

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?

Irene Vila Masana*, Cristina Maza Muela, Ana María López López, José Ignacio Salmerón Escobar y Carlos Navarro Vila

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

Paciente mujer de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a consultas externas de Cirugía Oral y Maxilofacial para valoración de una masa nodular no dolorosa, de desconocido tiempo de evolución y crecimiento progresivo, a nivel de suelo de boca lateralizada hacia la derecha. La paciente no presenta dificultad respiratoria ni clínica deglutoria.

En la exploración se aprecia una tumoración indurada, de unos 3 cm. de diámetro máximo, clínicamente anodina y que impresiona de extensión hacia la celda submaxilar ipsilateral a la palpación bimanual. La apertura oral es normal y no se hallan focos odontógenos ni otras lesiones mucosas. Los conductos salivales son permeables y se observa el de Wharton ipsilateral medializado. No se encuentran alteraciones en la celda parotídea. La glándula submaxilar derecha se palpa discretamente aumentada de tamaño respecto la contralateral y no se palpan adenopatías laterocervicales.

En la ortopantomografía no visualizamos imágenes de litiasis intraglandulares ni en los conductos excretores de las glándulas salivales.

Ante la presunción diagnóstica de afectación a nivel de la glándula submaxilar, se solicita un estudio ecográfico con punción.

La ecografía glandular no encuentra alteraciones en el tamaño ni en la ecoestructura de glándulas submaxilares, no se observan imágenes litiásicas. No se encuentran datos de que sugieran la presencia de un proceso infiltrativo o obstructivo crónico. La punción con aguja fina, obtenida a través de la ecografía, informa de extendidos de fondo hemorrágico pobremente celular, en el que no se identifican células epiteliales ni componente inflamatorio.

En el TC cervicofacial (figs. 1 y 2) se visualiza un aumento de tamaño difuso de la glándula sublingual derecha con micro-litiasis, planteándose como primera posibilidad diagnóstica que los cambios sean debidos de un proceso inflamatorio, sin poderse descartar una afectación linfoproliferativa.

Dada la patología inflamatoria y/o obstructiva por sialolitiasis como primera posibilidad diagnóstica, la paciente se interviene quirúrgicamente, a través de un abordaje del suelo de boca, realizándose la extirpación de la glándula

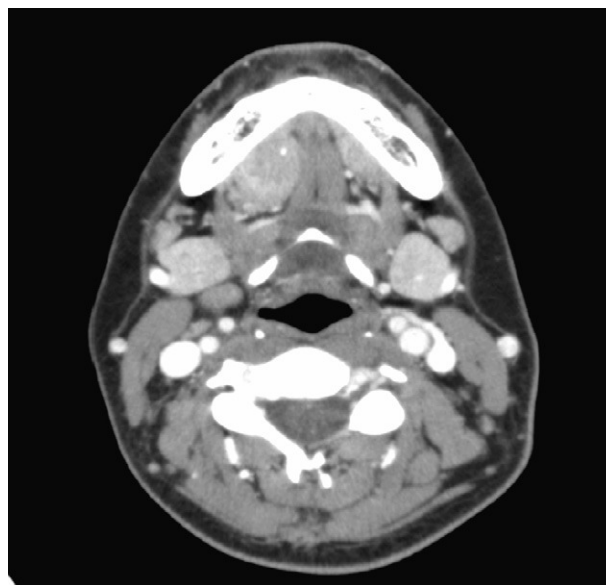


Figura 1 – Proyección transversal, TC cervicofacial.

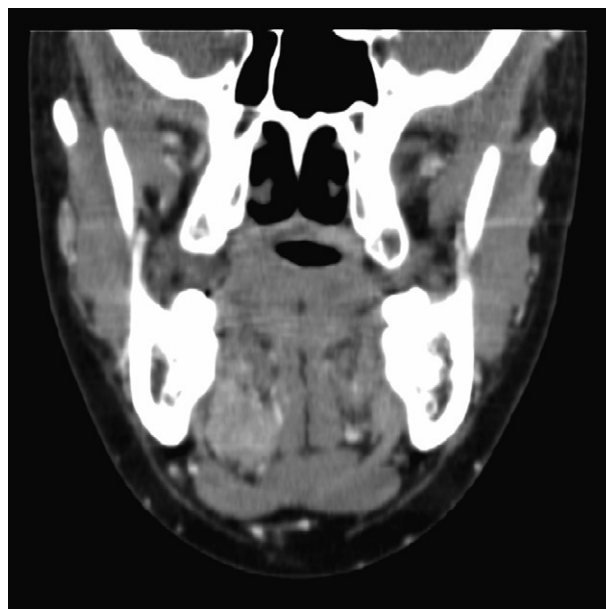


Figura 2 – Proyección frontal, TC cervicofacial.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dravilamasana@gmail.com (I.V. Masana).



Figura 3 – Extirpación quirúrgica.

sublingual derecha (fig. 3). Se respetan el nervio lingual y el conducto de Wharton. A las veinticuatro horas postoperatorias, la paciente presentó un hematoma de suelo de boca que precisó reintervención quirúrgica de urgencia para su evacuación y hemostasia del lecho quirúrgico, dejando un drenaje. La evolución clínica posterior no presentó más complicaciones, dando de alta a la paciente a los 4 días de la primera intervención. A los cuatro meses no se han visualizado signos de recidiva locoregional.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.10.001