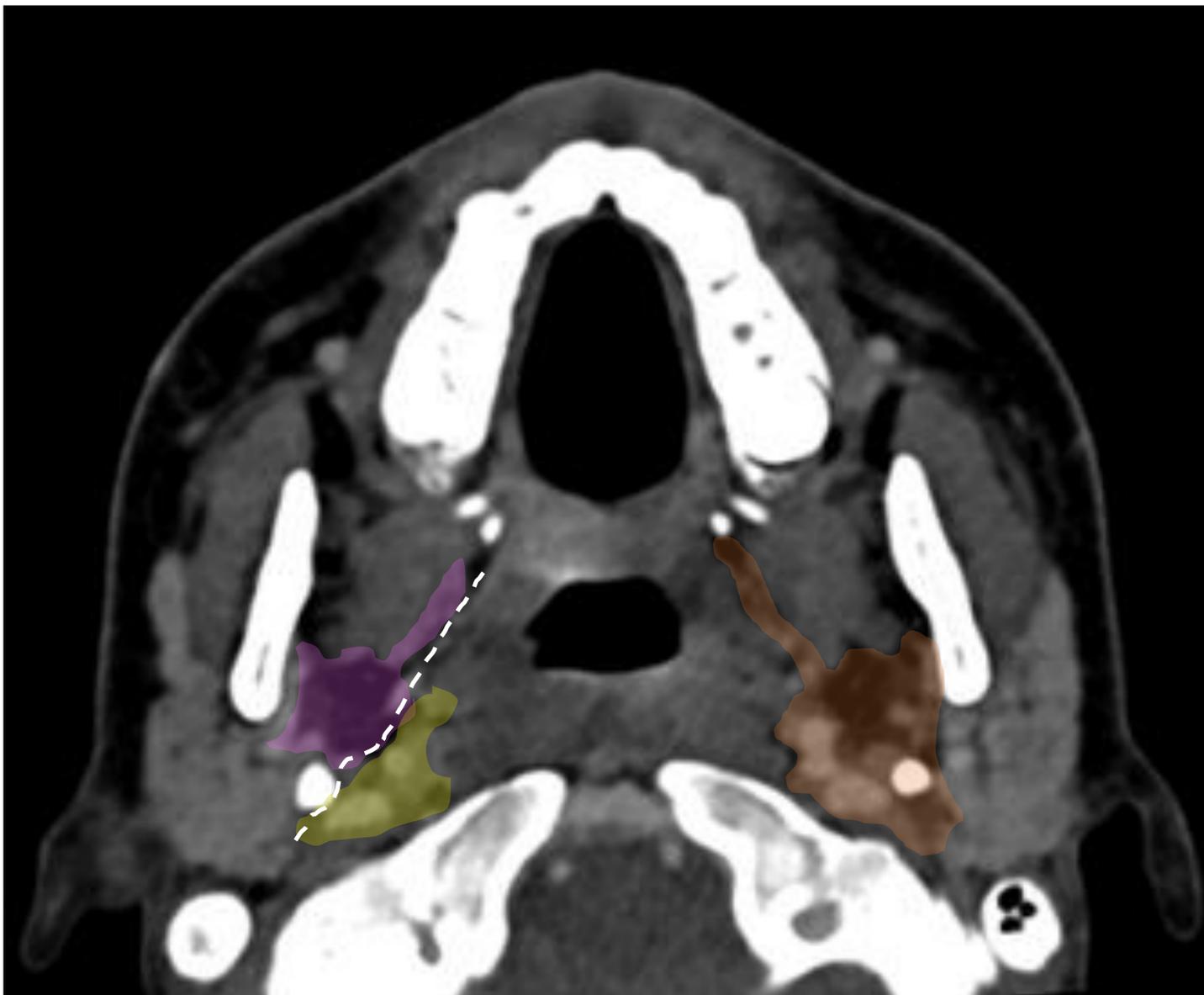
ANATOMÍA: CONTENIDO DEL ESPACIO

Compartimento preestiloideo

Tejido graso
Glándulas salivares menores o ectópicas
Ramas nerviosas de la división mandibular del nervio trigémino (V3)
Arterias maxilar interna y faríngea ascendente
Plexo venoso faríngeo

Compartimento retroestiloideo

Arteria carótida interna (ACI)
Vena yugular interna (VYI)
IX, X, XI y XII pares craneales
Cadena simpática cervical
Ganglios retroestiloideos (VIIb) y de la cadena yugular interna (IIa)



ANATOMÍA: CONTENIDO DEL ESPACIO

El contenido de cada compartimento define el tipo de lesiones primarias que se originan en cada uno de ellos, y resulta clave en el diagnóstico diferencial:

Compartimento preestiloideo

Tejido graso
Glándulas salivares menores o ectópicas
Ramas nerviosas de la división mandibular del nervio trigémino (V3)
Arterias maxilar interna y faríngea ascendente
Plexo venoso faríngeo

- Lipoma
- Hemangioma
- Tumor neurogénico (V3)
- Tumores de glándula salivar ectópica
- Dilataciones varicosas del plexo venoso
- Linfangioma quístico
- Quiste del arco branquial

Compartimento retroestiloideo

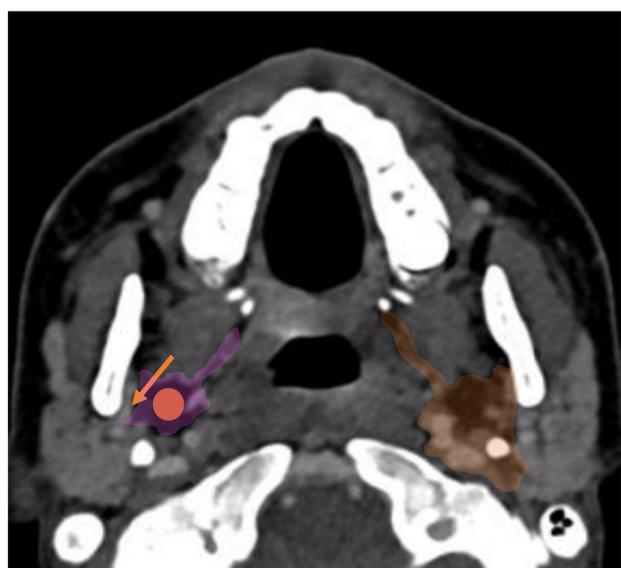
Arteria carótida interna
Vena yugular interna
IX, X, XI y XII pares craneales
Cadena simpática cervical
Ganglios retroestiloideos (VIIb) y de la cadena yugular interna (IIa)

- Tumor glómico
- Tumor neurogénico (X)
- Otras lesiones vasculares
- Adenopatías
- Linfangioma quístico
- Quiste del arco branquial

ANATOMÍA: RELACIÓN CON OTROS ESPACIOS

Dado su contenido predominantemente graso, este espacio cervical resulta fácilmente reconocible en las pruebas de imagen.

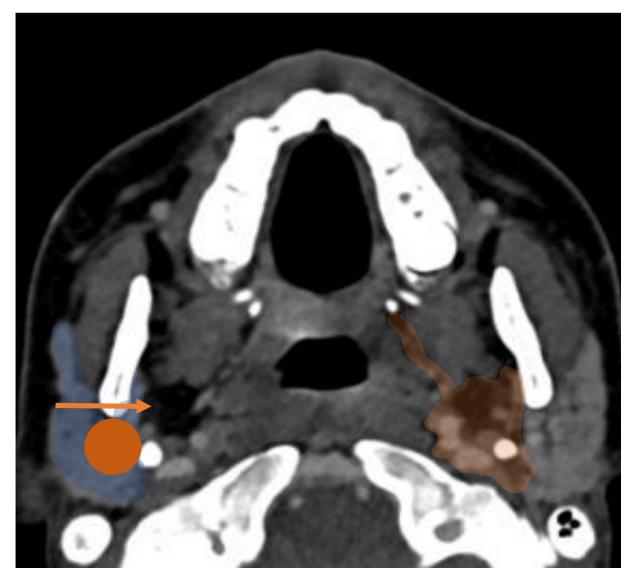
Además, la **dirección de desplazamiento de este tejido graso** permite conocer el espacio cervical en el que se originan las lesiones que lo implican.



Lesión primaria del EPF preestiloideo: totalmente rodeada por el tejido graso. Posible desplazamiento posterolateral del tejido y de la ACI.



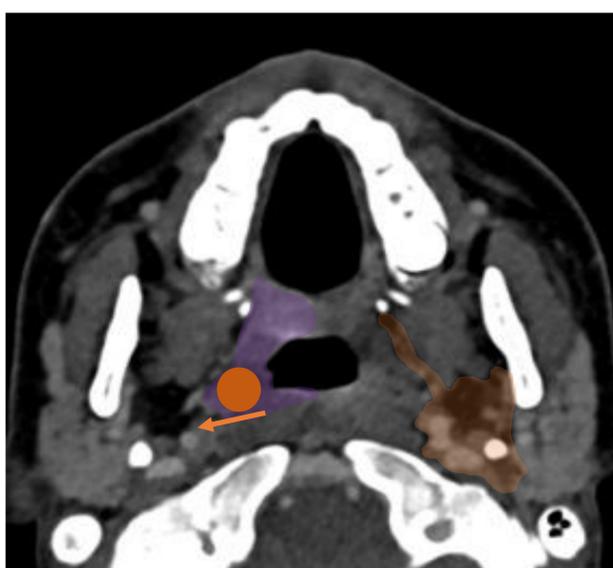
Lesión primaria del EPF retroestiloideo: desplazamiento anterolateral del tejido graso y anteromedial de la ACI.



Lesión primaria del espacio parotídeo: desplazamiento medial del tejido graso.



Lesión primaria del espacio masticador: desplazamiento posteromedial del tejido graso.



Lesión primaria del espacio mucoso faríngeo: desplazamiento lateral del tejido graso.



Lesión primaria del espacio retrofaríngeo: desplazamiento anterolateral del tejido graso.

PATOLOGÍA TUMORAL: CLASIFICACIÓN

TUMORES DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

TUMORES INTRÍNSECOS

(Origen en los tejidos propios del espacio, 0.5% de los tumores de cabeza y cuello)

TUMORES EXTRÍNSECOS

(Extensión por contigüidad desde espacios vecinos)

CONGÉNITOS

- Quiste del arco branquial
- Linfangioma quístico

ADQUIRIDOS

- Tumor de glándula salivar ectópica
- Tumor neurogénico
- Hemangioma
- Lipoma
- Tumor glómico
- Tumor de Masson
- Enfermedad de Rosai Dorfman
- Enfermedad de Castleman

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO Y RETROESTILOIDEO

Quiste del arco branquial: lesión benigna secundaria a defectos de cierre y reabsorción de los arcos y hendiduras branquiales primitivos. El EPF es una localización infrecuente del segundo arco branquial.

Clasificación de Bailey

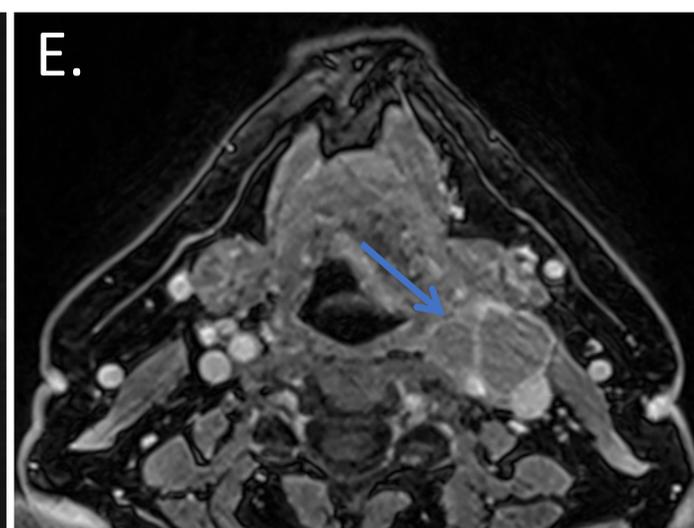
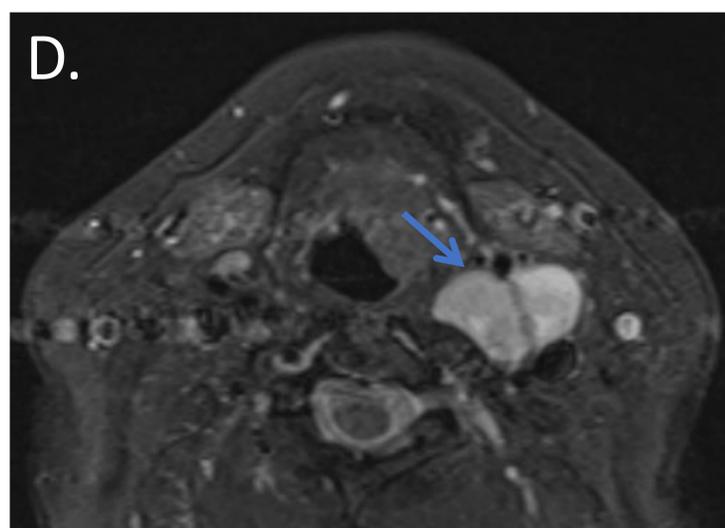
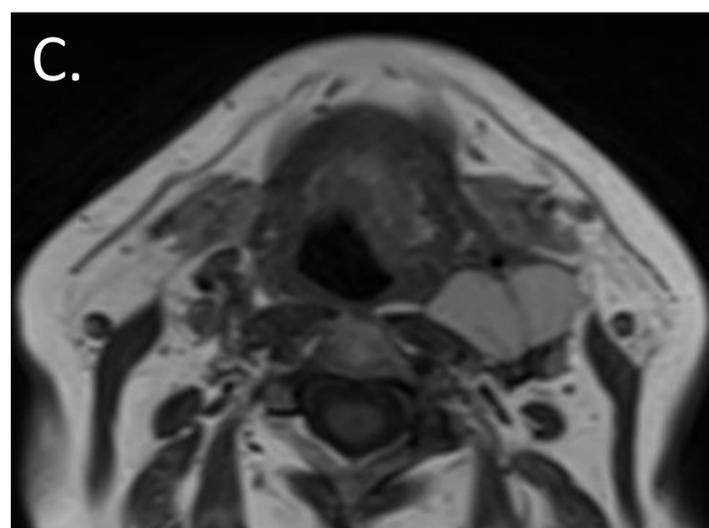
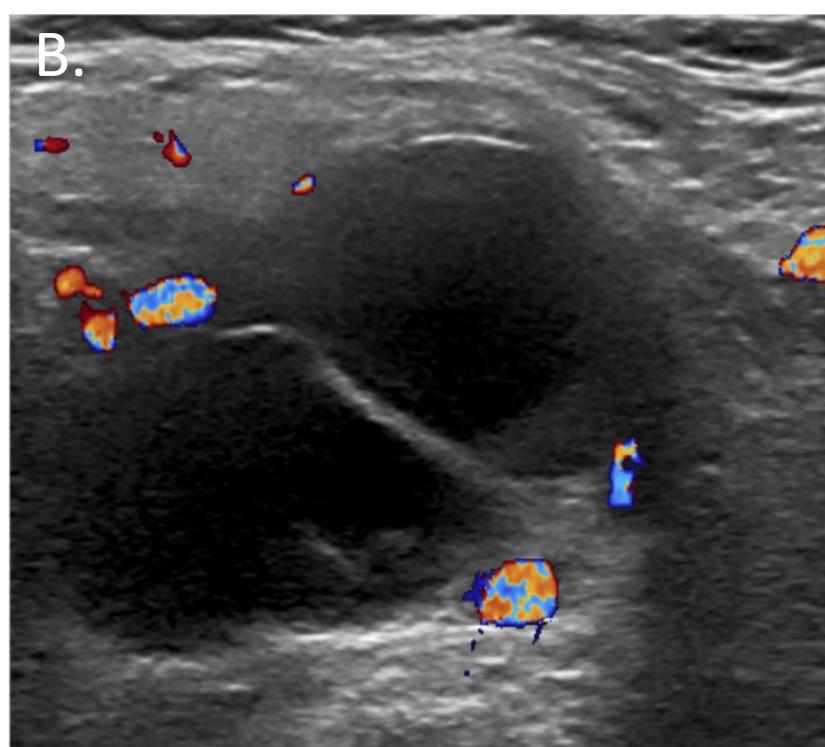
- Tipo I: localización anterior al esternocleidomastoideo.
- **Tipo II:** localización profunda a la capa intermedia de la fascia cervical profunda, lateral y anterior al espacio carotídeo.
- **Tipo III:** extensión entre ambas ramas carotídeas hacia la faringe.
- **Tipo IV:** localización entre la pared faríngea y los vasos carotídeos.

Hallazgos radiológicos

- Lesión quística uniloculada bien delimitada, con contenido homogéneo no vascularizado y pared fina.
- Contenido: densidad líquida en TC, hiperintenso en secuencias T2 y con intensidad de señal variable en función del contenido proteínáceo en T1.
- Signo del pico: extensión del quiste entre la ACI y la arteria carótida externa (ACE) a nivel de la bifurcación carotídea. No patognomónico, pero muy sugestivo.
- Engrosamiento mural: sospechar sobreinfección.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO Y RETROESTILOIDEO

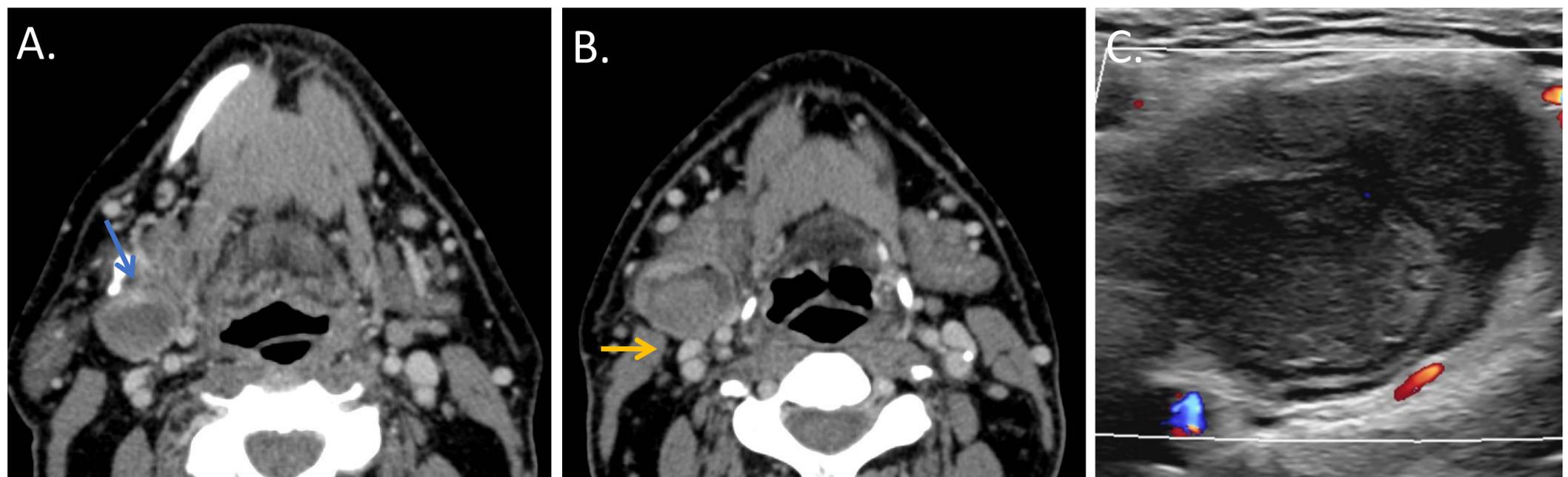


Quiste del segundo arco branquial tipo III. Imagen axial de tomografía computarizada (TC) cervical con contraste intravenoso (CIV) (A), ecografía Doppler centrada en la lesión (B) e imágenes de resonancia magnética (RM) cervical en secuencias T1 axial (C), STIR axial (D) y T1 axial con saturación grasa (fat-sat) tras la administración de gadolinio (E).

Lesión quística bilobulada con finos septos en su interior, con realce mural lineal, hiperintensa en STIR e isointensa en T1, sin vascularización interna, centrada en el espacio parafaríngeo retroestiloideo izquierdo, que se extiende hacia el compartimento preestiloideo y que impronta discretamente sobre el espacio mucoso faríngeo. La lesión se introduce entre ambas ramas carotídeas (signo del pico, flecha azul).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO Y RETROESTILOIDEO



Quiste del segundo arco branquial tipo II complicado. Imágenes axiales de TC cervical con CIV (A, B) y ecografía Doppler centrada en la lesión (C).

Lesión quística de paredes engrosadas centrada en el espacio parafaríngeo preestiloideo derecho (flecha azul), que desplaza posteriormente las estructuras de la vaina carotídea (flecha amarilla) y la grasa parafaríngea y que se extiende caudalmente hacia el espacio submandibular. Muestra contenido hiperdenso e hiperecogénico en su interior, sin vascularización interna, sugestivo de hemorragia intralesional.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO Y RETROESTILOIDEO

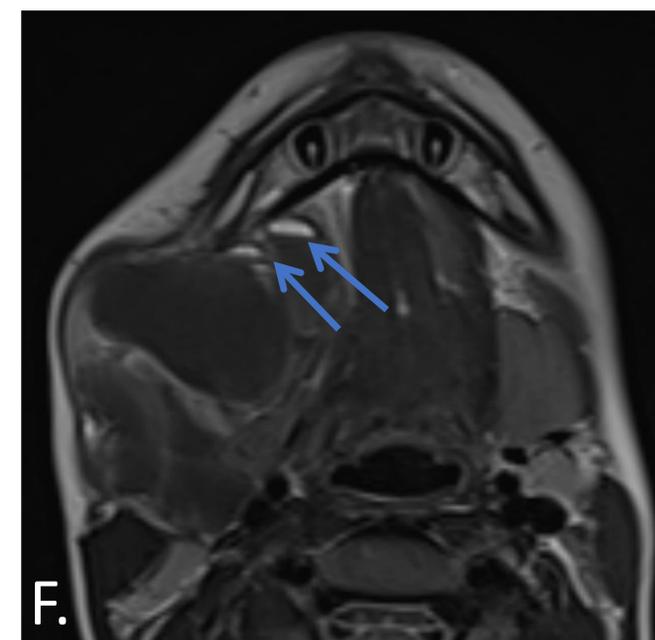
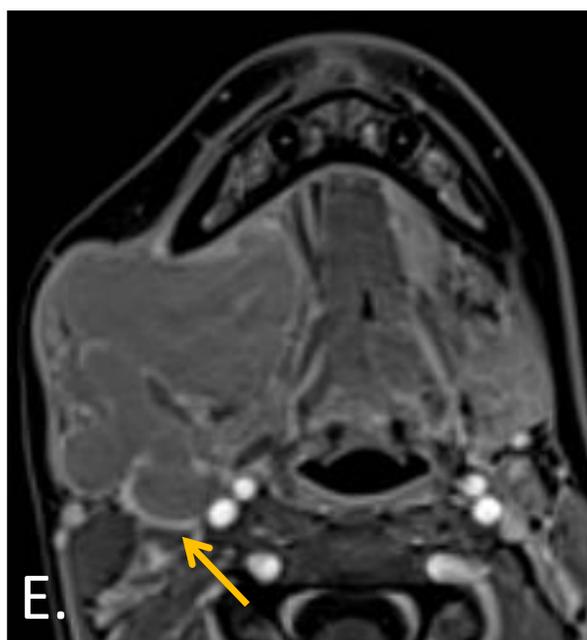
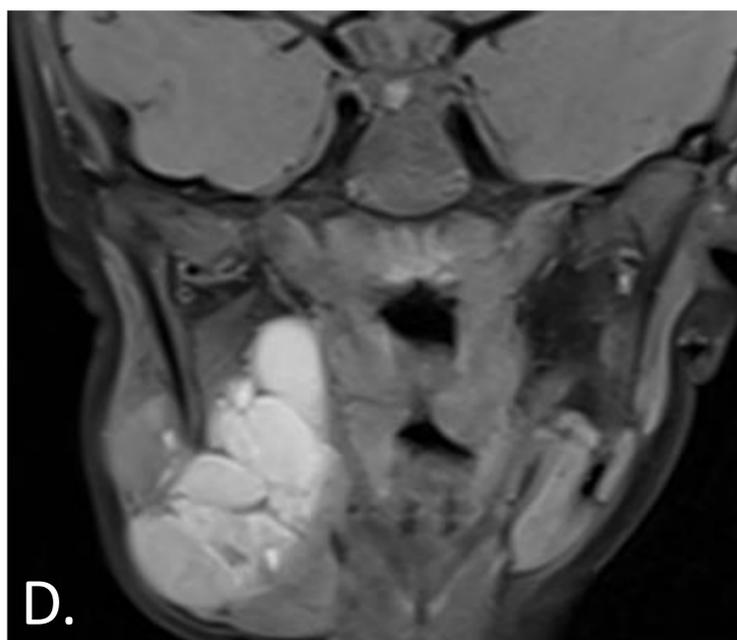
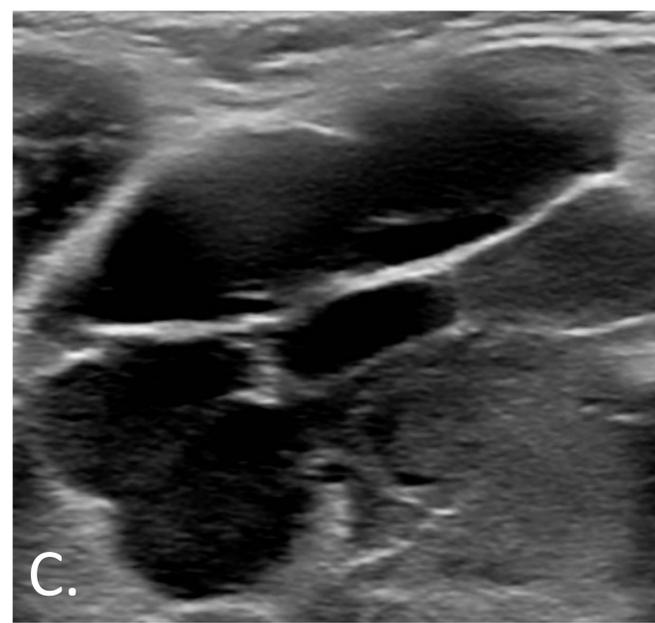
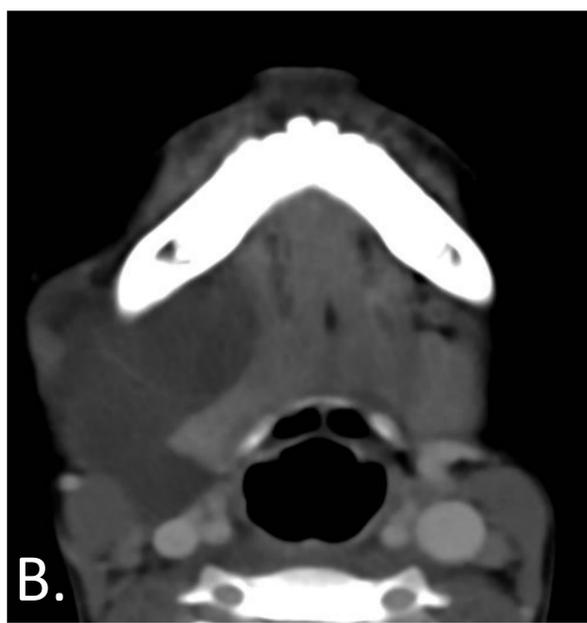
Linfangioma o higroma quístico: malformación linfática macroquística cervical que se manifiesta en la edad pediátrica. Típicamente, se trata de una lesión compresible y transiluminable, en localización supra o infrahioidea.

Hallazgos radiológicos

- Lesión quística multiloculada bien delimitada, con contenido homogéneo, sin una clara pared visible y sin vascularización interna.
- Contenido: densidad líquida en TC, hiperintensidad de señal en secuencias T2 e hipointensidad en secuencias T1 (salvo degeneración hemorrágica).
- Contraste: puede existir discreto realce periférico.
- Extensión transespacial: la lesión se extiende típicamente entre diferentes espacios cervicales contiguos, sin respetar planos fasciales, y sin desplazar estructuras vecinas debido a su compresibilidad.
- Niveles líquido-líquido internos: sospechar hemorragia o sobreinfección.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO Y RETROESTILOIDEO



Linfangioma quístico. Imágenes coronal (A) y axial (B) de TC cervical con CIV, ecografía centrada en la lesión (C) e imágenes de RM cervical en secuencias T1 fat-sat coronal (D), T1 fat-sat axial con gadolinio (E) y T2 axial (F).

Lesión quística multiloculada de gran tamaño con extensión transespacial que ocupa los espacios submandibular, parafaríngeo preestiloideo y parotídeo derechos y que rodea la rama mandibular ipsilateral. Se muestra hiperintensa en secuencias potenciadas en T1, con niveles líquido-líquido en secuencias potenciadas en T2 (flechas azules). Tras la administración de gadolinio, se identifica realce periférico y septal (flecha amarilla), sin realces nodulares intralesionales.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Tumor de glándula salivar ectópica: lesión primaria del EPF que se origina a partir de restos ectópicos de tejido glandular salivar. El adenoma pleomorfo es la forma más frecuente y la neoplasia más común del espacio preestiloideo.

Los tumores malignos (carcinoma ex-adenoma pleomorfo, carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico) son poco frecuentes.

Hallazgos radiológicos

- Lesión sólida bien definida ovoidea con realce leve-moderado heterogéneo tras la administración de contraste.
- RM: isointensa respecto al tejido muscular en secuencias T1 e hiperintensa en secuencias T2 con anillo hipointenso periférico (cápsula fibrosa).
- Lesiones de mayor tamaño: pueden tener contornos lobulados y áreas de necrosis o degeneración quística, hemorragia o calcificación.

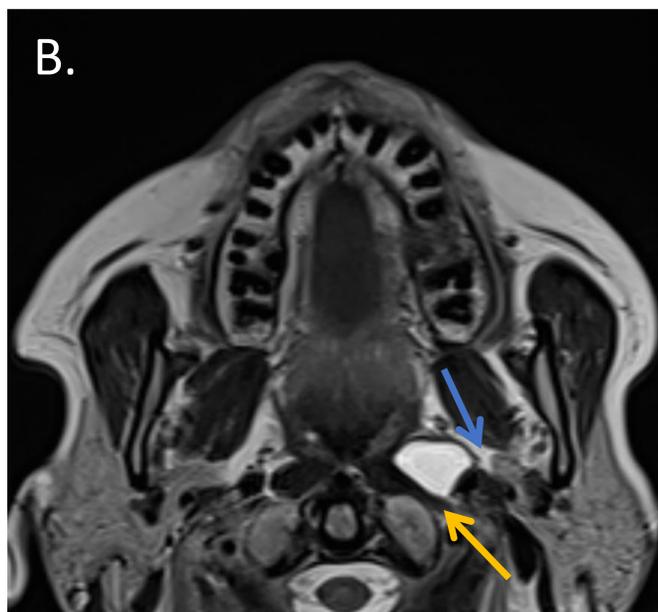
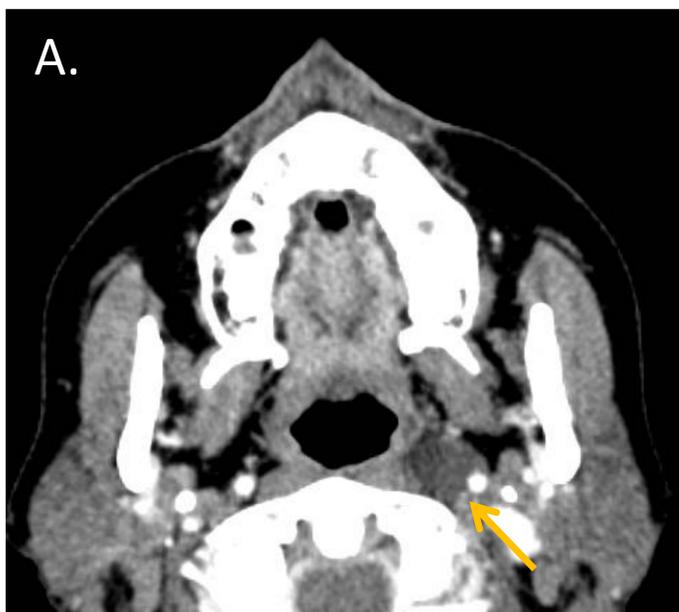
Diagnóstico diferencial

- Adenoma pleomorfo dependiente del lóbulo parotídeo profundo con extensión al EPF: la preservación del plano graso entre la lesión y la parótida sugiere origen extraparotídeo.
- Lesiones malignas: la invasión de estructuras vecinas y la presencia de adenopatías sugieren comportamiento maligno de la lesión.

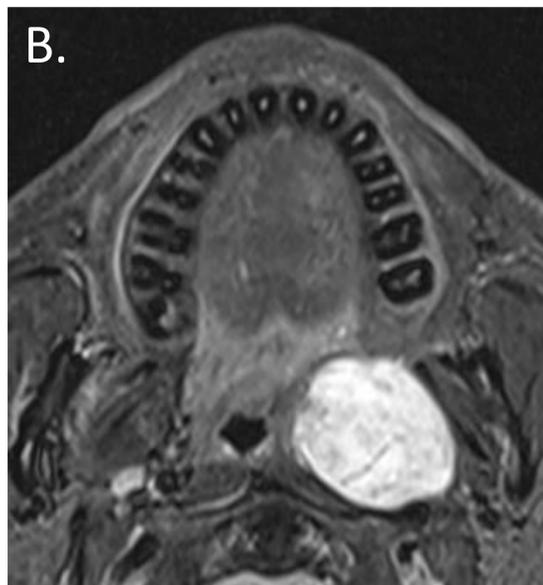
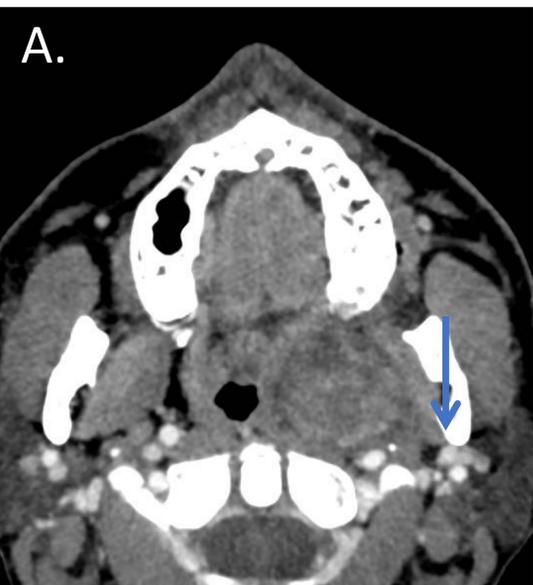
PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



Adenoma pleomorfo primario del EPF. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imágenes de RM cervical en secuencias T2 axial (B) y T1 axial con gadolinio (C) que muestran una lesión de pequeño tamaño, predominantemente quística, centrada en el espacio parafaríngeo preestiloideo izquierdo (flecha amarilla), con una cápsula fibrosa periférica hipointensa en T2, y sin claro realce con gadolinio. Existe preservación del plano graso respecto al lóbulo parotídeo profundo ipsilateral (flecha azul).

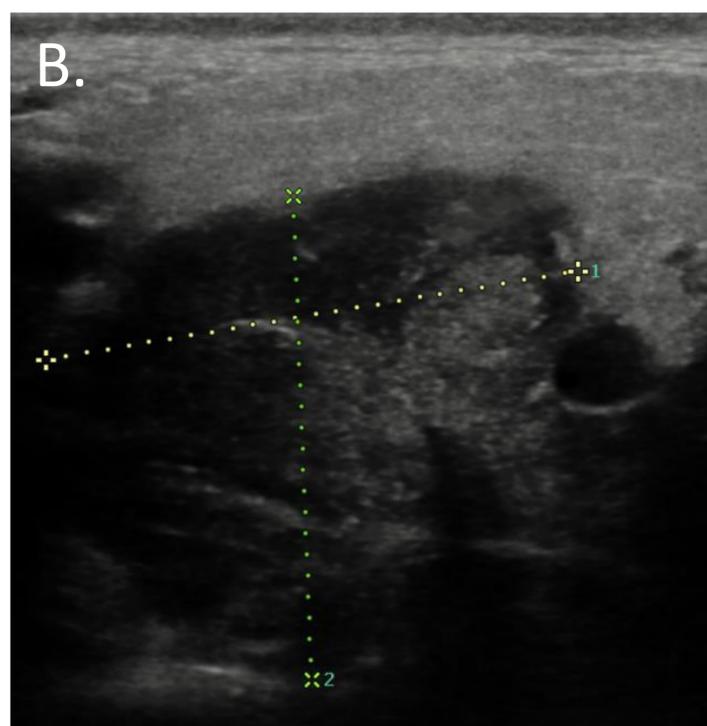
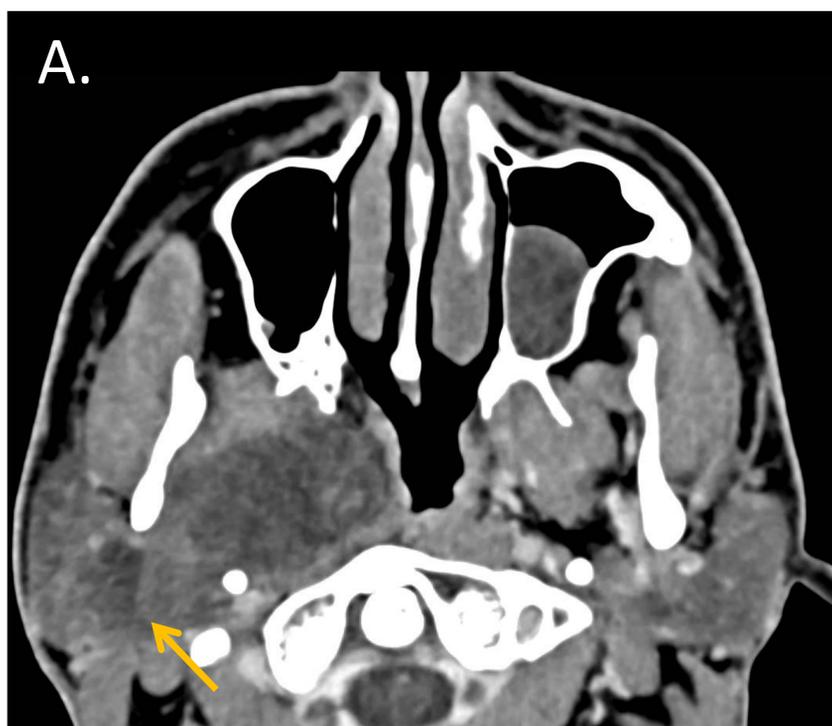


Adenoma pleomorfo primario del EPF. Imagen axial de TC cervical con CIV e imágenes de RM cervical en secuencias T2 fat-sat axial (B) y T1 fat-sat axial sin y tras la administración de gadolinio (C, D) que muestran una lesión hipodensa parafaríngea preestiloidea izquierda, que impronta sobre la orofarínge ipsilateral y desplaza posteriormente la ACI (flecha amarilla). Se muestra hiperintensa en secuencias T2, hipointensa en secuencias T1 y con realce heterogéneo con gadolinio, con presencia de áreas necróticas. Existe igualmente preservación del plano de clivaje con la glándula parótida (flecha azul).

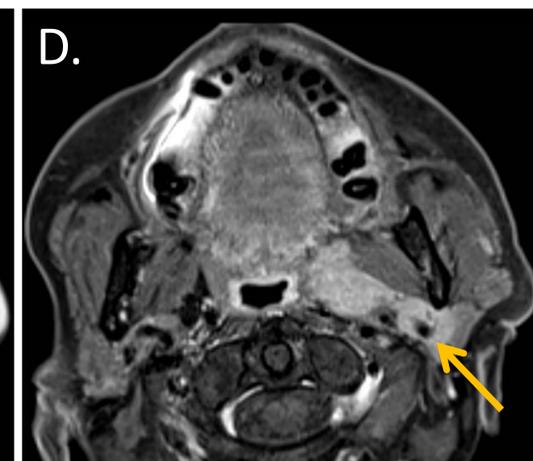
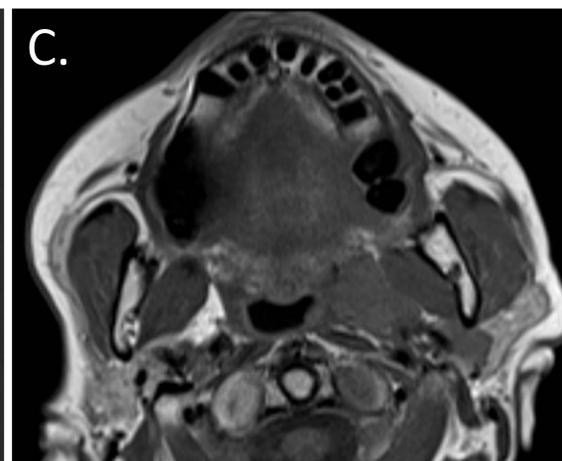
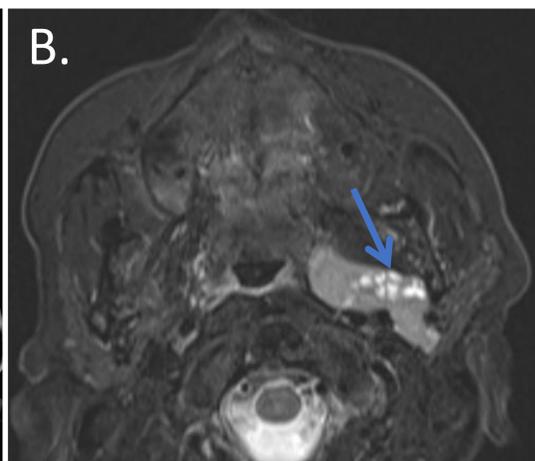
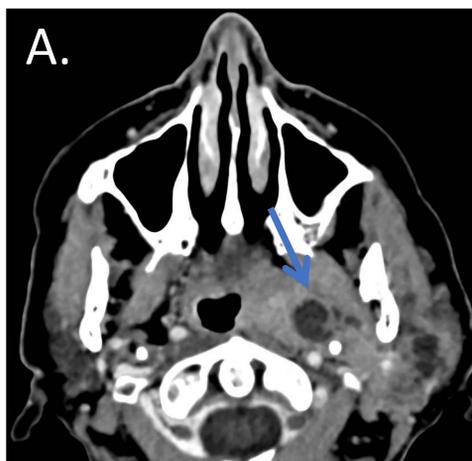
PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



Adenoma pleomorfo del lóbulo parotídeo profundo derecho. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imagen ecográfica centrada en la lesión (B). Se identifica una lesión sólida hipodensa e hipoecogénica con realce heterogéneo que se origina en el lóbulo parotídeo profundo derecho (flecha) y que se extiende al espacio parafaríngeo preestiloideo ipsilateral, sin plano graso de clivaje, imprimando sobre la pared lateral de la nasofaringe.



Adenoma pleomorfo del lóbulo parotídeo profundo izquierdo. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imágenes de RM cervical en secuencias STIR axial (B), T1 axial sin gadolinio (C) y T1 fat-sat axial con gadolinio (D). Lesión sólido-quística parotídea izquierda con extensión al espacio parafaríngeo preestiloideo ipsilateral que rodea la ACE (flecha amarilla). Muestra realce homogéneo con gadolinio, a excepción de los focos quísticos internos (flechas azules).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Tumor neurogénico: segunda neoplasia más frecuente en el espacio preestiloideo. En esta localización, las lesiones neurales se originan en la rama mandibular del nervio trigémino (V3), condicionando desplazamiento posterolateral de las estructuras de la vaina carotídea.

Los tumores malignos de la vaina del nervio periférico son tumores raros y altamente agresivos capaces de surgir de novo o a partir de neurofibromas o schwannomas preexistentes, generalmente asociados a neurofibromatosis.

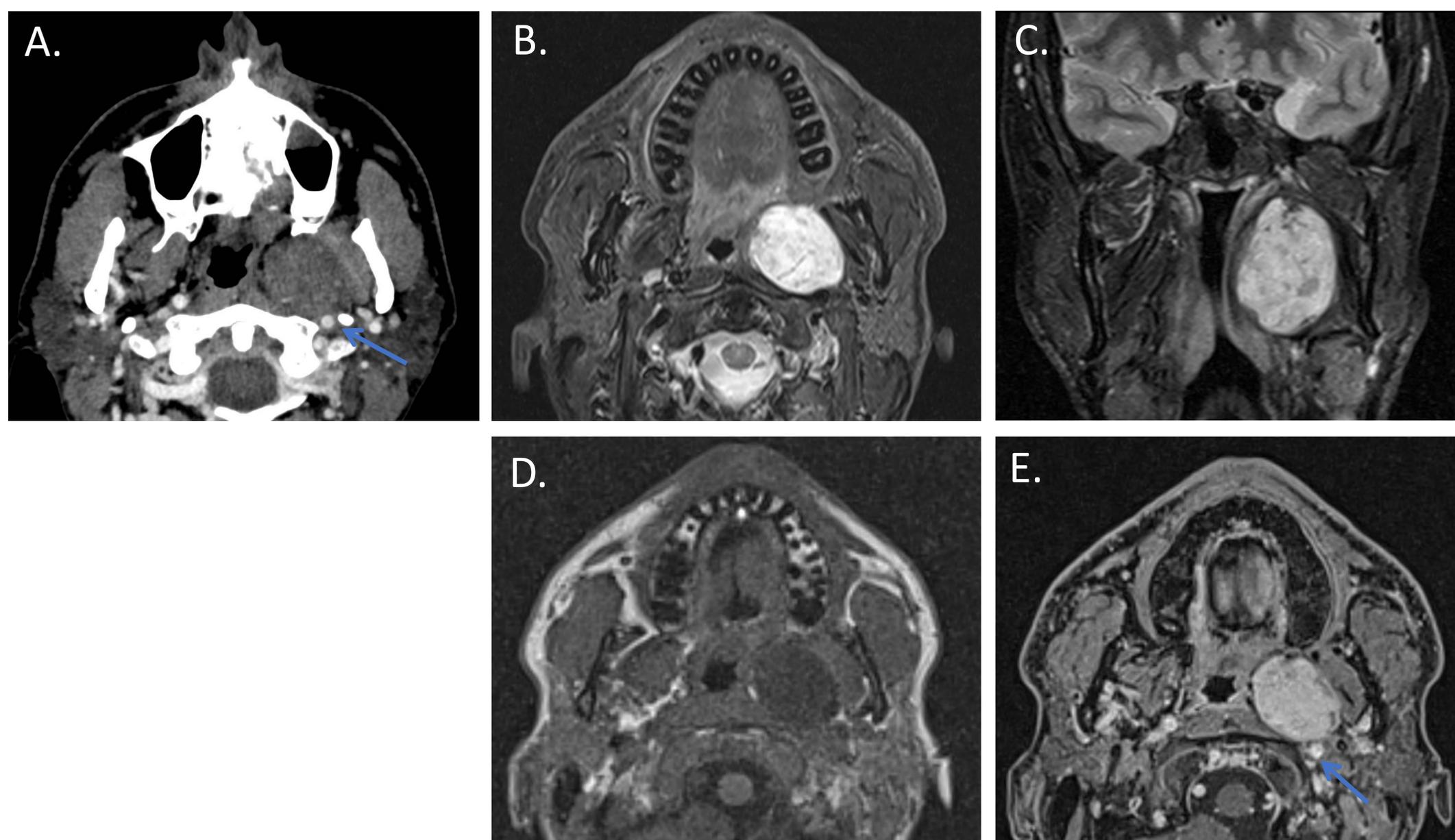
Hallazgos radiológicos

- Lesión sólida fusiforme de contornos definidos, con diámetro mayor en el eje cráneo-caudal.
- Hipodensidad difusa en TC, hipointensidad de señal en secuencias T1, hiperintensidad en secuencias T2 y realce difuso con gadolinio.
- Erosión de la cortical ósea adyacente (scalloping): característica de las lesiones de estirpe neural.
- Componente graso: sugiere neurofibroma.
- Componente quístico-necrótico: sugiere schwannoma.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



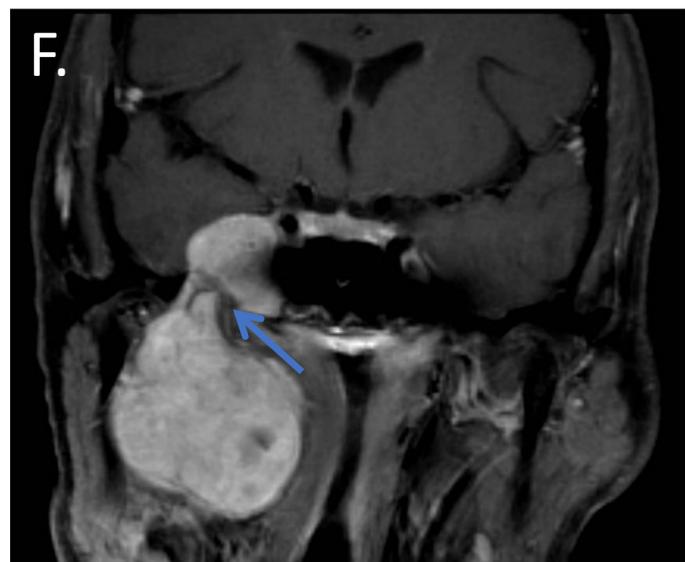
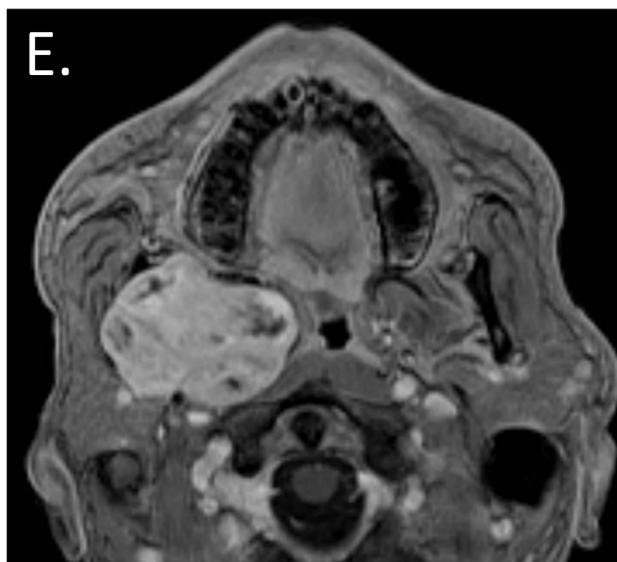
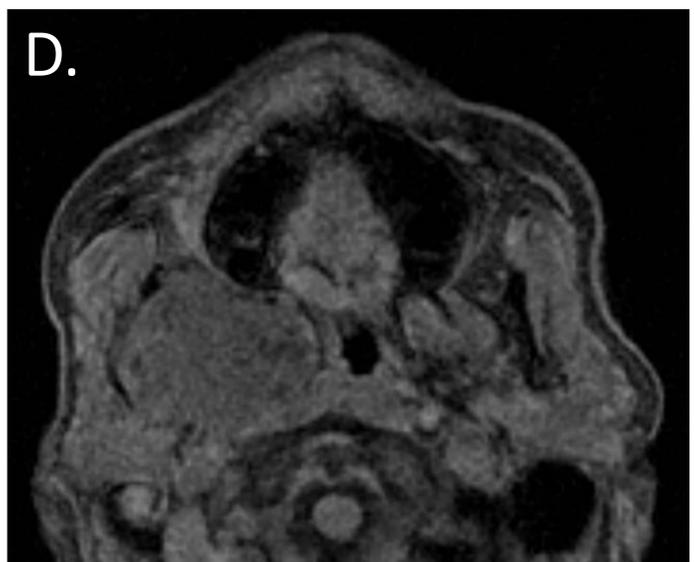
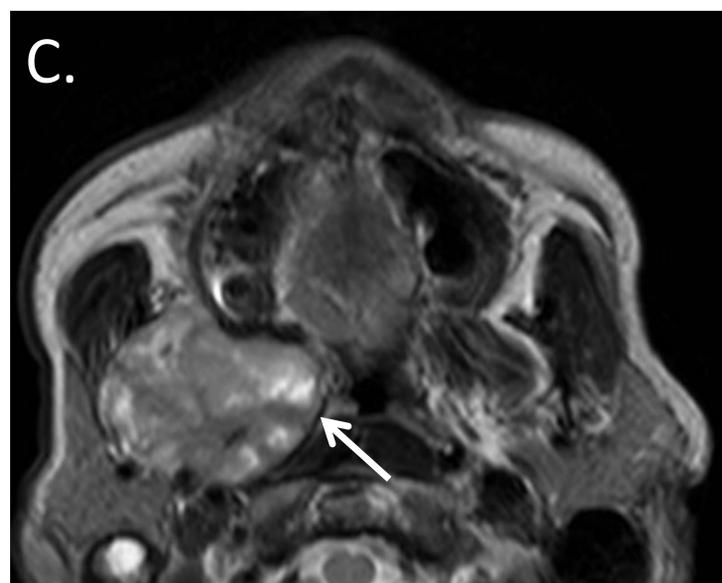
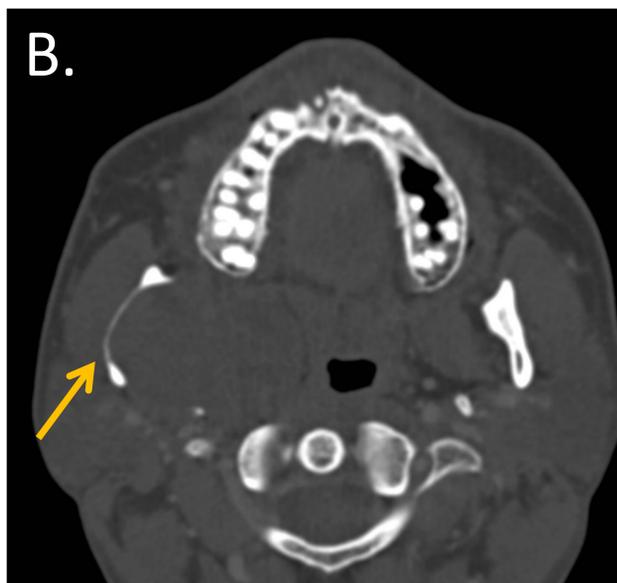
Tumor neurogénico trigeminal en espacio parafaríngeo preestiloideo izquierdo. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imágenes de RM cervical en secuencias STIR axial (B) y coronal (C), T1 axial sin gadolinio (D) y T1 fat-sat axial con gadolinio (E).

Lesión sólida de contornos definidos de morfología fusiforme, con diámetro mayor en el eje craneocaudal, centrada en el espacio parafaríngeo preestiloideo izquierdo y rodeada por el tejido graso parafaríngeo, que desplaza posteriormente la ACI (flecha) y que impronta sobre la pared lateral faríngea. Se muestra hiperintensa en secuencias STIR y muestra un realce heterogéneo con gadolinio.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



Tumor neurogénico trigeminal en espacio parafaríngeo preestiloideo derecho con extensión intracraneal. Imágenes axiales de TC cervical con CIV con ventana de partes blandas y ósea (A, B) e imágenes de RM cervical en secuencias T2 axial (C), T1 fat-sat axial sin gadolinio (D), T1 axial con gadolinio (E) y T1 fat-sat coronal con gadolinio (F).

Lesión bilobulada con morfología en reloj de arena que ocupa el espacio parafaríngeo preestiloideo y masticador derechos, que condiciona adelgazamiento de la rama mandibular (scalloping, flecha amarilla) y que se extiende cranealmente por el agujero oval (flecha azul) hacia la fosa craneal media. Se muestra hiperintensa en T2, con una captación significativa de contraste y pequeñas formaciones quísticas internas (flecha blanca).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Lipoma: neoplasia benigna constituida por adipocitos maduros.

Hallazgos radiológicos

- Masa de contornos bien definidos y densidad grasa, con posibles calcificaciones internas.
- Elevada intensidad de señal en secuencias T1 y T2 con caída de señal en secuencias con supresión grasa.

Hemangioma: neoplasia benigna de origen vascular, típicamente diagnosticada en la edad pediátrica.

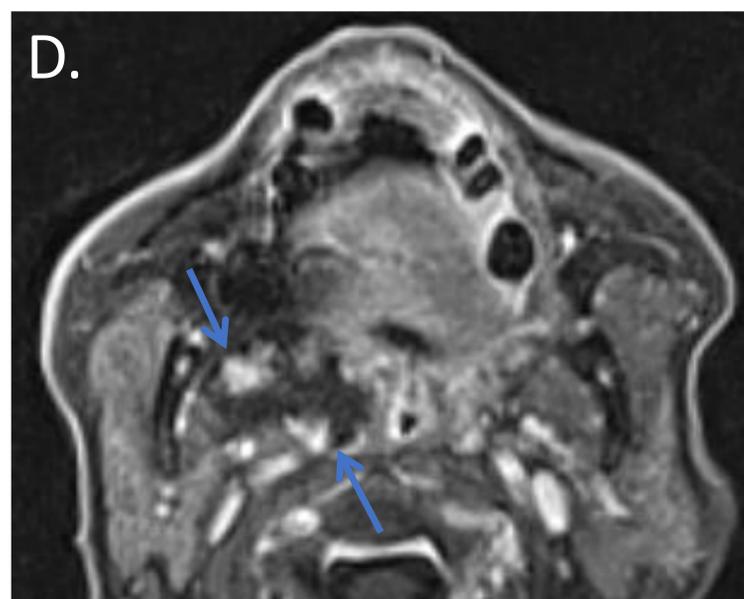
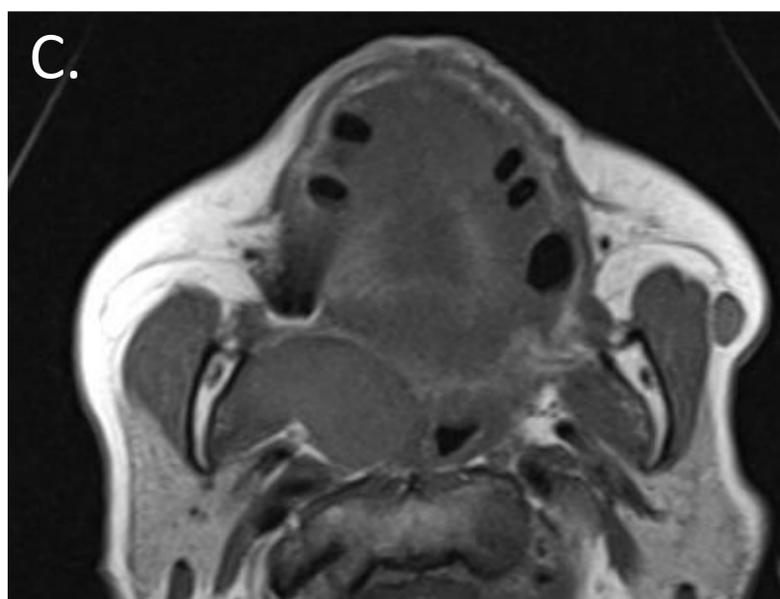
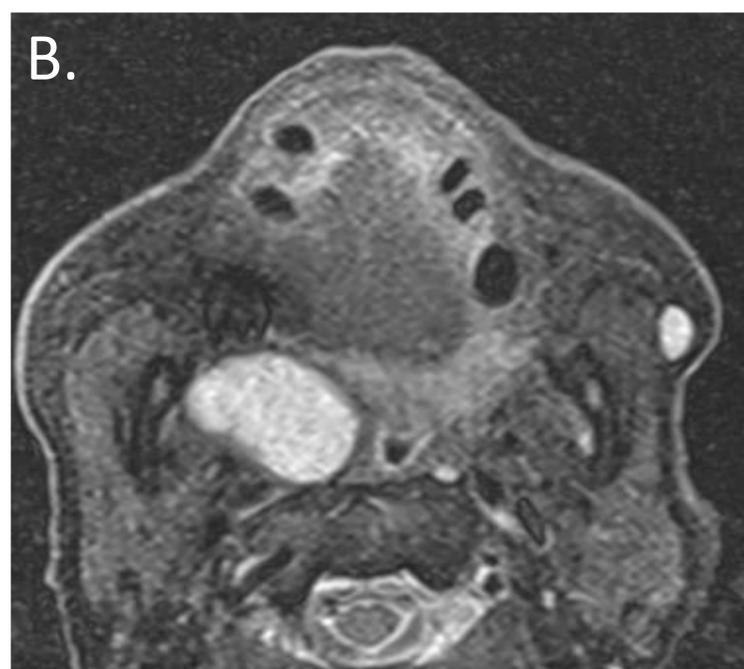
Hallazgos radiológicos

- Lesión sólida de contornos bien definidos.
- RM: elevada intensidad de señal en secuencias T2 (con posibles artefactos de flujo) y señal intermedia en T1.
- Realce heterogéneo progresivo nodular y centrípeto tras la administración de CIV.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



Hemangioma parafaríngeo derecho. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imágenes de RM cervical en secuencias T2 fat-sat axial (B), T1 axial sin gadolinio (C) y T1 fat-sat axial con gadolinio (D).

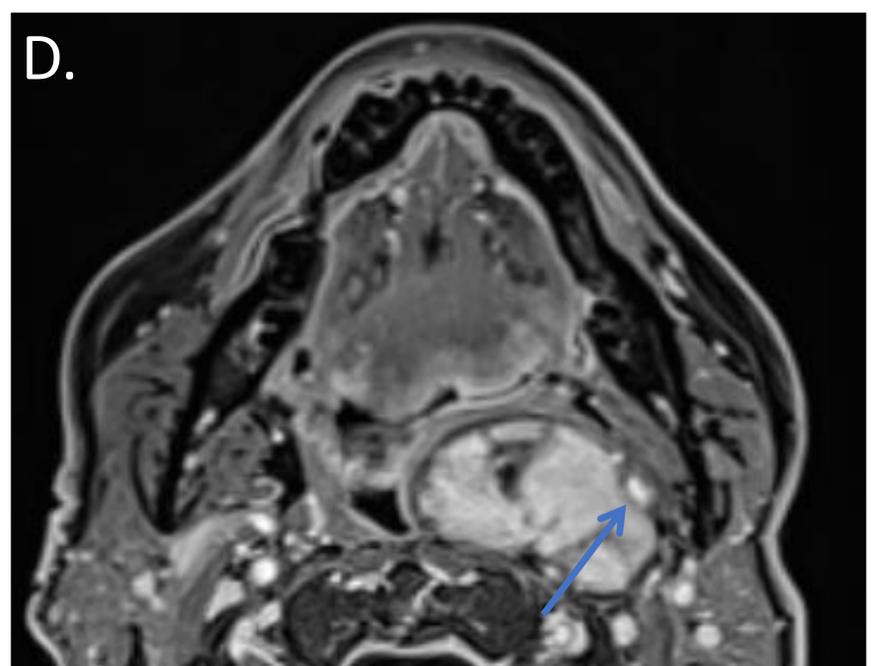
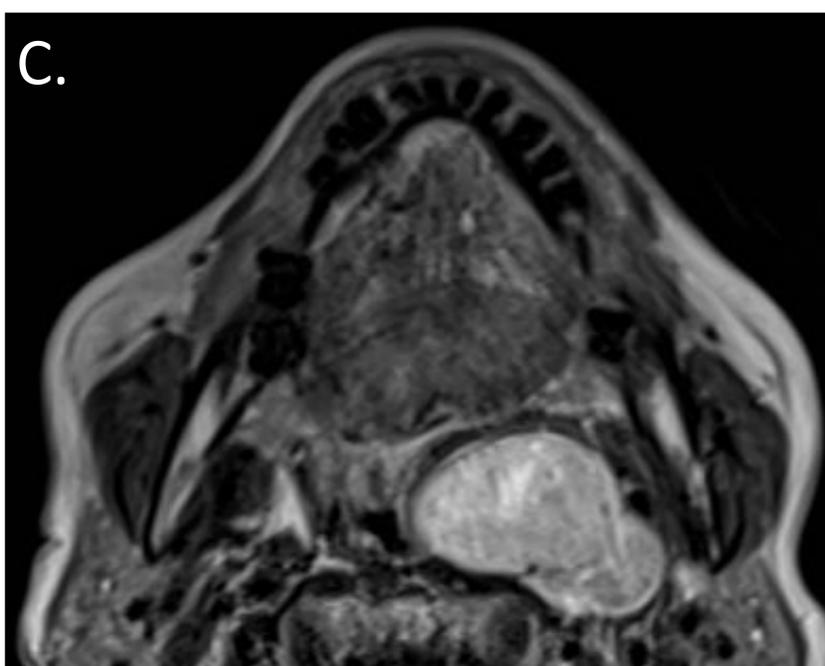
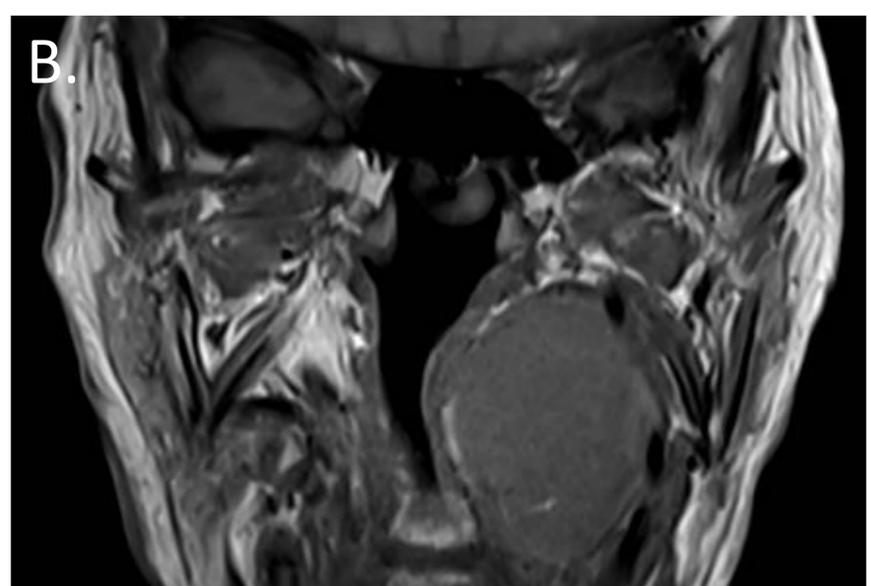
Lesión sólida lobulada de contornos definidos centrada en el espacio parafaríngeo preestiloideo derecho, con extensión al espacio masticador, que desplaza posteriormente el tejido graso parafaríngeo (flecha amarilla). Se muestra hiperintensa en secuencias T2 y muestra un realce heterogéneo progresivo nodular periférico tras la administración de contraste (flechas azules).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Tumor neurogénico: neoplasia más común en el espacio retroestiloideo. En esta localización, los tumores neurales se originan en fibras del nervio vago y causan desplazamiento anteromedial de las estructuras de la vaina carotídea y separación de la ACI y de la VVI.



Tumor neurogénico vagal izquierdo. Imagen axial de TC cervical con CIV (A) e imágenes de RM cervical en secuencias T1 coronal (B), T2 axial (C) y T1 fat-sat axial con gadolinio (D).

Lesión sólida fusiforme con eje mayor cráneo-caudal de contornos definidos centrada en el espacio parafaríngeo retroestiloideo izquierdo, hipodensa en TC, hiperintensa en secuencias T2 e isointensa en secuencias T1, con áreas necro-quísticas y realce heterogéneo con contraste. La lesión rodea y desplaza anteriormente la ACI izquierda (flecha), sin claros signos de infiltración.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Tumor glómico o paraganglioma: tumor hipervasculares que se origina de las células de la cresta neural. Sus localizaciones cervicales más frecuentes son el cuerpo carotídeo, foramen yugular, nervio vago y oído medio (timpánicos).

Localización: define el origen de la lesión.

- Glomus carotídeo: bifurcación carotídea, separando la ACI y la ACE.
- Glomus vagal: localización más posterior, con desplazamiento anteromedial de la ACI y ACE y posterior de la VVI.
- Glomus yugular: localización más craneal en el foramen yugular, con extensión a oído medio y celdillas mastoideas.

Clasificación de Shamblin: divide los tumores en función del ángulo circunferencial de contacto con la ACI, que define el riesgo quirúrgico.

- Tipo I: $<180^\circ$.
- Tipo II: $180-270^\circ$.
- Tipo III: $>270^\circ$.

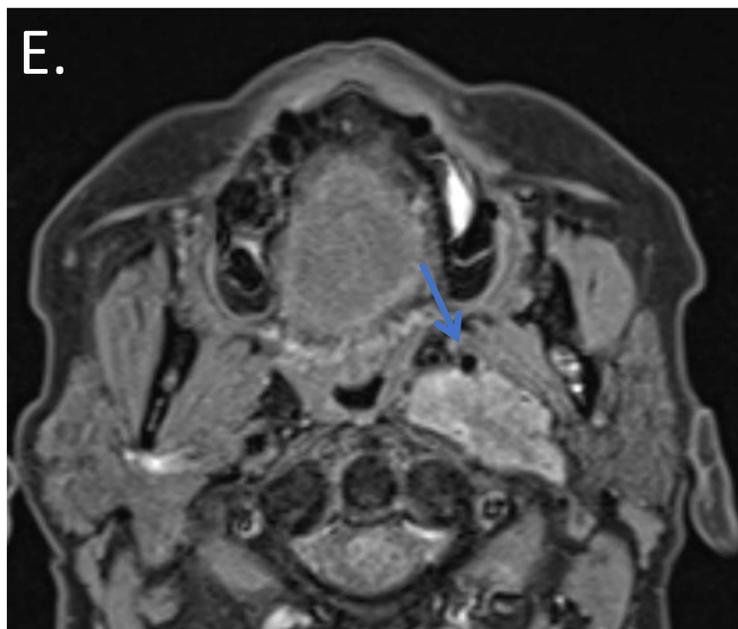
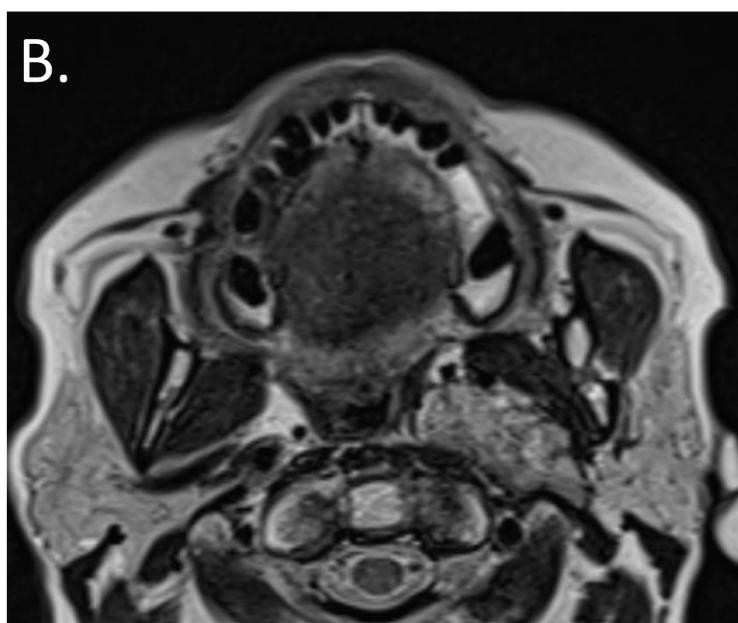
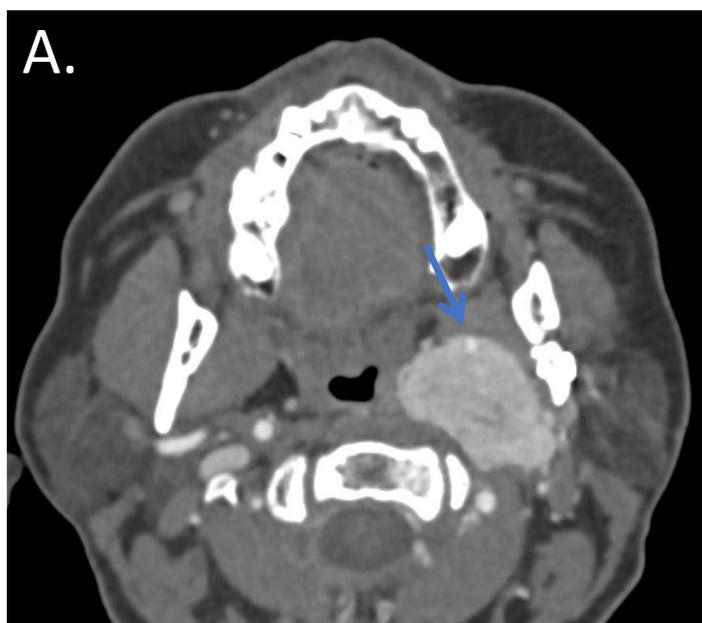
Hallazgos radiológicos

- Lesión ovoidea bien definida con intenso realce homogéneo y lavado precoz.
- Hipointensidad de señal en T1 e hiperintensidad de señal en T2 con artefactos de flujo (aparición en sal y pimienta).
- Tumores de gran tamaño: pueden presentar áreas necróticas.
- Lesiones adyacentes a la base del cráneo: pueden producir erosión ósea.

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



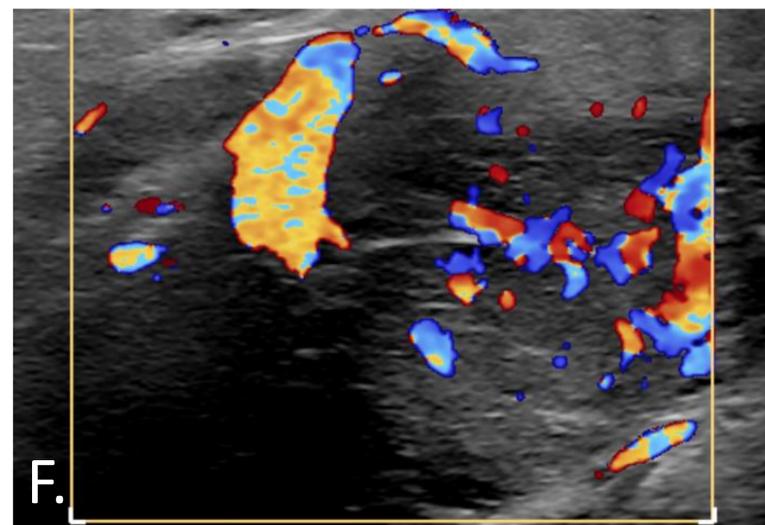
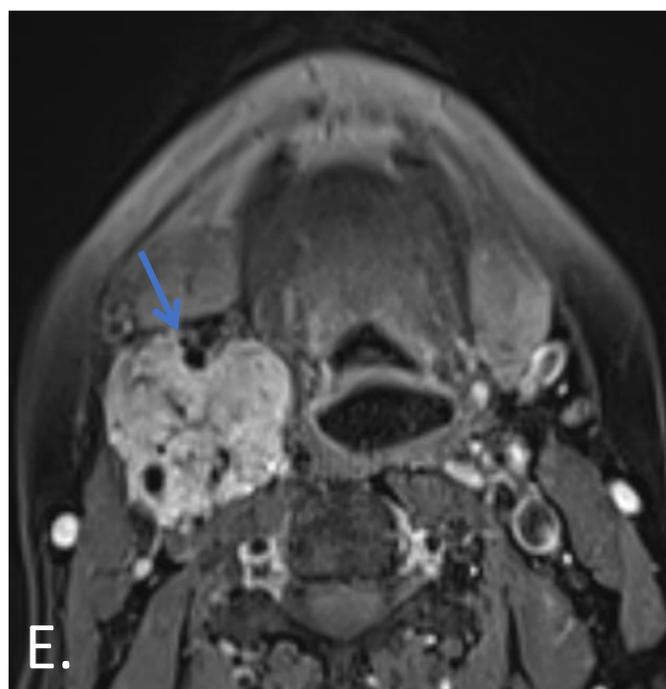
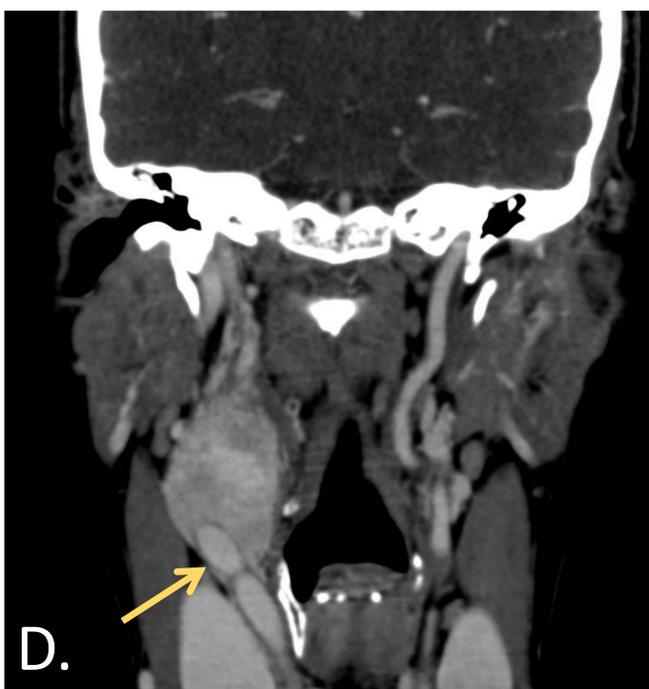
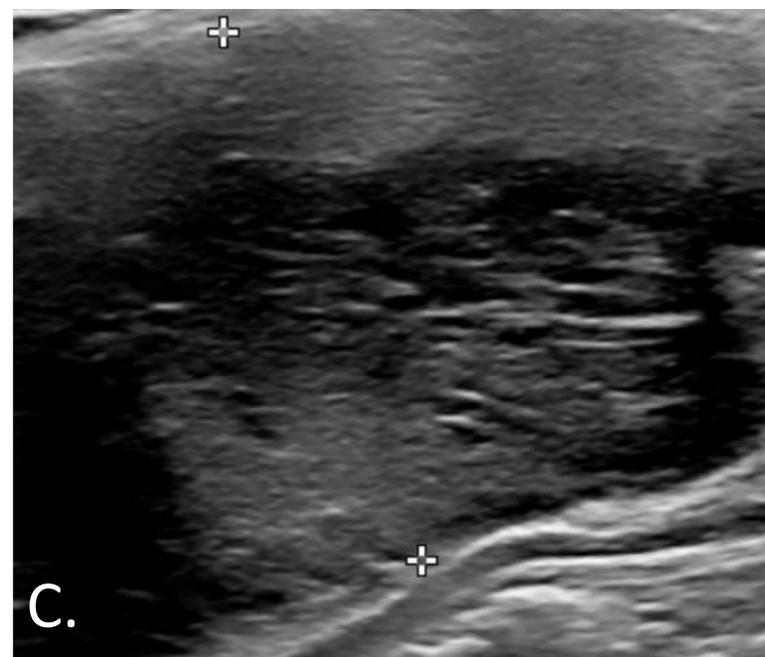
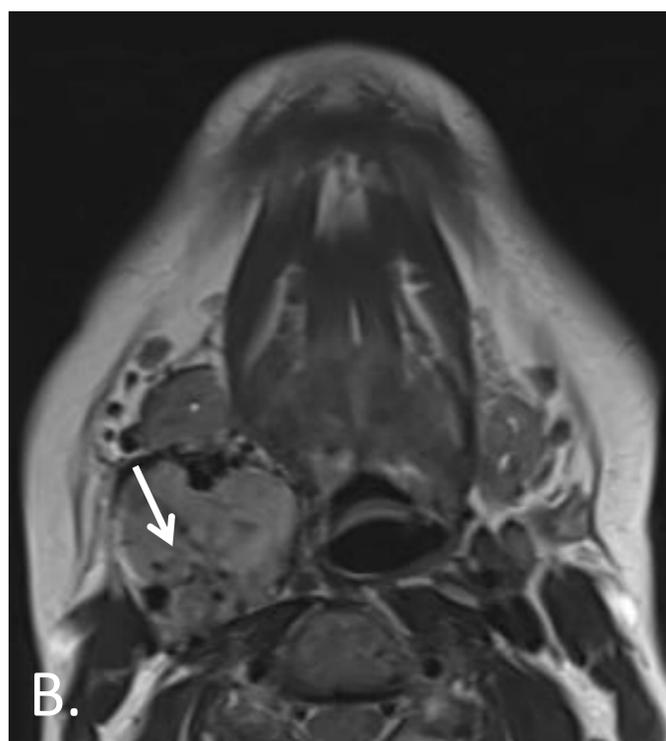
Glomus carotídeo en espacio parafaríngeo retroestiloideo izquierdo (Shamblin I). Imágenes axial (A) y sagital (C) de TC cervical con CIV e imágenes de RM cervical en secuencias T2 axial (B), T1 VIBE axial con gadolinio (D) y T1 fat-sat axial con gadolinio (E).

Lesión hipervascular hiperintensa en secuencias T2 que se extiende desde la bifurcación carotídea (flecha amarilla) hasta la base del cráneo, situándose entre ambas ramas carotídeas y condicionando desplazamiento anterior de la ACI (flecha azul).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO



Glomus carotídeo en espacio parafaríngeo retroestiloideo derecho (Shamblin III). Imágenes axial (A) y coronal (D) de TC cervical con CIV, imágenes de RM cervical en secuencias T2 axial (B) y T1 fat-sat axial con gadolinio (E), e imágenes ecográficas centradas en la lesión (C, F).

Lesión sólida hipervasculada hiperintensa en secuencias T2, con vacíos de señal secundarios a la presencia de vasos internos (patrón en sal y pimienta, flecha blanca), que se origina en la bifurcación carotídea (flecha amarilla), separando y rodeando ambas ramas carotídeas y condicionando desplazamiento anterior de la ACI (flecha azul).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES INTRÍNSECAS

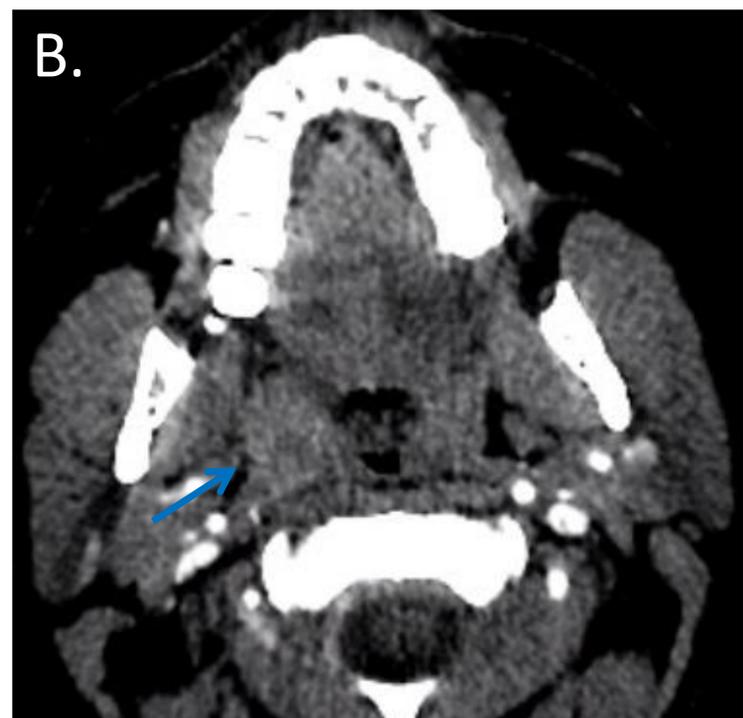
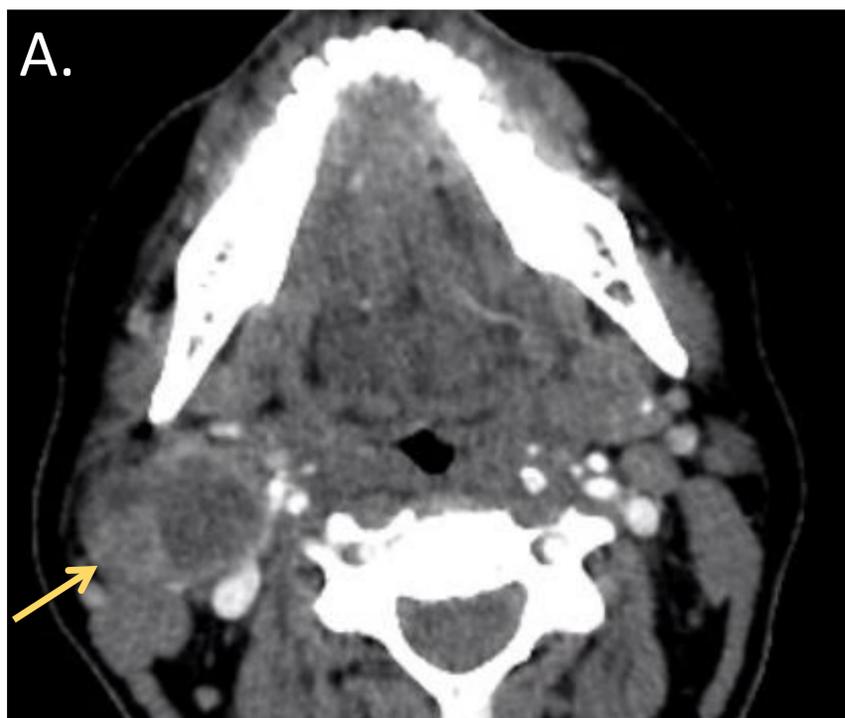
ESPACIO PREESTILOIDEO

ESPACIO RETROESTILOIDEO

Adenopatías: los ganglios de los niveles cervicales retroestiloideo (VIIb) y yugular superior anterior (IIa) se incluyen en el EPF retroestiloideo. Por tanto, en esta localización, pueden identificarse tanto adenopatías reactivas como metastásicas, siendo el origen primario más frecuente los tumores de cabeza y cuello y las neoplasias tiroideas. El linfoma primario del EPF es muy poco frecuente.

Hallazgos radiológicos

- Ganglios aumentados de tamaño, con pérdida del hilio graso, engrosamiento cortical y vascularización periférica.
- Posibles áreas de necrosis o degeneración quística.
- Infiltración de estructuras vecinas o irregularidad cortical: sugieren extensión extracapsular.



Adenopatía metastásica necrótica parafaríngea derecha. Imágenes axiales (A, B) de TC cervical con CIV. Se identifica una adenopatía necrótica de gran tamaño ocupando el espacio parafaríngeo retroestiloideo derecho (flecha amarilla), así como un realce nodular de aspecto tumoral en la amígdala ipsilateral, compatible con el tumor primario (flecha azul).

PATOLOGÍA TUMORAL: LESIONES EXTRÍNSECAS

Neoplasias con origen en espacios cervicales vecinos: son los tumores más frecuentes del EPF, por delante de las lesiones intrínsecas. La dirección de desplazamiento del tejido graso parafaríngeo orienta sobre el espacio de origen de cada lesión.

- Espacio parotídeo: tumores salivares con origen en el lóbulo profundo parotídeo.
- Espacio masticador: tumores odontogénicos, lipomas y sarcomas de origen muscular o condral.
- Espacio mucoso faríngeo: carcinomas de nasofaringe.
- Espacio submandibular: tumores de glándula salivar, ránulas.
- Espacio perivertebral: lesiones vertebrales y sarcomas de origen graso, muscular o fibroso. Existe con frecuencia destrucción ósea asociada.
- Espacio retrofaríngeo: tumores primarios de estirpe neural o lipomas.
- Base del cráneo: cordoma clival o meningiomas con crecimiento caudal.

PATOLOGÍA INFECCIOSA

Absceso parafaríngeo: patología potencialmente fatal generalmente secundaria a extensión por contigüidad de infecciones orofaríngeas, sialoadenitis o patología odontológica.

Complicaciones

- Compromiso del calibre de la vía aérea
- Extensión a espacios retrofaríngeo y perivertebral
- Extensión mediastínica (mediastinitis)
- Tromboflebitis séptica de la vena yugular interna (síndrome de Lemierre)
- Pseudoaneurismas micóticos carotídeos



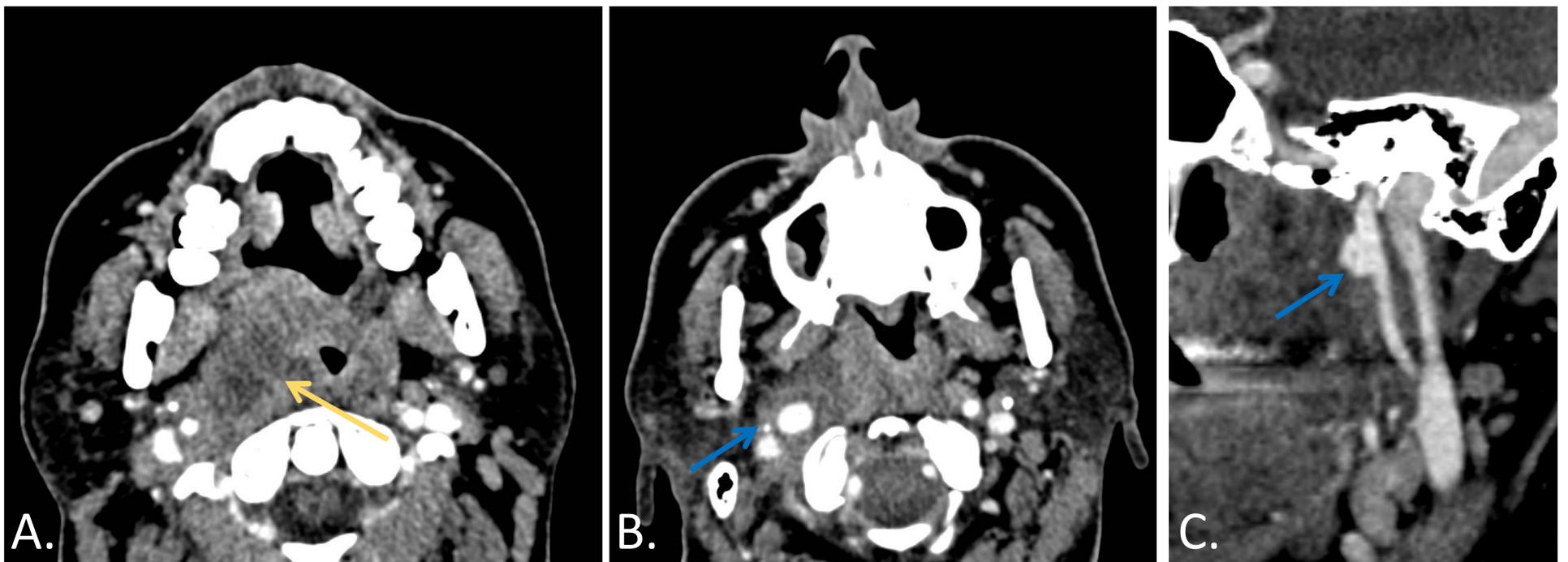
Absceso parafaríngeo preestiloideo izquierdo. Imágenes axiales (A, B) de TC cervical con CIV. Colección hipodensa con realce periférico compatible con absceso que afecta a la región periamigdalina izquierda, con extensión al espacio parafaríngeo preestiloideo ipsilateral (flechas amarillas), que impronta sobre la pared faríngea y condiciona compromiso del calibre de la vía aérea.

PATOLOGÍA VASCULAR

Pseudoaneurisma carotídeo: dilatación focal de la arteria carótida o de sus ramas contenida únicamente por la túnica adventicia. Pueden tener un origen traumático, infeccioso o inflamatorio (vasculitis).

Hallazgos radiológicos

- Imagen de adición de contraste de morfología sacular en la pared vascular, en comunicación con la luz.
- Signo del yin-yang en ecografía Doppler secundario al flujo turbulento.
- Otros hallazgos secundarios a la etiología de la lesión: cambios inflamatorios y colecciones, fracturas óseas o engrosamientos murales vasculares.



Pseudoaneurisma de ACI derecha secundario a absceso parafaríngeo. Imágenes axiales (A, B) y sagital (C) de TC cervical con CIV.

Colección hipodensa con realce periférico que afecta a la región amigdalina, parafaríngea preestiloidea y retrofaríngea derecha (flecha amarilla) y severos cambios inflamatorios que condicionan compromiso de la vía aérea y que alcanzan el espacio parafaríngeo retroestiloideo, rodeando la ACI derecha, que muestra una imagen sacular de adición de contraste sugestiva de pseudoaneurisma en su margen anterior (flecha azul).

3. CONCLUSIONES

El conocimiento de las relaciones anatómicas del espacio parafaríngeo y de los patrones radiológicos de las principales lesiones que lo afectan resulta fundamental en su diagnóstico diferencial.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Xue-Wen L, Ling W, Hui L, Rong Z, Zhi-Jun G, De-Ling W, Chuan-Miao X. A modified method for locating parapharyngeal space neoplasms on magnetic resonance images: implications for differential diagnosis. Chin J Cancer. 2014; 33(10):511-20.
2. Álvarez de Eulate L, Zabala R, Corta I, Ruiz B, Eguidazu J, Del Cura JL. Lesiones del espacio parafaríngeo: hallazgos de imagen. SERAM. 2012;1129.
3. Shin JH, Lee HK, Kim SY et al. Imaging of Parapharyngeal Space Lesions. Focus on the Prestyloid Compartment. American Journal of Roentgenology. 2001;177(6):1465-70.
4. Harnsberger HR. Handbook of head and neck imaging. 2ª Edición. St Louis: Mosby; 1995.
5. Som PM, Sacher M, Stollman AL, Biller HF, Lawson W. Common tumors of the parapharyngeal space: refined imaging diagnosis. Radiology. 1988; 169(1):81-5.

5. ICONOGRAFÍA

Imágenes de ecografía, TC y RM del Servicio de Radiodiagnóstico del Hospital Universitario de Basurto.