

# Symptomarme Schwellung der Glandula parotis

## Vorgeschichte

Ein 70-jähriger Patient stellte sich mit einer unklaren Raumforderung der rechten Parotisregion vor. Vorangegangen waren seit etwa 5 Monaten Phasen von Schmerzen und wechselnde Schwellungsepisoden im Bereich der oberen rechten Wange. Initial bestand auch eine Okklusionssymptomatik der Glandula, die jedoch im weiteren Verlauf wieder verschwand. Ein direktes oder indirektes Trauma der Region etwa im Sinne einer Sturzverletzung oder einer Kiefergelenkkontusion lag nicht vor. Anamnestische oder laborchemische Hinweise auf eine Blutungsneigung oder eine medikamenteninduzierte Hämostasestörung bestanden nicht. Eine bereits an anderem Ort durchgeführte Feinnadelpunktion hatte keine richtungweisende Aussage zur Dignität des Befundes erbracht.

## Klinischer Befund

Palpatorisch ließ sich präaurikulär, lateral des rechten Kiefergelenks eine derbe, umschriebene Raumforderung (■ **Abb. 1**) erkennen, die allerdings nur eine geringe Druckdolenz aufwies. Das Speicheldrüsensekret war klar, die Mundöffnung war nicht eingeschränkt. Die Fazialisfunktion und die lokale Hautsensibilität waren nicht beeinträchtigt. Klinische Zeichen einer Entzündung fanden sich nicht.

## Diagnostik

**Sonographie:** Die Ultraschalldiagnostik zeigte eine nahezu kreisrunde, allerdings nicht stark kontrastierende Raumforderung mit homogener Binnenstruktur im tiefen Parotisanteil, wobei sich innerhalb der Läsion dopplersonographisch keine Gefäße darstellen ließen (■ **Abb. 2**).

**Magnetresonanztomographie (MRT):** In der MRT stellte sich die Raumforderung als zweiseitige scharf begrenzte knotige Struktur ohne Kontrastmittelaufnahme in unmittelbarer Nähe zur Gelenkkapsel dar (■ **Abb. 3**). Die größere der Läsionen zeigte einen biphasischen Aufbau mit einer zentralen Dichteminderung. Die zentralen Anteile stellten sich allerdings nicht liquide, etwa im Sinne einer zentralen Nekrose oder zystischen Läsion, dar.

## Therapie und Verlauf

Die Exstirpation des Befundes erfolgte im Rahmen einer konservativen Teilparotidektomie. Die vom übrigen Gewebe gut abgrenzbare tumorartig imponierende Läsion (■ **Abb. 4a**) befand sich im kranialen

tiefen Parotisanteil zentral der Ebene des N. facialis. Die glatte Kapsel zeigte eine deutliche Gefäßzeichnung und war dem Kiefergelenk stark adhärent. Nach der Entfernung des Gebildes stellte sich eine regelrechte Exkavierung des lateralen Gelenkpols dar (■ **Abb. 4b**).

Nach der Entfernung in toto wird am Resektat noch einmal der zweiseitige Aufbau der Läsion aus 2 kugeligen Gebilden erkennbar. Im Anschnitt des Präparates (■ **Abb. 5**) zeigte sich homogenes rotbräunliches Material, umgeben von einer straffen Kapsel, sodass zu diesem Zeitpunkt an einen eingebluteten oder zentral nekrotischen Tumor mit Hämosiderineinlagerungen zu denken war.

## Histologie

Histologisch fand sich unter einer dicken fibrösen Kapsel aus kollagenem Bindegewebe ein dichtes Koagel von Erythrozyten. Der zentrale Bereich war noch teilweise deutlich gegen die Kapselstruktur abgegrenzt, allerdings zeigten sich keine endothelialen Strukturen. In anderen Teilen der Läsion fand sich ein dichtes zelluläres inflammatorisches Infiltrat im Sinne einer resorptiven Begleitentzündung und Organisation. Die Elastika-van-Gieson-Färbung zeigte keine typischen Gefäßwandstrukturen in der bindegewebigen Kapsel (■ **Abb. 6**).

**Liebe Kolleginnen und Kollegen, hier kann auch Ihr Fall dargestellt werden!**

Haben Sie Anregungen oder eine interessante Falldarstellung? Senden Sie diese bitte an:

Prof. Dr. F. Bootz  
 Universitäts-HNO-Klinik Bonn  
 Sigmund-Freud-Straße 25  
 53105 Bonn

Tel.: 0228/2871-5551  
 Fax: 0228/2871-6830  
 friedrich.bootz@ukb.uni-bonn.de