

Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?

**Blas García García^{a,*}, Alicia Dean Ferrer^a, Francisco Manuel Zafra Camacho^a
y Fernando Delgado Acosta^b**

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^b Unidad de Gestión Clínica de Radiodiagnóstico, Sección de Neurorradiología, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

¿Cuál es su diagnóstico?

Mujer de 73 años que acudió a urgencias por presentar desde hace 5 d una tumoración pulsátil a nivel preauricular

derecho de rápido crecimiento. Como antecedentes solo destacaba la presencia de enucleación del ojo izquierdo por glaucoma agudo recidivante. Además, se observaban múltiples lesiones cutáneas fibromatosas distribuidas principalmente en tórax y espalda y al menos 15 lesiones

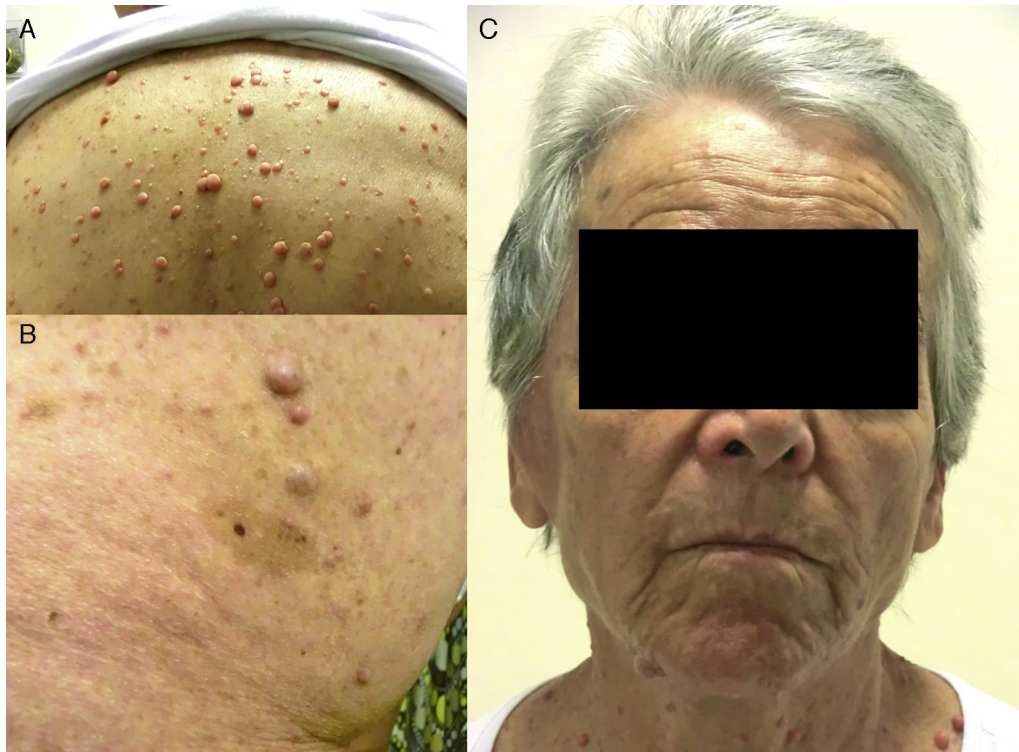


Figura 1 – A) Neurofibromas en la espalda; B) Mancha café con leche en muslo; C) Masa preauricular derecha.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blasgg6@hotmail.com (B. García García).

1130-0558/\$ – see front matter © 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.09.005>

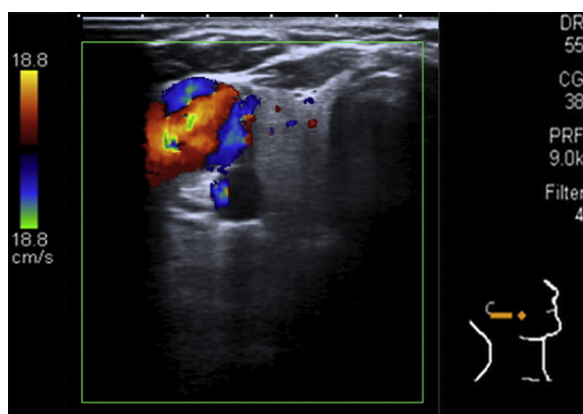


Figura 2 – Ecografía de la lesión vascular (obsérvese el alto flujo de la lesión).

hiperpigmentadas de tipo «café con leche» todas con diámetro > 1,5 cm (fig. 1A y B). Un hijo que le acompaña tenía lesiones similares.

La sintomatología que refirió el paciente es la de tinnitus exclusivamente. En la exploración física de la lesión preauricular destacaba un soplo continuo con refuerzo sistólico a la auscultación, así como pulsatilidad apreciable a la palpación y a la inspección (fig. 1C).

Una ecografía de la masa preauricular puso de manifiesto una lesión tumoral de origen vascular de alto flujo de 3x2 cm en la región preauricular derecha adyacente a la ATM y parte superior del lóbulo superficial de la glándula parótida derecha (fig. 2).

Se realizó un estudio diagnóstico mediante una angiografía cerebral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.09.005>

¿Cuál sería su diagnóstico y su manejo terapéutico?

How would you diagnose and manage this case?

David González-Ballester*, Luis Ruiz-Laza, Raúl González-García
Manuel Moreno Sánchez Florencio Monje-Gil

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

Varón de 59 años de edad sin antecedentes personales de interés derivado a nuestras consultas por dolor e inflamación en la hemimandíbula izquierda de semanas de evolución. En la anamnesis inicial el paciente refiere exodoncia de molares en la región del tercer cuadrante 2 meses previos al inicio de los síntomas. La exploración física reveló una mucosa de aspecto normal, sin ulceración ni supuración, ligeramente dolorosa a la palpación y acompañada de abombamiento vestibular (fig. 1). No se evidenció parestesia o anestesia del territorio del nervio dentario inferior. La ortopantomografía (OPG) reflejaba una lesión radiolúcida en la región mandibular izquierda, de forma irregular, sin límites claros, desde el cuerpo mandibular izquierdo hasta la región condilar con crecimiento paulatino. La tomografía computarizada (TC) informaba de una importante lesión osteolítica de carácter expansivo que afectaba a prácticamente la totalidad de la hemimandíbula izquierda con rotura de la cortical y un aumento de la densidad del tejido celular subcutáneo (fig. 2). Con tales hallazgos se decide la obtención de varias muestras histológicas mediante la toma



Figura 1 – Fotografía clínica preoperatoria. Imagen de la encía mandibular de aspecto normal sin ulceración ni supuración a nivel del tercer cuadrante. En la palpación se apreciaba un ligero abombamiento de la cortical mandibular.

* Autor para correspondencia.

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