

## Página del residente

### ¿Cuál es su diagnóstico?

### What would your diagnosis be?

**Sergi Janeiro-Barrera\***, Aitor García-Sánchez, Iñaki Molina-Barraguer,  
Miguel Ángel Morey-Mas y Mikel Ramos-Murquialday

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

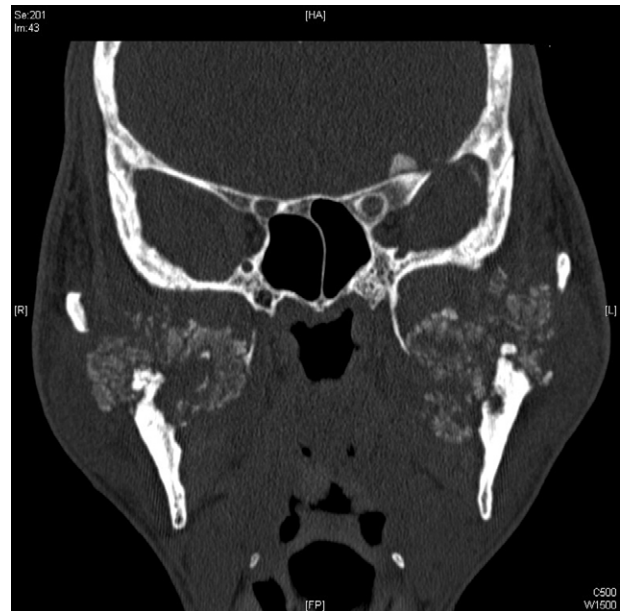
Varón de 38 años con antecedentes de ex-enolismo y de traumatismo mandibular con fractura bicondílea hace 10 años que fue tratada mediante bloqueo intermaxilar durante 10 días. Un mes después del traumatismo presentó un trismus severo junto con una masa dura bilateral a nivel de ambos músculos

maseteros. Mediante biopsia se identificaron calcificaciones musculares, pero el paciente se negó a cualquier otra medida diagnóstica y terapéutica, y no acudió al seguimiento.

Actualmente, el paciente consulta demandando tratamiento. En la exploración se aprecia una limitación para la apertura oral con trismus importante de menos de 10 mm



**Figura 1 – Calcificaciones en fosas infratemporales.**



**Figura 2 – Calcificaciones en ambas articulaciones temporomandibulares.**

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sergijaneiro@gmail.com](mailto:sergijaneiro@gmail.com) (S. Janeiro-Barrera).

con anquilosis de ambas articulaciones temporomandibulares (ATM). Se realiza una ortopantomografía en la que se evidencia una imagen radiodensa que envuelve ambas ramas mandibulares y ambas ATM. La TC pone de manifiesto la existencia de calcificaciones musculares bilaterales y simétricas en el

espacio masticador bilateral, con afectación de los músculos maseteros, pterigoideos laterales y mediales, abarcando la fosa infratemporal bilateralmente (figs. 1 y 2).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.001>

## What is your diagnosis?

**Aldo Suárez\***, Carmen Baquero, Miguel Floría, José Barea, María F Latouche e Iballa Romero

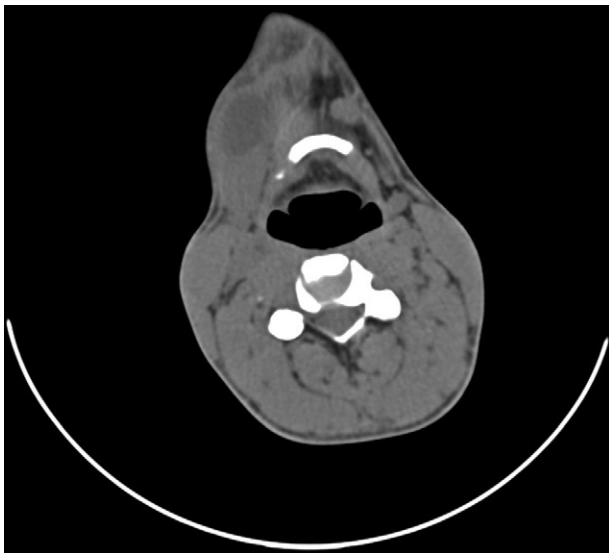
Unidad de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

Varón de 19 años que presentaba antecedentes personales de infección congénita por VHC, discapacidad físico-psíquica con retraso psicomotor, epilepsia y otitis aguda de repetición. Entre sus antecedentes familiares destacaba una infección clínica tuberculosa de su madre 2 años antes, con pauta terapéutica correcta y completa. El paciente presentaba contacto frecuente con animales domésticos, conviviendo con 2 gatos y varias aves (canarios) en casa.

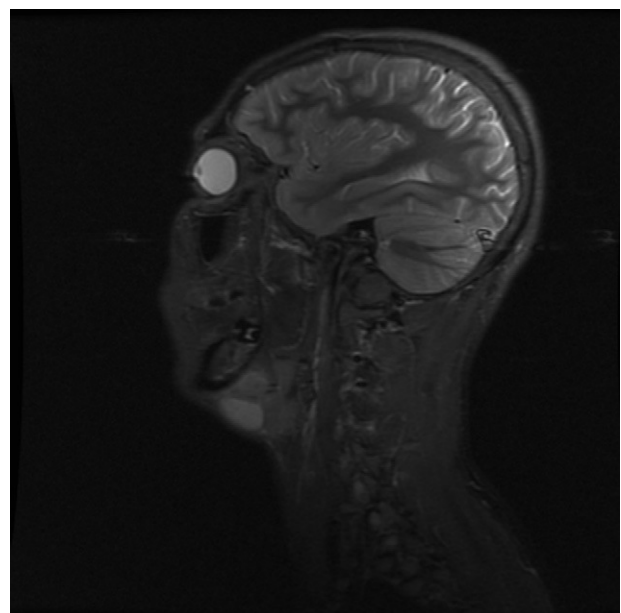
El paciente fue remitido al servicio de cirugía maxilofacial por presentar una tumoración paramandibular derecha de 3 cm de diámetro, dolorosa, de consistencia gomosa, móvil, sin inflamación perilesional, de 2 semanas de evolución. La familia refería una aparente relación con un antecedente

traumático en la mandíbula tras una caída en bicicleta, que coincidió en tiempo con el inicio del episodio. A la exploración intraoral presentaba un suelo de boca anodino, sin apreciarse focos dentales infecciosos. La palpación bidigital submaxilar derecha revelaba un aumento de tamaño glandular pero que era de consistencia normal.

La ortopantomografía (OPG) no mostraba alteraciones reseñables. En la tomografía computerizada (TC) se identificó una formación ovalada de 30 x 19 mm, por delante y en íntimo contacto con la cara anterior de la glándula submaxilar derecha, de contenido líquido, con paredes lisas y finas (fig. 1). En la RMN se apreciaron septos en su interior con captación de contraste (fig. 2). Los hallazgos radiográficos sugerían que se



**Figura 1** – TC formación ovalada de 30 x 19 mm delante y en íntimo contacto con la cara anterior de la glándula submaxilar derecha.



**Figura 2** – RMN, septos con captación de contraste.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [asuasoto@gmail.com](mailto:asuasoto@gmail.com) (A. Suárez).