

**XLVIII** Reunión Anual  
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
NEURORRADIOLOGÍA



# Casos interactivos de Cabeza y Cuello

Dr Antonio Saiz Ayala  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

# CASO 1

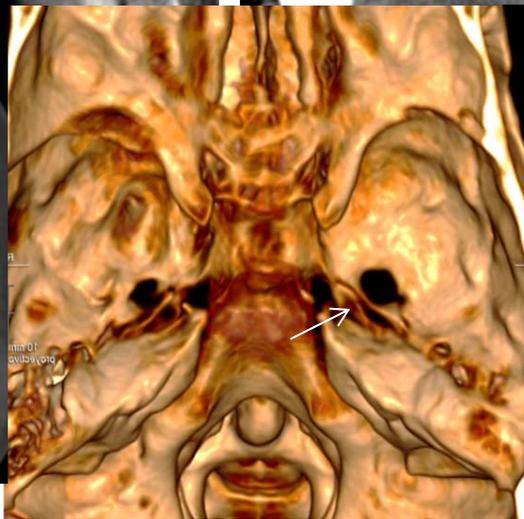
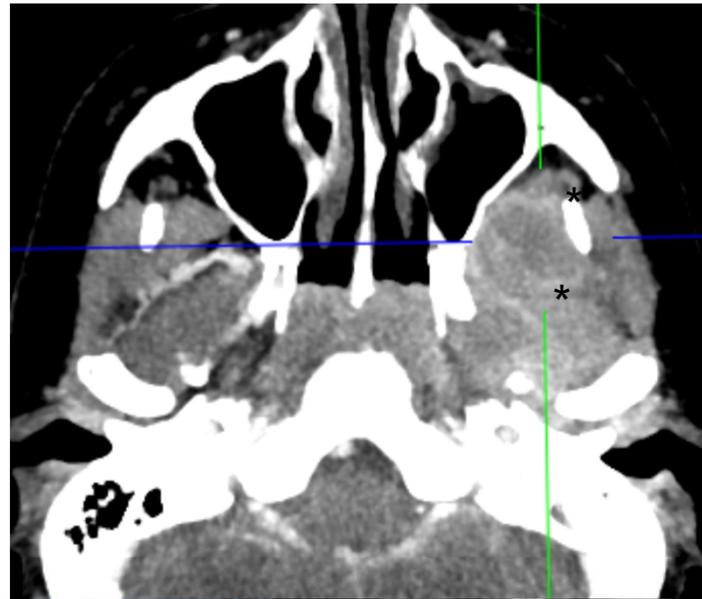
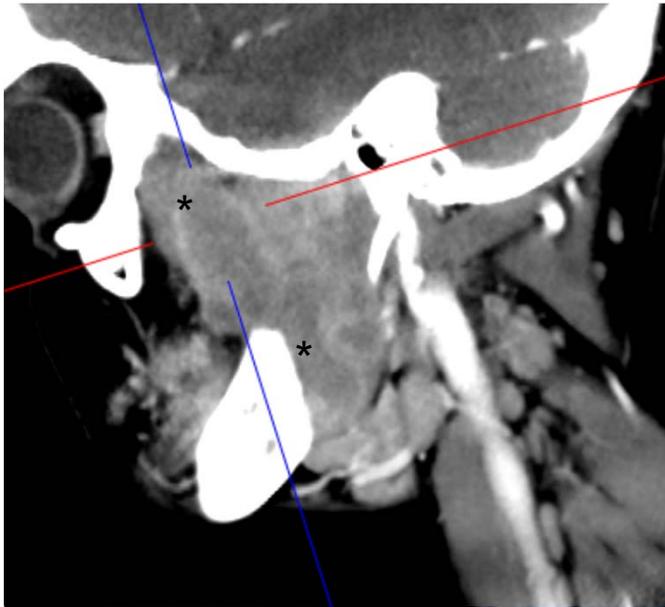
Mujer de **36 años** con molestias crónicas en ATM **derecha** intervenida en dos ocasiones con apertura oral limitada.

Trismus de 3 años de evolución años que comenzaron después del parto.

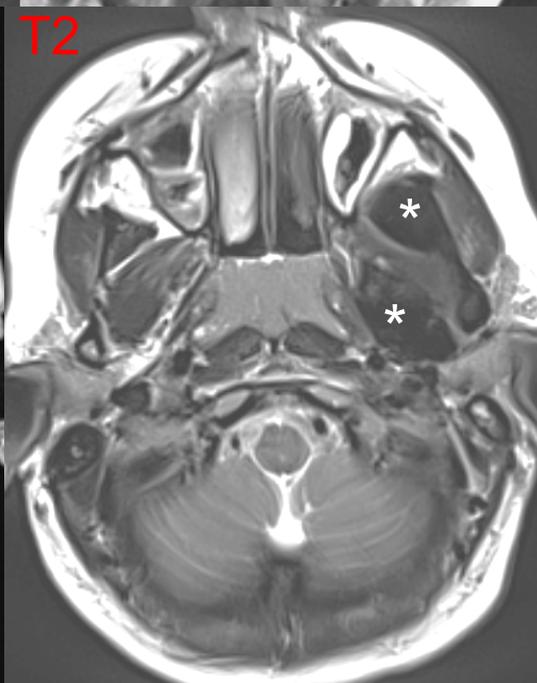
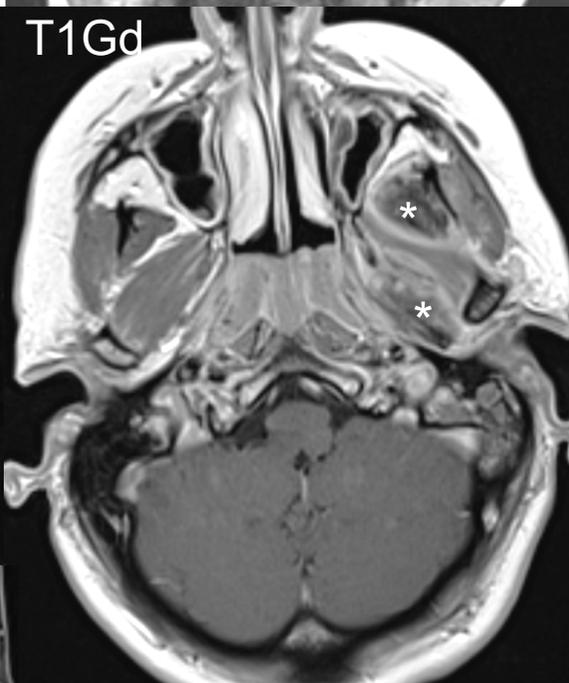
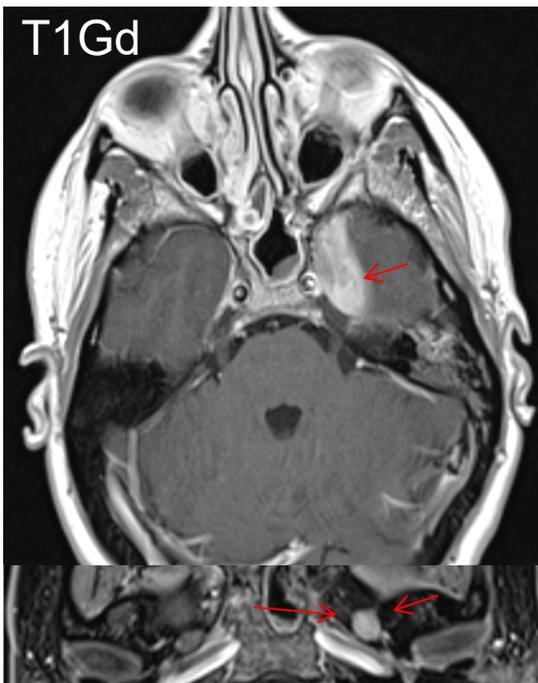
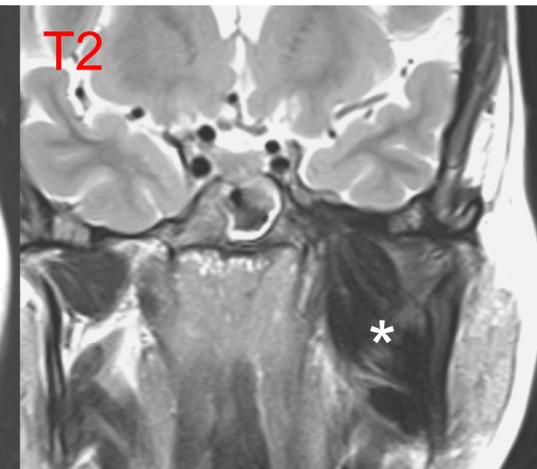
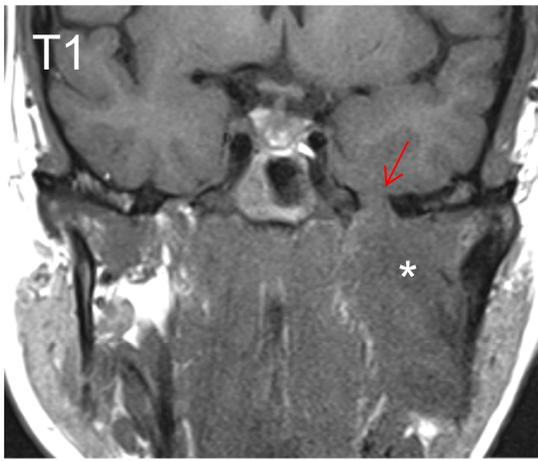
Ahora consulta por dolor en región maseterina **izquierda**

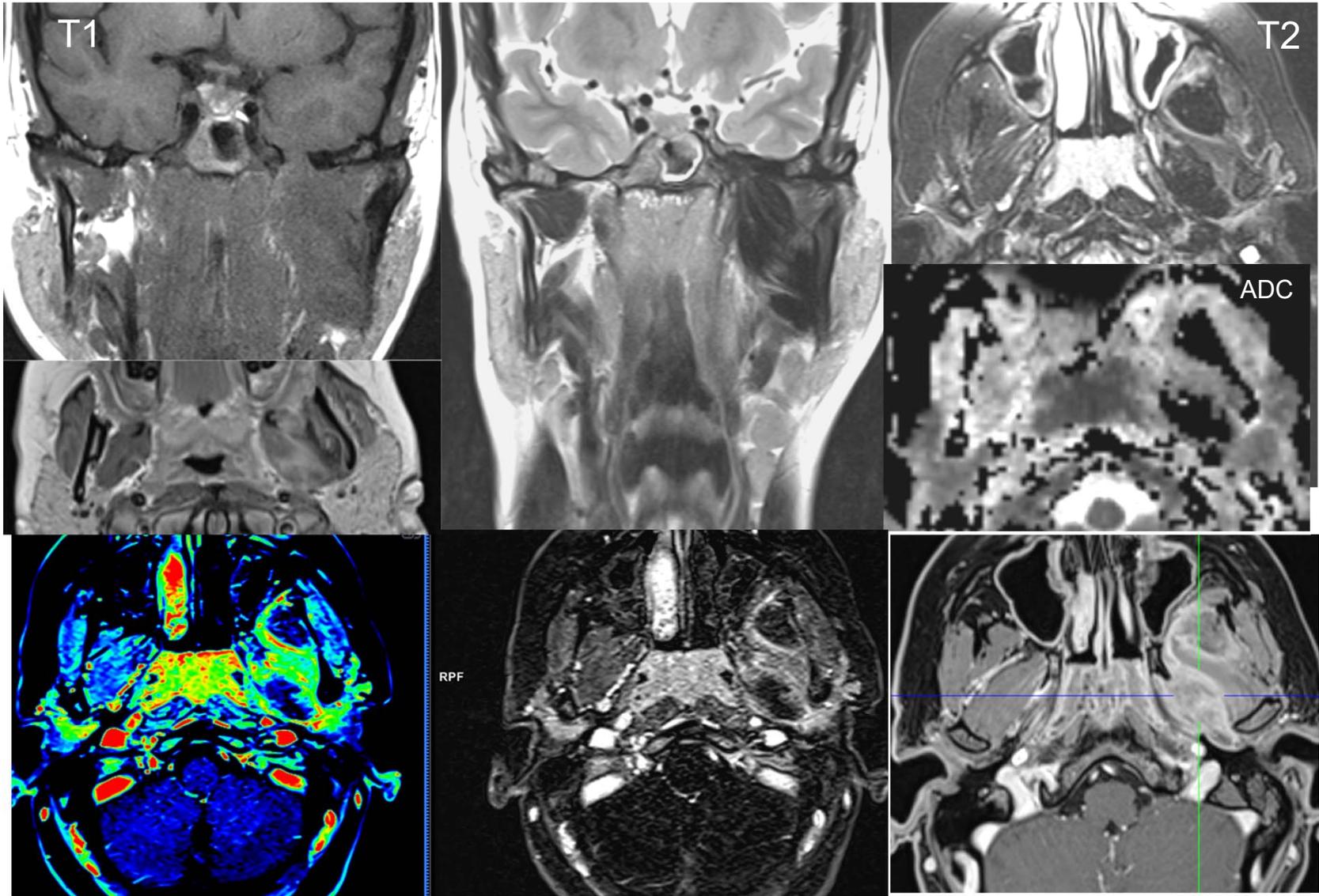


# TC Con Contraste



**RM sin y con Gd**





## ¿ Tras la RM que diagnóstico es el más probable ?

1. Ca Adenoide quístico
2. Fibromatosis Agresiva
3. Pseudotumor / IgG 4 RD
4. Rabdomiosarcoma
5. Linfoma NH



# Caso 1. ¿Tras la RM que diagnóstico es el más probable?



Ca Adenoide  
quístico

Fibromatosis  
Agresiva

✓ 0%

Pseudotumor / IgG  
4 RD

Rabdomiosarcoma

Linfoma NH

¿ Tras la RM que diagnóstico es el mas probable ?

1. Ca Adenoide quístico
2. **Fibromatosis Agresiva**
3. Pseudotumor / IgG 4 RD
4. Rabdomiosarcoma
5. Linfoma NH



# AP: Fibromatosis Agresiva no IgG4 ( Tumor Desmoide )

**Verdadera neoplasia** que surge de los revestimientos fasciales y musculoaponeuróticos de naturaleza infiltrativa.

3% de los tumores de PB

**Etiología** desconocida, a veces 2º a cicatriz traumática o postquirúrgica.  
Edad ~ 40 ( H/M 1: 1.2)

**Crece insidiosamente e invade localmente** pueden adherirse a estructuras vecinas, como los **haces neurovasculares infiltrando el endoneuro.**

**AP:** fibroblastos bien diferenciados incrustados en una matriz colágena abundante con una mayor celularidad en la periferia sin atipias .

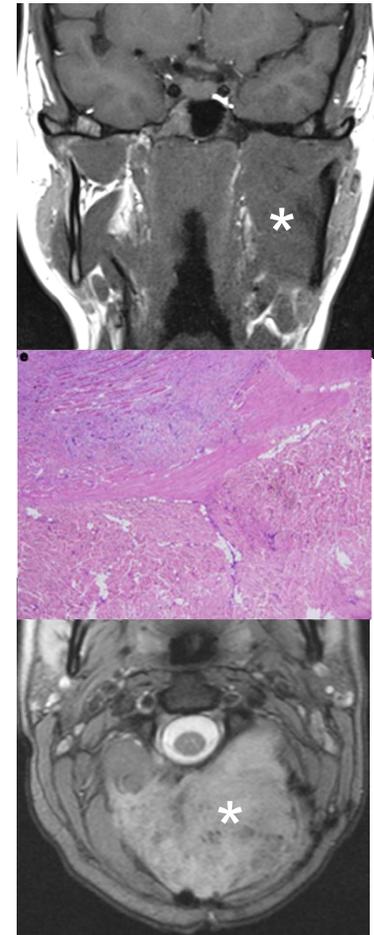
**Asociaciones:**

Trauma quirúrgico o accidental

**Embarazo**, uso de **hormonas estrogénicas**

Síndrome de Gardner, Poliposis adenomatosa familiar

**Localización H&N: 25% de los casos**, siendo las fosas supraclaviculares y el cuello las ubicaciones más comunes.



# Fibromatosis Agresiva

( Fibrosis esclerosante invasiva / T. desmoide )

## Características radiográficas

### TC

Lesión de **PB infiltrativa** con **afectación ósea**. engrosamiento perióstico, Esclerosis, o destrucción / invasión ósea directa

Realce escaso

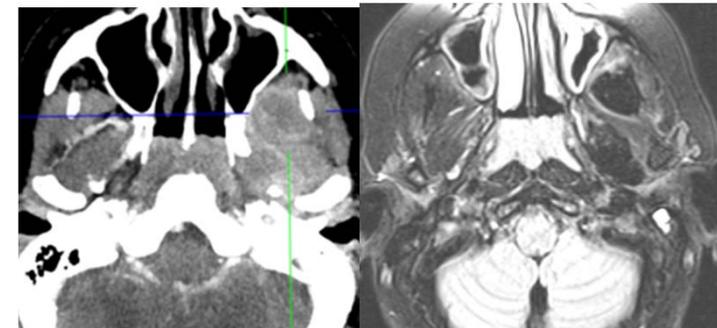
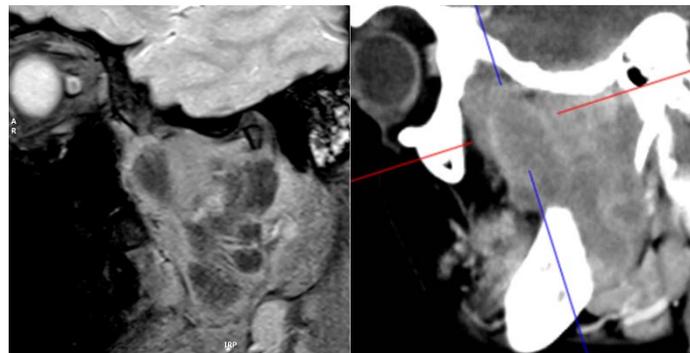
### RM

T1: homogéneamente isointenso o levemente hiperintenso

T2 / STIR / GR : variable. **Baja señal** característica (heterogénea)

T1 C + (Gd): realce variable, heterogéneo / a veces escaso-  
**periférico**

ADC : media  $1.36 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{sg}$   
bajo Hipointenso ( T2 Dark through )

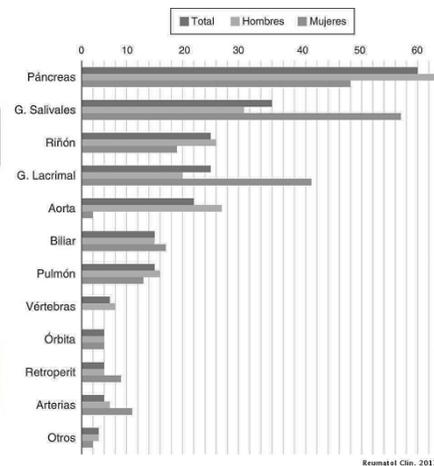
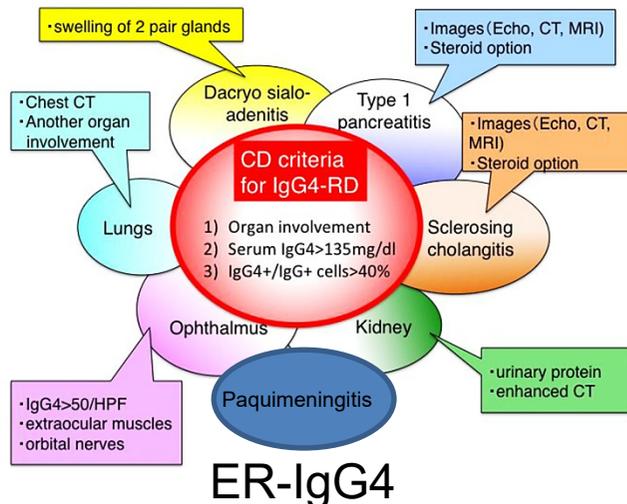
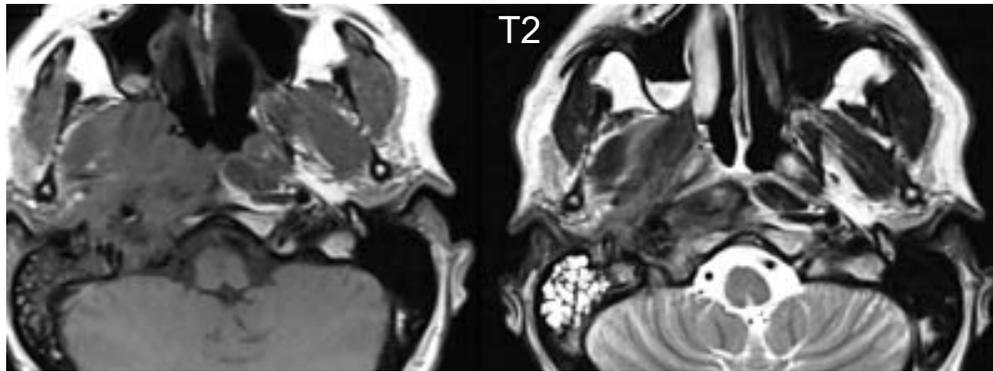


# DDx Enfermedad relacionada con IgG4

## Intracranial spread of IgG4-related disease via skull base foramina

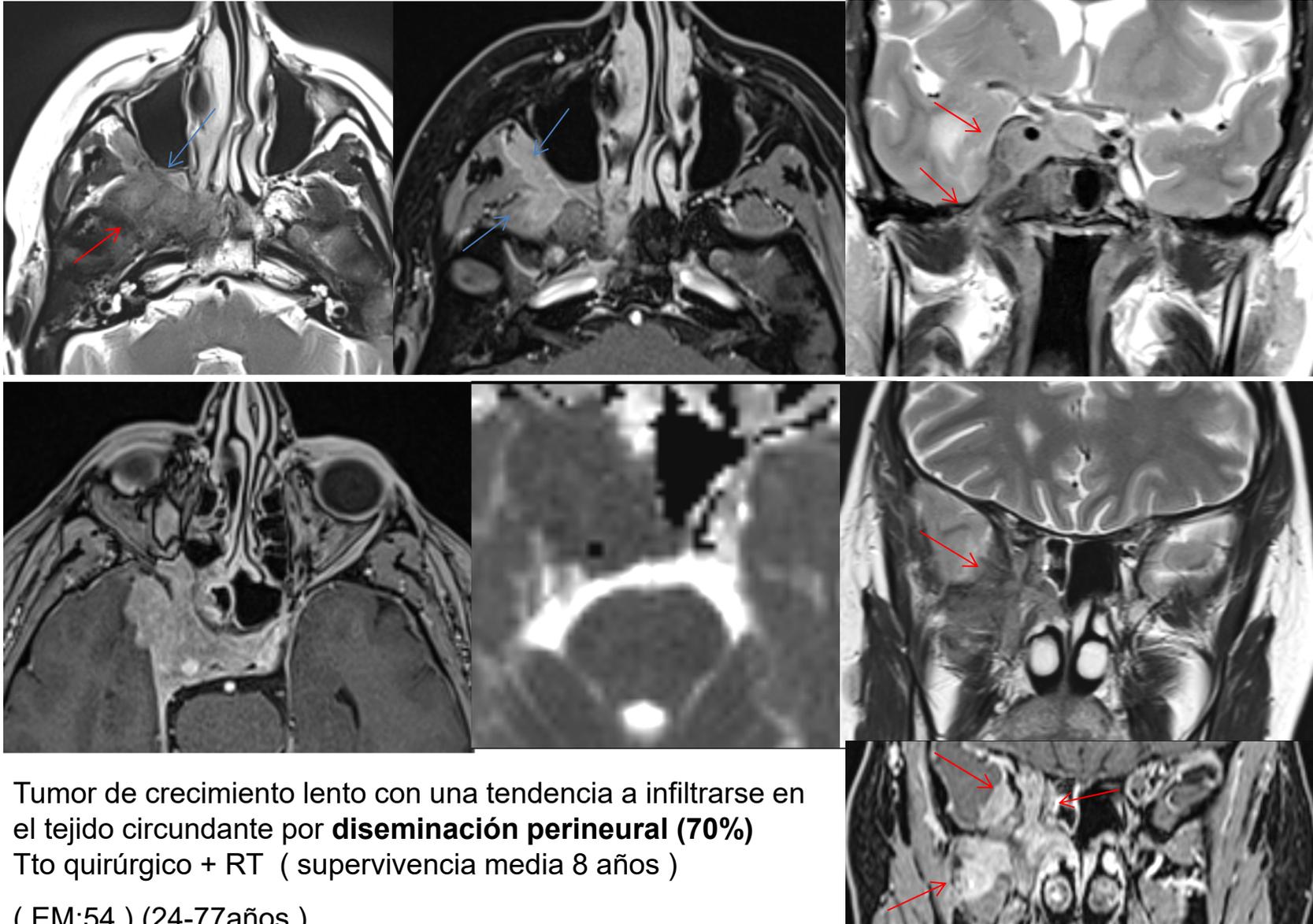
Rice CM, et al. Pract Neurol 2016;16:240–242.

C M Rice,<sup>1,2</sup> T Spencer,<sup>1</sup> G Bunea,<sup>3</sup> N J Scolding,<sup>1,2</sup> P Sloan,<sup>4</sup> U Nath<sup>5</sup>



- ▶ IgG4-related disease should be considered in the differential diagnosis of central nervous system pseudotumour, cranial neuropathy, hypophysitis and leptomeningitis or pachymeningitis.
- ▶ IgG4-related disease may present with a combination of intracranial and extracranial manifestations.
- ▶ Early recognition of IgG-related disease and establishing appropriate long-term treatment may avoid unnecessary investigations and morbidity.
- ▶ Histological findings in IgG4-RD typically include a lymphoplasmacytoid infiltrate, storiform fibrosis and obliterative phlebitis. An elevated serum IgG4 concentration is supportive of the diagnosis.
- ▶ IgG4-RD is typically a corticosteroid-responsive disease but may require additional immunomodulatory therapy.

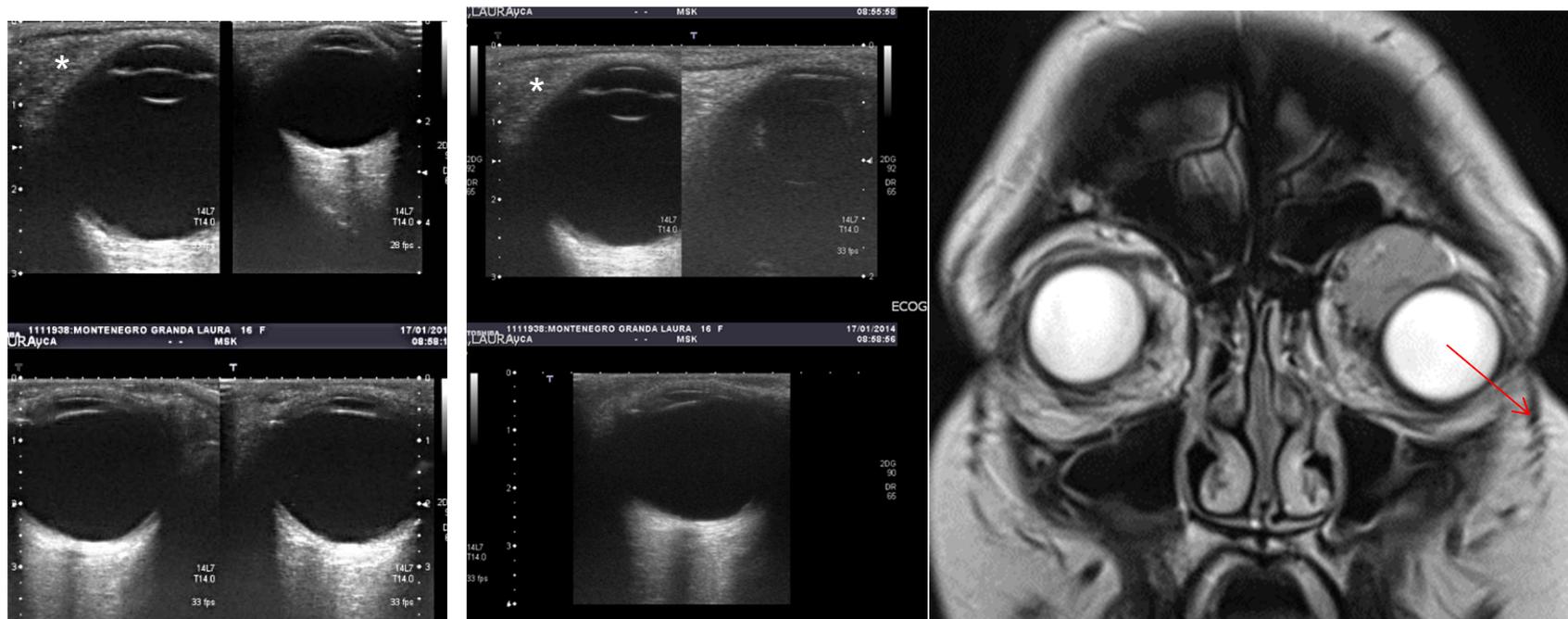
## DDx Ca. Adenoide quístico



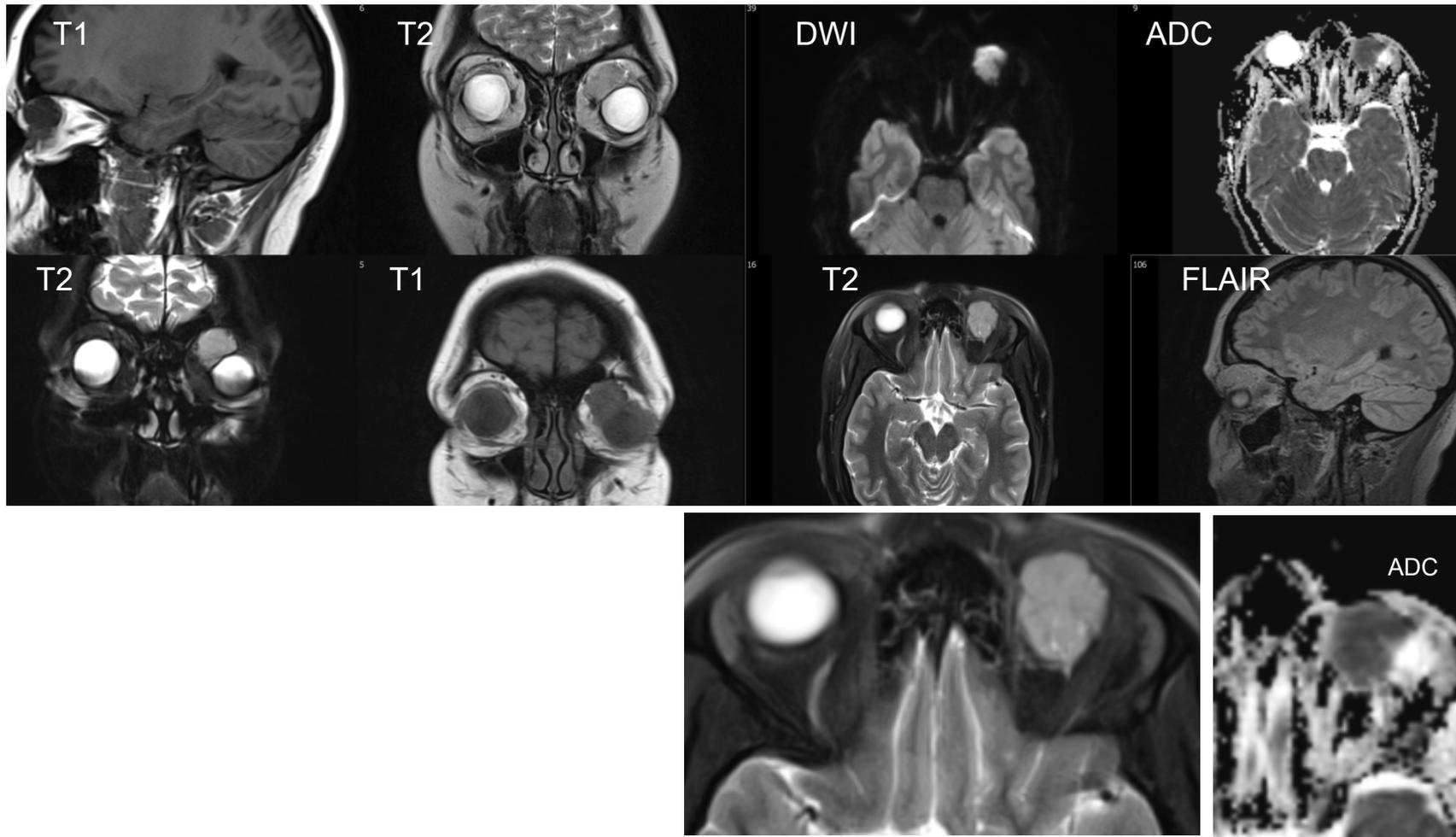
# CASO 2

Varón de **17 años** con proptosis unilateral no dolorosa y diplopia, de evolución subaguda. Desplazamiento infero-lateral del globo ocular.

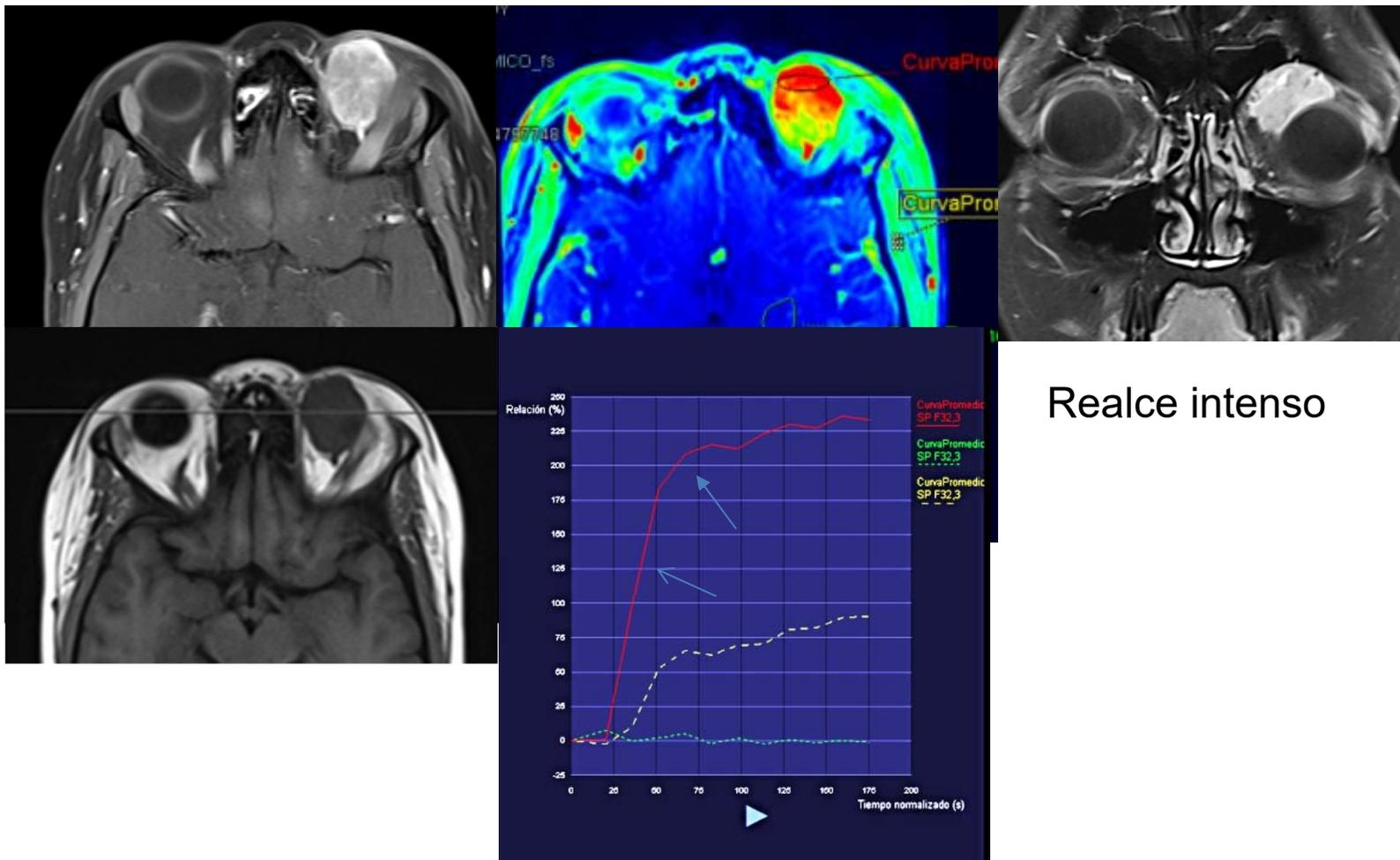
**US:** Lesión ocupante del techo de la orbita cuadrante supero interno



# RM



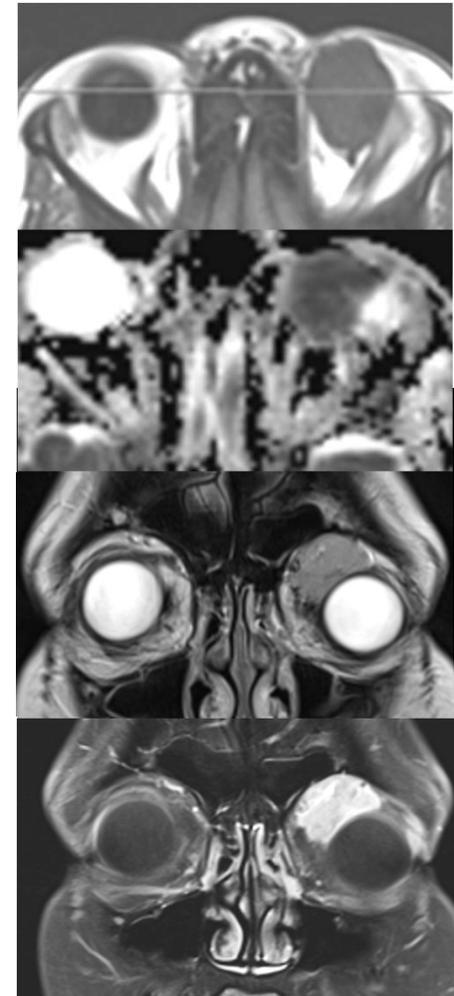
# RM con contraste



Realce intenso

# ¿Cuál es el Dx más probable ?

1. Linfangioma capilar
2. Hemangioma
3. Rabdomiosarcoma
4. Schwannoma
5. Histiocitoma fibroso



17 años

## Caso 2. ¿Cuál es el Dx más probable?

Linfangioma capilar

Hemangioma

Rabdomiosarcoma

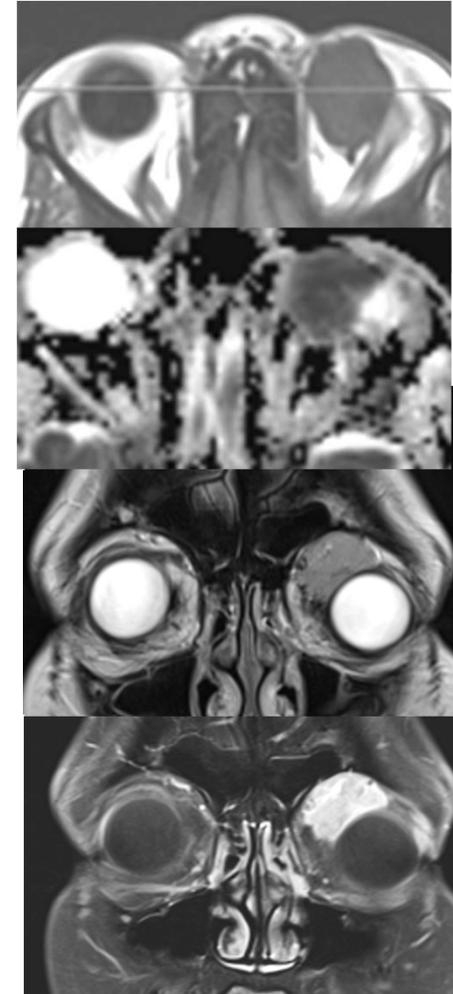
✓ 0%

Schwannoma

Histiocitoma fibroso

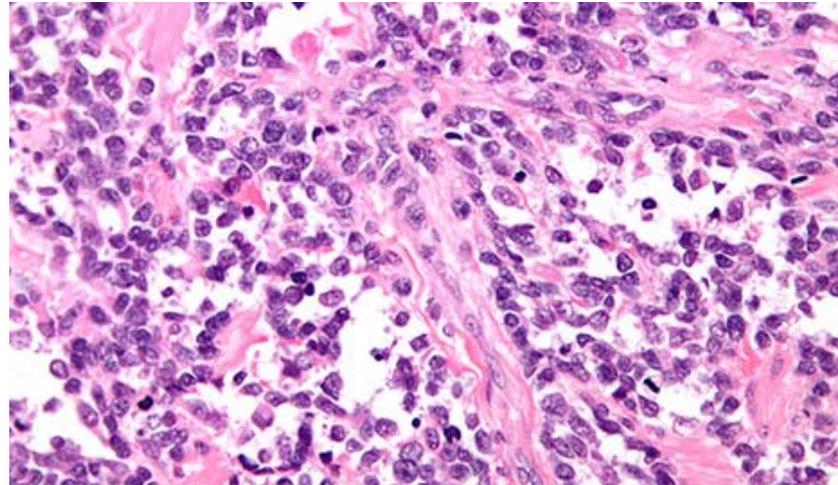
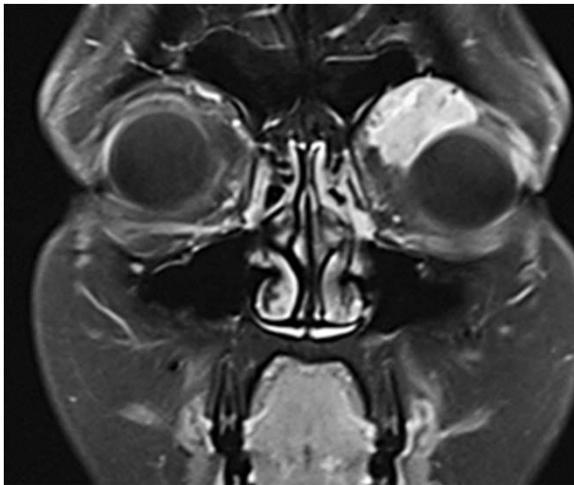
# ¿ Cual es el Dx más probable ?

1. Linfangioma capilar
2. Hemangioma
3. **Rabdomiosarcoma**
4. Schwannoma
5. Histiocitoma fibroso



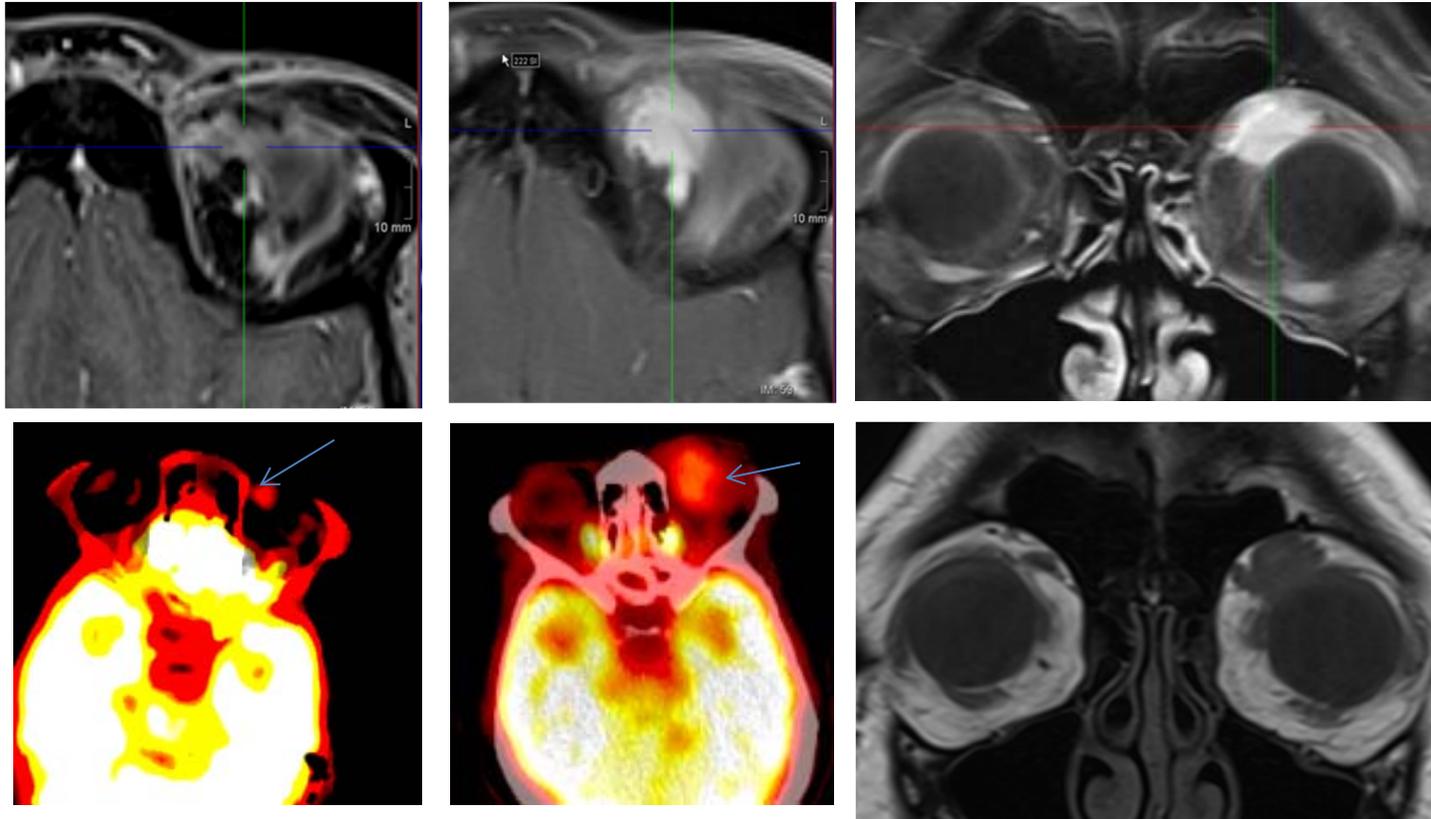
# AP: Rabdomiosarcoma Embrionario

- **Masa extraconal compatible con RMS orbitario Stadio 1**
- **AP:** Población uniforme y densa de células redondas y ovales en patrón difuso, no alveolar. Las células tienen marcada alteración núcleo-citoplasma, con muy escasos citoplasmas, en los que no se observan caracteres diferenciales.
- La tinción inmunohistoquímica MYO-D1 ++ Miogenina - Desmina
- Ki-67 en torno al 35%.



# Seguimiento con RM y PET-CT

Recidiva a los 9 años

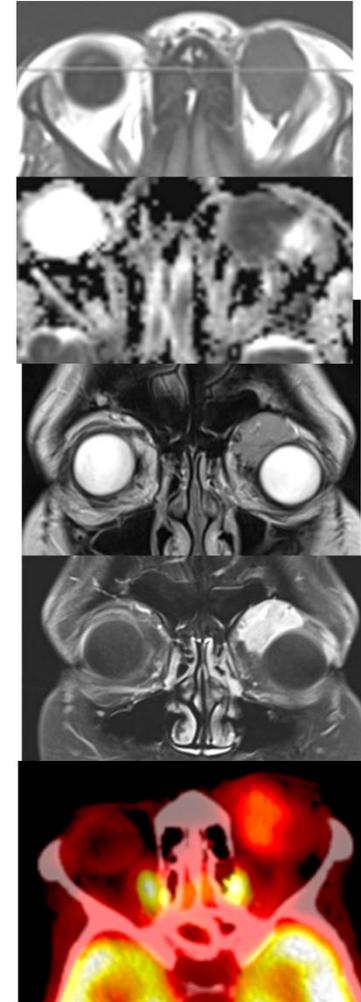


RMS Recurrente estadio 1

Recidiva : Mas frec en los **3 primeros años**

# Rabdomiosarcoma embrionario

- Sarcoma más frec en < de 15 años
- Cabeza y el cuello 35-50% y 25 % TGU
  - 20-25 % en la órbita ( st cuadrante sup ) y 25 % Nasofaringeo
- Crecimiento rápido
- Subtipos : **Embrionario 60 %** , alveolar 20 % , pleomorfo 5 %
- Esporádico
  - **Síndromes hereditarios**: S. de Li-Fraumeni, Costello, Rubinstein-Taybi y S. de Beckwith-Wiedemann y NF1
  - El **rabdomiosarcoma alveolar** , todas las edades y suele afectar a los músculos grandes de los brazos, piernas y tronco. Cuadrantes inferiores de la orbita
- RM: Hipo-iso T1, Iso/ hiper T2 , Realce intenso y **ADC bajo**  $0.72 \times 10^{-3} \text{ mm}^2/\text{s}$
- Tto : Cx, Qx y RT ( supervivencia a los 5 años 90%)



- PET : SUV alto

# Rabdomiosarcoma

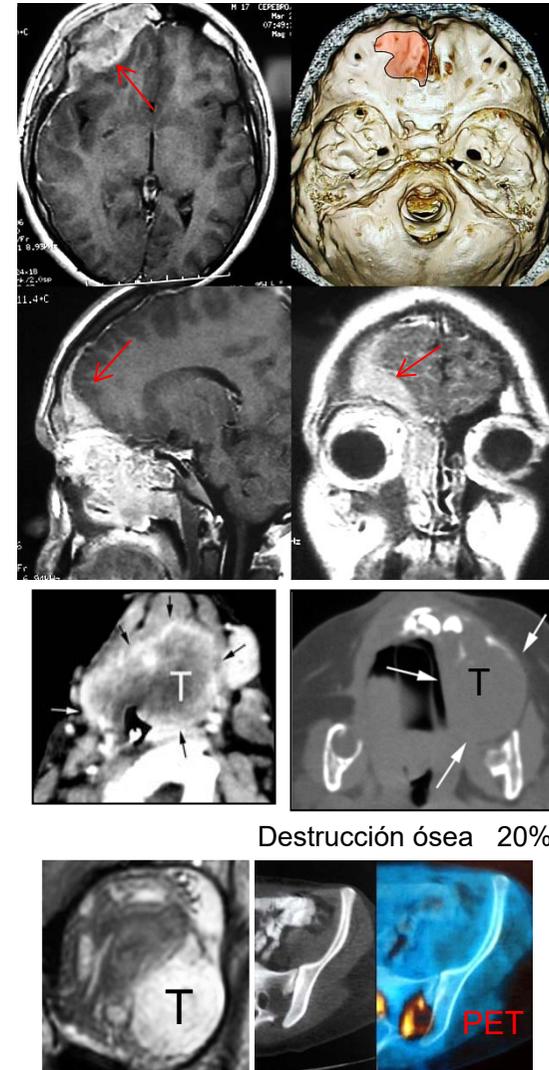
## Clasificación por localización en CyC

1. Parameníngeo 15-40 %
  - Oro/Nasofaringe
  - Oído/Senos
  - Fosa tempotal /FPTP
  - Parótida
2. Orbitario 10-25 %
3. No orbitario-no parameníngeo 25 %

N1 < 20 %

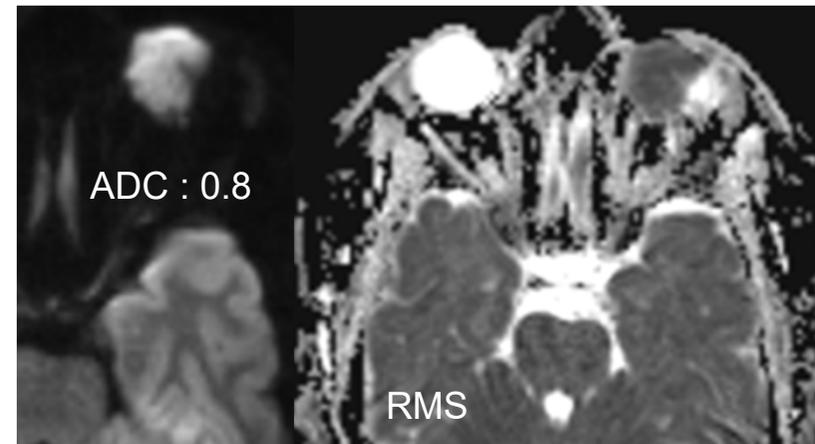
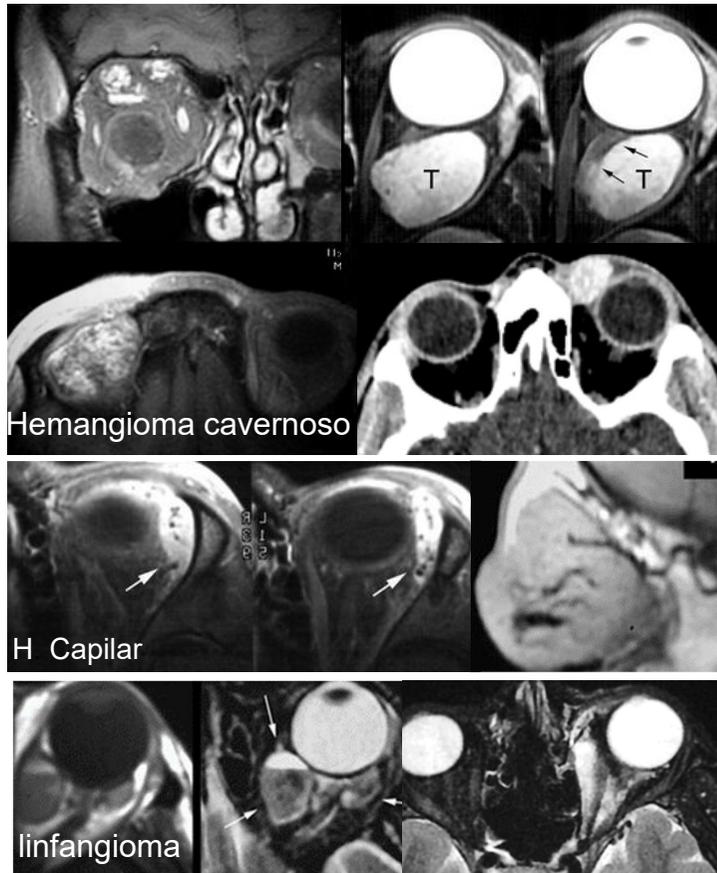
MET 15-35 % (óseas o pulmonares) (PET/ TC / WB-MRI)  
- (vía Notch, Prot integrina-á2 y la N-cadherina )

\* Clasificación del RMS en base a sus características moleculares.  
Peor px : IGF-II y PAX3-FKHR genes.



# DDx Hemangiomas / Linfangiomas

- T2: **Hiperintensos**, vasos intratumorales ( vacío de señal ) H. capilar
- ADC: **Aumentado**
- Realce: **intenso capilar ; heterogéneo** en cavernosos, niveles LF



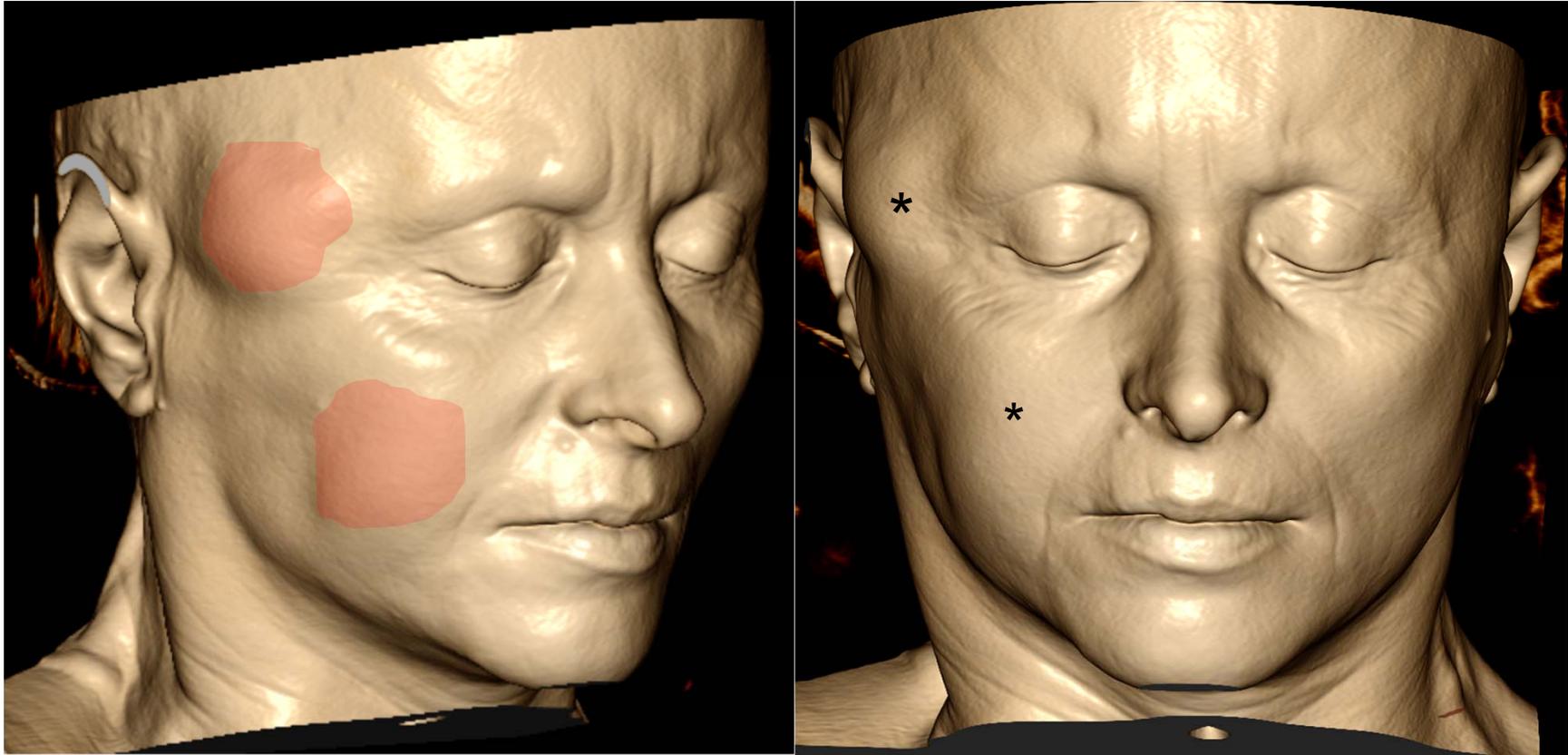
[JAAPOS](#), 2018 Feb;22(1):27-31. doi: 10.1016/j.jaaapos.2017.09.002. Epub 2017 Nov 4.

**Orbital infantile hemangioma and rhabdomyosarcoma in children: differentiation using diffusion-weighted magnetic resonance imaging.**

Kralik SF<sup>1</sup>, Haider KM<sup>2</sup>, Lobo RR<sup>3</sup>, Supakul N<sup>4</sup>, Calloni SE<sup>5</sup>, Soares BP<sup>6</sup>.

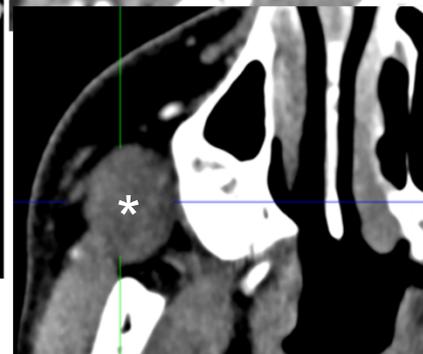
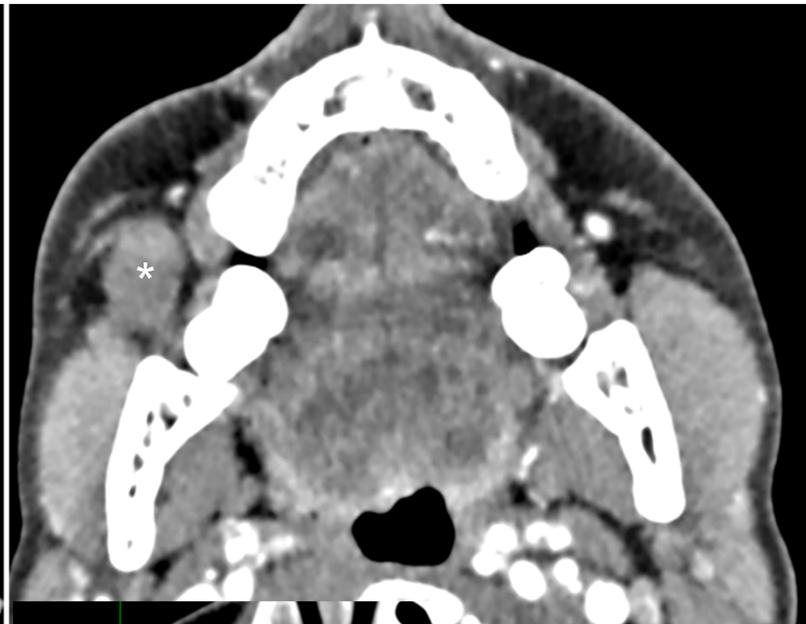
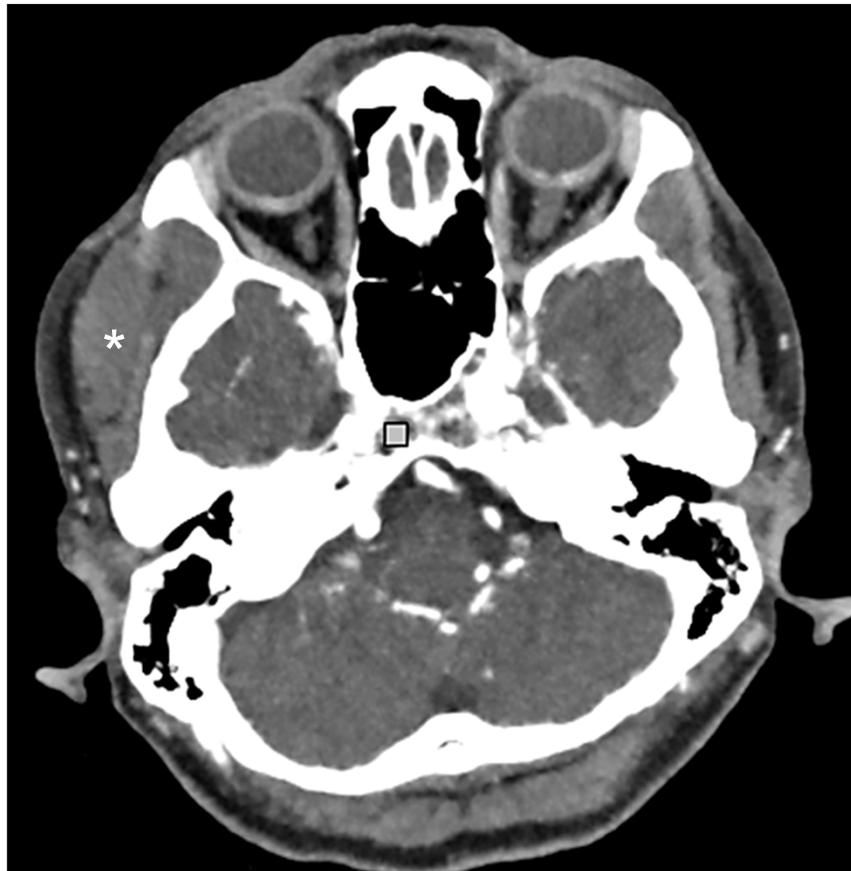
An ADC threshold of  $<1159 \times 10^{-6} \text{ mm}^2/\text{sec}$  and an ADC ratio of  $<1.38$  differentiated rhabdomyosarcoma from infantile hemangioma (sensitivity 100% and 100%; specificity 100% and 100%) with area under the curve of 1.0 and 1.0, respectively.

## CASO 3

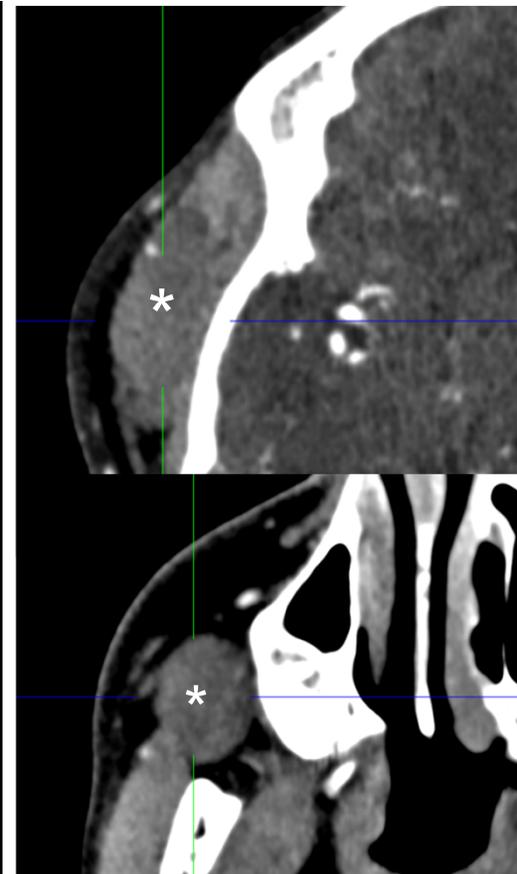


**Mujer de 54 años que refiere hinchazón facial repentina**

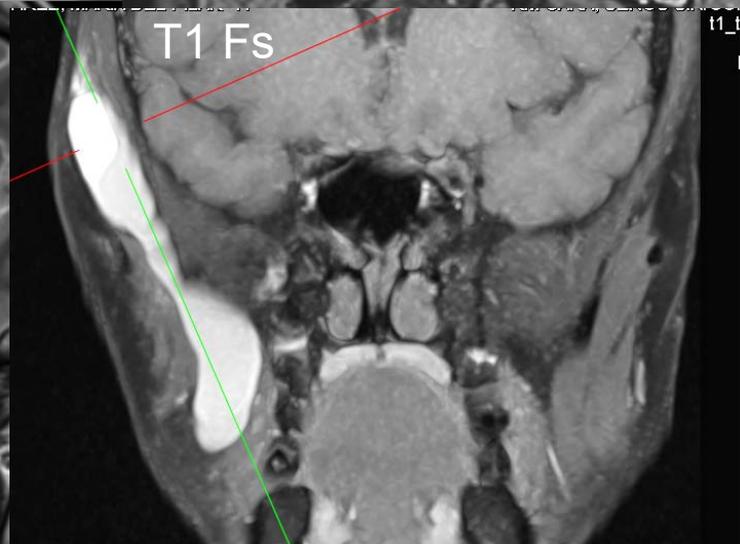
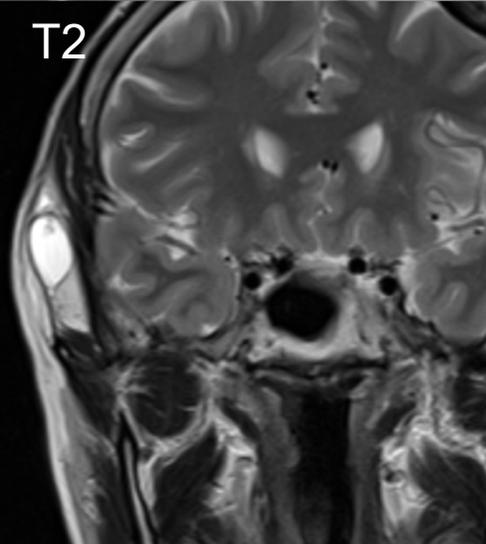
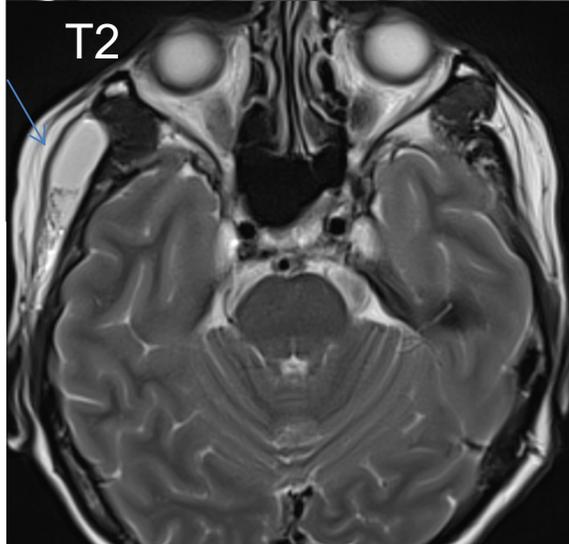
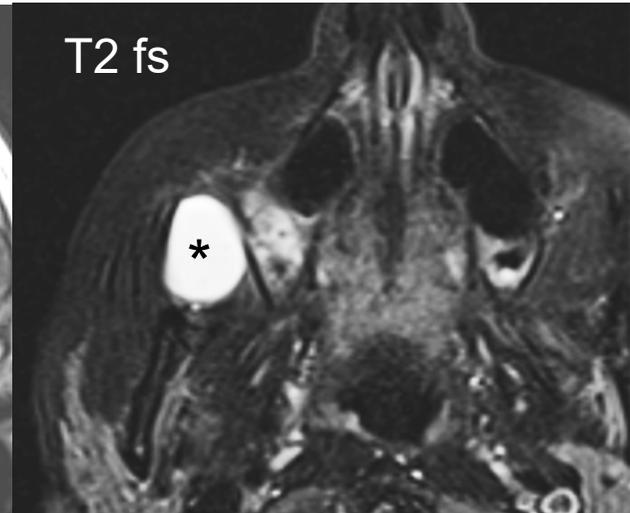
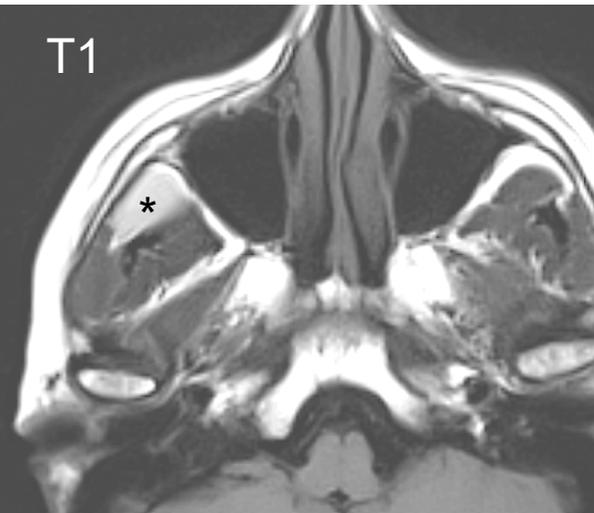
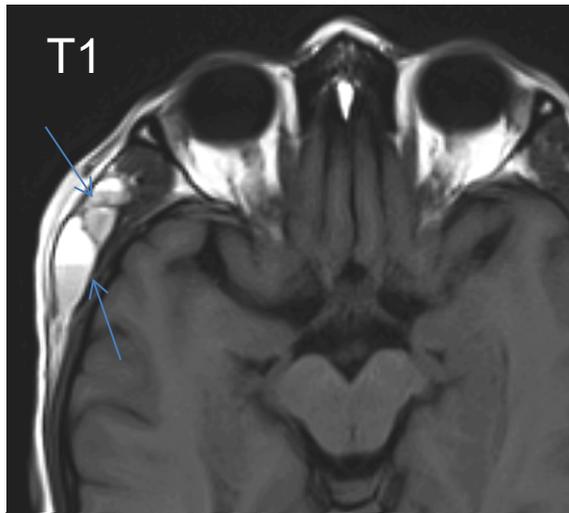
# TC Axial con contraste



TC MPR Coronal con contraste

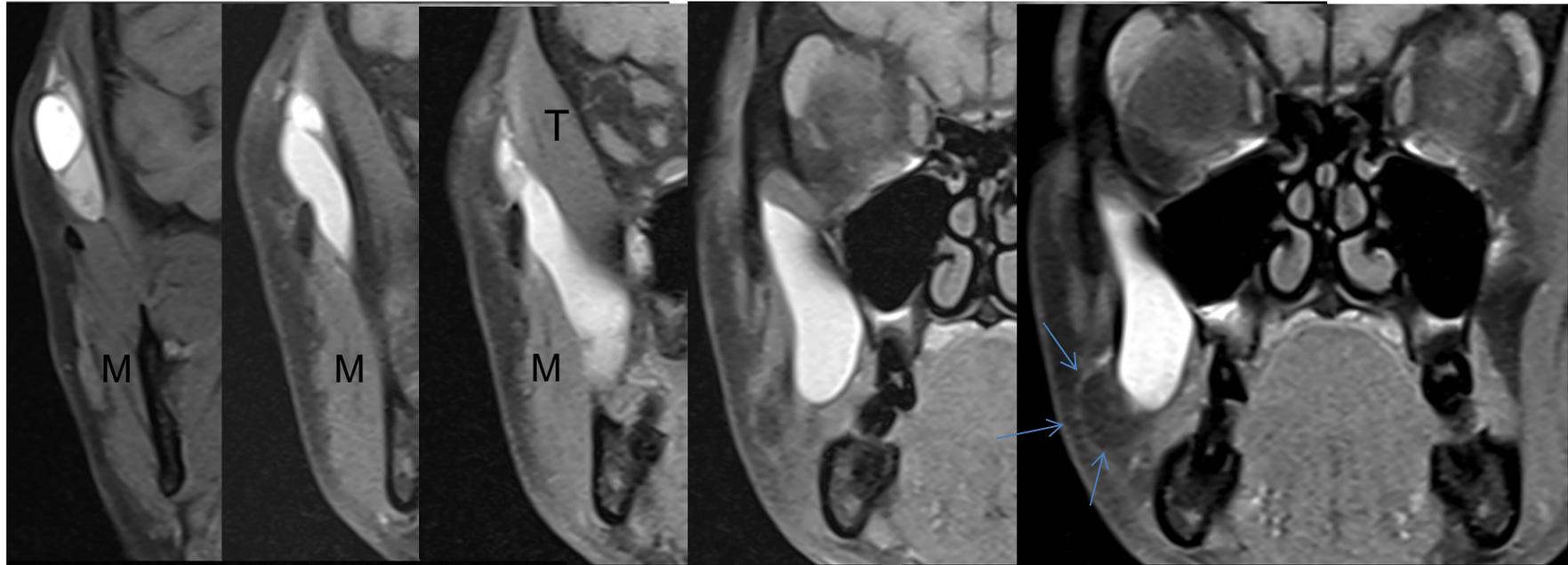


RM T1 / T2 / T2 Fs

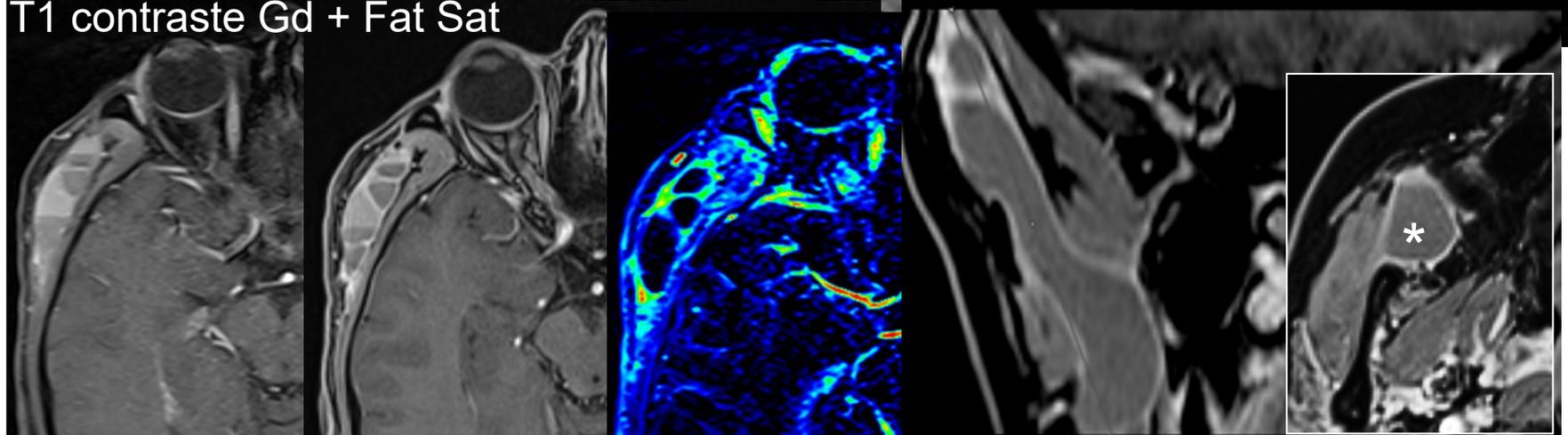


\* Espacio submaseterino

RM: T1 y T1 Gd Fat Sat

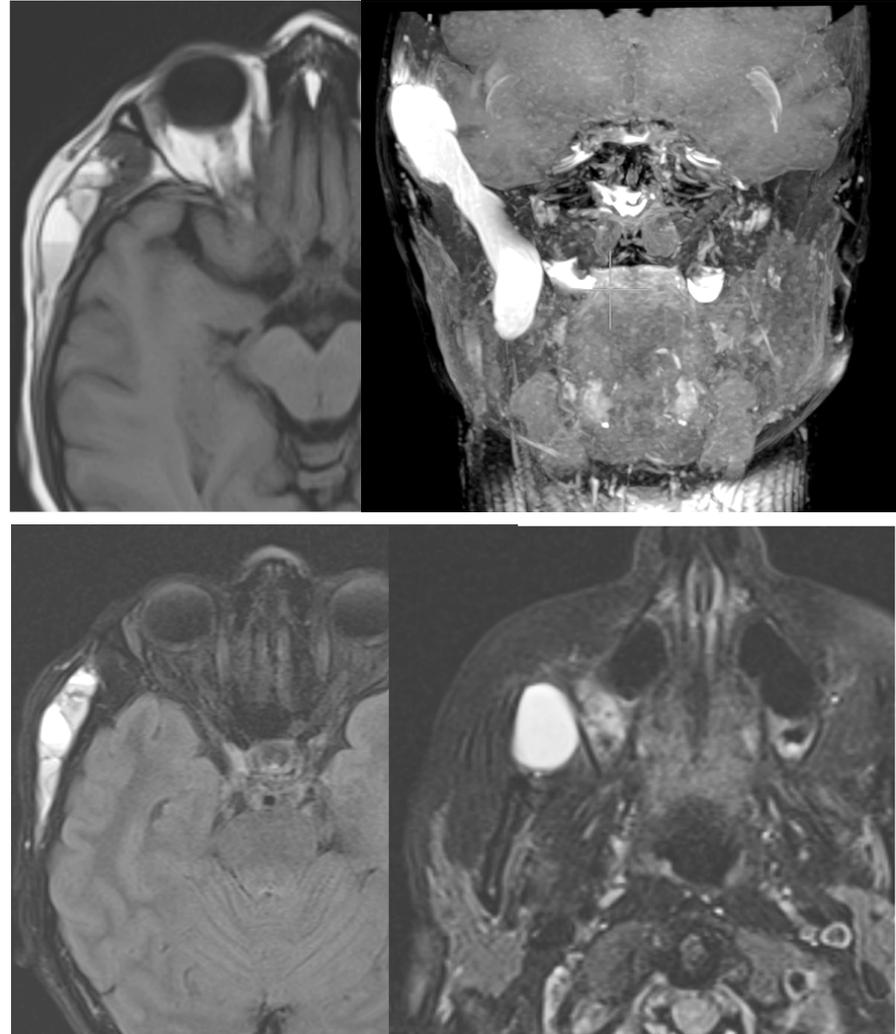


T1 contraste Gd + Fat Sat

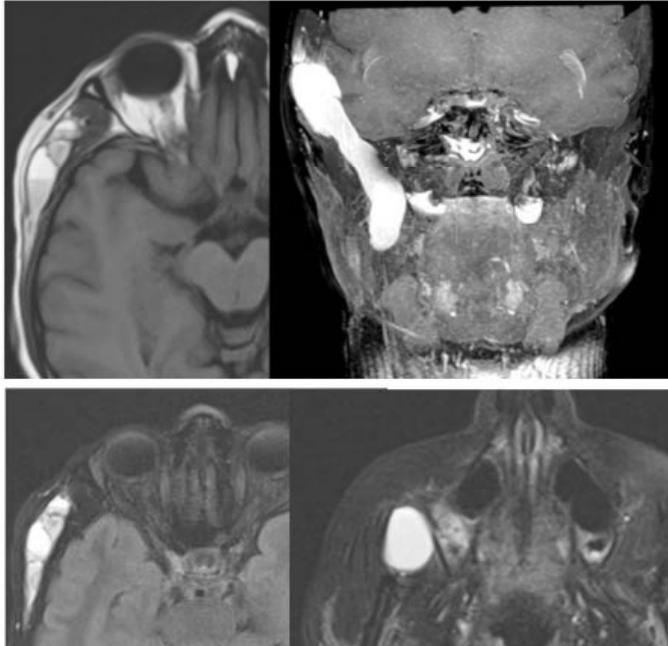


## Tras la RM ¿ Que diagnóstico es el más probable ?

1. Neurofibroma
2. Linfangioma
3. Adenoma pleomorfo
4. Ca Adenoide quístico
5. Quiste branquial



# Caso 3. Tras la RM ¿Qué diagnóstico es el más probable?



Neurofibroma

Linfangioma

✓ 0%

Adenoma  
pleomorfo

Ca Adenoide  
quístico

Quiste  
branquial

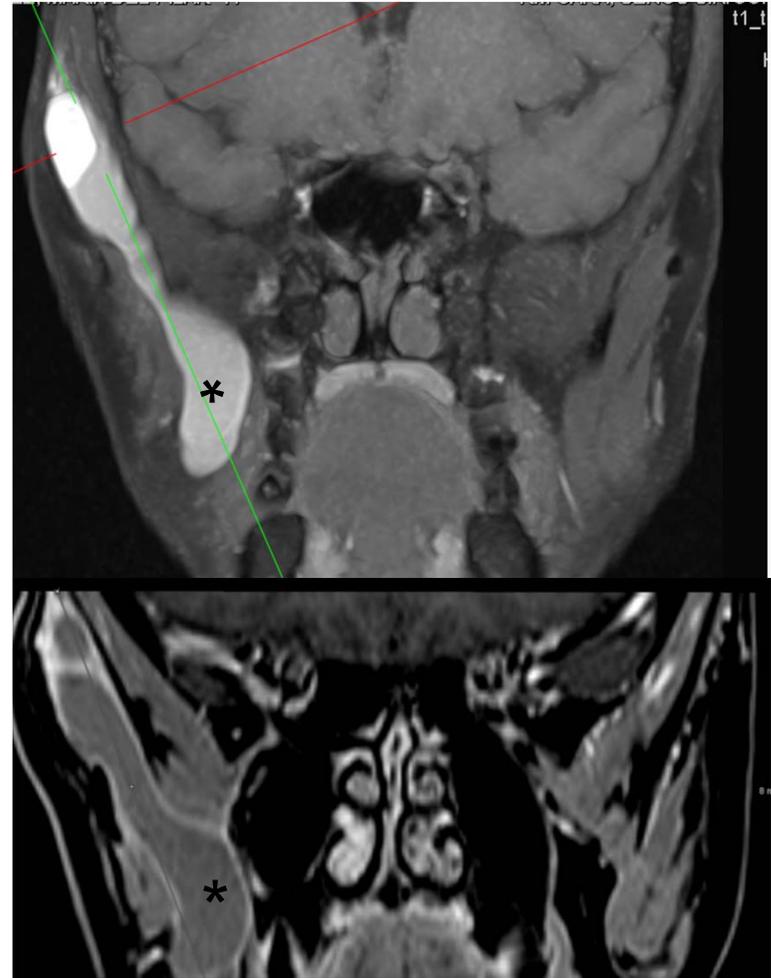
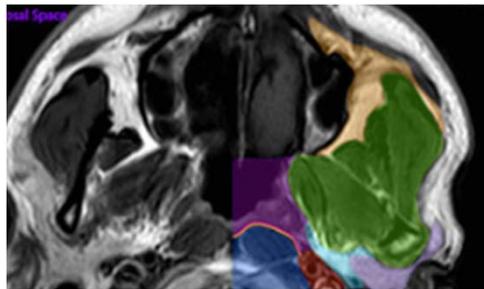
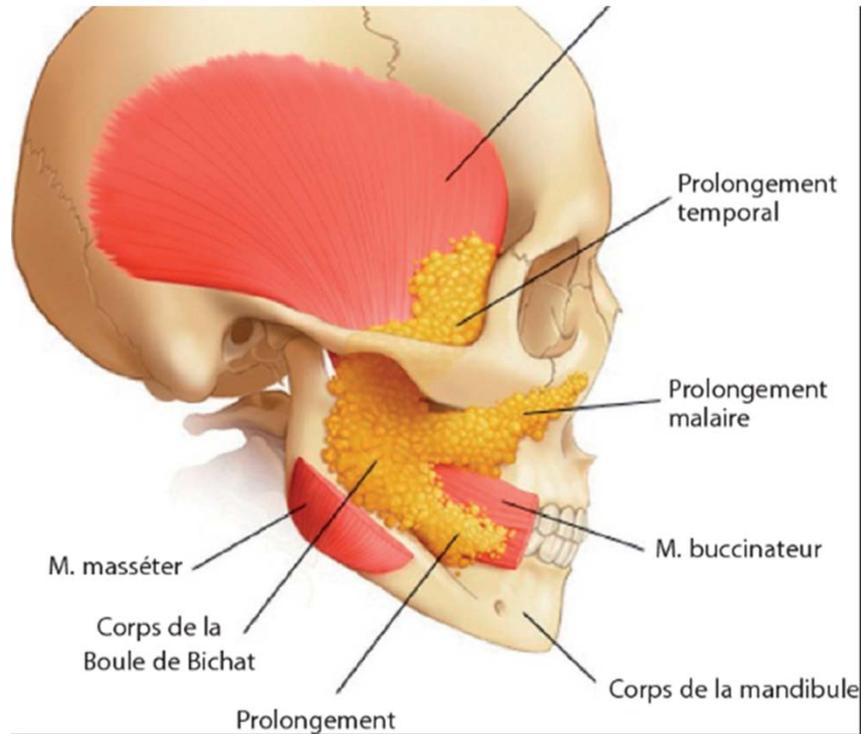
Tras la RM ¿Que diagnóstico es el más probable ?

1. Neurofibroma
2. **Linfangioma**
3. Adenoma pleomorfo
4. Ca Adenoide quistico
5. Quiste branquial

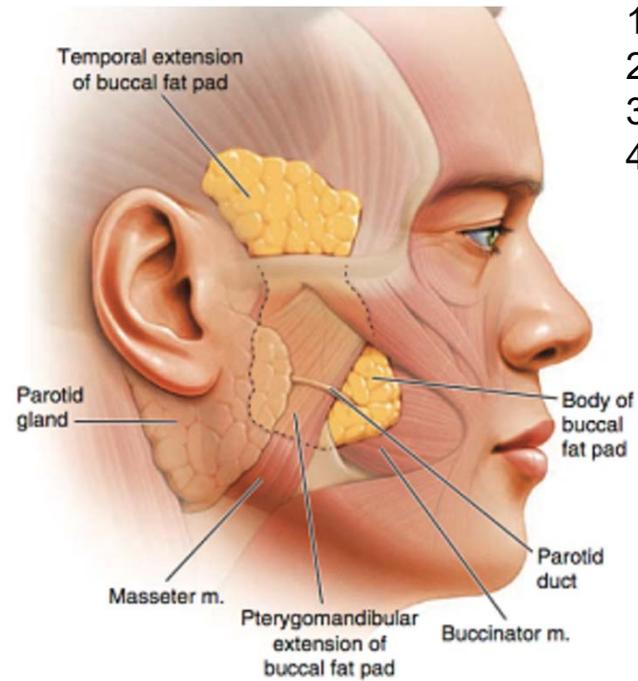
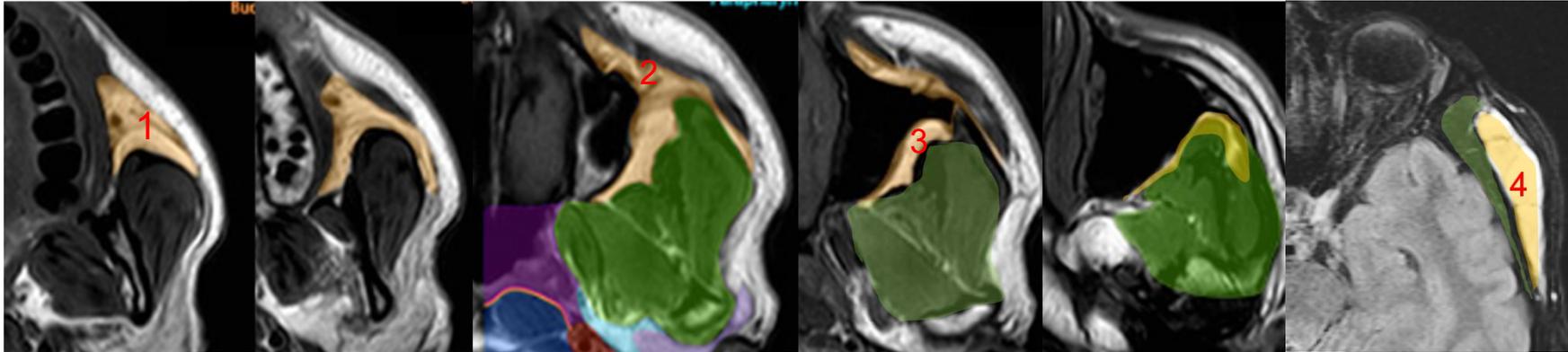


# Linfangioma del Espacio Bucal

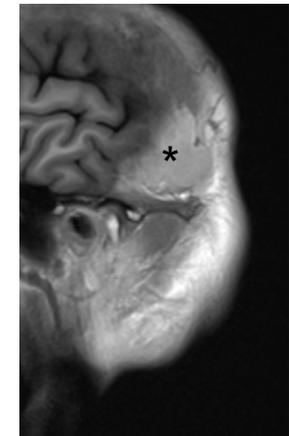
Higroma quístico < Extensión temporal >



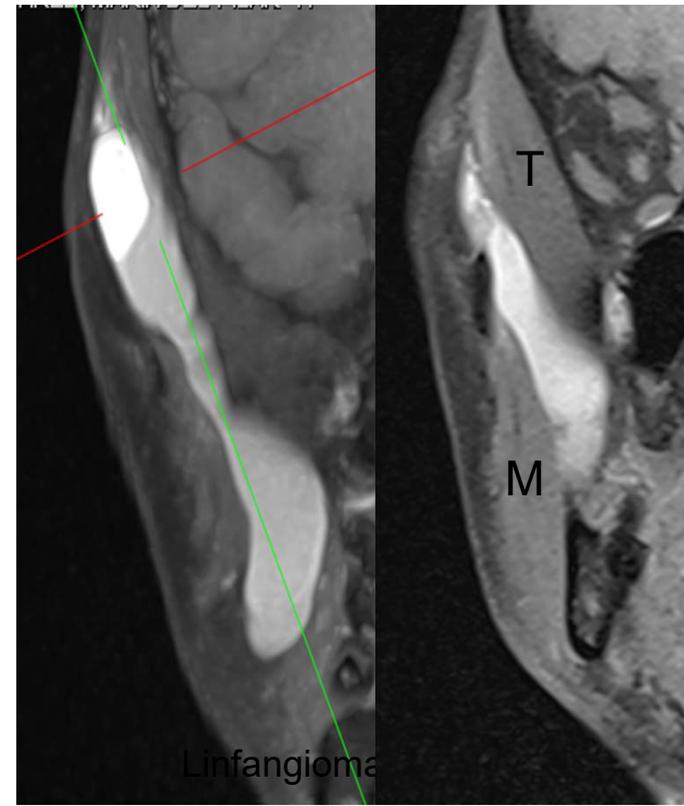
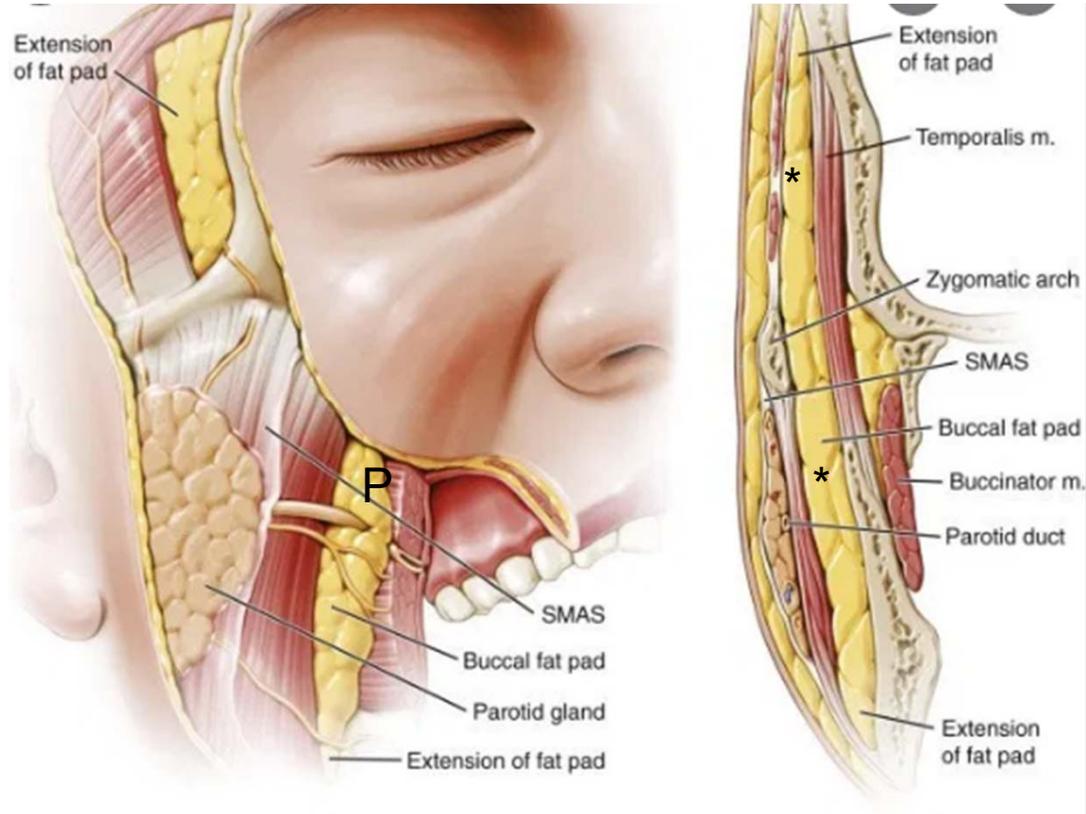
# Espacio Bucal



1. Grasa de Bichat
2. Grasa Malar
3. Grasa retromaxilar
4. Grasa temporal



# Almohadilla grasa bucal : Extensión temporal



# Linfangiomas

Son malformaciones congénitas benignas de la infancia  
**90% < 2 años / raros en los adultos.**

El **70%** en la cabeza y el cuello.

**Asociados** a Trauma / infección / Anomalías genéticas: aneuploidía

Se **clasifican** según el tamaño de los vasos involucrados en:

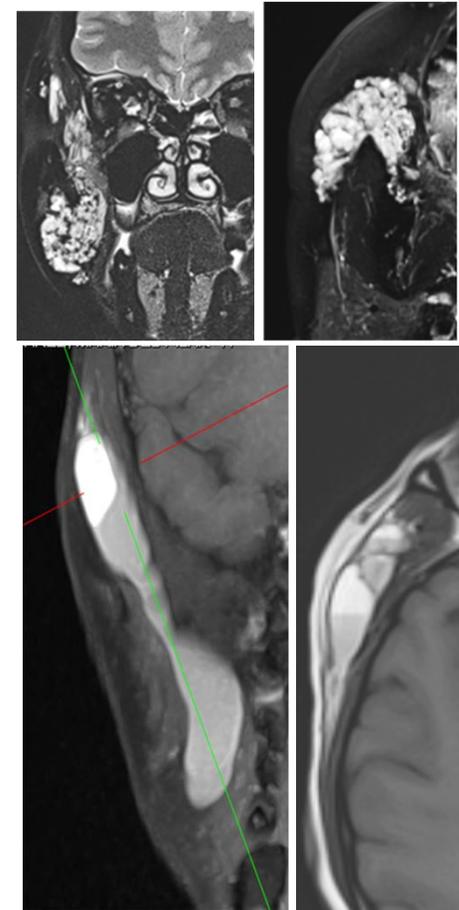
1. **Capilar** o **microquístico** en el tejido subcutáneo.
2. **Cavernoso**, en la lengua y la boca.
3. **Quístico** o **higromas quísticos**, en el cuello.

La **RM** es la técnica de elección >> TC

T1 hiperintensos si proteínas / infección / hemorragia ( niveles)

**Tratamiento** resección completa continúa siendo de elección.

Tto alternativo sust esclerosantes **OK-432** Ag Streptococcus pyogenes



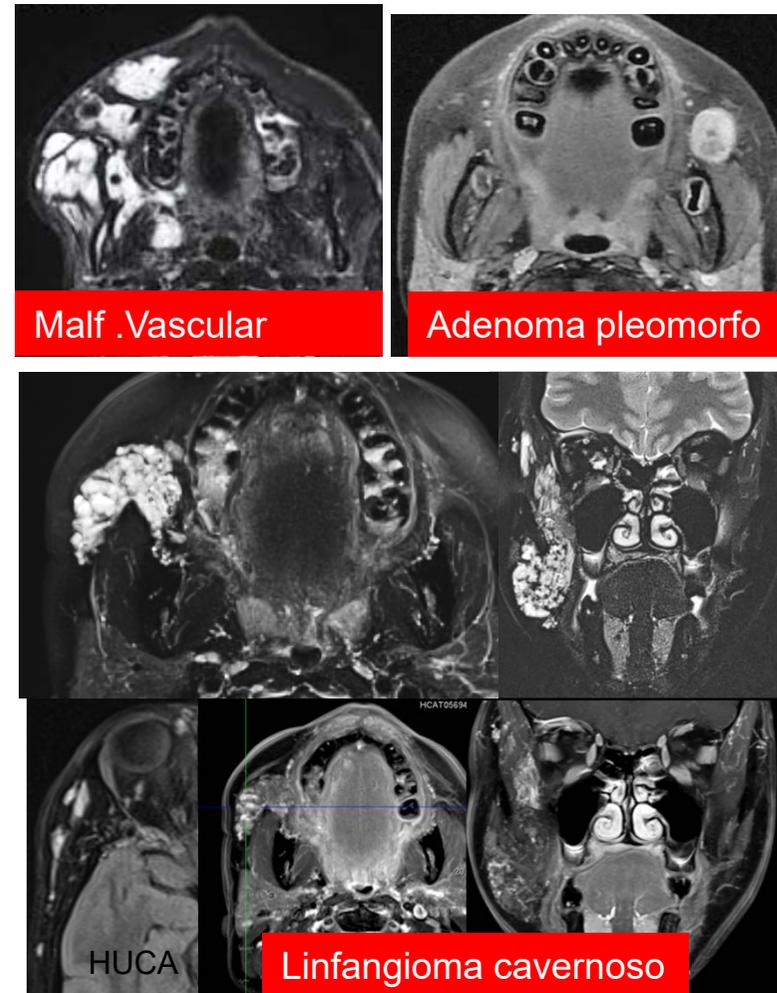
**L. quístico del Adulto**  
**Niveles liquido-líquido**  
**Se "amoldan" a la anatomía**

# DDx Masas del espacio bucal

- Adenoma Pleomorfo
- Hemangioma / Malf vascular
- Hemangioma de Masson  
hiperplasia endotelial intravascular papilar
- Linfangioma (microquístico)
- Linfoma folicular
- Glomus
- Lipoma
- Fascitis nodular

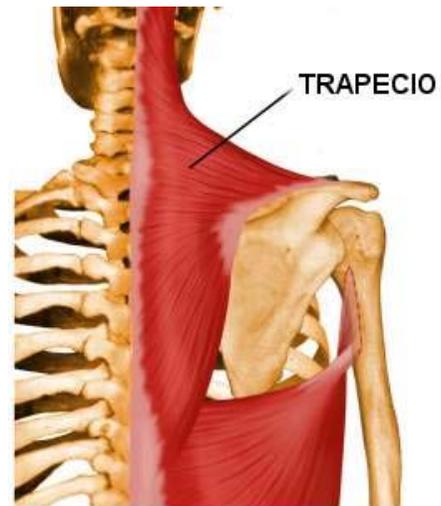
## Contenido Espacio Bucal

Lóbulos parótideos accesorios  
G. salivales menores  
Conducto Stenon  
Arterias y vena facial  
Linfáticos  
Ns faciales y mandibulares.

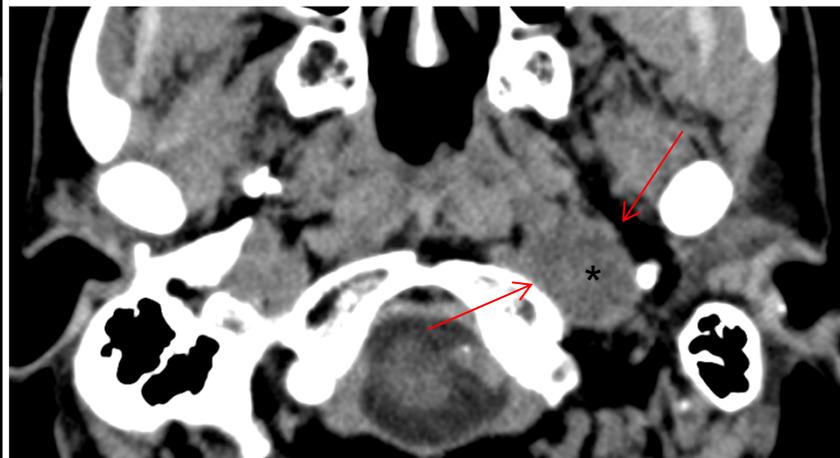
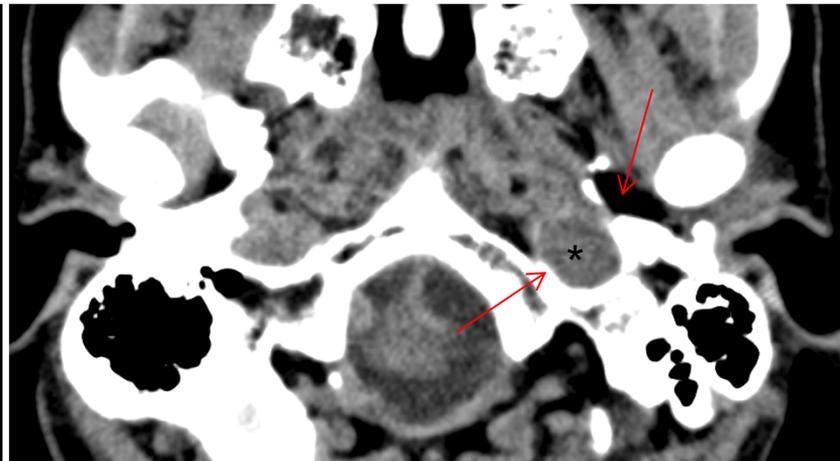
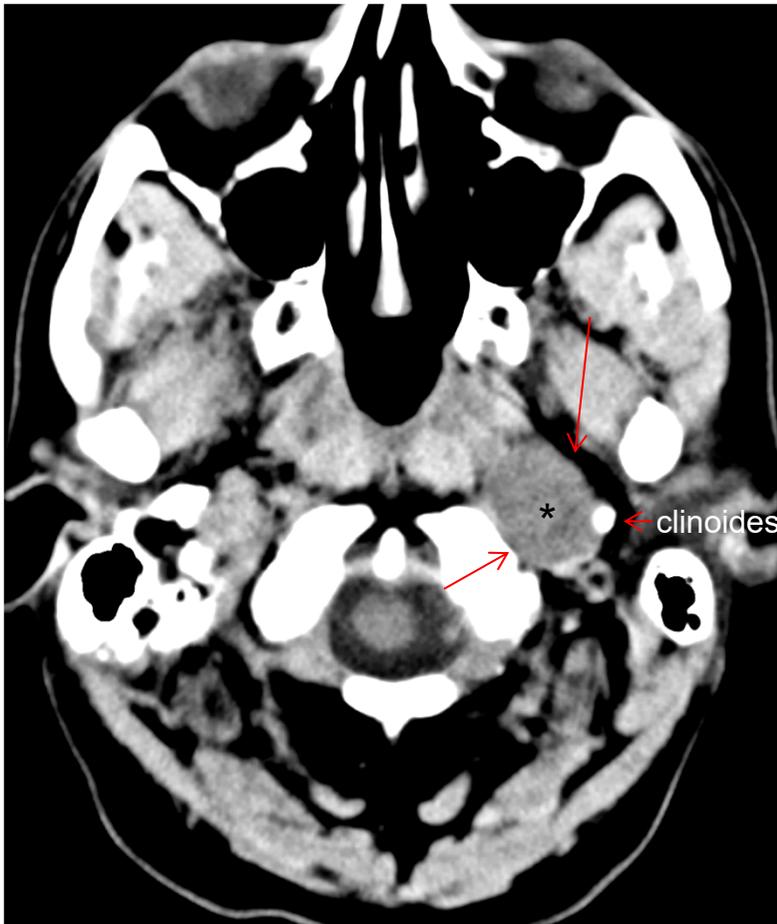


# CASO 4

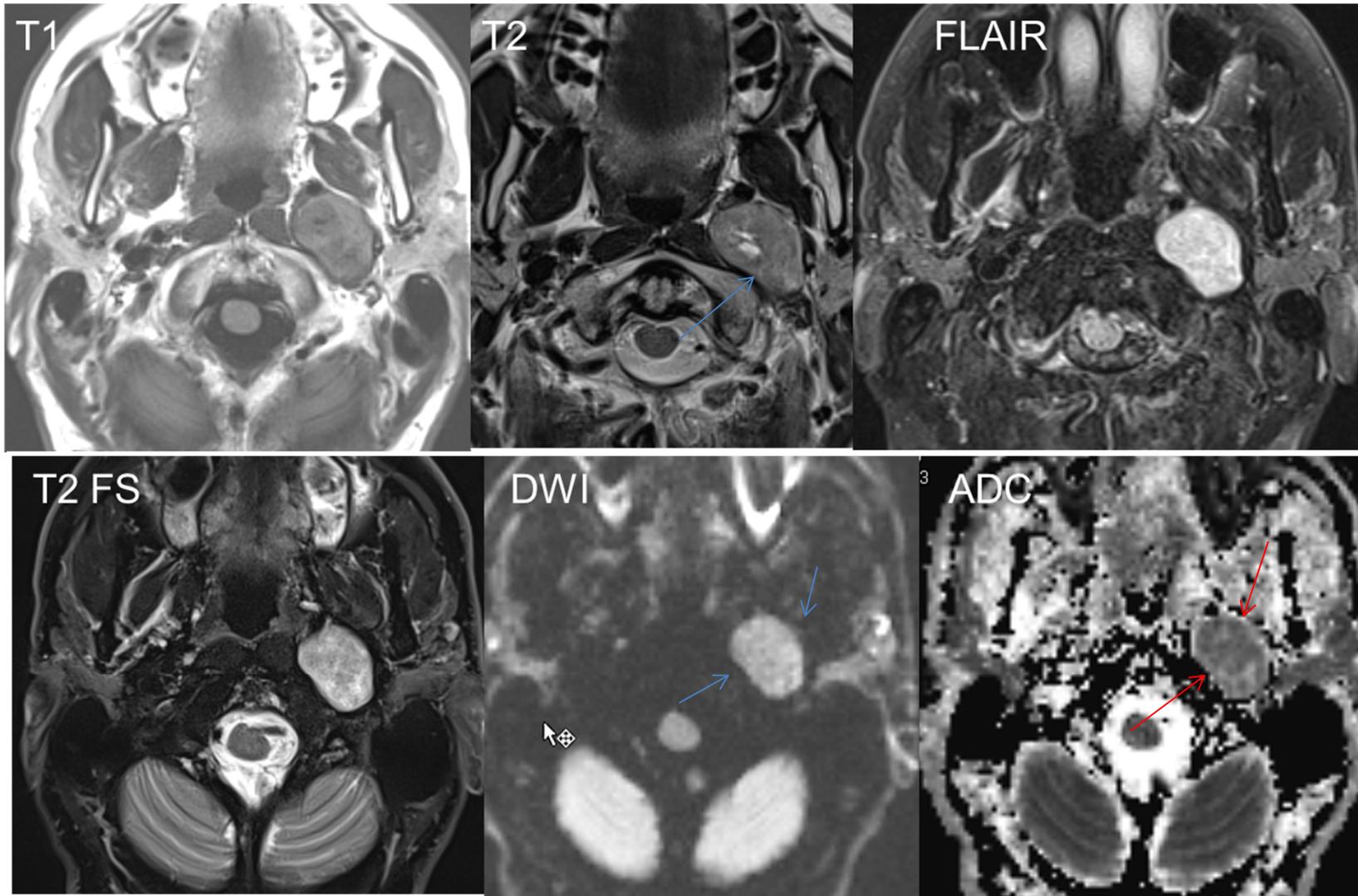
Varón de **55 años** con disfagia ocasional y molestias occipitales ( a nivel de la porción ascendente y horizontal del músculo trapecio ).  
No síntomas disautonómicos



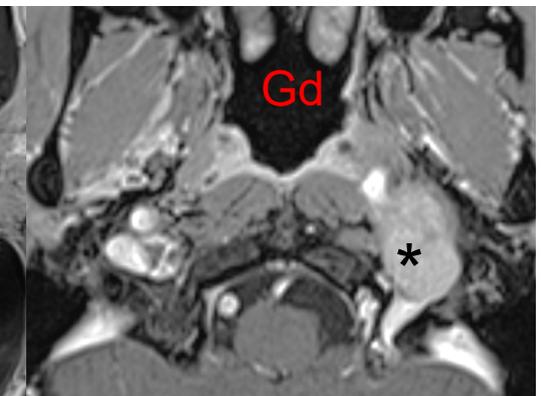
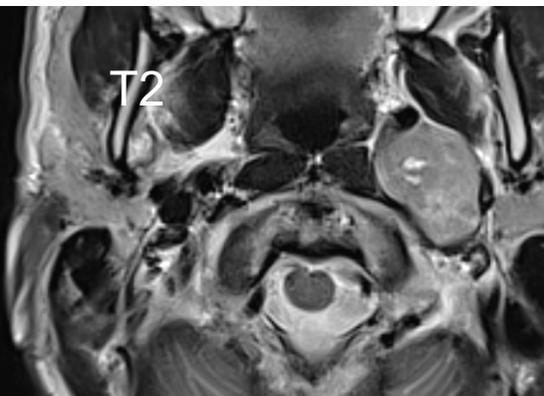
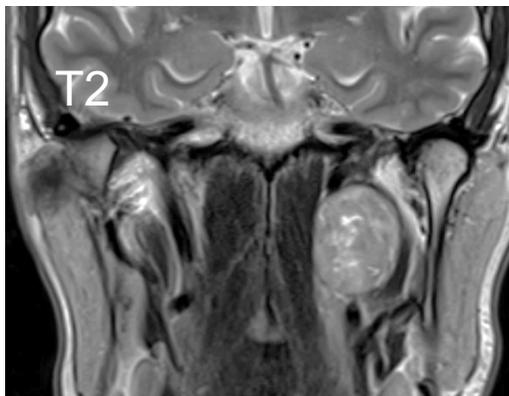
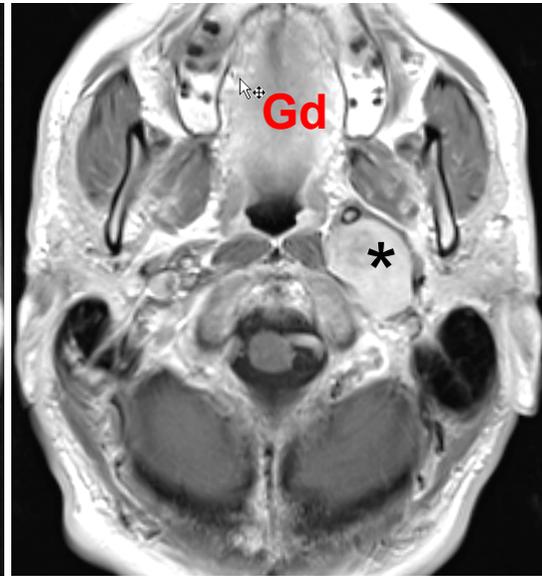
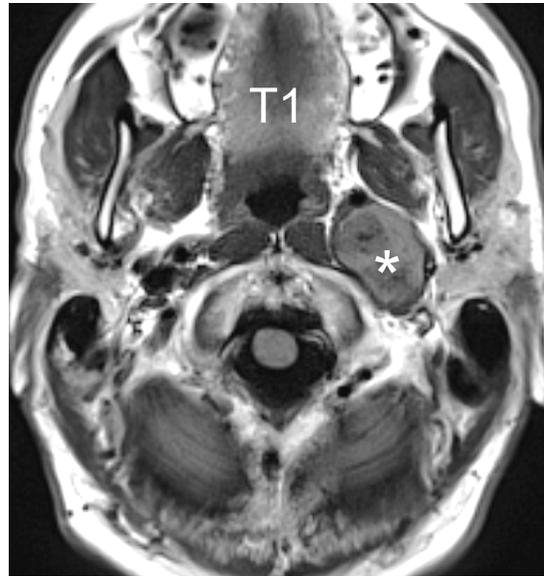
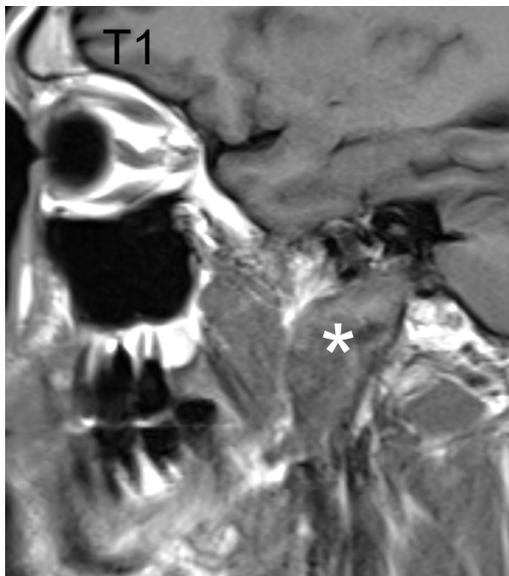
# TC cráneo-cervical



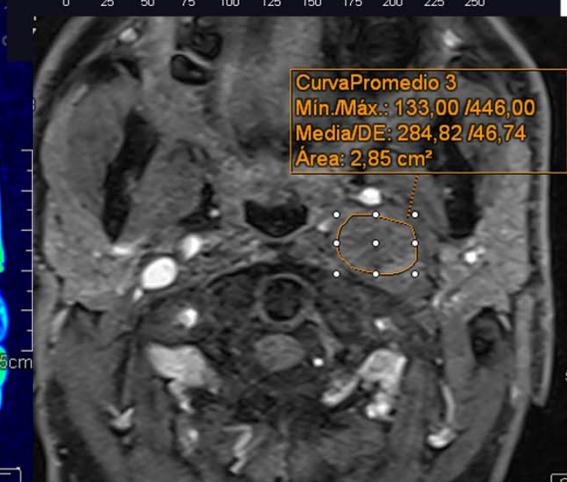
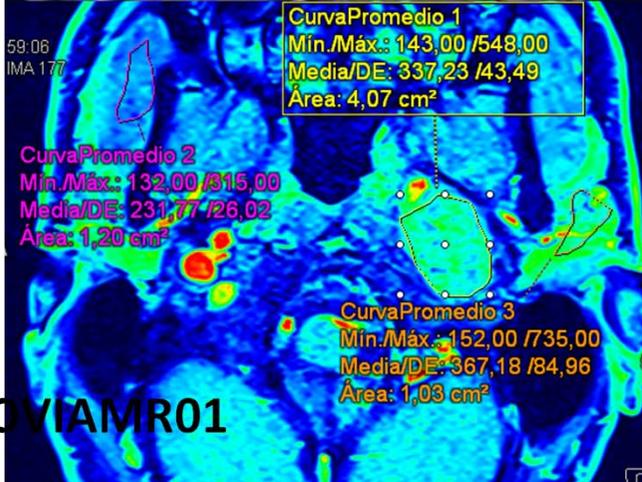
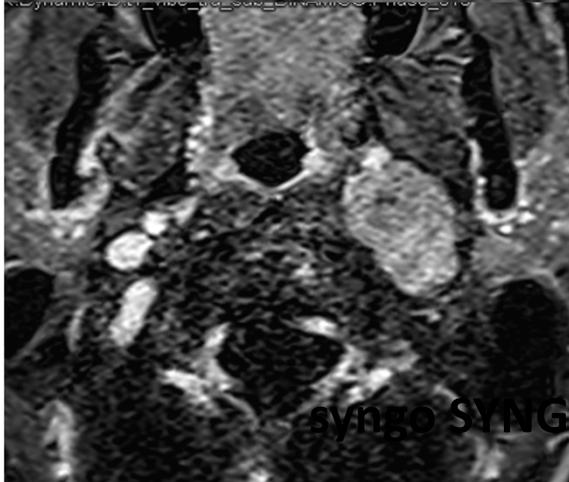
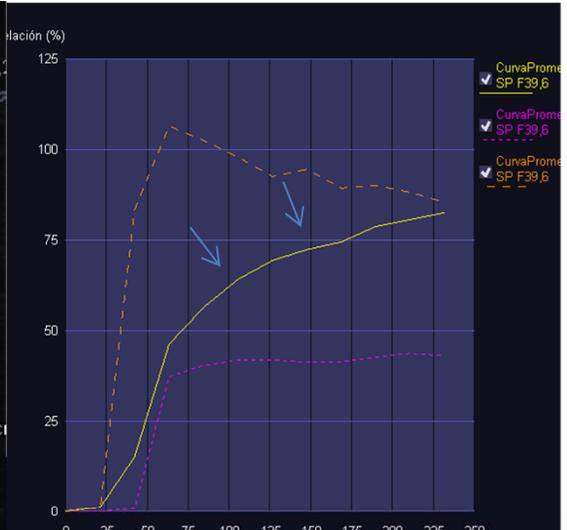
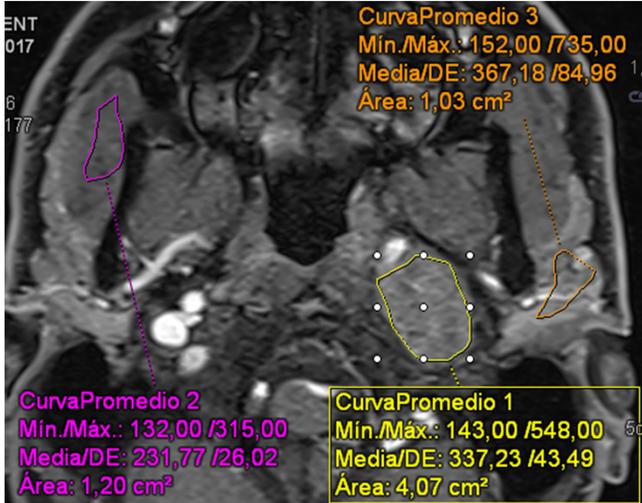
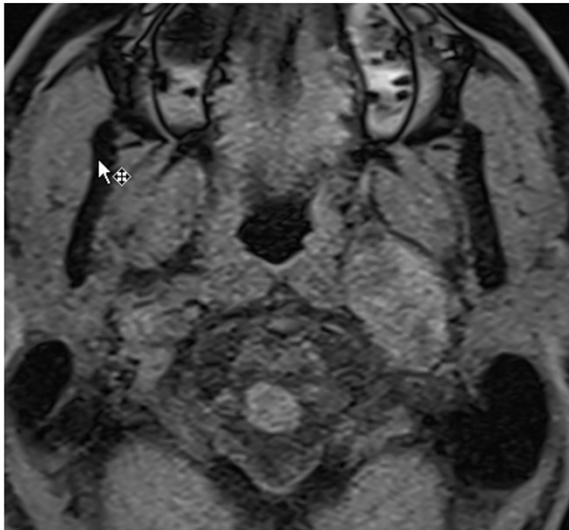
# RM



# RM + Gd



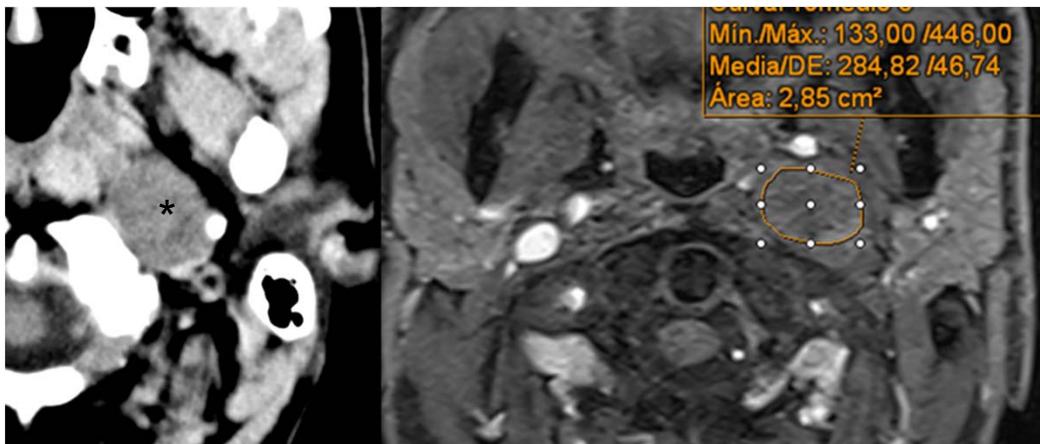
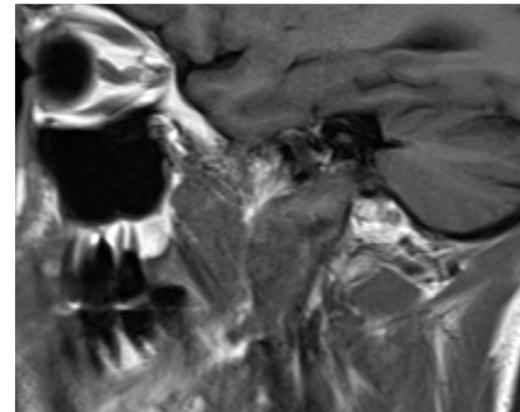
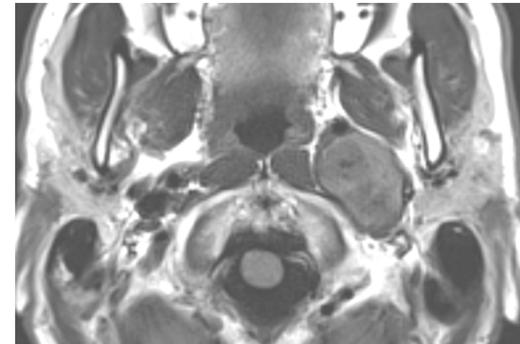
Contraste



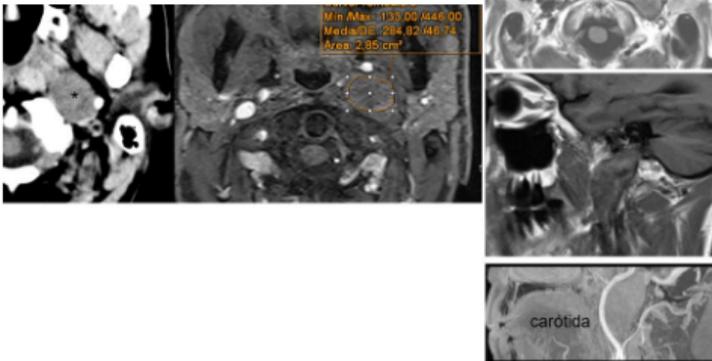
syngo SYNGOVIAMR01

# ¿En que espacio se encuentra la lesión?

1. Parotídeo profundo
2. Parafaríngeo pre-estiloideo
3. Parafaríngeo retroestiloideo
4. Espacio Prevertebral
5. Retrofaringeo



# Caso 4. ¿En que espacio se encuentra la lesión?



Parotídeo profundo

Parafaríngeo pre-estiloideo

✓ 0%

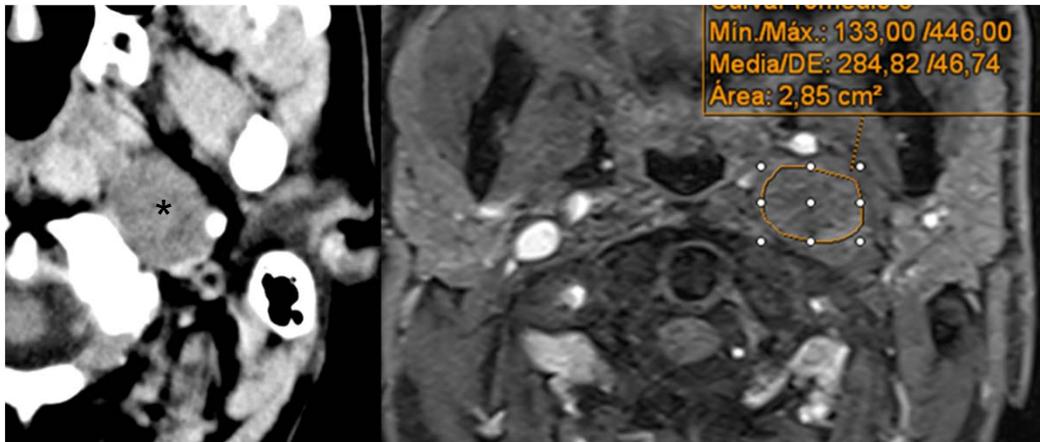
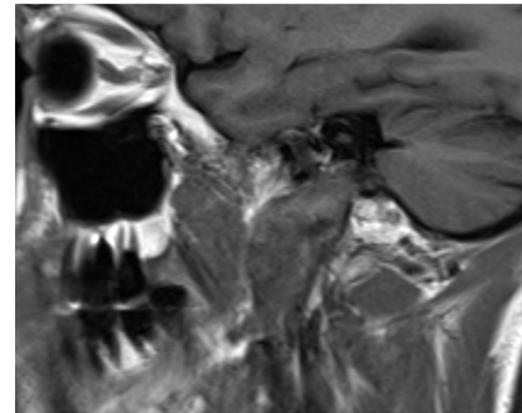
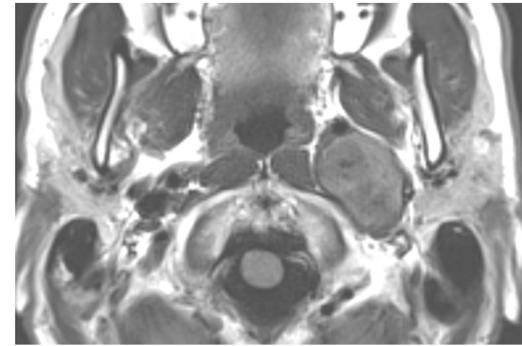
Parafaríngeo retroestiloideo

Espacio Prevertebral

Retrofaringeo

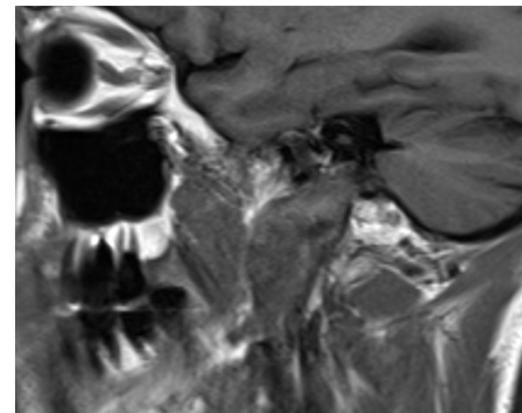
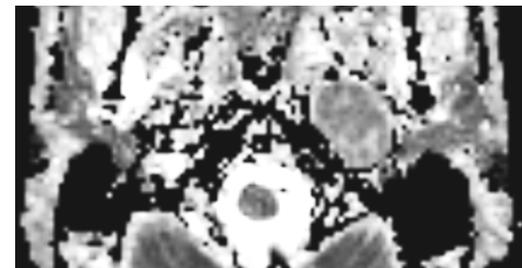
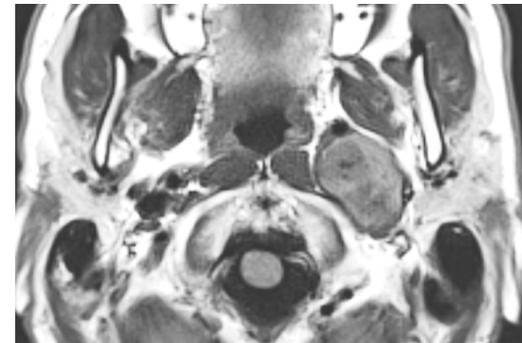
# ¿En que espacio se encuentra la lesión ?

1. Parotídeo profundo
2. Parafaríngeo pre-estiloideo
- 3. Parafaríngeo retroestiloideo**
4. Espacio Prevertebral
5. Retrofaringeo

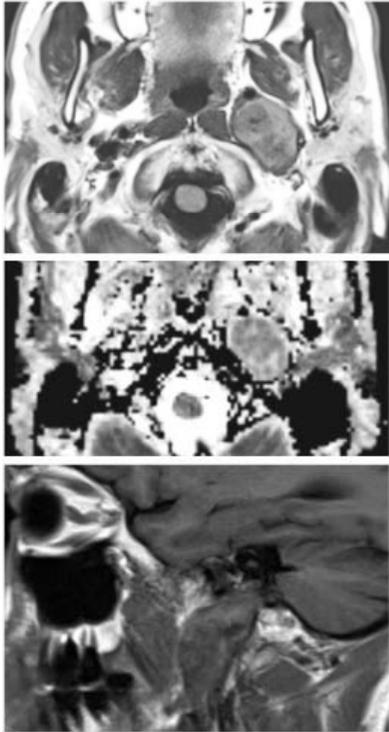


## ¿ Cual es el diagnóstico más probable ?

1. Adenoma pleomorfo
2. Paraganglioma
3. Trombosis yugular
4. Schwannoma
5. Linfoma



# Caso 4. ¿Cual es el diagnóstico más probable?



Adenoma  
pleomorfo

Paraganglioma

Trombosis  
yugular

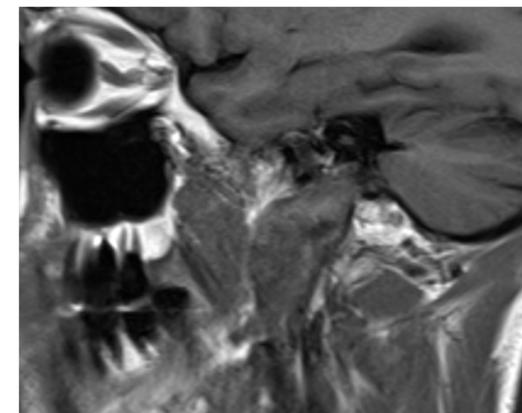
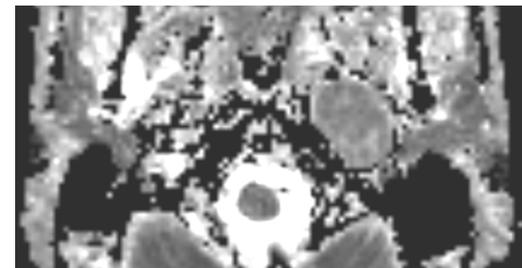
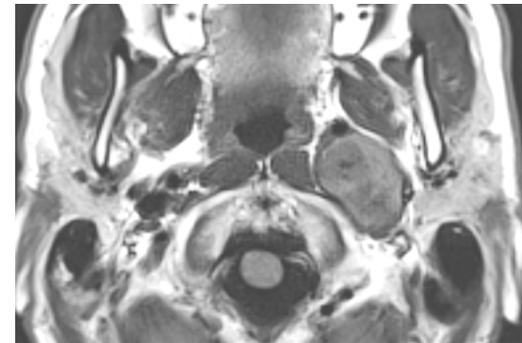
Schwannoma

✓ 0%

Linfoma

# ¿ Cual es el diagnóstico más probable ?

1. Adenoma pleomorfo
2. Paraganglioma
3. Trombosis yugular
4. Schwannoma
5. Linfoma



# AP: Schwannoma del Vago X ( Esp Carotideo )

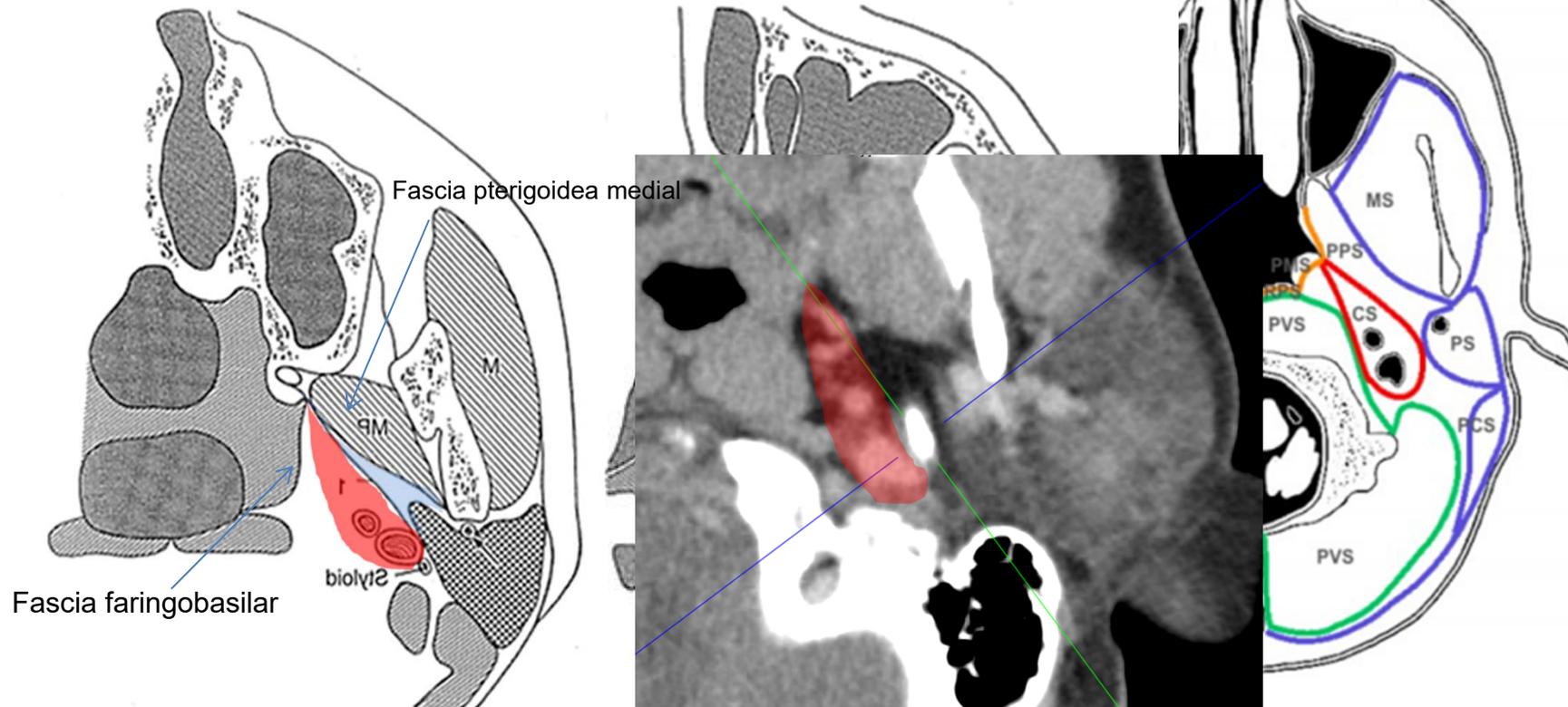
**Cirugía** : Afectaba el simpático cervical, el IX Glossofaríngeo y adherido al XI Colapso de la vena yugular en el agujero rasgado posterior  
Áreas necróticas/quísticas



Se estudian varios fragmentos los cuales se encuentran constituidos por células de apariencia neural de morfología fusiforme de núcleo hiper cromático con áreas hiper celulares (Anthony-A) y áreas hipocelulares (Anthony- B) observando además la presencia de células histiocitarias agrupadas y aisladas en todos los cortes estudiados.

# Espacio Parafaríngeo

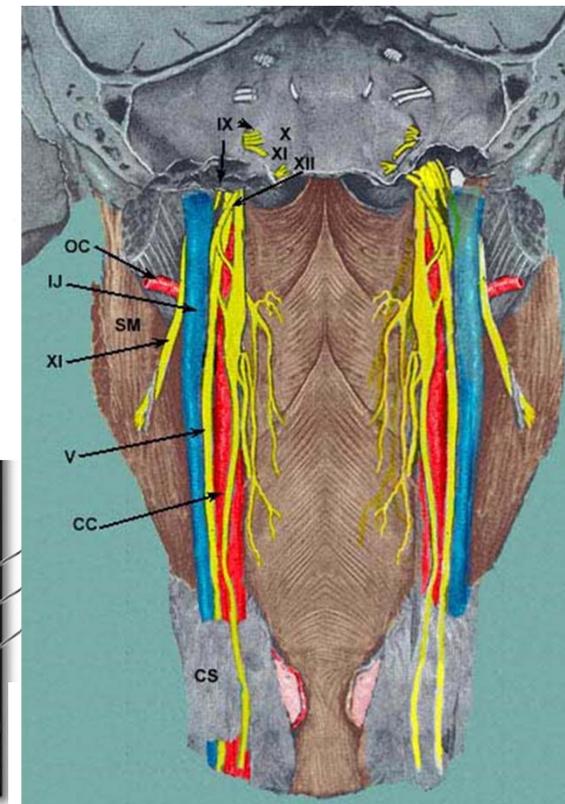
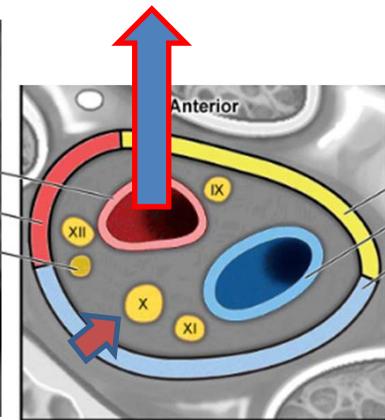
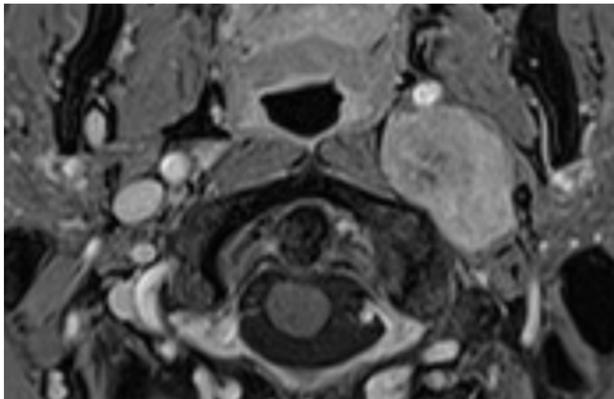
- Se sitúa por fuera de las paredes laterales de la faringe, tiene forma prismática triangular y está dividido en dos partes por el diafragma estileo – fascia del tensor del velo del paladar
- **Espacio preestiloideo - ( PARAFARINGEO ) anterior y lateral**
- **Espacio retroestiloideo - ( CAROTIDEO ) posterior y medial**



# Espacio Carotídeo

## Espacio parafaríngeo postestiloideo ( suprahioideo )

- Espacio cilíndrico que se extiende desde la base del cráneo hasta el arco aórtico. Está circunscrito por la vaina carotídea, que tiene contribuciones de las tres capas de la fascia cervical profunda.
- **Contenido**
  - ACC – ACI y V. yugular
  - Glossofaríngeo ( IX) Vago ( X) ( XI) hipogloso ( XII)
  - Plexo simpático
  - G. linfáticos cervicales (niveles II, III y IV)



# DDx Masas Retroestiloideas

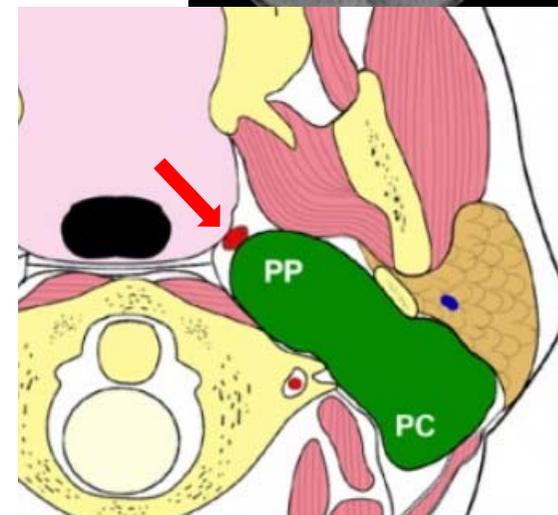
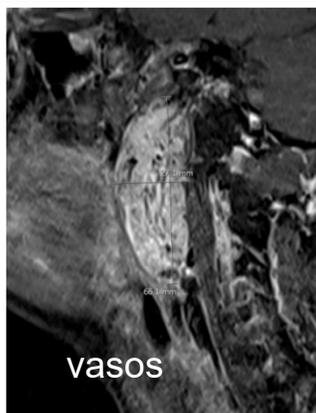
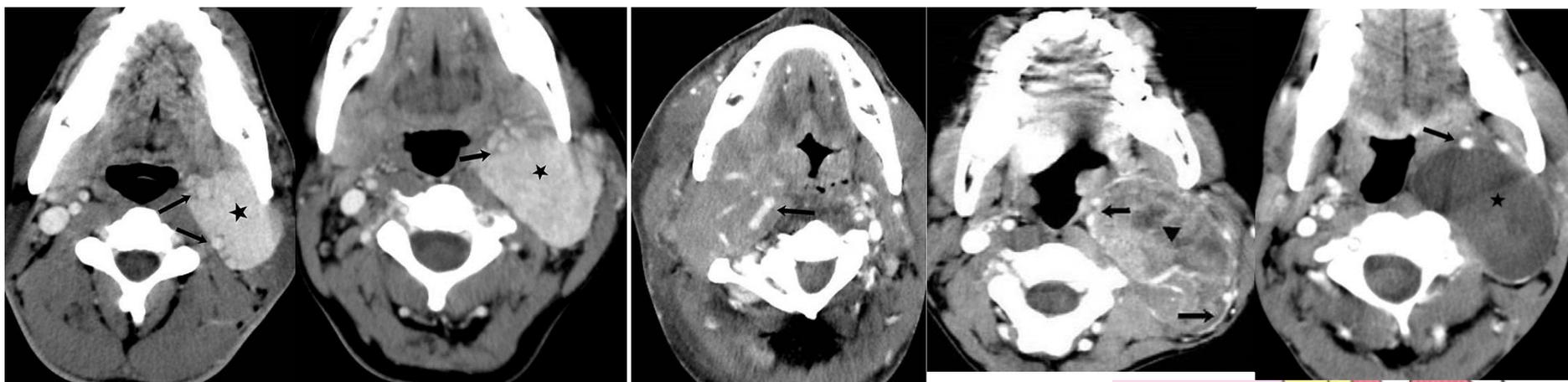
G.carotideo

Glomus Vagal

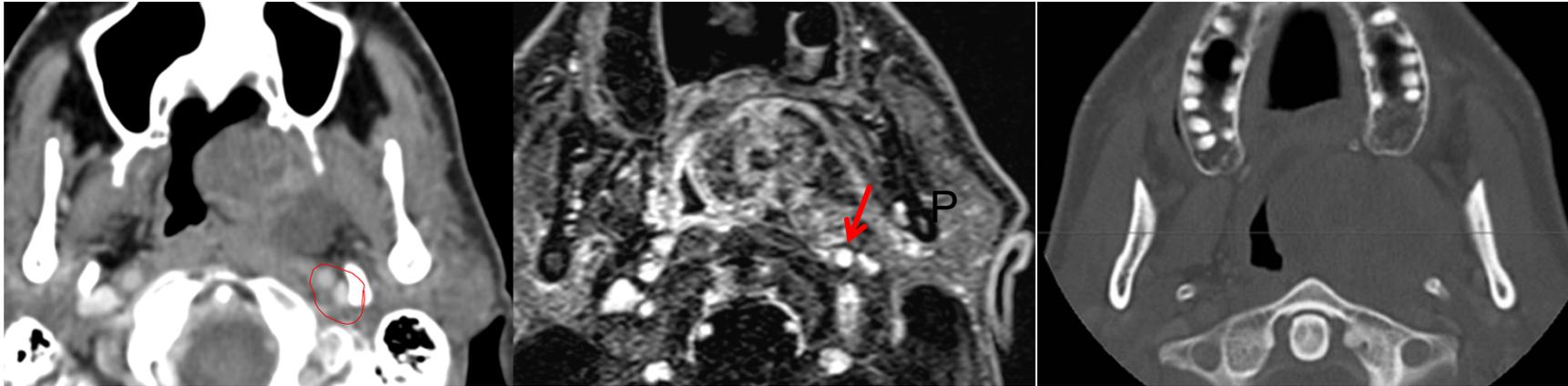
Linfoma

Schwannoma

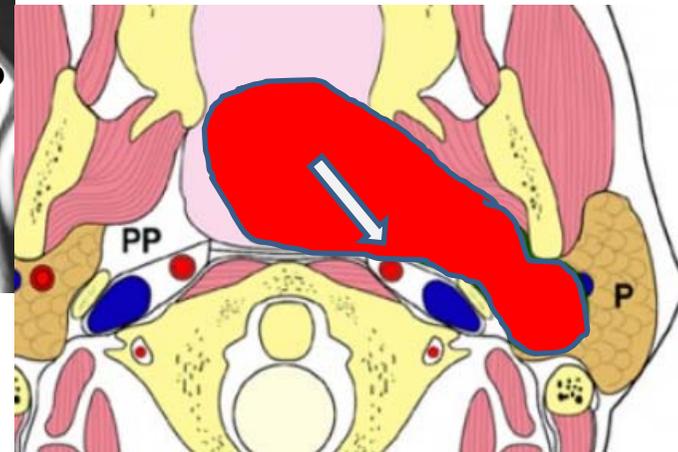
Neurofibroma



# DDx Parafaríngeo Pre-estiloideo

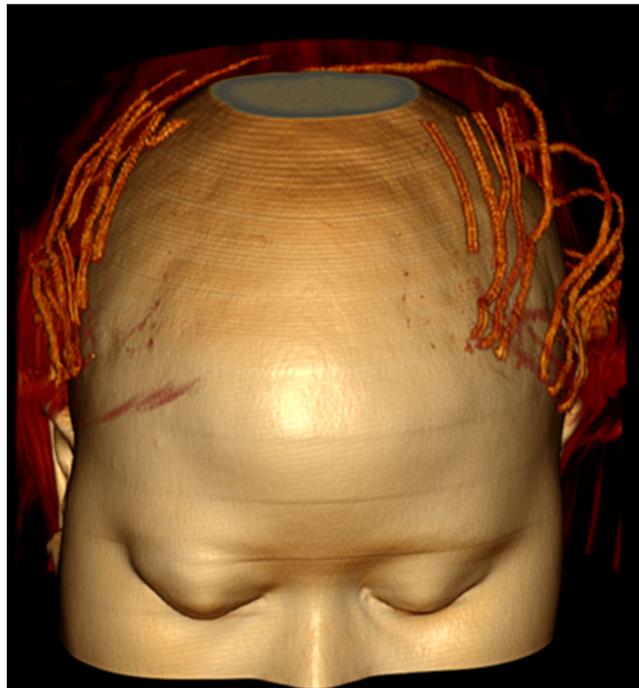


**Tumor mixto malignizado**

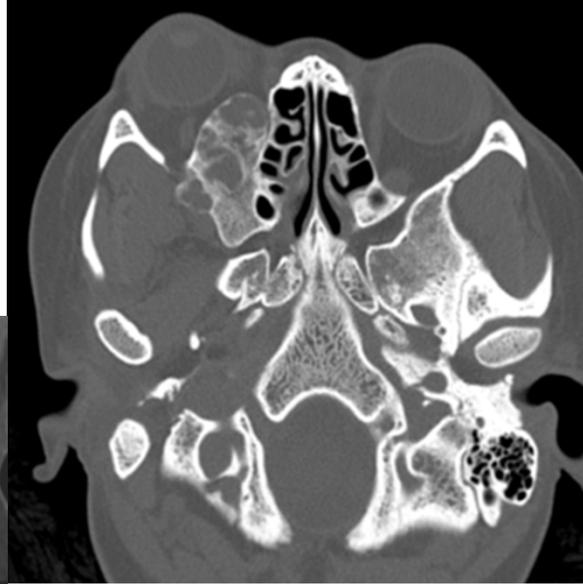
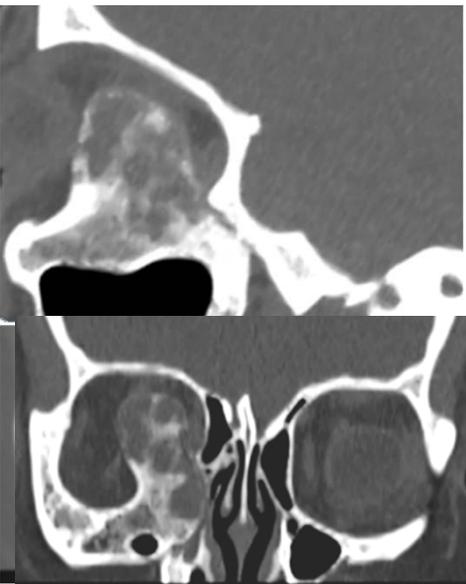
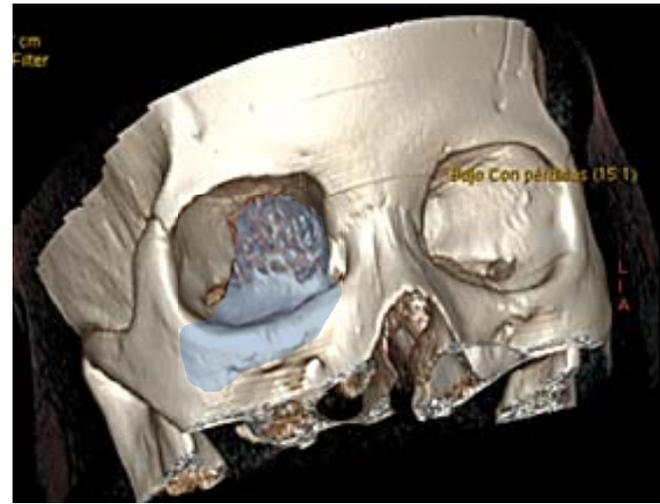
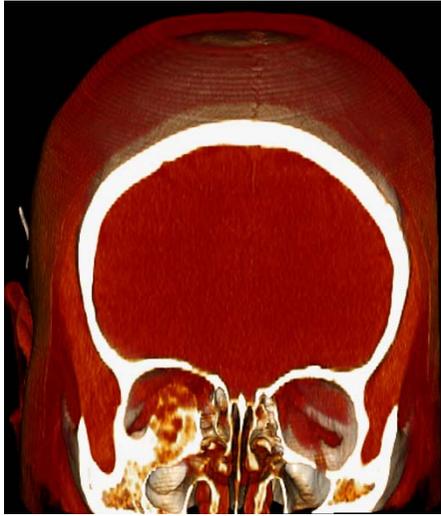


# CASO 5

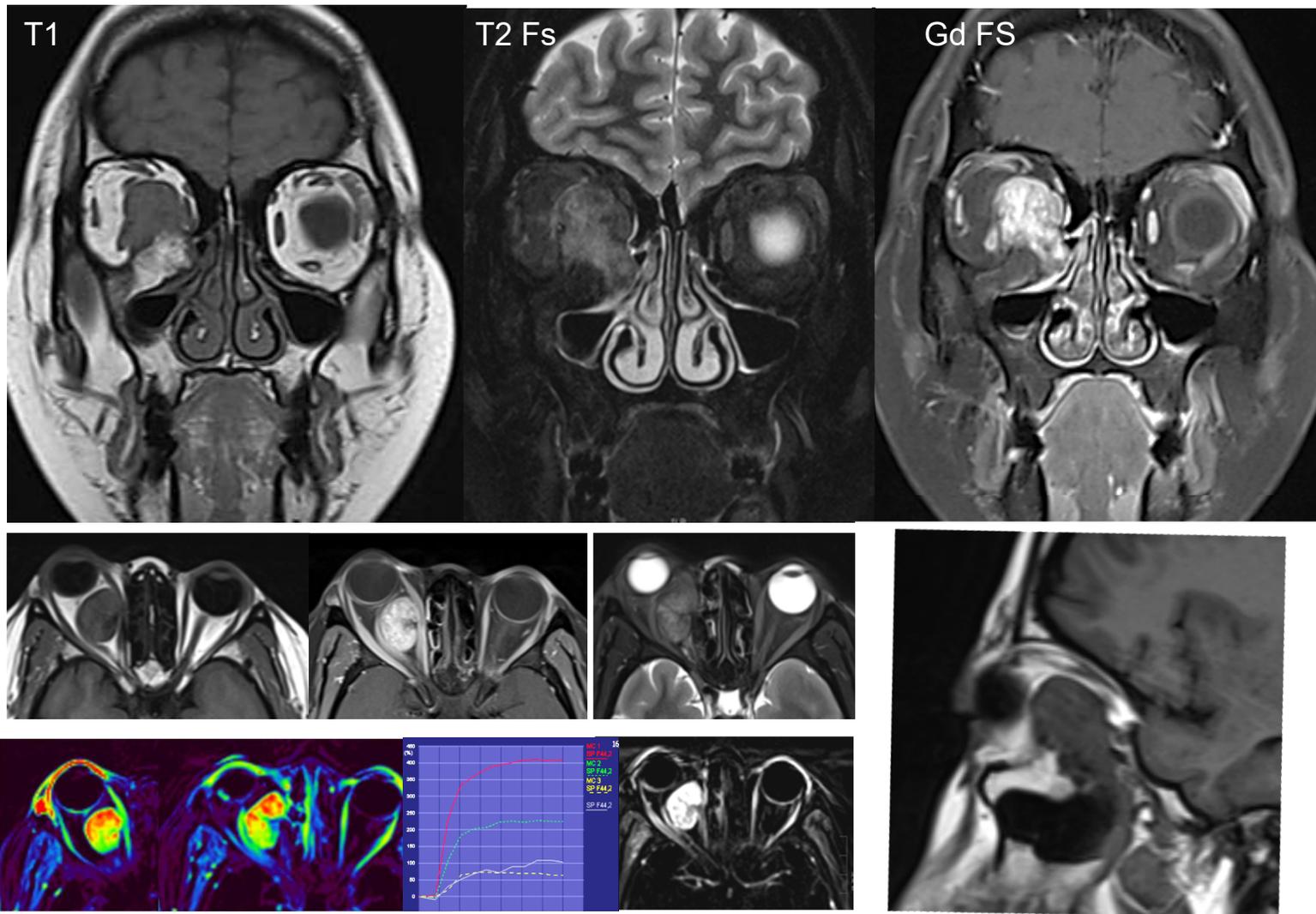
- Mujer senegalesa de **24 años** con proptosis progresiva desde la adolescencia con mínima diplopía y sin alteraciones significativas de la movilidad ocular. AV 1.0



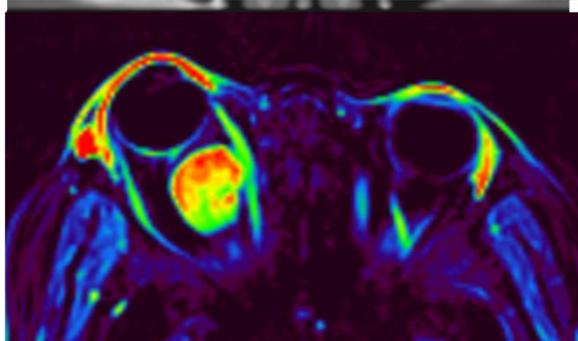
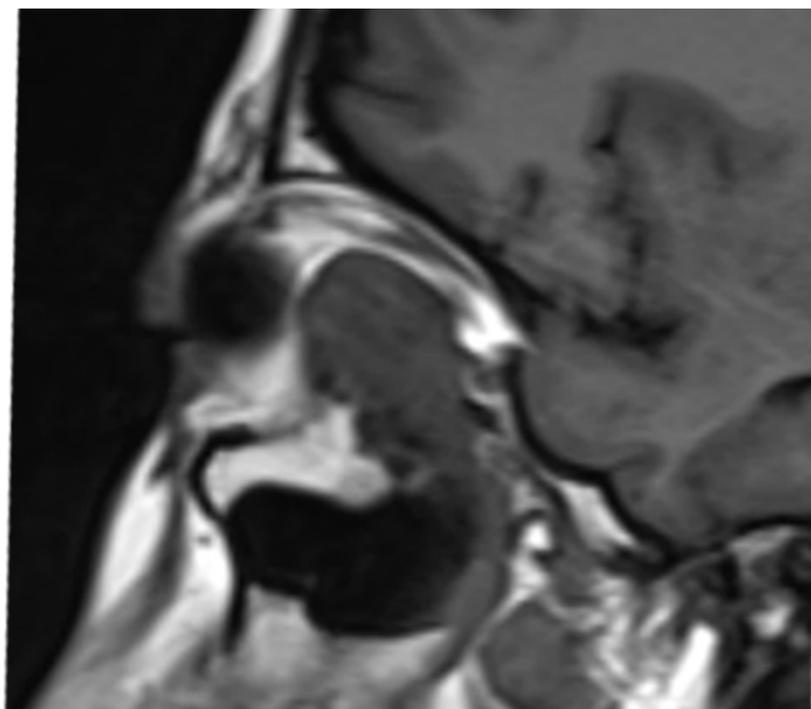
TC



# RM

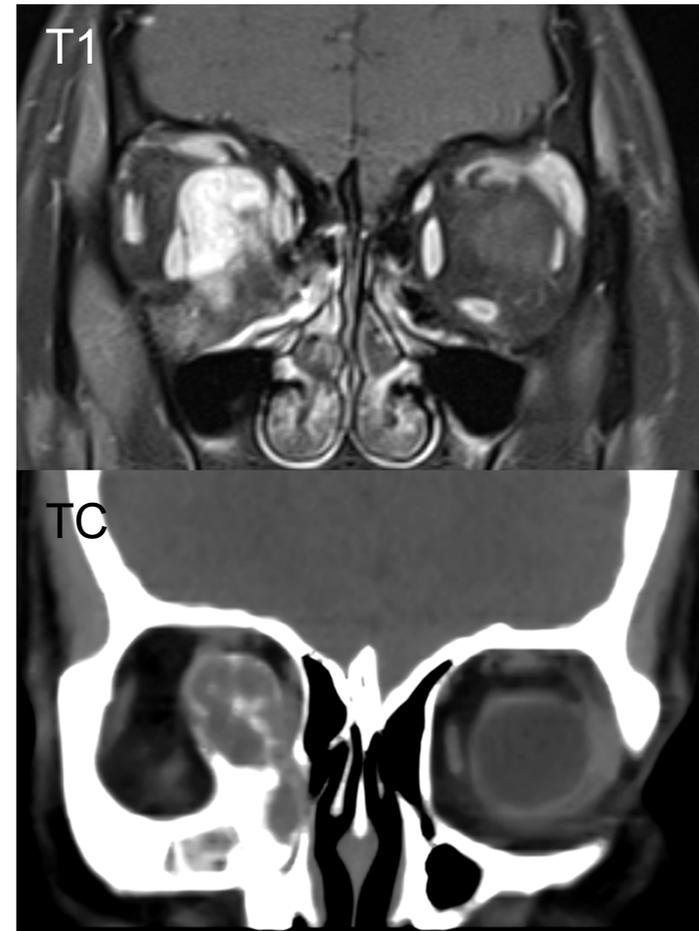


## DSA Arteriografía



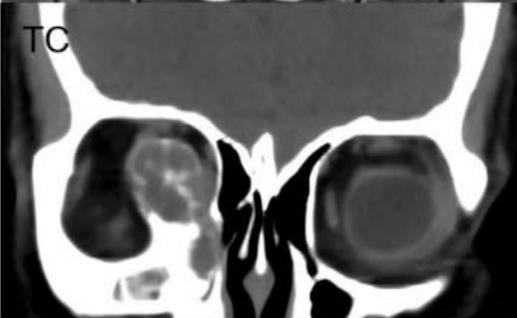
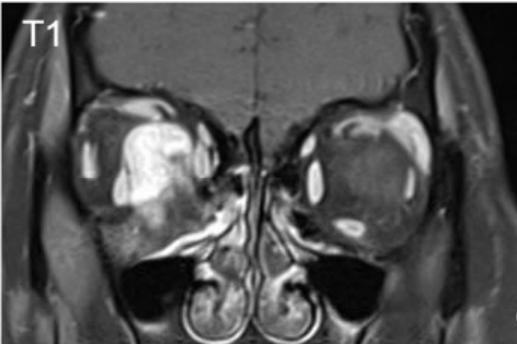
## ¿Cuál es el diagnóstico más probable ?

1. Displasia fibrosa
2. Fibroma osificante
3. Granuloma de células gigantes
4. Condrosarcoma de bajo grado
5. Quiste oseo aneurismatico



24 años

# Caso 5. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



Displasia fibrosa

Fibroma  
osificante

Granuloma de  
células gigantes

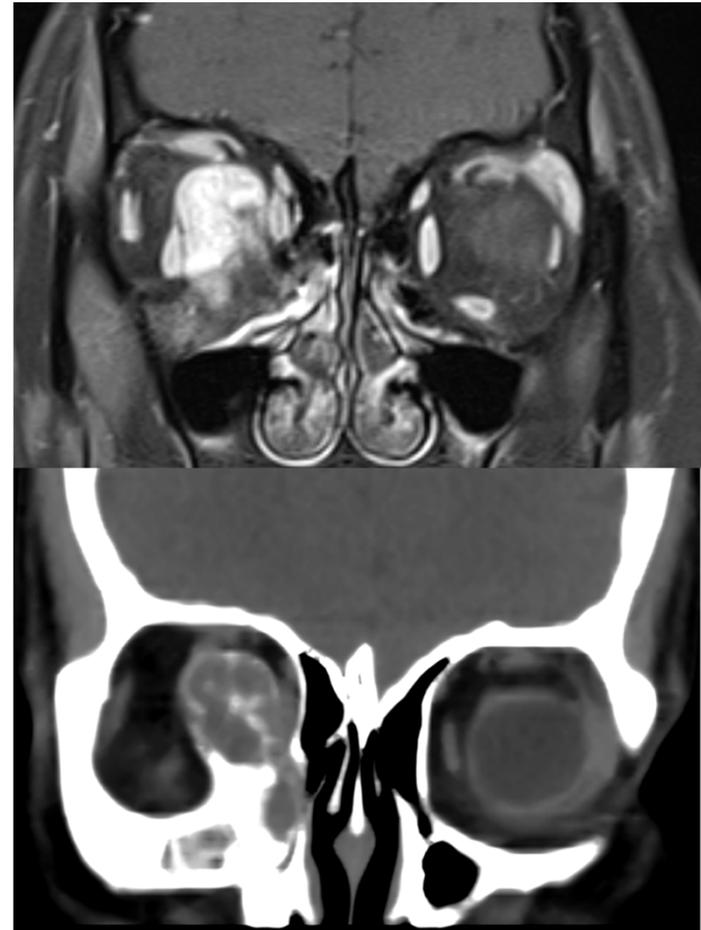
✓ 0%

Condrosacoma  
de bajo grado

Quiste oseo  
aneurismático

## ¿Cuál es el diagnóstico más probable ?

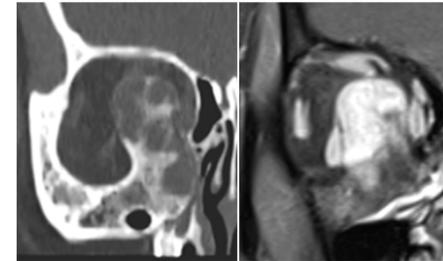
1. Displasia fibrosa
2. Fibroma osificante
3. **Granuloma de células gigantes**
4. Condrosacoma de bajo grado
5. Quiste oseo aneurismatico



24 años

# DX AP : Granuloma central de cs gigantes

- <Granuloma reparativo de cs gigantes> Jaffe 1953
- 7 % de los tumores maxilares
- Naturaleza ósea / vascular intraósea ? / variante de QOA ?
- Mujeres jóvenes < 30 años; Embarazo -ACO
- < centrales / óseos línea media > o periféricos MMII
- **Masas expansivas** en huesos craneofaciales ( maxilares> mandíbula> temporal )
  - Masa de PB hipervasculares localmente agresiva y destrucción ósea
  - Multilocular (“ burbujas de jabon”), con focos de mineralización
  - Esclerosis, erosión, expansión-remodelado
  - RM : heterogénea , Hipo T1 y T2, **realce intenso**
- **Benigno** pero con alta **Recurrencia** 11% - 50%;
- Tto : Quirúrgico ( inyección de *corticoides* , *alfa interferón* , *triamcinolona* , *calcitonina* )



**ORIGINAL RESEARCH**

J.S. Nackos  
R.H. Wiggins, III  
H.R. Harnsberger

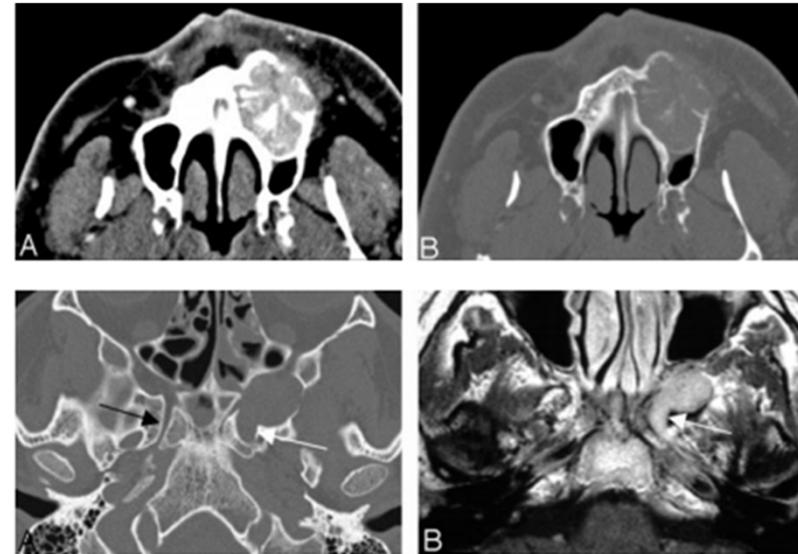
## CT and MR Imaging of Giant Cell Granuloma of the Craniofacial Bones

**BACKGROUND AND PURPOSE:** Giant cell granuloma (GCG) is a rare lesion. The purpose of this study was to determine the CT characteristics and describe possible MR imaging features of GCG of the craniofacial bones.

**METHODS:** We retrospectively reviewed 7 CT studies and 1 MR imaging study of 7 histologically proved cases of GCG in 2 men, 3 women, and 2 patients of unknown gender, aged 12–51 years, during a period of 10 years, from 1995 to 2005.

**RESULTS:** The granulomas predominantly involved the maxilla in 3 patients, the mandible in 2 patients, the temporal bone in 1 patient, and the nasal cavity in 1 patient. These lesions on imaging were expansile masses that demonstrated adjacent bone wall thinning, and most were associated with lytic bone destruction. They were predominantly masses with soft-tissue attenuation on CT scans and may have infiltrated the surrounding soft-tissue structures. The patient with an MR imaging had a lesion that was hypointense on both T1- and T2-weighted MR images. The lesions revealed avid homogeneous contrast enhancement.

**CONCLUSION:** The imaging features of GCG are nonspecific. However, this entity should be included in the differential diagnosis of expansile lesions in the craniofacial bones.



### CASE REPORT

Year : 2013 | Volume : 40 | Issue : 1 | Page : 41-43

#### Dilemma in the management of central giant cell granuloma of maxilla

Rajendra B Metgudmath<sup>1</sup>, Anjali R Metgudmath<sup>2</sup>, Sunita Y Patil<sup>3</sup>, Mohit Sinha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Otorhinolaryngology, Head and Neck Surgery, Jawaharlal Nehru Medical College, KLE University, Belgaum, Karnataka, India

<sup>2</sup> Department of General Medicine, Jawaharlal Nehru Medical College, KLE University, Belgaum, Karnataka, India

<sup>3</sup> Department of Pathology, Jawaharlal Nehru Medical College, KLE University, Belgaum, Karnataka, India

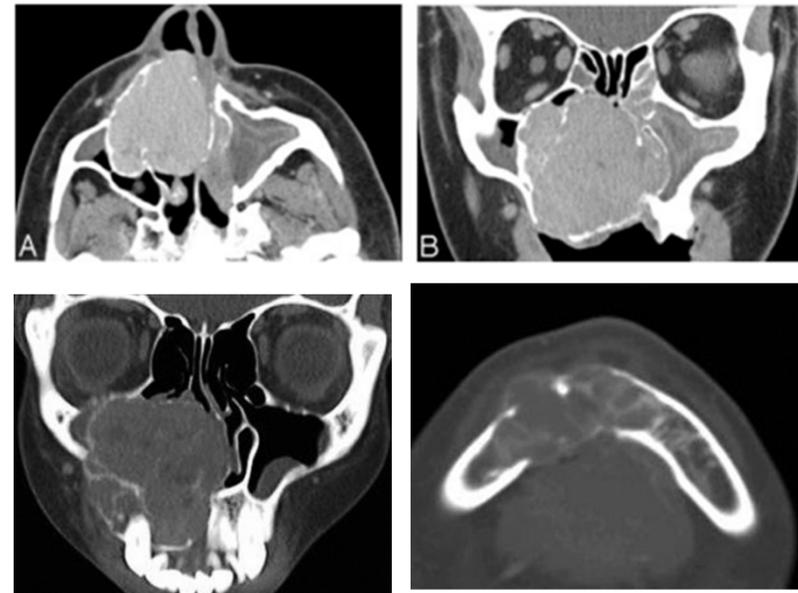


Year : 2012 | Volume : 2 | Issue : 2 | Page : 102-106

#### The diagnosis and management of giant cell lesions of the jaws

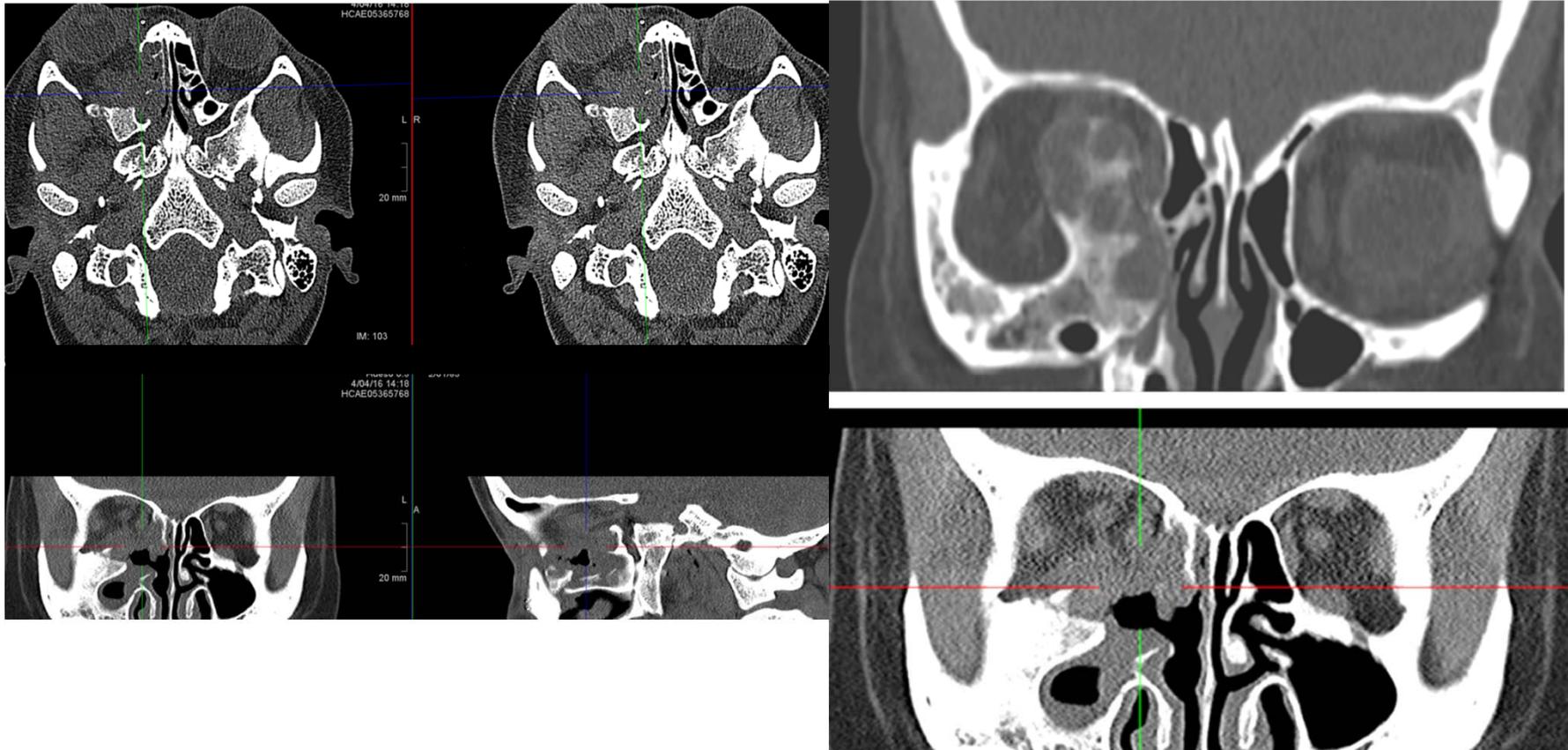
Anthony M Pogrel

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, University of California San Francisco, San Francisco, CA, USA



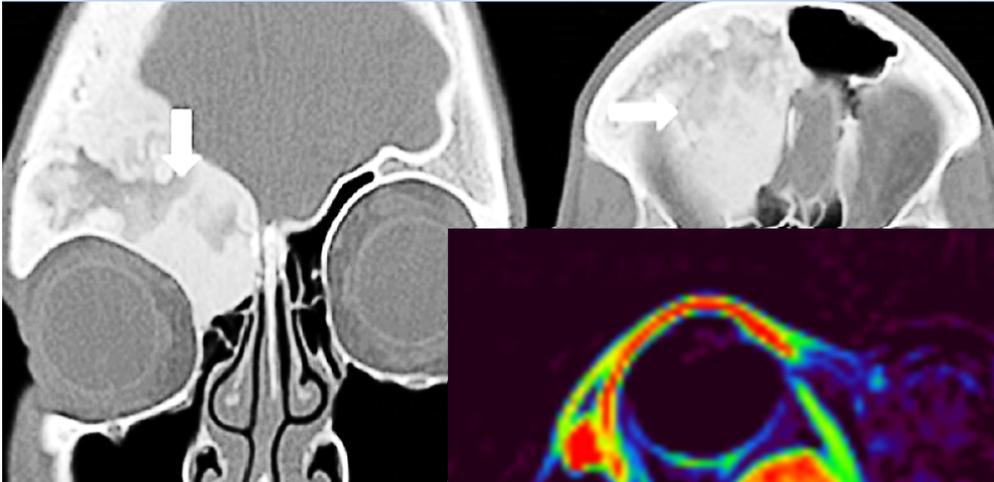
( inyección de corticoides , alfa interferón, triamcinolona, calcitonina )

# Cirugía endoscópica

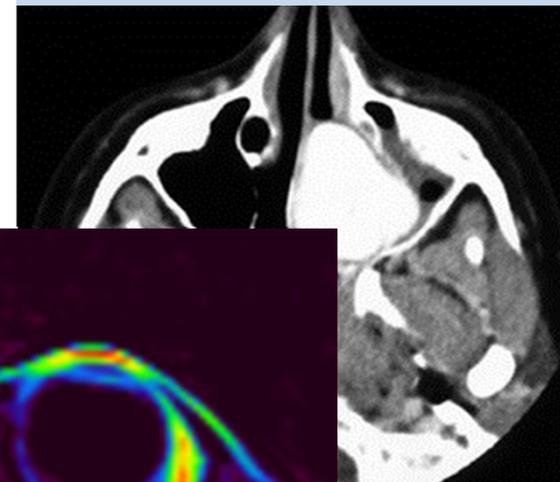


Lesiones óseas benignas de lento crecimiento con realce en RM

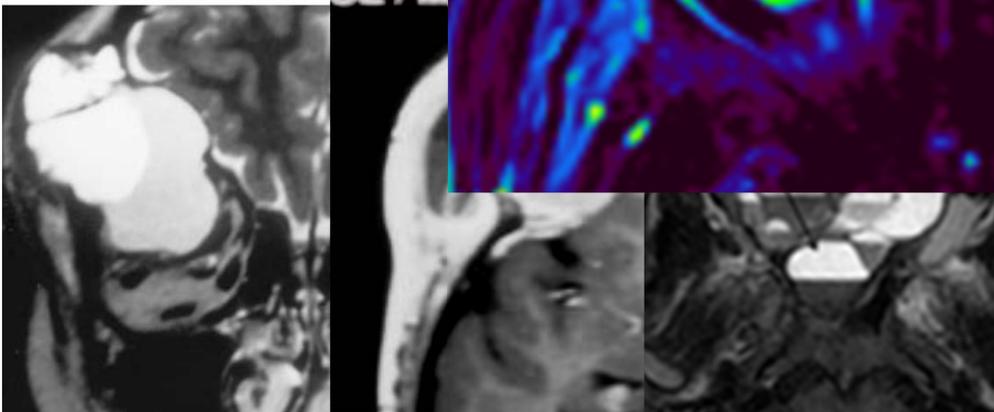
Craneofacial Displasia ósea



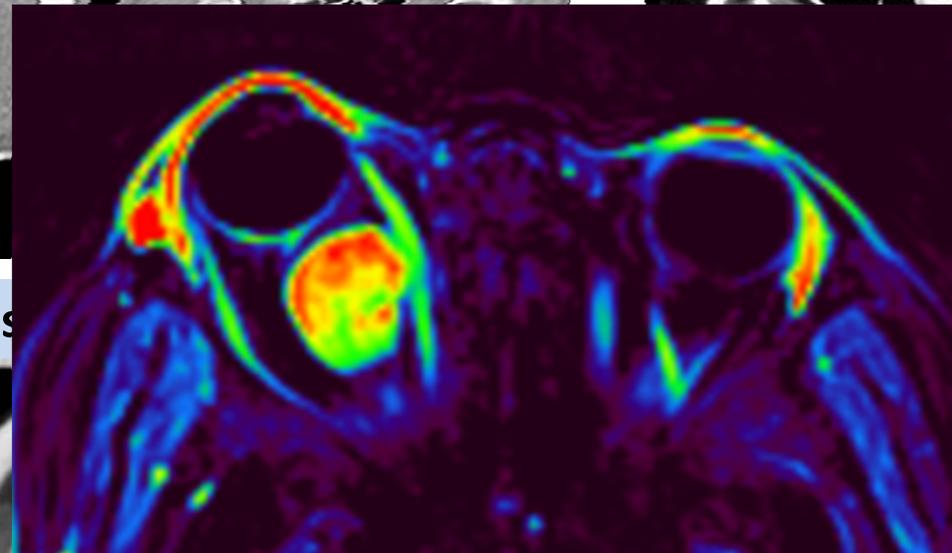
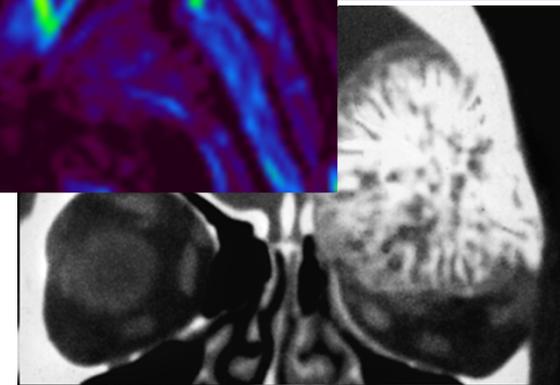
Fibroma osificante



Quiste óseo aneuris

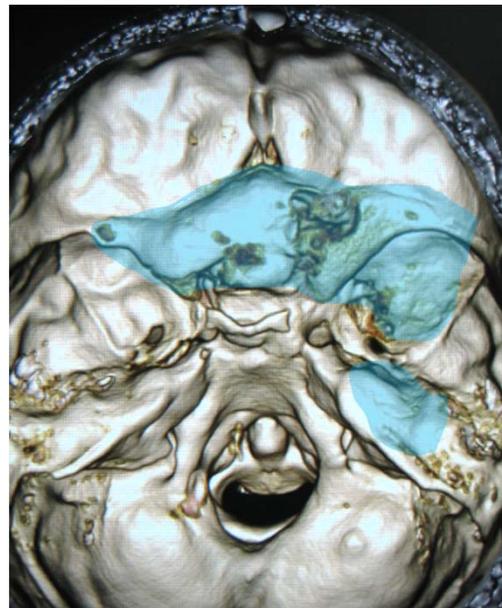
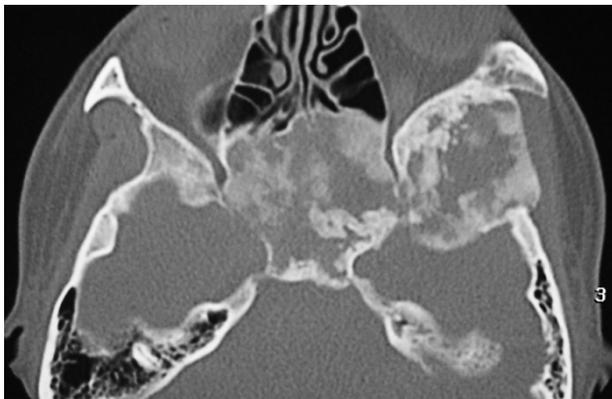


oseo



Proptosis progresiva

## Displasia Fibrosa poliostótica



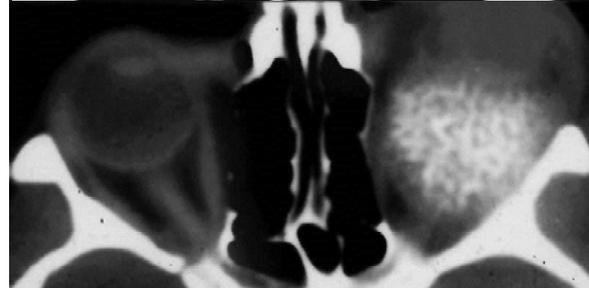
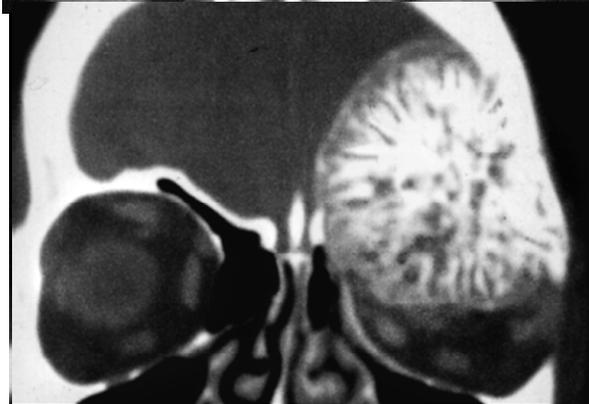
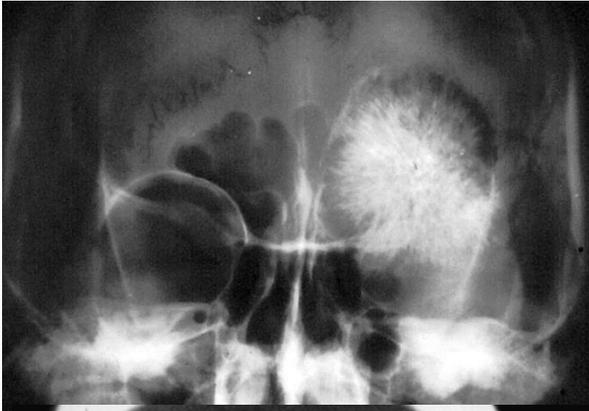
Mayor Incidencia entre los 3-15 años

Monostotica 70% Poliostotica

Lesion no neoplasica

Expansiva , patrón en “vidrio deslustrado”

## Hemangioma óseo



**Incidencia : 10 - 50 años**

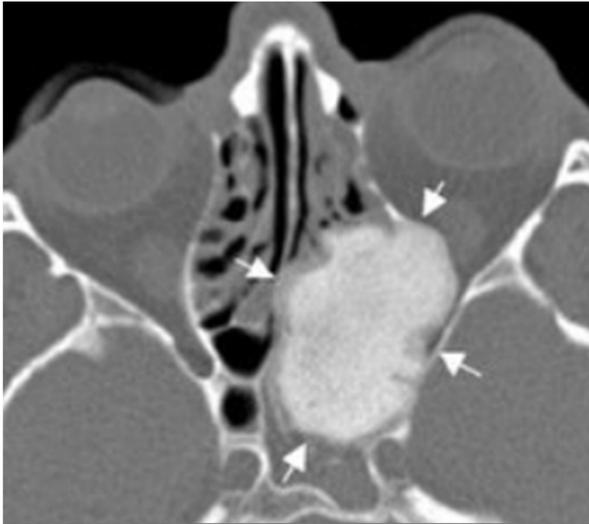
Patrón en "panal"

patrón en rayos de sol "sunburst"

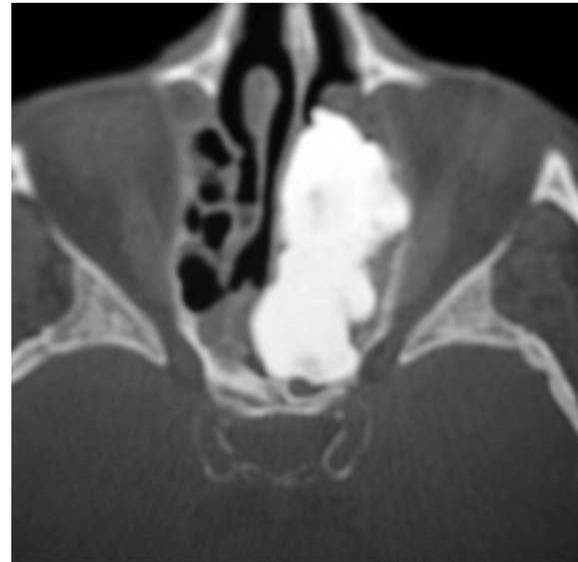
espiculaciones radiales

halo lítico periférico

## Osteomas

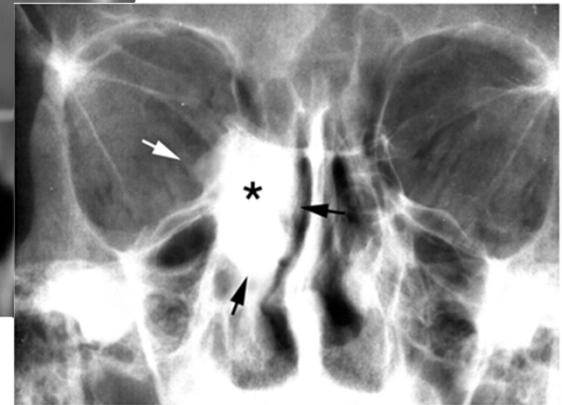


**Esponjoso o maduro**

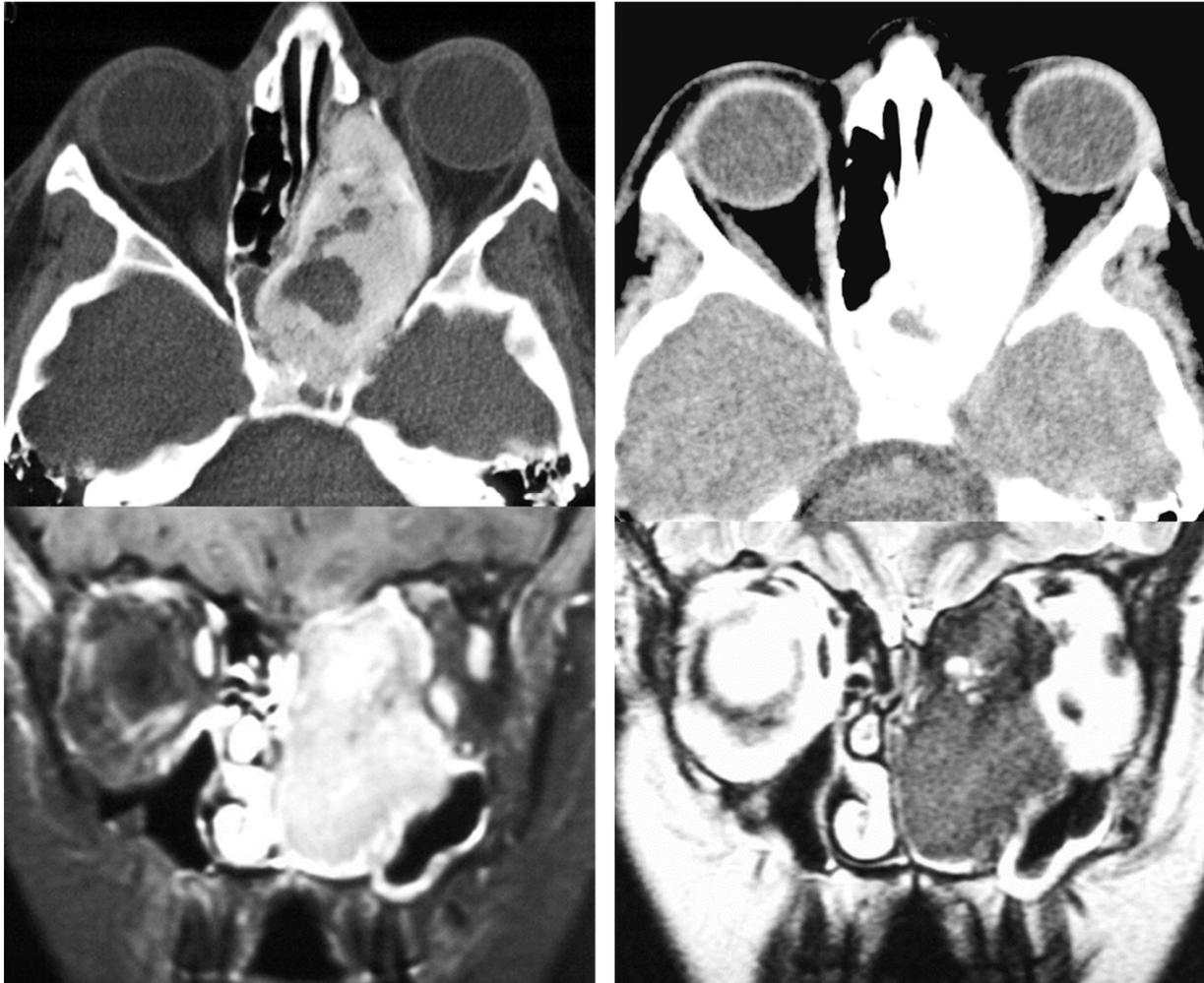


**compacto o marfil**

Asintomáticos  
adolescentes



**Fibroma osificante juvenil < 10 años**



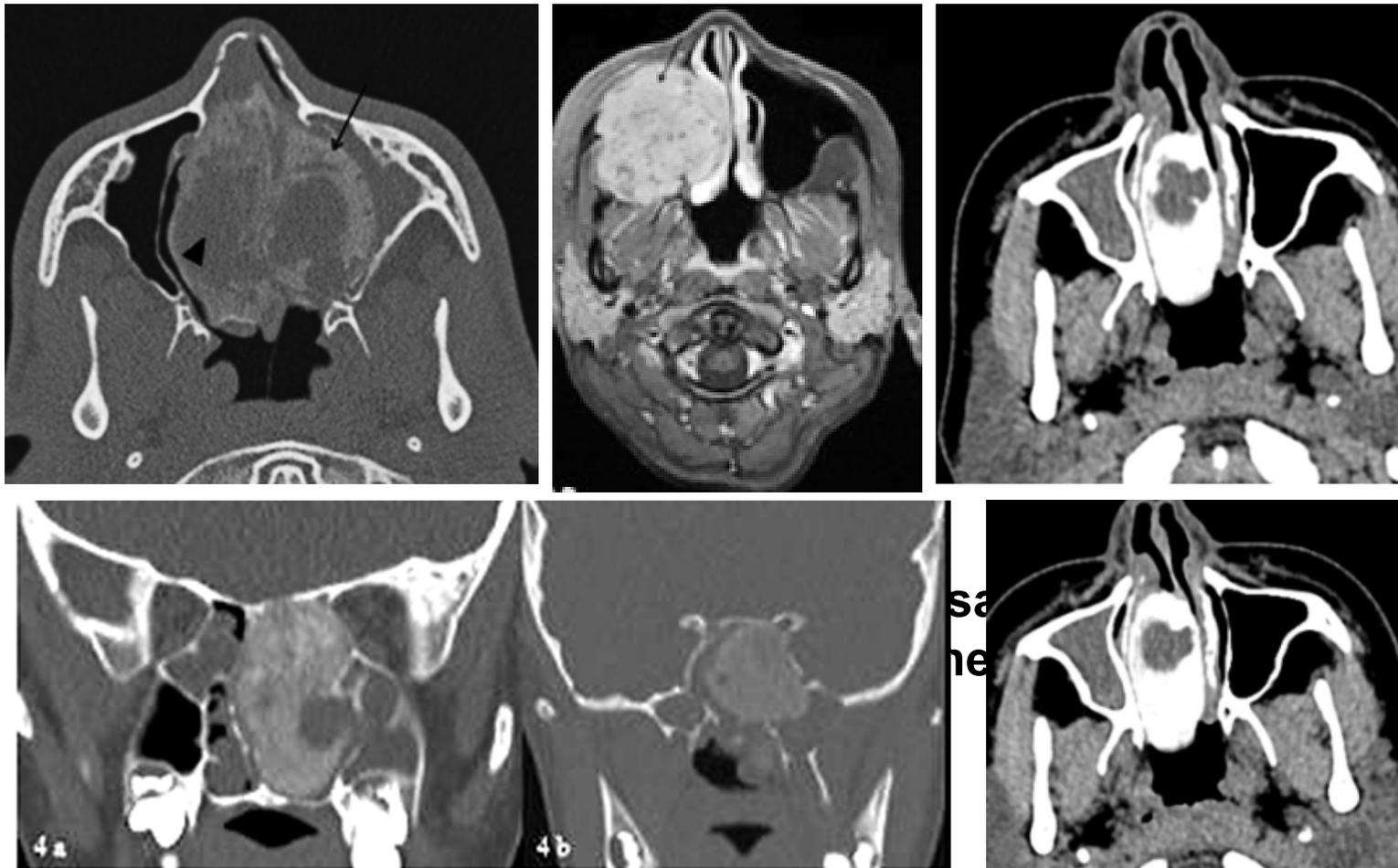
Niños < 10 años , raro adolescentes / adultos

Lesión esclerosante expansiva con osificación periférica -áreas “ vidrio deslustrado” y áreas radiolúcidas centrales; erosión y destrucción ósea

# Ossifying fibromas of the paranasal sinuses: diagnosis and management

[M. CINIGLIO APPIANI](#),<sup>1</sup> [B. VERILLAUD](#),<sup>2</sup> [D. BRESSON](#),<sup>3</sup> [E. SAUVAGET](#),<sup>2</sup> [J.-P. BLANCAL](#),<sup>2</sup> [J.-P. GUICHARD](#),<sup>4</sup> [J.-P. SAINT MAURICE](#),<sup>4</sup> [M. WASSEF](#),<sup>5</sup> [A. KARLIGKIOTIS](#),<sup>6</sup> [R. KANIA](#),<sup>2</sup> and [P. HERMAN](#)<sup>2</sup>

[▶ Author information](#) ▶ [Article notes](#) ▶ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)



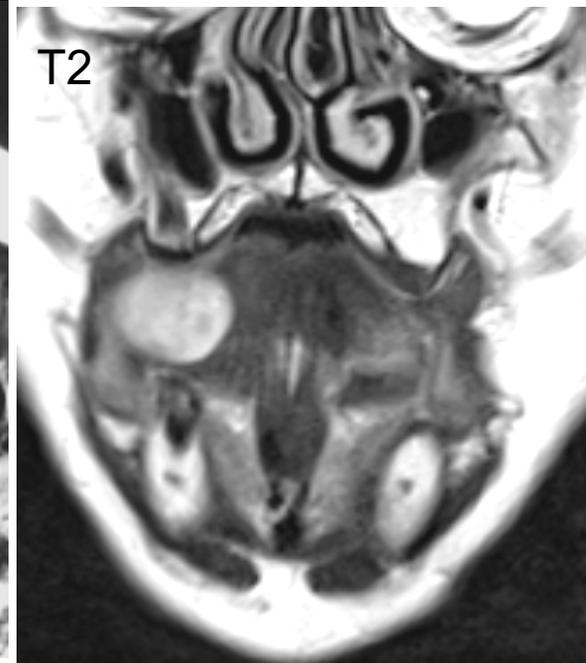
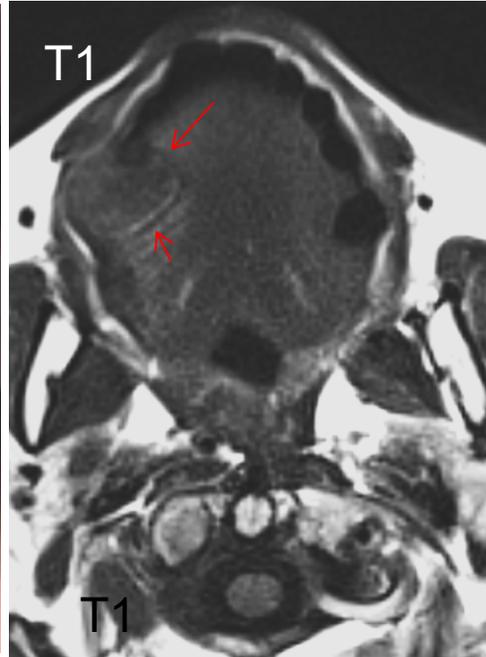
Localmente agresiva y tendencia a recurrir

## CASO 6

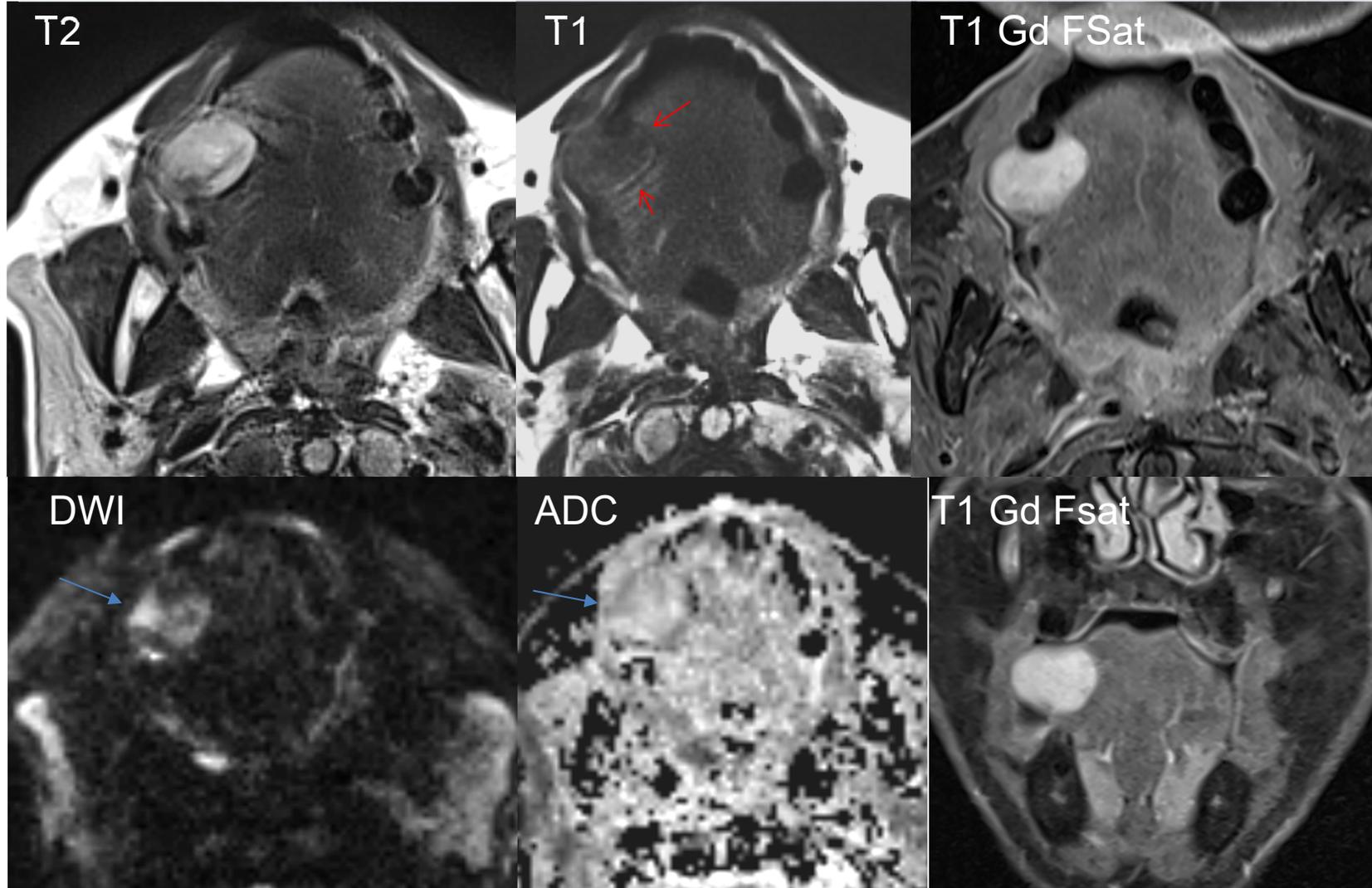
Mujer de **65 años** con tumoración en el borde lingual de años de evolución y de consistencia “gomosa” .



# RM



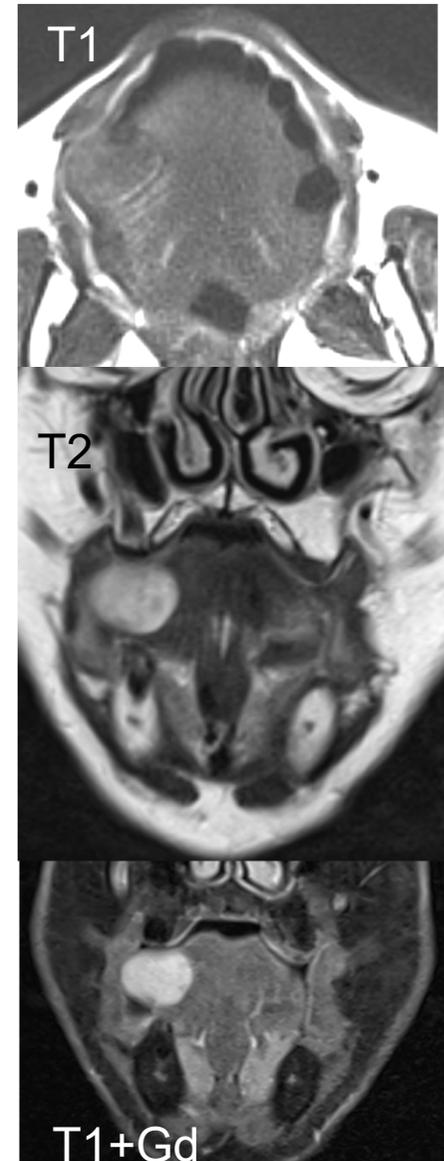
# RM



Gadolinio

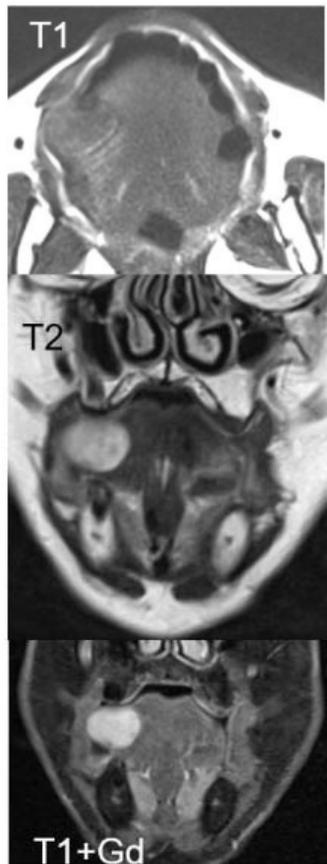
## ¿Cuál es el diagnóstico más probable ?

- 1 Adenoma pleomorfo ( t. mixto )
- 2 Lipoma de cs fusiformes
- 3 Scwannoma lingual
- 4 Mioblastoma de cs granulosa
- 5 Hemangioma cavernoso



65 años

# Caso 6. ¿Cuál es el diagnóstico más probable?



Adenoma pleomorfo  
( t. mixto )

Lipoma de cs  
fusiformes

✓ 0%

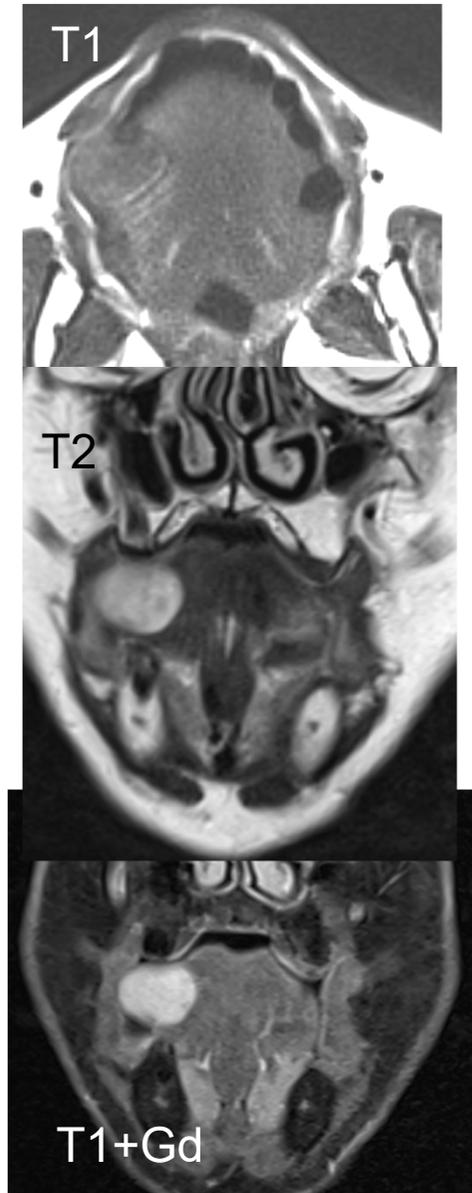
Scwannoma lingual

Mioblastoma de cs  
granulosas

Hemangioma  
cavernoso

¿ Cual es el diagnóstico mas probable ?

- 1 Adenoma pleomorfo ( t. mixto )
- 2 lipoma de cs fusiformes
- 3 Scwannoma lingual
- 4 Mioblastoma de cs granulosa
- 5 Hemangioma cavernoso



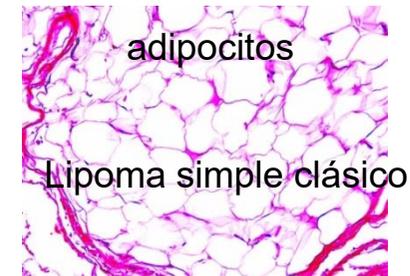
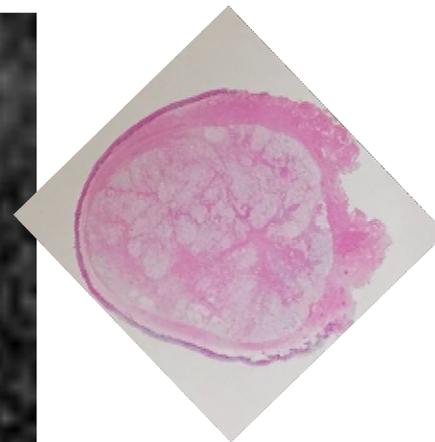
# Dx AP : Lipoma de células fusiformes

## Informe Micro

Biopsia de nódulo submucoso de borde derecho de lengua que muestra una lesión bien delimitada, no encapsulada, situada en el espesor del músculo esquelético y constituida por adipocitos maduros de tamaño variable sin evidencia de atipia ni actividad proliferativa, entremezclado con áreas de proliferación de células elongadas sin pleomorfismo ni atipia con abundantes capilares, tejido colágeno y mastocitos. Se observa positividad difusa para S-100 en el componente de adipocitos, siendo negativo el componente de células fusiformes. CD34 muestra positividad en el componente de células fusiformes. Ki67 muestra una actividad proliferativa menor del 1%. CDK4 y MDM2 son negativos.

## Diagnóstico

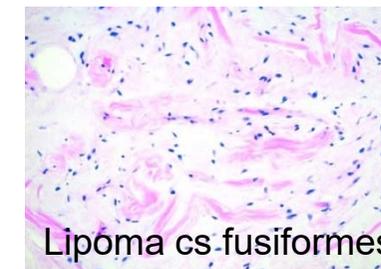
BIOPSIA DE BORDE DERECHO DE LENGUA: - LIPOMA DE CÉLULAS FUSIFORMES.



Lipoma simple clásico



Lipoma cs fusiformes



Lipoma cs fusiformes

S100 + Adipocitos  
CD34 + estroma  
Ki 67 <1%  
CDK4 -  
MDM2 -

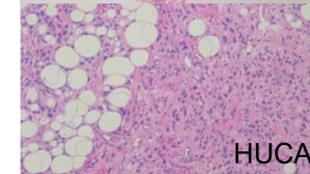
# Lipoma de cs fusiformes

## "low-fat" and "fat-free" variants.

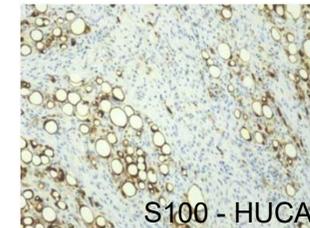
- Adultos **45- 80** años
- Localización **superficial** subcutáneo, bien delimitados
- 80 % Posterior cuello, hombros, dorso
- Alteración citogenética : del 16q, del 13q
- Inmunoreactividad al **CD34** difusamente positivo (95%).
- AP: proliferación variable de **adipocitos maduros, cs fusiformes y fibras de colágeno**
- grupos aislados o adipocitos individuales presentes;
- **<mínima> o <ausencia total> de grasa**
- DD: liposarcoma bien diferenciado de cs fusiformes  
Liposarcoma mixoide y pleomorfo



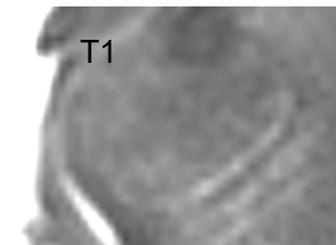
HUCA



HUCA



S100 - HUCA



T1

[Am J Dermatopathol. 2007 Oct;29\(5\):437-42.](#)

**Diagnostically challenging spindle cell lipomas: a report of 34 "low-fat" and "fat-free" variants.**

[Billings SD<sup>1</sup>, Folpe AL.](#)

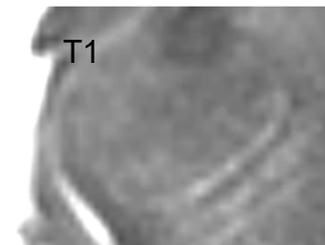
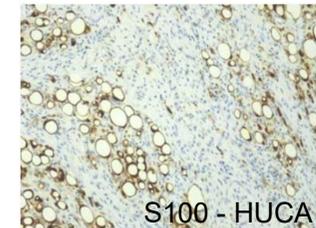
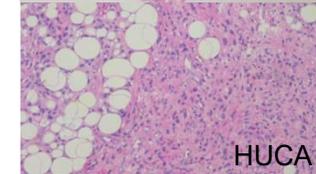
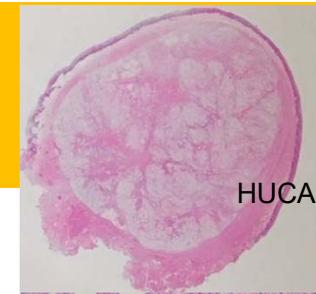
⊖ [Author information](#)

1 Department of Anatomic Pathology, Cleveland Clinic, Cleveland, OH 44195, USA. [billins@ccf.org](mailto:billins@ccf.org)

# Lipoma de cs fusiformes

"low-fat" and "fat-free" variants. **Lipoma 0,0**

- Adultos 45- 80 años
- Localización superficial subcutáneo, bien delimitados
- 80 % Posterior cuello, hombros, dorso
- Alteración citogenética : del 16q, del 13q
- Inmunoreactividad al CD34 difusamente positivo (95%).
- AP: proliferación variable de adipocitos maduros, cs fusiformes y fibras de colágeno
- grupos aislados o adipocitos individuales presentes;
- **<mínima> o <ausencia total> de grasa**
- DD: liposarcoma bien diferenciado de cs fusiformes  
Liposarcoma mixoide y pleomorfo



[Am J Dermatopathol. 2007 Oct;29\(5\):437-42.](#)

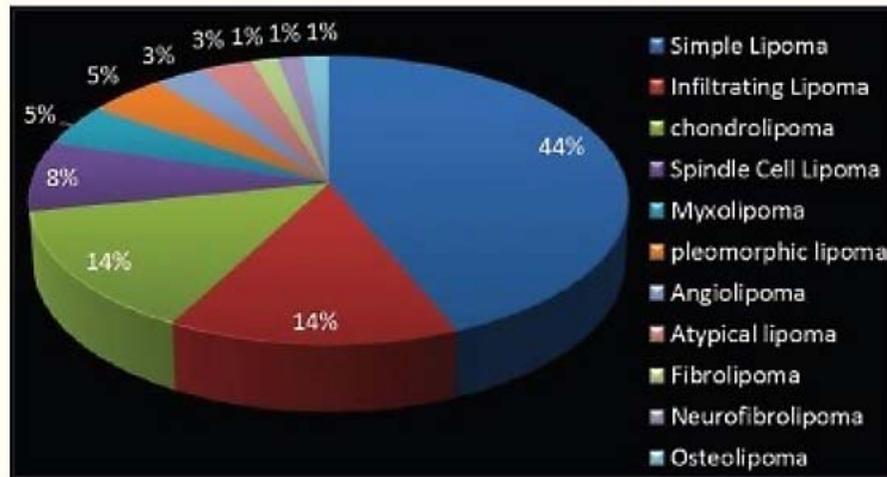
**Diagnostically challenging spindle cell lipomas: a report of 34 "low-fat" and "fat-free" variants.**

Billings SD<sup>1</sup>, Folpe AL.

⊖ **Author information**

1 Department of Anatomic Pathology, Cleveland Clinic, Cleveland, OH 44195, USA. [billins@ccf.org](mailto:billins@ccf.org)

## Distribución histológica lipomas de la lengua

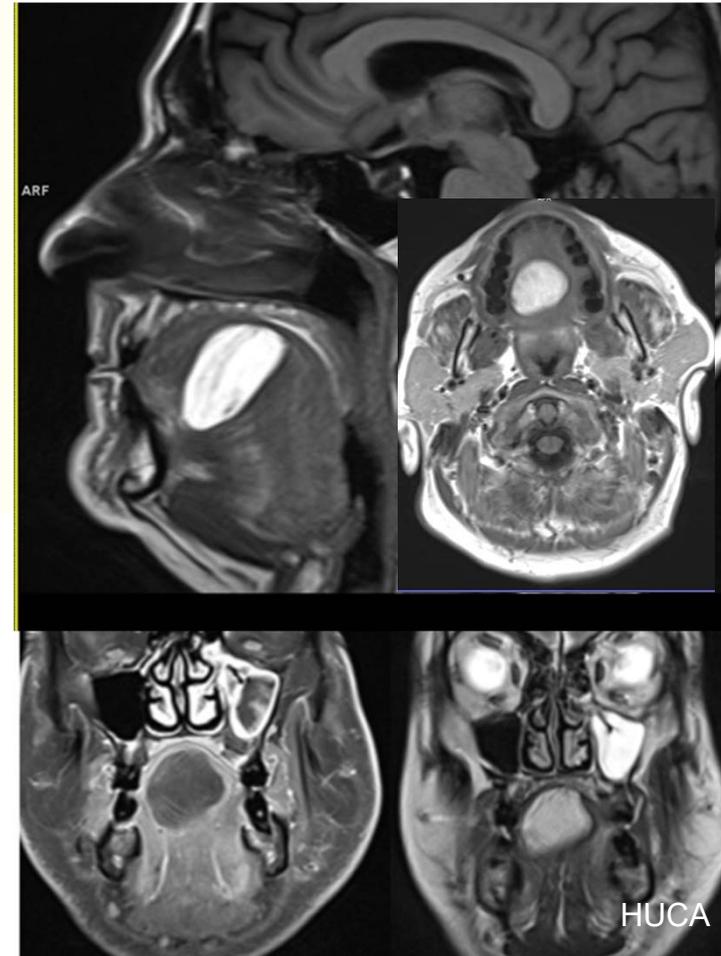


Lipoma de cs fusiformes 8 %

### The lipoma of tongue - A rare site for a tumor: Case report and review of the literature

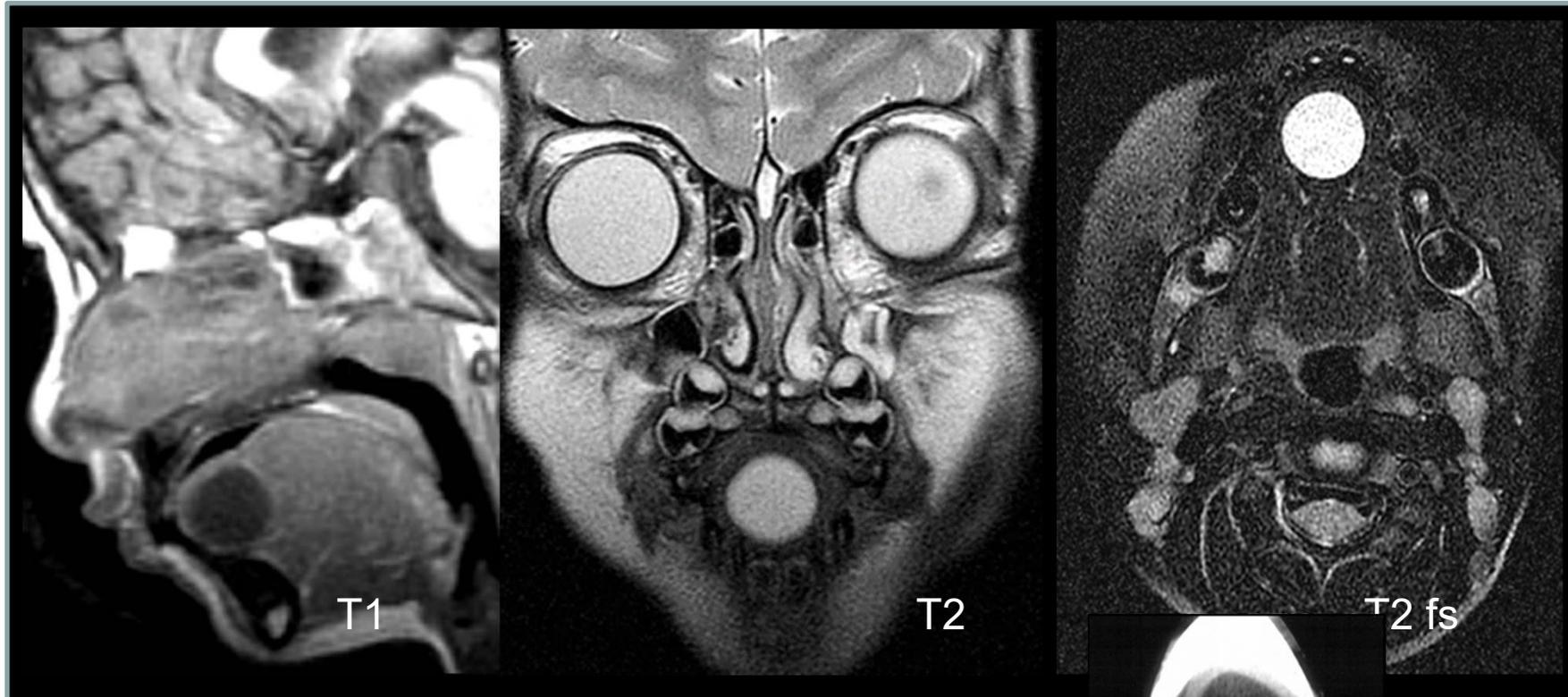
[Hemant A. Baonerkar](#), [Meena Vora](#), [Rakesh Sorathia](#), and [Swapnil Shinde](#)

▶ [Author information](#) ▶ [Copyright and License information](#) [Disclaimer](#)

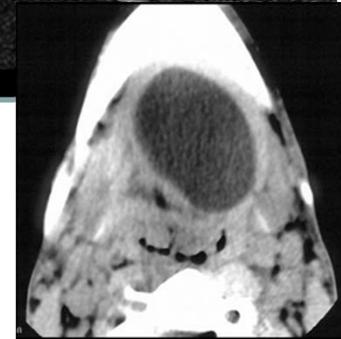


Lipoma simple 44%

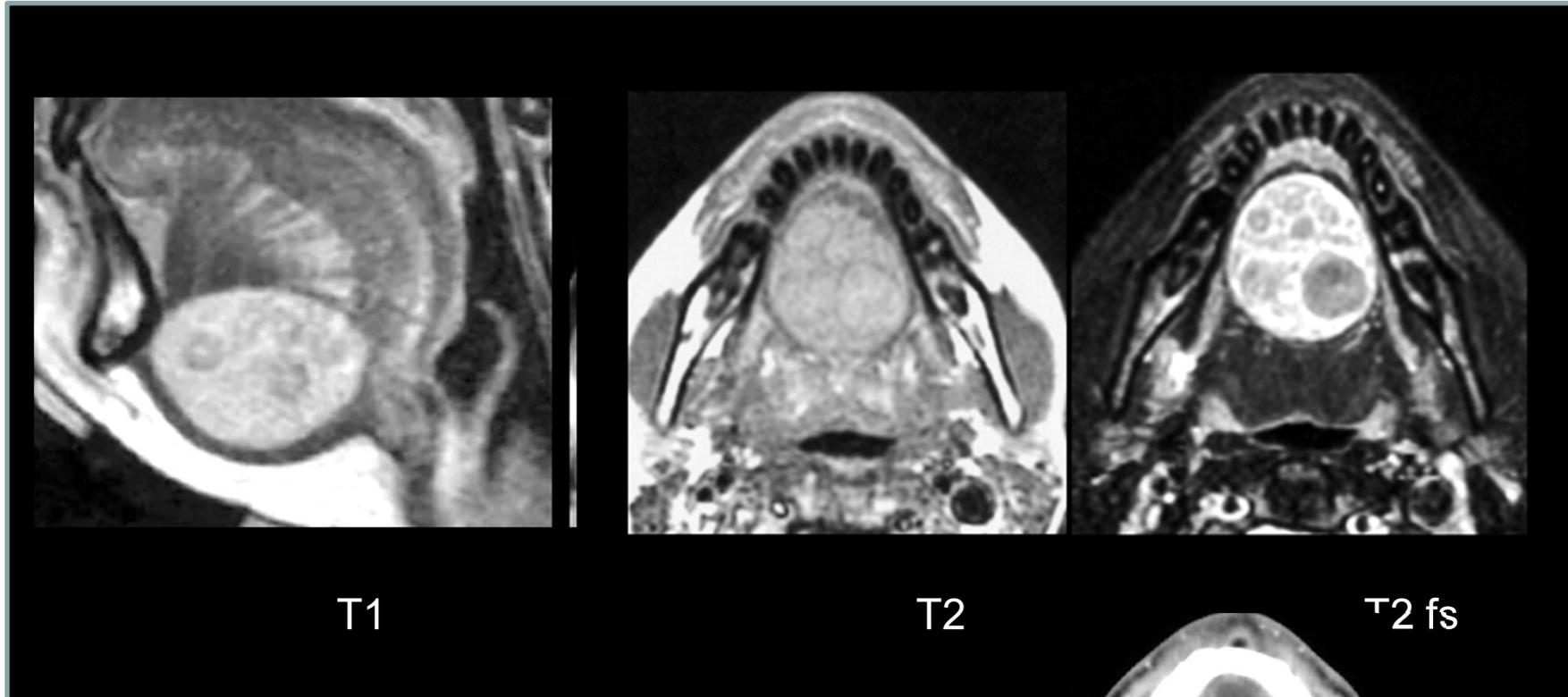
## DDx Quiste Epidermoide



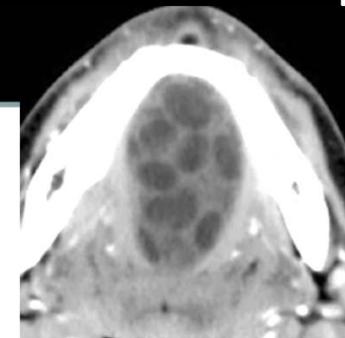
Q. Congénito de inclusión o desarrollo.  
Lingual / sublingual. Lesión esférica en el extremo de la lengua móvil. Hipo T1 e hiper T2



## DDx Quiste Dermoide



Quiste compuesto. Suelo de boca . Ectodermo.  
Epitelio escamoso estratificado con **anejos cutáneos**  
Glándulas sebáceas y folículos pilosos o Calcio



“saco de canicas”  
glóbulos grasos-sebo

# DDx lesiones benignas de la lengua

## !!!!Dx definitivo histológico!!!!

- Lipoma
- Rabdomioma
- Tumor fibroso Solitario
- Mioblastoma de cs granulares
- Neurofibroma
- Neurilemoma
- Leimioma vascular / angiomiomas
- Neoplasia benigna de las glándulas salivares
- Lesiones reactivas
  - fibroma de cs gigantes o hiperplasia fibrosa focal
- Mucocele
- Bocio lingual



Mioblastoma de cs granulares



Lipoma de cs fusiformes

# CASO 7

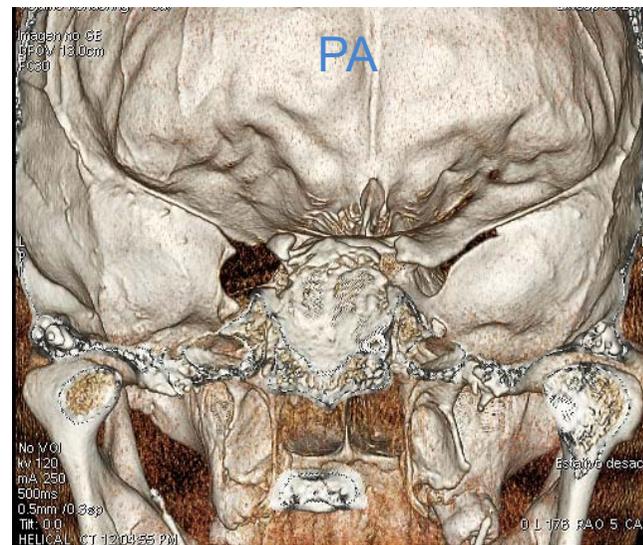
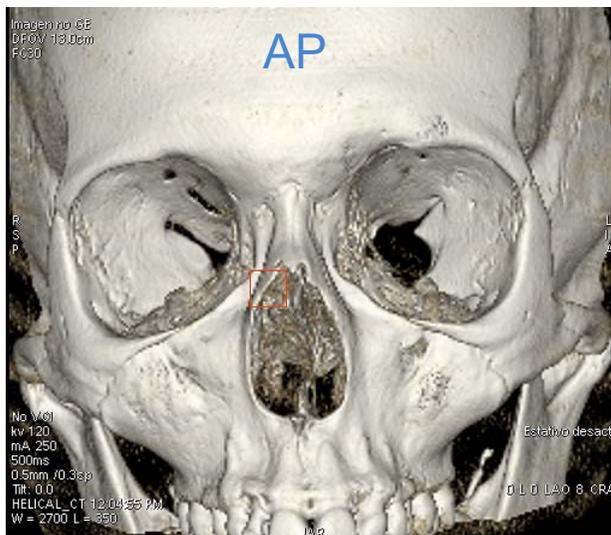
- Mujer de 43 años (cocinera )
- Pérdida de discriminación cromática ( discromatopsia )
- Mínima molestia orbitaria “sorda” y mínima proptosis
- Mínima pérdida de visión ojo izquierdo de carácter “subagudo”



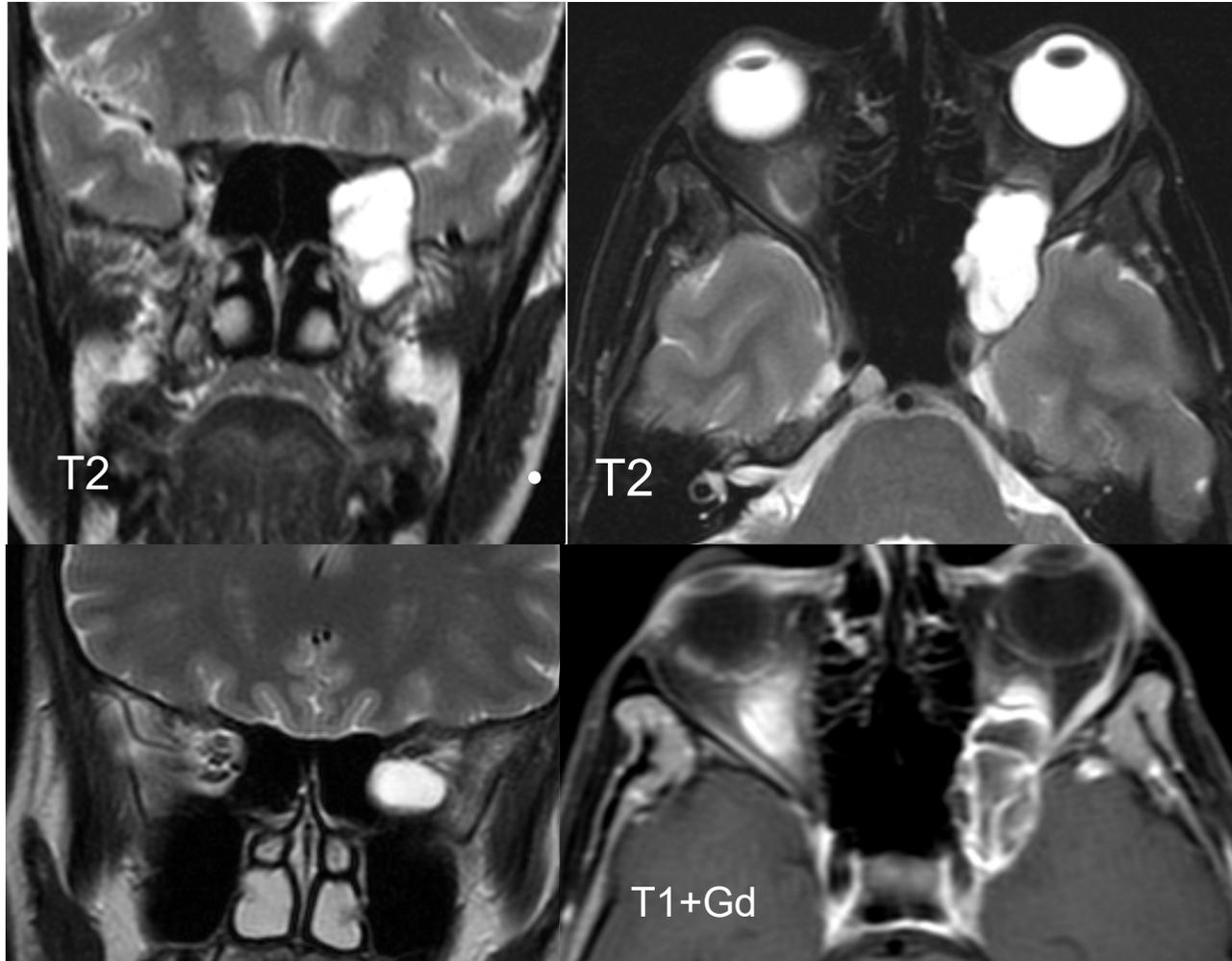
# TC



# TC : Imagen 3D

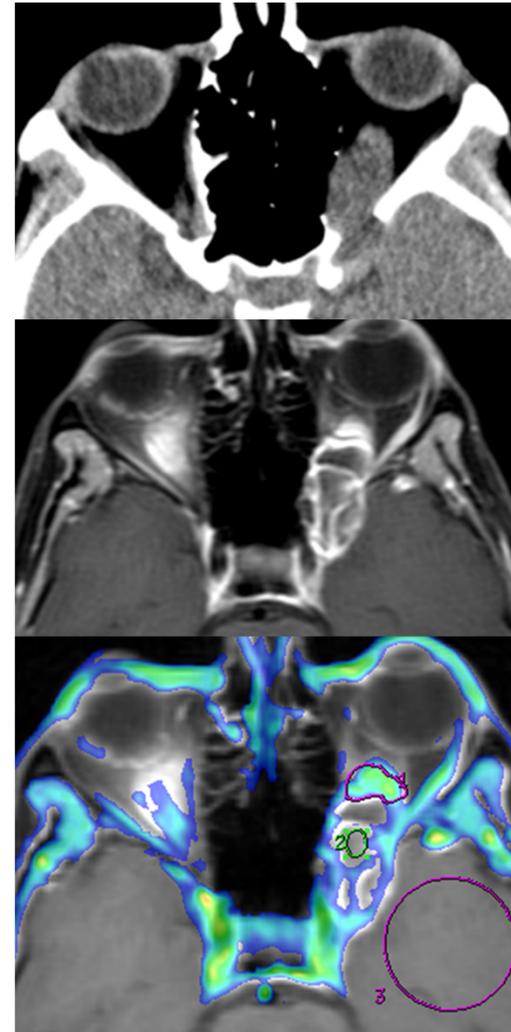


# RM



# ¿Cuál es su diagnóstico ?

1. Glioma del nervio óptico
2. Meningocele orbitario
3. Schwannoma trigeminal
4. Quiste epidermoide
5. Linfangioma quístico



43 años

## Caso 7. ¿Cuál es su diagnóstico?

Glioma del nervio  
óptico

Meningocele  
orbitario

Schwannoma  
trigeminal

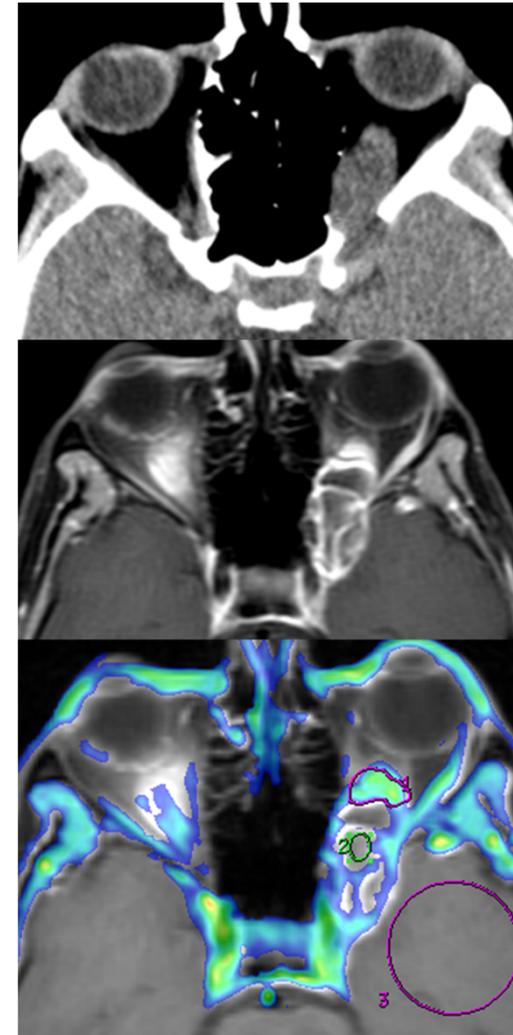
✓ 0%

Quiste epidermoide

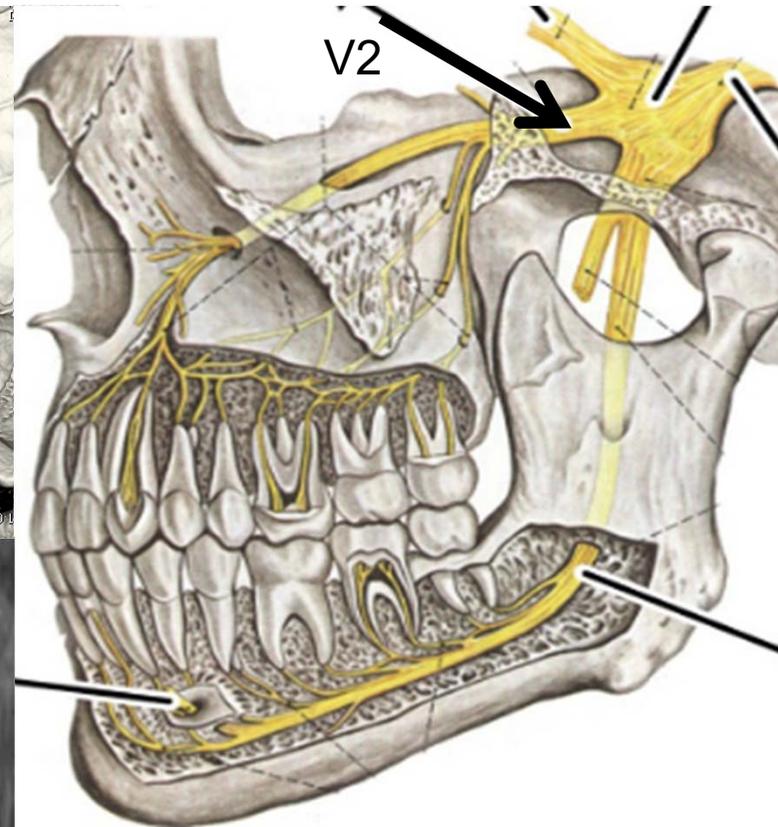
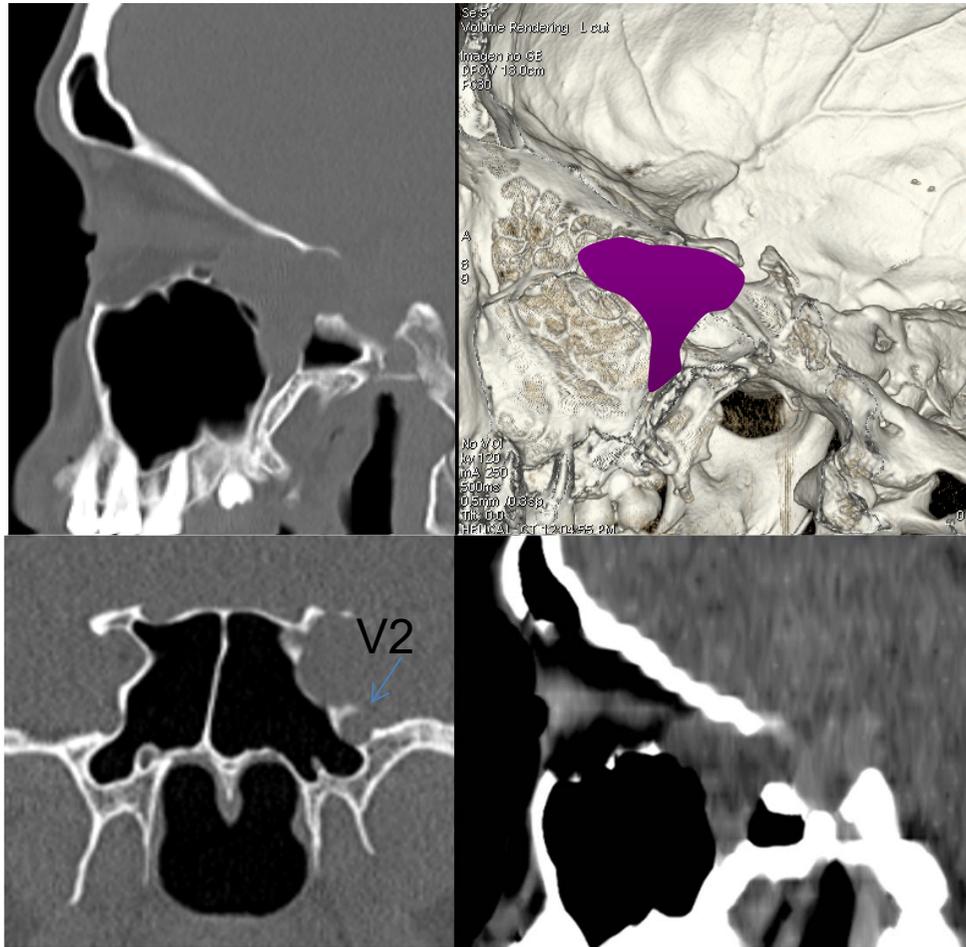
Linfangioma quístico

# ¿Cuál es su diagnóstico ?

1. Glioma del nervio óptico
2. Meningocele orbitario
3. Schwannoma trigeminal
4. Quiste epidermoide
5. Linfangioma quístico



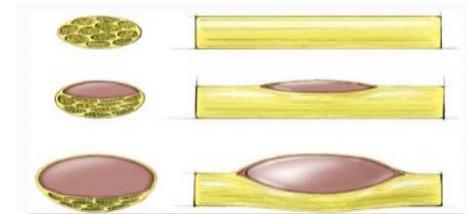
# Dx AP : Schwannoma trigeminal periférico



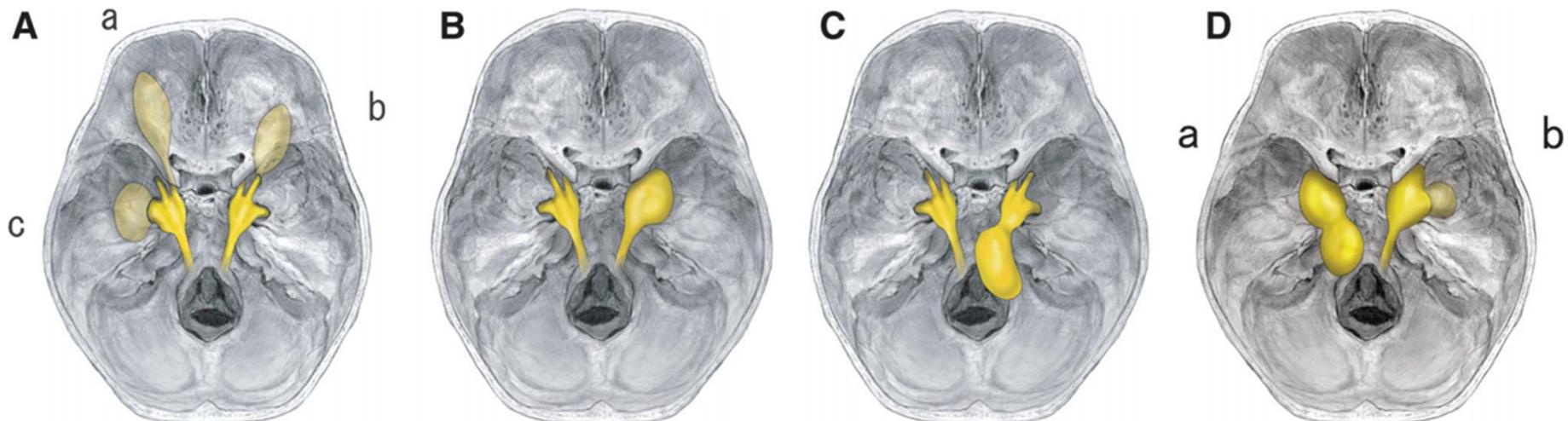
Segunda rama del trigémino

# Schwannoma trigeminal

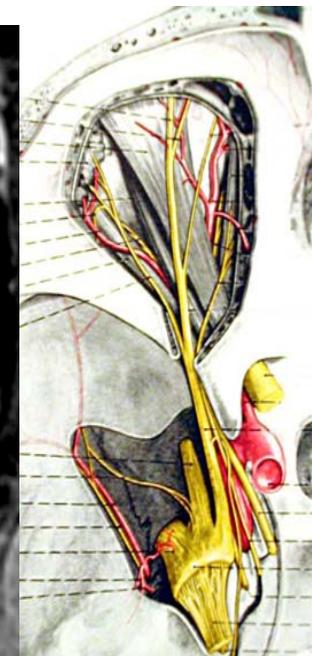
- Schwannomas: 25-45% en C&C (vago, cadena simpática )
- Trigeminales : **solo 0.8 – 5 %** de todos los schwannomas IC.
- Mujeres de mediana edad. Benignos y lento crecimiento
- Involucran diferentes regiones **tanto IC como extracraneales.**
- **TC** : hipodenso, escaso realce y remodelado/expansion ósea
- **RM**: bien definido. hipo T1 e hiper T2. realce variable periférico



- El 60% se originan en el neurilema de los nervios craneales, principalmente en la zona de entrada de la raíz ( Obersteiner-Redlich)



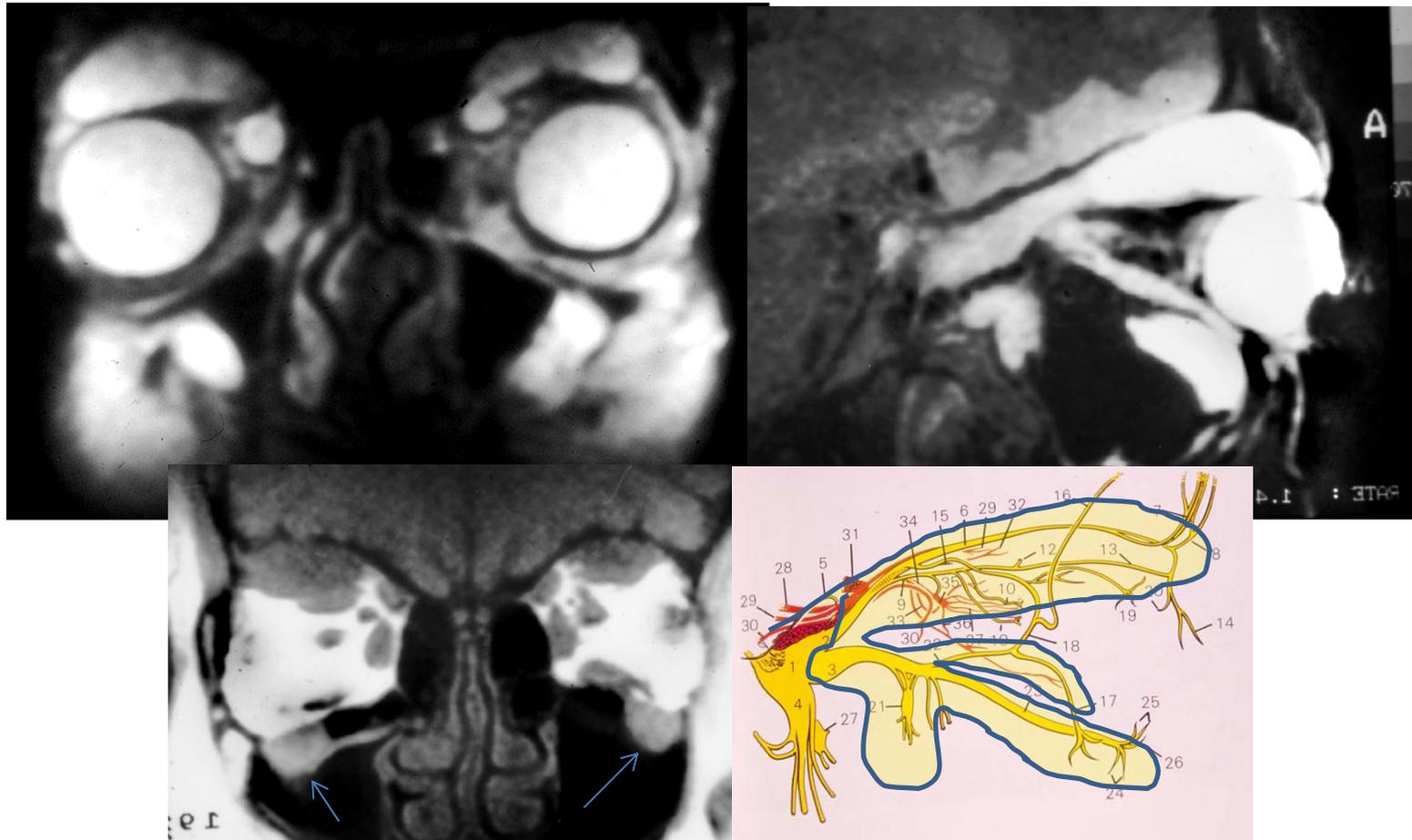
# Schwannoma – realce homogéneo



1- 6 % de los tumores orbitarios  
origen nervios periféricos / lento crecimiento / + NF  
Iso/hipo T1 hiperinteso T2  
Realce intenso / heterogéneo / areas quísticas  
Adultos 40-60 / jóvenes con NF-2

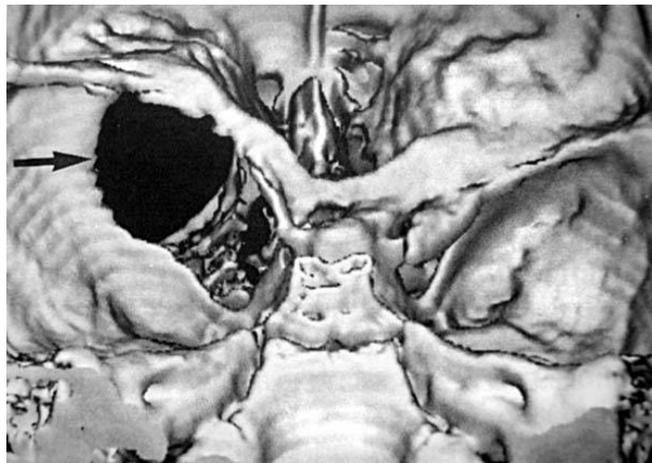


# “ Schwannomatosis “ trigeminal difusa bilateral <Tercera forma de NF> NF3

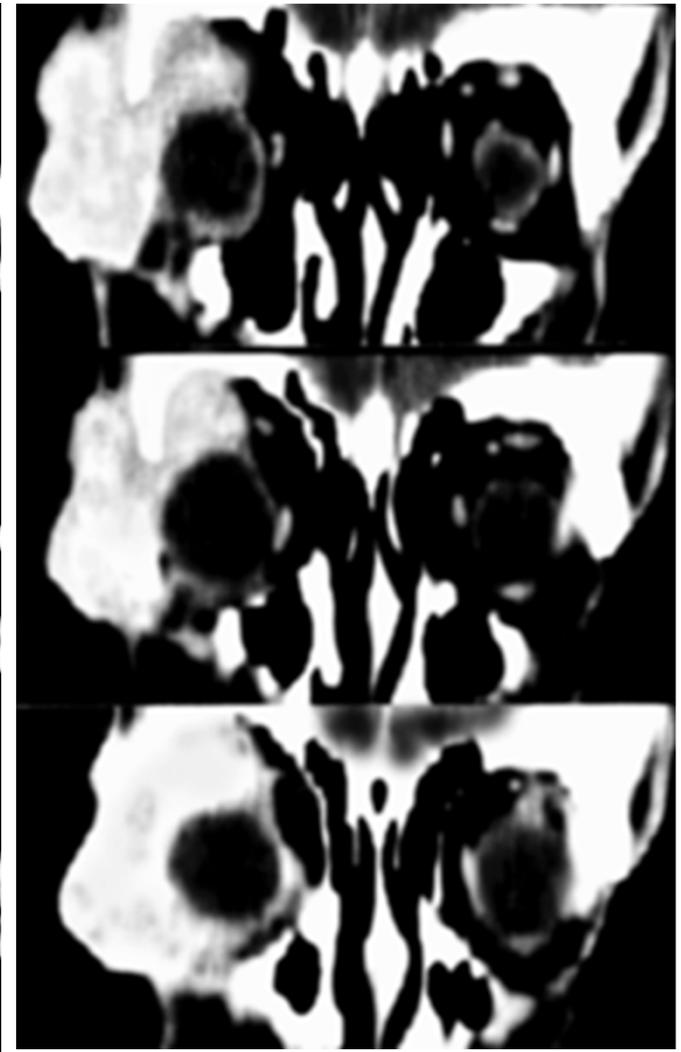
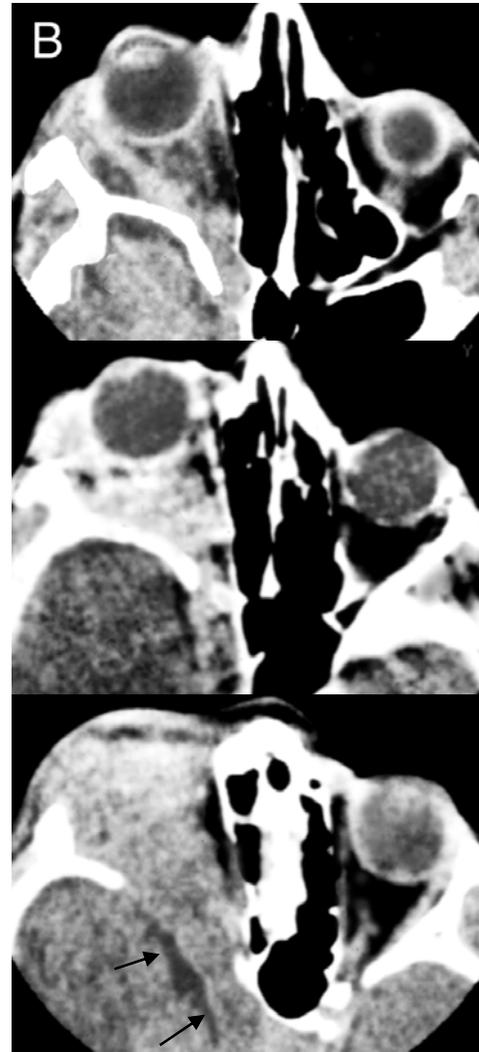


Esta variante es clínica- y genéticamente distinta de las formas NF1 y NF2 y está caracterizada por el desarrollo de múltiples schwannomas **sin afectación de los nervios vestibulares**. Se localiza, comúnmente, en la columna vertebral, los nervios periféricos y el cráneo.

# DD x Neurofibromatosis Plexiforme - NF I



Displasia del ala mayor

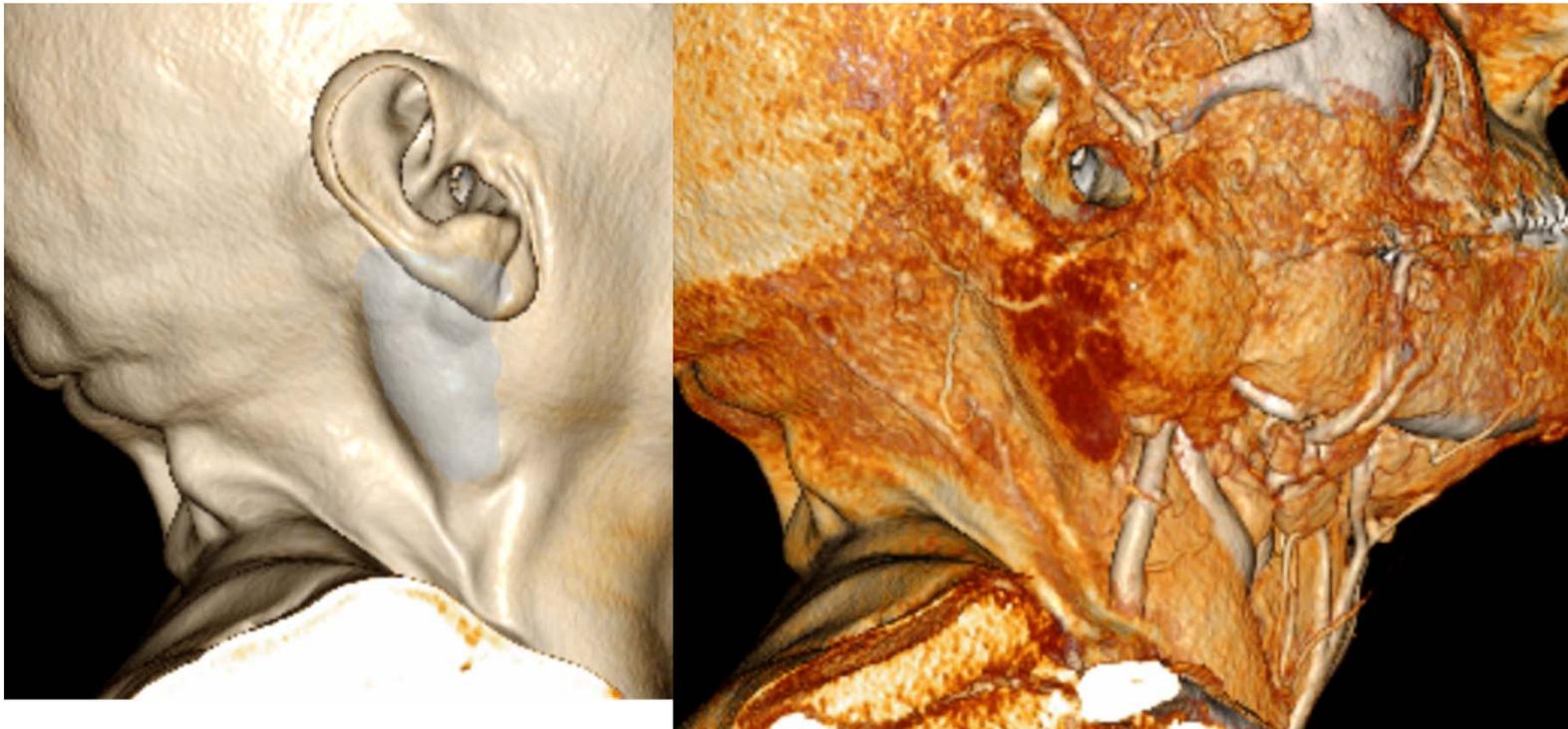


Variante infiltrativa infrecuente de NF1. Dx en la primera infancia

# CASO 8

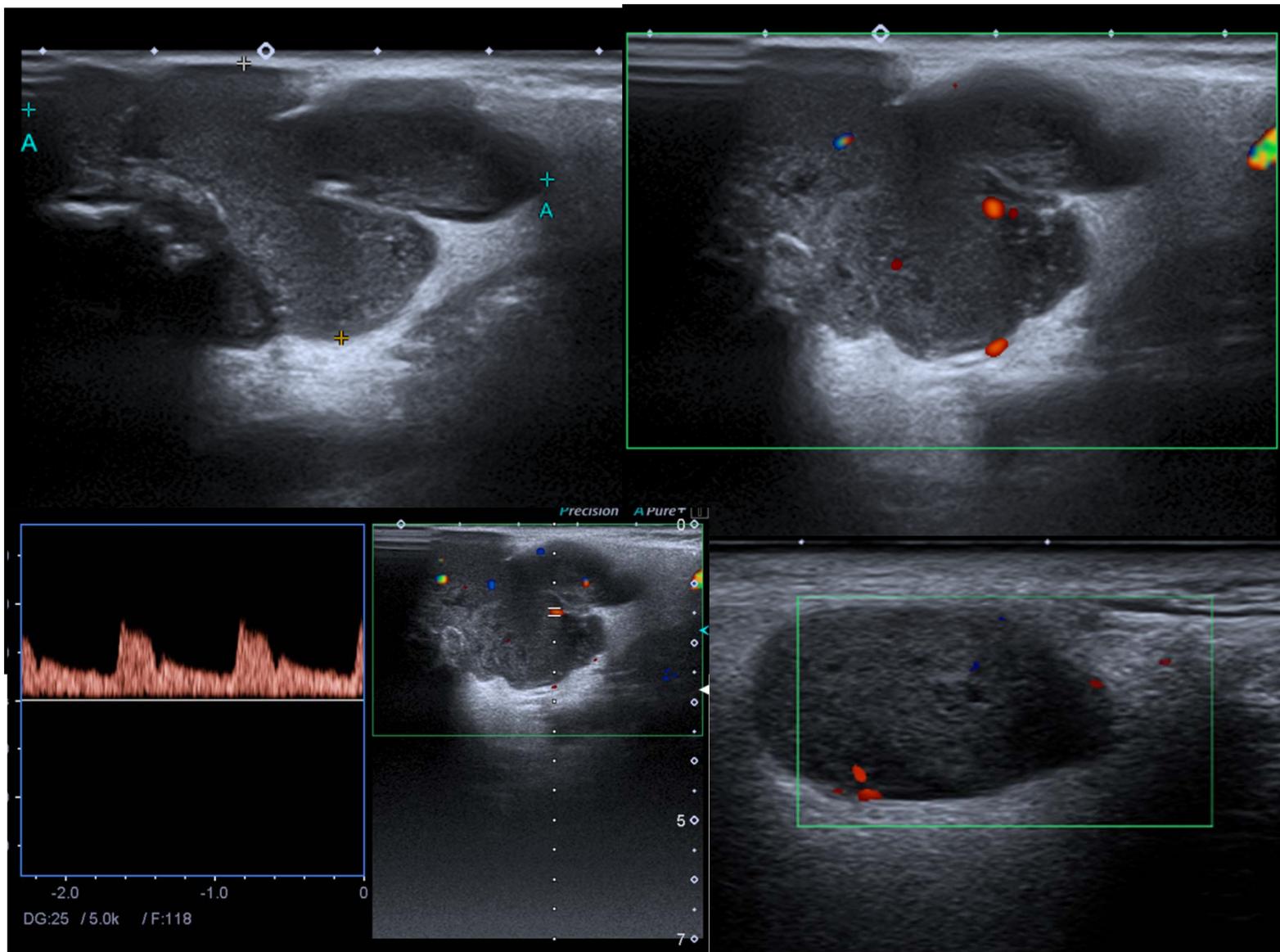
Paciente de **60 años** AP Diabetes y 2 Timpanoplastias ( tipo IV y tipo I ) dos años antes . No fiebre

Consulta por lesión en la región **retroauricular** derecha. Blanda, depresible y no dolorosa

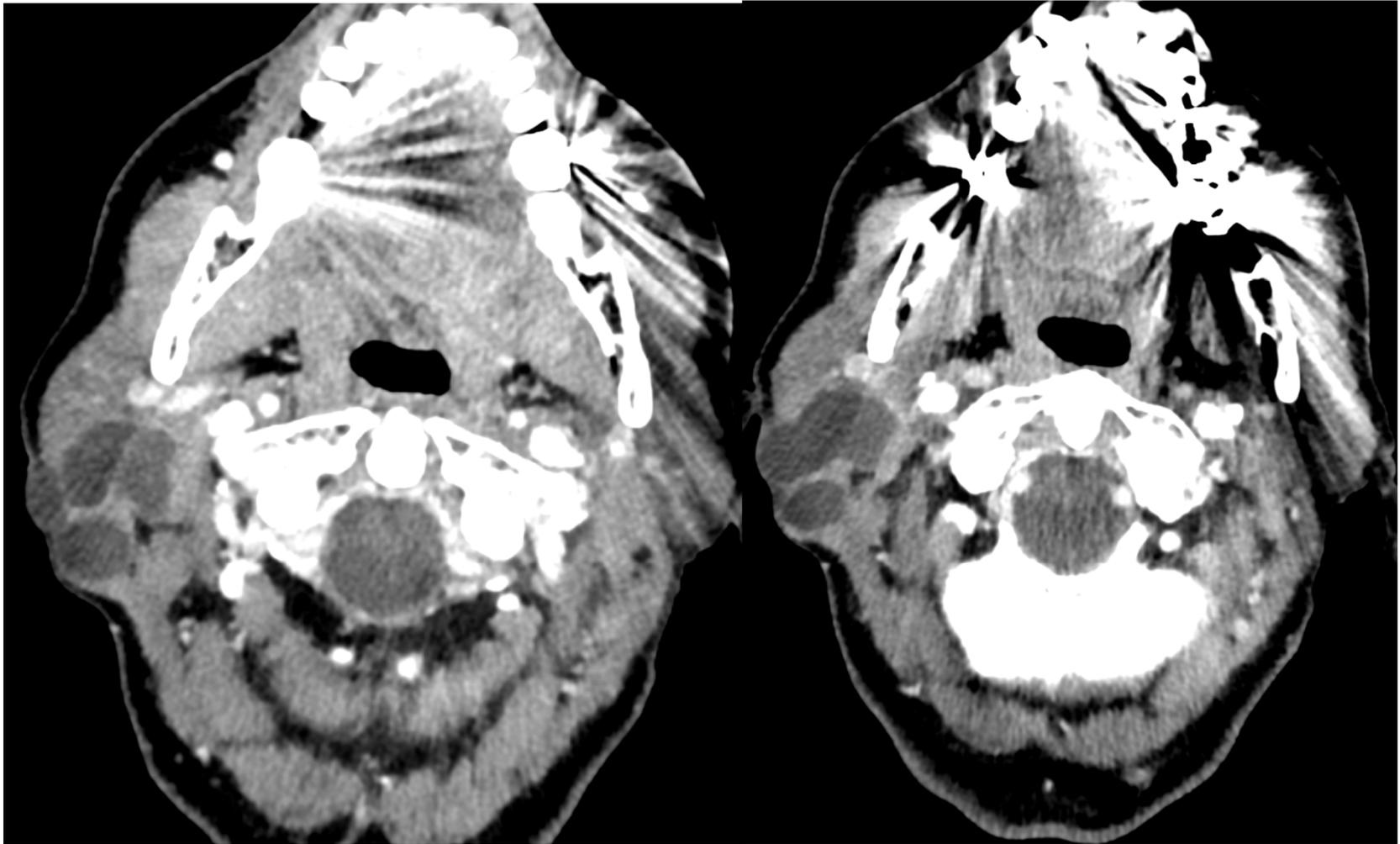


en región de la cola de la parótida

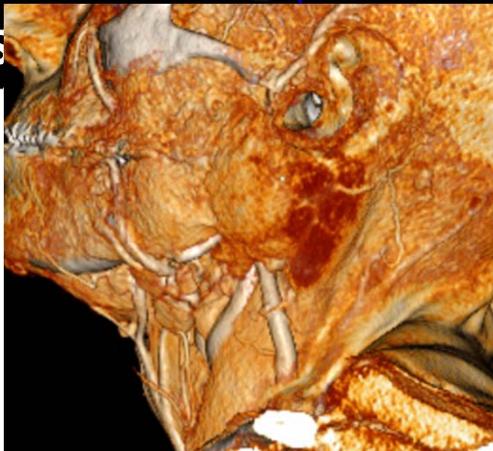
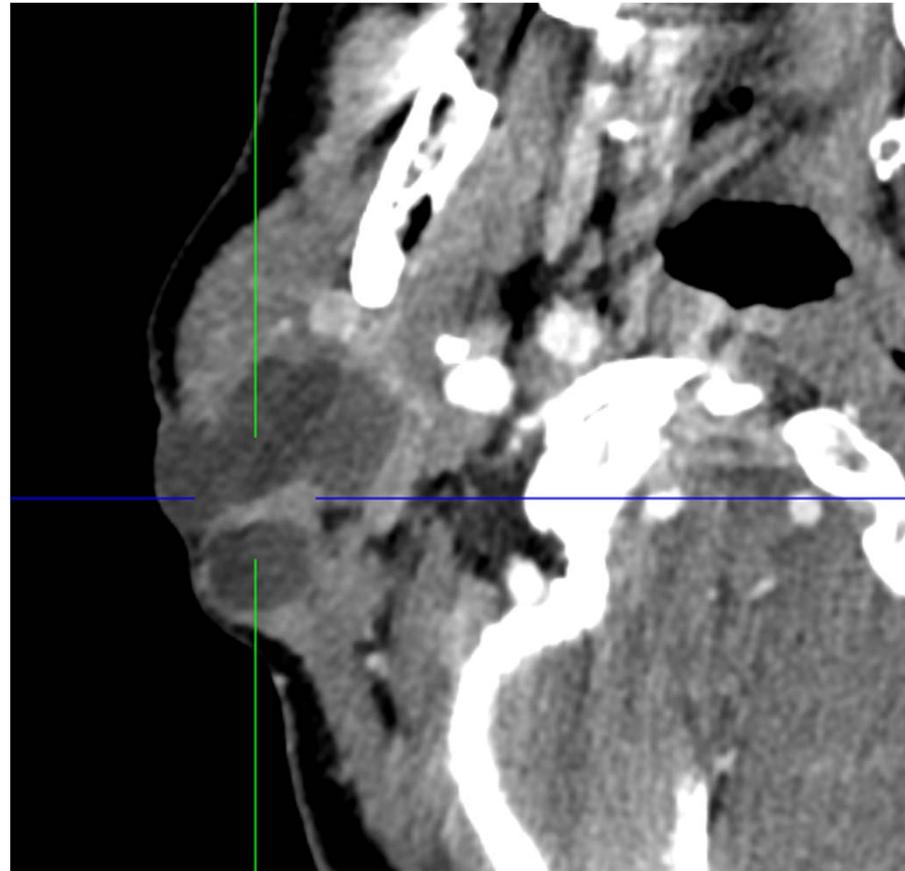
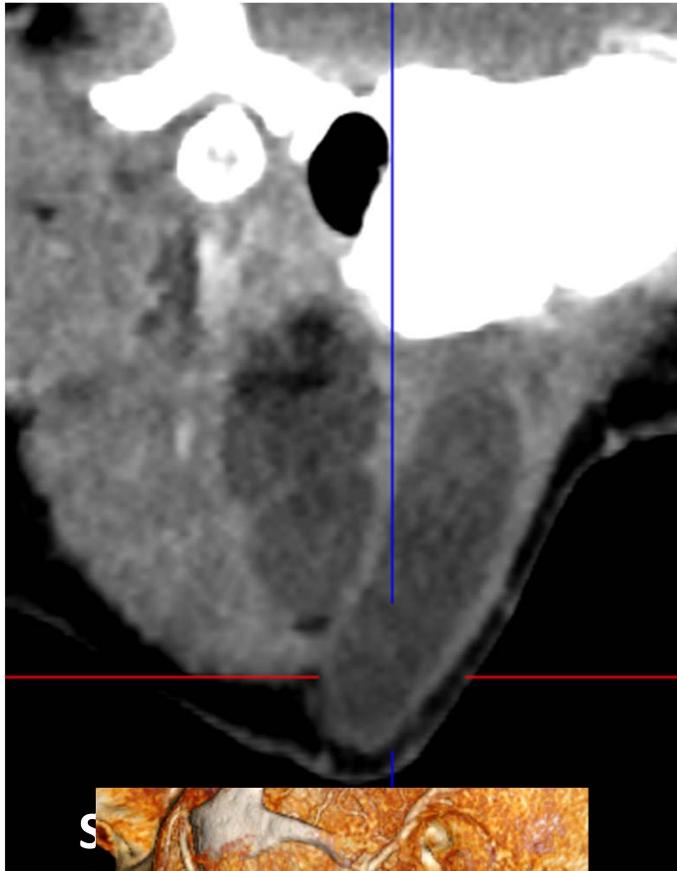
# Ecografía:



TC con contraste

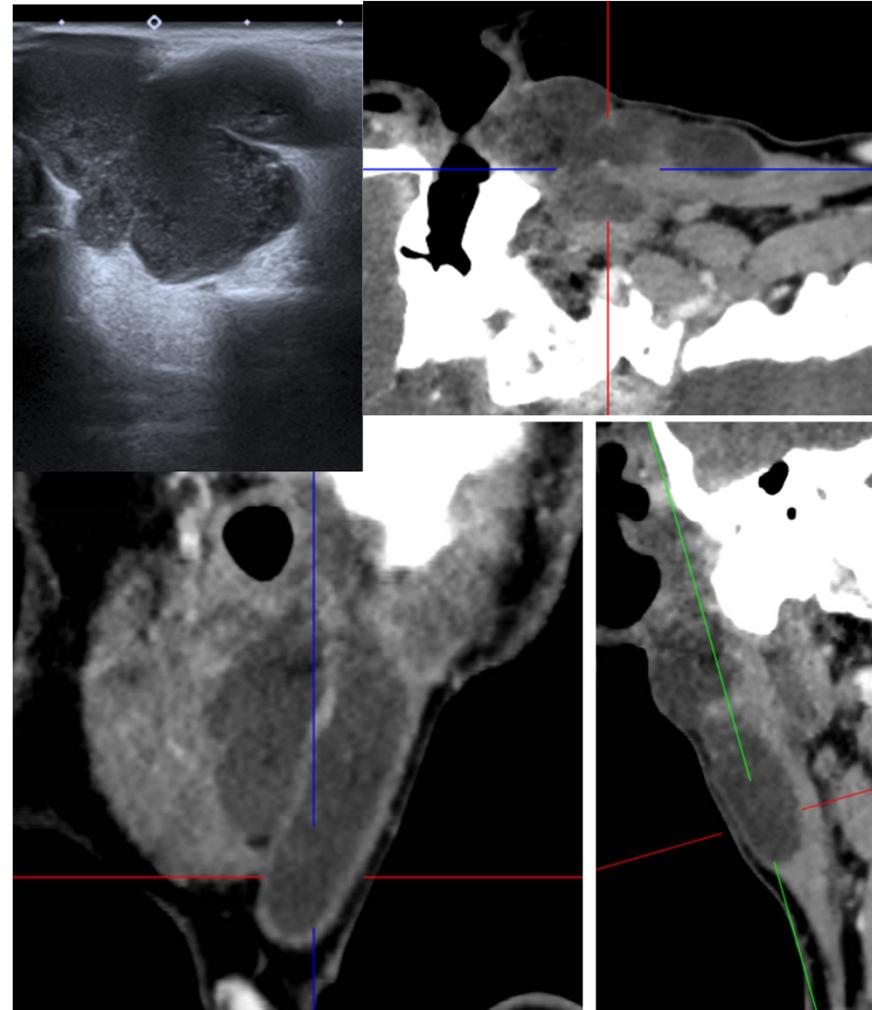


## TC con contraste

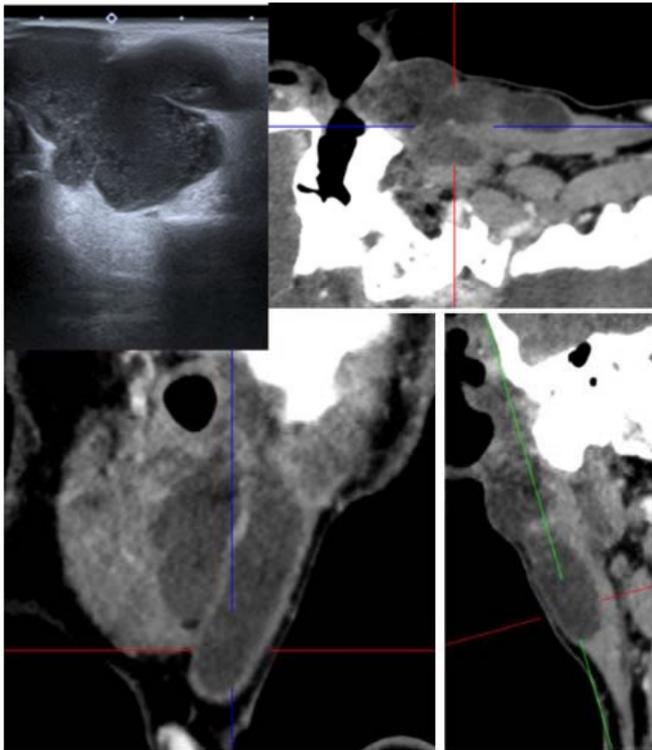


# ¿ Cual es el dx mas probable ?

1. Quiste de 1º arco Branquial
2. Quiste epidérmico
3. Quiste linfoepitelial
4. T. de Whartin atípico
5. Linfadenitis tuberculosa



## Caso 8. ¿Cuál es el dx mas probable?



Quiste de 1<sup>o</sup>  
arco Branquial

Quiste  
epidérmico

✓ 0%

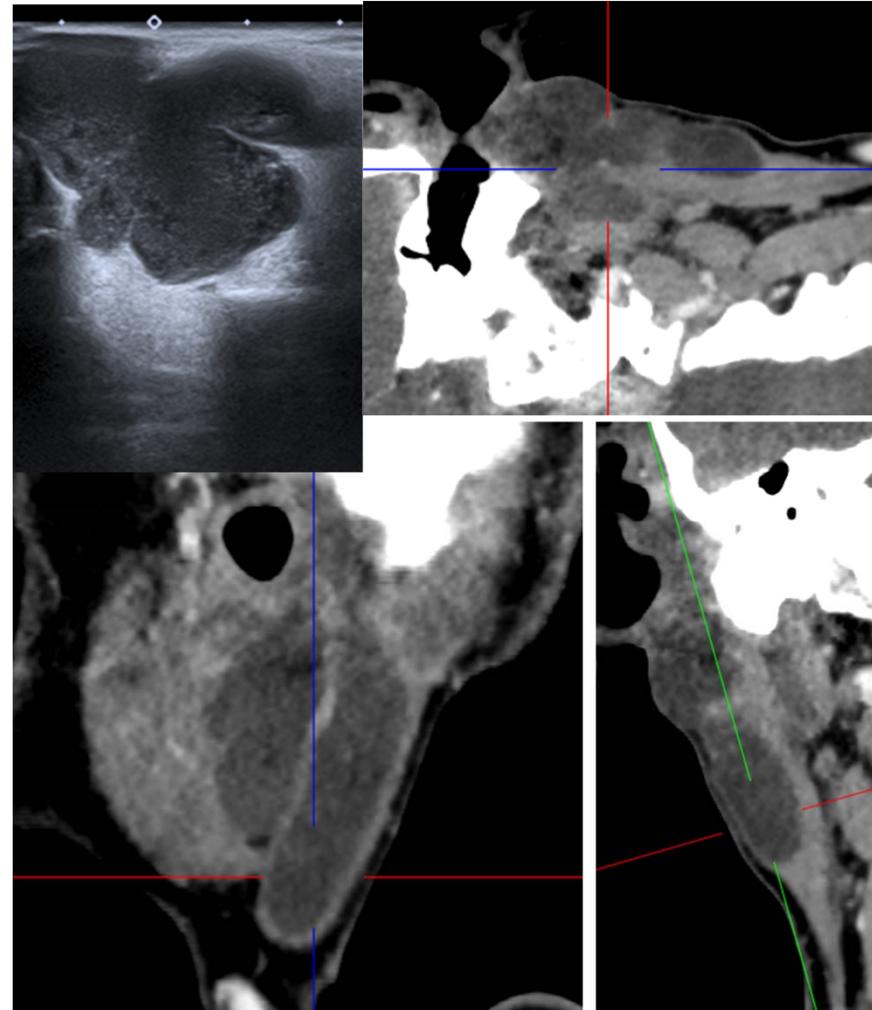
Quiste  
linfoepitelial

T. de Whartin  
atípico

Linfadenitis  
tuberculosa

# ¿ Cual es el dx mas probable ?

1. Quiste de 1º arco Branquial
2. **Quiste epidérmico**
3. Quiste linfoepitelial
4. T. de Whartin atípico
5. Linfadenitis tuberculosa



# Dx AP Quiste de Inclusión Epidérmico en la glándula parótida

- <Quiste epidérmico>, <quiste infundibular> o <quiste de queratina>
- Son los quistes son más comunes en la piel de la cara, espalda, cuello, pecho y alrededor de sus oídos.
- AP: cavidad delimitada de epitelio escamoso estratificado que se cornifica con la interposición de una capa granulosa. Contenido gelatinoso
- DD quistes dérmicos: pelo, grasa, dientes, nervios, o huesos.
- Crecimiento lento , se pueden romper, inflamarse o sobreinfectar
- **Raros en parótida**
  - a) **Congénitos** (5%)
  - b) **Adquiridos** ( 95% )( postquirúrgicos , postinflamatorios , sialolitiasis, postraumáticos, etc )
    - Se asocia a **Timpanoplastia o miringoplastia**
    - Es una complicación inusual tras **cirugía otológica**

# DDx Las lesiones quísticas de la glándula parótida

## Quistes no neoplásicos

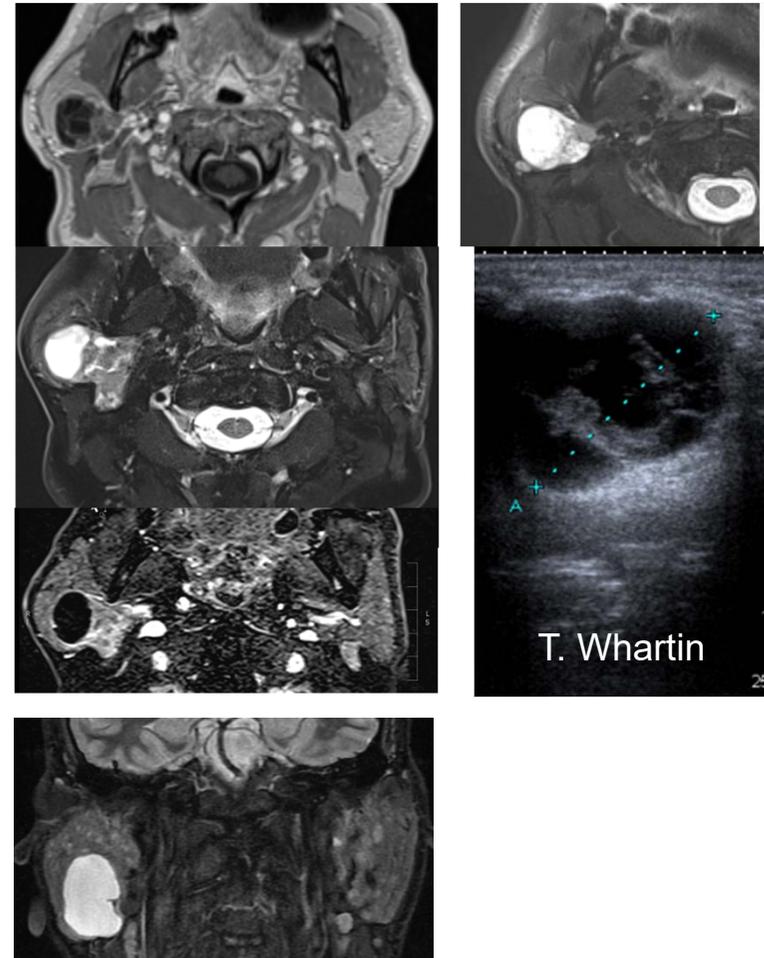
- Q. Simple Sialocele Post-obstructivos
- Primer arco branquial
- Q Linfoepitelial ( SIDA )
- Linfangioma
- Q. de inclusión epidérmico
- [Absceso]

## T. benignos con cambio macroquístico

- T. Whartin
- Hemangioma
- Cistadenoma

## T. malignos con cambio macroquístico.

- Ca. mucoepidermoide
- Ca. acínico
- Ganglio necrotico



Caso clínico

## Quiste epidérmico iatrogénico en región parotídea: una complicación inusual tras cirugía otológica

Iatrogenic epidermal cyst in the parotid region: a rare  
complication of otologic surgery

María Jesús Rivera-Vegas

Servicio de Cirugía Plástica Hospital Universitario de Burgos, España

Elena Ruiz-Alonso

Servicio de Cirugía Plástica Hospital Universitario de Burgos, España

Ángel Peña-Pérez

Servicio de Cirugía Plástica Hospital Universitario de Burgos, España

Andrea Rodríguez-Vega

Práctica privada, España

Quiste epidérmico iatrogénico en región parotídea: una complicación inusual tras cirugía otológica

Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana, vol. 44, núm. 4, 2018

Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE)

[J Clin Diagn Res.](#) 2013 Mar; 7(3): 550–552.

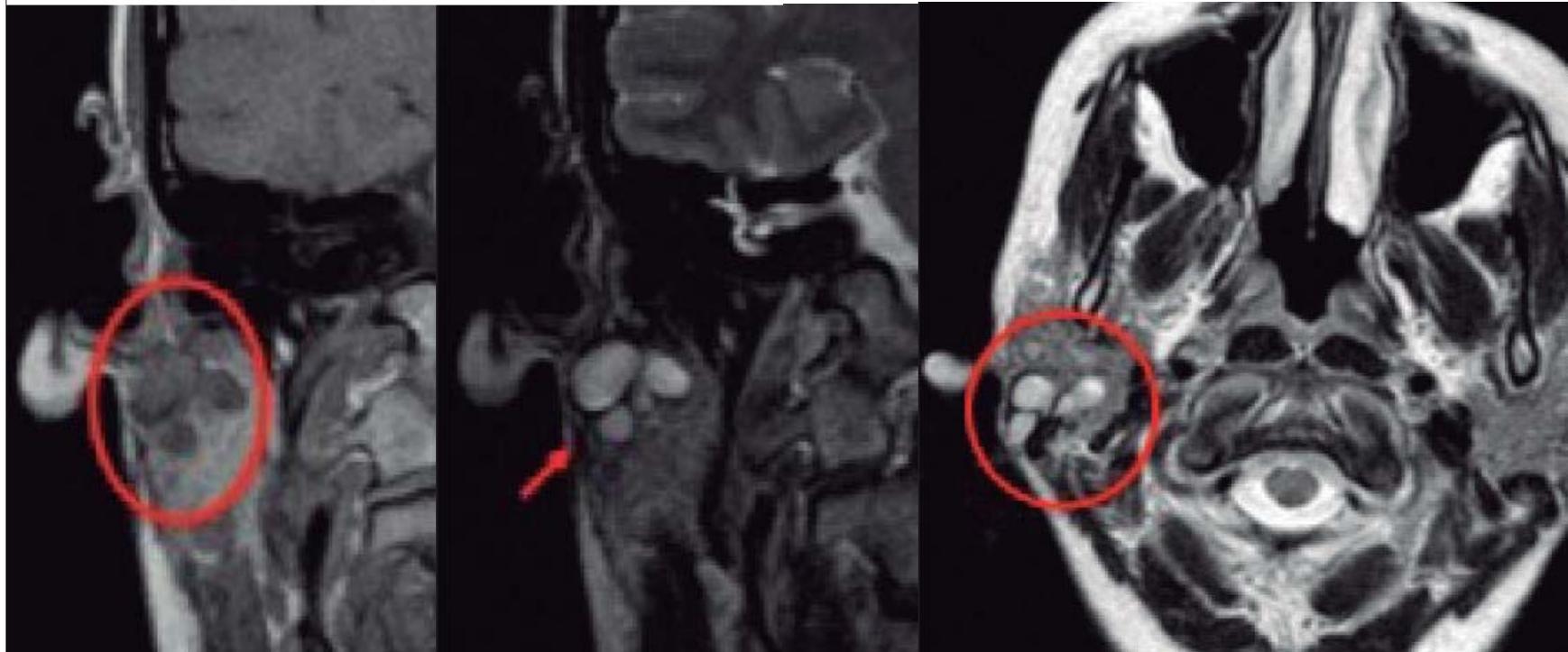
Published online 2013 Mar 1. doi: [10.7860/JCDR/2013/4857.2822](https://doi.org/10.7860/JCDR/2013/4857.2822)

PMCID: PMC3616580

PMID: [23634420](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23634420/)

## A Rare Case of an Epidermoid Cyst in the Parotid Gland – which was Diagnosed by Fine Needle Aspiration Cytology

[Panna N. Hegde](#),<sup>1</sup> [Kishan Prasad H.L.](#),<sup>2</sup> [Sunil Kumar Y.](#),<sup>3</sup> [K. Sajitha](#),<sup>4</sup> [Pooja Sarda Roy](#),<sup>5</sup> [Mary Raju](#),<sup>6</sup> and [Vikram Shetty](#)<sup>7</sup>



Quiste epidérmico iatrogénico en región parotídea: una complicación inusual tras cirugía otológica



**XLVIII** Reunión Anual  
**SOCIEDAD ESPAÑOLA DE  
NEURORRADIOLOGÍA**



# Muchas Gracias

Casos interactivos de Cabeza y Cuello

Dr Antonio Saiz Ayala  
Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

## QUINIELA

Mujer sana de 25 años embarazada con celulitis fulminante y tromboflebitis ¿Qué tipo germen será el más probable ?

**1** Streptococcus milleri

**X** Mucormisosis invasiva

**2** Pseudomona Aeruginosa

