

Figura 3

nidos isogénicos que se rodean de matriz basófila condroide (figs. 2 y 3). No se aprecian signos histológicos de malignidad.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.04.007>

## ¿Cuál sería su diagnóstico y tratamiento?



## What would your diagnosis and treatment be?

**Maria Herrero\***, Patricia de Leyva, Kora Sagüillo, Diana Villegas, Manuel Picón y Julio Acero

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Realizamos una biopsia, con toma intraoral de la misma, obteniendo como diagnóstico definitivo el de angiofibroma nasofaríngeo juvenil (figs. 1 y 2).

El paciente es sometido a una arteriografía extra/intracraneal bicarotídea y embolización prequirúrgica de angiofibroma por microcateterización supraselectiva de ramas distales de las arterias maxilar interna, facial y predominantemente faríngea ascendente derechas (fig. 3).

Veinticuatro horas tras la embolización y bajo anestesia general e intubación nasotraqueal con taponamiento orofaríngeo se realiza cervicotomía lateral derecha para localización de carótida común con sus ramas. Se realiza un abordaje de Weber-Ferguson transmaxilar con una incisión desde bermellón superior, con extensión paranasal extendida hasta párpado inferior derecho (fig. 4). Se realiza una excisión amplia del esqueleto del tercio medio derecho, junto con osteotomía maxilomalar extendida a arco cigomático ipsilateral (fig. 5), junto con la exéresis del angiofibroma hasta seno esfenoidal preservando el nervio infraorbitario. Posteriormente se repone el segmento óseo y se fija el esqueleto

con miniplacas en «L». Se coloca una malla reabsorbible en suelo de órbita (fig. 6).

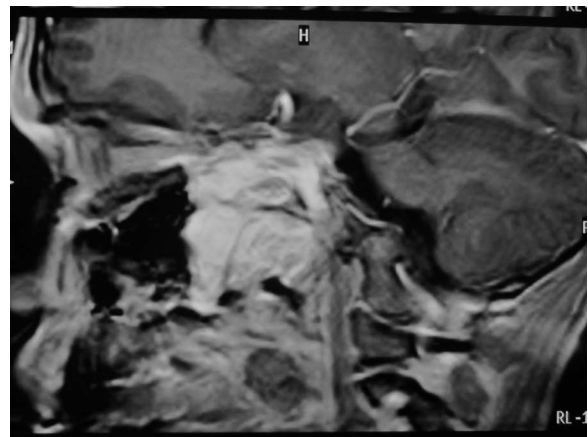


Figura 1 – RMN de la lesión; corte sagital.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mariaherrero1982@gmail.com](mailto:mariaherrero1982@gmail.com) (M. Herrero).

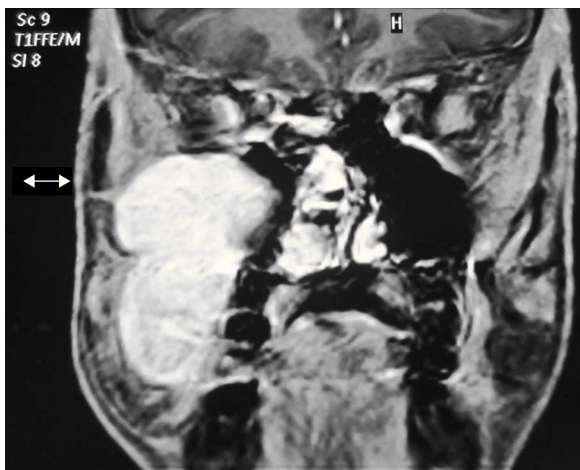


Figura 2 - RMN de la lesión; corte coronal.

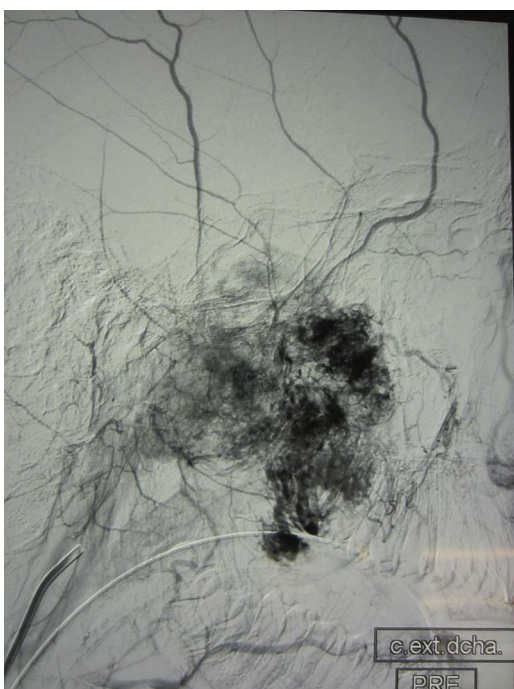


Figura 3 - Arteriografía prequirúrgica.

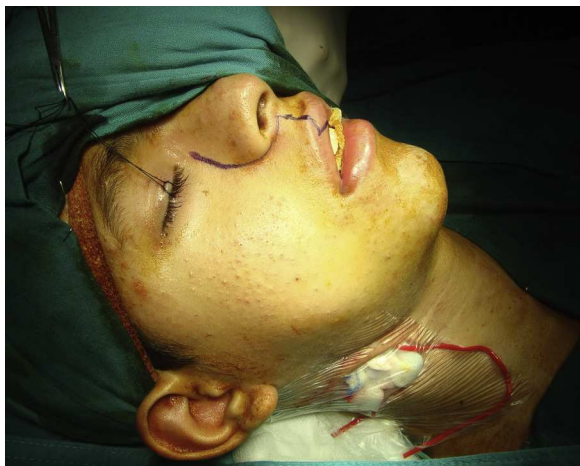


Figura 4 - Diseño de abordaje quirúrgico.



Figura 5 - Osteotoma maxilomalar.

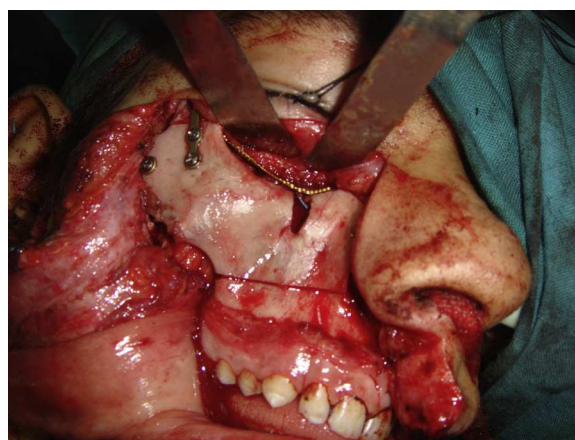


Figura 6 - Reposición con miniplacas para cierre).



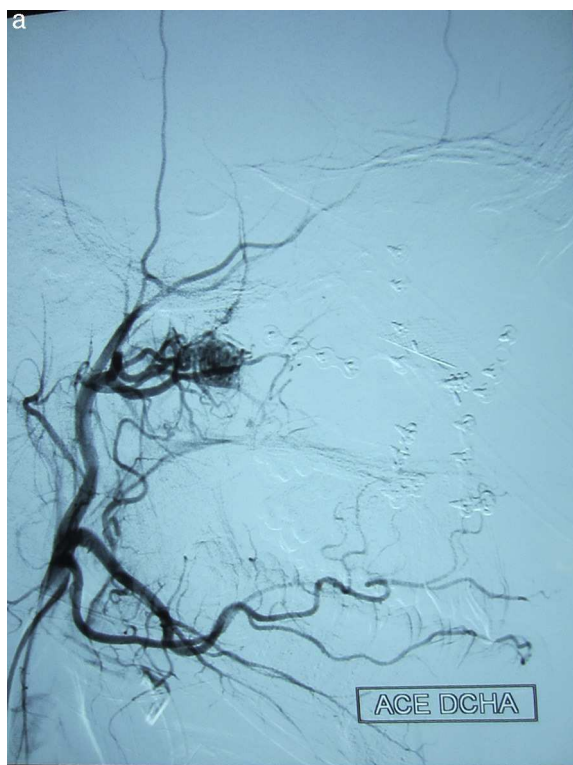


Figura 7 – A). Arteriografía de control. B) RMN de control; corte coronal.

Se cierra con Vicryl 3/0 y Ethilon 4-5/0. El paciente no presenta complicaciones en el postoperatorio ni en sus controles ambulatorios (fig. 7).

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.03.009>