



Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your diagnosis?



Fátima Martínez Pérez^{a,*}, Ignacio Arribas García^a, Modesto Álvarez Flórez^a
 y Hugo Álvarez Argüelle^b

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, Santa Cruz de Tenerife, España

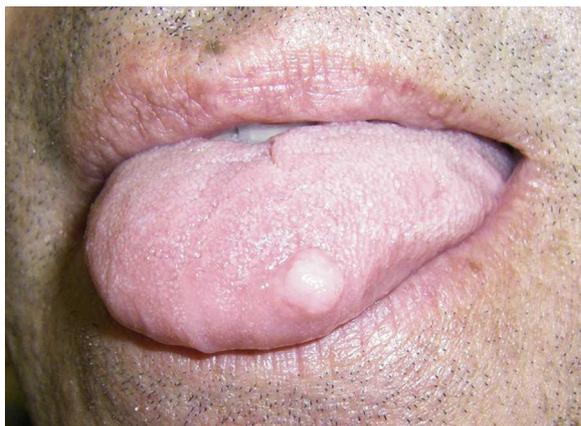


Figura 1

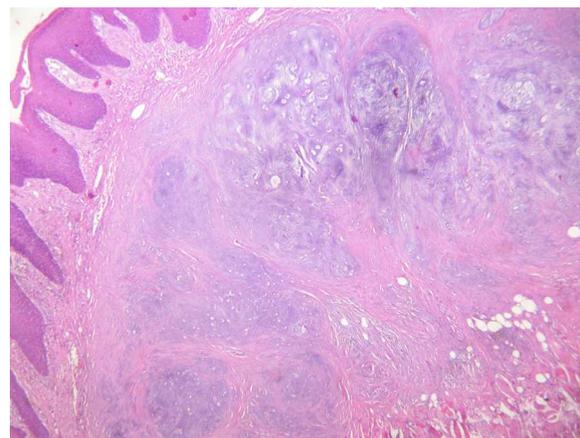


Figura 2

Paciente varón de 42 años de edad que acude a consultas externas de cirugía maxilofacial para valorar una tumoración lingual. El paciente no refiere antecedentes médico-quirúrgicos de interés, describe una tumoración lingual de un año de evolución, en el borde lingual izquierdo, asintomática y de lento crecimiento.

A la exploración se observa una lesión exofítica, de morfología oval y de 1 cm de diámetro mayor en el tercio anterior del borde lingual izquierdo, sésil, indoloro, cubierto por mucosa lingual de aspecto normal e indurado (fig. 1). No se visualizan otras lesiones intraorales ni se palpan adenopatías cervicales.

Con la sospecha diagnóstica de hiperplasia epitelial se procede a la biopsia-exéresis de la lesión bajo anestesia local.

Se describen los siguientes hallazgos microscópicos al analizar la pieza: estructura lingual cuya cubierta de epitelio malpighiano ofrece paraqueratosis, acantosis y alargamiento de redes de crestas interpapilares con papilomatosis, subyacentemente y tiene como plano profundo el músculo esquelético, se aprecia una formación polilobulada que incluye grupos de elementos condrocitarios sin atipias, que dentro de las lagunas se disponen de forma dispersa o en

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fatimamartinezp@gmail.com (F. Martínez Pérez).

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

1130-0558/© 2014 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

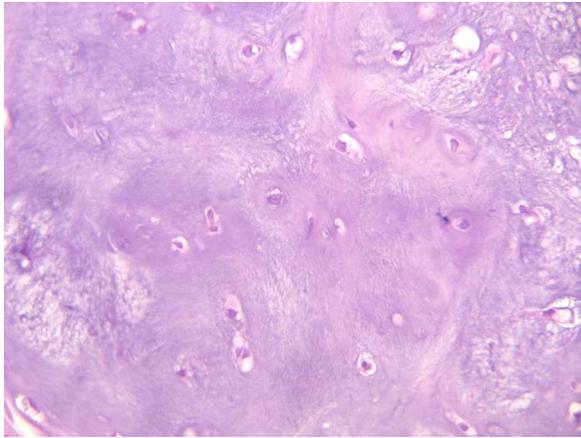


Figura 3

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).

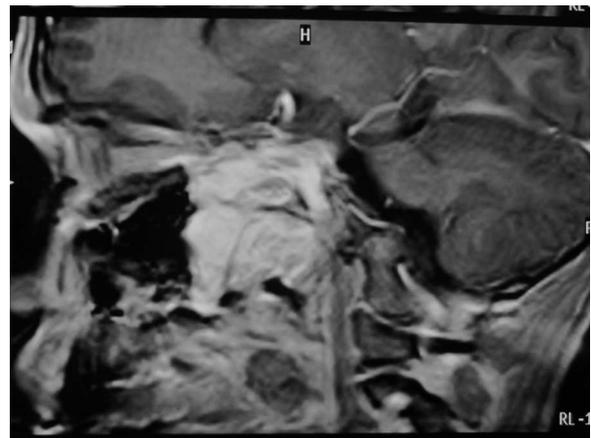


Figura 1 – RMN de la lesión; corte sagital.

* Autor para correspondencia.

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