



Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



482/376 - ¿INFLAMACIÓN PAROTÍDEA O ALGO MÁS?

B. González Robles¹, M. Andrés Servet², M. Rodríguez Sanjuán¹ y A. Ramos Pérez³

¹Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ²Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Madrid. ³Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Justicia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 51 años. Antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, hepatopatía crónica moderada-grave de origen alcohólico con datos de hipertensión portal. Contacta telefónicamente por tumefacción en ángulo mandibular izquierdo, que se extiende hacia región parotídea y glándula submaxilar, que ha empezado a aparecer en el lado contralateral. El paciente niega que el dolor, fiebre, ni haber estado en contacto con paciente diagnosticado de parotiditis. Tampoco refiere disfagia u odinofagia, ni pérdida ponderal. Refiere astenia que achaca a la anemia ferropénica que padece secundaria a una hemorragia digestiva alta que preció ingreso hace 3 meses. Niega síntomas B.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física destaca una clara asimetría en ángulo mandibular izquierdo con respecto al derecho, que se extiende hacia región cervical; se palpa bultoma adherido a planos profundos, de consistencia pétreo y bordes irregulares con múltiples adenopatías cervicales y supraclaviculares bilaterales de unos 3-4 cm. No se visualizan lesiones en mucosa oral, lingual ni yugal. Se solicita analítica con anemia microcítica e hipocroma, trombopenia sin otras alteraciones. Se deriva preferentemente a ORL donde realiza TAC cervical y biopsia de la lesión.

Orientación diagnóstica: Sospecha de carcinoma parotídeo.

Diagnóstico diferencial: Carcinoma de cavum. Linfoma linfocítico.

Comentario final: El TAC realizado objetiva incontables adenopatías en la totalidad de las cadenas cervicales bilaterales, así como retrofaríngeas, intra y periparotídeas, supraclaviculares y mediastínicas, sugestivas de linfoma como primera posibilidad. La biopsia de cavum predomina la población de linfocitos T y algunas células b policlonales. El 59% de las células son linfocitos B maduros de pequeño tamaño y de carácter no monoclonal. Con inmunofenotipo característico de LLC-B/Linfoma linfocítico. Finalmente en hematología se realiza una biopsia de médula ósea y se confirma el diagnóstico de linfoma linfocítico, neoplasia indolente que no requiere tratamiento sino vigilancia activa por el momento, realizando controles cada 6 meses.

Bibliografía

1. da Silva RL, Fernandes T, Lopes A, Santos S, Mafra M, Rodrigues AS, et al. B Lymphoblastic Lymphoma Presenting as a Tumor of the Nasopharynx in an Adult Patient. *Head Neck Pathol.* 2010.

Palabras clave: Linfoma linfocítico. Carcinoma de cavum.