

Página del residente

¿Cuál es su diagnóstico?

What's your diagnosis?

Alejandro Encinas Bascones*, **Arantzazu González Corchón**, **Blanca Núñez-Pozuelo**,
M.E. Fernández Martín, **Alejandrina Millón Cruz**, **Joaquín Calatayud Gastardi**
 y **Rafael Martín-Granizo**

Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

Varón de 55 años, de nacionalidad española, con antecedentes personales de colecistectomía y tuberculosis antigua que acudió a consultas externas por presentar una tumoración de la encía mandibular que abombaba hacia vestibular. En el momento de la anamnesis el paciente refirió que la lesión tenía un mes de evolución, ser portador de prótesis completas dentales removibles y no presentar sintomatología acompañante.

La exploración de la cavidad oral evidenció una mandíbula edéntula que presentaba una tumoración de 3 a 4 cm en el cuerpo mandibular derecho recubierta por mucosa vestibular (fig. 1). Dicha tumoración abombaba hacia las regiones vestibular y lingual. No presentaba clínica de afectación sensitiva del nervio alveolar inferior. En la región cervical no se palpaban masas ni adenopatías de tamaño significativo.

El estudio radiográfico mediante ortopantomografía (OPG) reveló una lesión radiolúcida unilocular de bordes bien definidos que ocupaba casi la totalidad del cuerpo mandibular derecho (fig. 2).

Ante este hallazgo radiológico se solicitó una tomografía computarizada (TC) cuyo informe fue compatible con una lesión expansiva en el cuerpo mandibular derecho cercano a la sínfisis mandibular que presentaba un tamaño de 45 × 25 × 30 mm. La lesión expandía la cortical y se asociaba a un importante componente de partes blandas con calcificaciones y pequeños fragmentos óseos en su interior. Los márgenes de la lesión ósea eran esclerosos sin



Figura 1 – Imagen de la mucosa oral mandibular del paciente.

evidencia de infiltración del resto del cuerpo mandibular (fig. 3).

Se realizó una biopsia incisional de parte de la tumoración, obteniéndose una muestra que microscópicamente correspondía a una proliferación mesenquimal con abundantes células gigantes multinucleadas e histiocitos. Se visualizó igualmente una extravasación eritrocitaria y acumulaciones de pigmento hemosiderínico. No se observaron atipias cariocitoplasmáticas (fig. 4).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: encinasbascones@gmail.com (A. Encinas Bascones).

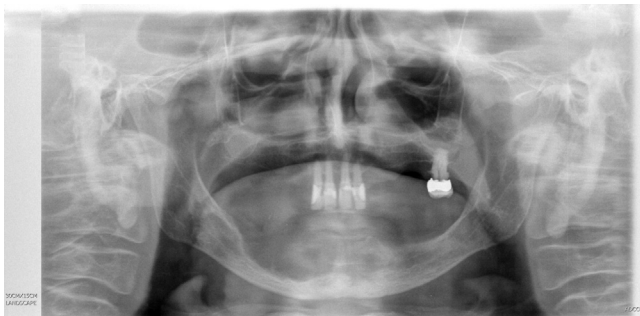


Figura 2 - OPG inicial.

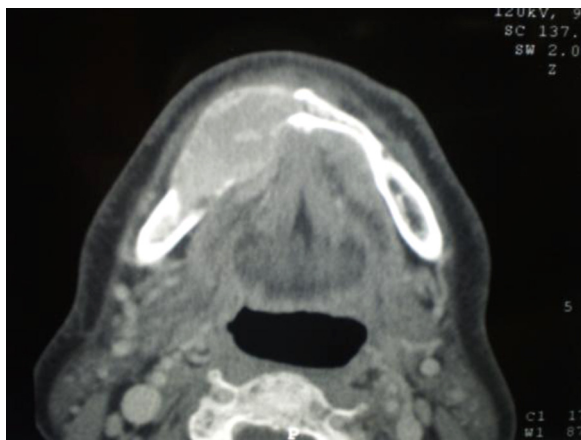


Figura 3 - TC mandibular.

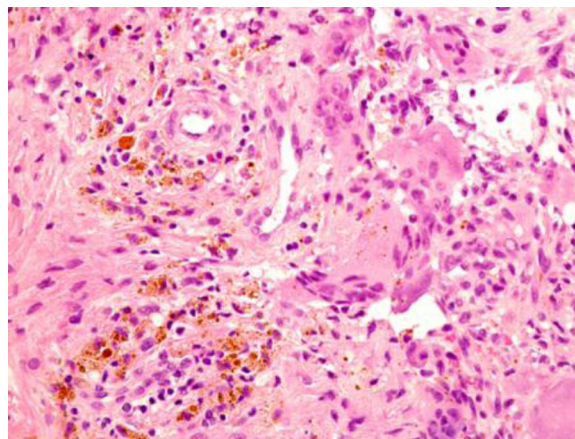


Figura 4 - Imagen microscópica obtenida en el estudio anatomopatológico. HE 40x.

En la analítica de control destacaba un calcio total de 13,3 mg/dL (8,5-10,5 mg/dL) y fósforo de 1,8 mg/dL (2,4-4,1 mg/dL).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.10.004>

¿Cuál es su diagnóstico?

What is your diagnosis?

María José Nieto Fernández-Pacheco*, **José Luis del Castillo Pardo de Vera**
y **Miguel Burgueño García**

Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Descripción del caso

El paciente a estudio es un varón de 65 años que acude al Hospital Universitario La Paz (HULP) derivado desde su hospital de referencia para valoración maxilofacial tras haber sufrido un accidente de tráfico a una velocidad aproximada de 110 km/h. Como antecedentes personales el paciente presenta un carcinoma epidermoide de pulmón diagnosticado hace 2 años que ha sido tratado con cirugía y quimioterapia, y actualmente se encuentra en remisión. Sigue un tratamiento con salbutamol inhalado a demanda. A su llegada al HULP el paciente aporta

una TC craneal en la que no se aprecian alteraciones y una TC facial en la que se objetiva fractura de ambos senos maxilares, de huesos propios, ocupación de celdillas etmoidales, fractura parasagital derecha de paladar con gran conminución de la premaxila y LeFort 1 hemilateral del mismo lado (fig. 1). También se observa una fractura lineal en el suelo de la órbita derecha sin herniación del contenido orbitario ni atrapamiento muscular. La exploración física muestra una herida inciso-contusa en encía de arcada superior y paladar (fig. 2). El paciente es edéntulo parcial en la arcada superior y completo en la arcada inferior, siendo portador de una prótesis parcial removible en arcada superior que se ha destruido durante el

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mariajosenieto.mjnfp@gmail.com (M.J. Nieto Fernández-Pacheco).