

## Página del residente

# ¿Cuál es su diagnóstico?

## What would your diagnosis be?

I. Navarro<sup>a,\*</sup>, J.L. del Castillo<sup>b</sup>, E. Palacios<sup>a</sup>, J.L. Cebrián<sup>b</sup>, E. Mirada<sup>a</sup> y M. Burgueño<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>b</sup>Médico Adjunto, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

<sup>c</sup>Jefe de Servicio, Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Mujer de 56 años de edad sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés que consulta por dolor en la región temporo-mandibular izquierda extendido a la región maxilar ipsilateral de un año de evolución.

Clínicamente refiere dolor a la palpación de la ATM izquierda, es bruxista y parece tener un síndrome miofascial asociado en relación a la musculatura pterigoidea. Presenta dolor a punta de dedo en el maxilar superior izquierdo. Tras tratamiento conservador con fármacos antiinflamatorios, analgésicos y una férula de reposicionamiento condilar, la paciente experimentó una leve mejoría clínica de la patología miofascial pero seguía aquejando la molestia maxilar, por lo que se decidió pedir una resonancia magnética (RM). En dicha prueba se visualiza una masa que es informada como "lesión ocupante de espacio a nivel parafaríngeo izquierdo, de contornos bien definidos, hipointensa en T1 e hiperintensa en T2" (fig. 1).

Ante el hallazgo radiológico, se decide completar el estudio con una tomografía computarizada (TC), en la que se aprecia una pequeña lesión hipodensa sin realce, de aproximadamente 16 × 13 × 17 mm, que se sitúa por delante de la apófisis estiloides izquierda, adyacente y medial al lóbulo profundo de la glándula parótida izquierda, improntando en sentido anterior y medial a la grasa parafaríngea. No existe extensión a la base del cráneo.



Figura 1



Figura 2

No se palpan masas cervicales ni se observan adenopatías clínico-radiológicas. Tampoco existía focalidad neurológica en relación a pares craneales.

No hay signos clínicos infecciosos, y las analíticas aportadas por la paciente son normales.

Debido a la localización pre-estilea, se realiza punción guiada por TC (fig. 2) y se envía la muestra a anatomía patológica.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nnavcu@hotmail.com (I. Navarro Cuéllar).