

Caso Clínico

¡Doctor, me está creciendo la cara!

María Serrano Sánchez, Teresa Gijón Conde, Alicia Bárcena Dahl, Marta Ramírez Ariz

Centro de Salud Cerro del Aire. Majadahonda.

Varón de 73 años que consulta en Atención Primaria, por sensación de aumento de ambas mandíbulas de forma progresiva, no dolorosas y sin alteración de la movilidad facial (figura 1).

Entre sus antecedentes personales destaca, diabetes mellitus tipo II, hipertensión e hipercolesterolemia; en tratamiento con irbesartán 300mg, metformina 850mg y simvastatina 20mg.



Figura 1

En la exploración física, destaca, aspecto Cushingoide. IMC 34 Kg/m². Cuello: Tumoración en ángulo mandibular derecho de 5-6 cm de diámetro (figura 2) y 2-3 cm en izquierdo (figura 3), móvil, de consistencia elástica, no adherido a planos profundos ni doloroso a la palpación. Cavidad Oral y orofaringe: amígdalas atróficas, buena secreción salivar por Stenon y Wharton.

Se realiza en Atención Primaria ecografía de partes blandas, presentando: masa parotídea derecha de 3x2 cm (figura 4) e izquierda de 2x1 cm (figura 5), hipoecogénica con componentes sólidos y quísticos, de límites regulares y aumento de vascularización (figura 6).



Figura 2



Figura 3

Tras objetivar ambas masas, se decide derivación a Otorrinolaringología con sospecha de masa tumoral bilateral, donde se realiza PAAF ecoguiado donde se constata masa parotídea derecha de 3,5 x 2 cm y nódulo dominante parotídeo izquierdo de 2,1 x 0,9 cm. Anatomía patológica: Neoplasia de células oncócicas, de patrones papilar y sólido, sin criterios citológicos de malignidad sugestivo de tumor de Warthin.

Tras explicar al paciente las distintas opciones de tratamiento, (seguimiento o quirúrgico), se decide seguimiento.

Un mes después la paciente acude a consulta de Atención primaria con el diagnóstico de tumor de Warthin donde se le realizará seguimiento por atención especializada.



Figura 4

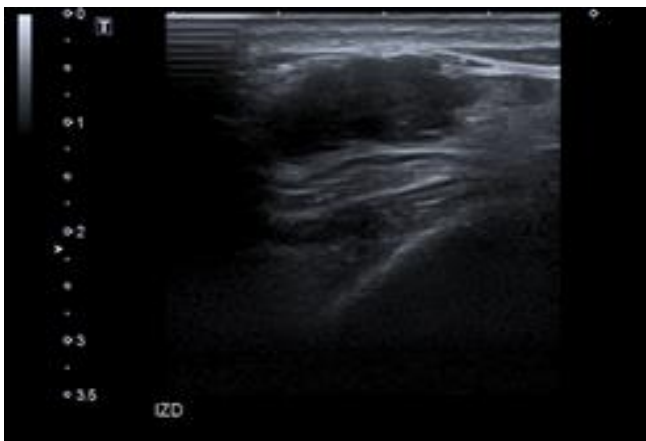


Figura 5

COMENTARIO:

Los tumores de glándulas salivares son relativamente raros. El tumor de Warthin es el segundo tumor parotídeo en frecuencia (10%) tras el adenoma pleomórfico (70%). Es más frecuente en varones en la quinta década. Tiende a la multicentricidad (a veces bilateral) en 2-6% de los casos. La manifestación clínica habitual es la aparición de una masa asintomática palpable preauricular. El diagnóstico es por ecografía y anatomía patológica, controlando la afectación locorregional

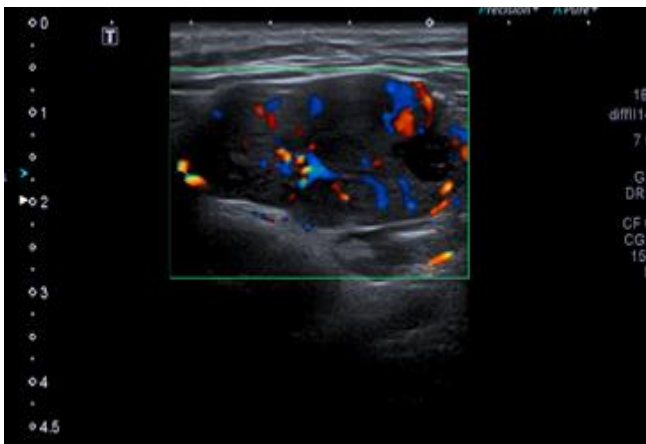


Figura 6

Las indicaciones de la ecografía de glándulas salivares en atención primaria son el estudio de glándulas au-

mentadas para descartar causa infecciosa, xialolitiasis o neoplasia. Los cálculos son la patología más frecuente, de predominio en la glándula submaxilar y pueden producir dilatación del sistema ductal si son intraductales. La ecografía en Atención primaria permite orientar el diagnóstico de forma precoz facilitando igualmente el tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Middleton WD, Kurtz AB, Hertzberg BS. *Ecografía: Marban 2006*. P. 256.
- Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW, Johnson JM. *Diagnóstico por Ecografía. 3rd ed. Marban 2007*. p. 1755-1756.
- Bruce E, Brockstein MD, David M, Brizel MD. *Salivary gland tumors: Epidemiology, diagnosis, evaluation, and staging. UpToDate. Mar 17, 2016*.
- Reynoso Heinsen WJ, Ciardo P, Guevara Lara J, Gómez Rodríguez JL, Jaén Díaz JI, Cordero García B. *Tumor de parótida bilateral y múltiple Revista Clínica de Medicina de Familia. 2014; Vol 7: 148-151*.