

Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your diagnosis?

Sara Blanco-Sanfrutos^{a,*}, Beatriz Peral-Cagigal^a,
 Pilar González-Márquez^b y Carlos Jacobo Baró-Alonso^a

^a Servicio Regional de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario del «Río Hortega», Valladolid, España

^b Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario del «Río Hortega», Valladolid, España

Presentamos el caso de un varón de 47 años remitido a consultas de Cirugía Maxilofacial en enero de 2009 por una tumoración preauricular izquierda de dos meses de evolución. El paciente refiere abuso de tabaco

(20 cigarrillos/día) y de alcohol hasta hace 15 años. Padece gastritis en tratamiento con omeprazol e hipercolesterolemia. Como antecedentes quirúrgicos menciona únicamente una fractura mandibular.

En el examen físico se detectó la presencia de una tumoración preauricular izquierda de 1,5 cm y de consistencia duro-elástica, no adherida a planos profundos, sugestiva de adenopatía (fig. 1). No se palparon adenopatías cervicales y la exploración de cara, cuello y cuero cabelludo fue rigurosamente normal.

Se solicitó de entrada una punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y resonancia magnética de cabeza y cuello (RM) (fig. 2).

El informe radiológico mostraba únicamente una tumoración preauricular subcutánea izquierda con unos diámetros de 17 × 14 × 19 mm con características de señal levemente hiperintensa heterogénea en T2, intensidad de señal intermedia en T1 y con bordes bien delimitados, compatible con adenopatía.

Ambas glándulas parótidas y submaxilares tenían morfología y señal normales.

El resultado anatomopatológico de la PAAF reflejó células con marcada anisocariosis, con núcleos grandes y con abundantes figuras de mitosis. En el citoplasma se

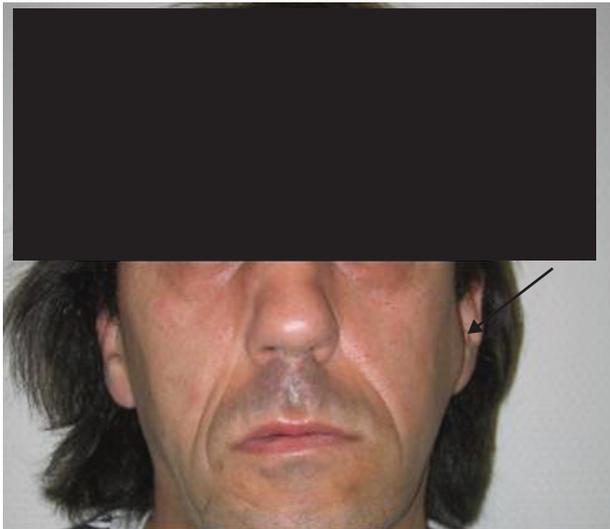


Figura 1 – El paciente acude a consultas externas al presentar tumoración subcutánea en región preauricular izquierda (flecha).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: blancosanfrutos@gmail.com (S. Blanco-Sanfrutos).

1130-0558/\$ – see front matter © 2011 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.12.005

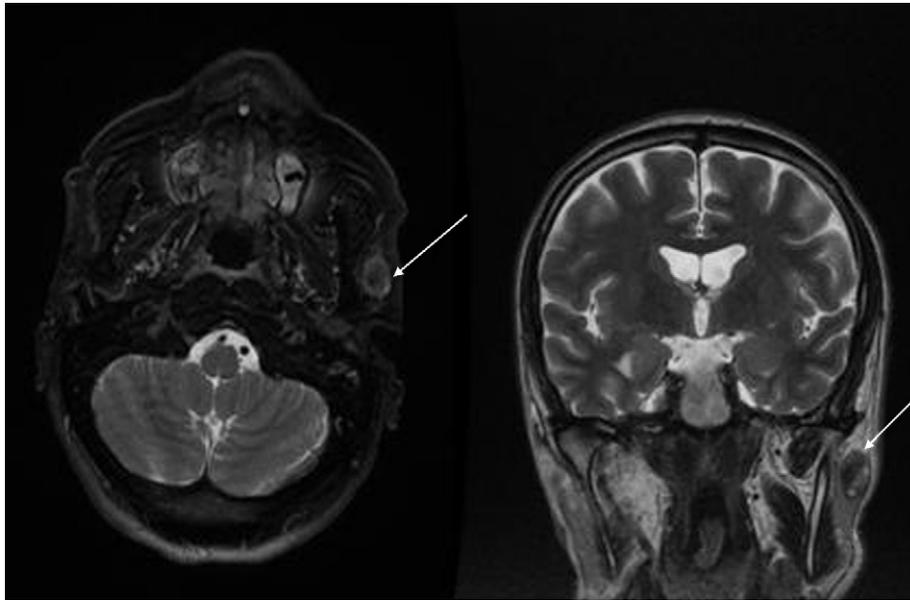


Figura 2 – Se solicitó RM de cabeza y cuello donde se delimitó la tumoración (marcado con flecha), compatible con adenopatía. Cortes coronal (izquierda) y axial (derecha).

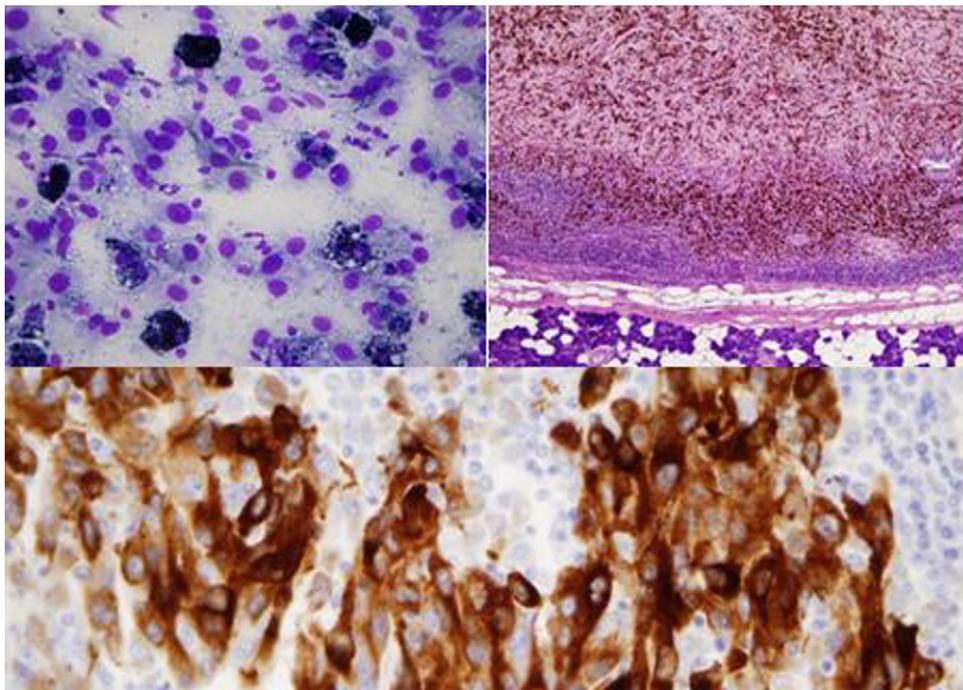


Figura 3 – Citología en la que se aprecian células tumorales y restos de pigmento en la imagen superior izquierda, corte histológico de la biopsia de una adenopatía (superior derecha) e inmunohistoquímica positiva para MelanA (inferior).

observaron abundantes gránulos de pigmento oscuro, variable de negro a azul intenso y en ocasiones de tinción marronácea. El estudio inmunocitoquímico fue positivo para HMB-45 (fig. 3).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

doi:10.1016/j.maxilo.2011.12.005