

---

## Conflicto de intereses

No.

---

## Agradecimientos

No.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Georgalas C, Goudakos J, Fokkens WJ. Osteoma of the skull base and sinuses. *Otolaryngol Clin North Am.* 2011;44:875-90, vii.

2. Harvey RJ, Sheahan PO, Schlosser RJ. Surgical management of benign sinonasal masses. *Otolaryngol Clin North Am.* 2009;42:353-75, x.
3. Buyuklu F, Akdogan MV, Ozer C, Cakmak O. Growth characteristics and clinical manifestations of the paranasal sinus osteomas. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2011;145:319-23.
4. Nielsen GP, Rosenberg AE. Update on bone forming tumors of the head and neck. *Head Neck Pathol.* 2007;1:87-93.
5. Castelnuovo P, Valentini V, Giovannetti F, Bignami M, Cassoni A, Iannetti G. Osteomas of the maxillofacial district: endoscopic surgery versus open surgery. *J Craniofac Surg.* 2008;19:1446-52.
6. Righini CA, Faure C, Reyt E, Boubagra K, Karkas A. Giant osteoma of the maxillary sinus—diagnosis and management. *Rev Laryngol Otol Rhinol (Bord).* 2009;130:285-7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.11.004>

---

## ¿Cuál sería su diagnóstico?

## What would be your diagnosis?

María Pombo Castro<sup>a,\*</sup> y Jacinto Fernández Sanromán<sup>b</sup> Fernando González Carril<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, A Coruña, España

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital POVISA, Vigo, España

<sup>c</sup> Departamento de Anatomía Patológica, Hospital POVISA, Vigo, España

---

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de mayo de 2013

Aceptado el 18 de julio de 2013

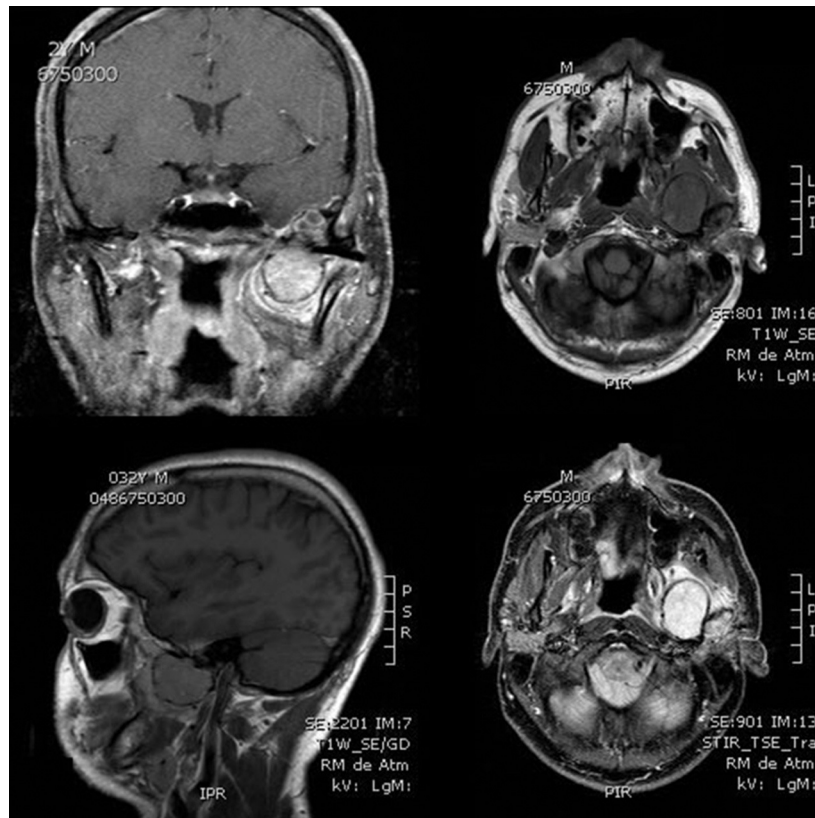
Presentamos a un paciente varón de 32 años, que acudió a las consultas externas del Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial del Hospital POVISA de Vigo por molestias en la articulación temporomandibular izquierda, de meses de evolución. Refería además chasquidos articulares y dolor ocasional no intenso. Su historia clínica no reflejaba ningún antecedente personal de interés. En la exploración física presentaba una asimetría facial, palpándose una tumefacción preauricular izquierda; la exploración intraoral era anodina y no existía limitación de la apertura oral. Se realizó una ortopantomografía, sin mostrar ninguna alteración ósea, por lo que se procedió a realizar una resonancia magnética, tras la administración de gadobutrol intravenoso (fig. 1). Esta mostraba una tumoración con componente sólido y quístico localizada en el espacio masticador izquierdo, con unas medidas de 2,5 cm de diámetro transversal, 3,5 cm de diámetro anteroposterior y 4,3 cm

de diámetro craneocaudal, con bordes bien definidos. Tras la administración de contraste, la tumoración presentaba una captación muy escasa e irregular. No se podía descartar ni confirmar la presencia de calcificaciones. La morfología del cóndilo se encontraba respetada, pero se podía evidenciar una destrucción secundaria de la fosa glenoidea, con extensión a la base del cráneo, desplazando el lóbulo temporal. La primera posibilidad diagnóstica a considerar con estos hallazgos fue un sarcoma sinovial, siendo otras posibilidades a valorar una condromatosis sinovial (aunque no parecían evidenciarse calcificaciones) o un granuloma reparativo de células gigantes. Se realizó TC facial (fig. 2) para poder valorar mejor las estructuras óseas y la existencia de calcificaciones; esta mostró una masa sólida redondeada localizada entre el ala externa de la apófisis pterigoides izquierda y el cóndilo del mismo lado, con unas medidas de 3,6 × 2,9 × 3,4 cm. Tras la administración de con-

---

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [mariacorme@hotmail.com](mailto:mariacorme@hotmail.com), [mpombocastro@gmail.com](mailto:mpombocastro@gmail.com) (M. Pombo Castro).



**Figura 1 – RM preoperatoria: imágenes de la lesión en distintos cortes (coronal, axial y sagital), en T1 y T2 y tras administración de contraste intravenoso.**



**Figura 2 – En las imágenes de la TC preoperatoria podemos identificar una masa sólida redondeada localizada entre el ala externa de la apófisis pterigoides izquierda y el cóndilo ipsilateral; en los cortes coronales y sagitales podemos ver la extensión intracraneal de la lesión, ocupando la parte más lateral de la fosa craneal media.**

traste intravenoso presentaba un realce heterogéneo. La masa erosionaba la fosa temporal de la articulación, y presentaba un crecimiento intracraneal, ocupando la porción más lateral de la fosa craneal media, con unas medidas de 2,4 cm de diámetro transversal y 1,4 cm de diámetro craneocaudal. Producía además reacción perióstica, afectando fundamentalmente a la parte más anterior del cuello condilar y a la cara lateral de la rama mandibular. Por tanto, se trataba de una lesión con características radiológicas de agresividad. La primera

posibilidad diagnóstica en el diagnóstico diferencial fue la de sarcoma sinovial, sin poder descartar rhabdomyosarcoma; otras lesiones agresivas de la articulación parecían menos probables, por las características de captación de contraste, entre ellas la sinovitis villonodular pigmentaria o la condromatosis sinovial (en nuestro caso no se evidenciaban cuerpos libres calcificados).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2013.07.001>