



RELATO DE CASO

# Intraoral excision of a huge retropharyngeal lipoma causing dysphagia and obstructive sleep apnea<sup>☆</sup>



## Excisão intraoral de um grande lipoma retrofaríngeo causando disfagia e apneia obstrutiva do sono

Umit Aydın <sup>a</sup>, Omer Karakoc <sup>a</sup>, Murat Binar <sup>a,\*</sup>, Fatih Arslan <sup>b</sup> e Mustafa Gerek <sup>a</sup>

<sup>a</sup> Gulhane Military Medical Academy, Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Ankara, Turquia

<sup>b</sup> Ankara Mevki Military Hospital, Department of Otolaryngology, Head and Neck Surgery, Ankara, Turquia

Recebido em 29 de março de 2016; aceito em 21 de outubro de 2016

Disponível na Internet em 20 de junho de 2017

### Introdução

Lipomas são os tumores de tecidos moles derivados do mesênquima mais comuns no corpo, mas apenas 15% deles estão na região da cabeça e do pescoço.<sup>1</sup> Lipomas de cabeça e pescoço geralmente surgem do triângulo cervical posterior e sua incidência na região retrofaríngea é muito rara.<sup>2,3</sup> Aqui, apresentamos um caso de lipoma retrofaríngeo que causou disfagia progressiva e apneia obstrutiva do sono (AOS) tratado por excisão cirúrgica transoral. Também revisamos a literatura para discutir o tratamento de lipomas retrofaríngeos que causam apneia obstrutiva do sono. Que seja de nosso conhecimento, o presente caso mostra o maior

lipoma retrofaríngeo que causou disfagia e AOS na literatura da língua inglesa.

### Relato de caso

Um homem de 24 anos com histórico de um ano de ronco progressivo, sonolência diurna excessiva, dispneia e disfagia com materiais sólidos. O exame revelou proeminência da parede faríngea posterior que se estendia da orofaringe à hipofaringe. Na avaliação endoscópica, a epiglote tocava a lesão tumoral e não era possível visualizar as cordas vocais. A mucosa estava intacta e lisa. A polissonografia identificou AOS grave, com índice de apneia-hipopneia (IAH) de 96,8. A tomografia computadorizada (CT) revelou um tumor retrofaríngeo homogêneo que se estendia do nível C2 até o C6. No exame de ressonância magnética (RM), observou-se que a lesão se originava na região pré-vertebral posterior no espaço retrofaríngeo com sinal aumentado em T1 (**fig. 1**) e T2, bem como sinal atenuado pela supressão do sinal da gordura e nenhuma relação com ossos. Esses achados sugeriram que a lesão retrofaríngea era de origem lipomatosa. A excisão cirúrgica transoral sob anestesia geral foi aconselhada ao paciente. Após intubação orotraqueal, um retrator oral foi usado. A incisão vertical foi feita na mucosa faríngea posterior com cautério unipolar, dissecou-se o músculo constritor superior e a fâscia cervical profunda, seguida da

DOI se refere ao artigo:

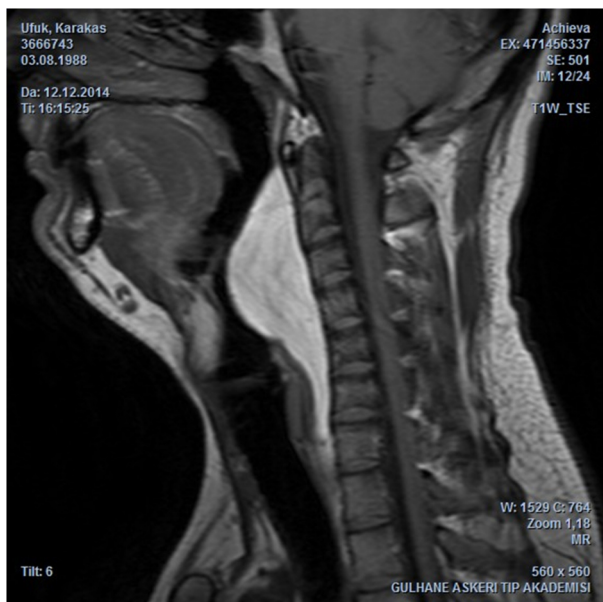
<http://dx.doi.org/10.1016/j.bjorl.2016.10.011>

<sup>☆</sup> Como citar este artigo: Aydın U, Karakoc O, Binar M, Arslan F, Gerek M. Intraoral excision of a huge retropharyngeal lipoma causing dysphagia and obstructive sleep apnea. Braz J Otorhinolaryngol. 2020;86:S8–S10.

\* Autor para correspondência.

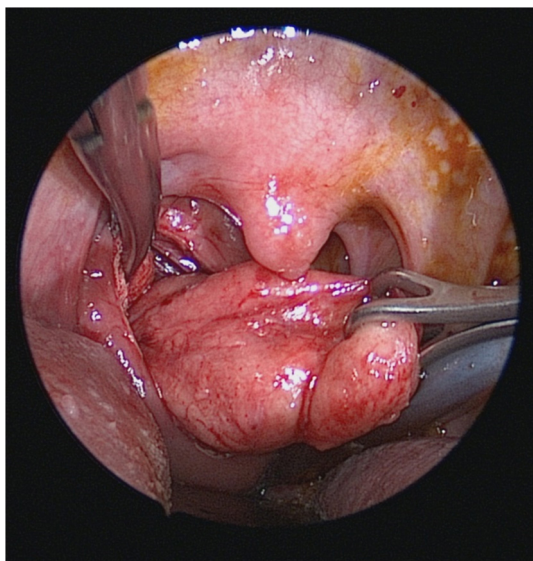
E-mail: [mbinar4@yahoo.com](mailto:mbinar4@yahoo.com) (M. Binar).

A revisão por pares é da responsabilidade da Associação Brasileira de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial.



**Figura 1** RM em corte sagital ponderada em T1 mostra a lesão tumoral retrofaríngea hiperintensa semelhante a tecido adiposo.

dissecção romba da lesão (fig. 2) e, então, o tumor retrofaríngeo foi totalmente removido. Macroscopicamente, o tumor era amarelado, bilobulado, bem encapsulado e media  $12 \times 7$  cm (fig. 3). O pós-operatório transcorreu sem intercorrências. Não foi necessário fazer traqueotomia. Uma sonda nasogástrica foi mantida por cinco dias durante o período pós-operatório e o paciente recebeu antibioticoterapia por uma semana. O diagnóstico histopatológico da lesão foi lipoma. No fim do segundo mês, o IAH, a saturação mínima de  $O_2$  e a porcentagem de tempo de sono com saturação de  $O_2$  abaixo de 90% melhoraram de 96,8 para 10, de 61 para 87% e de 54,8 para 11,4%, respectivamente. A RM de controle não revelou qualquer resíduo do lipoma



**Figura 2** Dissecção da lesão no espaço retrofaríngeo.



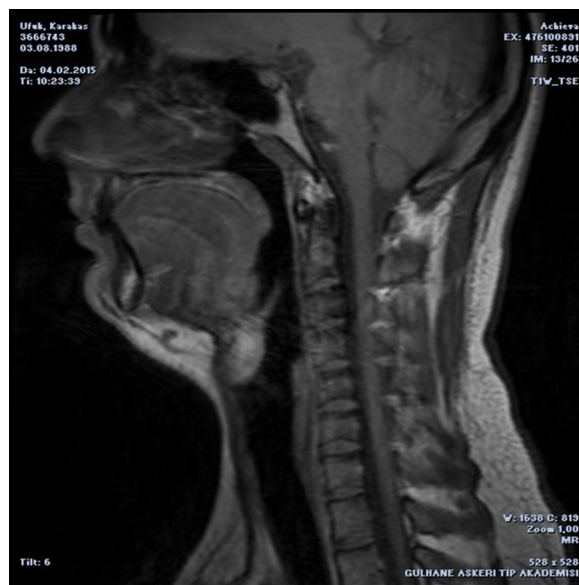
**Figura 3** Fotografia do espécime bruto de lipoma retrofaríngeo.

(fig. 4) e o paciente ficou completamente livre das queixas após a excisão do tumor.

## Discussão

A área retrofaríngea é um espaço potencial entre a fásia bucofaríngea anterior e a fásia pré-vertebral, posteriormente. Esse espaço se estende desde a base do crânio até o mediastino. Nódulos linfáticos, nervos e gordura são os componentes essenciais desse espaço.<sup>4</sup> Tumores do espaço retrofaríngeo são relativamente raros, o lipoma é um desses.<sup>5</sup>

Lipomas são tumores mesenquimais benignos de crescimento lento que surgem do tecido adiposo e são constituídos por adipócitos maduros. Os lipomas de cabeça e pescoço estão usualmente na região subcutânea do pescoço.<sup>6</sup> Lipomas submucosos e aqueles em locais profundos, como os da nasofaringe, orofaringe e região parafaríngea, são pouco frequentes. O lipoma é visto como lesão homogênea, hipodensa, bem definida e sem aumento na TC. A atenuação da gordura homogênea na TC é indicada para lipomas. Embora



**Figura 4** RM pós-operatória ponderada em T1 mostra que a lesão foi totalmente removida.

**Tabela 1** Casos de lipomas retrofaríngeos relacionados com AOS comprovada por polissonografia

Caso n°	Sexo	Idade	Tratamento	Tamanho (cm)	Pré-tratamento AHI	Pós-tratamento AHI	Referências
1	F	11	Excisão transoral	8 × 4	13	–	Gong
2	F	44	CPAP	5 × 4	38	–	Tuncyurek
3	F	73	Excisão transoral	8 × 4	43	12	Piccin
4	M	40	Excisão transcervical	11 × 7	34	–	Namyslowski
5	M	24	Excisão transoral	12 × 7	96,8	10	Presente caso

a TC seja útil para diagnosticar o lipoma, a RM é preferida à CT, devido às imagens claras e detalhadas dos tecidos moles.<sup>7</sup> A RM também é importante para delinear os limites e a extensão da lesão.

Os lipomas retrofaríngeos podem crescer até um tamanho considerável antes de se tornar sintomáticos. Os sintomas mais comuns são disfagia, dispneia e ronco relacionados à obstrução das vias aéreas.<sup>3</sup> AOS pode coincidir com obstrução das vias aéreas.<sup>8</sup> Na AOS, episódios repetidos de obstrução parcial ou completa das vias aéreas superiores que causam apneia, hipopneia, dessaturação e fragmentação do sono levam à hipóxia crônica, que pode ocorrer devido a vários fatores fisiopatológicos, como disfunção neuromuscular, anormalidades anatômicas etc.<sup>3</sup> A obstrução grave da via aérea superior devido ao lipoma foi a causa essencial da AOS em nosso caso. Os lipomas retrofaríngeos são relativamente raros na etiologia dessa doença. Na revisão da literatura, foram encontrados quatro casos de lipoma retrofaríngeo em relação à AOS, comprovados por polissonografia.<sup>2,3,9,10</sup> (tabela 1)

A remoção cirúrgica completa é a primeira escolha de tratamento. A abordagem cirúrgica varia, depende da localização do lipoma. A excisão transoral é o tipo preferido de cirurgia, mesmo em grandes lipomas da região retrofaríngea. Isso é possível porque os lipomas são geralmente bem encapsulados.<sup>3</sup> A excisão transoral apresenta menor morbidade pós-operatória em relação à abordagem transcervical, mas em casos de extensão parafaríngea proeminente a abordagem transcervical pode ser preferida.<sup>7,8</sup> O uso de pressão positiva contínua das vias aéreas (CPAP) é uma opção em pacientes idosos com alta comorbidade.

## Conclusão

A resolução da disfagia e a melhoria dos achados polissonográficos após a operação demonstraram o caráter obstrutivo da lesão. O exame das vias aéreas superiores deve ser cuidadosamente feito em pacientes com disfagia e apneia do sono para excluir as lesões retrofaríngeas, tais como os lipomas.

A abordagem transoral foi a melhor escolha para a excisão cirúrgica em nosso caso.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não haver conflitos de interesse.

## Referências

- Hadad FS, Hadad FF, Zaytoun G. Retropharyngeal lipoma a benign yet potentially lethal condition. Case presentation and review of literature. *Neurosurgery*. 2005;15:145–54.
- Gong W, Wang E, Zhang B, Da J. A retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea in a child. *J Clin Sleep Med*. 2006;15:328–9.
- Namyslowski G, Scierski W, Misiolek M, Urbaniec N, Lange D. Huge retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2006;263:738–40.
- Davis WL, Harnsberger HR, Smoker WR, Watanabe AS. Retropharyngeal space: evaluation of normal anatomy and diseases with CT and MR imaging. *Radiology*. 1990;174:59–64.
- Luczak K, Dorobisz K, Krecicki T, Janczak D, Chabowski M, Zatonski T. The lipomatosis of the parapharyngeal and retropharyngeal space: a case report. *Srp Arh Celok Lek*. 2015;143:455–7.
- Akhtar J, Shaykhon M, Crocker J, D'Souza AR. Retropharyngeal lipoma causing dysphagia. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2001;258:458–9.
- Radhakrishna Pillai OS, Vijayalakshmi S, Adarsha TV, Thahir M, Gopinathan UK, Mohammed N. Retropharyngeal lipoma – a case report. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2007;59:360–2.
- Casale M, Salvinelli F, Mallio CA, Frari V, Vincenzi B, Bressi F, et al. Upper airway study should always come before any sleep study in OSAS evaluation: a giant parapharyngeal lipoma behind OSAS. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2012;16:106–9.
- Tuncyurek O, Eyigor H, Ozkul A. What is the importance of radiology in obstructive sleep apnea? *J Craniofac Surg*. 2011;22:1971–3.
- Piccin O, Sorrenti G. Adult obstructive sleep apnea related to nasopharyngeal obstruction: a case of retropharyngeal lipoma and pathogenetic considerations. *Sleep Breath*. 2007;11:305–7.