

347/2162 - TUMORACIÓN MANDIBULAR

I. Moreno de Juan^a, D. García Moreno^b, J. Casado Huerga^c e I. Cuesta Bermejo^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca. ^cMédico de Familia. Centro de Salud San Juan. Salamanca. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur. Salamanca.

Resumen

Descripción del caso: Paciente mujer de 62 años con AP de carcinoma de mama intervenida mediante resección mamaria en 2006, carcinoma de ovario en 2009 con tratamiento quirúrgico y quimioterápico, ambos en remisión completa. HTA, DL, no DM2, no fumadora, obesidad. La paciente acudió a su médico de AP por tumoración en ángulo mandibular izquierdo de 2 años de evolución, que fue creciendo de tamaño progresivamente. Xerostomía. No refiere dolor ni claudicación mandibular ni supuración. No clínica infecciosa a nivel local ni síndrome constitucional asociado.

Exploración y pruebas complementarias: Se aprecia deformidad mandibular a simple vista. A la palpación presenta tumoración localizada en región parotídea izquierda, de 2 cm aproximadamente, sin aumento de temperatura local o eritema. De consistencia media, no adherida a planos profundos, móvil y no dolorosa a la palpación. Resto sin hallazgos relevantes. Analítica: 9.000 leucocitos, PCR 0,01, amilasa 25. Ecografía: Imagen compatible con formación anecoica bilobulada con refuerzo posterior y vascularización periférica. No presenta calcificaciones en su interior ni se objetivan adenopatías perilesionales.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos revelados se decide derivación al servicio de ORL para filiación de patología, donde se realizaron dos pruebas: PAAF negativa para células malignas. Biopsia en lóbulo superior de parótida izquierda positiva para carcinoma mucoepidermoide de bajo grado Score III.

Diagnóstico diferencial: Patología inflamatoria y sialolitiasis. Enfermedades sistémicas: sarcoidosis, síndrome de Sjögren, sialoadenosis, VIH. Medicamentosas. Cambios postradioterapia. Patología tumoral maligna y benigna teniendo en cuenta los signos típicos de malignidad: crecimiento rápido con invasión de piel, fijación a planos profundos, palpación pétreas, dolor y parálisis facial.

Comentario final: Destacar la importancia del manejo de ecografía en AP como herramienta básica de orientación diagnóstica, por su coste eficacia y su naturaleza no invasiva. Siempre realizar una adecuada anamnesis y exploración física para poder orientar el diagnóstico.

Bibliografía

1. García R, Souviron Encabo B, Scola Yurrita B. Tumores malignos de glándula parótida. Acta Otorrinolaringol Esp. 2013;56:211-4.
2. Flynn MB, Maguire S, Martínez S, et al.. Primary squamous cell carcinoma of the parotid gland: the importance of correct histological diagnosis. Ann Surg Oncol. 2013;6(8):768-70.

3. Kokemueller H, Brueggeman N, Swennen G, et al. Mucoepidermoid carcinoma of the salivary glands- clinical review of 42 cases. *Oral Oncology*. 2013;41(1):3-10.

Palabras clave: Parótida. Ecografía. Tumor.