

Figura 2 – RMN preoperatoria. A: corte coronal. B: corte axial. C: corte sagital.

ocupa la fosa nasal derecha y condiciona un desplazamiento izquierdo del tabique nasal, impronta el paladar blando y provoca una obstrucción de la rinofaringe.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.011

¿Cuál sería su diagnóstico?

What would your diagnosis be?

Daniel Ricardo Pampín-Ozán*, José Antonio García-De Marcos, Susana Arroyo-Rodríguez y Constantino González-Córcoles

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España

Caso clínico

Mujer de 29 años de edad que acude a consulta por dolor e inflamación en región inferoexterna de órbita izquierda, de dos meses de evolución. No presentaba antecedentes personales ni traumáticos de interés. A la exploración presentaba inflamación difusa en la zona, dolor a la palpación y leve asimetría facial. La exploración ocular e intraoral eran normales y no presentaba parestesia del nervio infraorbitario. Se rea-

lizaron pruebas de imagen: tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética (RM). En la TC se apreciaba una masa de partes blandas de 18mm de diámetro mayor, en región inferoexterna de órbita con afectación lítica del hueso subyacente y captación periférica de contraste (fig. 1). En la RM, con supresión grasa y contraste, se apreciaba una lesión destructiva ósea en región inferoexterna de la órbita izquierda, con masa de partes blandas asociada, con afectación de la grasa extraconal, fosa temporal y del tejido celular subcutáneo, que mostraba captación heterogénea de contraste (fig. 2).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pampindaniel@hotmail.com
(D.R. Pampín-Ozán).

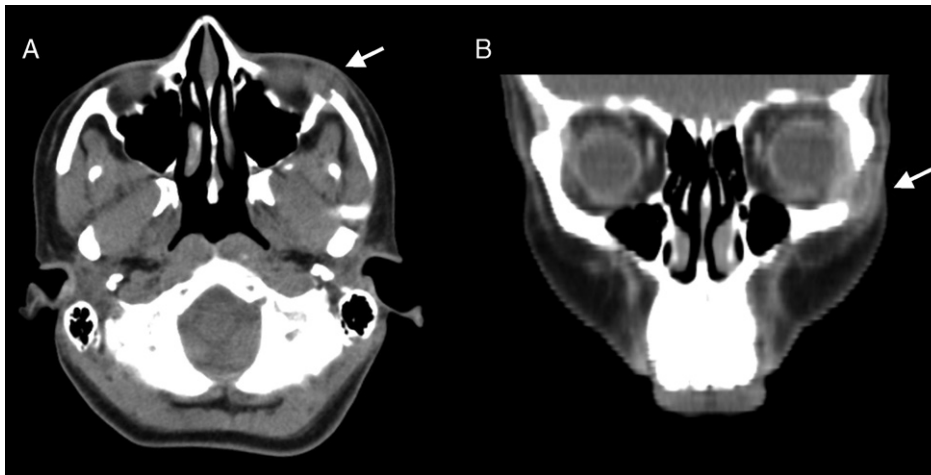


Figura 1 – Imágenes de TC donde se aprecia una lesión de partes blandas que capta contraste en su periferia, en borde inferoexterno de órbita izquierda (flecha). A: cortes axiales; B: cortes coronales.

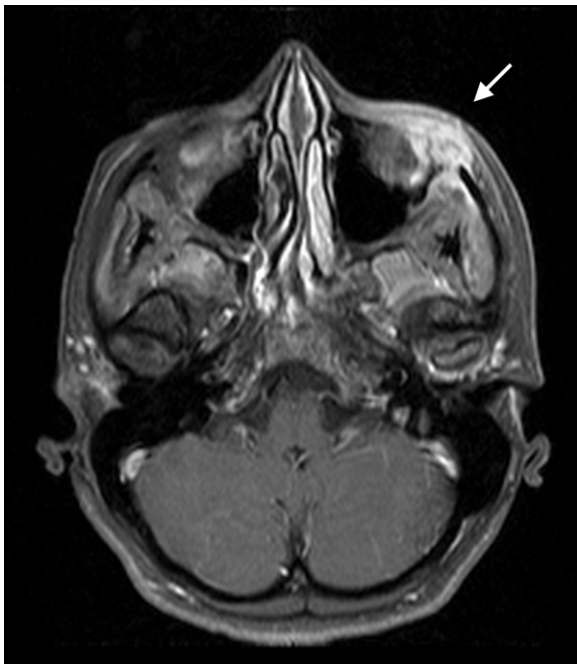


Figura 2 – Imagen axial de RM en secuencia T1, con supresión grasa y contraste, donde se aprecia una lesión destructiva ósea en canto inferoexterno de la órbita izquierda, con masa de partes blandas asociada, con afectación de la grasa extraconal, fosa temporal y del tejido celular subcutáneo, que muestra captación heterogénea de contraste (flecha).

Se realizó una punción aspiración con aguja fina guiada por ecografía en la cual se apreciaban, sobre un fondo hemático, ocasionales células polimorfonucleares, eosinófilos, macrófagos espumosos, células epitelioides y células fusiformes, alguna multinucleada. Como la punción no fue diagnóstica se realizó una biopsia incisional a través de un abordaje intraoral, en la que se apreciaba tejido conectivo vascularizado con áreas de necrosis. Células con citoplasma amplio y núcleos con hendidura, que eran positivas para los anticuerpos anti CD1 y a proteína S-100, entremezcladas con abundantes leucocitos eosinófilos.

Coflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Agradecimientos

A la Dra. Elena Lozano Setien (Facultativo Especialista del Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario de Albacete) por su ayuda con las imágenes radiológicas.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.07.010