PREGUNTAS DEL EXAMEN. CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

1. Triángulo de Pirogoff y qué estructura importante pasa por éste.

2. Clasificación de las heridas quirúrgicas según el riesgo de infección sin profilaxis. Nombra alguna característica de cada una y las frecuencias de infección.

3. Clasificación de las anomalías vasculares.

4. En la cirugía de base de cráneo y siguiendo el sistema de clasificación basado en el más apropiado ángulo de abordaje al sitio anatómico del tumor, ¿qué abordaje realizaríamos para llegar al nivel II?, ¿qué estructuras se exponen con este abordaje?

5. Indicaciones clínicas aceptadas de la PET-FDG en tumores de cabeza y cuello.

6. Indicaciones absolutas de Zide para la reducción abierta de fracturas condíleas.

7. Instrumentación usada en la sialoendoscopia diagnóstica y terapéutica.

8. En un paciente con un problema de Clase III esquelética, ¿qué extracciones deberíamos realizar si optamos por un camuflaje? Y ¿si optamos por cirugía?

9. En un paciente con secuencia de Pierre Robin aislada (no relacionada con otros síndromes o anomalías) que sufre continuas desaturaciones de oxígeno, ¿qué maniobras y/o técnicas pueden ser efectivas para mejorar la obstrucción de la vía aérea y en qué orden?

10. Nombre algunas de las líneas estratégicas, prioridades u objetivos del nuevo Plan de salud 2006–2012 de Navarra que cree usted que pueden afectar directa o indirectamente al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial (Aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2007. Publicado en el Boletín del Parlamento de Navarra, nº 28 de 22 de Marzo de 2007)

RESPUESTAS DEL EXAMEN

1. **Triángulo de Pirogoff y qué estructura importante pasa por éste.**
   Es un espacio triangular de la porción inferior del cuello, comprendido entre el tendón intermedio del músculo digástrico hacia abajo, el nervio hipogloso hacia arriba y, el borde posterior del músculo milohioideo hacia adelante. Por el pasa la arteria lingual.

   -Anatomía humana. Descriptiva, topográfica y funcional. Tomo I. Masson S.A. Paris. 1987. ISBN 84-458-0507-X (Tomo I). 576.

2. **Clasificación de las heridas quirúrgicas según el riesgo de infección sin profilaxis. Nombra alguna característica de cada una y las frecuencias de infección.**
   Se clasifica en limpia, limpia - contaminada, contaminada y sucia, establecidos por el National Research Council de los Estados Unidos (1964) y adoptada por el American College of Surgeons, que está vigente actualmente:
   - <u>Herida limpia</u>

   Herida quirúrgica no infectada en la que no se encuentra inflamación y en la que no se penetra el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario. En adición, las heridas limpias se cierran primariamente y, si es necesario, se drenan con sistemas de drenaje cerrados. Las heridas incisionales que ocurren en el trauma no penetrante se deben incluir en esta categoría si cumplen con estos criterios. No está indicada la quimioprofilaxis perioperatoria, salvo en casos muy específicos.
   La frecuencia de infección no debe pasar del 1-5% sin profilaxis.
   - <u>Herida limpia - contaminada</u>

   Herida quirúrgica en la cual se penetra en cavidad que contiene microorganismos pero no hay vertido significativo, el tracto respiratorio, digestivo, genital o urinario bajo condiciones controladas y sin contaminación inusual. Específicamente, operaciones que comprometen el tracto biliar, el apéndice, la vagina y la orofaringe, se incluyen en esta categoría, teniendo en cuenta que no haya evidencia de infección o mayor rotura de la técnica quirúrgica. Está indicada la quimioprofilaxis perioperatoria.
   La frecuencia de infección puede oscilar entre el 5-15% sin profilaxis.
   - <u>Herida contaminada</u>

   Heridas abiertas, frescas y accidentales. Se considera cirugía contaminada en aquellas heridas en las cuales se encuentran signos de inflamación aguda no purulenta, cuando al abrir una víscera se derrama el contenido, heridas accidentales abiertas y recientes (menos de 4 horas), cuando en la intervención ocurren incorrecciones en la técnica aséptica. Está indicada la quimioprofilaxis perioperatoria.
   La infección puede oscilar entre 15 y 25% sin profilaxis.
   - <u>Herida sucia</u>

   Heridas traumáticas viejas con retención de tejido desvitalizado o lleva más de 4 horas sin tratar o aquéllas que tienen infección clínica (pus) o víscera

perforada. Esta definición sugiere que los organismos causantes de la infección postoperatoria estaban presentes en el campo operatorio antes de la cirugía.
La infección puede ocurrir en más del 40-60% sin profilaxis.
Está indicada la terapia empírica o dirigida cuando se conoce el germen y sus susceptibilidades a los antimicrobianos.

-Report of an Ad Hoc Committee of the Committee on Trauma Division of Medical Sciences, National Academy of Sciences-National Research Council. Postoperative wound infections: The influence of ultraviolet irradiations of the operating room and of various other factors. Ann Surg 1964; 160 (Suppl.): 1-192.
-Sawyer, R.G., Pruett, T.L. Wound infections. Surg Clin N Am 1994; 74: 519-536.)

3. **Clasificación de las anomalías vasculares.**
Existen numerosas clasificaciones. Casi todas basadas en la de 1982, Mulliken y Glowacki realizan una clasificación biológica de las anomalías vasculares, basada en las características patológicas del endotelio predominante y en la evolución natural.

- -Hemangiomas
  - -Proliferativos
  - -Involutivos
  - -Involucionados
- -Malformaciones vasculares
  - -Capilares
  - -Venosas
  - -Arteriales
  - -Linfática
  - -Combinadas

Clasificación de lesiones vasculares congénitas de Mulliken y Glowacki (modificada por Waner y Sue):

- -Hemangiomas
- -Malformaciones vasculares
  - -Capilares
  - -Venulares
  - -Venosas
  - -Linfáticas
  - -Arterio-venosas
  - -Mixtas
    - -Veno-linfáticas
    - -Veno-venulares

Posteriormente, Jackson hace una clasificación:

- -Hemangiomas
- -Malformaciones vasculares
  - -Lesiones de bajo flujo
    - Malformaciones capilares

-Mancha en vino de Oporto
-Telangiectasia
-Angioqueratoma
Malformaciones venosas
Malformaciones linfáticas
-Lesiones de alto flujo
Malformación arterial
Malformación arteriovenosa
-Malformaciones mixtas

En 1996 la *International Society for the Study of Vascular Anomalies* (ISSVA) adopta las bases de Mullicken y Glowacki que hoy en día es considerada clásica.

Tabla 2. Clasificación modificada de la ISSVA de las anomalías vasculares (Roma, 1996).

TUMORES
HEMANGIOMAS
Superficiales (hemangiomas capilares o en fresa)
Profundos (hemangiomas cavernosos)
Mixtos
OTROS
Hemangioendotelioma kaposiforme
Angioma en penacho
Hemangiopericitoma
Spindle-cell hemangioendotelioma
Glomangiomas
Granuloma piogénico
Sarcoma de Kaposi
Angiosarcoma
MALFORMACIONES VASCULARES
SIMPLES
Capilares (C) (mancha en vino de Oporto, nevus flammeus)
Venosas (V)
Linfáticas (L) (linfangioma, higroma quístico)
Arteriales (A)
COMBINADAS
Fístula arteriovenosa (AVF)
Malformación arteriovenosa (AVM)
CLVM (incluye la mayor parte de los S. de Klippel-Trenaunay)
CVM (incluye algunos casos de S. de Klippel-Trenaunay)
LVM
CAVM
CLAVM

-Mullicken JB, Glowacki J. Hemangiomas and vascular malformations in infants and children: a clasification based on endotelial characteristics. Plast Reconstr Surg 1982; 69: 412.

-Redondo P. Clasificación de las anomalías vasculares (tumores y malformaciones). Características clínicas e historia natural. An. Sist. Sanit. Navar. 2004; 27 (supl. I): 9-25

4. **En la cirugía de base de cráneo y siguiendo el sistema de clasificación basado en el más apropiado ángulo de abordaje al sitio anatómico del tumor, ¿qué abordaje realizaríamos para llegar al nivel II?, ¿qué estructuras se exponen con éste abordaje?**
   Abordaje subcraneal, descrito por Raveh, en el cual mediante una osteotomía fronto-naso-orbitaria en bloque se accede al suelo de la fosa craneal anterior, ambas órbitas, plano esfenoetmoidal, fosa nasal, nasofaringe y senos paranasales además del clivus, todo ello evitando tener que retraer los lóbulos frontales y evitando la realización de cicatrices faciales, y en aquellos casos en los que la lámina cribosa no estuviera afectada disminuye el riesgo de fístula de líquido cefalorraquídeo. Es de elección en grandes tumores mediales y paramediales de la base del cráneo anterior. Es vía de elección en numerosos casos de técnicas descompresivas del nervio óptico.

   -Sanchez Aniceto G, García Recuero I, Gutiérrez Díaz R.Accesos quirúrgicos a la base craneal. En: Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Tomo III. Navarro Vila C. Arán Ediciones. Madrid. 2004. 1437-1449.
   -Beals SP, Joganic EF, Hamilton MG et al. Posterior skull base transfacial approaches. Clin Plast Surg 1995; 22: 491-511.

5. **Indicaciones clínicas aceptadas de la PET-FDG en tumores de cabeza y cuello**
   La PET-FDG está aceptada en:
   - La detección de tumores de origen desconocido evidenciados por adenopatías laterocervicales
   - La estadificación inicial de pacientes con tumores malignos de cabeza y cuello. Una estadificación precisa es fundamental, no sólo para el tratamiento adecuado de los pacientes, sino también por sus implicaciones pronósticas y porque permite evitar terapias agresivas o inútiles en pacientes con enfermedad diseminada. La PET-FDG también está aceptada en la estadificación inicial, con especial contribución en la estadificación ganglionar y en la detección de metástasis a distancia y segundos primarios.
   - La evaluación de la respuesta al tratamiento es otra indicación aceptada que permite evitar cirugías innecesarias en ausencia de enfermedad residual tras tratamientos de radioterapia con o sin quimioterapia.
   - Seguimiento de los pacientes tratados, tanto para la detección de recidiva como de enfermedad metastásica.
   - (Además se está investigando la PET/TC en la planificación de radioterapia y se ha observado utilidad para la identificación de segundos primarios en el seguimiento)

-Estado actual del PET en los tumores de cabeza y cuello: impacto en la planificación del tratamiento radioterápico. F. Arias de la Vega, M.J. García-Velloso, G. Asín, M. Rico, M.T. Vila, V. Chicata. An. Sist. Sanit. Navar. 2009; 32 (Supl. 2): 73-84.

-El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, incluye en el apartado 5.2. Otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos: "Medicina nuclear diagnóstica y terapéutica, incluida la tomografía por emisión de positrones (PET), y combinada con el TC (PET-TC), en indicaciones oncológicas de acuerdo con las especificaciones de la ficha técnica autorizada del correspondiente radiofármaco" (BOE núm. 222 de 16 de septiembre de 2006).

6. **Nombra 5 indicaciones absolutas de Zide para la reducción abierta de fracturas condíleas.**

En 1983, Zide y Kent propusieron un protocolo que no ha podido ser rebatido hasta ahora, y que es el más frecuentemente empleado. Las indicaciones absolutas para reducción abierta serían:

-Desplazamiento condilar en la fosa craneal o fosa temporal.

-Imposibilidad de obtener una oclusión adecuada mediante tratamiento conservador.

-Desplazamiento lateral extracapsular del cóndilo.

-Incapacidad para la apertura oral o maloclusión tras una semana, con evidencia radiológica de fragmento óseo que limite la movilidad condilar.

-Invasión por cuerpo extraño intra-articulares.

-Fracturas abiertas con heridas complejas en las que la fibrosis y la inmovilización prolongada pueden provocar una anquilosis fibrosa.

-Ausencia de contacto óseo por interposición de partes blandas.

-Impactación del cóndilo en el CAE.

-Paresia del nervio facial tras el traumatismo.

-Fracturas abiertas.

-Fracturas tipo II y IV (clasificación de Spiessl) con ángulo entre fragmentos >37º.

-Fracturas tipo II y IV con desplazamiento longitudinal y contracción (pérdida de altura) >4 mm.

-Fernández A, García I, Sanchez G. Tratamiento de las fracturas de mandíbula. En:Tratado de cirugía oral y maxilofacial. Navarro C. Ediciones Arán. Madrid. 2004: 441 – 459.

-Fisiopatología de la articulación témporo-mandibular. Anomalías y deformidades. Martín-Granizo R. SECOM On-line.

7. **Instrumentación usada en la sialoendoscopia diagnóstica y terapéutica.**

Los miniendoscopios pueden dividirse en: flexibles, semi-rígidos y rígidos. Los semi-rígidos tienen gran calidad de imagen, ∅ pequeño, rigidez suficiente con buena capacidad de penetración.

Existen varios endoscopios posibles. Se utilizan los sialoendoscopios semi-rígidos con visión frontal 0º y con diámetro de alrededor de 1 mm con canal de trabajo y de irrigación, longitud alrededor de 12 cm:
Miniendoscopio semi-rígido de visión frontal 0º, 1 mm ∅, longitud 10 cm – 20 cm.
Vaina quirúrgica de Nahlieli con canal de trabajo y para irrigación.
Sialoendoscopio semi-rígido diagnóstico, 0,8 mm ∅, longitud 12 cm longitud y un portal para la irrigación hasta 1,1 mm de ∅.
Sialoendoscopios multifuncionales de 1,1 y 1,6 mm ∅, longitud 12 cm, con portal de irrigación.
Sialoendoscopio de Marchall con diámetro externo de 1,3 mm, de dos canales de 0,25 mm y de 0,65 mm,
Fuente de luz y cable.
Fórceps, pinzas de agarre, extractor de piedras, cestos, catéter balón
Dilatador para conducto
Sondas dilatadoras (0000 hasta 6)
Tijeras anguladas
Litotriptor láser intracorpóreo
Litotriptor neumobalístico, electro-hidraúlico intracorpóreo
Ondas piezoeléctricas extracorpóreas

-Peter M. Baptista, Carlos Gimeno-Vilar, Jorge A. Rey-Martínez y Manuele Casale-Falcone. Sialoendoscopia: una nueva alternativa en el tratamiento de la patología salival. Nuestra experiencia. Acta Otorrinolaringol Esp. 2008;59(3):120-3.
-Nahlieli O, Nakar LH, Nazarian Y, Turner MD. Sialoendoscopy. A new approach to salivary gland obstructive pathologyJ Am Dent Assoc 2006, 137: 1394-1400.

8. En un paciente con un problema de Clase III esquelética, ¿qué extracciones deberíamos realizar si optamos por un camuflaje? Y ¿si optamos por cirugía?

Si optamos por camuflaje, extraeremos por lo general los primeros premolares inferiores o bien estos y los segundos premolares superiores. Para la preparación quirúrgica de este mismo paciente, extraeríamos normalmente sólo los primeros premolares superiores para corregir la proclinación que suelen presentar los incisivos superiores. Si necesitásemos espacio en el arco inferior, típicamente se extraen 35 y 45 o exodoncia de un incisivo inferior minimizando el riesgo de retrusión y aumentando el resalte postquirúrgico.

-Tratamiento quirúrgico y ortodóncico combinado. En: Proffit WR. Ortodoncia. Teoría y práctica. 1994. Mosby. ISBN: 84-8086-075-8. 607-645.
-Monturiol FJ. Ortodoncia pre y postquirúrgica en las deformidades dentofaciales. En: Tratado de cirugía oral y máxilofacial. Tomo II. Navarro C. Arán Ediciones S.L. Madrid. 2004: 743 – 757.
-Birbe J, Serra M. Ortodoncia en cirugía ortognática. RCOE 2006; 11 (5-6): 547 – 557.

9. **En un paciente con secuencia de Pierre Robin aislada (no relacionada con otros síndromes o anomalías) que sufre continuas desaturaciones de oxígeno, ¿qué maniobras y/o técnicas pueden ser efectivas para mejorar la obstrucción de la vía aérea y en qué orden?**

Desaturaciones → Nasoendoscopia y broncoscopia:

-No se aprecia obstrucción → Buscar causa primaria SN o pulmonar

-Obstrucción glótica / infraglótica → Traqueotomía

-Obstrucción supraglótica / base de lengua → Postural / tubo nasofaríngeo→ continúan las desaturaciones → adhesión de lengua → continúan las desaturaciones → distracción mandibular → continúan las desaturaciones → traqueotomía

-To Distract or Not to Distract: An Algorithm for Airway Management in Isolated Pierre Robin Sequence. Richard B. Schaefer, James A. Stadler, Arun K. Gosain. Plastic and reconstructive surgery, April, 2004: 1113 – 1125.

10. **Nombre algunas de las líneas estratégicas, prioridades u objetivos del nuevo Plan de salud 2006–2012 de Navarra que cree usted que pueden afectar directa o indirectamente al Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial.**

- **Línea estratégica**: Prevención de salud colectiva y problemas de salud emergentes.
  - ≈ Prioridad: Promoción de estilos de vida saludables:
    - Objetivo: desarrollar el Plan Foral de acción sobre el tabaco en sus tres áreas de intervención: prevención de inicio, ayuda a dejar de fumar y espacios sin humo.
    - Objetivo: disminuir la prevalencia del consumo de alcohol y las drogas ilícitas y de sus efectos adversos.
    - Objetivo: detectar el abuso del consumo de bebidas alcohólicas y reducir los problemas derivados del mismo.
    - Objetivo: fomentar el consumo de una alimentación saludable y la práctica del ejercicio físico en la población.
    - Objetivo: promocionar acciones individualizadas sobre alimentación y sobre el ejercicio físico adecuado.

- **Línea estratégica**: Cuidados por procesos según guías de práctica clínica consensuadas y basadas en la evidencia.
  - ≈ Prioridad: enfermedades oncológicas:
    - Objetivo: desarrollar la atención por procesos en las siguientes localizaciones tumorales: pulmón, mama, colon, recto, próstata, vía biliar y páncreas,

boca-laringe, tumores germinales, ovario, estómago y vejiga.

- Objetivo: mejorar la supervivencia y reducir la mortalidad general en el conjunto de los procesos indicados en el objetivo anterior.
- Objetivo: establecer un sistema de evaluación permanente de resultados clínicos a través de registro poblacional y hospitalario.

- **Línea estratégica**: Desarrollo de la organización y la gestión orientadas a la eficiencia y a la corresponsabilidad.
  - ≈ Prioridad: evaluar, y en su caso, redefinir el organigrama, funciones y competencias del Organismo Autónomo Servicio Navarro de Salud, orientándolo hacia el cumplimiento de los fines establecidos en el presente Plan de Salud.
    - Objetivo: garantizar la necesaria coordinación y racionalización de la oferta asistencial correspondiente al área hospitalaria de Pamplona con el fin de asegurar la máxima eficiencia en el aprovechamiento de los recursos humanos, financieros y tecnológicos.

- **Línea estratégica**: Orientación de las acciones dirigidas a la equidad y a la satisfacción del ciudadano.
  - ≈ Prioridad: garantía de las prestaciones sanitarias
    - Objetivo: desarrollar las prestaciones sanitarias en el Sistema Sanitario de Navarra de acuerdo con las reconocidas en el Sistema Nacional de Salud, incluyendo los compromisos de programas preventivos específicos ya incorporados por el Gobierno de Navarra.
  - ≈ Prioridad: tutela de la garantía de cumplimientos de tiempos máximos de demora.
    - Objetivo: establecer garantías de tiempos máximos de demora en asistencia y pruebas diagnósticas.
    - Objetivo: establecer mecanismos para la evaluación continua de las listas de espera con criterio de equidad y eficiencia.

- **Línea estratégica**: Utilización adecuada de medicamentos y de la historia clínica informatizada.

  - ≈ Prioridad: desarrollo de la Historia Clínica Informatizada única para cada ciudadano.

- Objetivo: definir el modelo y contenido de la Historia Clínica Informatizada única y exclusiva para su uso en el SNS – O.
- Objetivo: mejorar la accesibilidad a la Historia Clínica Informatizada por parte de los profesionales sanitarios desde donde lo precisen.

-Aprobado por la Comisión de Sanidad del Parlamento de Navarra, en sesión celebrada el día 28 de febrero de 2007. Publicado en el Boletín del Parlamento de Navarra, nº 28 de 22 de Marzo de 2007.

CASO CLÍNICO 1º

Niña de 5 años, que acude a urgencias por presentar desde hace 5 días un "ojo más grande que el otro, desviado hacia un lado, lo mueve menos, antes no tenía nada y va creciendo poco a poco". Tiene dolor y los padres creen que ha perdido algo de visión y que según hacia donde mire "ve doble". Unos días antes había empezado con un catarro.
En la exploración no palpamos ninguna masa aparente y no existen signos perioculares asociados. El exoftalmos es reductible. La exploración de fondo de ojo muestra pliegues coriorretinianos. El ojo izquierdo es normal.
Aportamos las pruebas de imagen realizadas (TC y RNM).

1ª ¿Cuál es el diagnóstico más probable? Razónelo.

2º ¿Con qué otras patologías habría que realizar el diagnóstico diferencial?

3º Comente las pruebas de imagen.

4º ¿Cuál sería el tratamiento más apropiado?

RESPUESTAS CASO CLÍNICO 1º

Niña de 5 años, que acude a urgencias por presentar desde hace 5 días un "ojo más grande que el otro, desviado hacia un lado, lo mueve menos, antes no tenía nada y va creciendo poco a poco". Tiene dolor y los padres creen que ha perdido algo de visión y que según hacia donde mire "ve doble". Unos días antes había empezado con un catarro.
En la exploración no palpamos ninguna masa aparente y no existen signos perioculares asociados. El exoftalmos es reductible. La exploración de fondo de ojo muestra pliegues coriorretinianos. El ojo izquierdo es normal.
Aportamos las pruebas de imagen realizadas (TC y RNM).

1ª ¿Cuál es el diagnóstico más probable? Razónelo.
Linfangioma. Es un tumor que puede provocar exoftalmos repentino por hemorragias espontáneas o durante infecciones respiratorias, probablemente por hiperplasia linfoide. Suelen ser indoloros, excepto en las crisis de exoftalmos agudo por hemorragias intralesionales y puede acompañarse de limitación en la movilidad ocular, astigmatismo, estrabismo.

2º Con que otras patologías habría que realizar el diagnóstico diferencial.

-Linfoma orbitario: se trataría también de una tumoración de comienzo insidioso, de progresión lenta e indolora, pero a diferencia del angioma cavernoso suele aparecer en ancianos, puede ser bilateral y frecuentemente de localización anterior (puede palparse) y extraconal. La proptosis puede ser axial o no axial. En el TC el angioma es ovalado y la lesión linfoide es más irregular.

- Hemangiopericitoma: aparece en la cuarta década de la vida, aunque también pueden aparecer en niños de 2-6 años. Simulan hemangiomas cavernosos. Tumor vascular benigno o maligno, bien delimitado, lobulado. Es poco frecuente y el tiempo de evolución suele ser corto. Con frecuencia tiene localización superior provocando un desplazamiento inferior del globo ocular. Es importante la diferenciación ya que el hemangiopericitoma puede recidivar, malignizar y metastatizar. Lo más característico serían las areas de hiposeñal que aparecen en la RM en T1 y sobre todo en T2 por los lagos vasculares existentes.

-Hemangioma: es el tumor benigno más frecuente de la órbita en niños. Suelen provocar proptosis axial. Los lloros y las maniobras de valsalva pueden provocar aumento de tamaño.

-Rabdomiosarcoma: tumor raro, pero es el tumor maligno de la órbita más frecuente. Aparece hacia los 3-7 años. La clínica es muy característica, exoftalmos unilateral de muy rápida aparición, exoftalmos irreductible. Existen 2 elementos a favor de su diagnóstico: la brutalidad de la evolución y el carácter inflamatorio.

-Hemangioendotelioma: relativamente frecuente, malignidad intermedia. Puede ser confundido con un angioma.

-Quiste dermoide: aislamiento a nivel de una sutura ósea de la órbita de un fragmento epidérmico. Suele aparecer alrededor de la órbita y puede penetrarla, puede existir erosión de paredes óseas.

-Hematoma orbitario espontáneo – Quiste hemático.

3º Comente las pruebas de imagen.

Tumor en órbita derecha de localización intraconal, retro y suprabulbar que provoca desplazamiento inferior y anterior del globo ocular y desplazamiento inferior y medial del nervio óptico. Isointensa en T1 y T2, hiperintensa en T2. Tras la administración de contraste no se observa captación en TC ni en RM. No alteraciones óseas. No agresivo. Diagnóstico diferencial quiste dermoide-epidermoide y linfangioma complicado con sangrado.

4º ¿Cuál sería el tratamiento más apropiado?

Extirpación quirúrgica. La completa extirpación puede ser difícil. La RT es ineficaz. Las inyecciones esclerosantes deben ser evitadas. Pueden existir recidivas. Las indicaciones quirúrgicas agresivas deben limitarse a aquellos casos de exposición corneal, riesgo de ambliopía, neuropatía compresiva y grandes exoftalmos.

Bibliografía:

1.- Orbital disease. Weiss RA. En: Oculoplastic surgery. McCord CD, Tanenbaum M, Nunery WR. Raven Press. New York. 417-476.

2.- Urvoy M, Toulemont PJ, Le Gall F et Jouan H. Tumeurs de l'orbite de l'enfant. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris), Ophtalmologie, 21-650-A-10, Pédiatrie, 4-120-B-10, 1996, 9 p.

'11/9/20 9:16 AM

3.- Pérez Moreiras JV, Prada Sánchez M C, Pérez Becerra E. Linfangioma. En: Patología orbitaria. Tomo I. Pérez Moreiras JV, Prada Sánchez MC. Edika med SL. Barcelona. 2000. ISBN: 84-7877-277-4: 319 – 355.

CASO CLÍNICO 2º

Paciente de 53 años, que presenta desde hace tiempo, (no sabe especificar cuánto tiempo) una lesión blanquecina en mucosa yugal. Comenta que también presenta unas lesiones en la piel que le salieron un poco más tarde pero no sabe si tienen relación con las de la boca. Refiere que a temporadas las lesiones le duelen.

1ª ¿Cuál es el diagnóstico más probable? Razónelo. Describa las lesiones de piel y mucosa.

2º ¿Con qué otras patologías habría que realizar el diagnóstico diferencial?

3º Para llegar al diagnóstico final de esta lesión, ¿qué criterios hay que tener en cuenta?

4º ¿Cuáles serían las posibilidades de tratamiento?

CASO CLÍNICO 2º

Paciente de 53 años, que presenta desde hace tiempo, (no sabe especificar cuánto tiempo) una lesión blanquecina en mucosa yugal. Comenta que también presenta unas lesiones en la piel que le salieron un poco más tarde pero no sabe si tienen relación con las de la boca. Refiere que a temporadas las lesiones le duelen.

1ª ¿Cuál es el diagnóstico más probable? Razónelo. Describa las lesiones de piel y mucosa.

Liquen plano oral variante reticular y cutánea. El liquen es una afectación mucocutánea crónica, de etiología desconocida y carácter autoinmune.

La variante cutánea se caracteriza por lesiones de forma papular, en forma poligonal, que aparecen de manera aislada o agrupándose a manera de placas diferenciadas de la piel que las rodea. Al principio son de color rosadas, después violáceas y finalmente pardas. Aparecen sobre todo en áreas flexoras y especialmente en la cara anterior de las muñecas. Las lesiones cutáneas suelen aparecer un poco más tarde que las orales.

La variante oral reticular es la más frecuente, lesión blanquecina, lineal, ligeramente sobreelevada, palpable (estrías de Wickmham) y que no se desprende. Suelen ser bilaterales, simétricas y asintomáticas.

El liquen plano oral es una condición precancerosa (distinto de lesión precancerosa)

2º ¿Con qué otras patologías habría que realizar el diagnóstico diferencial?

- Reacción liquenoide: suelen aparecer por amalgamas, medicamentos...El diagnóstico diferencial con el lique plano es atendiendo a los criterios clínicos e histológicos.
- Leucoplasia. Es difícil en ocasiones de hacer. Habrá que recurrir a pruebas de laboratorio como el examen

histopatológico e inmunofluorescencia previa biopsia. Clínicamente en la lengua leucoplásica no se observan papilas y en el liquen sí.

- Penfigoide benigno mucoso: cuando éste se localiza en las encías, ambos cuadros se presentan clínicamente como una gingivitis descamativa, en estos casos debemos proceder a realizar un estudio de inmunofluorescencia directa.

- Candidiasis hipertrófica crónica: para diferenciarla debemos realizar una biopsia, examen anatomopatológico y tinción con PAS.

- Eritroleucoplasia: esta lesión es considerada como cancerizable, de color rojo brillante aproximadamente un 75% de las mismas son carcinomas in situ o invasores. El diagnóstico definitivo se obtiene tras biopsia y confirmación histopatólogica.

- Lupus eritematoso: clínicamente en ocasiones, el aspecto de ambas lesiones podría confundirse, pero en el examen histopatológico se aprecia un infiltrado inflamatorio de distribución perivascular (Lupus) y no así la distribución en banda que se adopta en el liquen. Con los estudios de inmunofluorescencia podemos apreciar el depósito de inmunoglobulinas en el lupus y de fibrinógeno en el liquen.

- Algunos tipos de carcinomas sobre todo los incipientes y ulcerados.

3º Para llegar al diagnóstico final de estas lesiones, ¿qué criterios hay que tener en cuenta?

En el diagnóstico final de LPO y de reacción liquenoide (RL) se deben incluir tanto el diagnóstico clínico como el histológico.

1/ Criterios clínicos:

- ✓ Presencia de lesiones bilaterales más o menos simétricas.
- ✓ Presencia de lesiones blanquecinas en el patrón reticular o lesiones atróficas en la variante atrófico-erosivo.
- ✓ Otras lesiones similares a LPO sin estos criterios: *"clínicamente compatible con"*.

2/ Criterios histológicos:

- ✓ Presencia de una banda bien definida de infiltrado inflamatorio compuesta principalmente por linfocitos.
- ✓ Presencia de degeneración hidrópica de la capa basal.
- ✓ Ausencia de displasia epitelial.
- ✓ Otras lesiones similares con características histopatológicas menos obvias: *"histopatológicamente compatible con"*.

4º ¿Cuáles serían las posibilidades de tratamiento? Y ¿qué se pretende conseguir con el tratamiento?

El tratamiento va enfocado a eliminar úlceras, aliviar síntomas y reducir el riesgo de una posible malignización.

Lo primero es eliminar factores traumáticos próximos a la lesión (restos radiculares, aristas cortantes de dientes, ganchos de prótesis,... También hay que eliminar factores irritantes locales, tabaco, alcohol, especias. Higiene bucal exquisita y reequilibrar psicológicamente al paciente.

Como medicamentos:

-Glucocorticoides tópicos (en orobase) o vía sistémica. De elección en la variante atrófico erosiva. Acetónido de triamcinolona 0,1% o en infiltración perilesional (30 mg/ml) propionato de clobetasol 0,05%, acetónido de fluocinolona 0,025%. 3-5 veces/día, 4-6 semanas. Suelen provocar hongos, autores recomiendan antifúngicos. En casos severos, vía sistémica: 40-80 mg /día de prednisona.

-Retinoides

-Ciclosporina A

-Tacrolimus

-Láser y técnicas quirúrgicas muestran resultados variables. La inexistencia de ensayos clínicos aleatorizados no proporcionan evidencia acerca de la verdadera efectividad terapéutica de este procedimiento (láser).

Bibliografía:

1.- Van der Meij E, Van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. J Oral Pathol Med 2003; 32: 507-12.

2.- Bascones-Ilundain C, González MA, Carrillo A, Bascones-Martínez A. Liquen plano oral (I). Aspectos clínicos, etiopatogénicos y epidemiológicos. Av. Odontoestomatol 2006; 22-1: 11-19.

3.- A comparison of treatment of oral lichen planus with topical tacrolimus and triamcinolone acetonide ointment. Laeijendecker R, Tank B, Dekker SK, Neumann HA. Acta Derm-Venereol. 2006; 86 (3): 227-9.