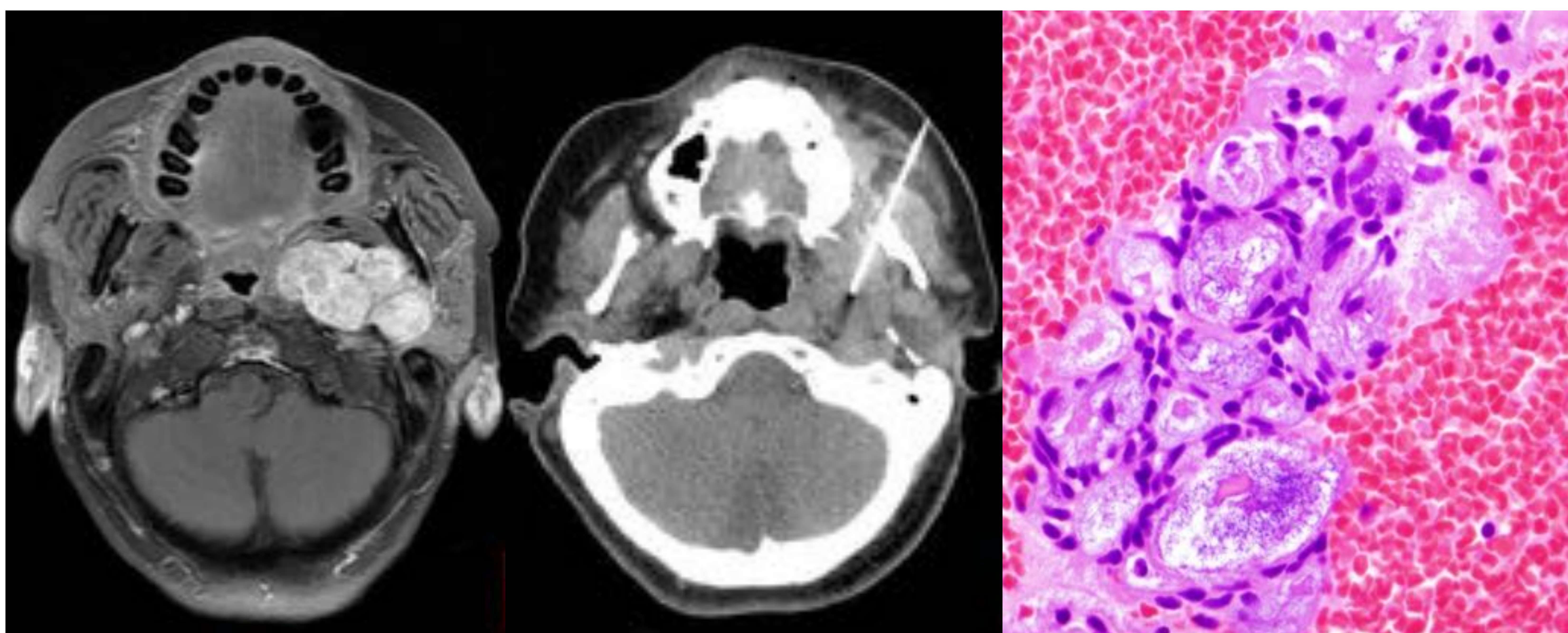




# EXPLORANDO EL ESPACIO PARAFARÍNGEO: ¿SÓLO EL RIVAL MÁS DÉBIL?

## LESIONES PRIMARIAS CON CORRELACIÓN ANATOMOPATOLÓGICA



Imai Nesvara Vidal <sup>1\*</sup>, Marina Urbano Rodriguez <sup>1</sup>, Paloma Puyalto De Pablo <sup>1</sup>, Electra Hernandez Santana <sup>1</sup>, Anna Massuet Vilamajó <sup>2</sup>, Ariadna Quer Pi-Sunyer <sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Radiodiagnóstico

<sup>2</sup>Instituto de diagnóstico por la imagen

<sup>3</sup>Departamento de Anatomía Patológica

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona



## ¿QUÉ SABES SOBRE EL ESPACIO PARAFARÍNGEO?

¿Cuáles son los límites del espacio parafaríngeo? (anterolateral, lateral, medial y posterior) ?

- a) Espacio masticador, espacio carotídeo, espacio parotídeo y espacio mucosofaríngeo.
- b) Espacio masticador, espacio parotídeo y espacio mucosofaríngeo y espacio carotídeo.
- c) Espacio parotídeo, espacio retrofaríngeo, espacio mucosofaríngeo, espacio carotídeo.

¿Cuáles son los componentes del espacio parafaríngeo? ?

- a) Paquete vascular cervical, linfonodos, grasa, parótida.
- b) Grasa, estructuras vasculares, nerviosas y glándulas salivales menores
- c) Músculos de la masticación, grasa, glándulas salivales mayores y menores.

¿Cuáles son las patologías propias más frecuentes del espacio parafaríngeo? ?

- a) Tumores de glándulas salivales menores y ectópicas, lipomas y patologías congénitas.
- b) Lesiones de parótida, miomas, patología infecciosa.
- c) Paragangliomas, lipomas, tumores de glándulas salivales menores y ectópicas.

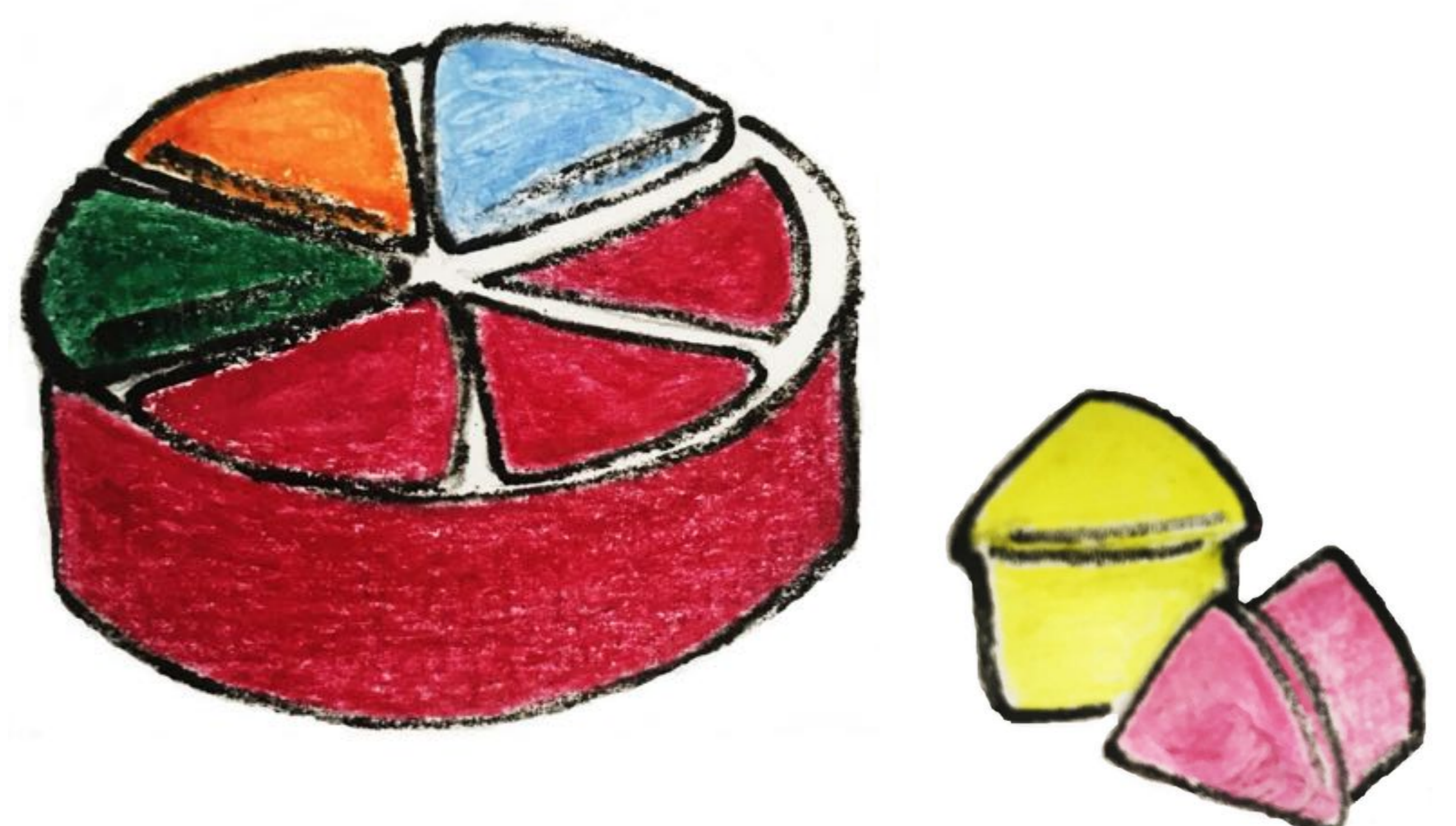
iiii Te invitamos a participar en el siguiente QUIZ para que lo demuestres!!!!

¿Cuáles son las lesiones congénitas más frecuentes del espacio parafaríngeo? ?

- a) Linfangioma quístico y quiste del arco branquial.
- b) Quiste tirogloso y tumor glómico.
- c) Linfangioma quístico y quiste tirogloso.

¿Cuáles de las siguientes son lesiones neoplásicas benignas del espacio parafaríngeo? ?

- a) Adenoma pleomorfo y schwannoma
- b) Glomus yugular y schwannoma
- c) Adenoma pleomorfo y linfangioma quístico





## Y las respuestas correctas son ...

¿Cuáles son los límites del espacio parafaríngeo? (anterolateral, lateral, medial y posterior)

- a) Espacio masticador, espacio carotídeo, espacio parotídeo y espacio mucosofaríngeo.
- b) Espacio masticador, espacio parotídeo y espacio mucosofaríngeo y espacio carotídeo.** ✓
- c) Espacio parotídeo, espacio retrofaríngeo, espacio mucosofaríngeo, espacio carotídeo.

¿Cuáles son las lesiones congénitas más frecuentes del espacio parafaríngeo?

- a) Linfangioma quístico y quiste del arco branquial.** ✓
- b) Quiste tirogloso y tumor glómico.
- c) Linfangioma quístico y quiste tirogloso.

¿Cuáles son los componentes del espacio parafaríngeo?

- a) Paquete vascular cervical, linfonodos, grasa, parótida.
- b) Grasa, estructuras vasculares, nerviosas y glándulas salivales menores** ✓
- c) Músculos de la masticación, grasa, glándulas salivales mayores y menores.

¿Cuáles de las siguientes son lesiones neoplásicas benignas del espacio parafaríngeo?

- a) Adenoma pleomorfo schwannoma** ✓
- b) Glomus yugular y schwannoma
- c) Adenoma pleomorfo y linfangioma quístico

¿Cuáles son las patologías propias más frecuentes del espacio parafaríngeo?

- a) Tumores de glándulas salivales menores y ectópicas, lipomas y patologías congénitas.** ✓
- b) Lesiones de parótida, miomas, patología infecciosa.
- c) Paragangliomas, lipomas, tumores de glándulas salivales menores y ectópicas.

## ¿HAS ACERTADO?

A continuación te proponemos un itinerario por las principales patologías primarias del espacio parafaríngeo





## OBJETIVOS DOCENTES

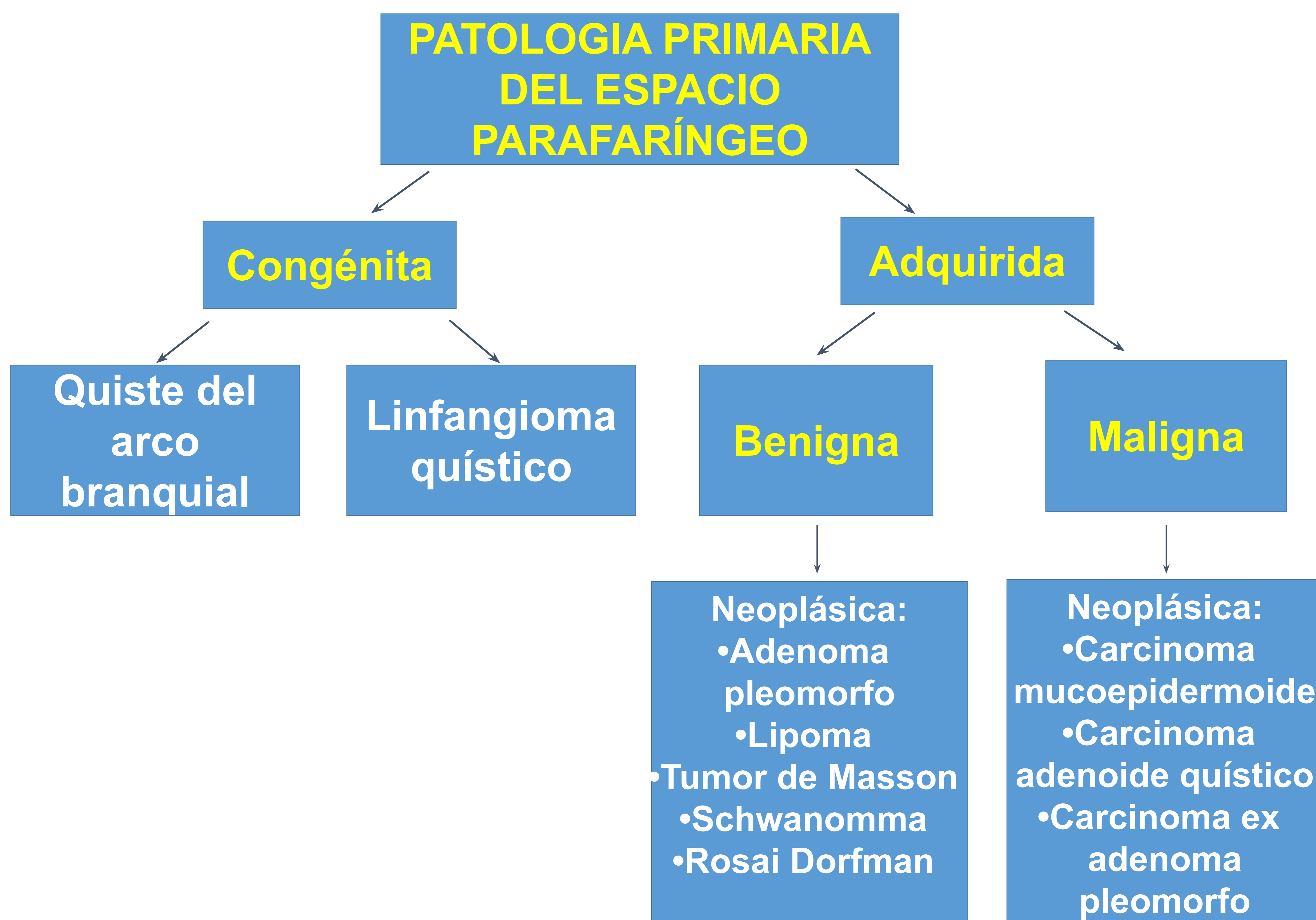
1. Describir la **anatomía radiológica** del espacio parafaríngeo, sus límites y su contenido.
2. Revisar las **patologías más frecuentes** del espacio parafaríngeo, mediante los casos recogidos en nuestro centro y mostrar su **correlación anatomopatológica**.

## INTRODUCCIÓN

El espacio parafaríngeo corresponde a un compartimiento profundo de la cabeza y cuello, de **forma triangular invertida**, que se extiende entre la **base del cráneo** y el **hueso hioides**.

Contiene **grasa, estructuras vasculares y nerviosas** (ramas de la división mandibular del nervio trigémino, arteria maxilar interna, arteria faríngea ascendente, plexo venoso faríngeo) y glándulas salivales menores.

A pesar de ser conocido por la **afectación por continuidad** de las lesiones de espacios adyacentes, presenta patologías propias que es importante considerar y que se muestran en el siguiente diagrama.



**Figura 1:** Esquema de las patologías primarias del espacio parafaríngeo.



## ANATOMÍA DEL ESPACIO PARAFARÍNGEO

Los límites del espacio parafaríngeo son: el espacio masticador (anterolateral), espacio parotídeo (lateral), espacio mucosofaríngeo (medial) y el espacio carotídeo (posterior).

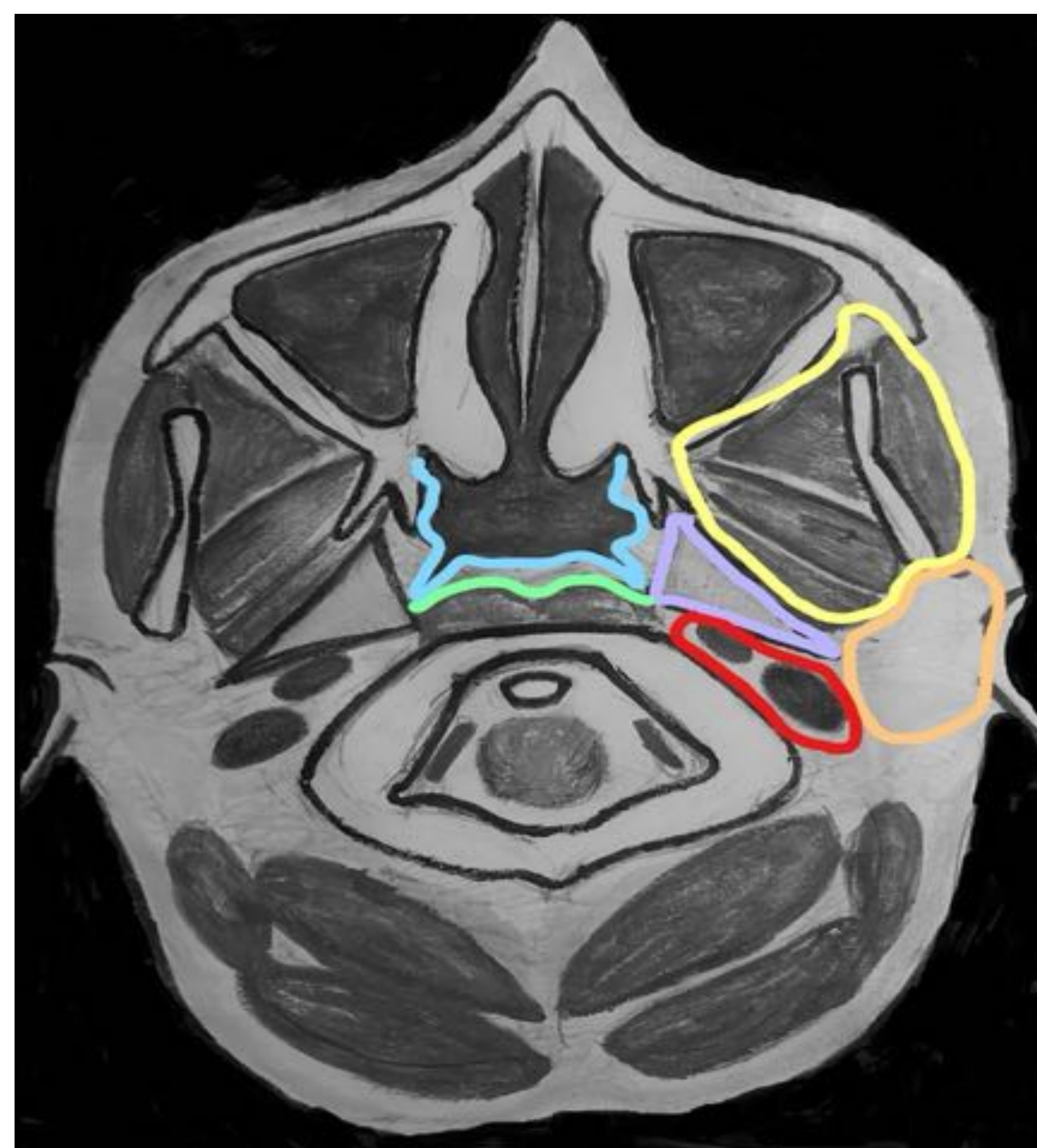
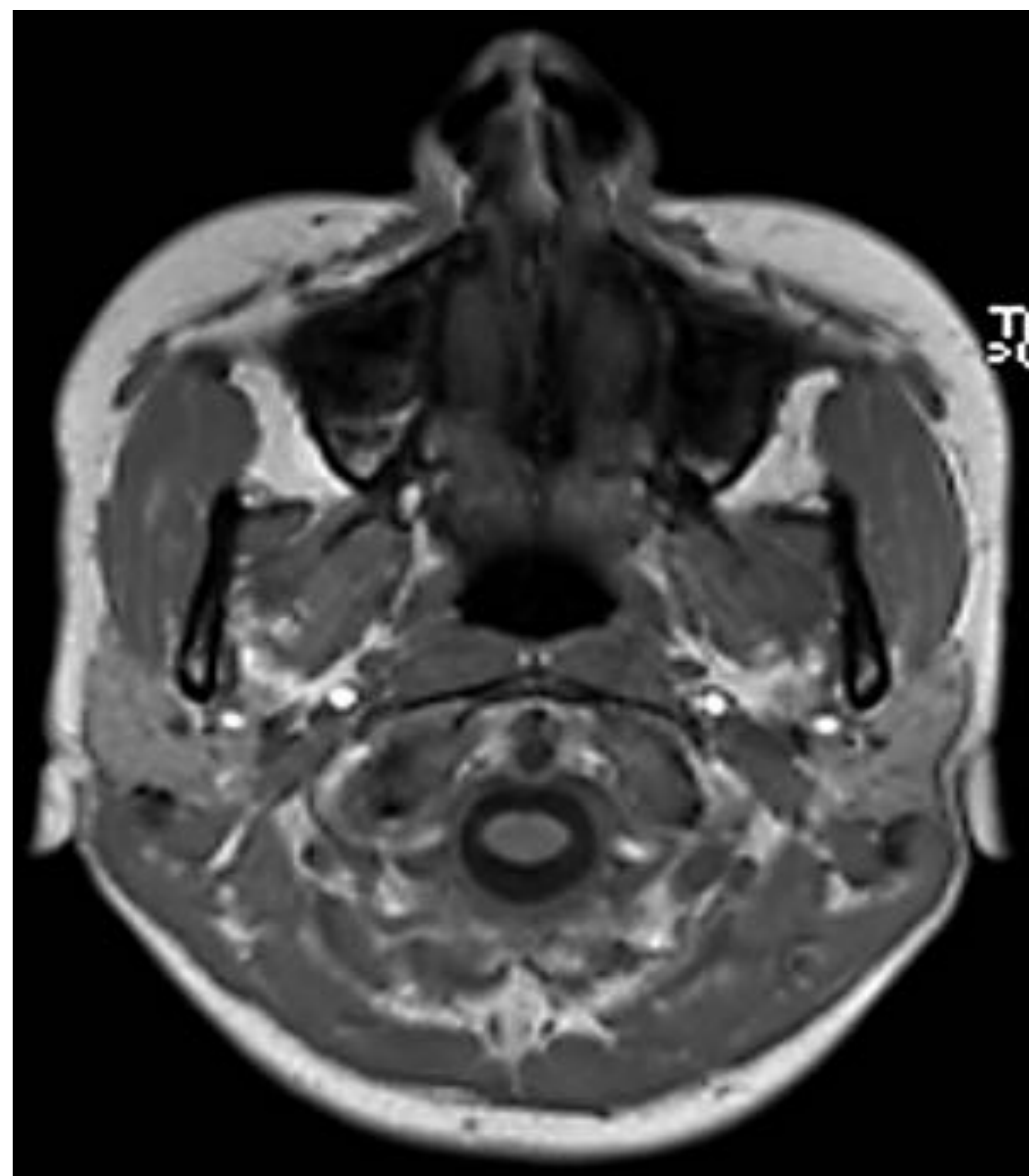
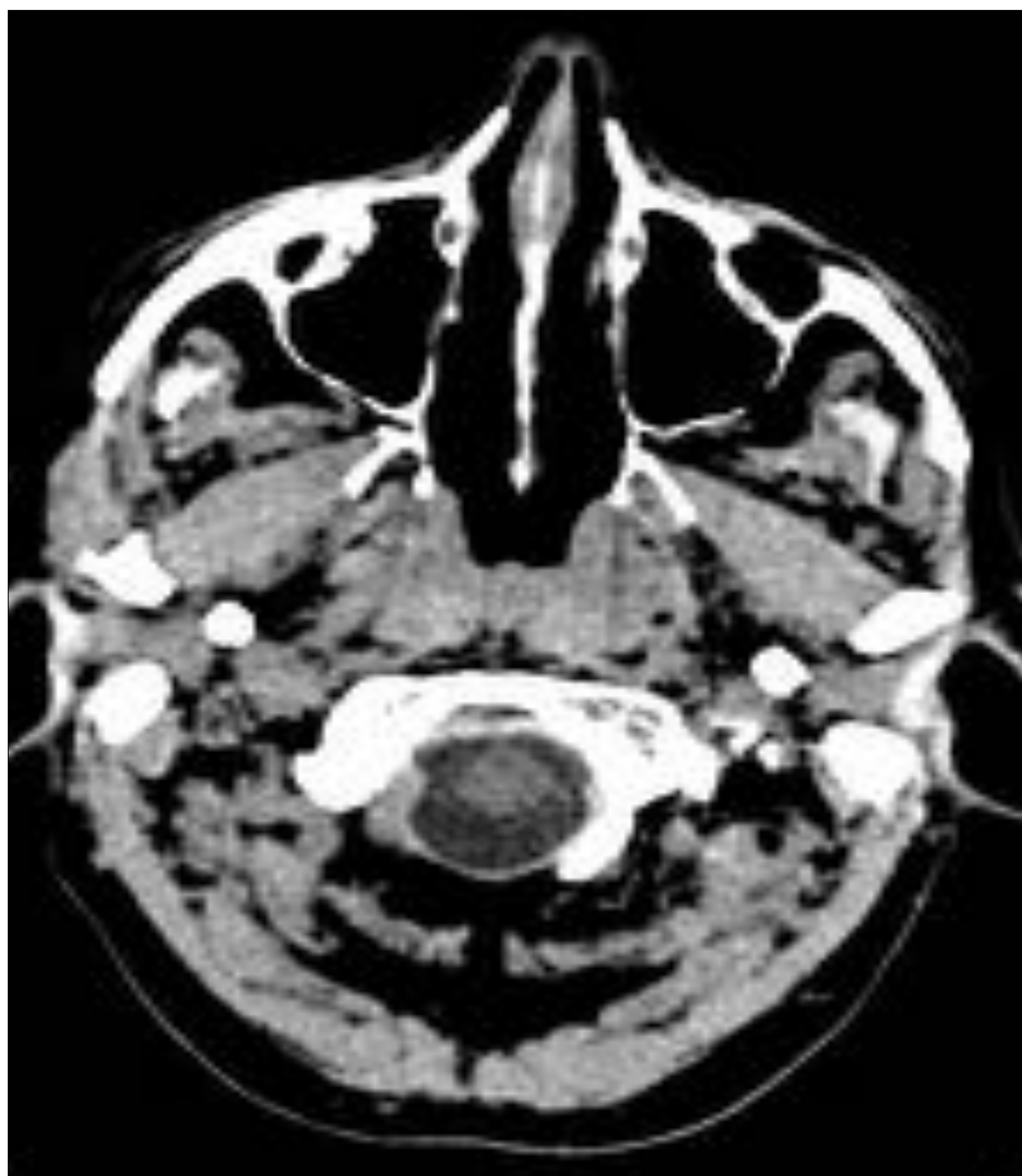
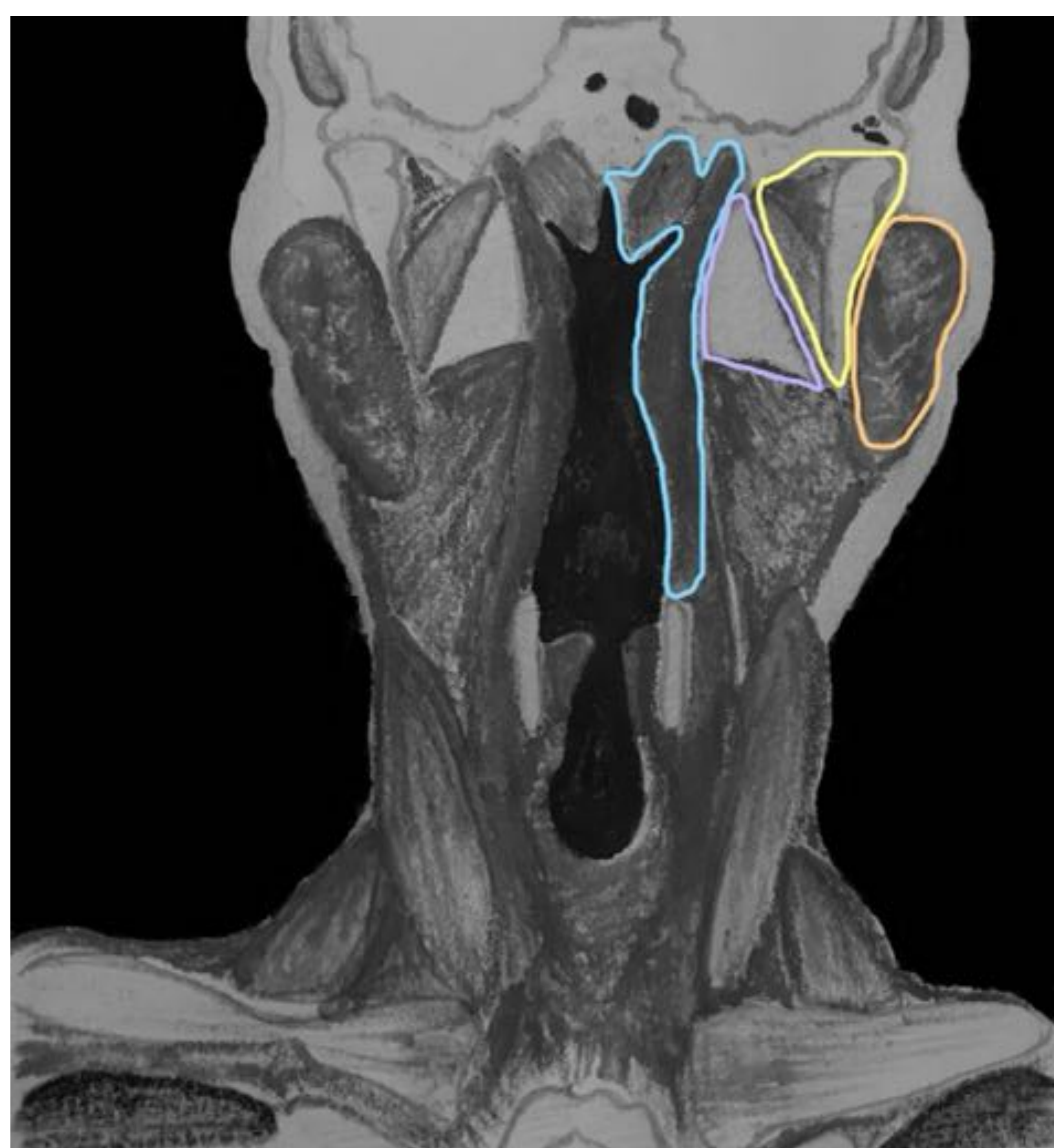
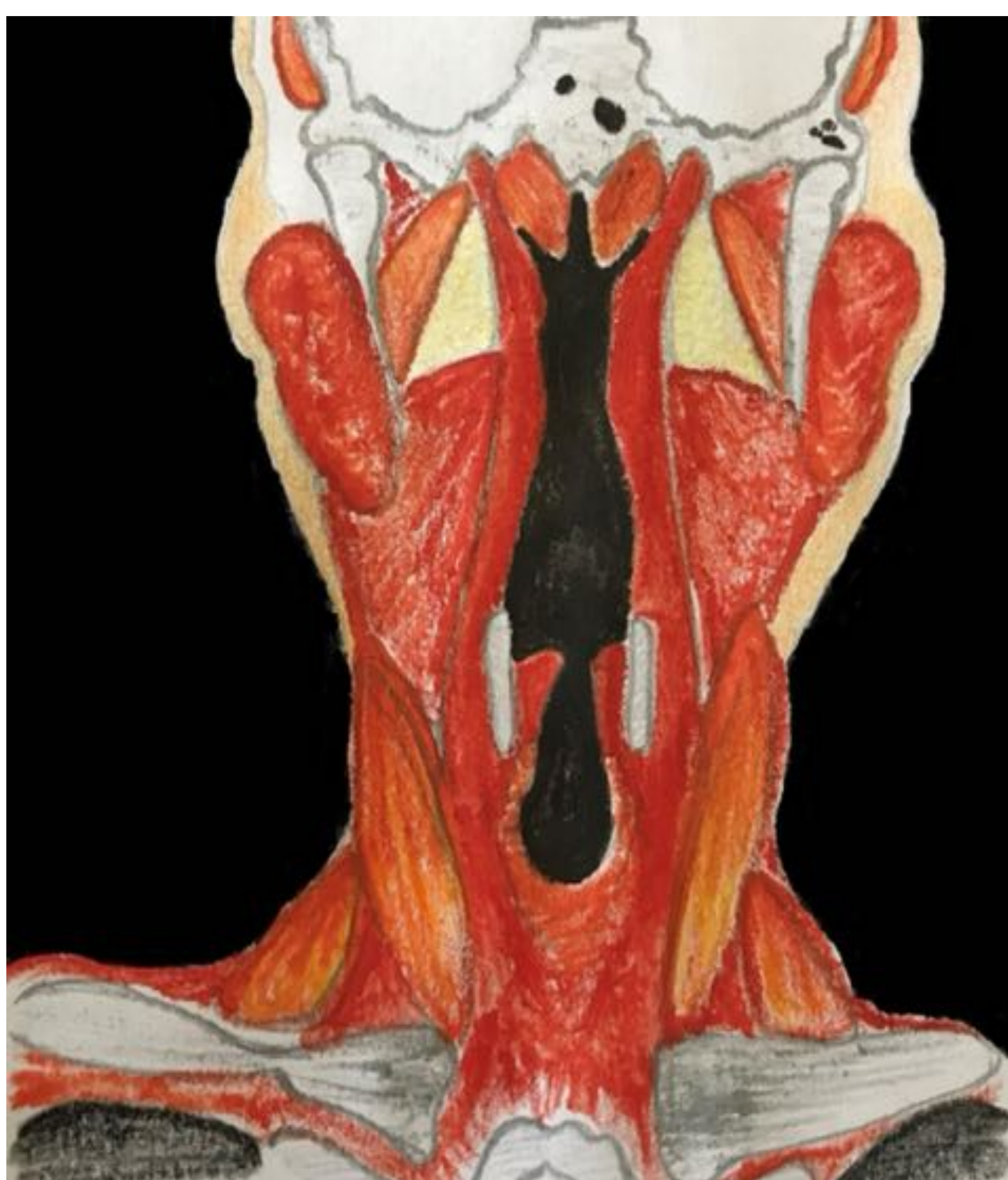
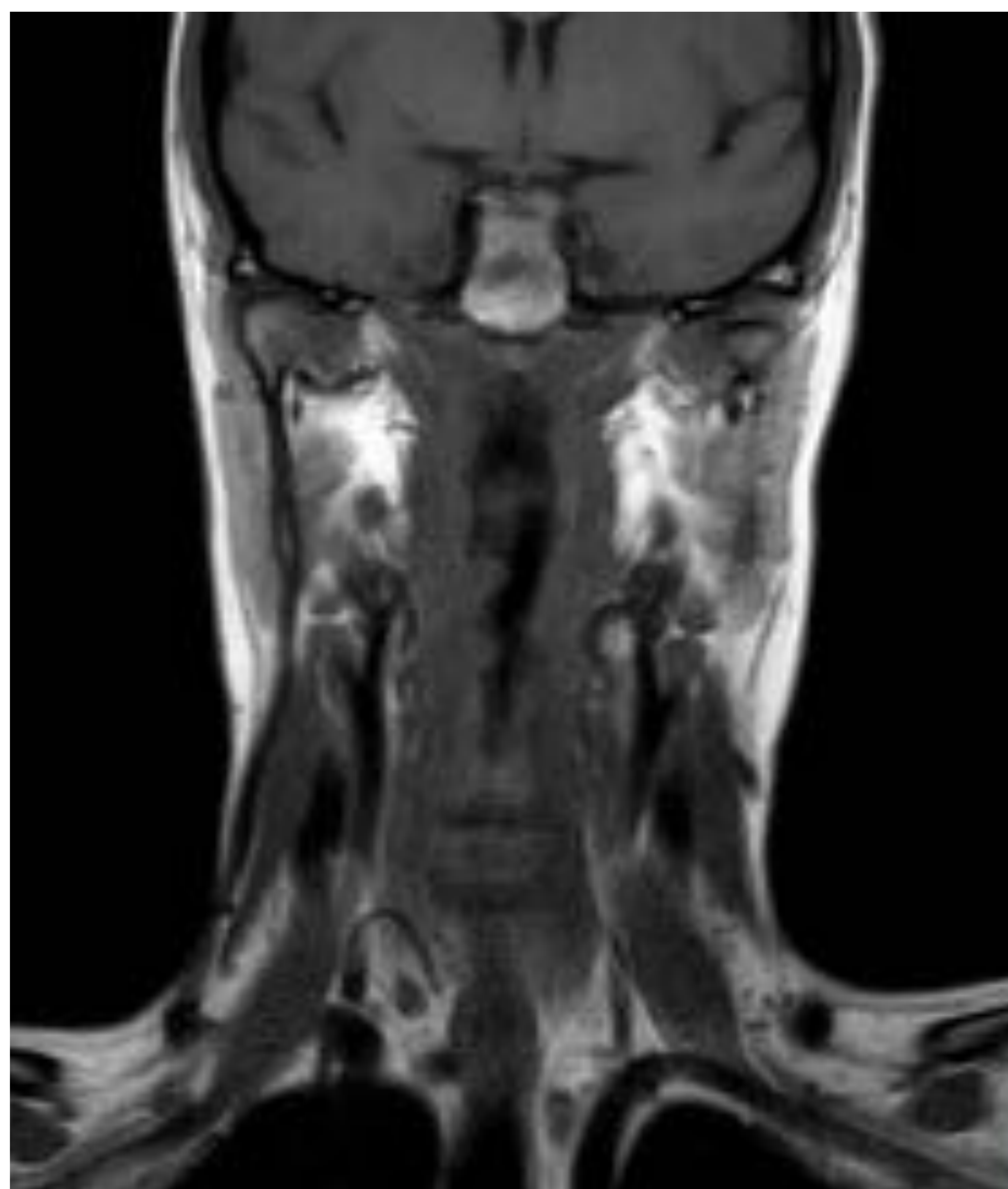


Figura 2: Secciones axiales del cuello a la altura de C1 (TC, RM y correlación anatómica): **Espacio mucoso-faríngeo**, **espacio retrofaríngeo**, **espacio masticador**, **espacio parafaríngeo**, **espacio carotídeo**, **espacio parotídeo**.



Dicho espacio contiene **grasa**, **estructuras vasculares** y **nerviosas** (ramas de la división mandibular del nervio trigémino, arteria maxilar interna, arteria faríngea ascendente, plexo venoso faríngeo) y **glándulas salivales menores**.



**Figura 3:** Secciones coronales del cuello a la altura del espacio parafaríngeo (TC, RM y correlación anatómica): **espacio mucoso-faríngeo**, **espacio masticador**, **espacio parafaríngeo**, **espacio parotídeo**.



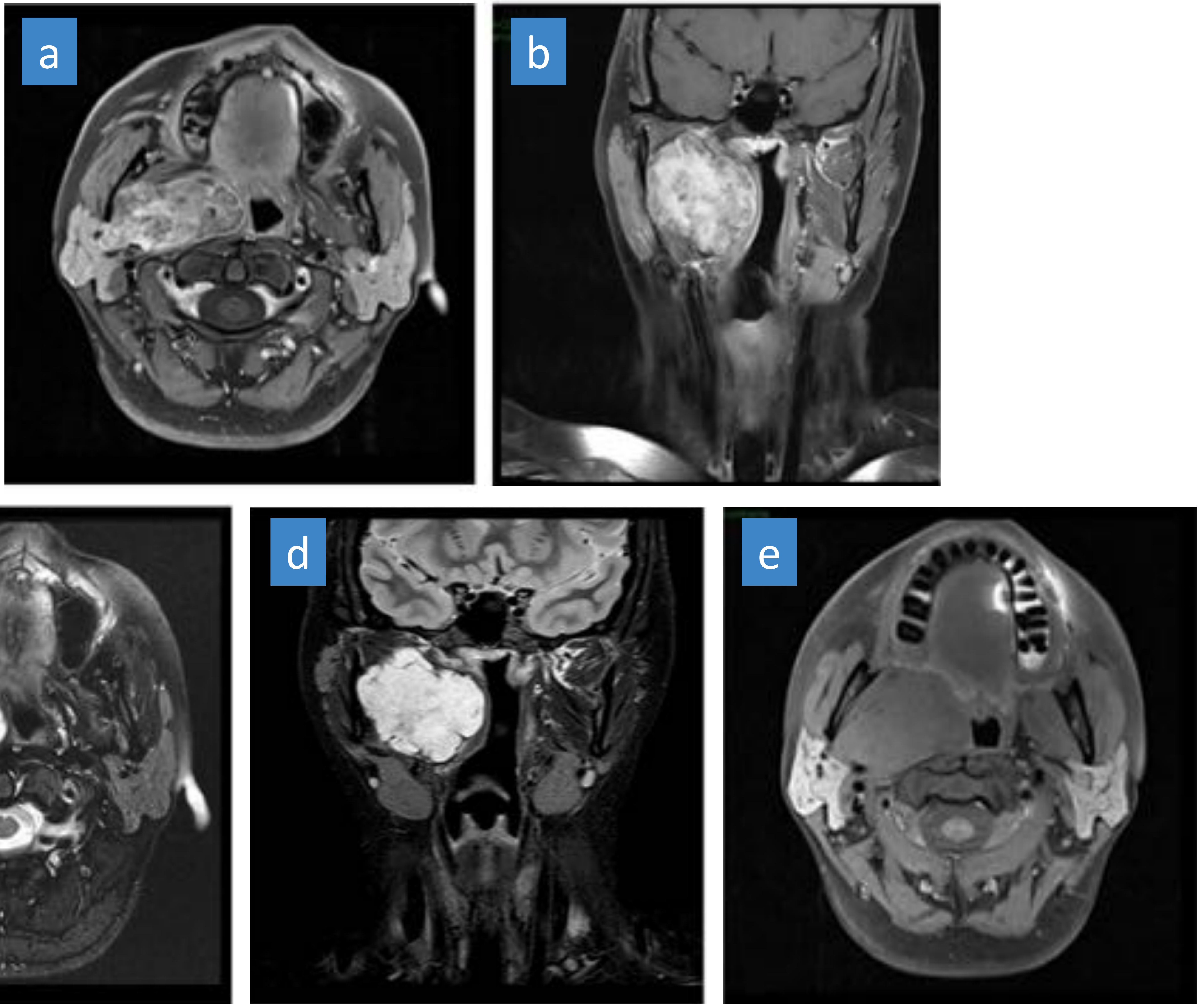
## PATOLOGÍA CONGÉNITA

### 1. LINFANGIOMA QUÍSTICO (O HIGROMA QUÍSTICO)

- Lesiones vasculares **benignas** que muestran **diferenciación linfática**.
- Más comunes en **población pediátrica** y localizadas en un **95%** en **cuello y axila**.
- El **5 %** restante se localiza en **mesenterio, vísceras abdominales, pulmones, mediastino**.
- Los linfangiomas mediastínicos superiores pueden ser por extensión de un linfangioma cervical, mientras que los de mediastino prevascular, que corresponden a un 30% de los torácicos y se presentan en pacientes de mediana edad, son primarios.
- El **tratamiento** de elección es la **cirugía**, para evitar complicaciones.

Linfangioma quístico			
Radiología	Ecografía	Lesión quística (anecoica) polilobulada, que puede presentar septos.	
	TC (C)	Masas homogéneas de densidad líquida, a menos que se compliquen. Ejercen nulo o poco efecto de masa sobre estructuras adyacentes.	
	RM	T1	Depende de la cantidad de material mucinoso que presente.
T2		Generalmente hiperintenso.	
Anatomía Patológica	Estructuras quísticas rodeadas por células endoteliales.		

Tabla 1: características radiológicas del **linfangioma quístico**



**Figura 4:** Voluminosa lesión localizada en el espacio parafaríngeo, con efecto de masa sobre espacios mucoso faríngeo, masticador, carotídeo y parotídeo, hiperintensa y de aspecto heterogéneo en secuencia T1 STIR axial (a) y coronal (b) y secuencias T2 STIR axial (c) y coronal (d), que no presenta captación en secuencias con contraste T1 axiales (e), compatible con linfangioma quístico.





## PATOLOGÍA CONGÉNITA

### 2. QUISTE DEL ARCO BRANQUIAL

- Son lesiones **benignas**, localizada en diferentes espacios del cuello, que se originan por **defectos de cierre y reabsorción** de cualquiera de los 4 **arcos y hendiduras branquiales primitivas**.
- Pueden dar lugar a **quistes, fístulas o senos**.
- Son más frecuentes en **edad pediátrica y adultos jóvenes**.
- Son masas de **lento crecimiento** que pueden dar clínica por **infección, sangrado, o síntomas compresivos**.

Quiste del arco branquial			
Radiología	Ecografía	Lesiones quísticas bien delimitadas, de pared fina. Cuando se complican hay aumento en el grosor de la pared, con ecos internos e hiperecogenicidad de los tejidos periféricos.	
	TC (C)	Los no complicados son lesiones hipodensas con pared regular y delgada. Mientras que los complicados tienen aspecto hiperdenso heterogéneo con una pared gruesa que capta de contraste.	
	RM	T1	Hipointenso
T2		Hiperintenso	
Anatomía Patológica	Estructuras quísticas rodeadas por epitelio escamoso (más frecuente).		

Tabla 2: características radiológicas del **quiste del arco branquial**



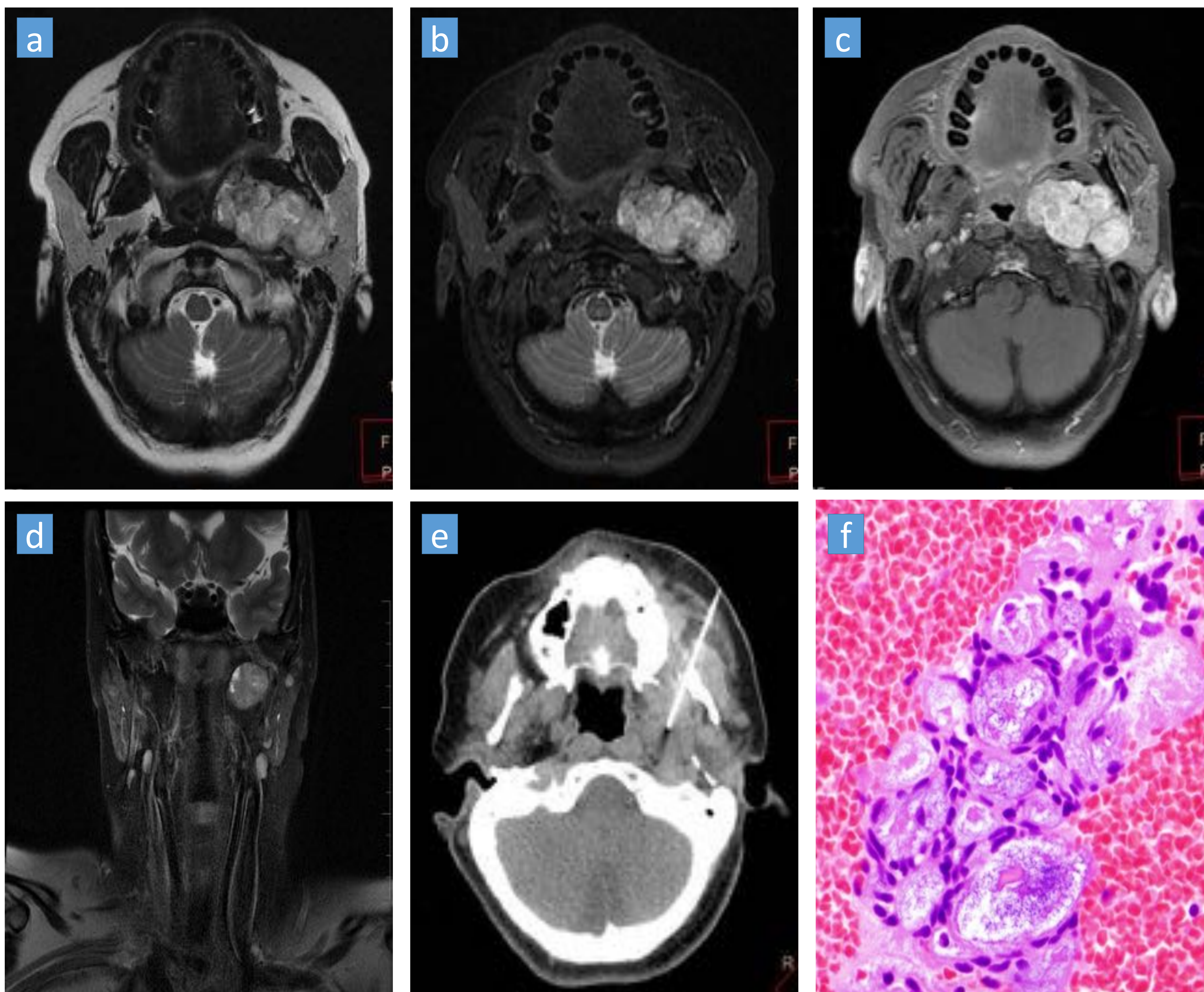
## PATOLOGÍA ADQUIRIDA BENIGNA

### 1. ADENOMA PLEOMORFO (TUMOR MIXTO BENIGNO)

- Corresponde a un **70-80%** de los **tumores benignos** de **glándulas salivales**.
- Más frecuente en **mujeres** (2:1).
- **84%** localizado en **parótidas**, 6% en glándulas submandibulares; 6.5% en glándulas salivares menores.
- **Tratamiento: resección quirúrgica**, con tasas de **recurrencia** de hasta un **50%**.
- **Complicaciones: malignización** a carcinoma ex adenoma pleomorfo (de un 1.5% a los 5 años y de un 9.5% a los 15 años), adenoma pleomorfo metastásico y carcinosarcoma.
- **Diagnóstico diferencial:** carcinoma mucoepidermoide, carcinoma adenoide quístico, tumor de Warthin, linfoma.

Adenoma pleomorfo				
Radiología	Ecografía	Hipoecoico con refuerzo posterior.		
	TC (C)	Si es pequeño posee densidad homogénea y realce intenso y homogéneo; los de mayor tamaño son más heterogéneos con áreas necróticas, calcificaciones y realce heterogéneo aunque menor.		
	RM	T1	Hipointenso	
		T2	Hiperintenso con anillo hipointenso que corresponde a la cápsula fibrosa.	
		ADC	Valores altos	
		T1+GD	Realce homogéneo	
Anatomía Patológica	Estructuras ductales y células mioepiteliales inmersas en un estroma mixoide.			

Tabla 3: características radiológicas del **adenoma pleomorfo**



**Figura 5:** Voluminosa lesión localizada en el espacio parafaríngeo, con efecto de masa sobre espacios mucoso faríngeo, masticador, carotídeo y parotídeo, hiperintensa en secuencia T2 axial (a), T2 STIR axial (b) y coronal (d) y que presenta captación levemente heterogénea en secuencias T1 axiales con contraste (c). Se realizó PAAF guiada por TC de la lesión (e) y el estudio anatomopatológico (H&E x100) demostró una lesión con estructuras ductales y células mioepiteliales inmersas en un estroma mixoide (f), compatible con **adenoma pleomorfo**.



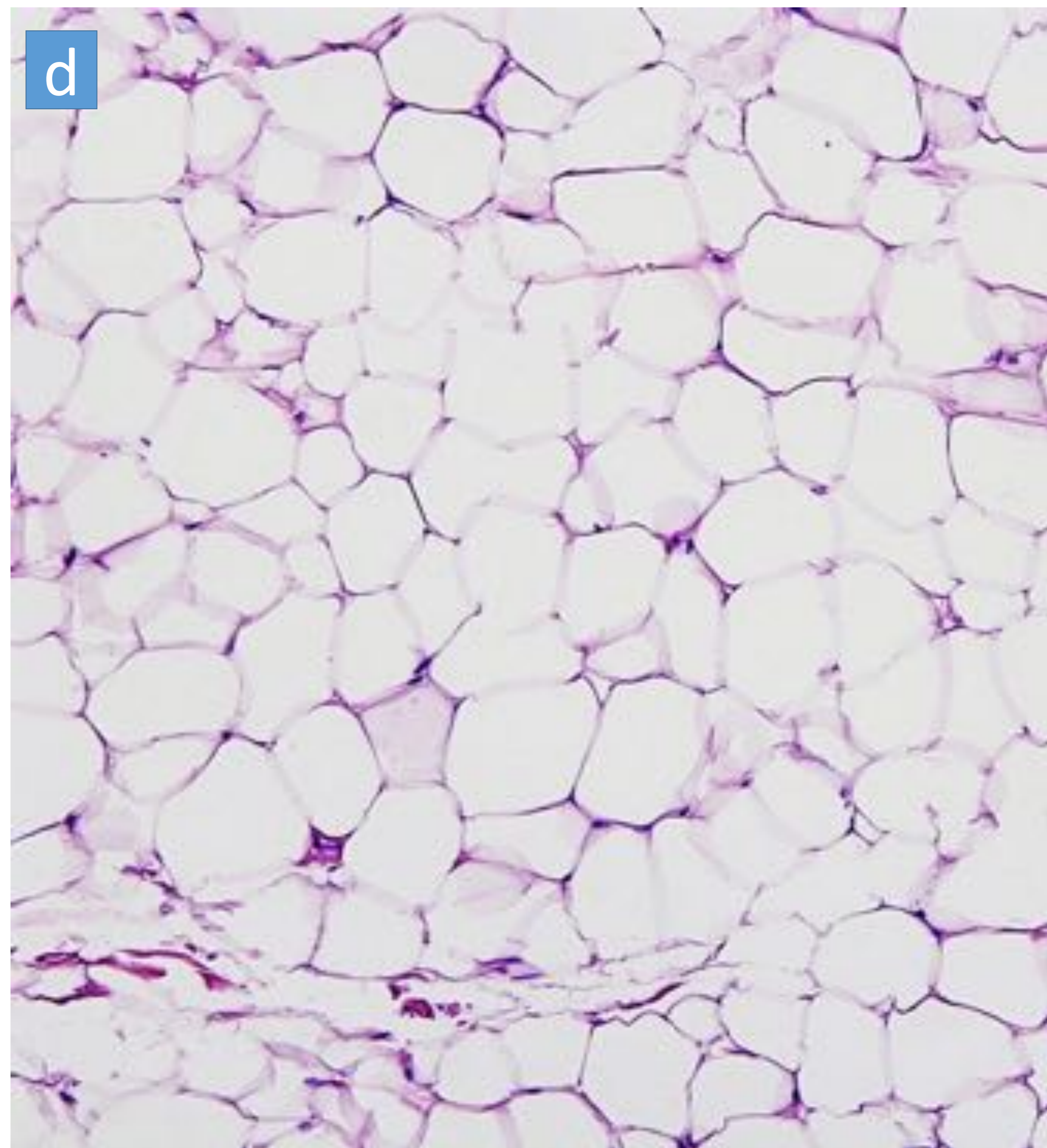
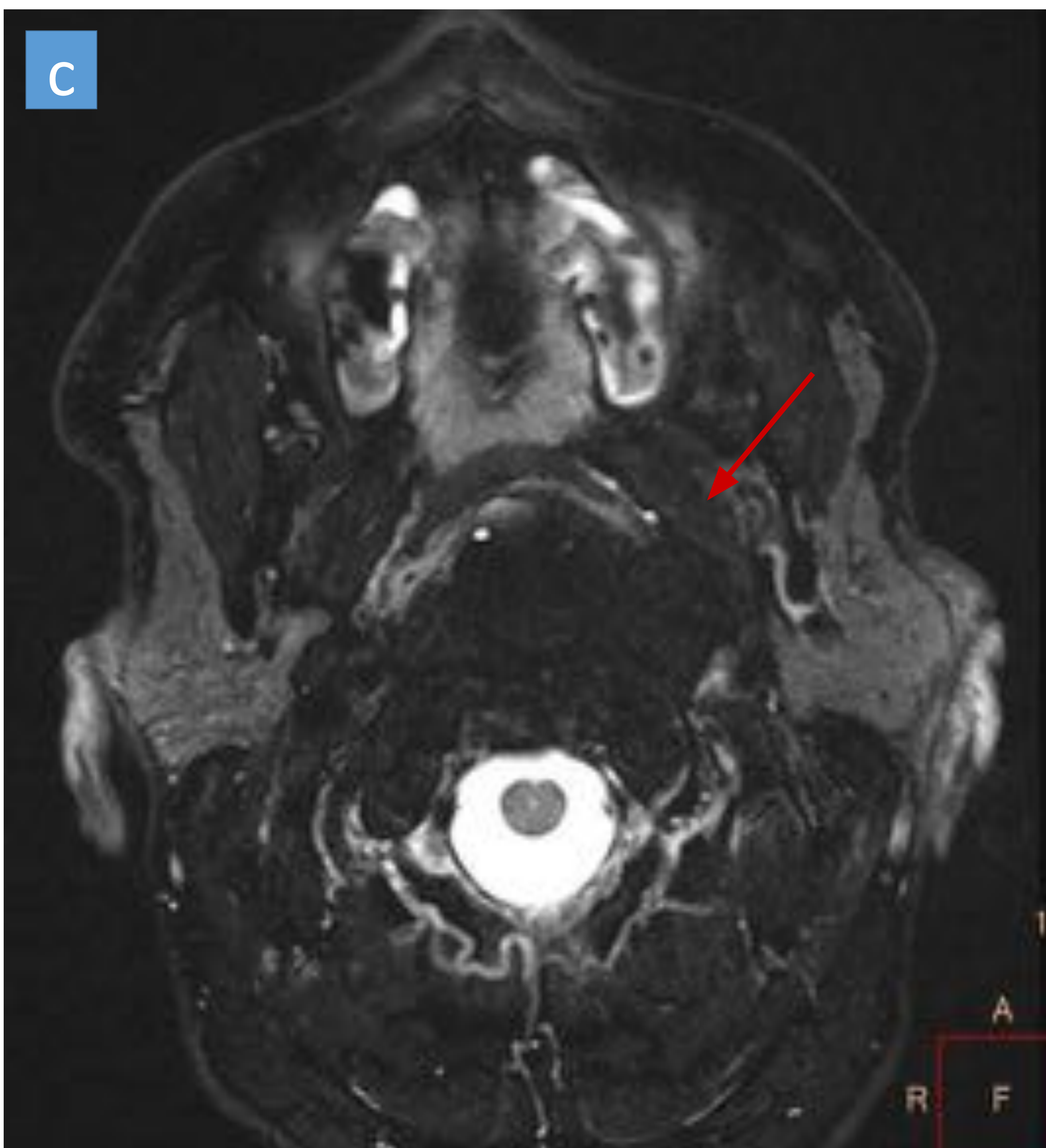
## PATOLOGÍA ADQUIRIDA BENIGNA

### 2. LIPOMA

- Neoplasia **benigna** formada por **adipocitos maduros**.
- Tumor de partes blandas **más frecuente** (2% población), durante la **5º-7º década de vida**.
- Entre un 5-15% son múltiples.
- Formado en su mayor parte por adipocitos, también posee algunas áreas con septos fibrosos, células musculares, necrosis grasa y vasos.
- Otras localizaciones: **intra** o **intermuscular**, **retroperitoneal**, **intratorácico**. Estas últimas son más infrecuentes y se debe descartar componente maligno.
- **Diagnóstico diferencial**: liposarcoma, mielolipoma, angiomiolipoma.
- **Tratamiento**: resección quirúrgica.

Lipoma			
Radiología	Ecografía	Masas que pueden ser desde isoecogénicas a hiperecogénicas, con escaso o nulo Doppler.	
	TC (C)	Masa bien delimitada de densidad grasa, puede tener calcificaciones.	
	RM	T1 y T2	Hiperintenso, con supresión en secuencias de saturación grasa
Anatomía Patológica	Proliferación de adipocitos maduros sin atipia.		

Tabla 4: características radiológicas del **lipoma**



**Figura 6:** Paciente que consulta por roncopatía y apneas. Voluminosa lesión localizada en espacio parafaríngeo derecho que se extiende desde el clivus hasta C2, con efecto de masa sobre espacios cervicales adyacentes, hiperintensa en secuencias axiales T1 (a) y que pierde señal en secuencias axiales T1 (b) y T2 *fatsat* (c) (flechas rojas), compatible con **lipoma**. Se realizó resección quirúrgica de la lesión por TORS y el estudio anatomopatológico (H&E x100) demostró una proliferación de adipocitos maduros sin atipia (d).



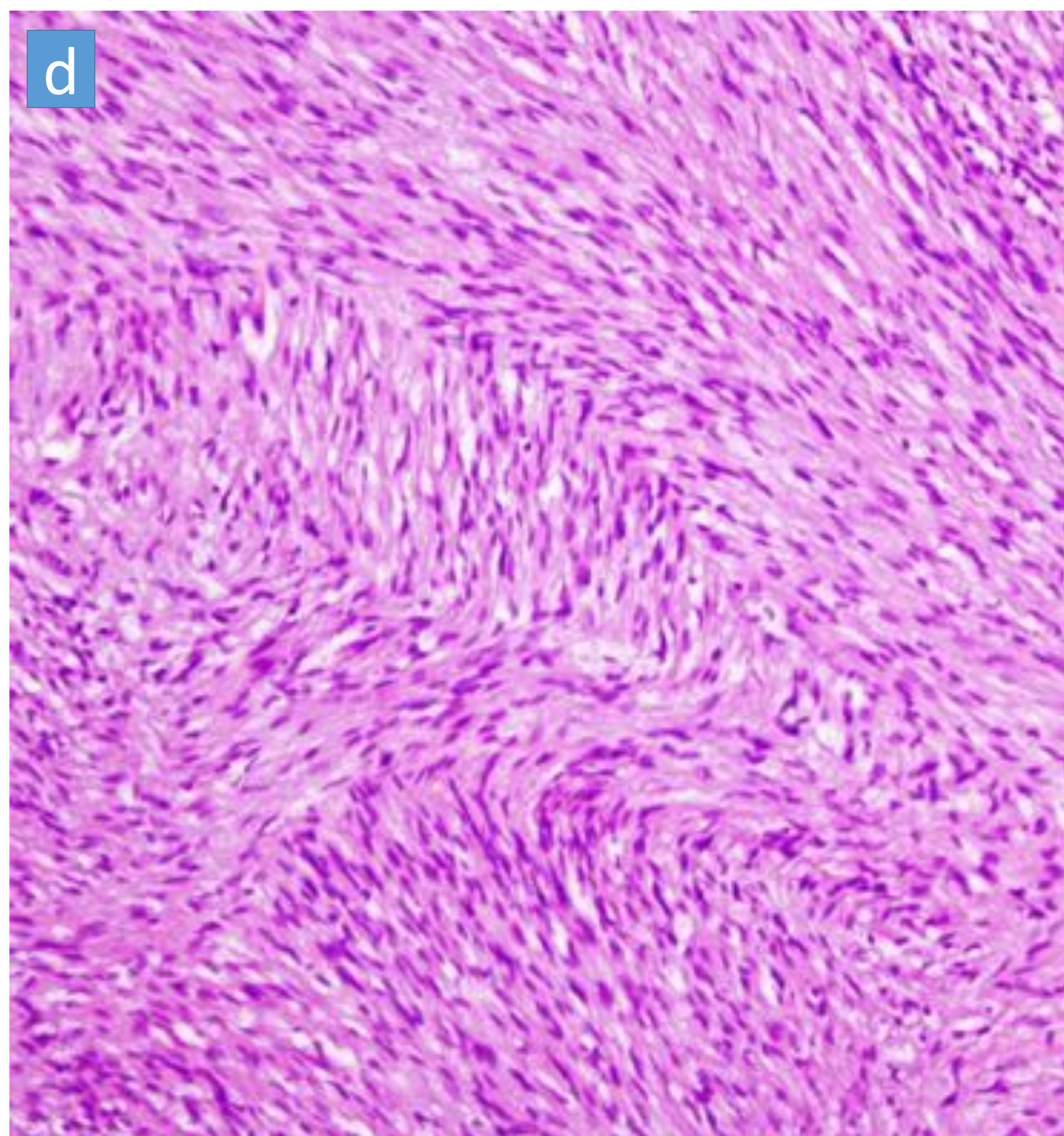
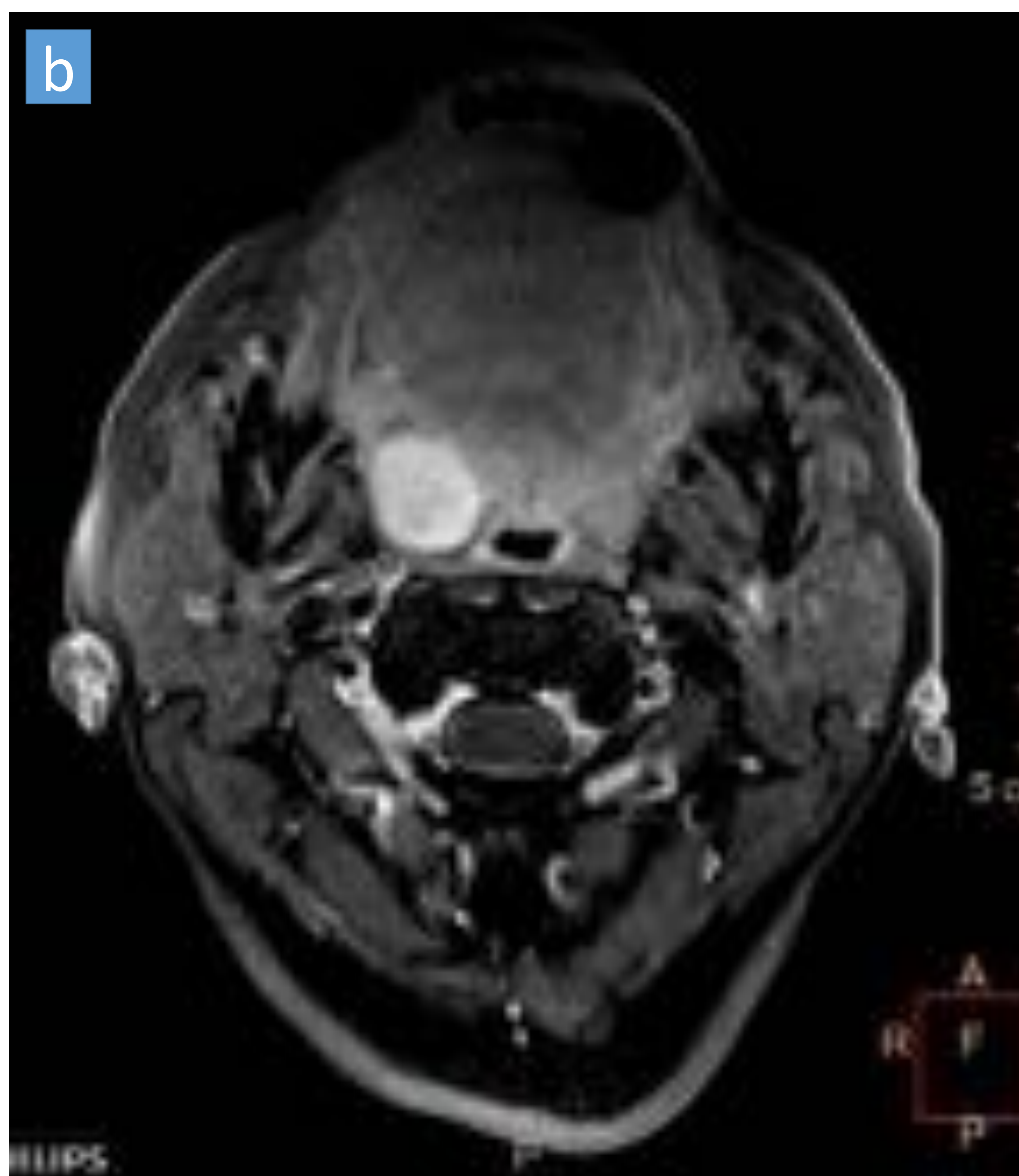
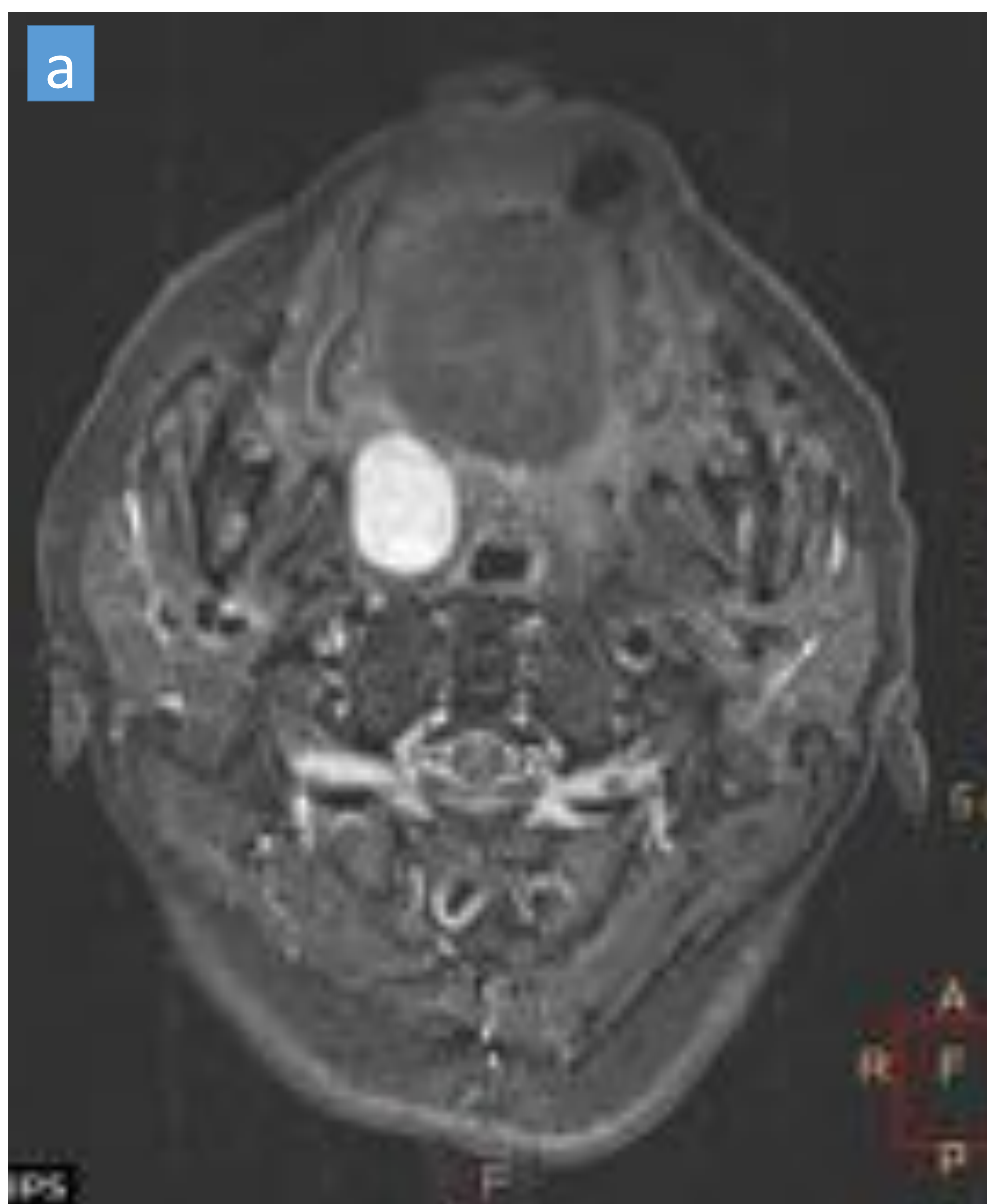
## PATOLOGÍA ADQUIRIDA BENIGNA

### 3. SCHWANOMMA

- Tumor benigno derivado de las **células de Schwann**, también llamado **neurinoma** o **neurilemoma**.
- Tumor **benigno más común** de los **nervios periféricos**.
- El **90%** es **esporádico**, también se asocia a **neurofibromatosis tipo 2 (NF2)**.
- **Presentación:** 5<sup>o</sup>-6<sup>o</sup> décadas, si se asocia a NF2 se presenta en la 3<sup>o</sup> década.
- **Localización:** nervios intracraneales, espinales, toracoabdominales y de extremidades.
- **Tratamiento:** resección quirúrgica.
- **No suele recidivar ni malignizar.**

Schwanomma			
Radiología	TC (C)	Desde hipodenso a isodenso. A mayor tamaño, más degeneración quística y grasa. Realce intenso con contraste.	
	RM	T1	Hipo a isointenso
		T2	Hiperintenso
		T1+GD	Realce intenso
Anatomía Patológica	Proliferación fusocelular sin atipia formando haces entrecruzados entre sí.		

Tabla 5: características radiológicas del **Schwanomma**



**Figura 7:** Paciente que consulta por abombamiento palatino derecho. Lesión nodular localizada en el espacio parafaríngeo derecho, de bordes bien definidos y que no infiltra estructuras vecinas, hiperintensa respecto el músculo en secuencias T2 *fatsat* axial (a) y coronal (c) y que presenta realce homogéneo tras la administración de contraste endovenoso en T1 axial (b). El estudio anatomopatológico (H&E x40) de la muestra obtenida por TORS demostró una proliferación fusocelular sin atipia formando haces entrecruzados entre sí (d), hallazgos compatibles con **schwanomma**.



## PATOLOGÍA ADQUIRIDA BENIGNA

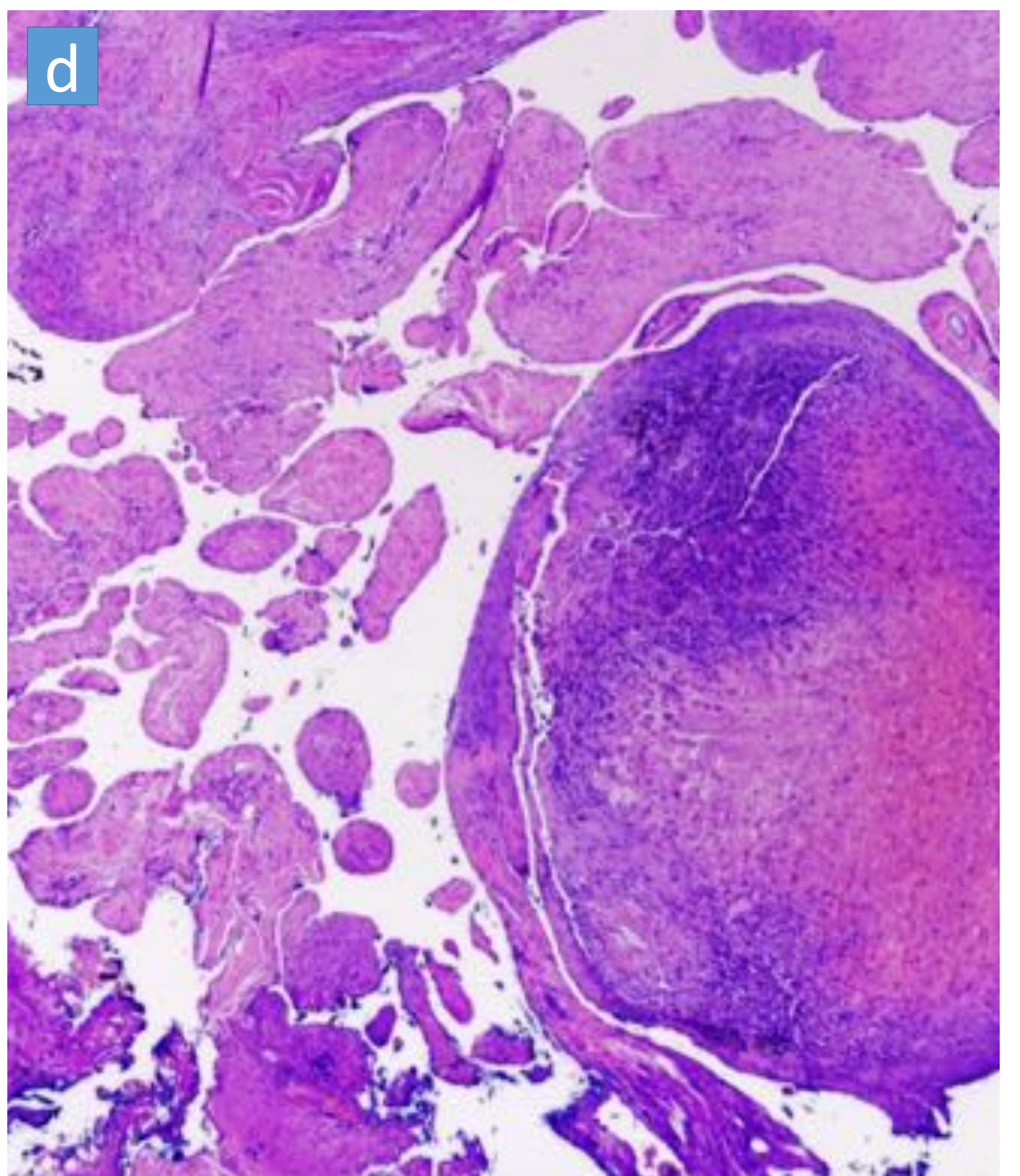
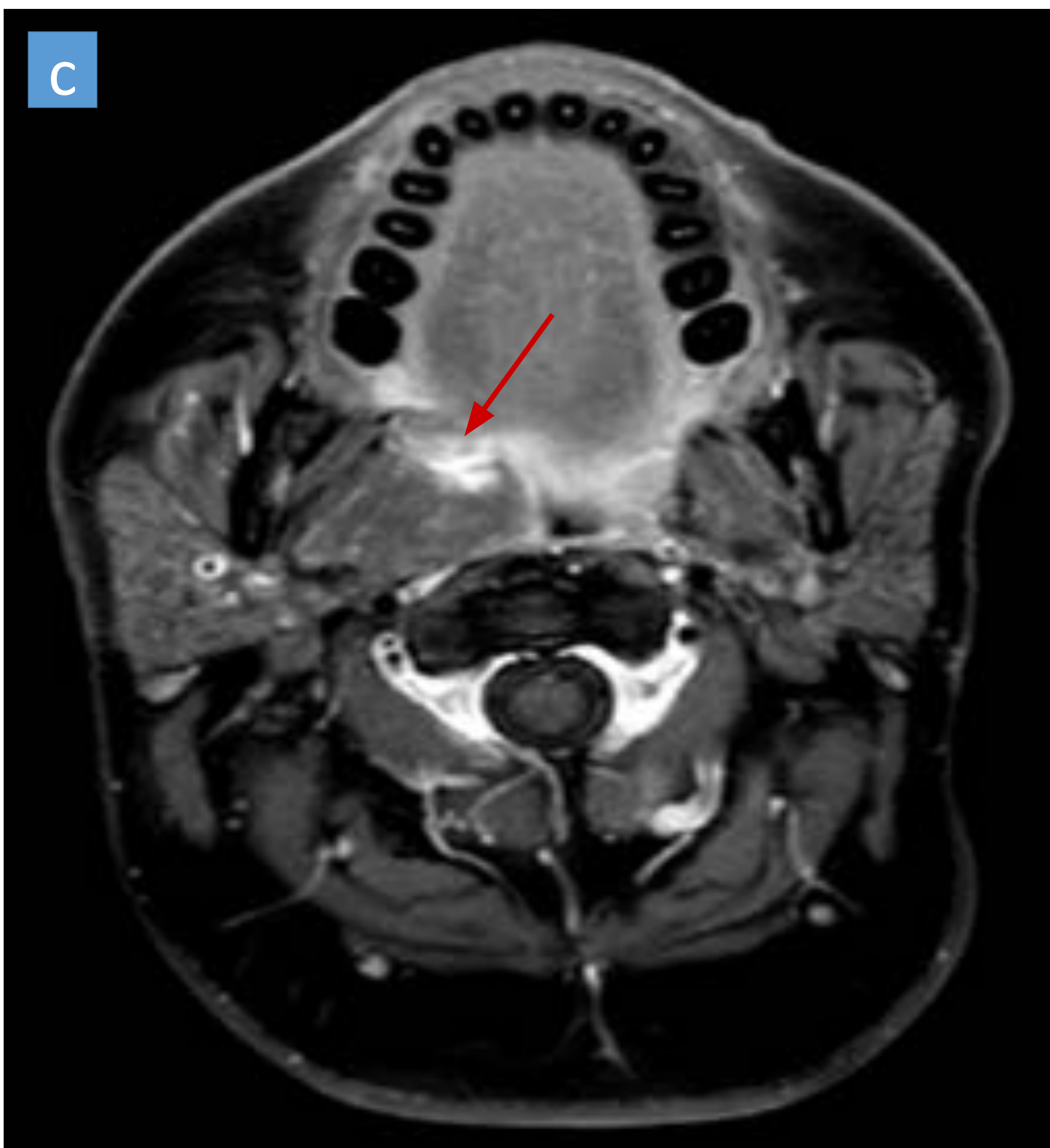
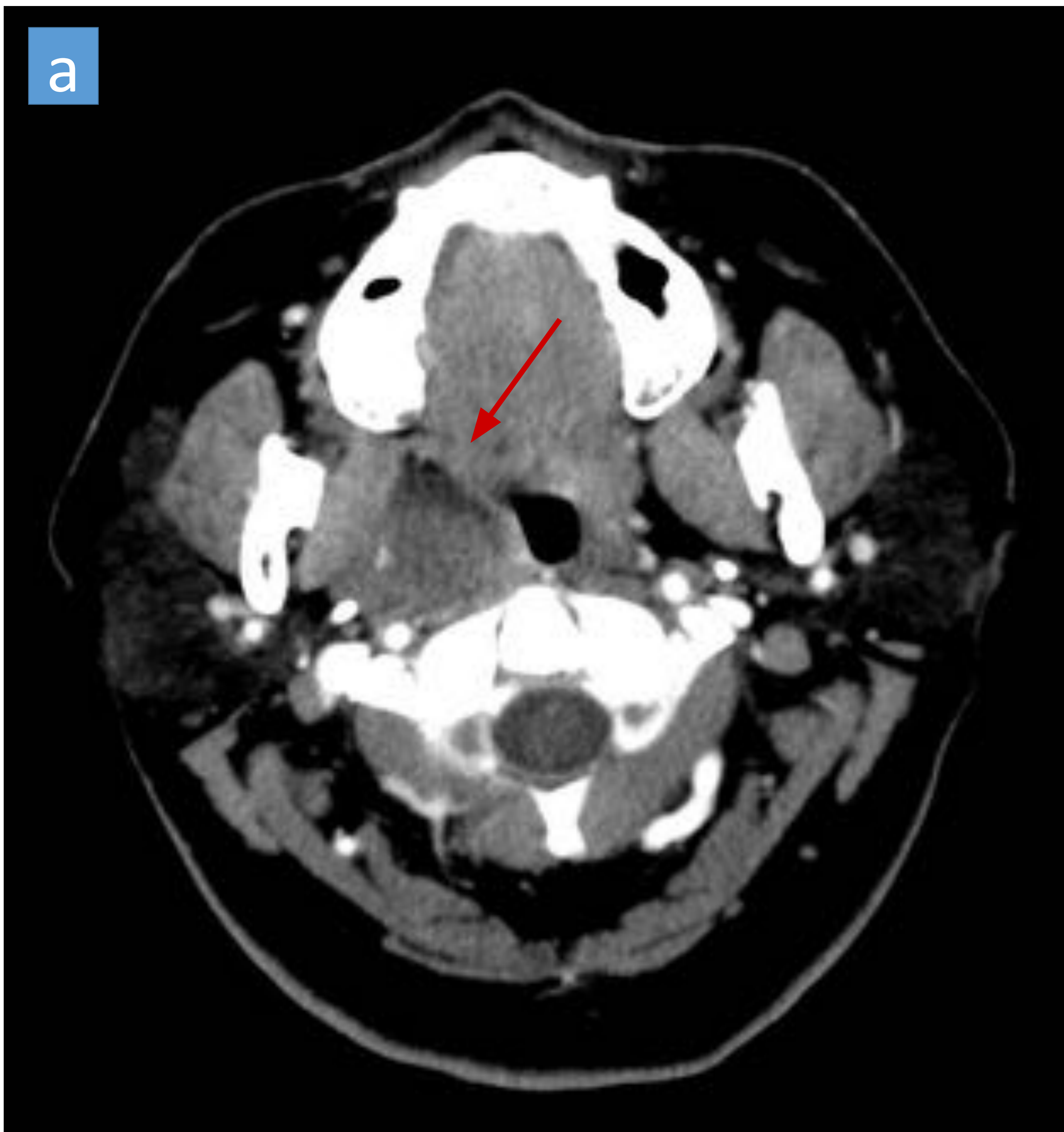
### 4. HIPERPLASIA ENDOTELIAL VASCULAR PAPILAR (TUMOR DE MASSON)

- Es una lesión caracterizada por **proliferación endotelial** en relación con **estasis venosa** por presencia de un **trombo intravascular**, localizado frecuentemente en **tejido celular subcutáneo y piel**.
- Puede manifestarse a cualquier edad, con predominio entre la tercera y cuarta década de la vida.
- Algunos autores refieren mayor frecuencia en el sexo femenino (1.2:1).
- En general se presenta con **clínica de aumento de partes blandas**.
- **Tratamiento:** resección completa con márgenes amplios.
- Recurre en un 7 - 10%.

Tumor de Masson			
Radiología	RM	T1	Desde isointenso a hiperintenso, con áreas nodulares intralesionales hiperintensas.
		T2	Hiperintenso en su periferia, con áreas internas hipointensas.
		T1+GD	Realce variable, puede ser periférico o central.
Anatomía Patológica	Proliferación intravascular de estructuras papilares con un centro fibroso revestidas por células endoteliales sin atipia. Se puede identificar un trombo hemático adyacente.		

Tabla 6: características radiológicas del **Tumor de Masson**





**Figura 8:** Paciente que consulta por aumento de volumen parafaríngeo y roncopatía ocasional. Lesión bien delimitada en el espacio parafaríngeo, con efecto de masa aunque sin signos de infiltración sobre el espacio mucosofaríngeo, amígdala palatina y espacio masticador, con reducción secundaria de la luz aérea. Es iso-hipodensa en secciones axiales de la TC (a), hiperintenso en la secuencia axial T2 Dixon (b) y con realce discretamente heterogéneo tras la administración de contraste en T1 axial (c) (flechas rojas). El estudio anatomopatológico (H&E x200) de la muestra obtenida por TORS demostró una proliferación intravascular de estructuras papilares con un centro fibroso revestidas por células endoteliales sin atipia, con un trombo hemático adyacente (d), compatible con **tumor de Masson**.



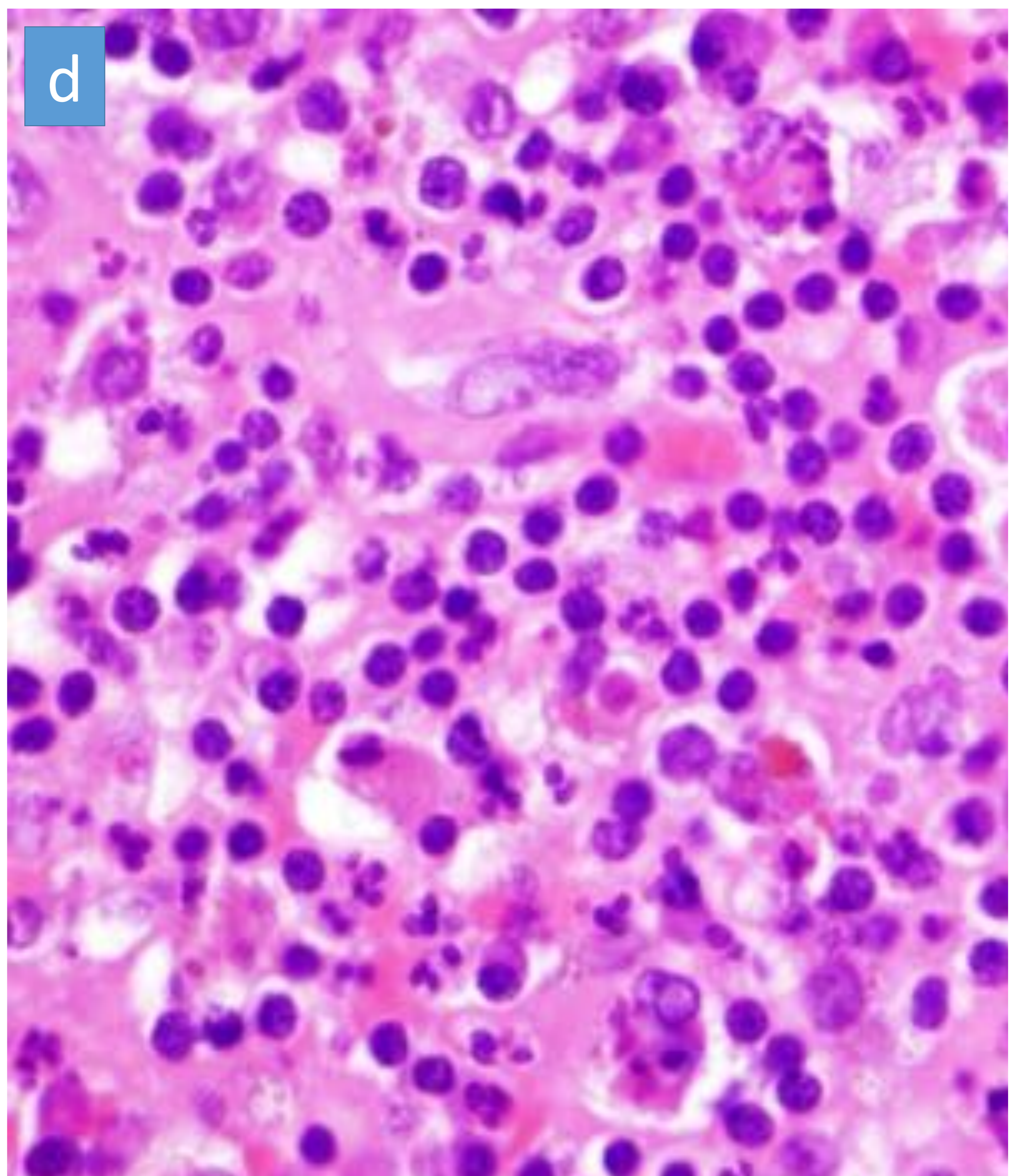
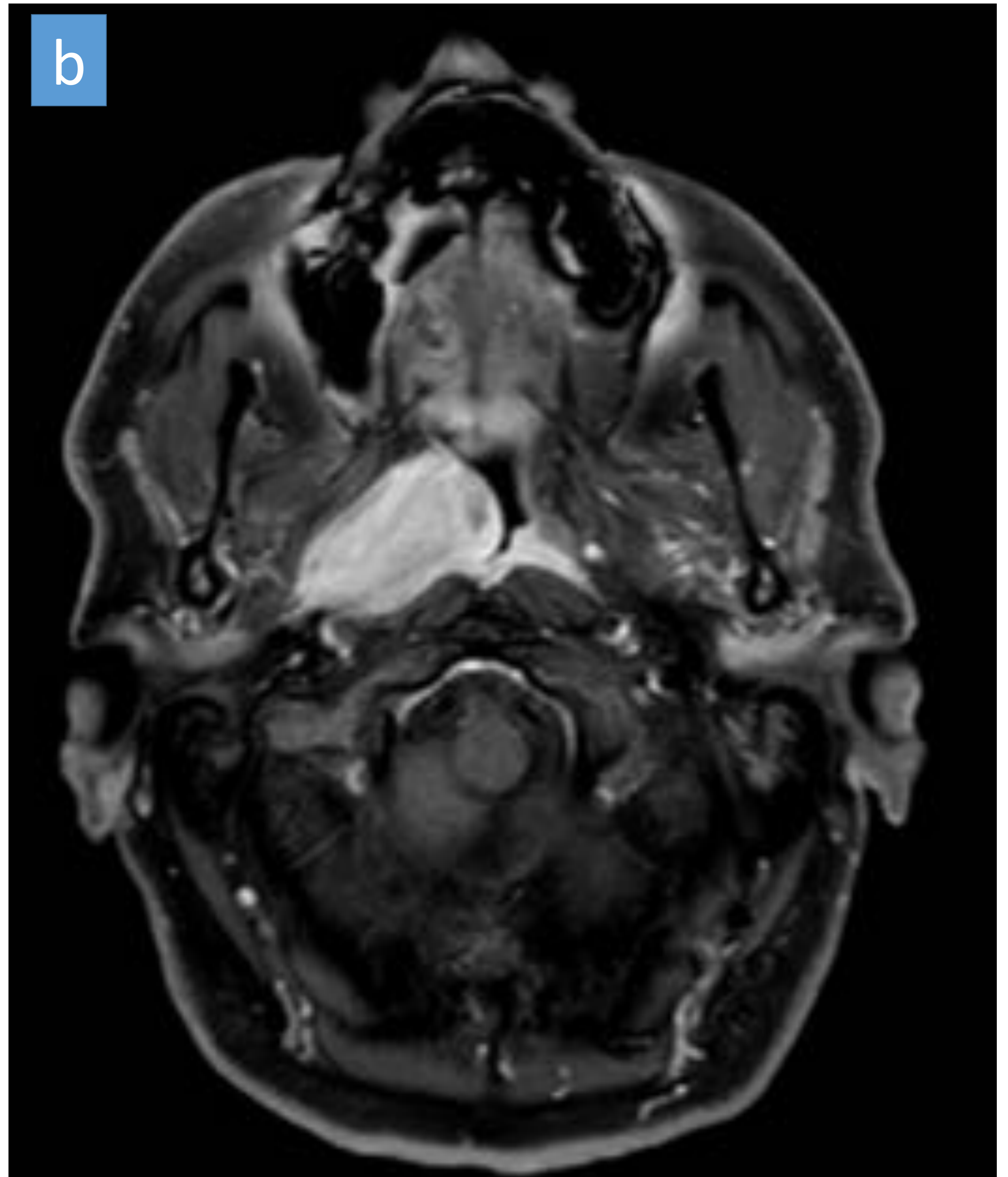
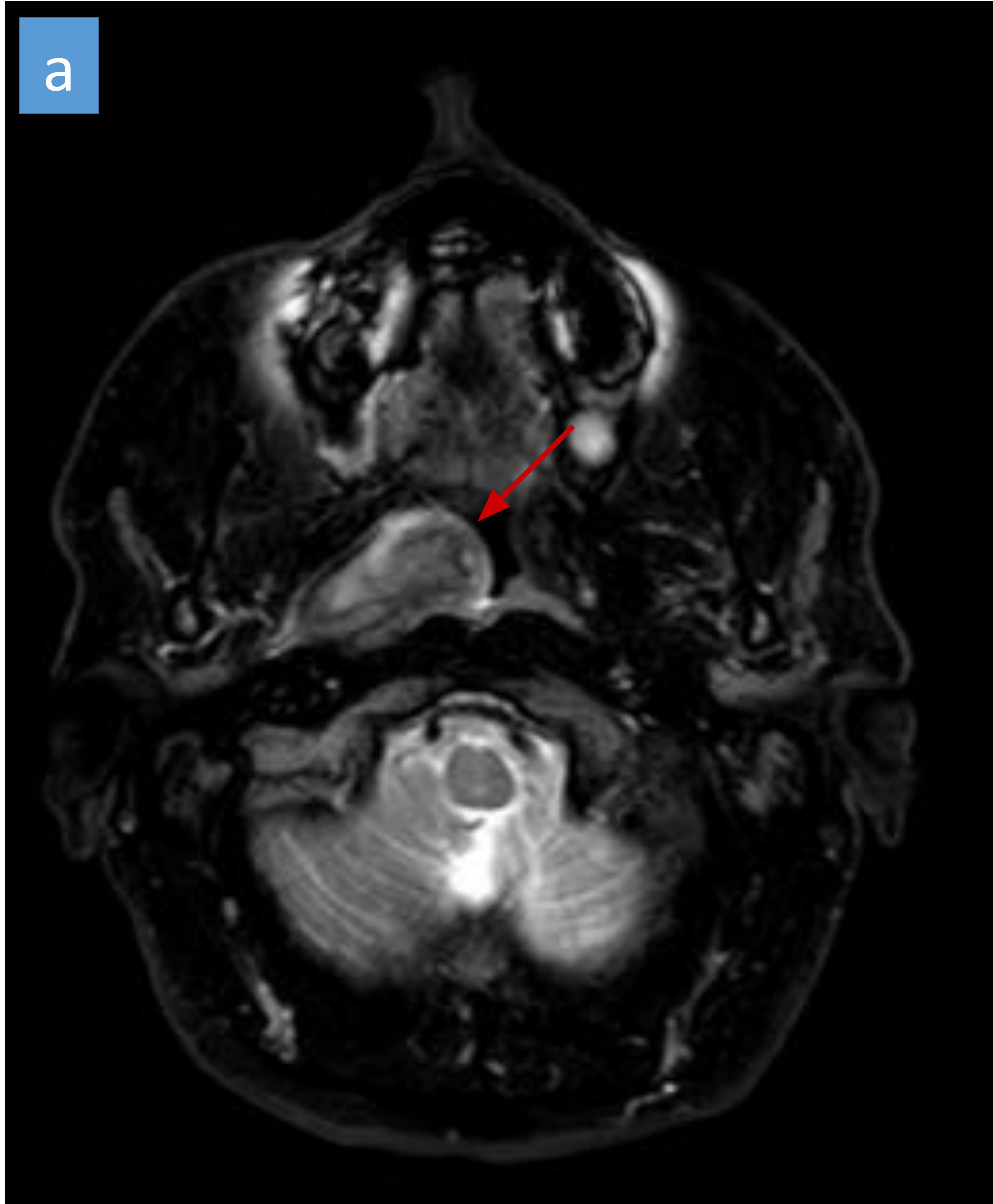
## PATOLOGÍA ADQUIRIDA BENIGNA

### 5. ENFERMEDAD DE ROSAI DORFMAN

- Enfermedad proliferativa **benigna** de **células histiocitarias**.
- Predomina en **hombres**, con una edad promedio de presentación de 21 años.
- El **80%** se presenta con **múltiples adenopatías cervicales** y **síntomas constitucionales**.
- Puede tener afectación nodal o extranodal.
- La evolución es benigna y autolimitada.
- La **cirugía** es el **tratamiento de elección** en casos sintomáticos.

Rosai Dorfman			
Radiología	TC (C)	Lesiones hiperdensas con captación de contraste.	
	RM	T1	Desde isointensa a hiperintensa
		T2	Heterogénea
		T1+GD	Realce intenso y heterogéneo
Anatomía Patológica	Infiltrado de histiocitos con citoplasmas amplios y células inflamatorias en su interior (emperipolesis), acompañado de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas.		

Tabla 7: características radiológicas de la enfermedad de **Rosai Dorfman**



**Figura 9:** Paciente en estudio por síndrome tóxico. Lesión nodular focal bien delimitada, con efecto de masa sobre músculos pterigoideos, espacio mucoso faríngeo y espacio prevertebral, heterogénea en secuencia T2 axial (a) y que realza de manera heterogénea con contraste axial (b) y coronal (c). El estudio anatomopatológico (H&E x 400) de la muestra obtenida por TORS demostró un infiltrado de histiocitos con citoplasmas amplios y células inflamatorias en su interior (emperipolesis), acompañado de neutrófilos, linfocitos y células plasmáticas (d), hallazgos compatibles con **enfermedad de Rosai Dorfman**.



## PATOLOGÍA ADQUIRIDA MALIGNA

### 1. CARCINOMA ADENOIDE QUÍSTICO

- Segundo **tumor maligno** de **glándulas salivales más frecuente**, un **50-60%** del total se presenta en las **glándulas salivales menores**.
- Edad de presentación: 5º- 6º década.
- De forma locorregional, puede afectar a **adenopatías cervicales próximas**. A distancia, son frecuentes las **metástasis pulmonares** incluso años después del tratamiento del tumor primario. También puede metastatizar en cerebro, hígado y riñón.
- Tiene tendencia a la **diseminación perineural**.
- El **tratamiento** consiste en la **resección tumoral** con márgenes de seguridad, asociada a **vaciamiento cervical** en aquellos pacientes con **adenopatías positivas** clínicas o radiológicas.
- Es un tumor poco radiosensible, sin embargo el tratamiento combinado de **cirugía y radioterapia** tiene mejores resultados que la cirugía aislada.
- **Diagnóstico diferencial:** tumor mucoepidermoide, adenocarcinoma.

Carcinoma adenoide quístico			
Radiología	TC (C)	Diferente aspecto según si corresponde a carcinoma de alto o bajo grado. Los tumores de bajo grado suelen ser bien definidos, mientras que los de alto grado suelen ser infiltrativos. Ambos realzan homogéneamente con el contraste. Evaluar diseminación perineural.	
		T1	Desde hipointenso a isointenso
	RM	T2	Ligeramente hiperintenso, a mayor grado, mas hiperintensidad.
		T1+GD	Realce homogéneo
Anatomía Patológica	Epitelio glandular con estructura tubular o cribiforme con células mioepiteliales. Invasión perineural (frecuente).		

Tabla 8: características radiológicas del **carcinoma adenoide quístico**



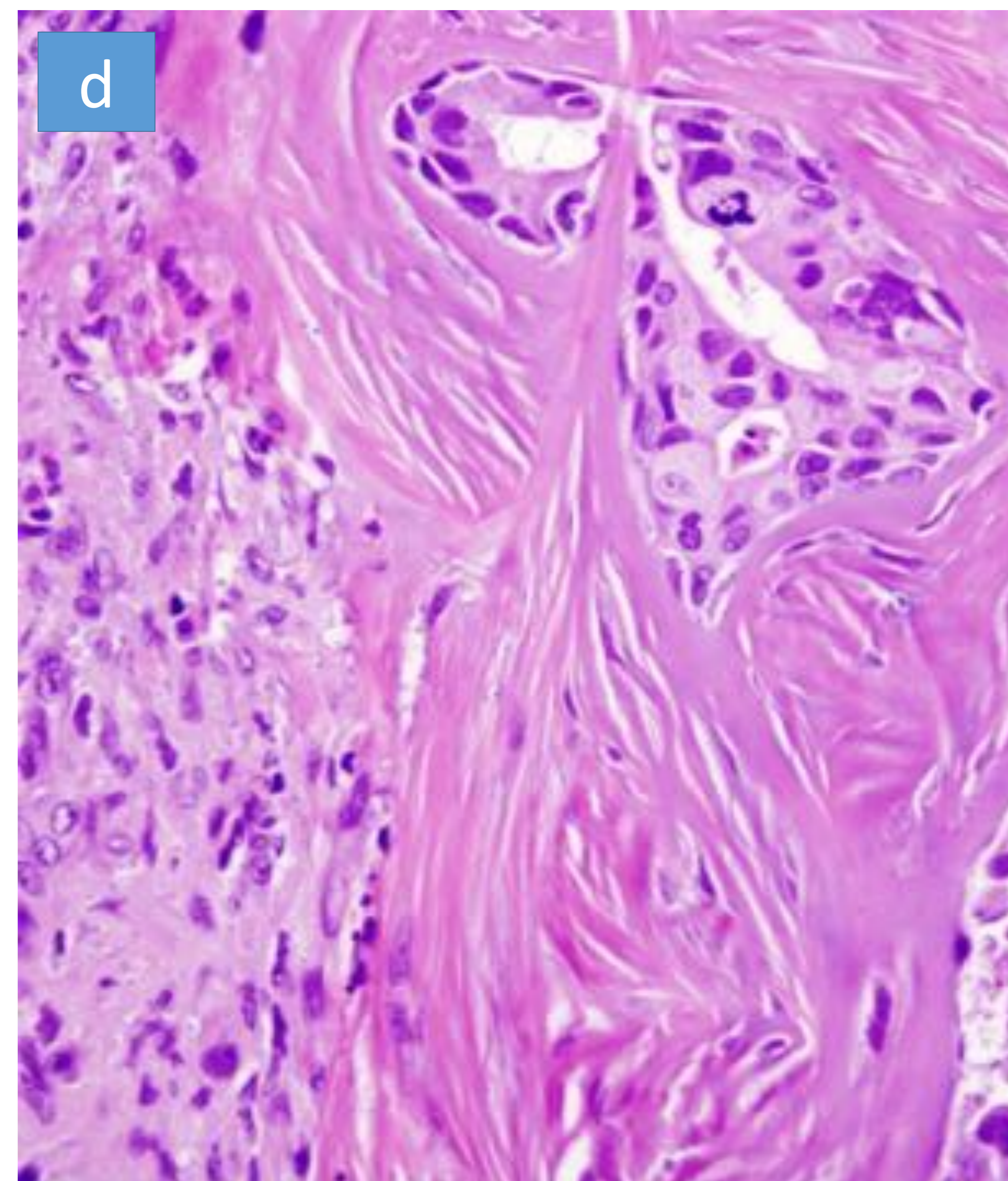
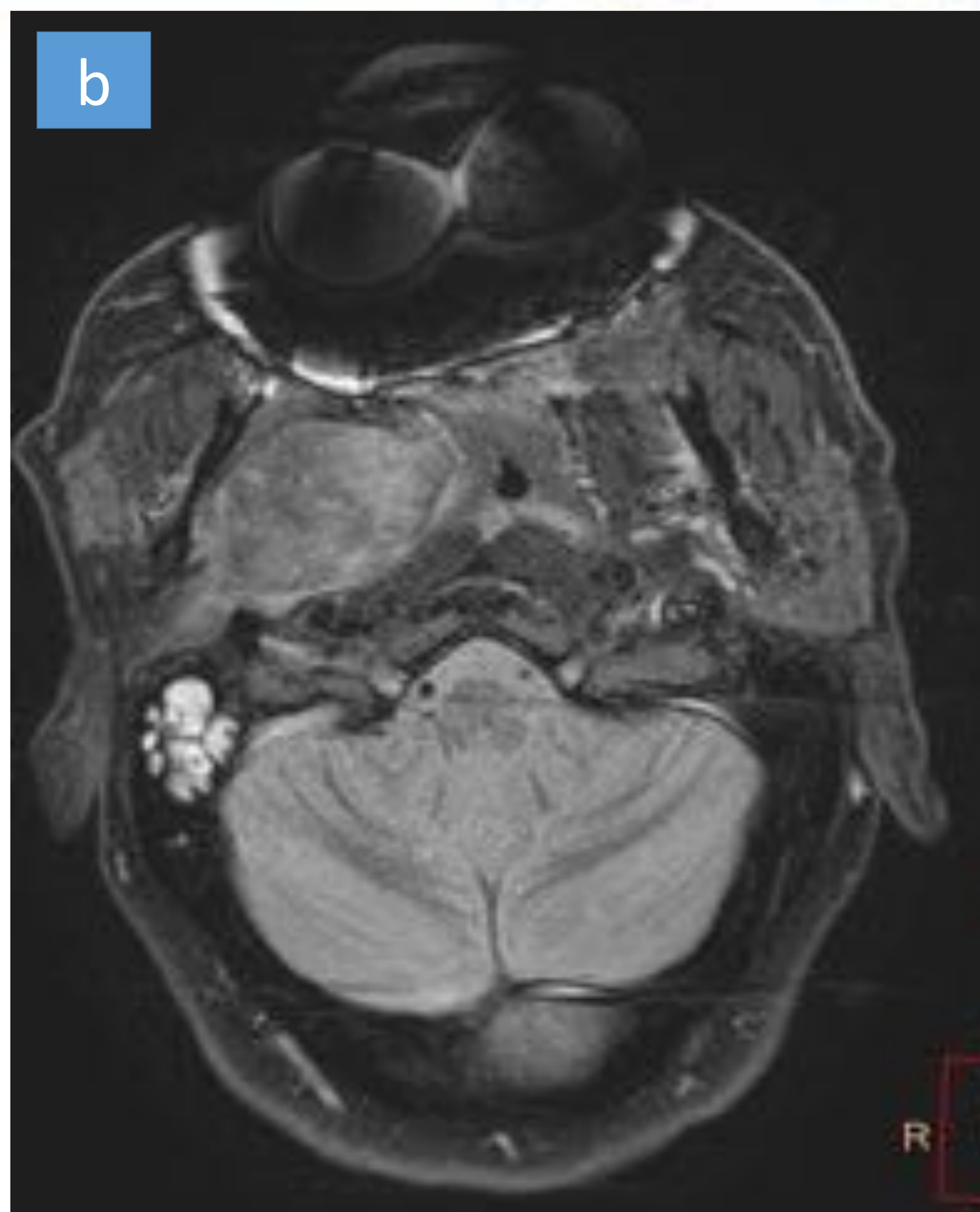
## PATOLOGÍA ADQUIRIDA MALIGNA

### 2. CARCINOMA EX ADENOMA PLEOMORFO

- Neoplasia maligna de glándulas salivales originada de *novo* o por **malignización** de un **adenoma pleomorfo** de **larga evolución**, generalmente luego de 10-15 años.
- Más frecuente en **hombres** en la 6<sup>o</sup>-8<sup>o</sup> década de vida, con una supervivencia a los 5 años de entre un 30 y un 70%.
- Clínicamente, corresponde a una lesión estable que experimenta **rápido crecimiento** e invasión de tejidos.
- El **tratamiento de elección** es **quirúrgico**, considerando el tratamiento adyuvante con radioterapia en caso de márgenes quirúrgicos afectados o muy próximos, extensión extraglandular (T3 o T4), invasión perineural y presencia de adenopatías cervicales o intraparotídeas.
- El **diagnóstico diferencial** hay que realizarlo con el carcinosarcoma y con metástasis de neoplasias que suelen producir ductos, tales como el cáncer de mama.

Carcinoma ex adenoma pleomorfo			
Radiología	TC (C)	Masa de bordes mal definidos e infiltrativa	
	RM	T1	Heterogénea por presencia de hemorragia, necrosis y calcificación
		T2	Predominio hipointenso
		ADC	Valores bajos
Anatomía Patológica	Proliferación epitelial formando estructuras ductales con atipia citológica y mitosis, inmersas en un estroma desmoplásico, hallazgos compatibles con carcinoma ex adenoma pleomorfo.		

Tabla 9: características radiológicas del carcinoma ex adenoma pleomorfo



**Figura 10:** Paciente consulta por sensación de taponamiento ótico derecho. Lesión ovalada y centrada en el espacio parafaríngeo D, que ejerce efecto de masa sobre las estructura adyacentes, además de obliterar la columna aérea. Es de aspecto heterogéneo de predominio hipodenso, con captación de contraste principalmente periférica en secciones axiales de la TC (a) (flecha roja). En la RM se observa hiperintensa en secuencias T1 STIR axial (b) y con captación heterogénea de contraste en T1 axial (c). El estudio anatomopatológico (H&E x200) de la muestra obtenida por TORS demostró una proliferación epitelial formando estructuras ductales con atípia citológica y mitosis, inmersas en un estroma desmoplásico (d), hallazgos compatibles con **carcinoma ex adenoma pleomorfo**.



## PATOLOGÍA ADQUIRIDA MALIGNA

### 3. CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE

- **Neoplasia maligna de glándulas salivales más frecuente**, representando entre un 3% y un 15.5% de los tumores de glándulas salivales en población general y un 30% de los tumores malignos.
- La localización parotídea es la más frecuente, con un 40% de los casos.
- Más frecuente en **mujeres**.
- La **radioterapia es factor de riesgo**.
- Histológicamente, se clasifica en bajo, intermedio o alto grado.
- El **tratamiento es quirúrgico**, y en el caso de los tumores de alto grado de malignidad se suele asociar vaciamiento cervical y radioterapia postoperatoria.

Carcinoma mucoepidermoide			
Radiología	Ecografía	Lesión bien delimitada hipoeoica	
	TC (C)	La apariencia depende de su grado de diferenciación: tumor de bajo grado se observa como una masa bien definida con áreas quísticas y componentes sólidos internos captantes de contraste; el de alto grado posee bordes mal definidos, infiltra localmente y son predominantemente sólidos.	
	RM	T1	Desde isointenso a hipointenso, con áreas quísticas, que disminuyen en los tumores de alto grado.
		T2	Bajo grado: desde isointenso a hiperintenso. Alto grado: desde isointenso a hipointenso
T1+GD		Realce heterogéneo con captaciones nodulares intralesionales	
Anatomía Patológica	Células escamosas y células que contienen mucina, más desdiferenciadas a mayor grado histológico.		

Tabla 10: características radiológicas del **carcinoma mucoepidermoide**



## CONCLUSIONES

---

El espacio parafaríngeo es una región anatómica compleja donde se desarrollan lesiones tanto propias como por continuidad de lesiones de los espacios cervicales adyacentes, más frecuentemente.

El diagnóstico radiológico de las lesiones del espacio parafaríngeo muchas veces es indeterminado, por lo que es necesario completar el estudio mediante PAAF guiada por técnicas de imagen.

## BIBLIOGRAFÍA

---

- 1) Gamss C, Gupta A, Chazen JL, Phillips CD. Imaging evaluation of the suprahyoid neck. *Radiol Clin North Am.* 2015 Jan;53(1):133-44. doi: 10.1016/j.rcl.2014.09.009.
- 2) Maffia SA, Peruffo MV, Malvaso R, Senor V, Pollono D, Altamirano EM. Arch Rosai-Dorfman disease: Case report. *Argent Pediatr.* 2015 Dec 1;113(6):e327-9.
- 3) Beaman FD, Kransdorf MJ, Menke DM. Schwannoma: radiologic-pathologic correlation. *Radiographics.* 24 (5): 1477-81. doi:10.1148/rg.245045001.
- 4) R Keerthi, Rohan P Raut, N Vaibhav, and Abhishek Ghosh. Carcinoma ex pleomorphic adenoma: Diagnostic dilemma and treatment protocol. *Indian J Dent.* 2014 Jul-Sep; 5(3): 157–160. doi: 10.4103/0975-962X.140840.
- 5) Jacob Mandell. *Core Radiology.* Cambridge Medicine (2018) . 8<sup>va</sup> edición.
- 6) Gaskin CM, Helms CA. Lipomas, lipoma variants, and well-differentiated liposarcomas (atypical lipomas): results of MRI evaluations of 126 consecutive fatty masses. *AJR Am J Roentgenol* 2004. 182 (3): 733-9.
- 7) R. Cabrejas Morales, B. Sanchez Cordon, E. Barcina García, B. Nieto Moro, M. A. Cruz Diaz. Es posible entender la anatomía de los espacios cervicales? *Seram* 2012/S-0849. DOI: 10.1594/seram2012/S-0849.
- 7) Irene Ramallo Solís, José Tinoco González, Ana Senent Boza, Carmen Bernal Bellido, Miguel Ángel Gómez Bravo. Tumor de Masson intrahepático (Hiperplasia endotelial papilar vascular). *Cirugia Española* 2018. 95 (4): 235-237.
- 8) Arzo Fàbregas M., Ibarz Servio L.I., Areal Calama J., González Satué C., Ruiz Domínguez J., Saladié Roig J.M. Linfangioma quístico: nuestra experiencia. *Actas urológicas españolas* 2006. 30 (7): 723-727.