



242/2191 - METÁSTASIS SIN TUMOR PRIMARIO CONOCIDO

M. González Quero^a, P. Montalvá García^b, N. Álvarez Tapia^a, P. Rius Fortea^a, E. Perales Escortell^c y C. López Ruiz^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Valdezarza. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza Sur. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdezarza. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 82 años con antecedente destacable de extirpación de lesión cervical hace 20 años con diagnóstico de adenoma pleomorfo de parótida, que acude a consulta de Atención Primaria por adenopatía laterocervical derecha móvil no dolorosa a la palpación de un mes de evolución coincidiendo con cuadro catarral de vías altas sin fiebre.

Exploración y pruebas complementarias: CyC: palpación de tumoración de unos 2 cm de diámetro, no adherida a planos profundos, indurada, no dolorosa a la palpación. Orofaringe normal. Analítica: normal. Ecografía: imagen nodular laterocervical posterior derecha que sugiere adenopatía necrótica como primera posibilidad, siendo menos probable la posibilidad de nódulo quístico con polo sólido. Se recita para TC cervical. TAC cervical: nódulo ovalado en la cadena IIB derecha, hipodenso en la fase sin contraste, con un polo sólido hipercaptante tras administrar contraste y otra zona hipocaptante quístico-necrótica de 2 cm, que sugiere adenopatía metastásica como primera posibilidad. Se recomienda PAAF por ecografía siendo no diagnóstica, se decide exéresis de la lesión realizando cervicotomía derecha.

Juicio clínico: Metástasis ganglionar cervical derecha de carcinoma mucoepidermoide de probable origen parotídeo derecho en probable relación con antecedente de cirugía parotídea hace 20 años.

Diagnóstico diferencial: Tumores de glándulas salivares: adenoma pleomorfo, carcinoma mucoepidermoide, tumor células acinosas.

Comentario final: La incidencia de los tumores parotídeos varía entre 0,5 al 2,4 por 100.000 por año. Del total de tumores parotídeos de un 20 a un 25% son malignos. El manejo está poco unificado debido a la existencia de muchos subtipos. A pesar de todo, el control locoregional es satisfactorio, siendo la aparición de metástasis a distancia la causa más frecuente de fracaso terapéutico. En nuestro caso, la paciente fue operada en centro privado, al no aportar informes y no estar registrado en su historia, dificultó el seguimiento y posterior diagnóstico de esta patología. Como conclusión, es importante realizar un buen registro que recoja todos los antecedentes médicos y quirúrgicos independientemente del sistema sanitario que se utilice.

Bibliografía

1. Libro virtual de formación en ORL SEORL PCF.
2. Naval Gías L. Revista Española de Cirugía oral y maxilofacial. 2017;39:125-90.
3. Estrada Sarmiento M, Vargas Ramos A, Moreno Pérez J. Tumor mucoepidermoide de la glándula parótida. Presentación de un caso. Multimed. 2014;19(1).

Palabras clave: Cuello. Adenoma. Metástasis de la neoplasia.