



Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your diagnosis?



Carlos Salcedo-Gil^{a,*}, Josep Rubio-Palau^b, Alejandra Prieto Gundin^c
y José Ignacio Iriarte Ortabe^a

^a Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitari Son Espases, Palma de Mallorca, Baleares, España

^b Servicio de Cirugía, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Paciente varón de 63 años de edad, sin alergias medicamentosas conocidas, y con antecedentes patológicos de diabetes mellitus tipo II e hiperplasia benigna de próstata, que acudió a urgencias por un cuadro de sensación de asfixia. A la exploración presentaba edema en suelo de boca, que produce un desplazamiento posterior de la base lingual (fig. 1). Se instauró tratamiento intravenoso con amoxicilina-ácido clavulánico 2 g/8 h, AINE y corticoterapia (metilprednisolona 40 mg/8 h), y se planteó la traqueostomía en caso de no mejoría con la medicación.

El paciente evolucionó favorablemente con la medicación intravenosa. Durante el ingreso hospitalario se solicitó una resonancia magnética nuclear en la que se observó una lesión quística de márgenes bien definidos, sin infiltración de tejidos adyacentes, que afectaba desde el suelo de boca anterior hasta los vientres anteriores del músculo digástrico, con desplazamiento lateral de los músculos geniogloso y genihiodeo, y de la base lingual hacia la orofaringe (fig. 2).

Tras la mejoría clínica, una vez enfriado el proceso, se programó intervención quirúrgica en la que se realizó, bajo anestesia general e intubación nasotraqueal, exéresis de la misma a través de abordaje intraoral en línea media de suelo de boca, identificando y preservando ambos conductos de Wharton y nervios linguales (fig. 3). La exéresis se realizó mediante disección roma, preservando la cápsula de la lesión,



Figura 1 – Abombamiento de suelo de boca.

sin hallar ninguna afectación de estructuras vasculares ni glándulas sublinguales. Tras la revisión de la hemostasia se suturó el suelo de la boca y se realizó una plastia del frenillo lingual con sutura reabsorbible 4/0 (fig. 4). El paciente fue dado de alta del hospital a las 24 h de la intervención, con medicación oral (antibiótico, antiinflamatorio, analgésico vía oral y gel de clorhexidina al 0,2%).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: salcedocarlosmd@hotmail.com (C. Salcedo-Gil).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.003>

1130-0558/© 2015 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/>).

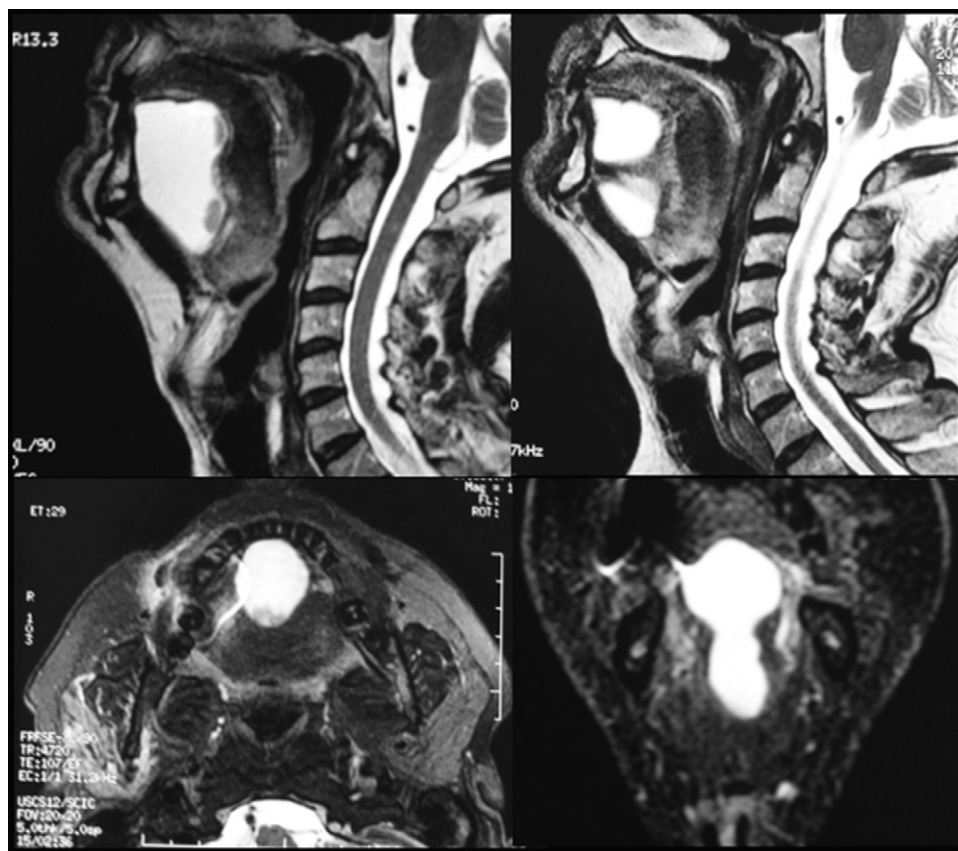


Figura 2 – Imágenes de resonancia magnética nuclear. Tamaño antero-posterior de 4,5 cm y cráneo-caudal de 5,5 cm.



Figura 3 – Finalización de la exéresis de la lesión.



Figura 4 – Pieza quirúrgica.

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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2015.12.003>