

En el control clínico-radiológico a los 18 meses no se hallaron signos ni clínicos ni radiológicos compatibles con persistencia o recidiva de la enfermedad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

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

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.08.001>

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?



Carlos Salcedo-Gil*, Víctor Alejandro Lasa-Menéndez, María Josefa Pastor-Fortea y José Ignacio Iriarte-Ortabe

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

Se presenta el caso de un varón de 62 años con antecedentes patológicos de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, EPOC y cardiopatía isquémica que comenzó como IAM a los 45 años, tratado con *stent*; después IAM silente que precisó de *bypass* 6 años más tarde, y 2 años más tarde presentó otro IAM tratado con otro *stent*.

En tratamiento crónico con AAS, antihipertensivos, estatinas, hipoglucemiantes orales y broncodilatadores.

El paciente acude a nuestras consultas en octubre de 2012 por dolor desencadenado por la masticación y tumoración en región parotídea derecha, de 6 meses de evolución, que estaba siendo valorado en una clínica privada.

A la exploración se objetiva una tumoración en región parotídea derecha, de aproximadamente 5 cm de diámetro, adherida a planos profundos, con afectación de la rama frontal y bucal del nervio facial (fig. 1). No se evidenciaron adenopatías cervicales.

En la ortopantomografía se observa lesión radiolúcida de bordes irregulares en rama ascendente mandibular derecha (fig. 2).

Tras los hallazgos antes descritos se solicitó una RMN de cara y cuello y una eco-PAAF.

La RMN informó de tumoración probablemente del lóbulo profundo de la parótida derecha que infiltra el espacio masticador derecho con severa osteólisis de la rama ascendente mandibular e infiltración de la médula ósea. La lesión desplaza la porción extracraneal de la carótida interna con probable compromiso de la vena yugular interna.



Figura 1 – Tumoración parotídea derecha con afectación del VII par craneal.

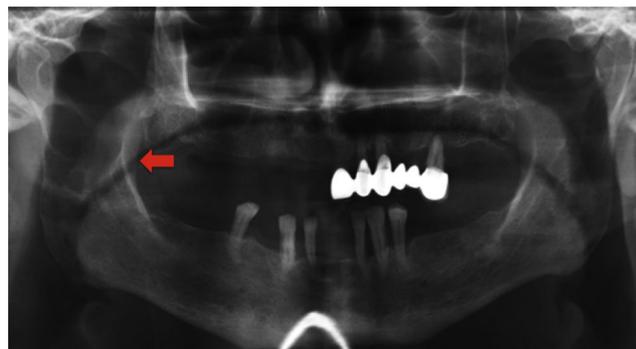


Figura 2 – Ortopantomografía. Imagen radiolúcida irregular en rama ascendente mandibular derecha.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salcedocarlosmd@hotmail.com (C. Salcedo-Gil).

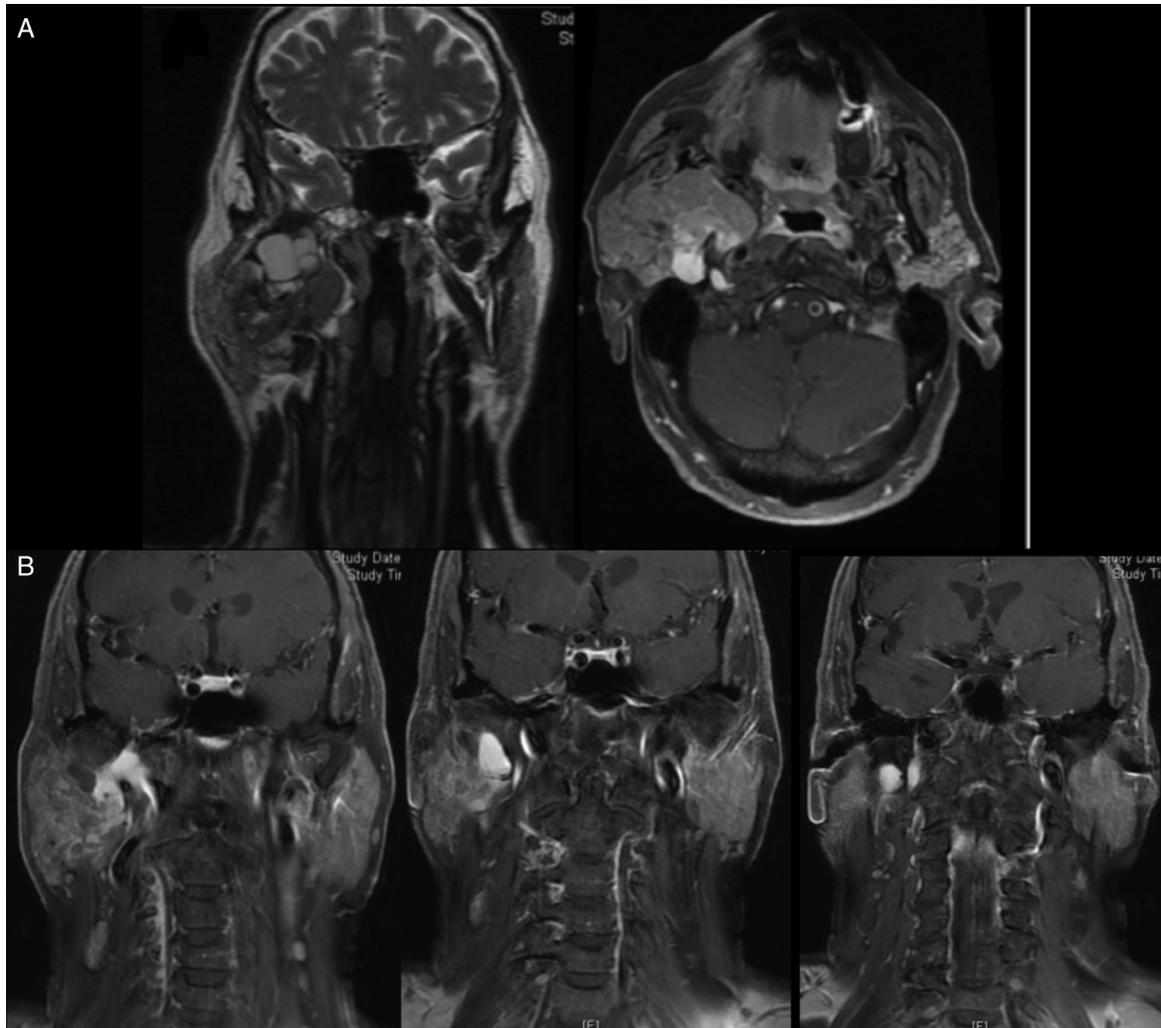


Figura 3 – A) Tumoración de lóbulo profundo de la parótida derecha que infiltra el espacio masticador. B) Estudio de extensión cervical.

No se observa extensión perineural a nivel petroso ni a nivel intracavernoso ni *cavum* de Meckel (fig. 3).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2016.10.001>