

IMÁGENES EN OTORRINOLARINGOLOGÍA

## Aneurisma intraparotídeo de vena comunicante posterior

### Intraparotid aneurysm of the posterior communicating vein

Enrique Coscarón Blanco<sup>a,\*</sup>, María Soledad Suárez Ortega<sup>a</sup> y Eva Purificación Martín Garrido<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Otorrinolaringología, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

<sup>b</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España

Recibido el 19 de octubre de 2010; aceptado el 21 de octubre de 2010

Mujer de 76 años, con tumoración parotídea derecha fluctuante, aparentemente quística, cambiante de tamaño con la posición cefálica, de consistencia elástica, indolora y sin infiltración o fistulización a plano cutáneo, de evolución desconocida (fig. 1). Cuadros sialolitiásicos. Exploración facial normal. En RMN: se nos informó como «lesión nodular bien definida compatible con adenoma pleomorfo o tumor de Warthin», con

calcificaciones intralesionales (fig. 2). El estudio ecográfico y de eco-Doppler aprecia «imagen quística central de 37 x 17 mm homogénea aunque no totalmente anecoica con moderado latido transmitido de vasos normales». La imagen hipoeoica se atribuyó a sialolitiasis aunque sin descartar tumor quístico. Se realizó parotidectomía extrafacial con bisturí Harmonic Ultracision, constatándose tumoración vascular venosa dependiente de vena facial posterior o comunicante intraparotídea, medial y profunda a las ramas mentoniana y media del nervio facial, a las cuales elonga y desplaza aunque no se adhiere a ellas ni las infiltra (fig. 3). Se disecciona el nervio de la tumoración y se extirpa en monobloque junto al lóbulo profundo sialolitiásico, previa ligadura de los cabos de la vena de origen y vaciado del aneurisma



Figura 1

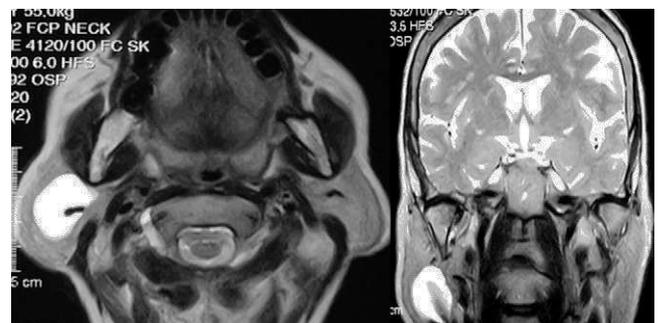


Figura 2

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: kikekoska@yahoo.es (E. Coscarón Blanco).

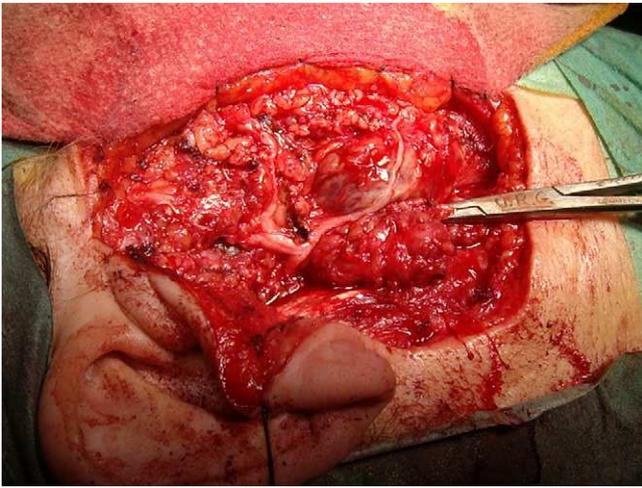


Figura 3

para evitar hemorragia o lesión del nervio facial durante la hemostasia.

Ante el diagnóstico de tumoración quística y máxime en ausencia de componente sólido, replantearemos el diagnóstico radiológico de tumor de Warthin y sospecharemos aneurisma arterial (pulsátil o no) o venoso. Dada la fragilidad de las paredes del vaso, pudiendo ser electiva disección del mismo, optamos por resección en monobloque con el tejido glandular adyacente sialolitiásico para prevenir sialoceles o litiasis, y evitar hemorragias o lesiones del nervio facial.