



Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial

www.elsevier.es/recom



Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?

Josué Hernando Vázquez^{a,*}, Pedro M. Villarreal Renedo^b, Verónica Blanco Escudero^c
y Alejandro Pelaz García^a

^aMédico residente, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^bMédico adjunto, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

^cMédico residente, Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

Mujer de 66 años, remitida por el cirujano, que acude a nuestra consulta por presentar varias tumoraciones cervicales de 2 años de evolución y crecimiento progresivo. Como antecedentes de interés la paciente presenta diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales.

En la exploración física se observa la presencia de varias tumoraciones situadas en la región submaxilar izquierda de aproximadamente 2 cm de diámetro mayor, no dolorosas a la palpación, duras, móviles y no adheridas a la piel ni a planos profundos. No se constató ninguna lesión en la cavidad oral, y el estado de salud bucodental de la paciente era óptimo.

Como estudios complementarios se realizó una tomografía computarizada (TC), en la que se observaron las citadas tumoraciones, que daban la impresión de tratarse de adenopatías submaxilares izquierdas (fig. 1). Se realizó también una punción-aspiración con aguja fina (PAAF), en la que se observó una población polimorfa con elementos de pequeño-mediano tamaño y agregados epitelioides sin células multinucleadas ni necrosis, con la sospecha diagnóstica de linfagitis crónica granulomatosa tipo sarcoidea (fig. 2).

El diagnóstico diferencial incluye la etiología infecciosa (linfadenitis aguda, adenitis tuberculosa y enfermedad por arañazo de gato) y la neoplásica (carcinoma metastático y glandular).

Bajo anestesia general y a través de una cervicotomía transversa, se procedió a la exéresis quirúrgica de 3 adenopatías submaxilares izquierdas (fig. 3). La biopsia intraoperatoria derivada de ella fue sugestiva de sarcoidosis. Además, se envió material para cultivo microbiológico.

Figura 1 – Tomografía computarizada. Presencia de lesiones nodulares, la mayor de 24 mm, que comprimen la región posterior de la glándula submaxilar izquierda y captan homogéneamente contraste, compatibles con adenopatías reactivas.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Josue.hernando@gmail.com (Josué Hernando Vázquez).

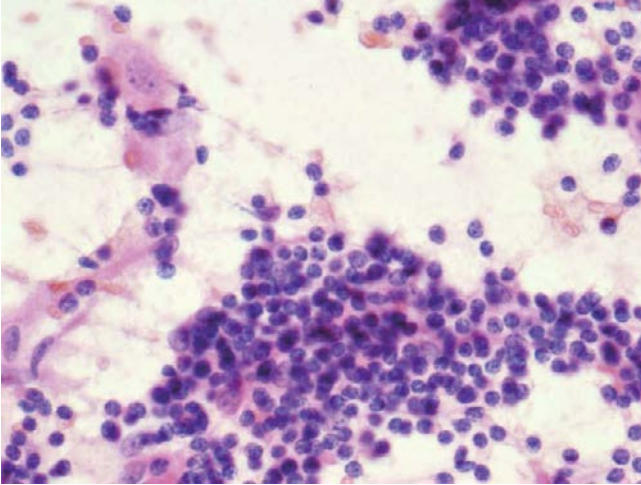


Figura 2 - Punción-aspiración con aguja fina. Abundantes células linfoides entremezcladas con células epitelioides, sin que se observe material necrótico.

El estudio histológico definitivo constató la presencia de granulomas no caseificantes sugestivos de sarcoidosis, sin hallar bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) en la tinción con Ziehl-Nielsen (ZN) (fig. 4). En el cultivo microbiológico se observó el crecimiento de *Mycobacterium tuberculosis Complex* (MTC).

Con el diagnóstico de tuberculosis (TBC) cervical, la paciente fue remitida al servicio de medicina interna que, tras completar los estudios de extensión correspondientes y sin encontrar enfermedad en otras regiones del organismo, inició el tratamiento con tuberculostáticos.



Figura 3 - Imagen intraoperatoria de la pieza quirúrgica.

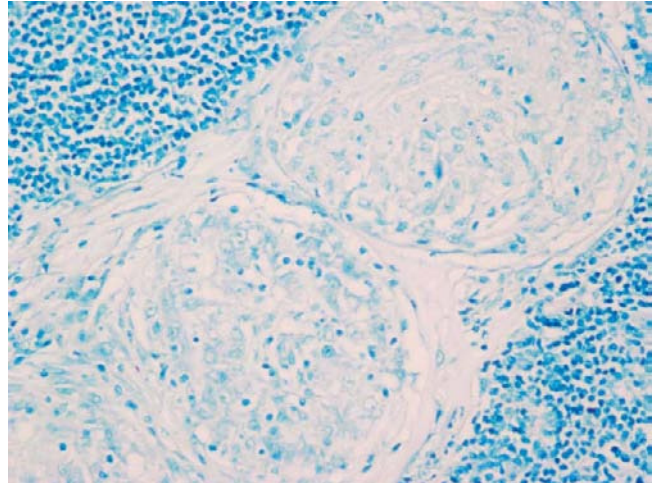


Figura 4 - Tinción de Ziehl-Nielsen. No se demuestra la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.