

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

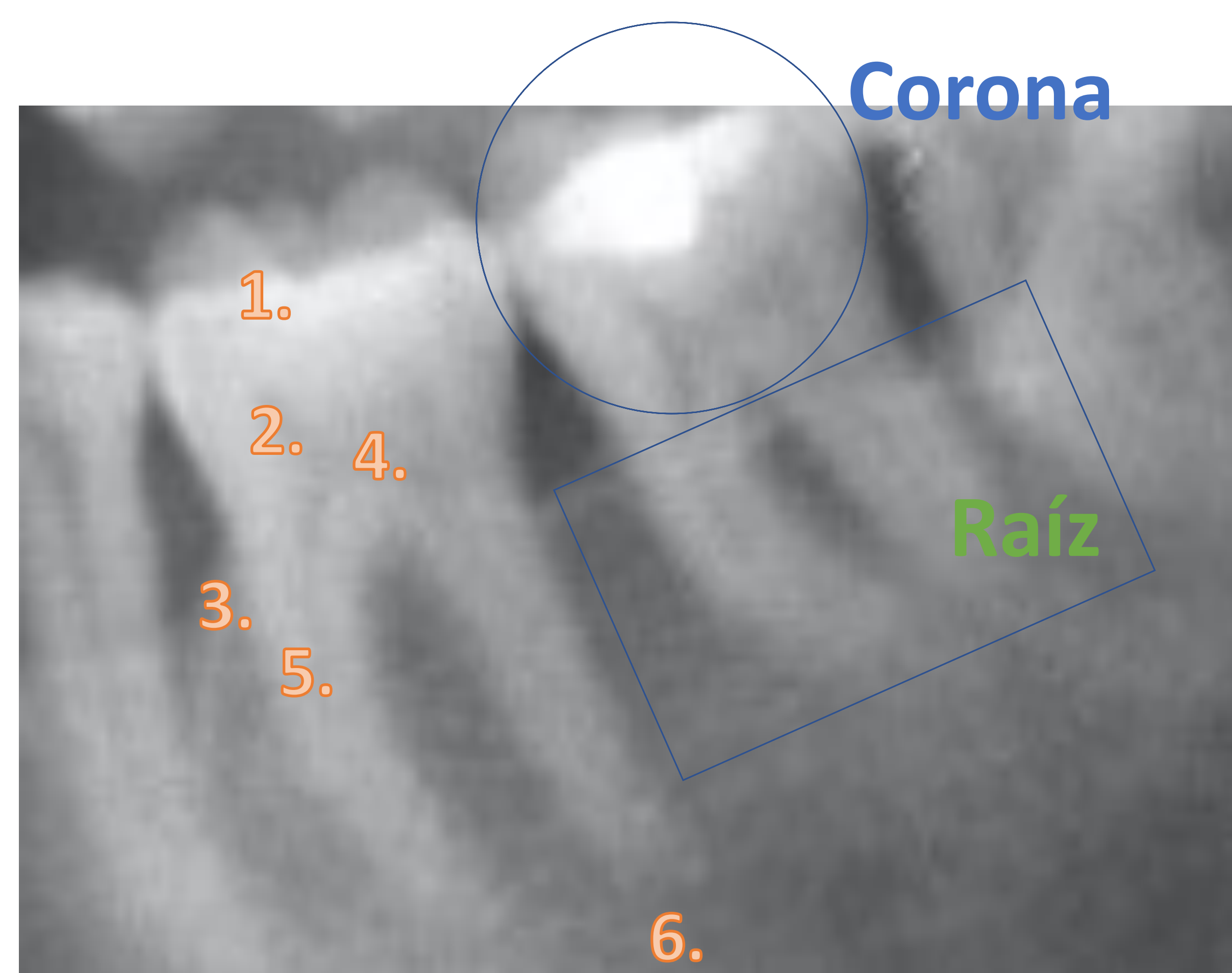
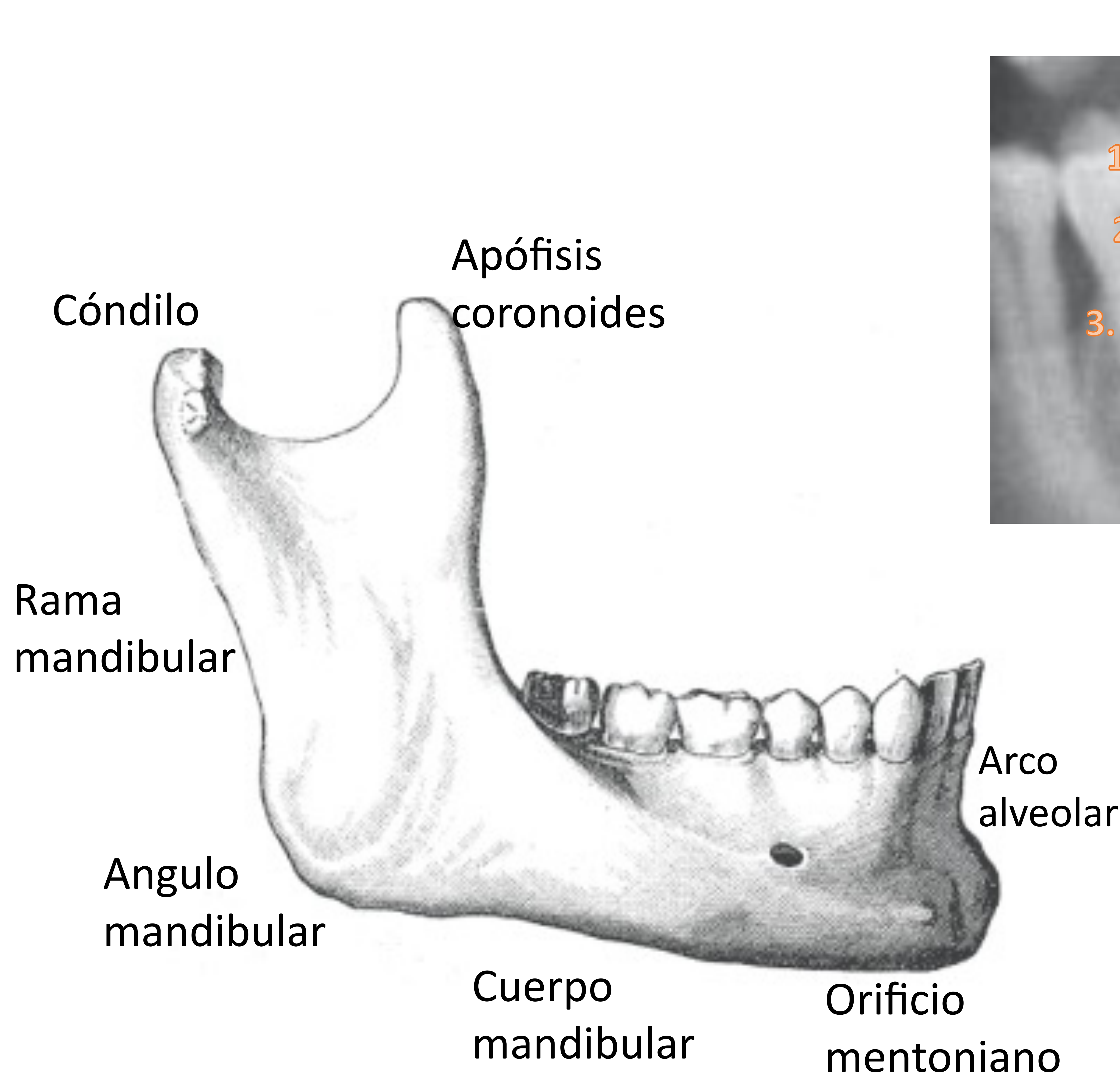
LESIONES OSEAS LÍTICAS

MANDIBULARES

Ariadna Barceló i Poch¹, Sara Plaza Loma¹, M^a Isabel Alaejos Pérez, Miriam Onecha Vallejo, Jonathan Murillo Abadia, Raquel Pérez Lázaro, Carlos Malfaz Barriga, Blanca Esther Viñuela.

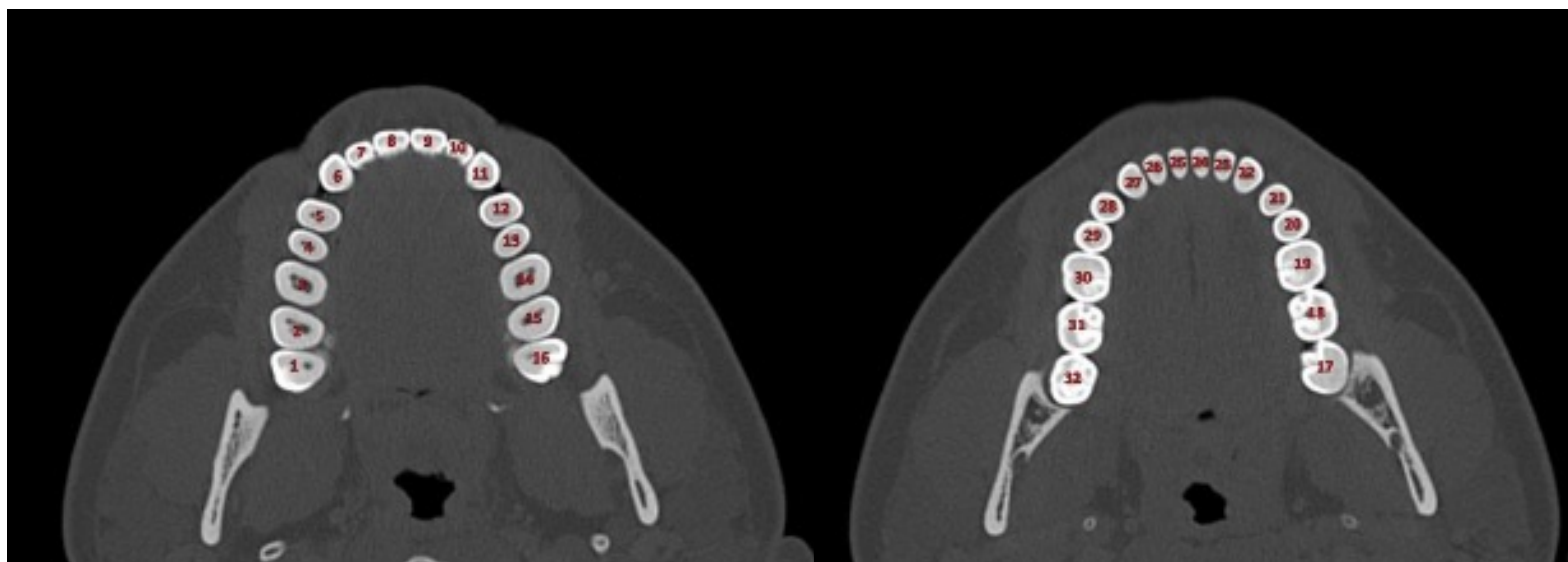
¹Hospital Rio Carrión, Palencia.

ANATOMÍA MANDIBULAR.



- 1. Esmalte
- 2. Dentina
- 3. Ligamento periodontal
- 4. Cámara pulpar
- 5. Canal radicular
- 6. Foramen apical.

Case courtesy of Craig Hacking, Radiopaedia.org, rID: 82854



Case courtesy of Francis Deng, Radiopaedia.org, rID: 70397

ORTOPANTOMOGRAFÍA: constituye el mejor método inicial para valorar la localización, tamaño, definición de los márgenes y relación con las estructuras dentarias de las lesiones mandibulares.

TC: valora la insuflación con o sin rotura cortical de estas lesiones, la presencia de calcificaciones y la afectación de partes blandas, siendo de ayuda en la aproximación diagnóstica y el planteamiento quirúrgico en los casos más complejos.

RM: para la valoración del componente de partes blandas.

LOCALIZACIÓN:

- Periapical: alrededor de la dental.
- Pericoronaria: alrededor de la corona dental.
- Interradicular : entre raíces de una zona con ausencia de diente.

CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS :

- Densidad: lítica, mixta, blástica.
- Unilocular, multilocular.
- Márgenes bien definidos o mal definidos.
- Rotura de la cortical
- Reacción perióstica.
- Tamaño y forma

BENIGNAS:

- ✓ Crecimiento lento
- ✓ No dolorosas
- ✓ Expansivas
- ✓ Margen bien definido
- ✓ Con anillo esclerótico.

MALIGNAS:

- ✓ Crecimiento rápido
- ✓ Dolorosas
- ✓ Lesiones ulceradas con exposición del hueso
- ✓ Bordes mal definidos,
- ✓ Destrucción cortical e invasión de estructuras adyacentes.

Lesiones líticas mandibulares

ODONTÓGENAS

Dependen de un componente
del diente



UNILOCULADAS:

- Quiste Radicular
- Quiste Folicular
- Quiste Residual

MULTILOCULADAS:

- Queratoquiste
- Ameloblastoma
- Mixoma

NO ODONTÓGENAS

Componente óseo no dependiente
del diente

- Tumor de células gigantes
- Osteomielitis
- Osteonecrosis
- Displasia Fibrosa
- Metástasis
- Quiste de Stafner
- Fibroma Osificante
- Mieloma múltiple
- Histiocitosis X

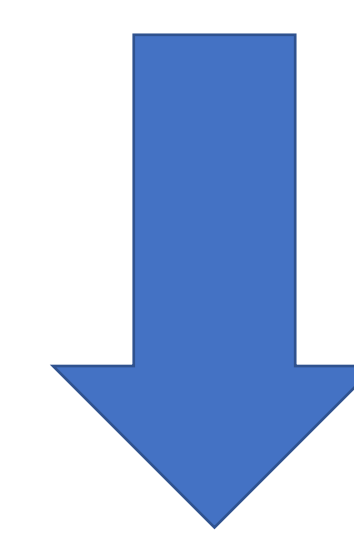
LESIONES LÍTICAS ODONTÓGENAS UNILOCULADAS

QUISTE RADICULAR



Ortopantomografía en paciente de 40 años con Quiste Radicular.

Quiste odontogénico más frecuente. Es de localización **periapical** (alrededor de la raíz dental). Suele ser secundario a inflamación caries.



QUISTE RESIDUAL

Es el quiste radicular periapical que persiste tras la extracción dentaria. Localización **interradicular** (entre raíces de una zona dentaria).



Ortopantomografía en paciente de 30 años con Quiste Follicular.

QUISTE FOLLICULAR

Localización **pericoronaria** (alrededor de la corona dental no erupcionada). Es más frecuente en el ángulo mandibular, 3r molar y caninos.

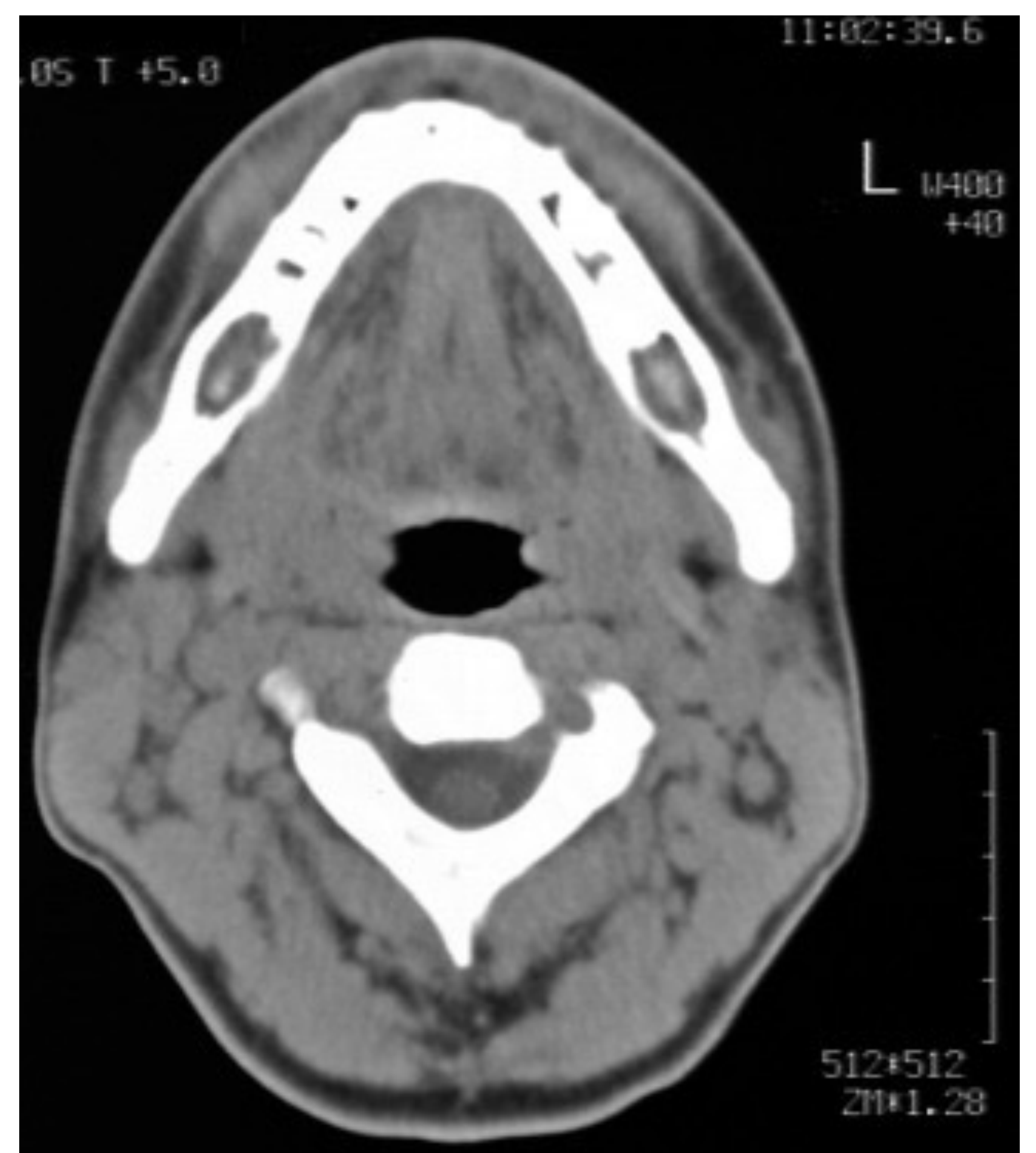
LESIONES LÍTICAS ODONTÓGENAS MULTILOCULADAS

QUERATOQUISTE

Son lesiones quísticas multiloculares **expansivas con carácter destructivo** que erosionan la cortical ósea.

Localización más frecuente es en el cuerpo y la rama mandibular.

Cuando se visualizan múltiples queratoquistes en un paciente joven se debe descartar un **síndrome de Gorlin- Galtz**

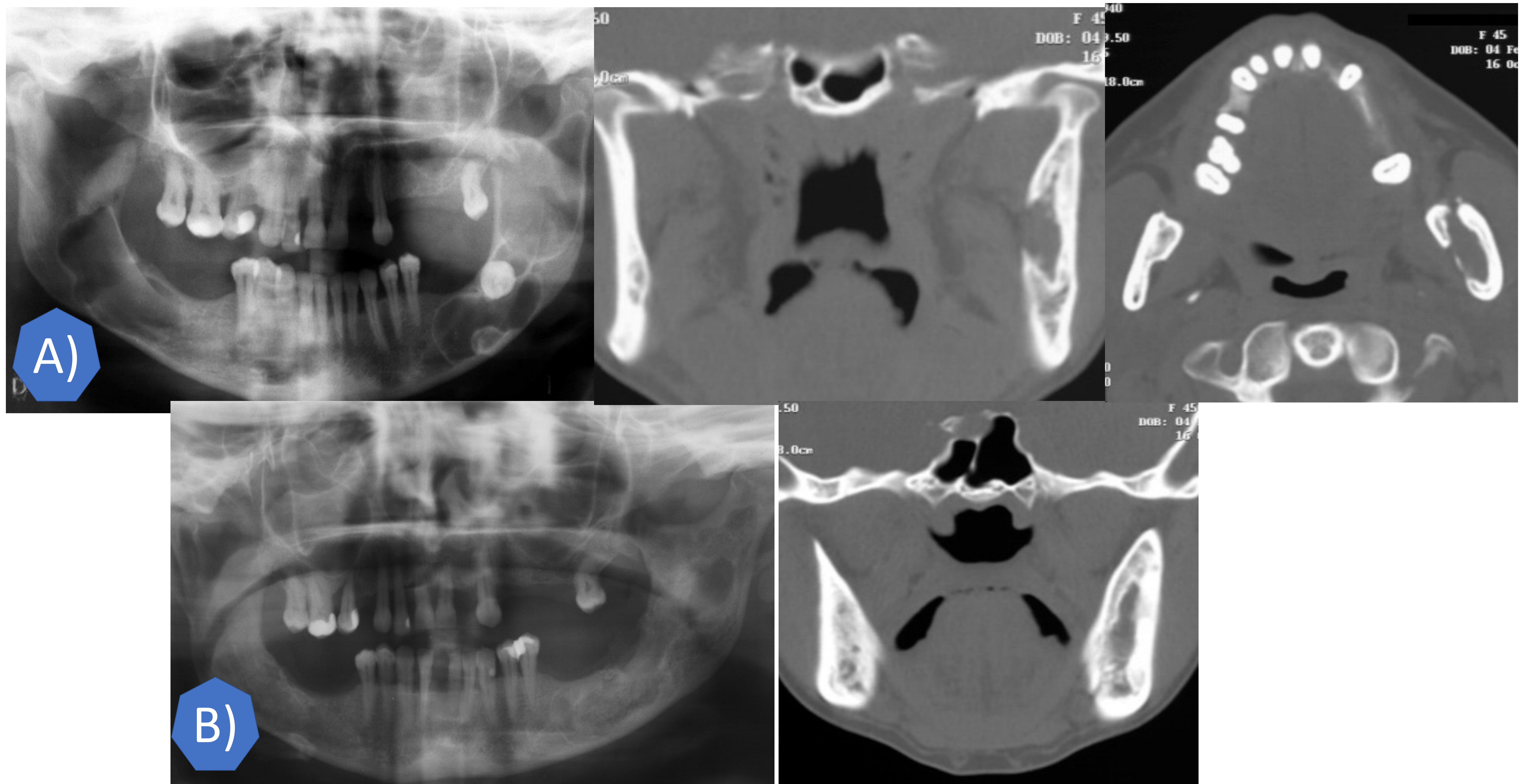


SINDROME DE GORLIN –GOLTZ:

Enfermedad congénita autosómica dominante.

Se caracteriza por la presencia de:

- Múltiples queratoquistes
- Carcinoma basocelular
- Malformaciones esqueléticas: acortamiento de huesos metacarpianos, costillas bífidas, calcificaciones de la hoz cerebral.
- Agenesia del cuerpo calloso (10%).
- Tumores : Meduloblastoma, fibroma de ovario.



Paciente con epitelomas basocelulares múltiples y anomalías esqueléticas diagnosticada de síndrome de Gorlin.

A) Quiste mandibular derecho a nivel del ángulo y extensa lesión lítica con afectación de rama, ángulo y cuerpo mandibular izquierdo con inclusión de 38 en relación con queratoquistes mandibulares.

B) Posteriormente, recidiva de quiste en rama mandibular izquierda . TC lesión en rama mandibular izquierda intraósea que insufla hueso.

AMELOBLASTOMA

Neoplasia benigna odontogénica de comportamiento agresivo.

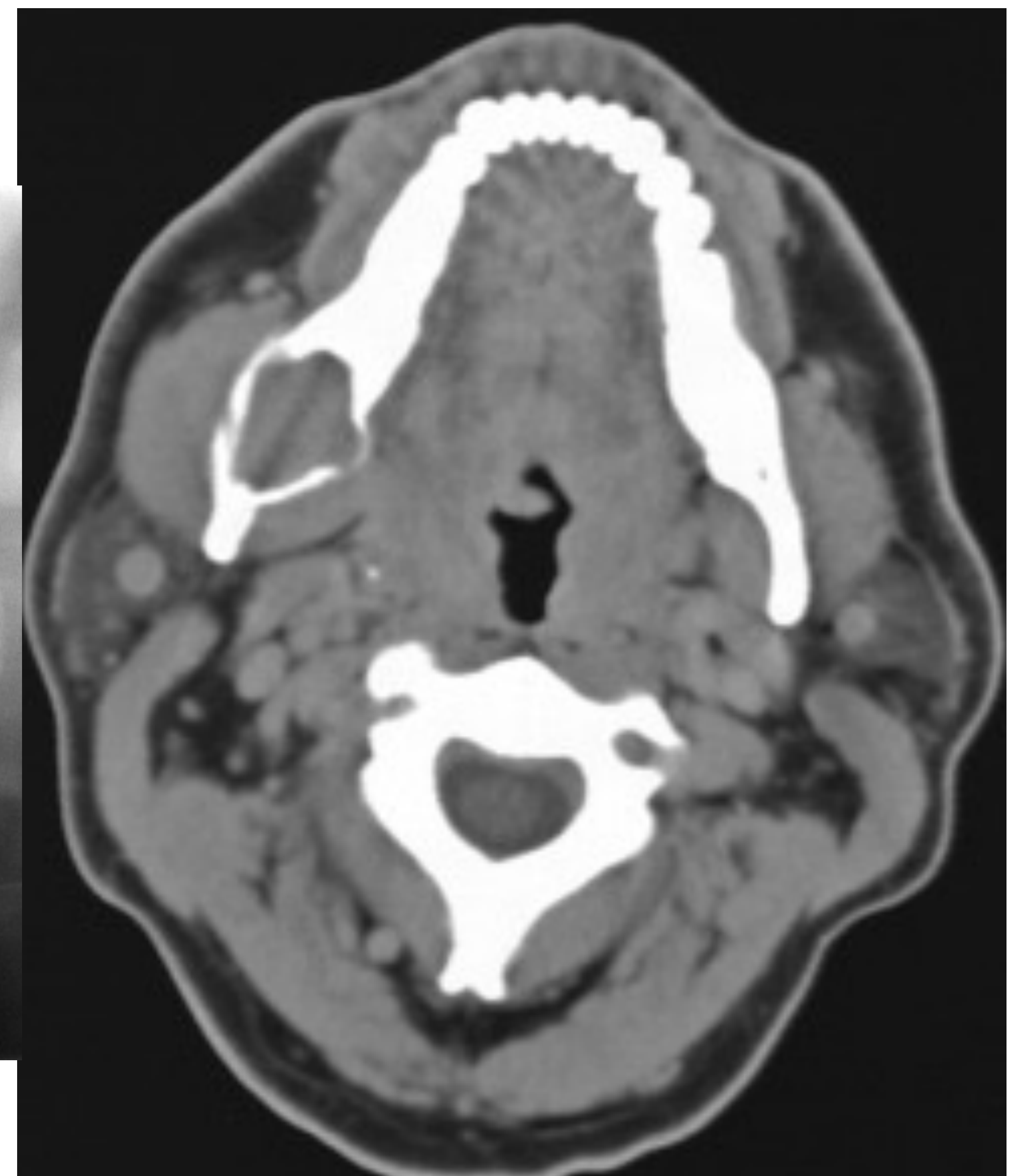
Edad 3ª-5ª década.

Localización pericoronaria, más frecuente en el 3º molar.

Se puede asociar a quistes foliculares o dientes impactados.

Lesión lítica, bien definida de aspecto multiloculado “en pompas de jabón”, de comportamiento insuflante, que puede erosionar la cortical multiloculada.

En TC se muestran como lesiones quísticas hipoednsa o isodensas con contenido de partes blandas.



Paciente de 47 años. Lesión lítica multiloculada, de bordes bien definidos en rama mandibular izquierda con extensión al cóndilo y con lisis radicular. La TC demostró una lesión lítica expansiva en rama mandibular derecha con extensión al ángulo mandibular y rotura cortical. Sin realce tras la administración de contraste iv. La anatomía patológica fue diagnosticada de ameloblastoma implantado sobre quiste dentígeno..

LESIONES LÍTICAS NO ODONTÓGÉNAS

GRANULOMA DE CELULAS GIGANTES

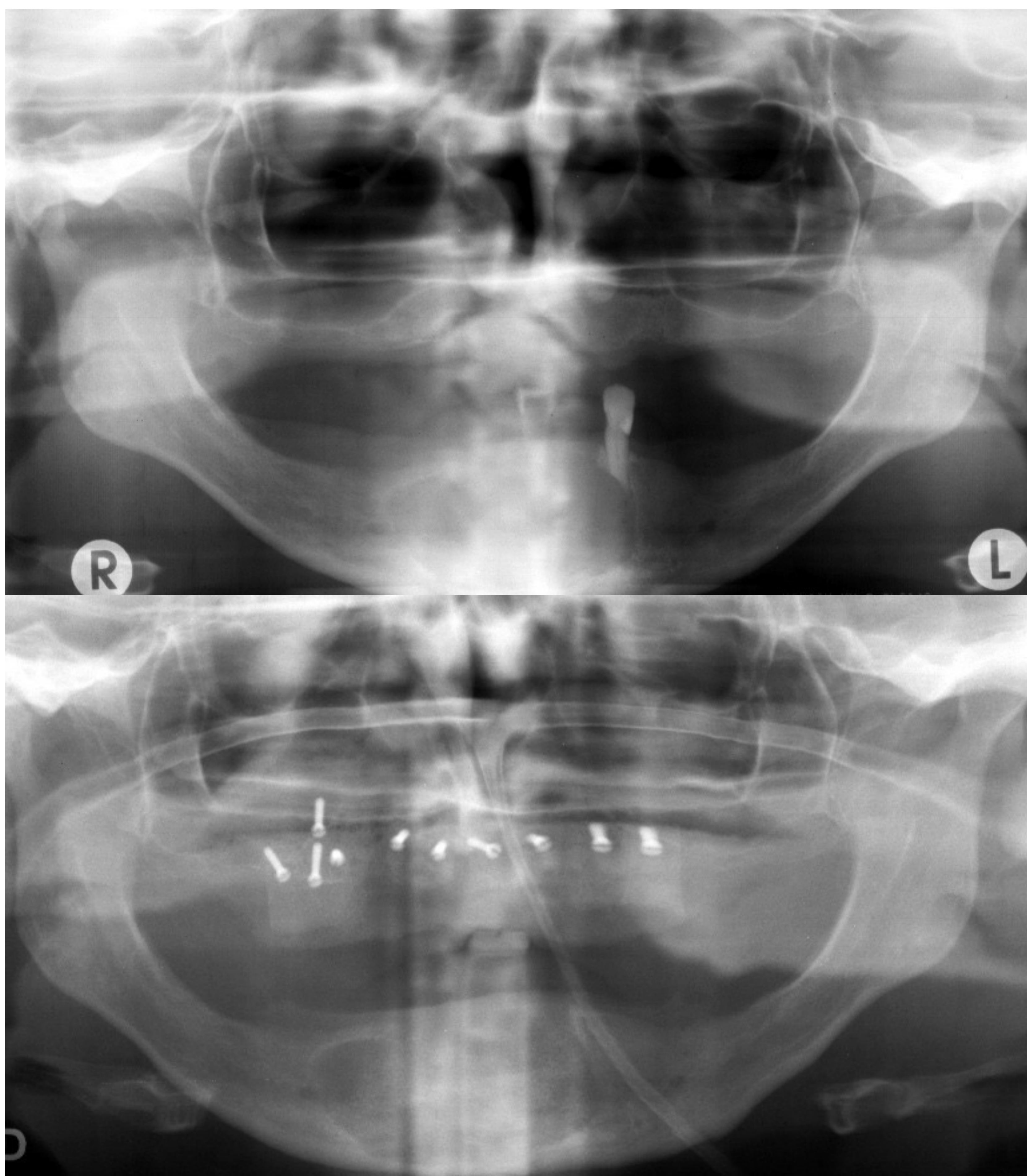
Tumor benigno casi exclusivo de la mandíbula.

Se forma por el desarrollo de tejido vascular no neoplásico producido por proceso inflamatorio reparativo en respuesta a traumatismo .

Más frecuente en mujeres jóvenes y se presenta en la 2ª y 3ª décadas.

Lesiones líticas expansivas bien definidas que puede mostrar fina trabeculación dando apariencia de “honeycomb”. La lesión puede remodelar las raíces dentales y la cortical ósea.

Localización más frecuente : 1r molar



Lesión osteolítica sinfisaria mandibular, indolora, bien definida, con lisis radicular de 33.

La anatomía patológica fue compatible con granuloma reparativo de células gigantes.

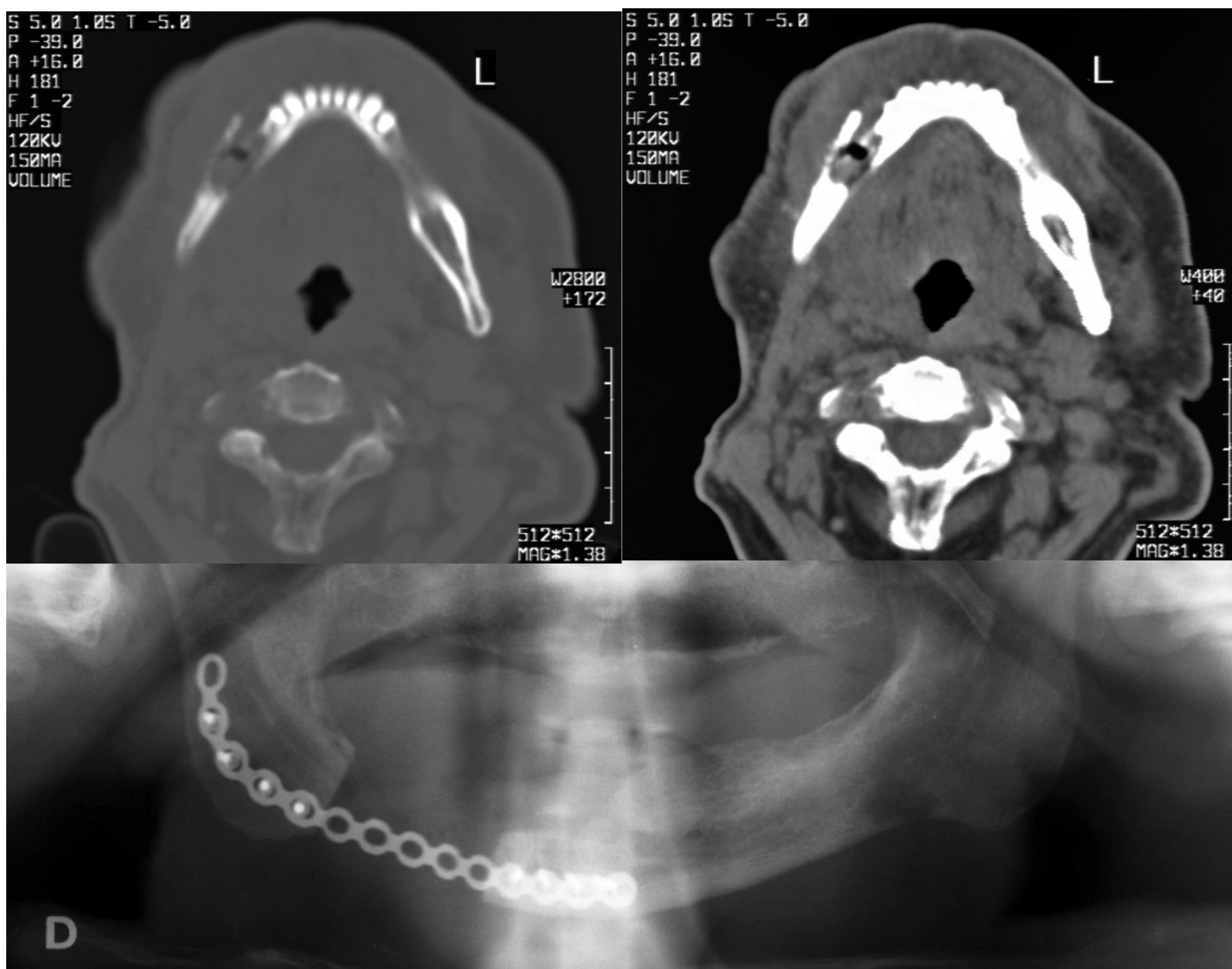
OSTENEKROSIS

Condición patológica caracterizada por la muerte del tejido óseo.

Se asocia típicamente a la toma de bifosfonatos y radioterapia. Puede aparecer años después de la radioterapia.

Clínicamente cursa con dolor e hinchazón.

Áreas escleróticas y líticas de bordes mal definidos, secuestro óseo y fracturas patológicas .



Paciente con antecedente de carcinoma epidermoide de triángulo retromolar derecho/suelo de la boca tratado con radioterapia. Presenta dolor mandibular y a la exploración exposición ósea en reborde alveolar de cuerpo mandibular derecho con hueso de aspecto necrosado.

Ortopantomografía: rarefacción ósea y fractura patológica en cuerpo mandibular derecho.

TC mostró signos de osteonecrosis en cuerpo mandibular derecho traspasando la línea media a nivel de borde alveolar. No signos de recidiva tumoral.

Resección segmentaria de cuerpo mandibular derecho y reconstrucción con placa mandibular . La anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

METÁSTASIS

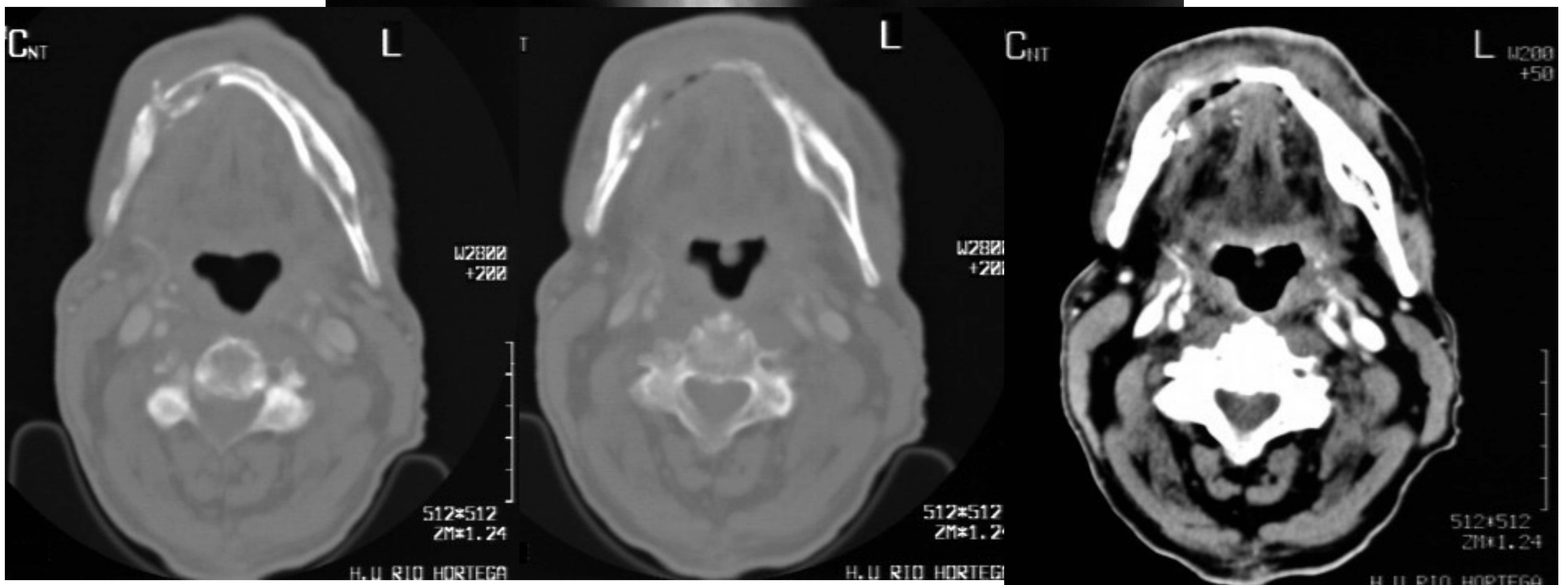
Más frecuentes: riñón, pulmón y mama.

Lesiones líticas de bordes mal definidos que puede asociar componente de partes blandas.

Paciente con antecedentes de carcinoma epidermoide de labio y metástasis cervical izquierda acude por tumoración submandibular derecha.

En la ortopantomografía existe reabsorción a nivel del ángulo mandibular derecho.

TC confirma la afectación ósea mandibular. Lesión osteolítica en rama horizontal de la mandíbula con afectación medular y probable fractura patológica. Imagen de aire en la vecindad de la lesión con extensión a tejidos blandos del cuello en relación con trayecto fistuloso. En la vecindad de la lesión se demuestra área de tumefacción de tejidos blandos que se realza discretamente con la inyección de contraste intravenosa.



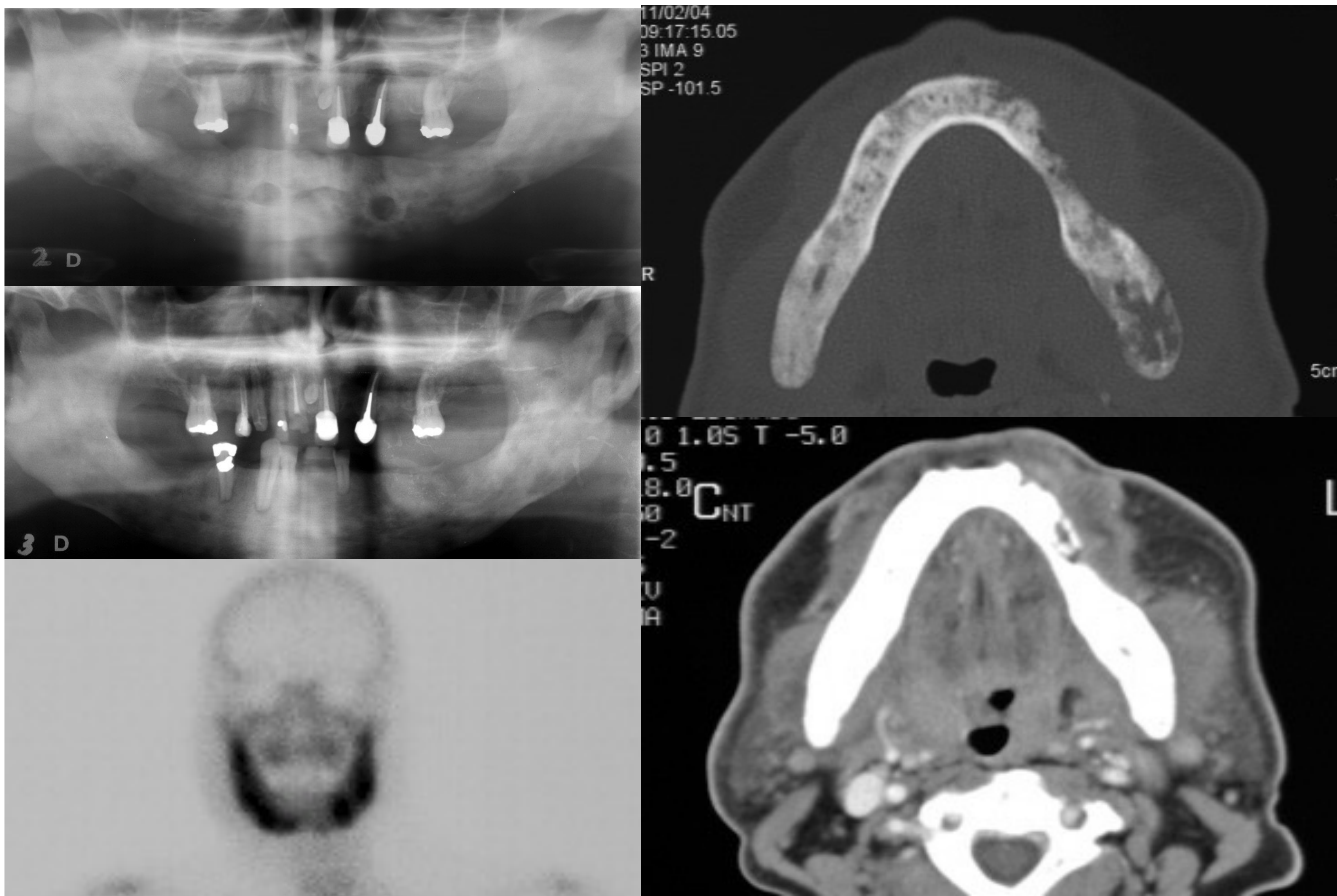
OSTEOMIELITIS

Proceso infeccioso del hueso.

Aguda: Lesiones líticas o densas de bordes mal definidos que pueden destruir la cortical con inflamación de tejidos blandos circundantes.

Crónica:

- ✓ Secuestro: fragmentos de hueso muerto que aparecen como áreas radiopacas
- ✓ Involucro: engrosamiento del hueso circundante en respuesta crónica.



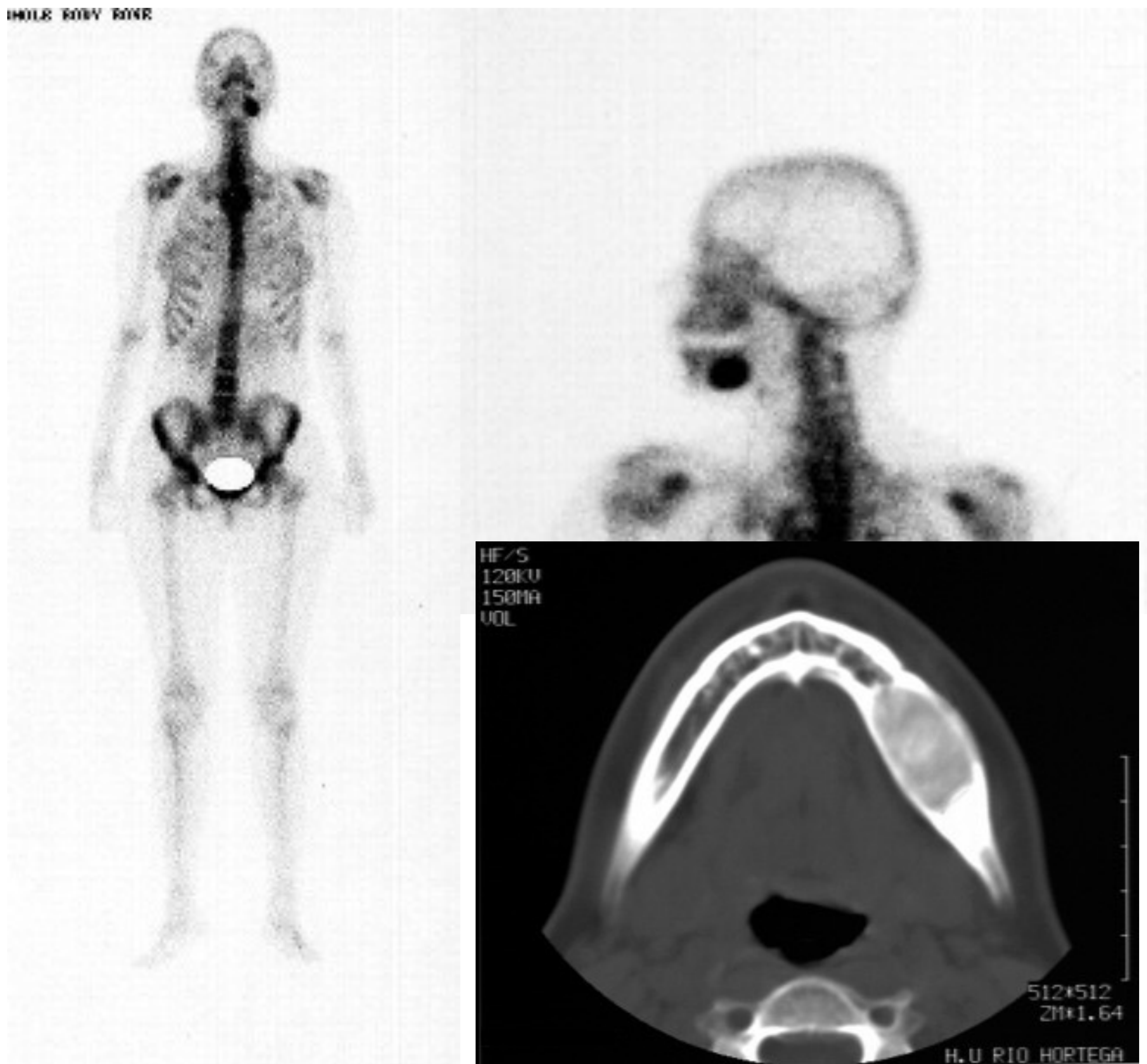
Paciente con procesos infecciosos mandibulares de repetición de 5 meses de evolución. En estudio óseo con Tc99-MDP se observa intensa captación asociada a aumento del tamaño óseo en todo maxilar inferior.

La ortopantomografía muestra múltiples lesiones radiolucientes mandibulares mal definidas. La TC demostró un aumento de los valores de atenuación de grasa subcutánea, así como afectación del cuerpo y ramas mandibulares por lesiones líticas, con rotura de la cortical en algunas zonas.

DISPLASIA FIBROSA

Enfermedad ósea benigna que se caracteriza por el remplazo anómalo del tejido óseo normal por tejido fibroso y óseo inmaduro.

- ✓ Estadio precoz: Lesión lítica, de bordes bien definidos.
- ✓ Estadio avanzado: Aumenta la densidad ósea y la insuflación ósea “aspecto en vidrio esmerilado”.



Paciente de 42 años. Lesión lítica radiolúcida en rama mandibular izquierda. Tumoración ósea insuflante con cortical respetada. Presenta alta densidad interna y aspecto homogéneo. Partes blandas adyacentes normales.

CONCLUSIONES

La ortopantomografía, como técnica de radiología panorámica simple de la mandíbula, es una exploración de sencilla realización y de fácil acceso, que aporta gran información sobre determinadas lesiones mandibulares, consiguiendo en muchos casos hacer un diagnóstico sin necesidad de recurrir a la alta tecnología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dunfee BL, Sakai O, Pistey R, Gohel A (2006) Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. Radiographics 26:1751–1768.
2. Avril L, Lombardi T, Ailianou A, Burkhardt K, Varoquaux A et al (2014) Radiolucent lesions of the mandible: a pattern-based approach to diagnosis. Insights Imaging. 5:85-101.
3. Scholl,R. et al. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. Radiographics. 1999; 19: 1107-1124.
4. Valdivieso, G.et al. Patología mandibular. Lesiones de carácter odontogénico. Anales de radiología México. 2005; 1: 47-54