



Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What would your diagnosis be?



Alberto Candau-Álvarez*, Alicia Dean-Ferrer, Francisco Jesús Alamillos-Granados
y Susana Heredero-Jung

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

Se trata de un paciente varón de 47 años que acudió a las consultas externas de cirugía oral y maxilofacial por una tumoración parotídea derecha de 2 años de evolución. El paciente no refería alergias medicamentosas, y carecía de

antecedentes personales de interés. En la exploración física se apreciaba un nódulo duro, doloroso solo a la palpación, en la cola de la parótida izquierda, no adherido a planos profundos ni a la piel, de unos 2 cm de diámetro. No había



Figura 1 – Tomografía computarizada con contraste. Se aprecia la tumoración (*) en la región parotídea izquierda.

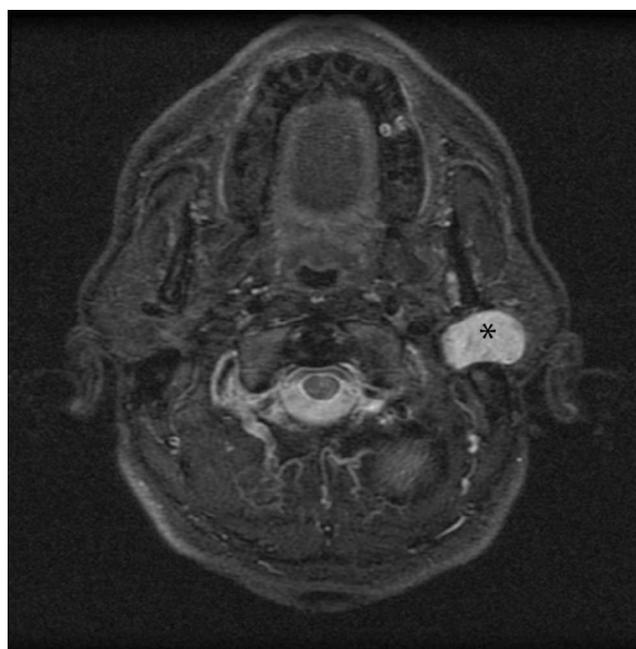


Figura 2 – Resonancia magnética sin contraste, en secuencia T2. Se aprecia la tumoración (*) hiperintensa con realce periférico e hipointensidad relativa central (signo de la diana).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dr.candauvalvarez@gmail.com (A. Candau-Álvarez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2014.06.001>

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/>).

afectación del nervio facial y no se palpaban adenopatías cervicales.

Ante la sospecha de una tumoración parotídea se le solicita una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y una tomografía computarizada (TC). La punción fue informada como un tumor mesenquimal fusocelular. La TC (fig. 1) reveló la presencia de una masa sólida con áreas quísticas de 32 mm de diámetro sugestiva de lesión benigna, que afectaba al lóbulo superficial de la parótida derecha.

Tras los hallazgos de la PAAF y la TC se solicitó una resonancia magnética para completar el estudio (fig. 2), que mostró una lesión con captación heterogénea, que se introducía en profundidad hasta el agujero estilomastoideo, isointensa en T1 e hiperintensa en secuencias T2 y STIR, con realce aumentado tras la administración de gadolinio.

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 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.2014.06.001>

¿Cuál es su abordaje?

Which is the approach?



Alfonso Mogedas-Vegara *, **Alejandro Mazarro-Campos**, **Jorge Masià-Gridilla**, **Javier Gutiérrez-Santamaría** y **Daniel Malet-Hernández**

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

Mujer de 65 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que acude a nuestra consulta derivada de otro centro por presentar limitación a la apertura oral de un año de evolución. La paciente refiere que el trismus ha ido en aumento, y presenta incapacidad funcional y dolor que es más acusado a nivel de articulación temporomandibular derecha.

A la palpación se aprecia una tumoración a nivel de la fosa infratemporal derecha de consistencia ósea. En la exploración intraoral se observa un aumento de grosor de la rama ascendente mandibular y una desviación de la línea media mandibular hacia la derecha. La sensibilidad del nervio dentario inferior se encuentra conservada. El resto del examen fue anodino.

Se decide solicitar una ortopantomografía que pone de manifiesto una tumoración de densidad ósea a nivel de la rama mandibular derecha la apófisis coronoides, el cóndilo mandibular y la fosa infratemporal (fig. 1).

Se completa el estudio de extensión con una tomografía computarizada (TC) (fig. 2) en la que se observa una extensa proliferación ósea de contornos polilobulados que depende de la rama ascendente de la mandíbula derecha, con afectación de la apófisis coronoides y el cóndilo mandibular que ocupa toda la fosa infratemporal y desplaza las estructuras óseas adyacentes y remodela la pared externa del seno maxilar superior. La tumoración presenta un tamaño de aproximadamente 4 × 6,1 × 6,2 cm en sus ejes transversal, cráneo-caudal y antero-posterior respectivamente.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: alfmgvy@hotmail.com, alfonso.mogedas@iclod.com (A. Mogedas-Vegara).