

TUMORACIÓN UNILATERAL AGUDA EN LA REGIÓN PAROTÍDEA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

AUTORA: ANA MURILLO MARTÍNEZ R1 PEDIATRÍA

TUTOR: MIGUEL ÁNGEL RUIZ CASTELLANO

ROTACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA



ÍNDICE

1

INTRODUCCIÓN

- ANATOMÍA
- PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO
- ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

4

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

7

CONCLUSIONES

2

PATOLOGÍA GANGLIOS

- INFECCIOSA

5

NEOPLASIAS PARÓTIDA

- TUMORES BENIGNOS
- TUMORES MALIGNOS

8

BIBLIOGRAFÍA

3

PATOLOGÍA PARÓTIDA

- INFECCIOSA
- CONTINUACIÓN CASO

6

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO TUMORES

- RESOLUCIÓN CASO CLÍNICO

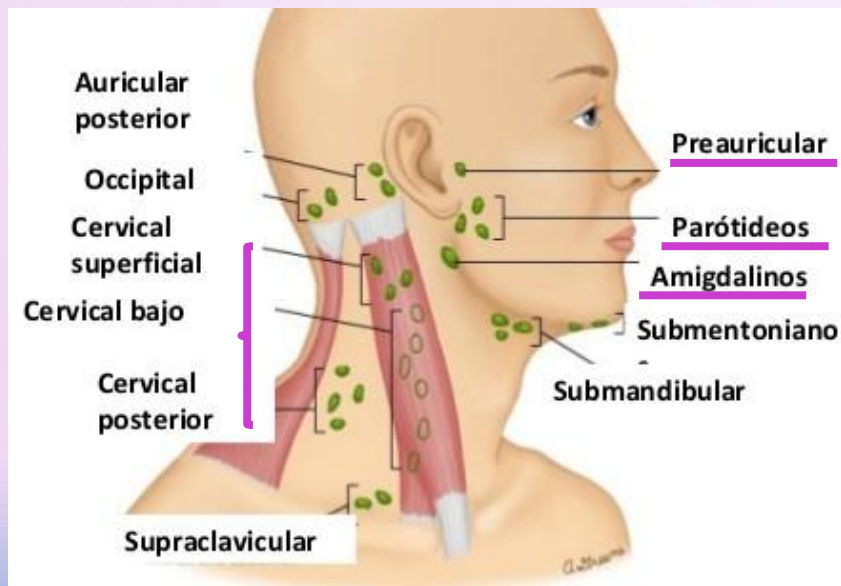
1 ANATOMÍA

GANGLIOS:

Superiores glándula parótida: Preauriculares

En el interior glándula parótida: Parotídeos

Inferiores glándula parótida: Yugulodigástricos (amigdalinos) y cervicales

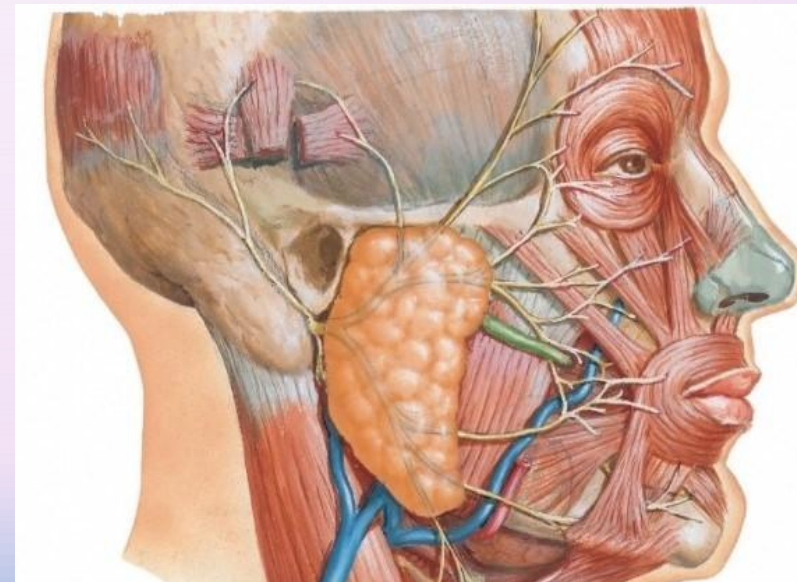


PARÓTIDA:

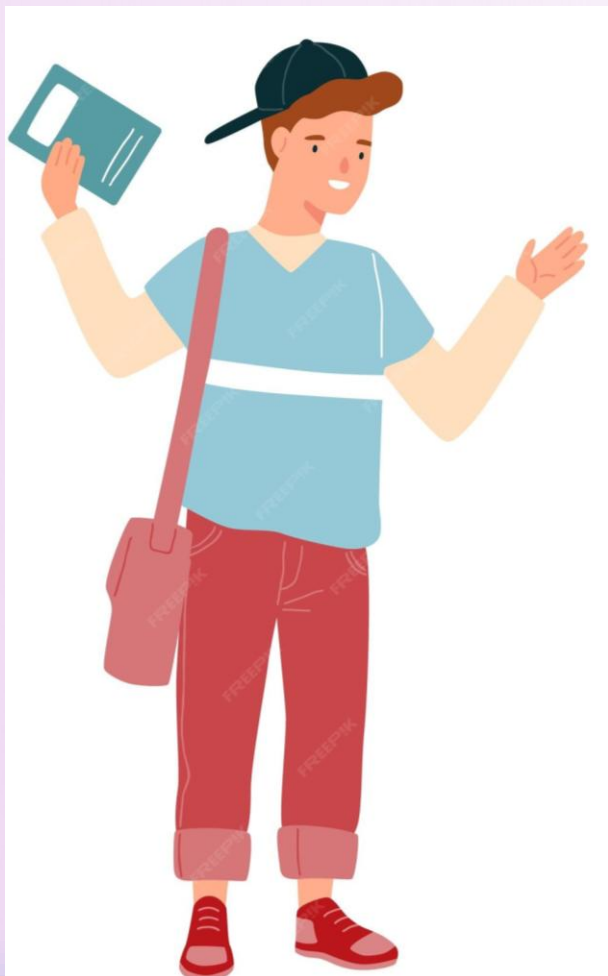
Límite superior: CAE

Límite anterior: Rama ascendente del maxilar inferior

Límite posterior: Apófisis mastoides y estiloides



1 PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO



- Adolescente de 13 años con **otitis externa aguda izquierda**, se trata con ciprofloxacino y fluocinolona tópicos durante 7 días
- Vuelve a consulta **a los días** por **tumoración izquierda (unilateral) preauricular izquierda de consistencia dudosa**
- Se pauta tratamiento antibiótico y se cita una semana después para valoración de tratamiento

1

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN FÍSICA

EXPLORACIÓN FÍSICA

CARACTERÍSTICAS PERSONALES

Edad de aparición:
Recién nacidos:
hemangiomas y
linfangiomas
Escolares: parotiditis

Anamnesis



ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGÍA
GLÁNDULA SALIVAR
Y ADENOPATÍAS

CAMBIOS LOCALES:

Aumento del volumen,
dolor, adenopatías
asociadas, velocidad
crecimiento, lateralidad,
relación con
alimentación

OTROS SÍNTOMAS

Síntomas generales:
Fiebre, anorexia,
astenia, pérdida de
peso

Síntomas funcionales
Parálisis facial



- Nervio facial
- Pabellón auricular y otoscopia
- Exploración oral y faringolaríngea exhaustiva
- Visualización de las papilas de Stenon y de Wharton
- Palpación glándulas y conductos: bimanual, desde el exterior
- En presencia de una tumefacción, precisar:
 - Relación con referencias óseas
 - . Límites bien o mal definidos
 - Consistencia, fluctuación, homogeneidad;
 - Movilidad o adherencia con relación a la piel y a los planos profundos
 - Existencia de latido y presencia de adenopatías satélites

2 PATOLOGÍA GANGLIOS

Se consideran aumentados de tamaño los ganglios cervicales >1 cm (0,5 cm en neonatos)



Si causa no establecida **NO** usar nunca corticoides. Empeoran enfermedad infecciosa, enmascaran diagnóstico de neoplasias

2 PATOLOGÍA GANGLIOS: INFECCIOSA

	Adenitis reactiva	Adenitis infecciosa	Infecciones cervicales profundas
Características tumoración	Bordes definidos. Ausencia borrado ángulo mandibular Dolorosa	Bordes definidos. Ausencia borrado ángulo mandibular Dolorosa Tamaño superior 2-3cm	No signos inflamatorios superficiales Dolorosa
Sintomatología asociada	Fiebre Clínica área ORL (otorrea, hipoacusia, infecciones dentales)	Fiebre No afectación estado general	Fiebre elevada (>39°C) Afectación estado general Tortícolis
Tratamiento	Depende del foco primario Si bacteriano: ATB Si viral: Sintomático (Ibuprofeno)	ATB. Tratamiento 1ª elección Cefadroxilo, VO 30 mg/kg/día, cada 12 horas. Amoxicilina-clavulánico (40 mg/kg/día cada 8h	Ingreso. Tratamiento 1ª elección: Cefazolina, IV 50-100 mg/kg/día, cada 8 horas

3

PATOLOGÍA PARÓTIDA: INFECCIOSA

	Parotiditis epidémica (viral)	Parotiditis aguda supurada
Características tumoración	Borramiento ángulo mandibular Tamaño máximo en 2-3 días Remite lentamente Afectación bilateral posterior 70-90%	Borrado ángulo mandibular Exudado purulento a través conducto de Stenon Muy dolorosa Afectación muy rápida
Sintomatología asociada	Prodrómicos: Fiebre, (hasta 40°C), afectación estado general, anorexia, otalgia	Fiebre Afectación estado general Saliva espesa
Tratamiento	Sintomático (Ibuprofeno)	Ingreso. Cloxacilina IV 200 mg/kg/día y Gentamicina IV 5 mg/kg/día durante 10 días. Si refractario: Drenaje Qx

3

PATOLOGÍA PARÓTIDA: OTRAS TUMORACIONES

Bilaterales

Parotiditis por VIH

Síndrome de Sjogren: clínica predominante sequedad de la boca y los ojos. Además suele ser recurrente y crónico

Etiología obstructiva

Sialolitiasis: Muy infrecuente. Los síntomas se asocian a la alimentación

Ránulas o pseudoquistes

Curso más crónico

Infecciones granulomatosas: No dolorosas

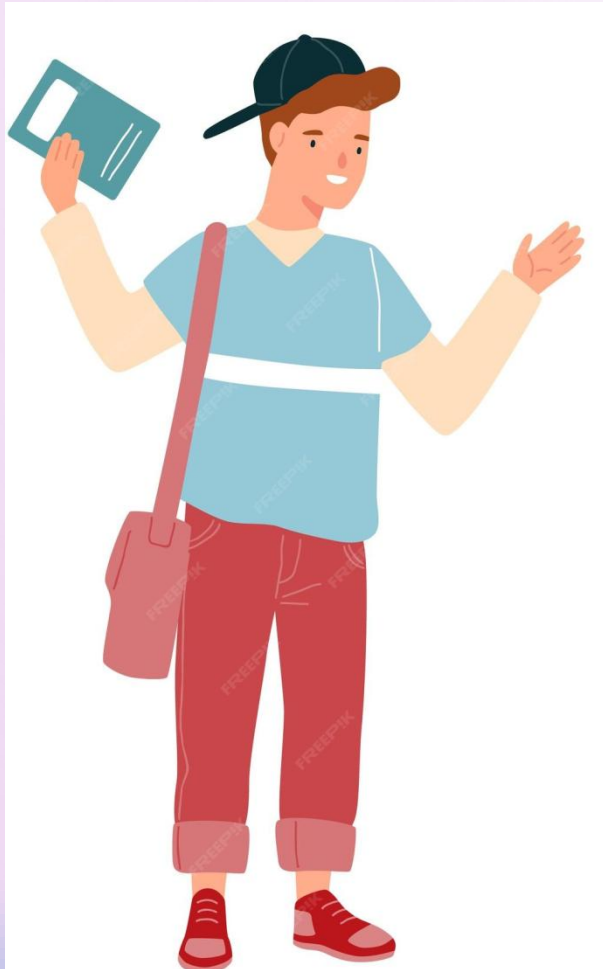
Sarcoidosis: Asocia uveítis y parálisis del nervio facial

Recurrentes

Parotiditis recurrente juvenil: Se requieren 2 episodios en menos de 6 meses

3

CONTINUACIÓN CASO CLÍNICO



- En 3^a visita se objetiva **tumoración de consistencia dura y adherida a planos profundos**

CRITERIOS ALARMA

- La consistencia pétrea
- La adherencia a planos profundos
- Los bordes irregulares
- La ulceración de la piel superficial



4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



Ecografía: Primera prueba (más limitada pero más accesible y fácil de realizar sin sedación)



RMN: Prueba de elección.
Permite establecer estadiaje



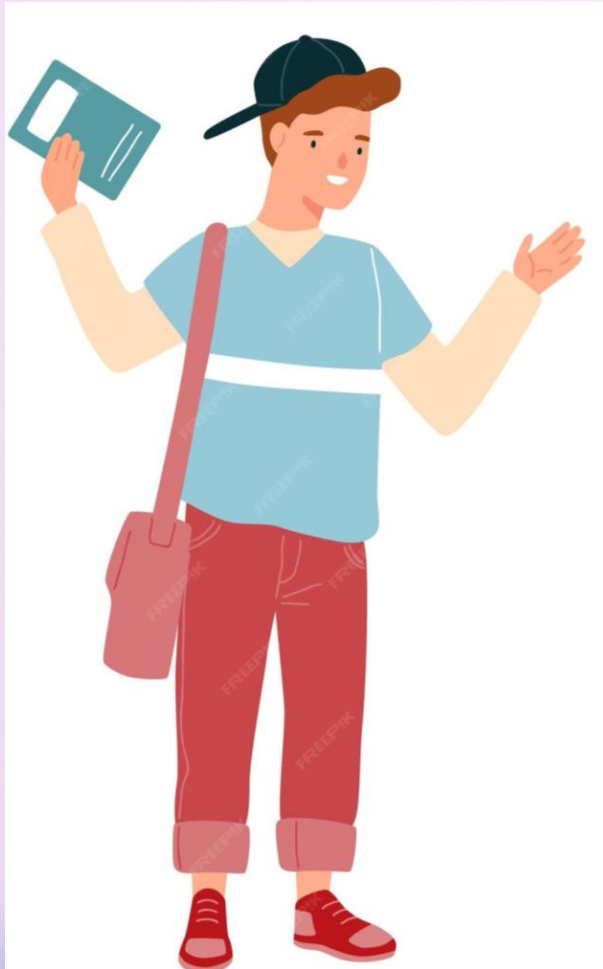
PAAF: Diagnóstico histológico inicial.
Permite diferenciar entre tumor maligno y otro tipo de tumoraciones (absceso, linfoma, hemangioma, malformación linfática)

- Menos específicas en determinar el tipo exacto del tumor
- Además, requiere colaboración y no puede ser realizada a cualquier edad sin apoyo anestésico

Biopsia incisional: es inapropiada porque entraña riesgos (lesión facial, diseminación, complicar distinción niveles del cuello...)

Biopsia excisional: se utiliza sobre todo en aquellos casos en que la PAAF no ha sido diagnóstica y hay alta sospecha. Generalmente requiere de parotidectomía superficial

4 PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



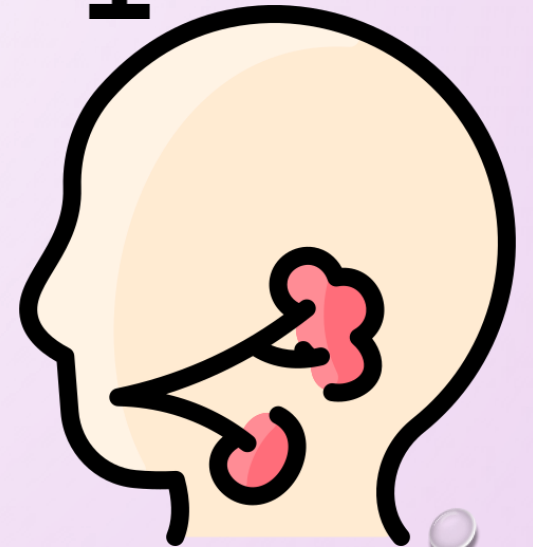
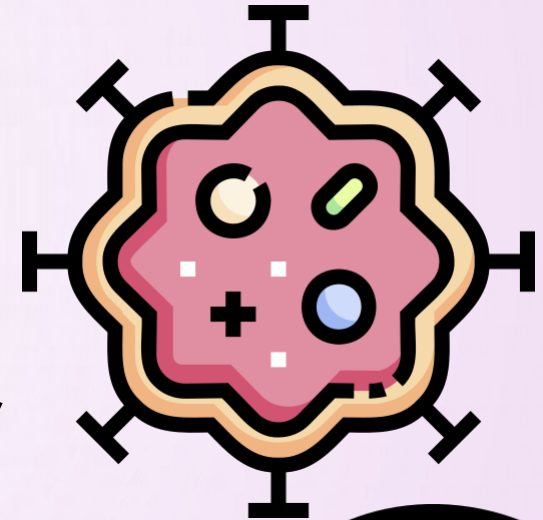
- **Ecografía:** Lesión ocupante espacio **lóbulo superficial** de la **parótida izquierda**, discretamente heterogéneo y de bordes lobulados, con vascularización interna, de **aspecto tumoral**
- **RMN:** Lesión nodular, bien definida, contornos lobulados, localizada en lóbulo superficial parótida izquierda. **No ejerce efecto masa significativo ni invasión de estructuras adyacentes**, plantea diagnóstico diferencial entre adenoma pleomorfo, lesión maligna, ganglio intraparotídeo patológico
- **Biopsia:** Sugiere diagnóstico de **Carcinoma de Células Acinares**

5 NEOPLASIAS PARÓTIDA

Los tumores de las glándulas salivales son infrecuentes, representando un 1% de todas las neoplasias pediátricas

Afectan en un 80-85% a la glándula parótida

El tipo más frecuente de tumoración sólida es el adenoma pleomorfo y globalmente el hemangioma



5 NEOPLASIAS PARÓTIDA

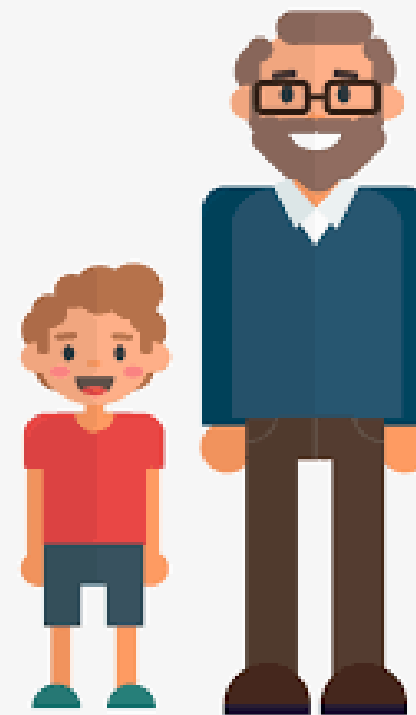
Las características en estos tumores son distintas en niños y en adultos:

Tumor aislado en parótida: Riesgo malignidad es mayor en niños que en adultos

En niños son más frecuentes los tumores mesenquimales

Mejor pronóstico en niños que en adultos

Más del 90% de pacientes tienen más de 10 años en el momento del diagnóstico, sin claro predominio de género. Cuando aparece en niños menores de 10 años tienden a ser tumores de más alto grado y con peor pronóstico



5 TUMORES BENIGNOS

	Adenoma pleomorfo	Hemangioma	Malformación linfática
Incidencia	Más frecuente Mayor incidencia: Pubertad	90% de los tumores salivales en menores de 1 año	Mayor incidencia: Recién nacidos
Presentación clínica	Masa indolora Salivación excesiva	Lesiones blandas Piel suprayacente tonalidad azul violácea	Masa indolora Lesión blanda
Características	Tendencia recidiva Posible afectación del nervio facial en su tratamiento Potencial de malignización	Tendencia a involución Suelen asociarse a otros hemangiomas en cabeza y cuello	Origen primario u origen secundario
Tratamiento	Exéresis: Parotidectomía superficial	Actitud expectante: Pequeño, sin crecimiento y asintomáticos Propranolol Si fracaso: Qx	Escleroterapia

5 TUMORES MALIGNOS

	Carcinoma mucoepidermoide	Carcinoma adenoide quístico	Carcinoma células acinares
Incidencia	Más frecuente	2º Más frecuente	3º más frecuente
Presentación clínica	Doloroso Parálisis nervio facial	Crecimiento lento Muy doloroso	No doloroso
Características	Menor estadio, mayor supervivencia que en adultos.	Gran riesgo metástasis al pulmón Rx tórax: monitor para su seguimiento	Poco riesgo de metástasis. Tendencia a recurrir

5 TUMORES MALIGNOS

Linfoma

- Síntomas: masa infiltrante que reemplaza el parénquima glandular. Existen dos tipos:
- Primario: Suelen ser no Hodgkin (folicular, difuso de células grandes y MALT)
- Secundario (más frecuente): adenopatías intraparotídeas

Metástasis

La glándula parótida es la glándula salivar más frecuentemente afectada por metástasis de tumores extra parotídeos, aunque son en general poco frecuentes

Existen 2 vías para que un tumor metastatice en la glándula parótida:

- Diseminación linfática. Más frecuente. Melanoma facial y los carcinomas cutáneos
- Diseminación hematógena, menos frecuente. Vías aéreo-digestivas o riñón

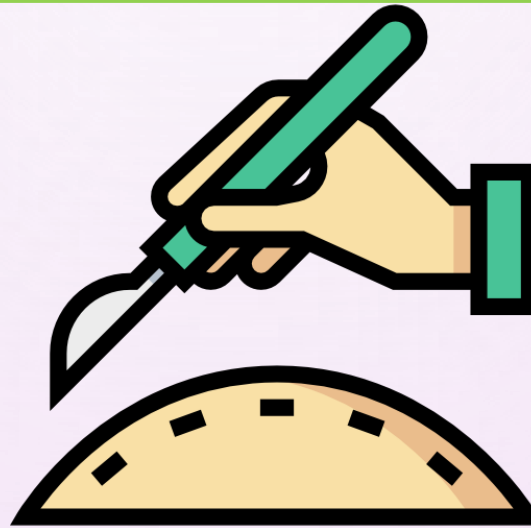
6

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO TUMORES

Recomendaciones se basan en revisiones sistemáticas, no hay casi datos de ensayos clínicos

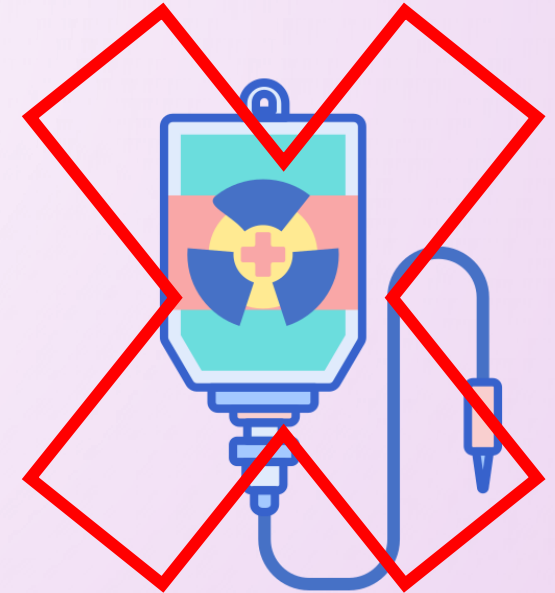


Radioterapia: Sólo utilizada en invasión perineural, vascular o linfática, afectación de los ganglios linfáticos, con diseminación capsular, las metástasis en parótida y casi todos los carcinomas adenoides quísticos. Las dosis de RT suelen estar entre 60-66Gy a 2Gy por fracción



Parotidectomía superficial: Tratamiento para la mayoría de tumores benignos y malignos del lóbulo superficial

Parotidectomía total: Tumores en el lóbulo profundo



Quimioterapia: No ha demostrado ser útil

6

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO TUMORES

Se han descrito **recurrencias** locales de adenomas pleomorfos y de otros tumores malignos hasta **10-15 años después**

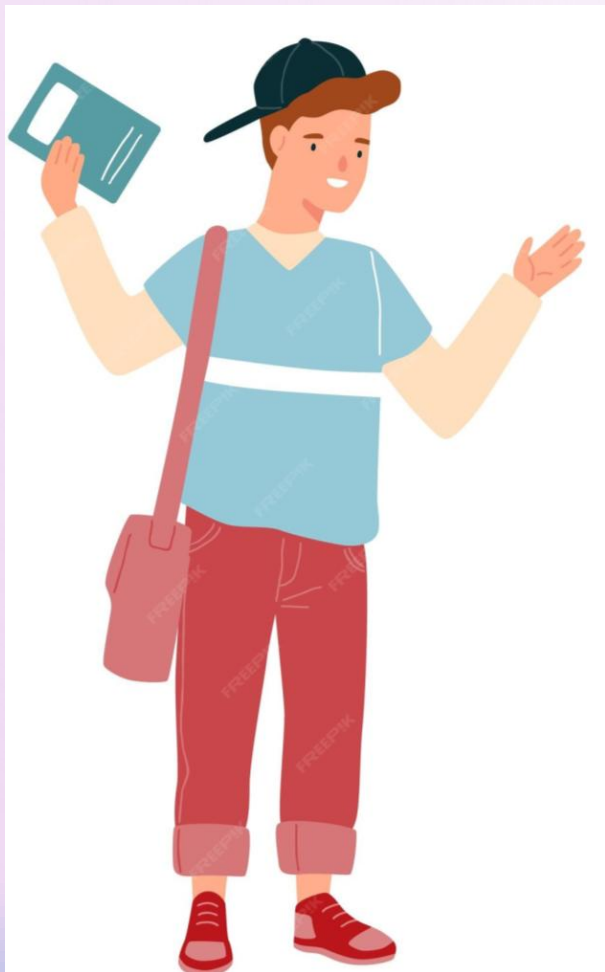
Deberían realizarse **seguimiento** a largo plazo en estos pacientes con **exploración física y ecografía de la región afecta al menos 1 vez al año**



Para **tumores malignos**, la intensidad del seguimiento es generalmente mayor en los primeros **2-4 años**, ya que el 80-90% de todas las recurrencias ocurren en este periodo de tiempo

Algunos estudios de cohortes sugieren que hay un riesgo de recurrencia incluso pasados los **primeros 5 años**

6 RESOLUCIÓN CASO CLÍNICO



Parotidectomía superficial programada
Intención curativa
No RT

TO BE CONTINUED

7 CONCLUSIONES

- Para distinguir unas patologías de otras, el interrogatorio ha de ser riguroso, pudiendo orientar el diagnóstico hacia dos tipos de procesos, inflamatorios o tumorales
- En presencia de una tumefacción se ha de precisar la situación de la misma en relación con las referencias óseas de la región, límites bien o mal definidos, la consistencia, homogeneidad, movilidad o adherencia con relación a la piel y a los planos profundos; existencia de latido y presencia de adenopatías satélites
- Es muy importante que durante el estudio de la adenopatía no se comience el tratamiento con corticoides
- Cuando aparece un tumor aislado en parótida, el riesgo de malignidad es mayor en niños que en adultos

7 CONCLUSIONES

- La RMN con contraste es la técnica de imagen de elección
- Es frecuente realizar primero la ecografía, más limitada pero más accesible y fácil de realizar sin sedación en niños más pequeños
- El diagnóstico histológico inicial se suele realizar con PAAF
- La parotidectomía superficial trata la mayoría de tumores benignos y malignos del lóbulo superficial
- La quimioterapia no ha demostrado ser útil y la radioterapia presenta limitaciones
- Deberían realizarse seguimientos a largo plazo en estos pacientes con exploración física y ecografía de la región afecta al menos una vez al año durante al menos 4 años

8

BIBLIOGRAFÍA

- Muñoz DCI, Rubio MCG, Nicolás JLL. SEMIOLOGÍA, EXPLORACIÓN CLÍNICA, POR LA IMAGEN Y FUNCIONAL DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES.
- Adenitis cervical | Pediatría integral [Internet]. 2018 [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2018-10/adenitis-cervical/>
- Guía-ABE - parotiditis-aguda [Internet]. [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.guia-abe.es/temas-clinicos-parotiditis-aguda>
- Patología de las glándulas salivales | Pediatría integral [Internet]. 2022 [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-10/patologia-de-las-glandulas-salivales-2022/>
- Salivary gland tumors: Epidemiology, diagnosis, evaluation, and staging - UpToDate [Internet]. [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/salivary-gland-tumors-epidemiology-diagnosis-evaluation-and-staging/print?csi=576189c2-e32f-4390-9e90-622df97b18bb&source=contentShare>

8

BIBLIOGRAFÍA

- Córdoba MSF, Piñera JG, París OS, Villodres RP, Lillo ML. Tumores de parótida en niños. Cir Pediatr. 2008;21
- Salivary gland tumors: Treatment of locoregional disease - UpToDate [Internet]. [citado 24 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/salivary-gland-tumors-treatment-of-locoregional-disease?csi=5bf9deda-2159-4dee-a297-900408ccdeb1&source=contentShare>
- Seethala RR, Griffith CC. Molecular Pathology: Predictive, Prognostic, and Diagnostic Markers in Salivary Gland Tumors. Surg Pathol Clin. septiembre de 2016;9(3):339-52
- Ata-Ali J, Ata-Ali F, Ferrando-Marco J, Fontal-Alvarez M. Carcinoma mucoepidermoide de glándula parótida. Na Pediatría. 1 de julio de 2017;87(1):55-6.
- Canal FC, Córdón BS, Salgado MDP, Villavicencio CL, Montanari MC, Díaz MC. CORRELACIÓN RADIO-PATOLÓGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES DE GLÁNDULAS SALIVALES MAYORES. Seram [Internet]. 28 de abril de 2018 [citado 24 de octubre de 2023];2(1). Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/7295>

TUMORACIÓN UNILATERAL AGUDA EN LA REGIÓN PAROTÍDEA. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

AUTORA: ANA MURILLO MARTÍNEZ R1 PEDIATRÍA

anna.mmlt98@gmail.com

