

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

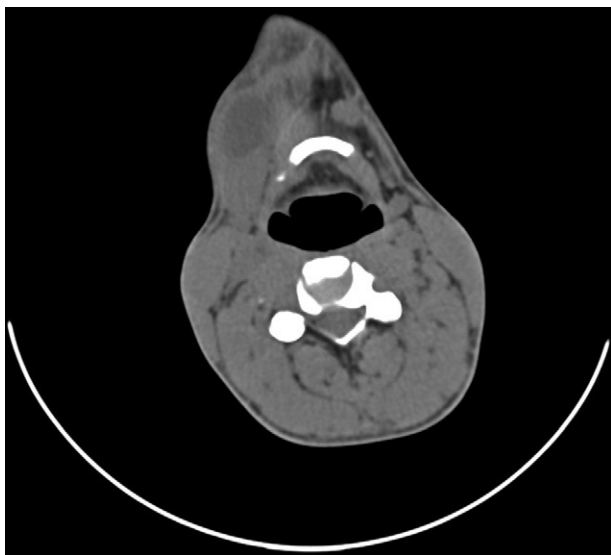


Figura 1 – TC formación ovalada de 30 x 19 mm delante y en íntimo contacto con la cara anterior de la glándula submaxilar derecha.

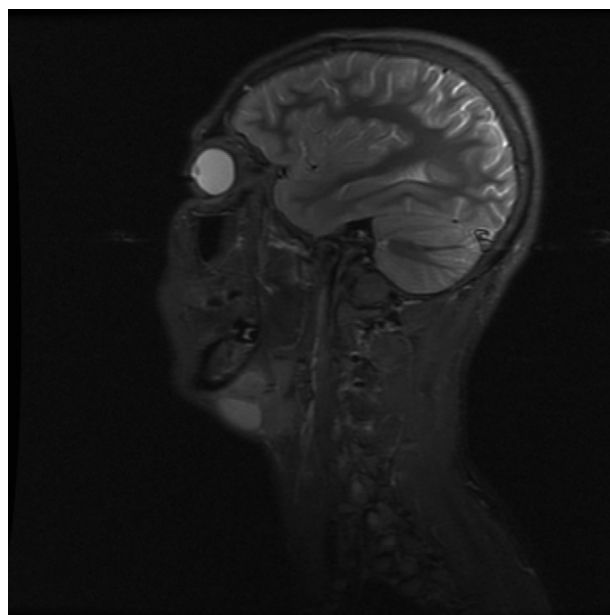


Figura 2 – RMN, septos con captación de contraste.

* Autor para correspondencia.

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

trataba de una estructura quística, sin poder determinar si era dependiente o no de la glándula submaxilar. En la PAAF realizada se obtuvo material purulento y en el estudio citológico se apreciaban imágenes compatibles con una lesión quística abscesificada sin identificar celularidad epitelial.

Se intervino bajo anestesia general, presentando una disección dificultosa por la intensa fibrosis perilesional. Al no poder definir sus límites con respecto a la glándula submaxilar, se optó por la resección completa de la glándula conjuntamente. Presentó un postoperatorio inmediato satisfactorio, precisando un reingreso por infección de la herida quirúrgica 3 días después del alta, la cual se resolvió con antibioterapia intravenosa. El paciente se recuperó satisfactoriamente de la intervención, sin presentar nuevas lesiones ni síntomas acompañantes.

En el estudio anatomopatológico se objetivó la presencia de un tejido ganglionar adyacente a la glándula submaxilar,

ocupado masivamente por granulomas epitelioides con células gigantes de tipo Langhans, necrotizantes y confluentes. Rodeando zonas amplias de necrosis caseosa, de contorno serpiginoso y bordeadas por empalizadas de histiocitos. Con técnicas de histoquímica habituales (PAS, Grocott, Ziel-Nielsen, Warty-Starry) no se observaron bacilos ácido alcohol resistentes, hongos ni espiroquetas. La glándula salival era de morfología normal.

Se realizaron estudios serológicos y pruebas inmunológicas. Las pruebas serológicas para *Bartonella henselae* dieron títulos elevados de IgG y ninguno de IgM, confirmándose con determinaciones posteriores. Presentó Mantoux seriado negativo, serología de *Bartonella*, *Leishmania*, *Toxoplasma* y *Borrelia* negativos, así como cultivos de Lowestein y tinción de Zhiel-Neelsen negativos.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.05.013>

¿Cuál es su diagnóstico y cuál sería su tratamiento?

What is your diagnosis and what would your treatment be?

David González-Ballester*, Raúl González-García, Cristina Hernández Vila e Florencio Monje Gil

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España

Mujer de 27 años de edad con antecedentes personales de neurofibromatosis tipo I que acudió a nuestras consultas por presentar una tumoración sólida, de consistencia dura, en región maxilar izquierda de unos 2 meses de evolución. No



Figura 1 – Imagen clínica. Lesión excrecente en maxilar superior, de morfología irregular, consistencia dura, sin ulceración y adherida a planos profundos.

refería antecedentes traumáticos previos, mostrando escasa sintomatología en su presentación inicial. La exploración física reveló una tumoración dura e irregular con prolapso vestibular, adherida a planos profundos, en región submucosa de maxilar superior izquierdo sin ulceración (fig. 1). Se solicitó una biopsia incisional de la lesión que fue informada como una proliferación de células de pequeño tamaño con abundantes mitosis y expresión de vimentina, CD 99, LEU-7, con un índice proliferativo del 40%. Se objetivó también la presencia de un estroma condroide con calcificación. La tomografía computarizada (TC) reveló una lesión excrecente, formadora de hueso, con calcificación dispersa en el maxilar superior izquierdo de aproximadamente 2,5 x 1 cm de diámetro, extendiéndose de región canina a zona distal del 2.º molar. La mayor parte de su superficie se encontraba separada de la cortical ósea por un plano de clivaje, excepto en una pequeña región con presencia de una solución de continuidad de la cortical externa (fig. 2).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dgonzalezballester@gmail.com (D. González-Ballester).