

**37** Congreso  
Nacional  
CENTRO DE  
CONVENCIONES  
INTERNACIONALES

Barcelona  
22/25  
MAYO 2024

seram FERM RC RADIOLOGÍA DE CATALUÑA

# **APORTACIONES DE LA TC DE CUELLO EN LA EVALUACIÓN DE LOS ABSCESOS ODONTOGÉNICOS *MODELO DE INFORME RADIOLÓGICO***

**Rocío Cerecedo Bretal**, Carmen Trinidad López, Eloísa Santos Armentia, Sonia Rubianes Bautista, Carlos Arocha Fuentes, Evelyn Omara Lozano González, Anabel Pérez Fernández, Paula Sobral Viñas, Bárbara Teresa Catelani

**Hospital Ribera Povisa, Vigo.**

 **ribera** | Hospital  
Povisa



## Objetivos:

- Describir los hallazgos clave para diferenciar entre abscesos, flemones y tumores y, entre abscesos odontogénicos y no odontogénicos.
- Exponer la información más relevante que necesita conocer el clínico o cirujano maxilofacial.
- Establecer un modelo de informe radiológico en los abscesos odontogénicos.

## Estructura:

1. Técnica de TC y postprocesado.
2. Diferencias entre absceso, flemón y tumor.
3. Diferencias entre abscesos odontogénicos y no odontogénicos.
4. Información necesaria para el clínico o cirujano maxilofacial.
5. Modelo de informe radiológico para los abscesos odontogénicos.
6. Casos clínicos.
7. Conclusiones.
8. Referencias.



## TÉCNICA DE TC Y POSTPROCESADO

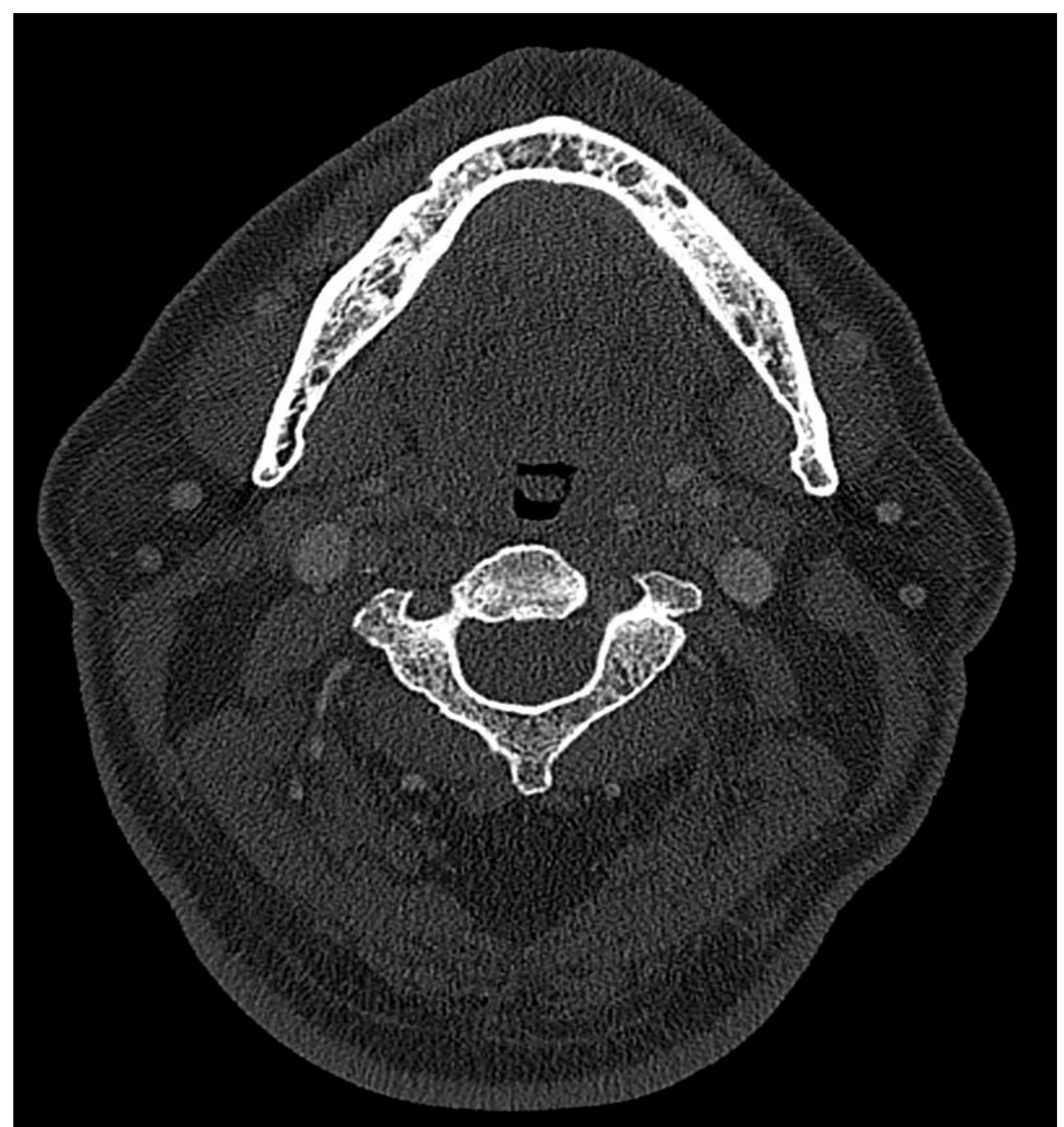
La TC es la técnica de elección ante la sospecha clínica de absceso odontogénico.

### Adquisición de la imagen:

- Desde la base del craneo hasta los huecos supraclaviculares.
- En apnea y sin tragar saliva.
- Contraste intravenoso con tiempo de retraso de 55 segundos.
- Reconstrucciones con grosor  $\leq 2$  mm, con filtro de partes blandas
- Reconstrucciones con grosor  $\leq 2$  mm, con filtro de alta resolución para valorar las estructuras dentales y maxilares.



Imagen axial de 2 mm con filtro B40 de partes blandas



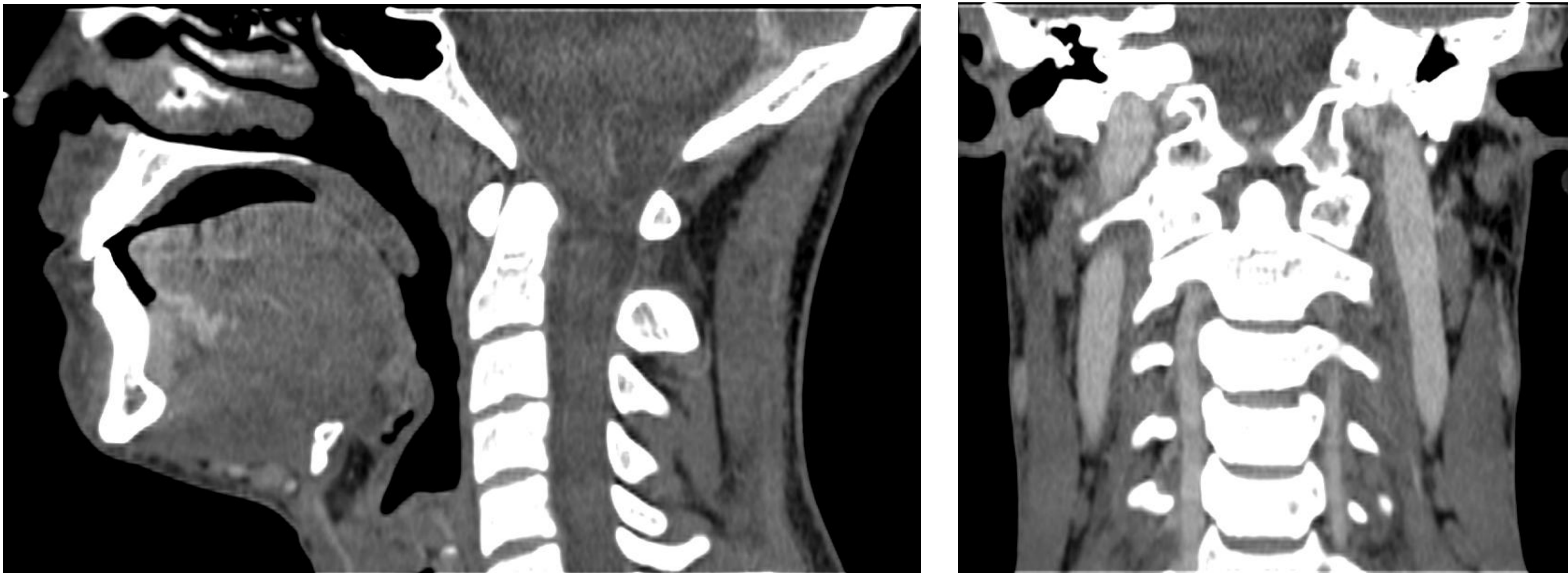
Reconstrucción con filtro de hueso B64 y grosor de 1 mm



## TÉCNICA DE TC Y POSTPROCESADO

### Postprocesado:

1. **Reconstrucciones multiplanares MPR con filtro de partes blandas**, con el objetivo de localizar y caracterizar el proceso infeccioso/inflamatorio, su extensión y relación con los tejidos adyacentes, así como la detección de posibles complicaciones.



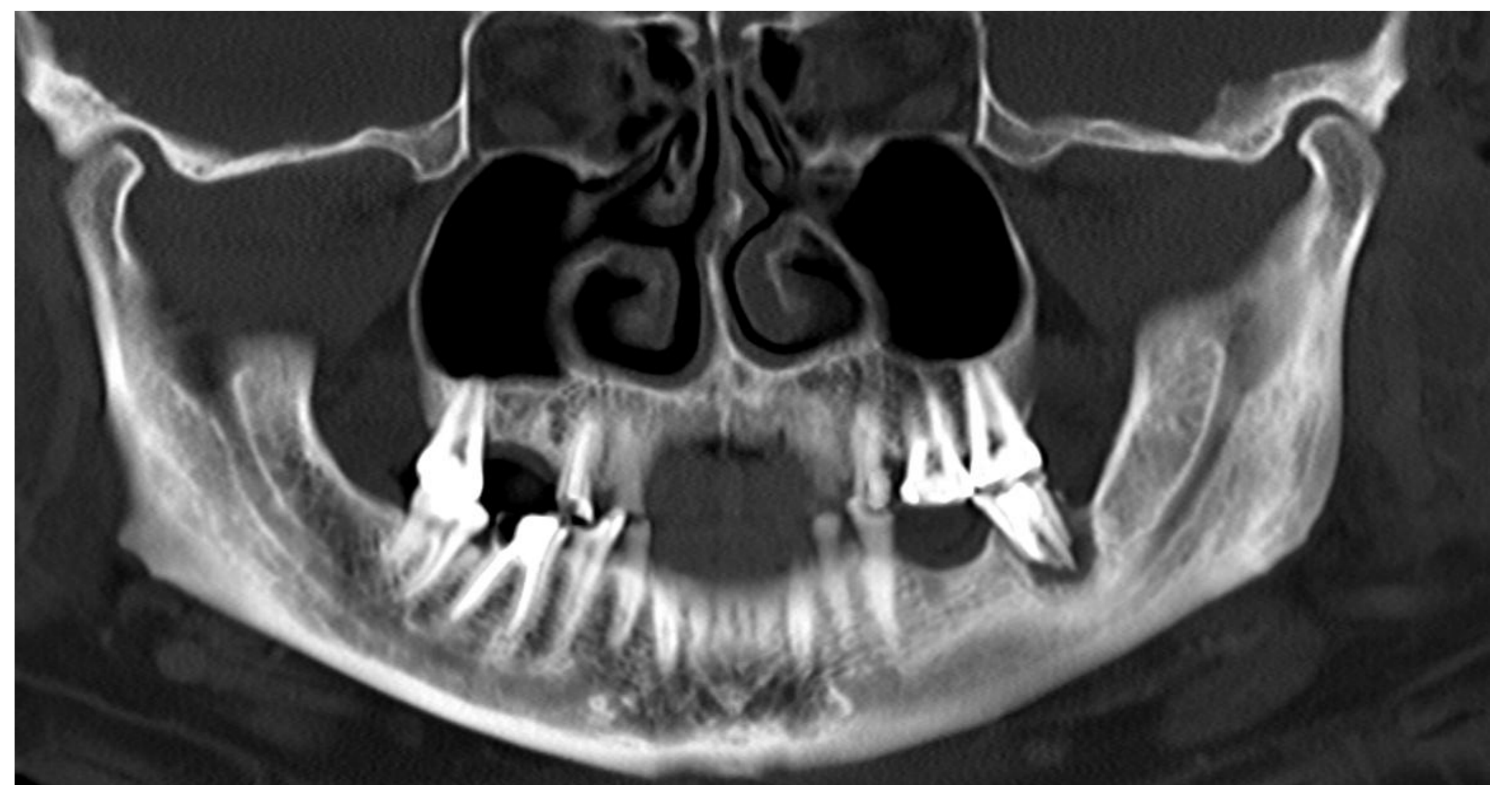
Reconstrucciones en el plano sagital y en el plano coronal con filtro de partes blandas.

2. **Reconstrucciones panorámicas curvas tipo MPR con espesor de corte de 0.5, 5 y 50 mm y un solapamiento de 0.5, 1 y 1mm**, respectivamente.

3. **Reconstrucciones panorámicas curvas tipo MIP con espesor de corte de 5 y 50 mm y solapamiento de 1 mm.**

Estas son de especial importancia para los cirujanos maxilofaciales a la hora de valorar las lesiones dentales y maxilares.

Reconstrucción panorámica curva MPR con un grosor de corte de 5 mm y una distancia entre imágenes de 1 mm





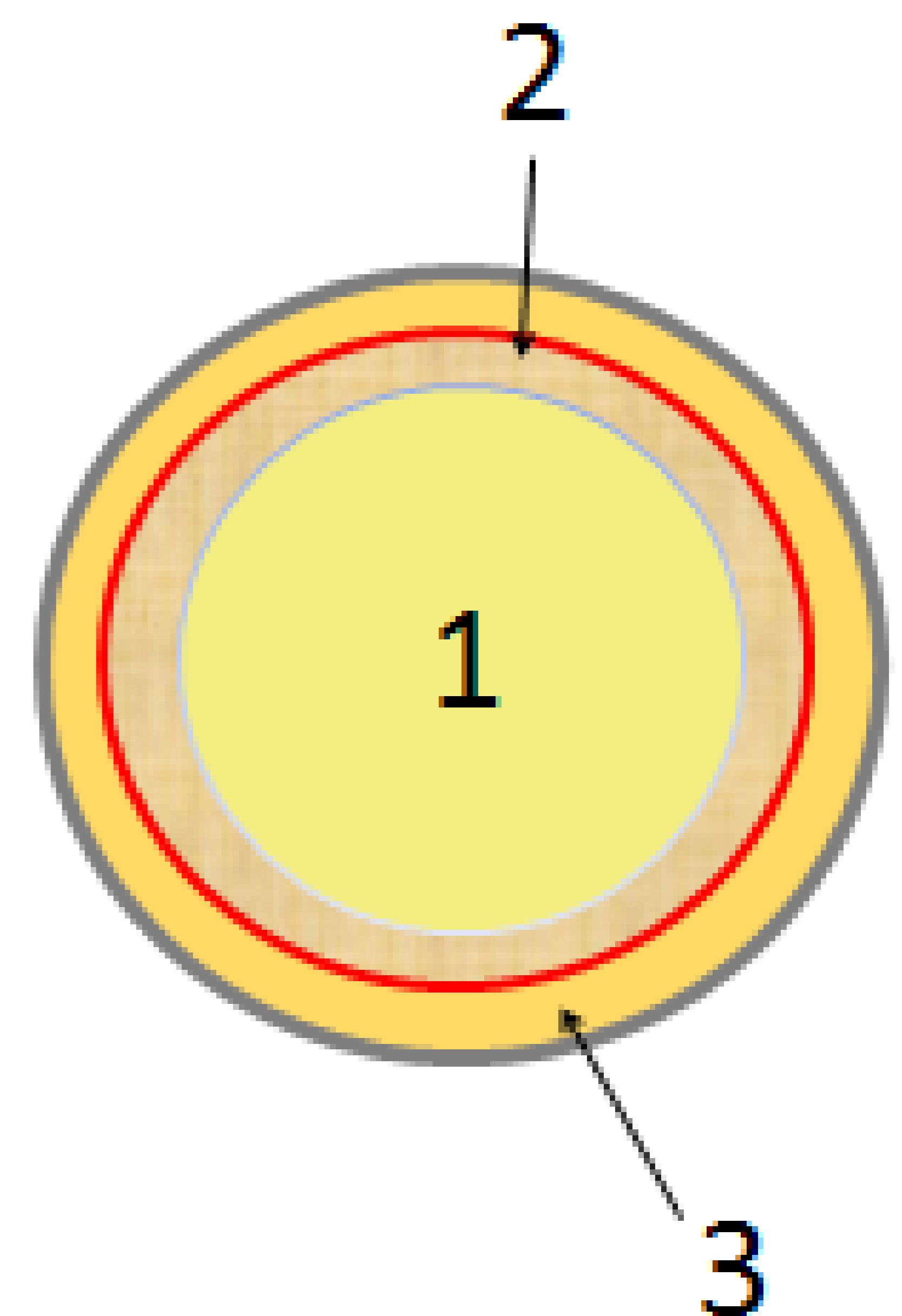
## ¿ABSCESO, FLEMÓN O TUMOR?

### ABSCESOS

Los **abscesos** son colecciones parenquimatosas focales y bien definidas de material inflamatorio purulento. Pueden tener un origen bacteriano, fúngico o parasitario.

Constan de **tres componentes** principales:

- Una **zona central** compuesta por células inflamatorias y tejido inflamatorio local necrótico. (1)
- Una **zona periférica** formada por neutrófilos activados. (2)
- Una **“cápsula”** constituida por fibroblastos y vasos sanguíneos dilatados. (3)

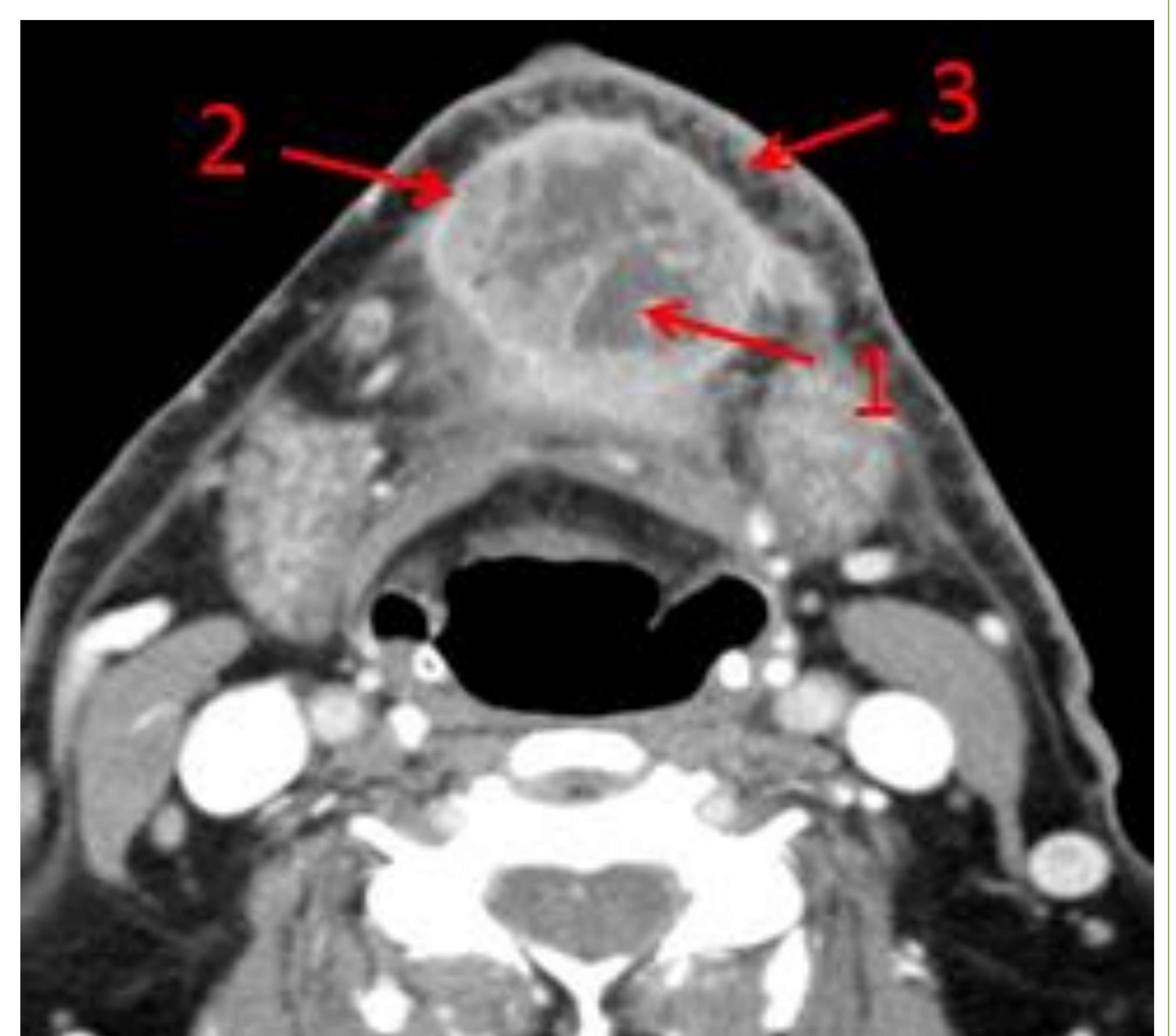


### PERO, ¿COMO SE VEN EN LA TC?

El componente necrótico central suele caracterizarse por presentar un nivel bajo de atenuación. (1)

La cápsula fibrosa suele ser bien definida y, en ocasiones, gruesa e irregular con hiperrealce de contraste. (2)

Con frecuencia se acompaña de cambios inflamatorios circundantes y puede ejercer un efecto de masa sobre estructuras adyacentes, con desplazamiento o borramiento de las mismas. (3)



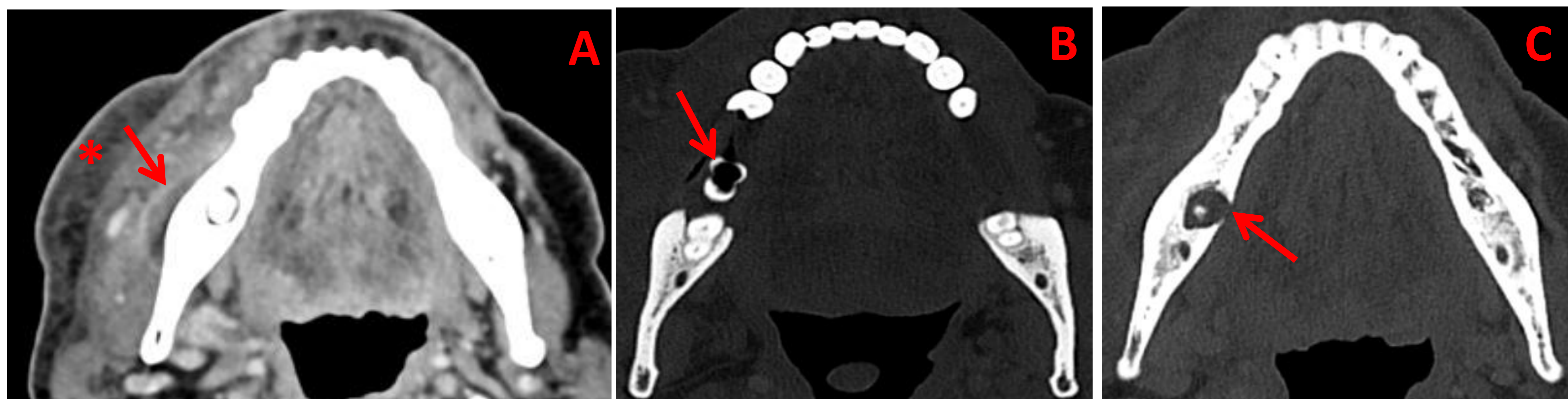
Absceso submandibular en TC de cuello con las características descritas.



## ¿ABSCESO, FLEMÓN O TUMOR?

El **objetivo** principal de la **TC de cuello** ante la sospecha clínica de infección es confirmar el diagnóstico y valorar si hay colecciones compatibles con abscesos. Para ello, es fundamental diferenciar entre absceso, flemón y neoplasia.

*“Paciente con cuadro de 24 horas de evolución de tumefacción a nivel de hemicara derecha, con dolor en hemiarcada inferior ipsilateral”:*



A. Colección hipodensa compatible con **absceso**, adyacente a la cortical vestibular del cuarto cuadrante (*flecha*). Marcado aumento de las partes blandas de su alrededor en relación con flemón (\*).

B. Estos hallazgos parecen depender de la pieza 47, la cual se encuentra afectada por caries (*flecha*).

C. Se acompaña de una lesión lítica rodeando a sus raíces, compatible con un quiste radicular, que produce una interrupción de la cortical mandibular en la cara lingual (*flecha*).

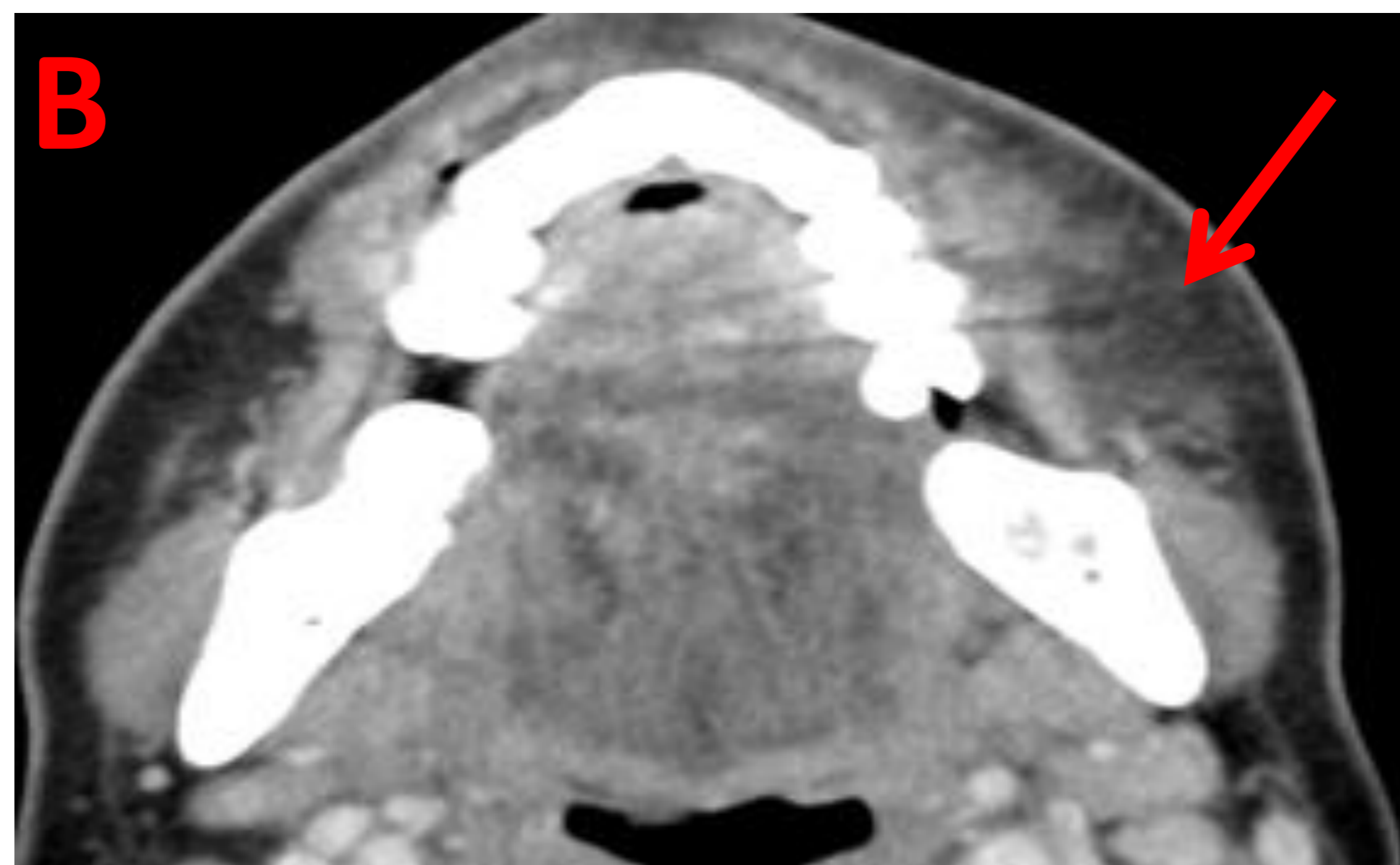
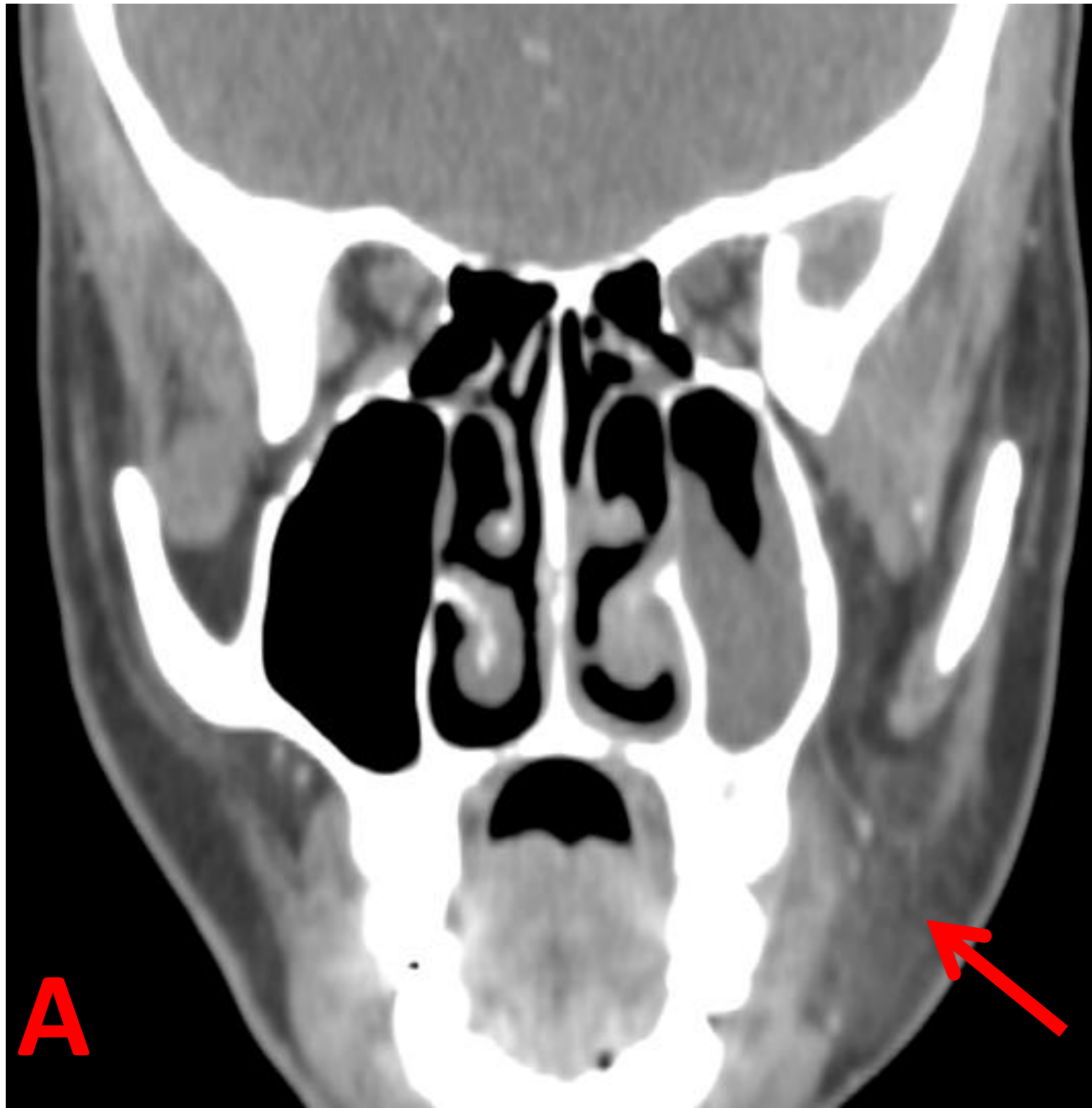
### ABSCESO:

- Lesión hipodensa bien delimitada
- Aumento de partes blandas adyacentes
- Edema en los planos grasos del cuello
- Edema en tejido celular subcutáneo
- Engrosamiento de la fascia cervical
- Ganglios: morfología ovoidea, centro graso, múltiples

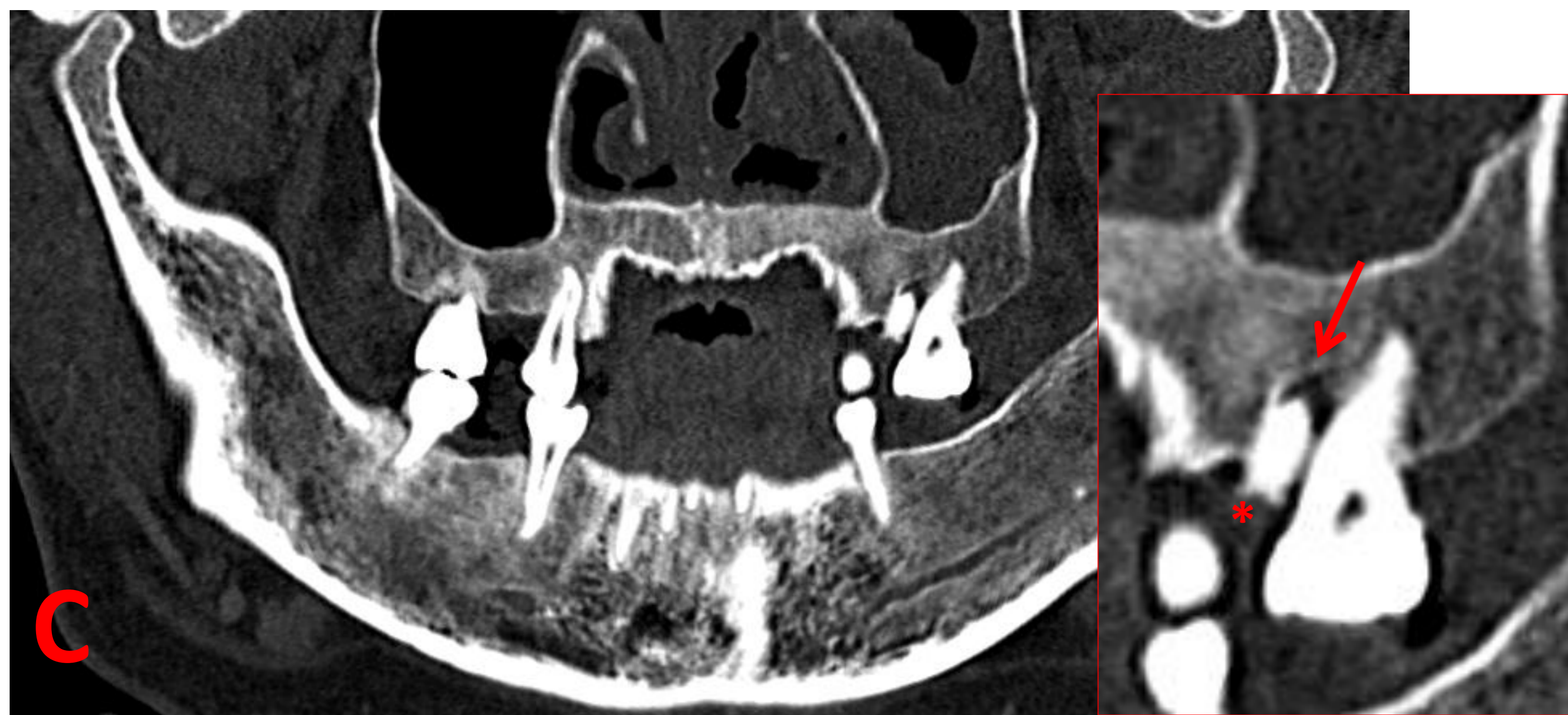


## ¿ABSCESO, FLEMÓN O TUMOR?

“Paciente con cuadro de edema en hemicara izquierda de 1 semana de evolución, que no cede a pesar de tratamiento antibiótico”:



A y B. Aumento de partes blandas en la hemicara izquierda, que se extiende desde el arco cigomático hasta la vertiente vestibular del 2º cuadrante, asociado a cambios inflamatorios en la grasa de vecindad (flechas). No se identifican colecciones organizadas, siendo estos hallazgos compatibles con un **flemón**.



C. Reconstrucciones MPR curvas en ambos maxilares. Edentulismo parcial de ambos maxilares. En el 2º cuadrante, se visualiza una pieza dental de pequeño tamaño que se corresponde con la teórica pieza 26 (imagen ampliada), la cual presenta destrucción de su corona por caries (\*) y una lesión lítica rodeando a su raíz compatible con un granuloma periapical (flecha).

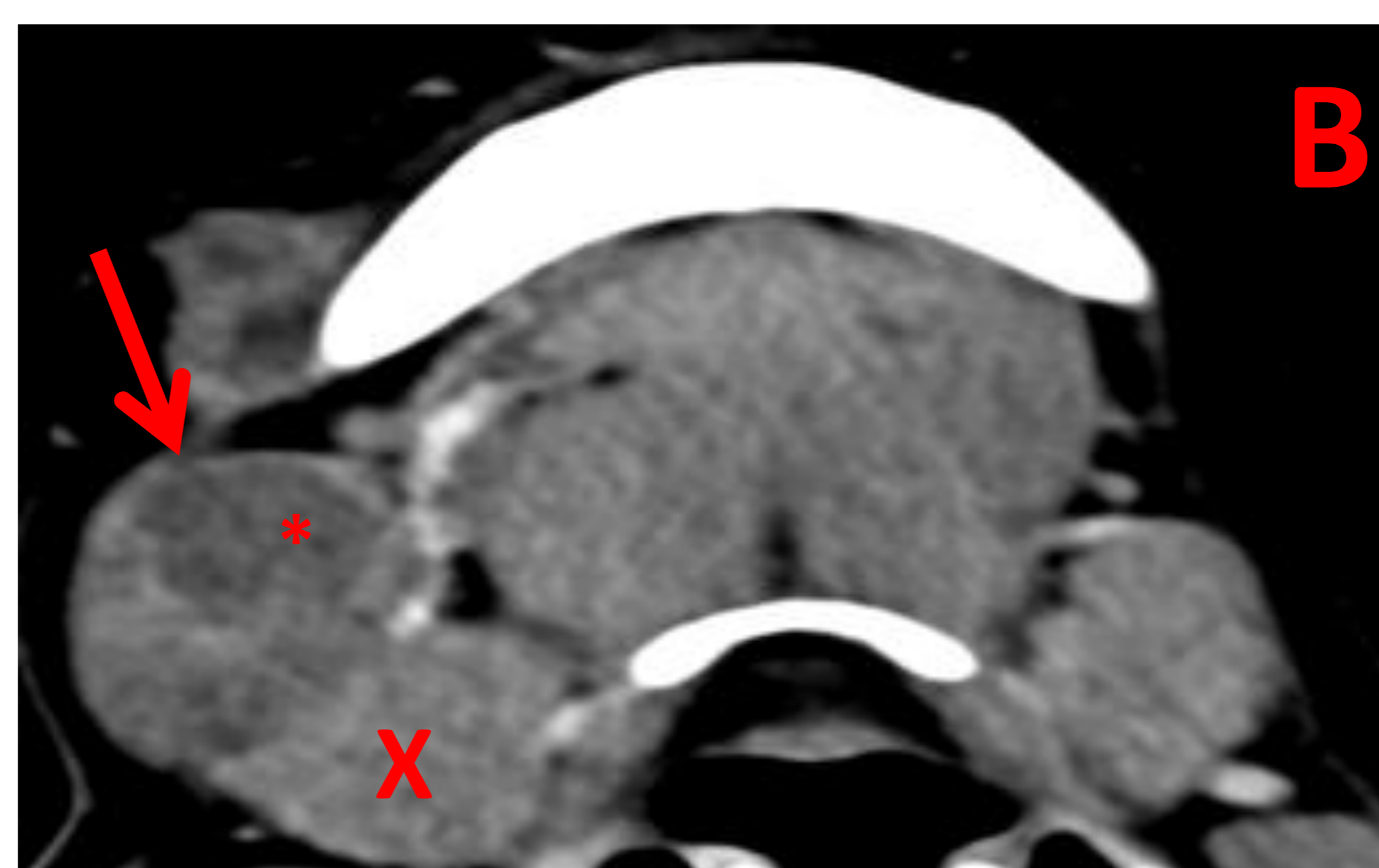
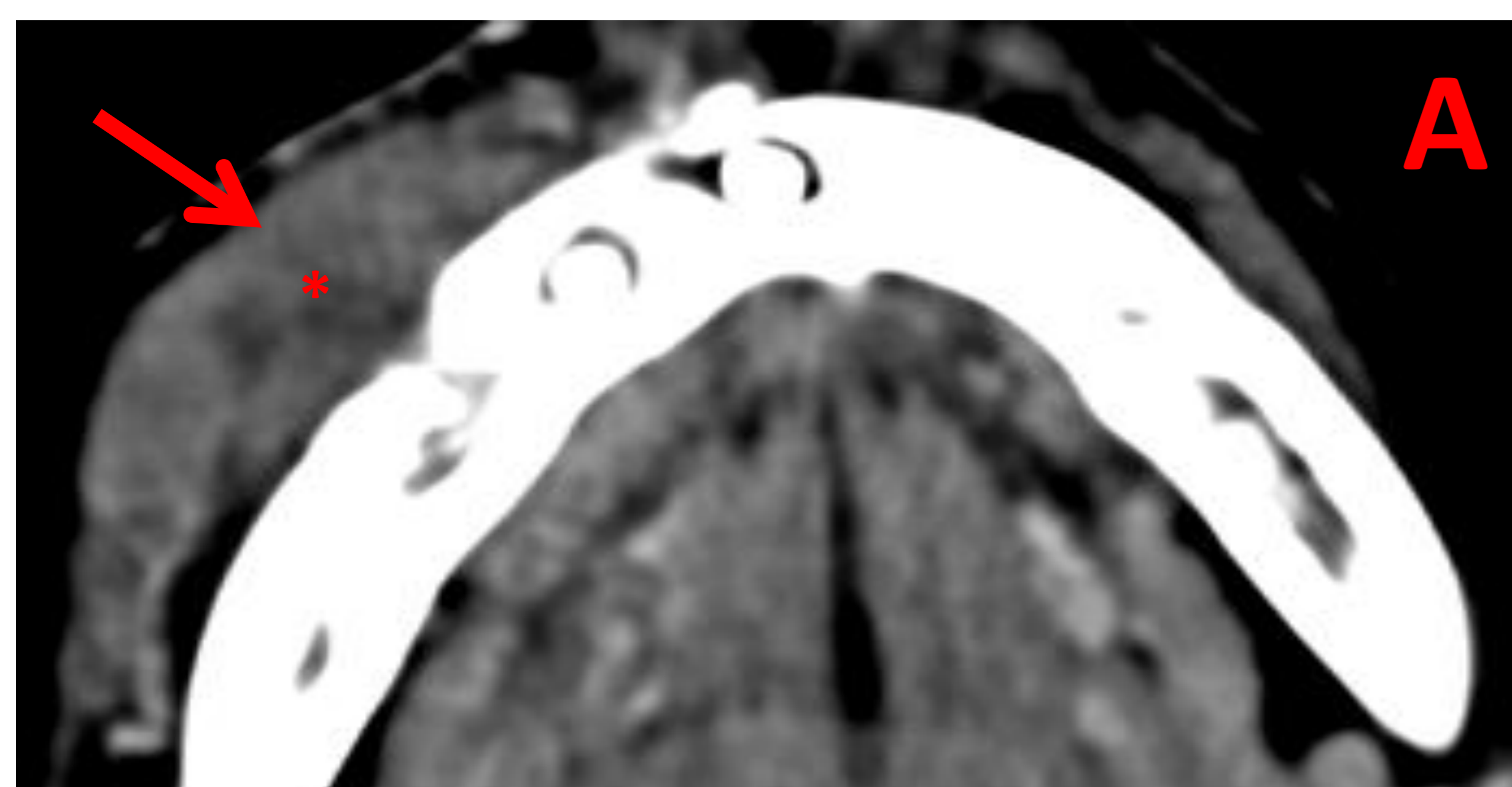
### FLEMÓN:

- ~~Lesión hipodensa bien delimitada~~
- Aumento de partes blandas adyacentes
- Edema en los planos grasos del cuello
- Edema en tejido celular subcutáneo.
- Engrosamiento de la fascia cervical
- Ganglios: morfología ovoidea, centro graso, múltiples



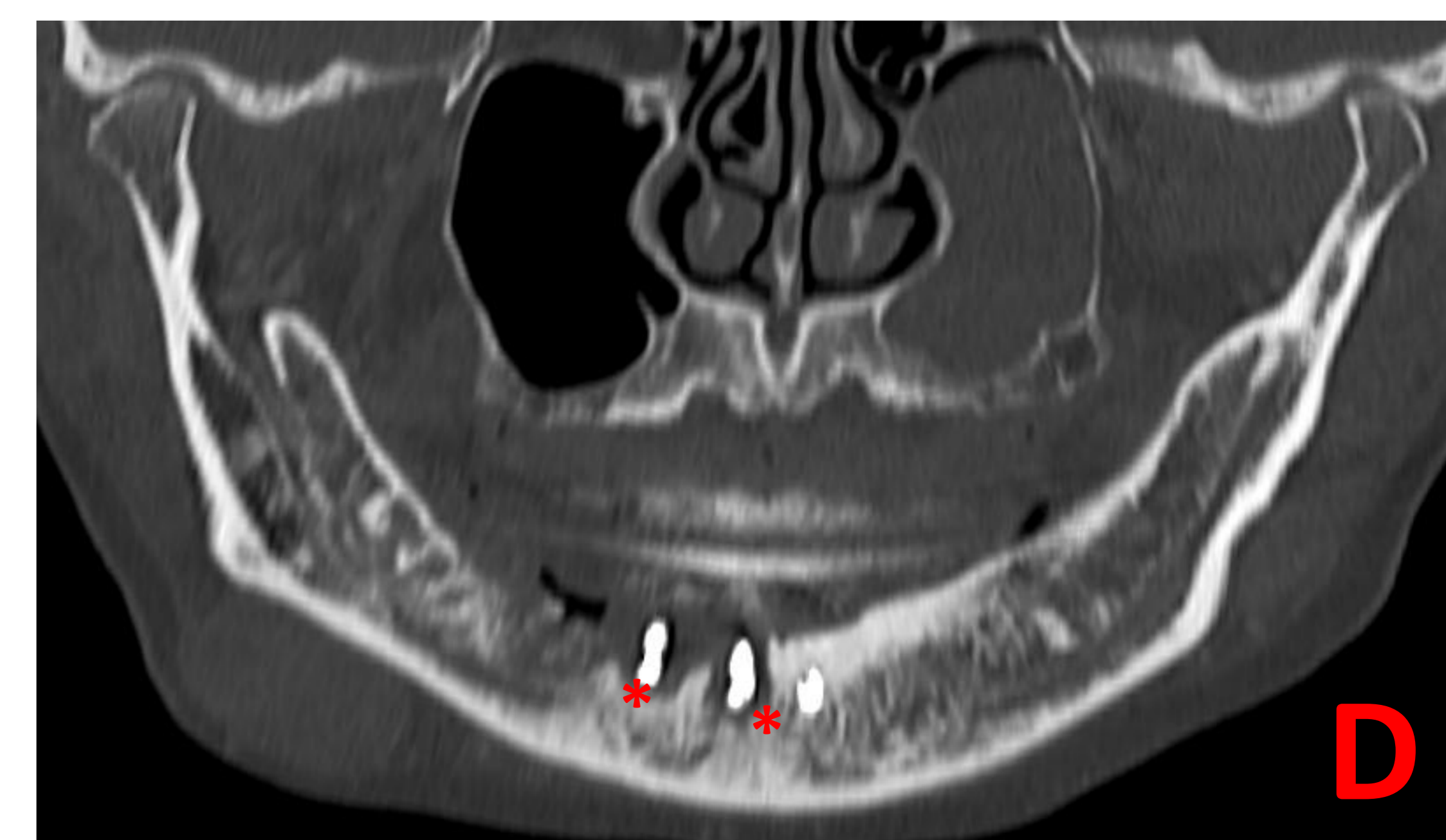
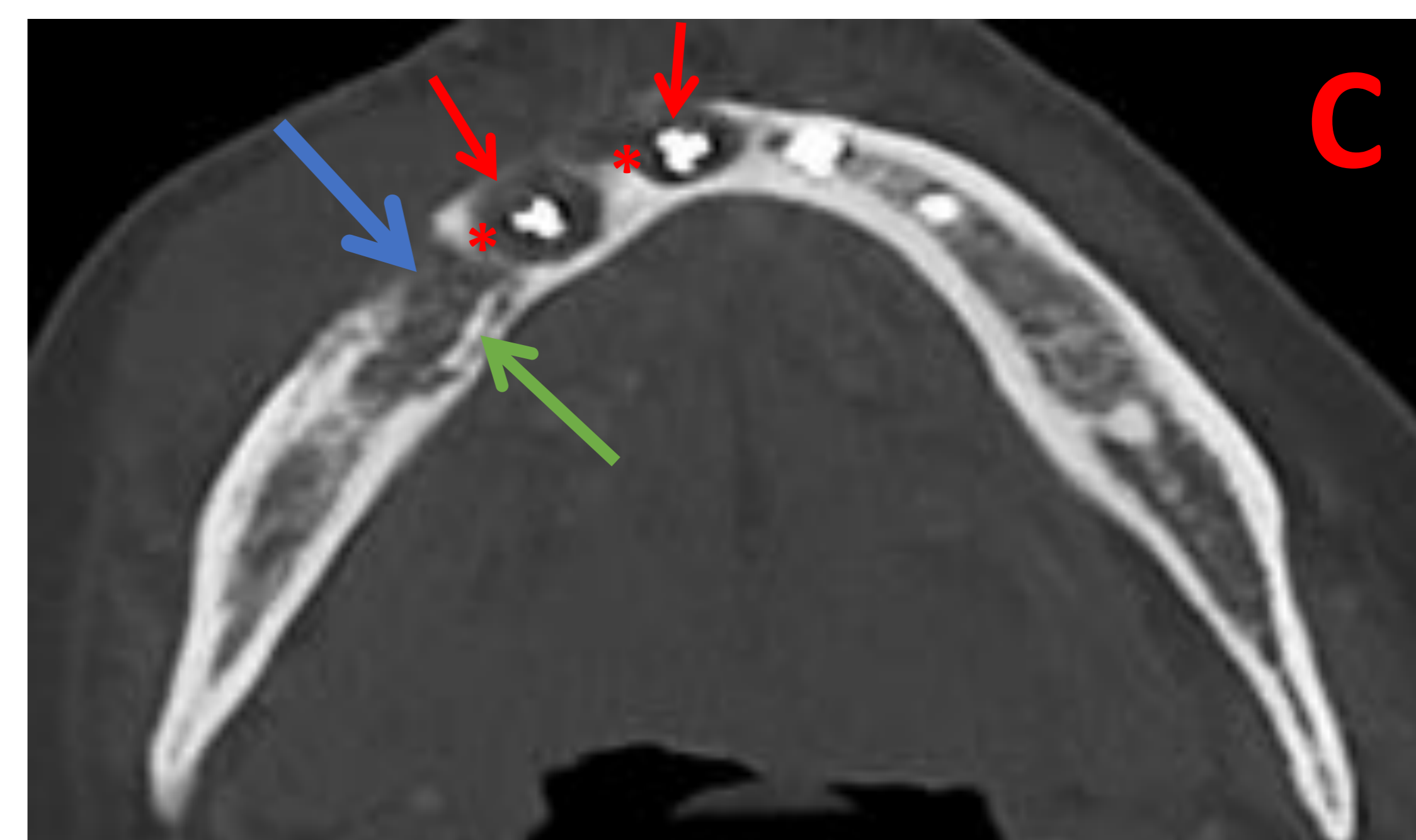
## ¿ABSCESO, FLEMÓN O TUMOR?

“Paciente con edema en hemicara derecha, dolor mandibular y adenopatía palpable submandibular ipsilateral”:



A. Masa de partes blandas en la vertiente vestibular del cuarto cuadrante (*flecha*), con imágenes hipodensas en su interior sugestivas de necrosis (\*). Los planos grasos y el tejido celular subcutáneo de vecindad no están afectados. B. Nódulo por delante de la glándula submaxilar derecha (X), que también muestra imágenes hipodensas(\*) en relación con adenopatía (*flecha*). Hallazgos compatibles con **neoplasia de encía y metástasis ganglionar**.

C y D. Edentulismo total en maxilar inferior e implantes en la teórica localización de las piezas 31, 32, 41 y 42. Lesiones líticas rodeando a los implantes de las piezas 41 y 42, compatibles con granulomas periimplantes(\*). Estos producen una disrupción de la cortical vestibular (*flechas rojas*). En el cuerpo mandibular derecho se aprecia una disminución de la densidad ósea con respecto al lado contralateral, que rompe la cortical vestibular (*flecha azul*), con secuestro de fragmentos óseos (*flecha verde*). Hallazgos compatibles con **infección periimplante con osteomielitis**.



### TUMOR:

- Lesión **SÓLIDA** bien delimitada
- **INFILTRA** partes blandas adyacentes
- Ausencia de edema en los planos grasos del cuello

- Ausencia de edema en tejido celular subcutáneo
- Ausencia de engrosamiento de la fascia cervical
- Ganglios: morfología esférica, heterogéneos, pocos

La coexistencia de tumor e infección no es infrecuente debido a que comparten factores de riesgo



## DIFERENCIAS ENTRE ABSCESOS ODONTOGÉNICOS Y NO ODONTOGÉNICOS

### Y AHORA, ¿CÓMO DIFERENCIO ABSCESOS DE ORIGEN ODONTOGÉNICO DE OTROS ABSCESOS?

Los abscesos pueden asentar en cualquier órgano o tejido del cuerpo.

Los **abscesos odontogénicos** son colecciones de origen bacteriano que se forman alrededor de la raíz de un diente o, de la encía adyacente a una pieza dental. De este modo hablamos, respectivamente, de **abscesos periodontales** y de **abscesos periapicales**.

Son la causa más frecuente de absceso en la región cervical, fundamentalmente secundarios a una mala higiene bucodental y a procedimientos dentales.

El principal **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL** debe realizarse con abscesos cervicales de otro origen (amigdalitis, submaxilitis, espondilodiscitis, cuerpos extraños, etc.).

Para ello, es fundamental tener en cuenta:

- La **INFORMACIÓN CLÍNICA**: antecedentes de procedimientos dentales recientes, salud bucodental, trismus (orienta a afectación del espacio masticador), disfagia u odinofagia (orientan a afectación del espacio parafaríngeo).



Absceso periodontal



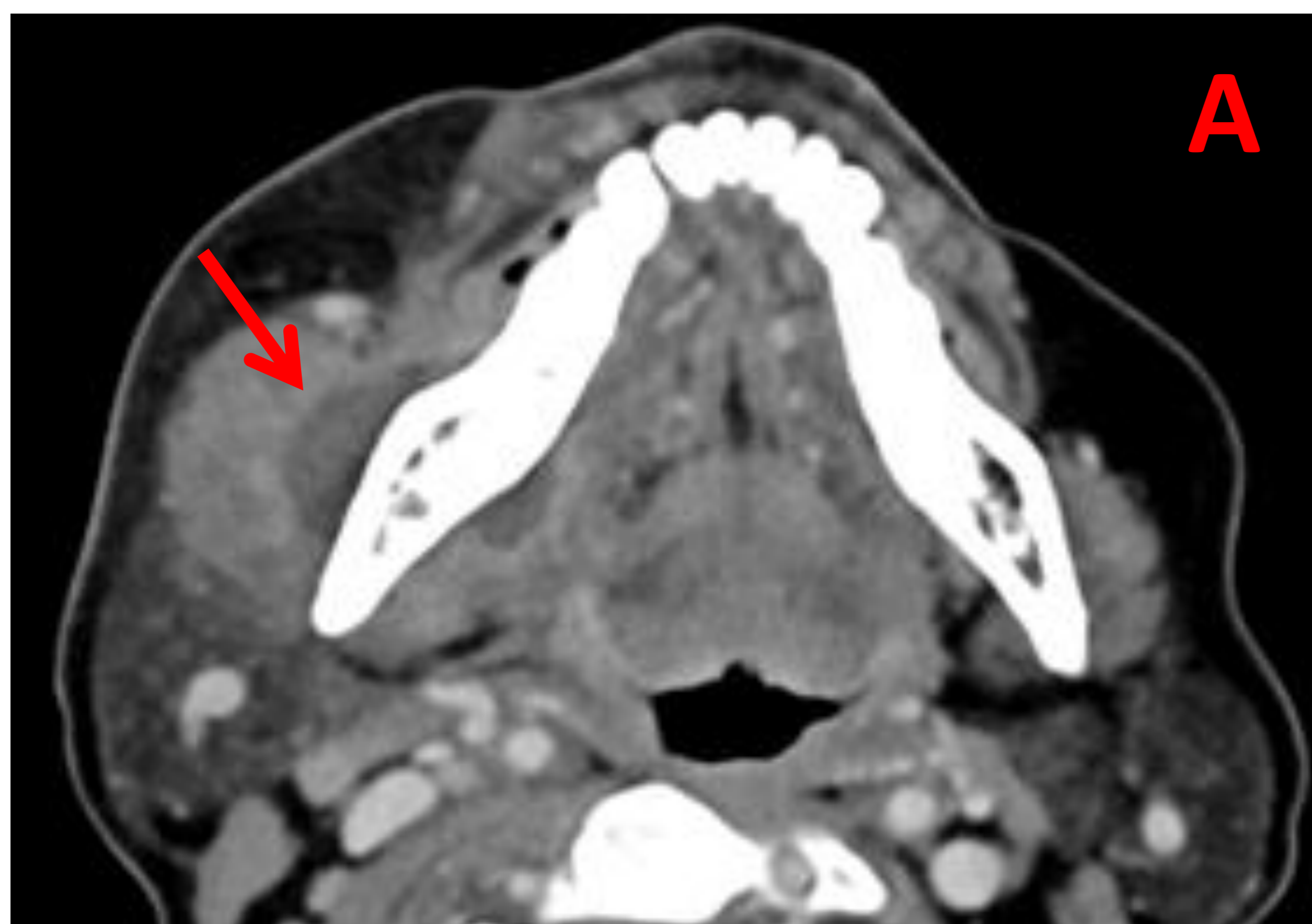
Absceso periapical o perirradicular



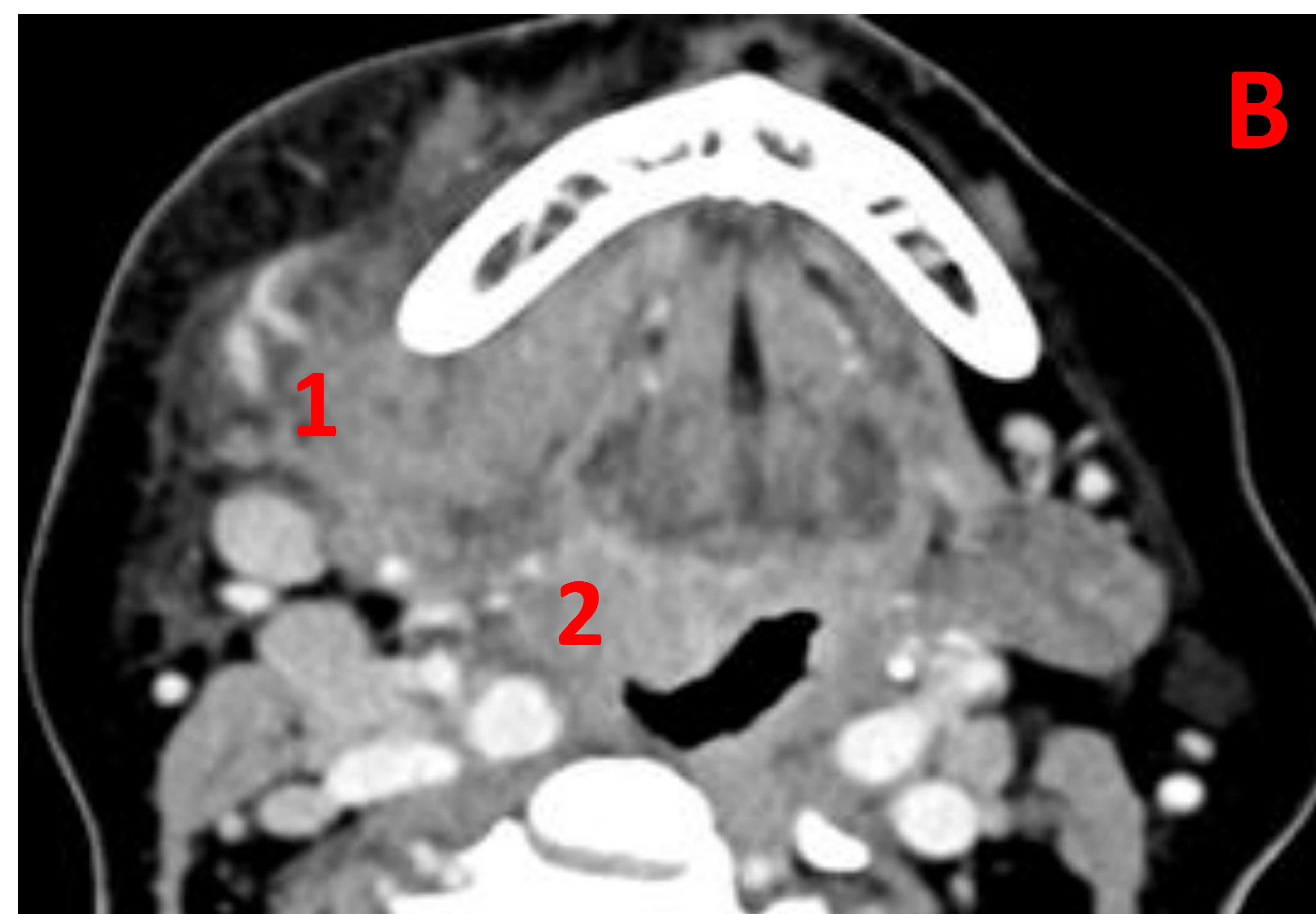
## DIFERENCIAS ENTRE ABSCESOS ODONTOGÉNICOS Y NO ODONTOGÉNICOS

- La **LOCALIZACIÓN**: los abscesos odontogénicos suelen situarse adyacentes al maxilar, en el espacio submandibular (localización más frecuente), masticador o parafaríngeo (por extensión desde otros espacios).

*“Paciente con trismus y tumefacción hemifacial derecha de 1 semana de evolución”:*

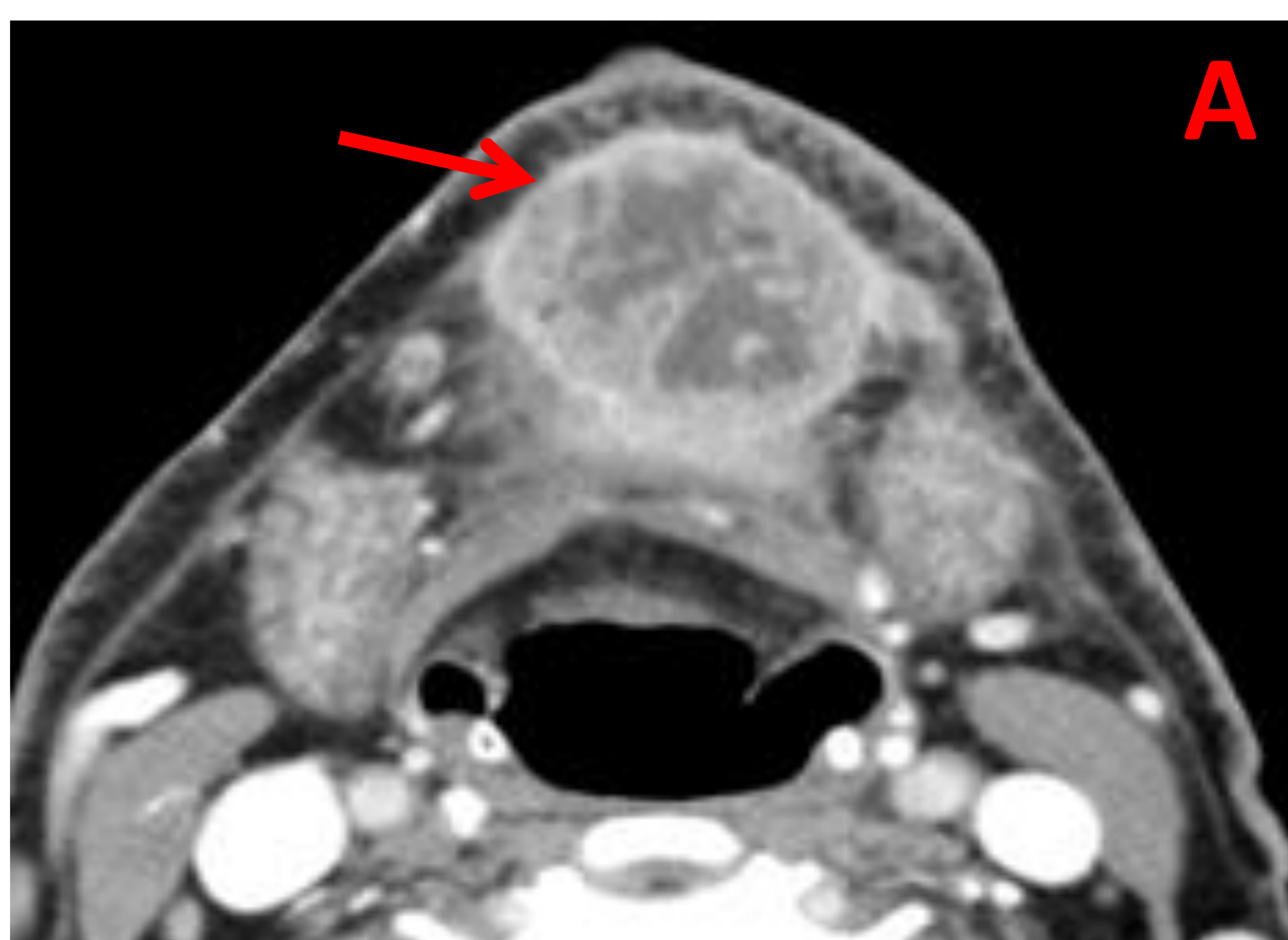


A. En el **espacio masticador derecho** se observa una colección hipodensa compatible con absceso.



B. Corte inferior que muestra cambios inflamatorios en la grasa y tejidos blandos del suelo de la boca (1), espacio parafaríngeo y orofaríngeo con disminución del calibre de la misma, pero sin obstruirla (2).

*“Paciente con tumefacción en región submandibular tras exodoncia”:*

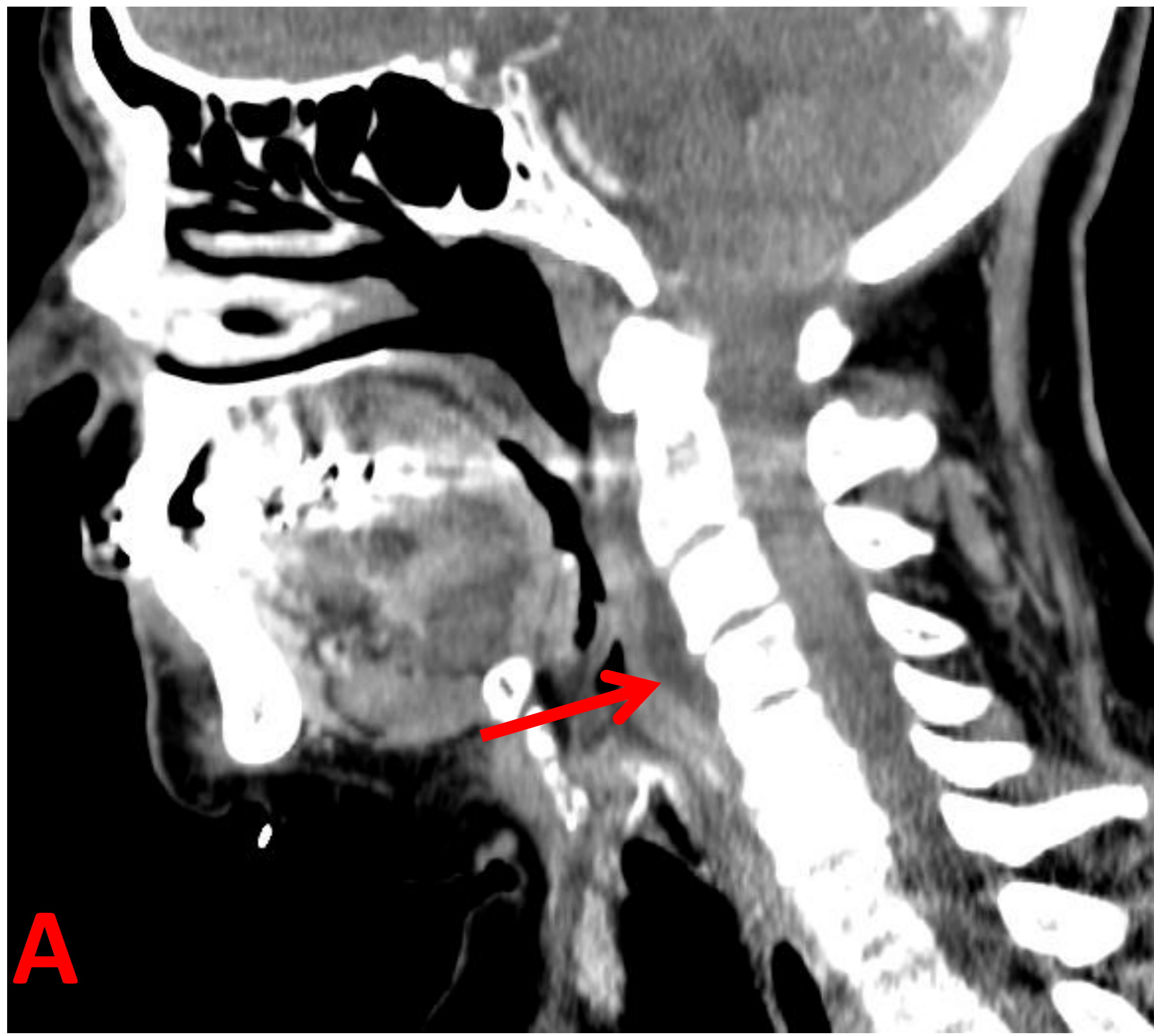


A y B. En el **espacio submandibular**, a nivel parasinfisario, se observa una colección hipodensa compatible con absceso, acompañada de cambios inflamatorios en la grasa y tejidos blandos de su alrededor.

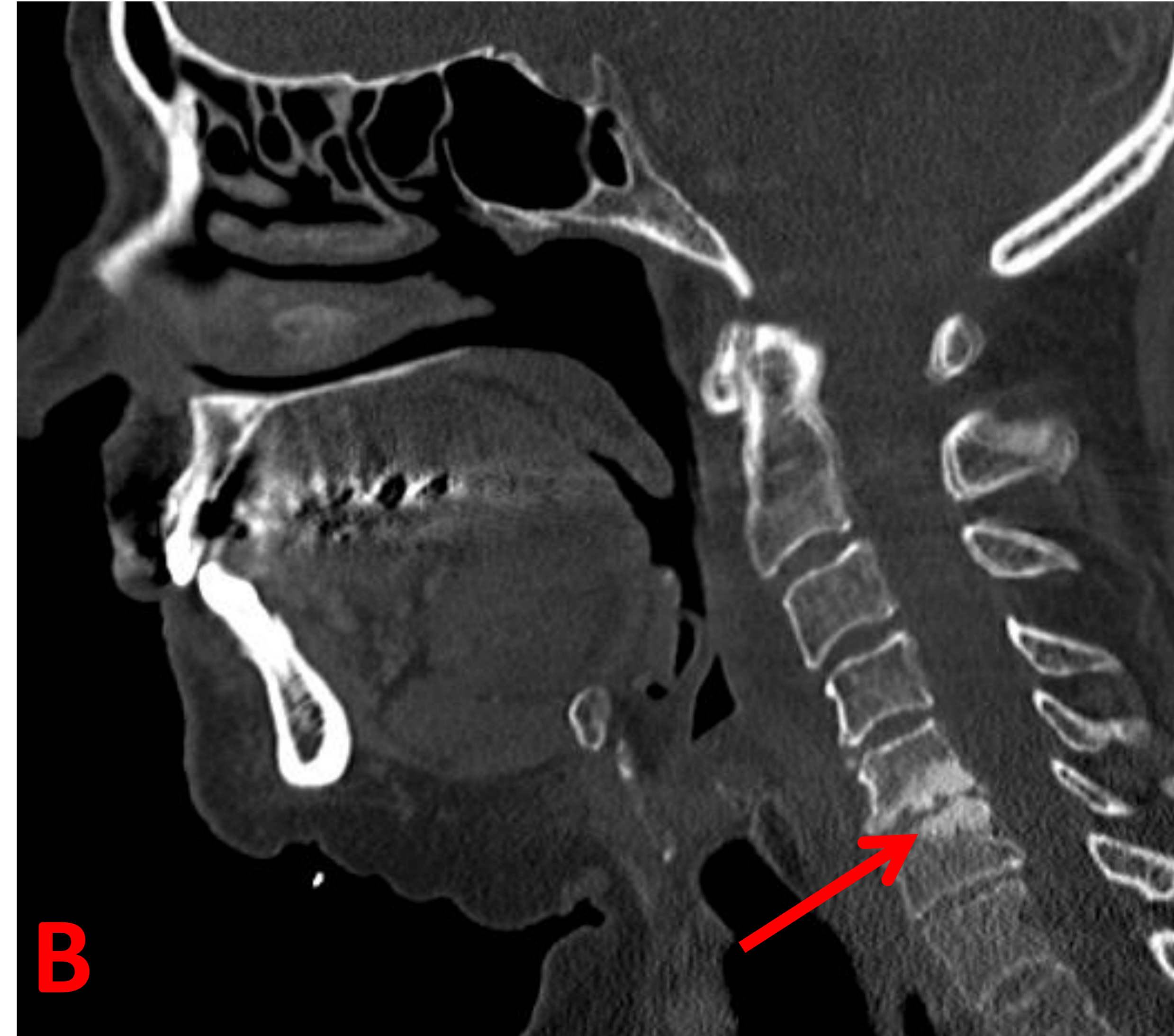


## DIFERENCIAS ENTRE ABSCESOS ODONTOGÉNICOS Y NO ODONTOGÉNICOS

*“Paciente con odinofagia leve de 1 semana de evolución, fiebre y tumoración dolorosa laterocervical derecha”:*

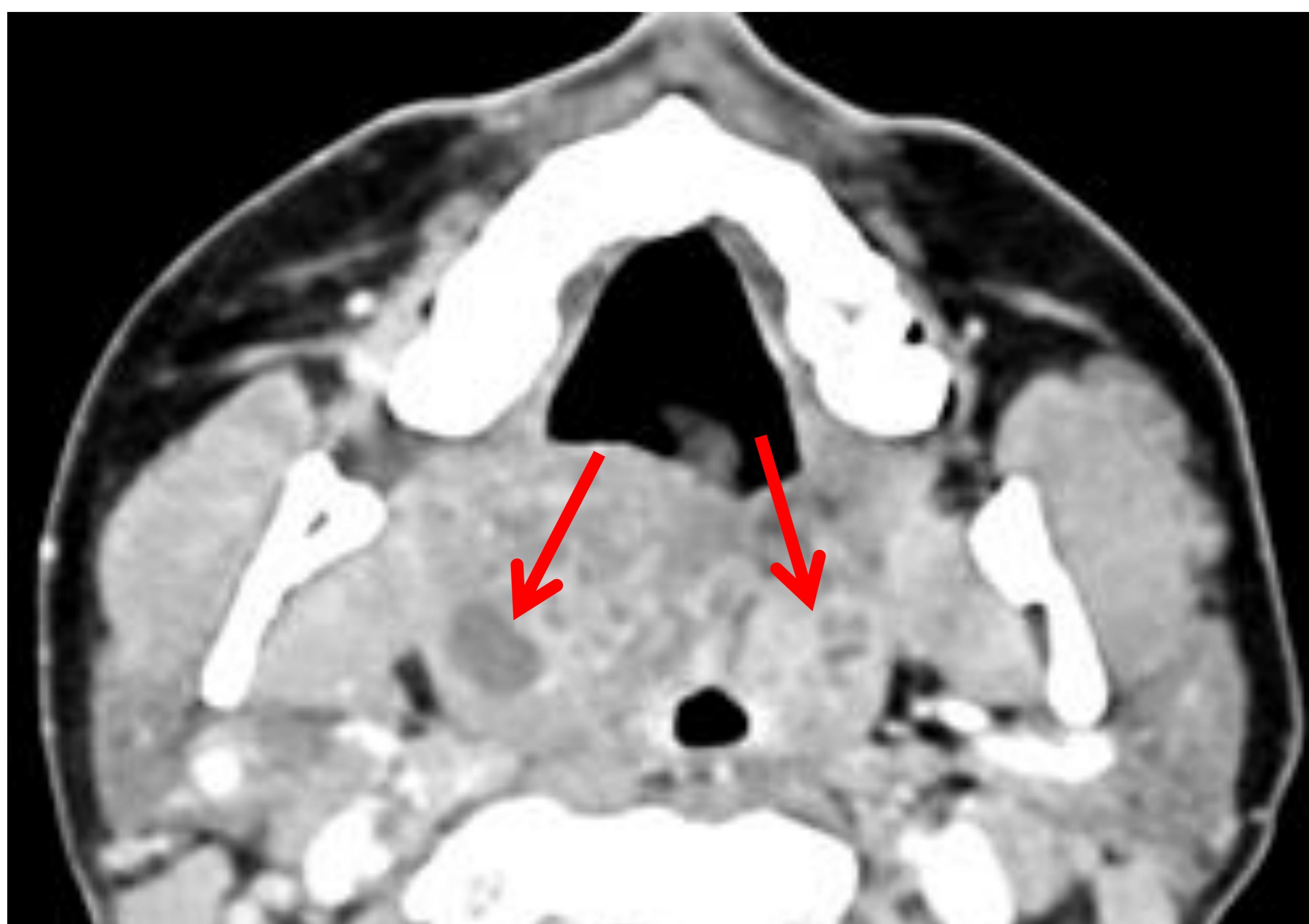


A. Proyección sagital con ventana de partes blandas. Colección hipodensa localizada por delante de la columna, en el espacio prevertebral (*flecha*) compatible con **absceso prevertebral**.



B. Imagen sagital con ventana de hueso que muestra **espondilodiscitis** en el espacio C5-C6.

*“Paciente con cuadro de 24h de evolución de odinofagia, de predominio en el lado derecho, disfagia y fiebre con mala evolución a pesar de tratamiento antibiótico”:*



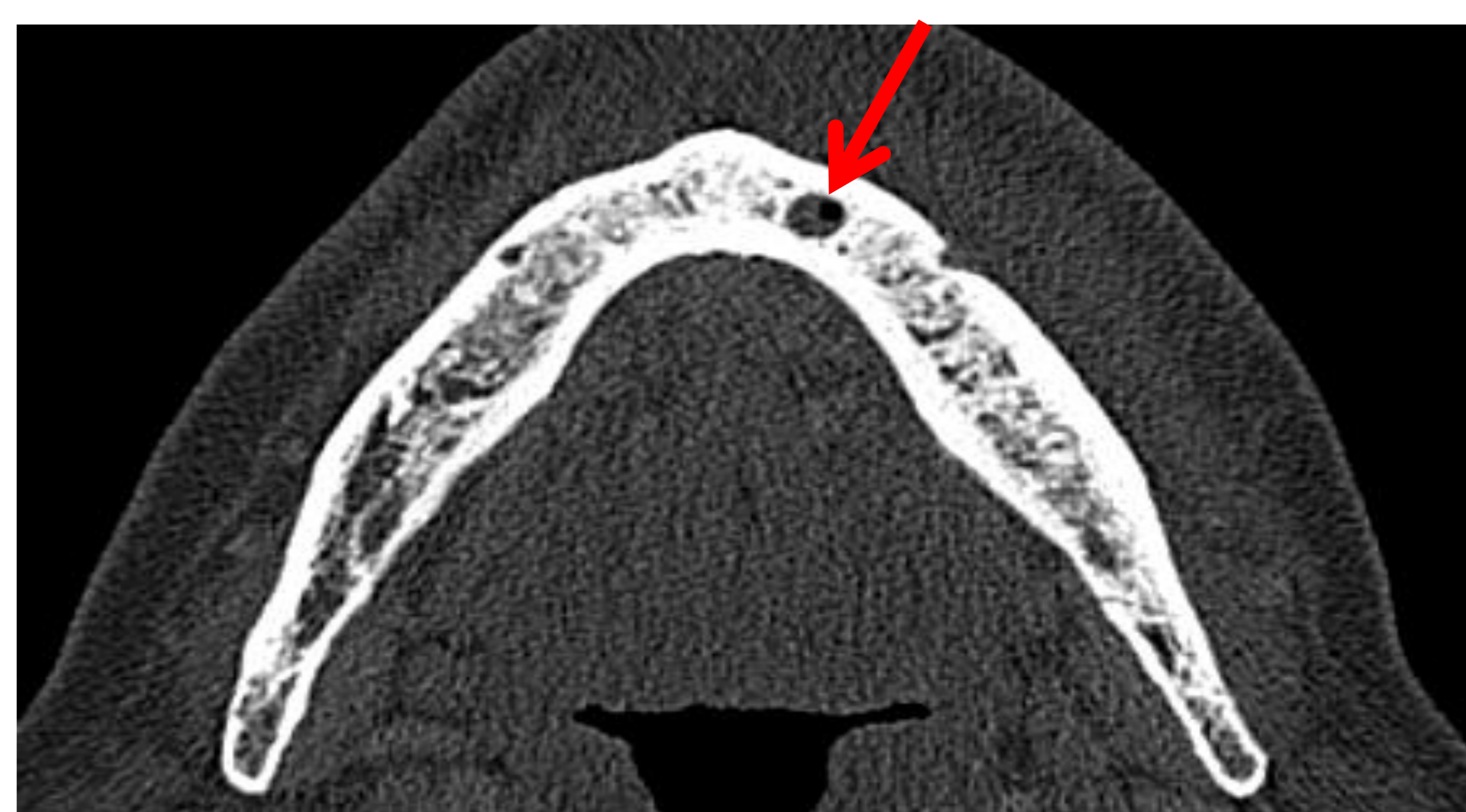
Aumento de volumen de ambas amígdalas palatinas con colecciones hipodensas en su interior (la más llamativa en el lado derecho), compatibles con abscesos. Hallazgos compatibles con **amigdalitis bilateral** complicada con **abscesos periamigdalinos**.



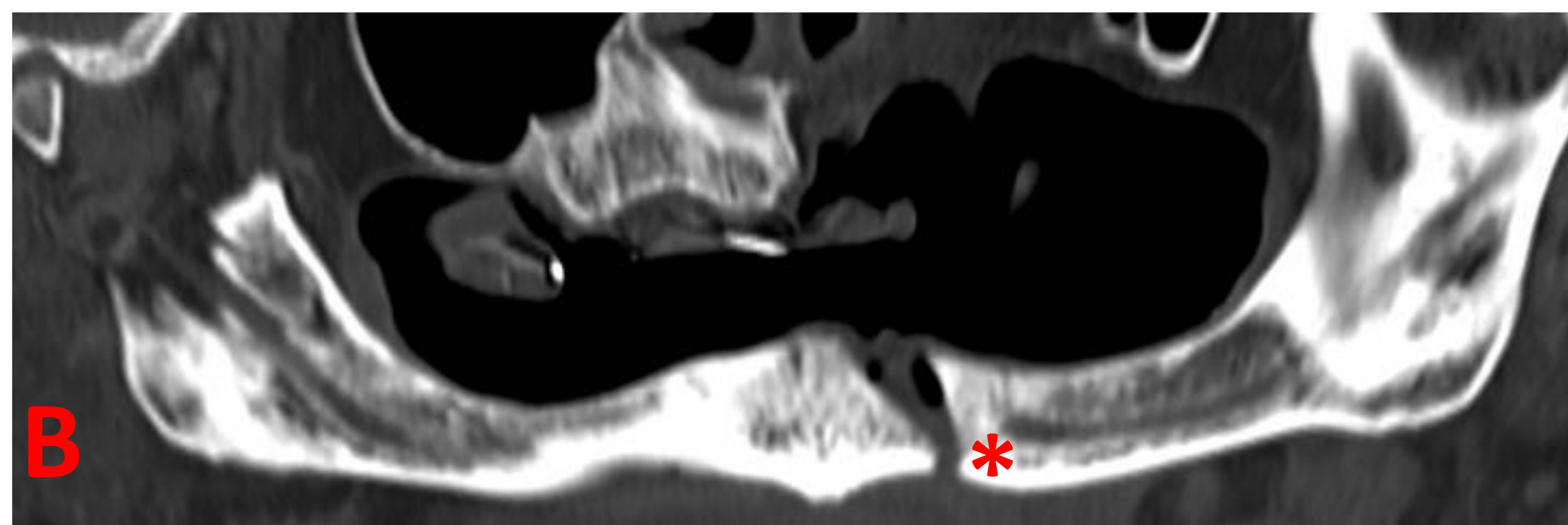
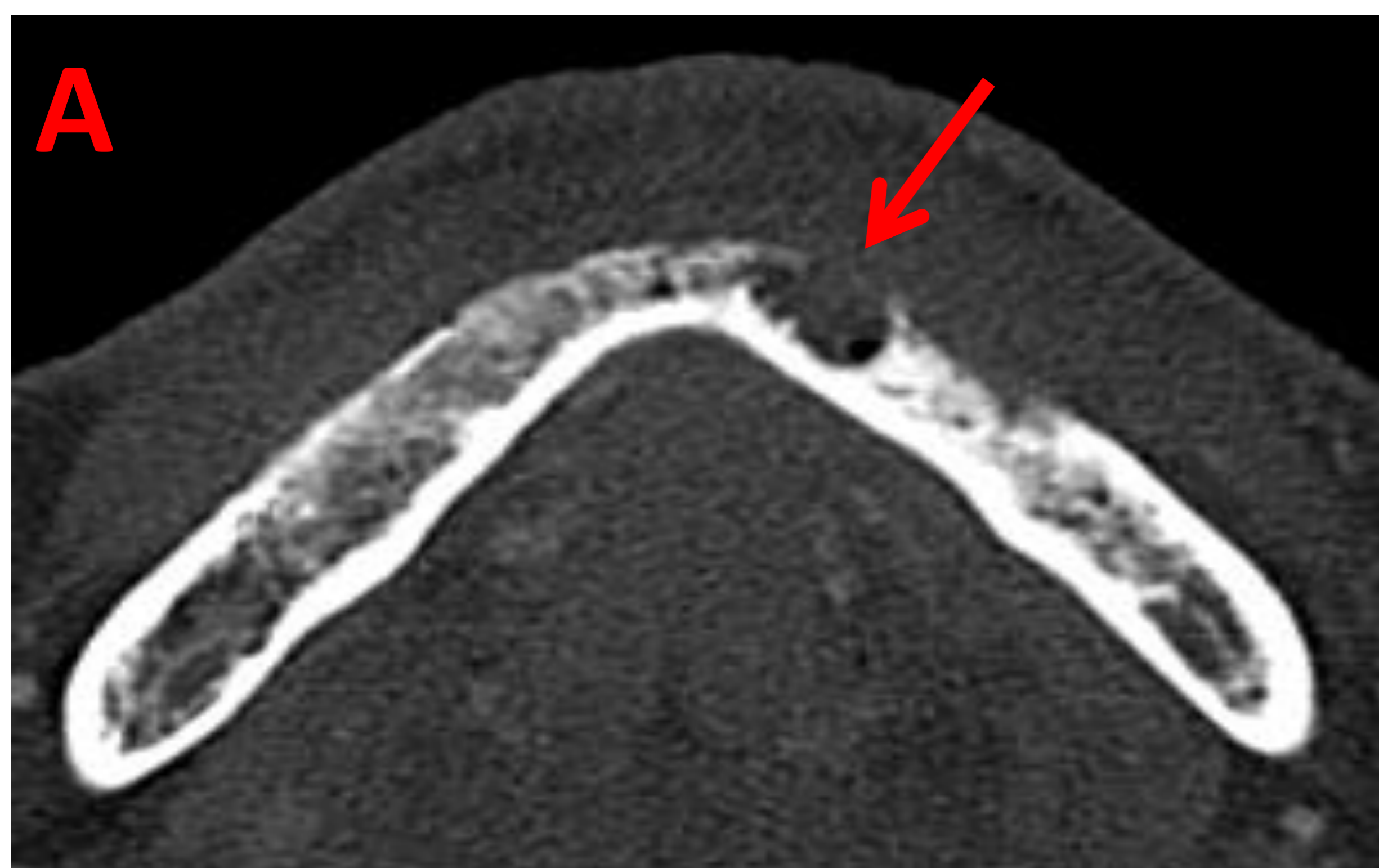
## DIFERENCIAS ENTRE ABSCESOS ODONTOGÉNICOS Y NO ODONTOGÉNICOS

-La presencia o ausencia de **LESIONES DENTALES o MAXILARES** adyacentes, que nos aporten información sobre el estado bucodental del paciente.

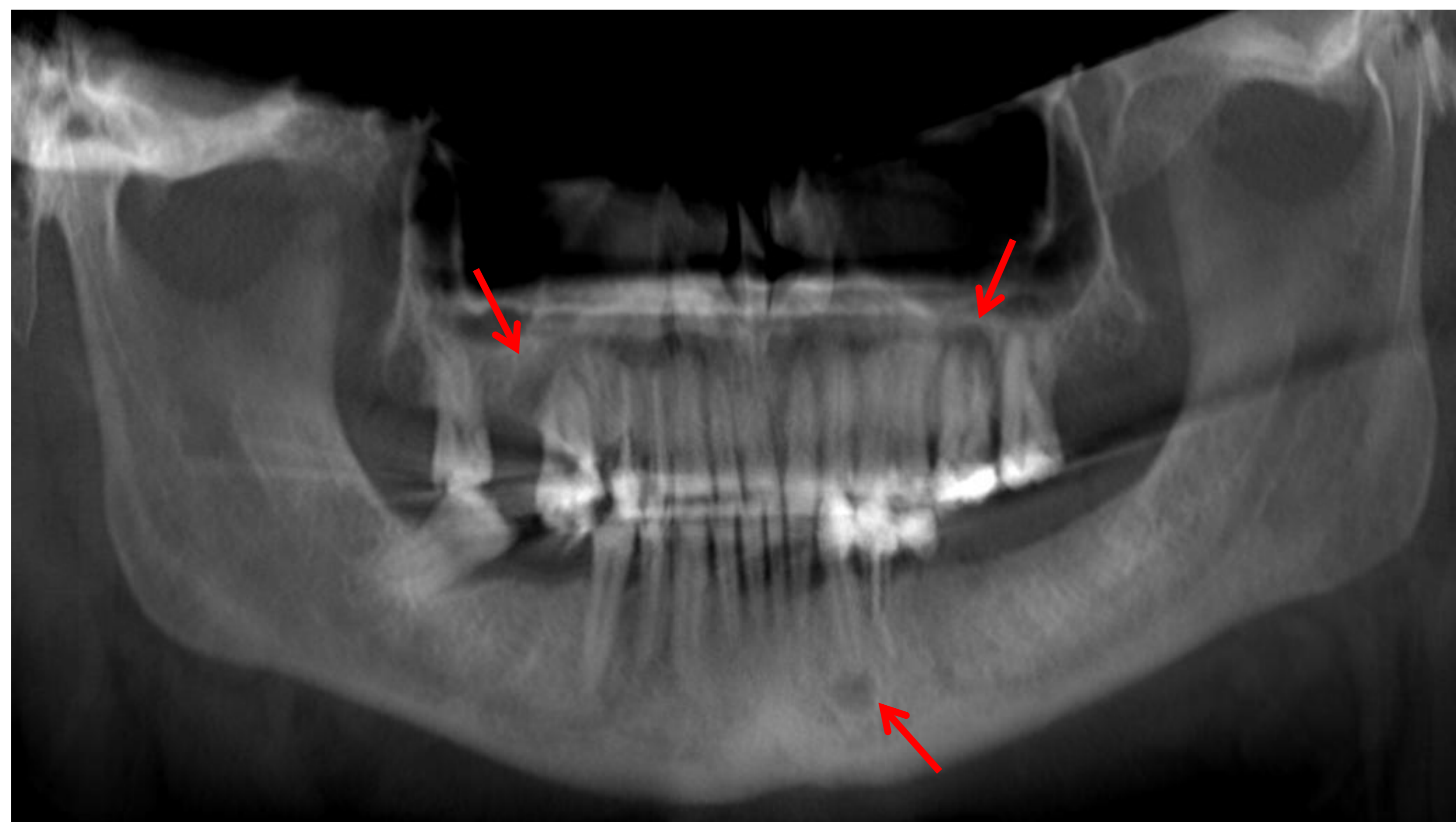
- Edentulismo
- Exodoncias
- Reconstrucciones
- Caries
- Quistes (>1 cm) o granulomas (< 1 cm) periapicales
- Quistes dentígeros
- Enfermedad periodontal



Granuloma periapical dependiente de la pieza 33



A y B. En el tercer cuadrante, se observa una imagen lítica tras **exodoncia reciente** de la teórica pieza 32 (\*). Esta erosiona la cortical vestibular (*flecha*) comunicando con el absceso submandibular.



Reconstrucción MPR 50 mm en paciente con **edentulismo parcial**, **reconstrucciones** dentales a múltiples niveles y **granulomas periapicales** dependientes de las piezas 16, 25 y 33 endodonciadas (*flechas*).



## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

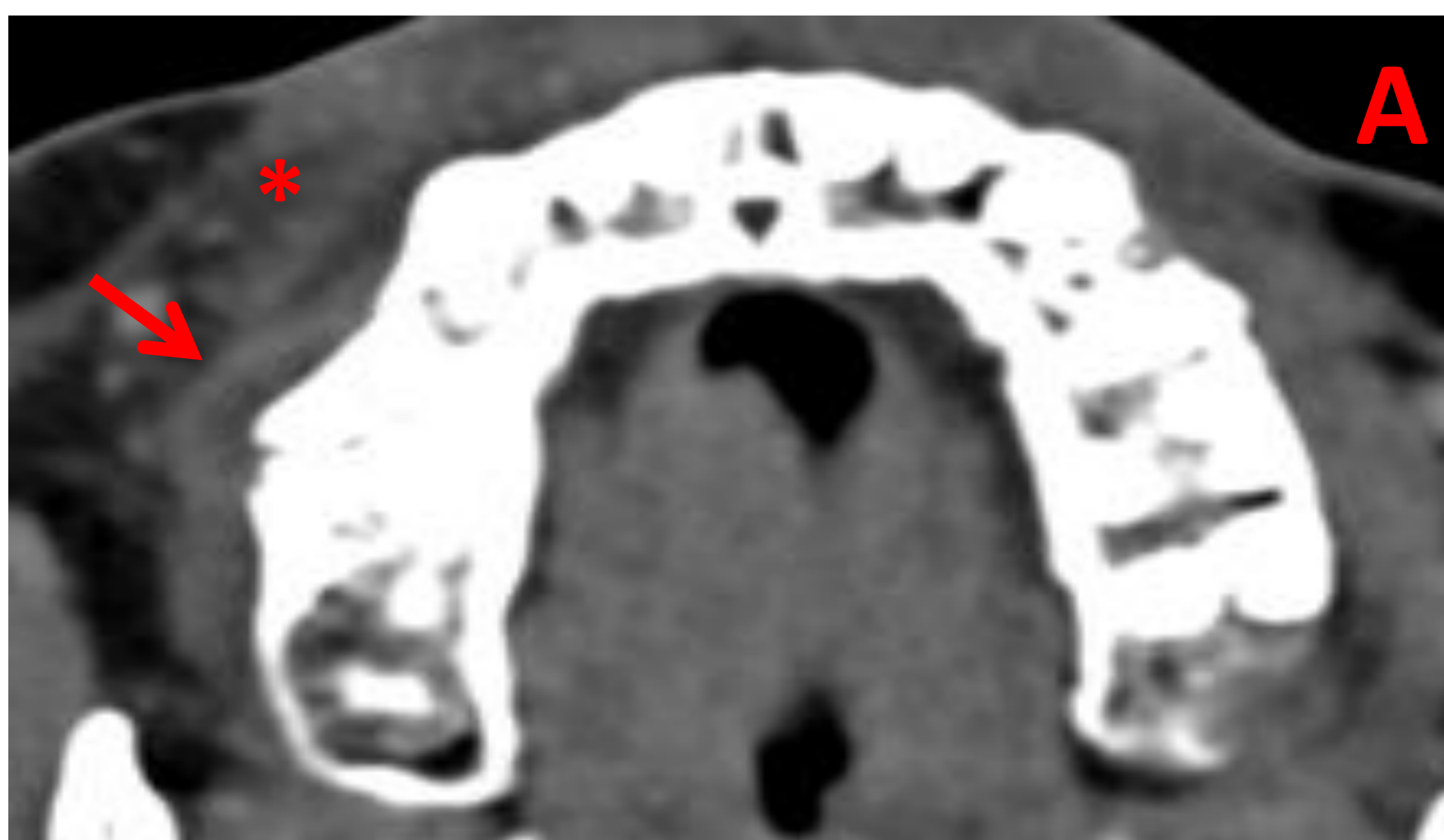
¿HAY ABSCESO?

Y SI HAY ABSCESO...

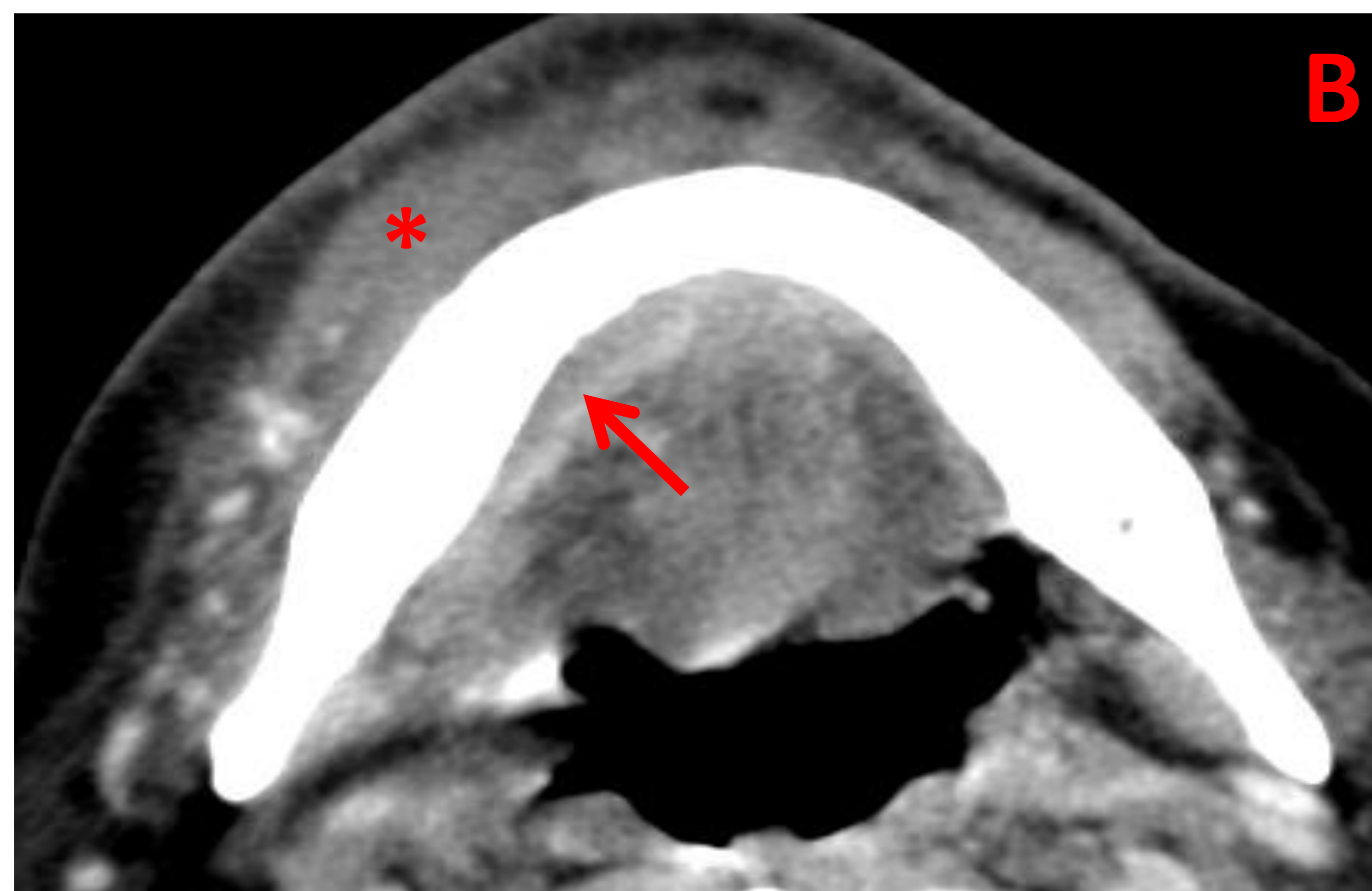
¿ES DRENABLE?

El **TAMAÑO** determina si un absceso es o no drenable. Por ello, es importante delimitarlo, proporcionar información exacta de su localización y dar sus medidas en diferentes planos.

*“Paciente con dolor e hinchazón en hemimandíbula derecha de 2 días de evolución, sin fiebre”:*



A. Colección hipodensa, bien delimitada, de 10 mm de diámetro máximo, compatible con **pequeño absceso**, adyacente a la pieza 16 (*flecha*). Flemón asociado en la grasa de vecindad (\*). Por su pequeño tamaño se trató de manera conservadora.



B. Pequeña colección hipodensa, de bordes no claramente definidos (*flecha*), adyacente a la cortical lingual, compatible con **absceso incipiente**. Aumento de las partes blandas y desdibujamiento de la grasa subcutánea que rodean a la cara vestibular, compatible con flemón (\*). Dado que no se trataba de una colección organizada, también se decidió un manejo conservador.

**Como radiólogos debemos informar sobre la presencia/ausencia de colecciones y sus características.**

**El manejo de las mismas será decisión del cirujano maxilofacial.**



## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

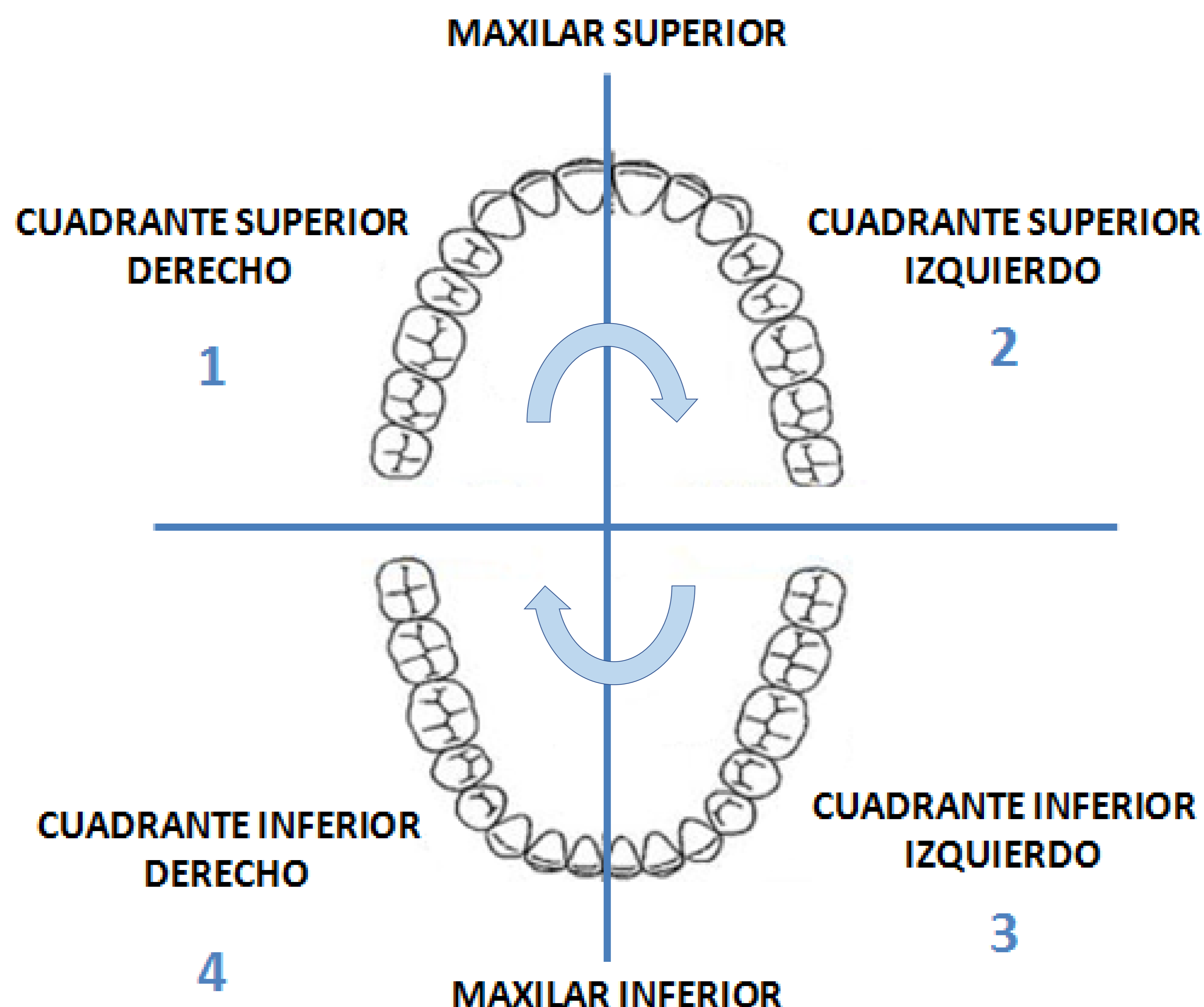
### IDENTIFICACIÓN DE LA PIEZA RESPONSABLE

Los abscesos odontogénicos suelen localizarse próximos al foco de entrada de la infección y, por tanto, de la pieza dental afectada.

Por este motivo es fundamental conocer la enumeración dental.

Cada **maxilar** (*superior e inferior*) se divide en **dos cuadrantes** (*derecho e izquierdo*) al trazar una línea media a nivel de los incisivos frontales (perpendicular a los mismos).

De esta manera distinguimos **cuatro cuadrantes** (*dos superiores y dos inferiores*) que se enumeran de arriba hacia abajo en sentido horario (empezando por el maxilar superior derecho).





## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

### IDENTIFICACIÓN DE LA PIEZA RESPONSABLE

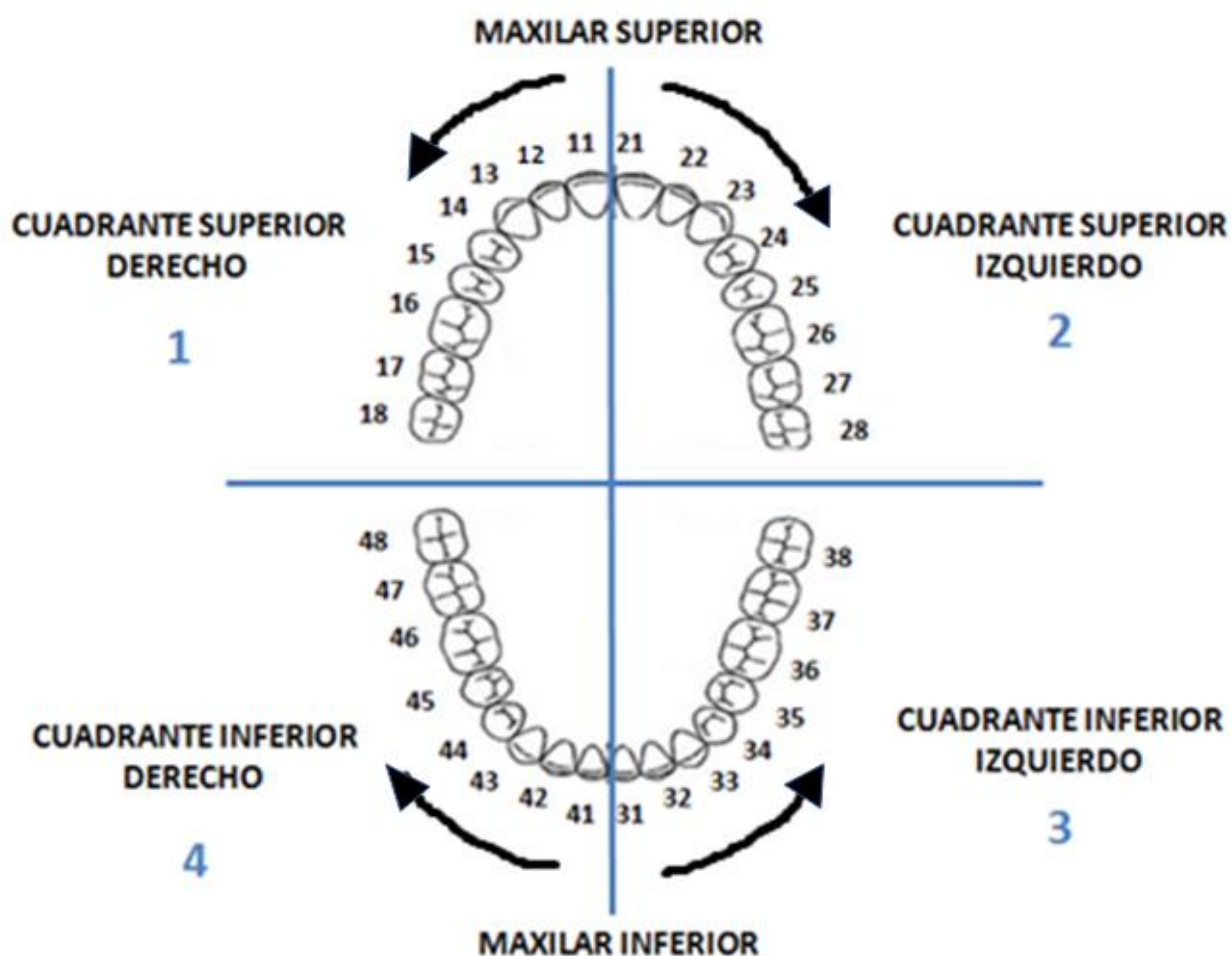
Cada pieza dental se enumera con dos cifras: la primera, hace referencia al cuadrante en el que se sitúa y, la segunda, a la posición que ocupa en su cuadrante (desde el incisivo frontal hasta el último molar).

-**VESTIBULAR** (labial, facial o bucal): cara dental orientada hacia el labio.

-**LINGUAL O PALATINA**: cara dental orientada hacia la lengua (dientes inferiores) o el paladar (dientes superiores).

- **MESIAL**: superficie lateral de un diente más próxima a la línea media de la cara.

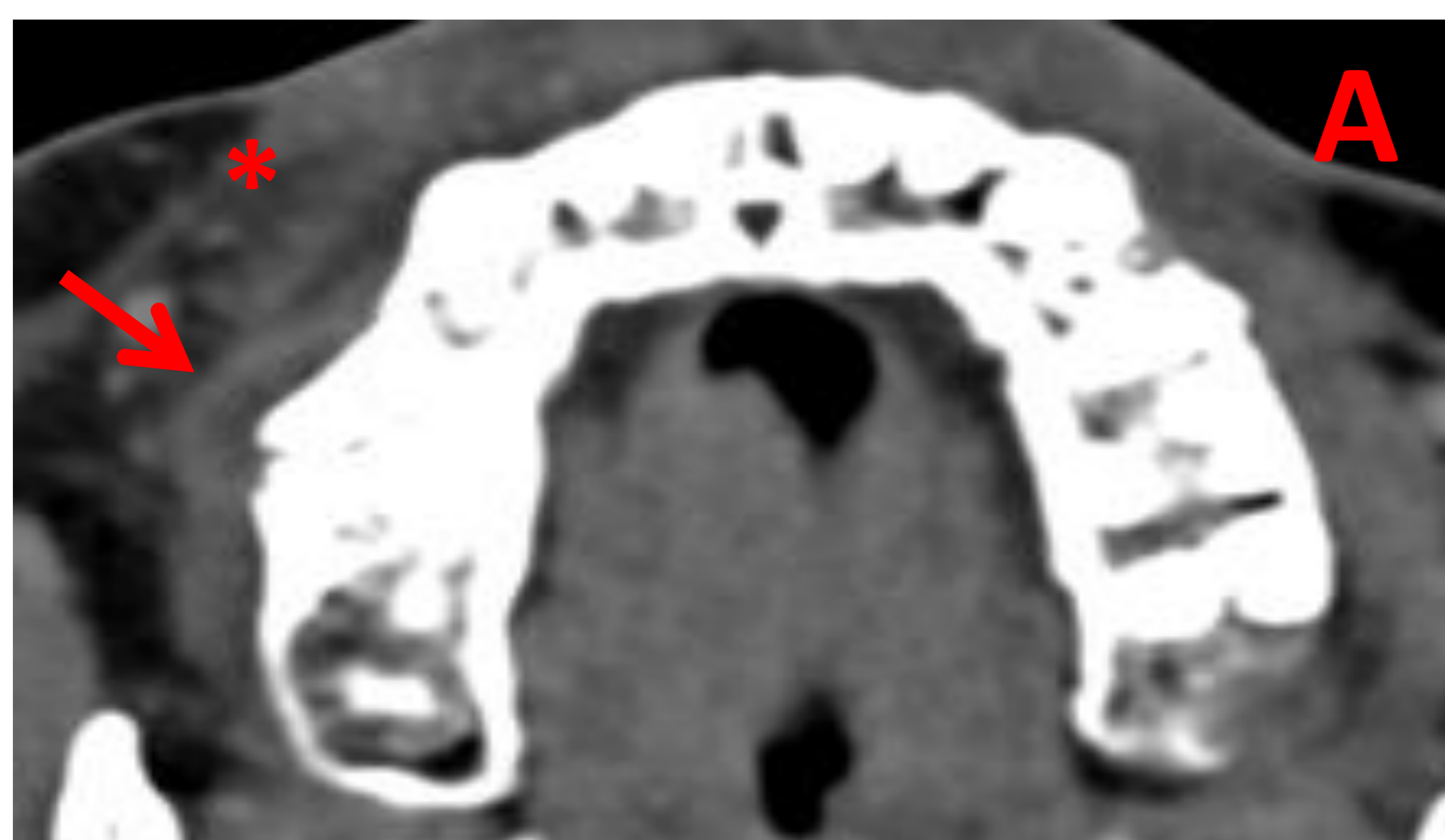
- **DISTAL**: superficie lateral del diente que se aleja de la línea media de la cara.





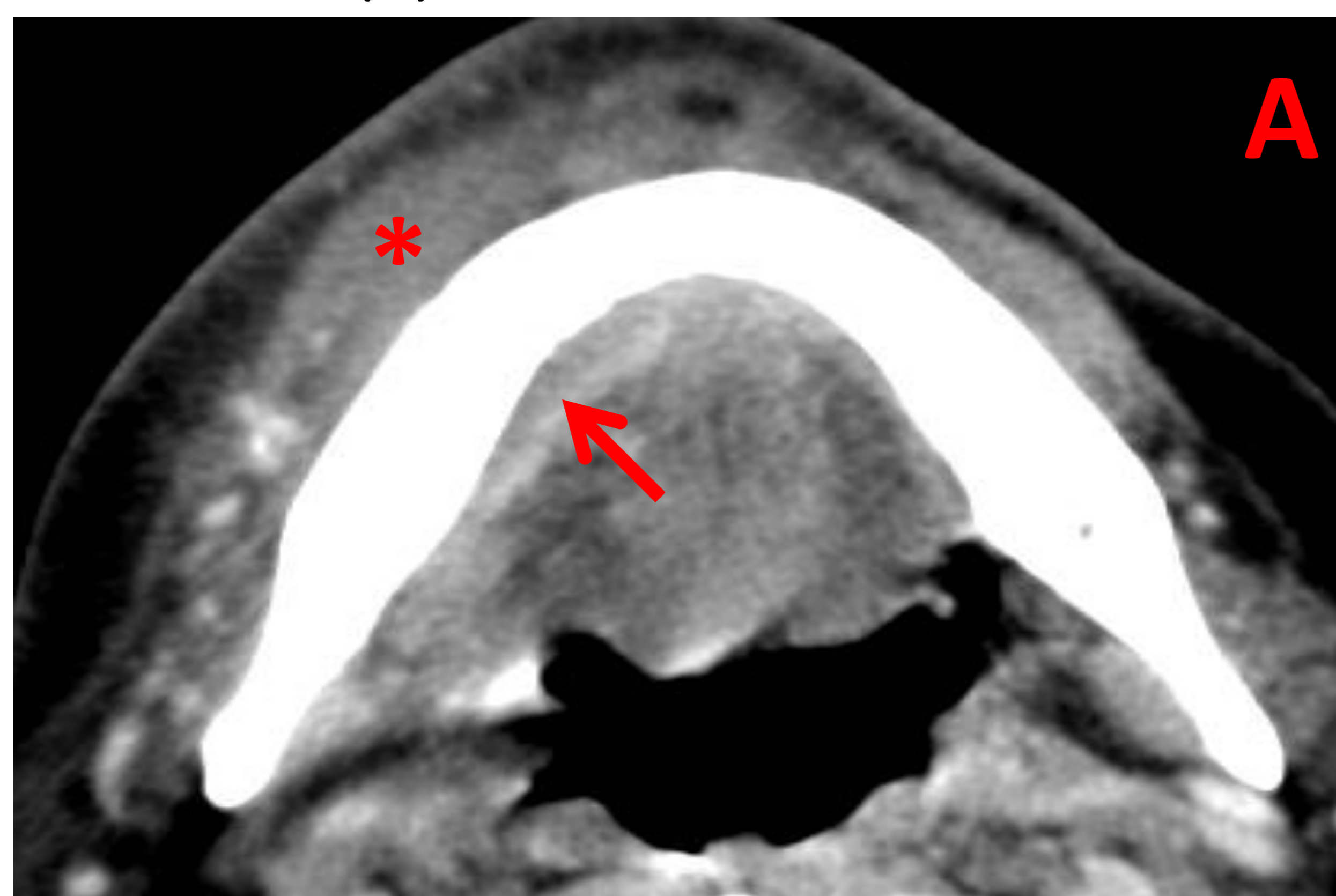
## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

“Paciente con dolor e hinchazón en hemimandíbula derecha de 2 días de evolución, sin fiebre”:



A. Colección hipodensa bien delimitada, de 10 mm de diámetro máximo, compatible con **pequeño absceso**, adyacente a la pieza 16 (*flecha*). Flemón asociado en la grasa de vecindad (\*).

B. Lesiones líticas rodeando a las raíces de la pieza 16, compatibles con **granulomas periapicales**, que ocasionan interrupción de la cortical vestibular (*flecha*).



A. Pequeña colección hipodensa (*flecha*), adyacente a la cortical lingual, compatible con **absceso incipiente**. Aumento de partes blandas y desdibujamiento de la grasa subcutánea que rodean a la cara vestibular, compatible con flemón (\*).



B y C. Edentulismo parcial con extensa enfermedad periodontal. El proceso inflamatorio parece depender de la teórica pieza 43, la cual presenta afectación de su corona por caries (\*) y una lesión lítica rodeando a su raíz, compatible con granuloma periapical (*flecha roja*). Además, se aprecia una hipodensidad en el hueso mandibular, con adelgazamiento de su cortical en la región lingual en relación con un foco de **osteomielitis** (*flecha azul*).





## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

### ¿CUÁL ES SU EXTENSIÓN Y RELACIÓN CON LOS TEJIDOS Y LAS ESTRUCTURAS ADYACENTES?

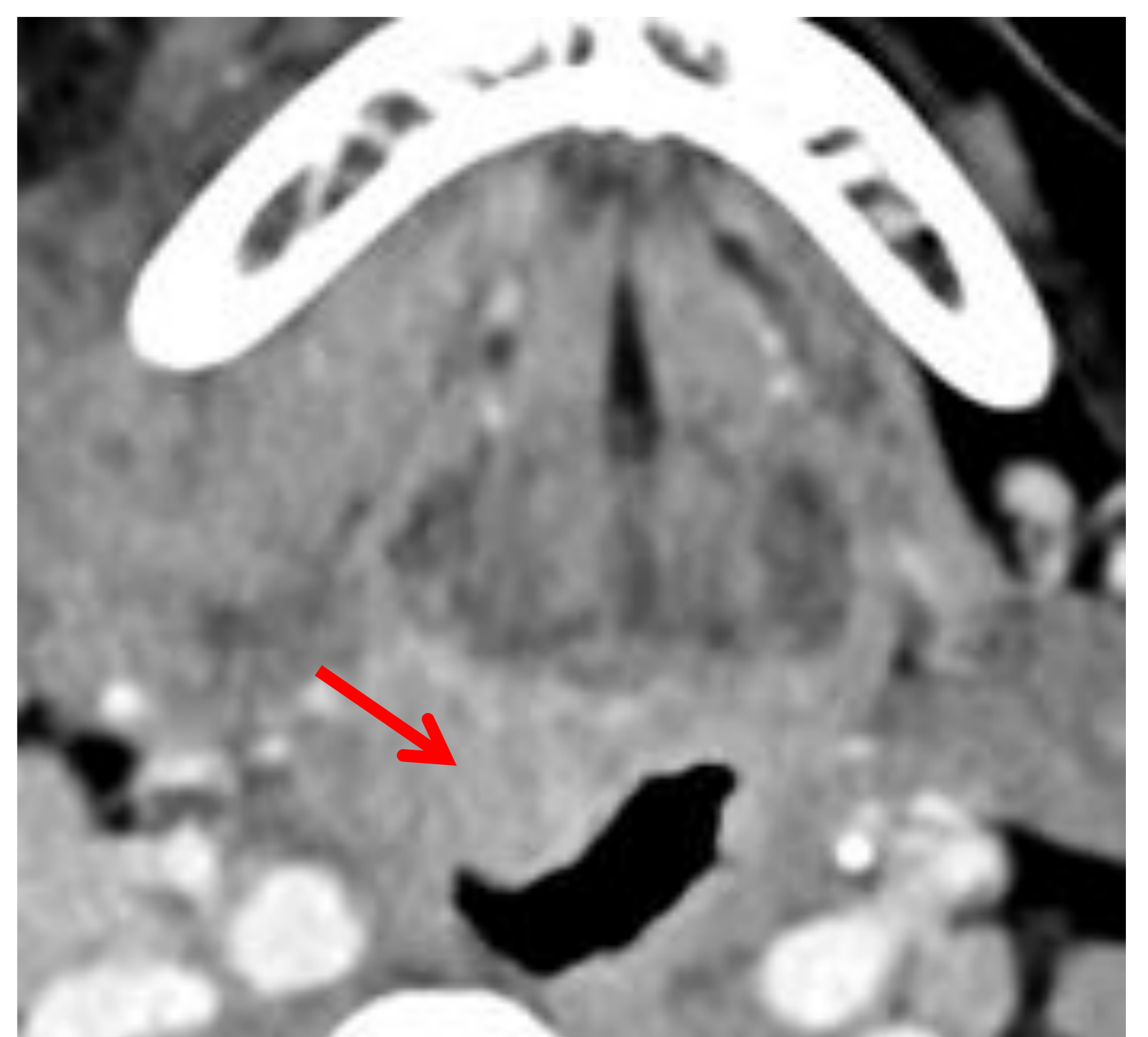
Como en cualquier otra patología, es fundamental valorar la magnitud del proceso infeccioso. En el caso de los abscesos odontogénicos, al igual que en el resto de abscesos del cuello, esto cobra especial interés ya que este contiene estructuras de vital importancia albergadas en los diferentes espacios cervicales, creados a partir de la fascia cervical profunda.

### ¿EXISTEN COMPLICACIONES?

Al igual que ocurre con otros procesos infecciosos, los abscesos odontogénicos se pueden propagar por contigüidad, afectando a estructuras adyacentes o bien a distancia, por vía hematogena, derivando en complicaciones que, en ocasiones, resultan potencialmente mortales.

**COMPROMISO DE LA VÍA AÉREA:** Por extensión al espacio parafaríngeo.

Afectación del espacio parafaríngeo derecho con obliteración de la luz de la faringe, pero sin llegar a obstruirla (flecha).





## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

### ¿EXISTEN COMPLICACIONES?

#### MEDIASTINITIS:

Por extensión descendente del proceso infeccioso al mediastino.

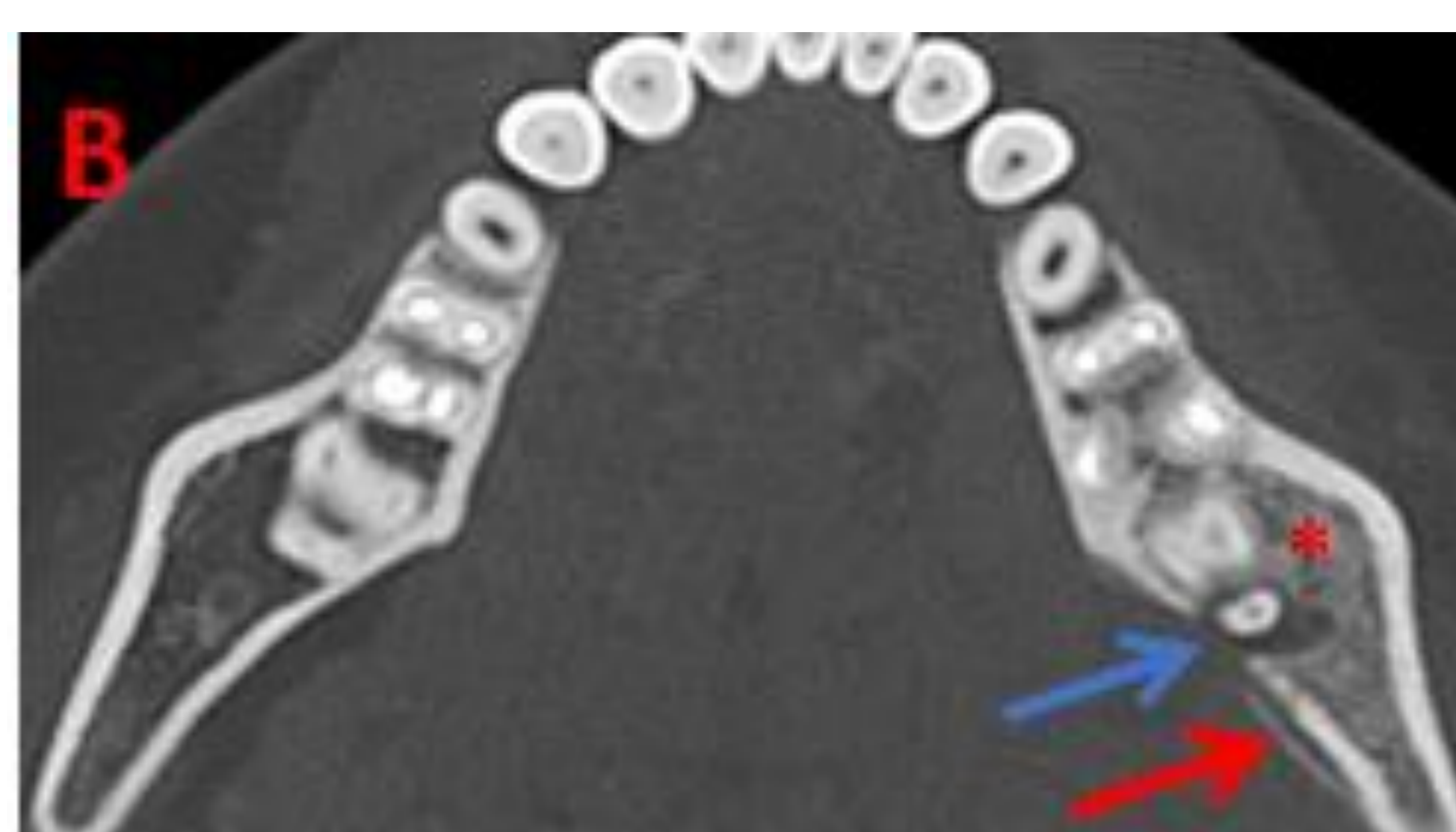
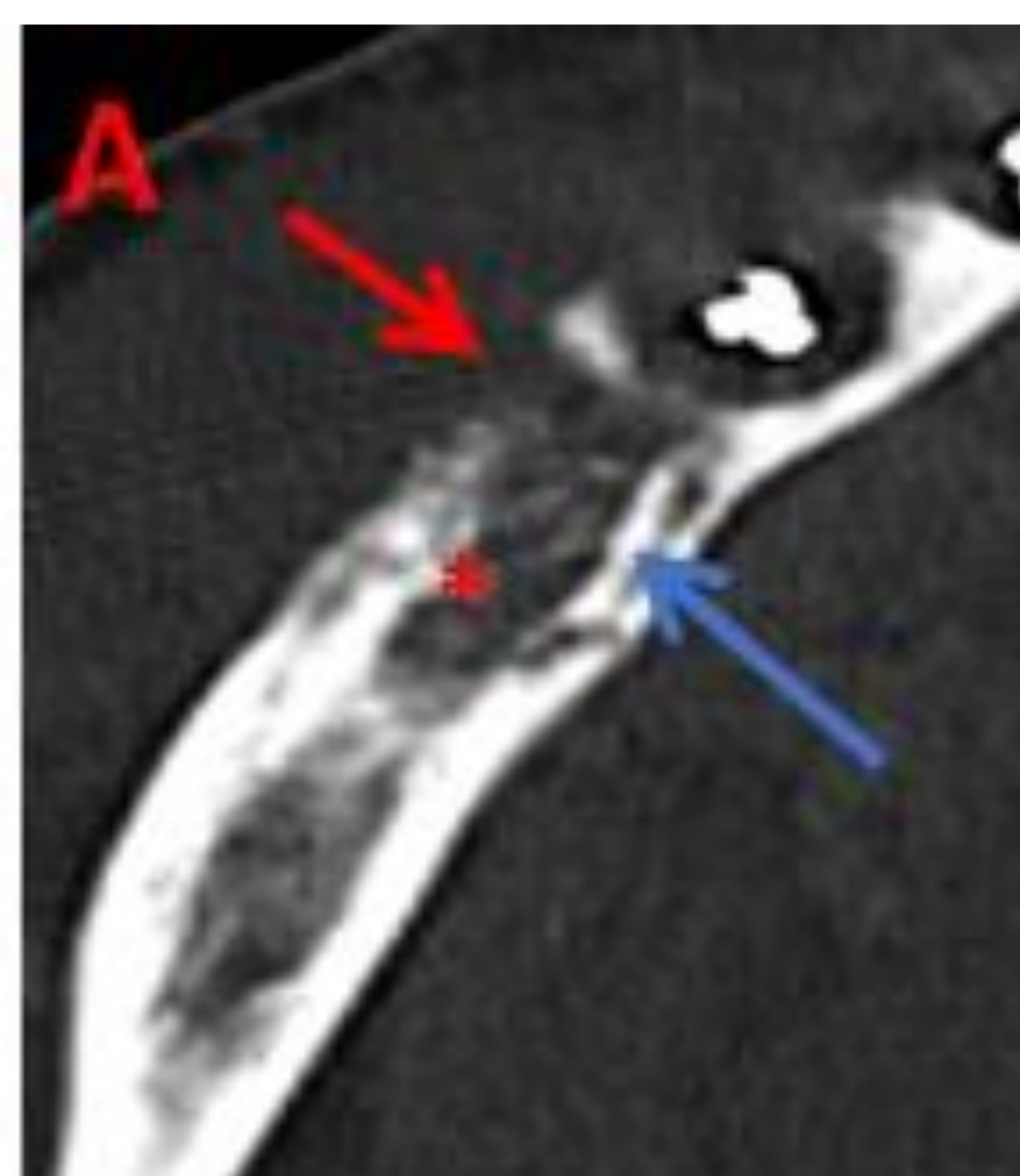


Estriación de la grasa del mediastino anterior (*flechas*) secundaria a cambios inflamatorios que se extienden desde la región cervical (\*).

#### OSTEOMIELITIS:

La TC es la técnica de elección para valorar la afectación ósea.

A. Disminución de la densidad medular ósea (\*), interrupción de la cortical vestibular (flecha roja) y secuestro de fragmentos óseos (flecha azul).



B. Aumento de la densidad medular ósea (\*) y reacción perióstica lisa (*flecha roja*). Granuloma periapical dependiente de la pieza 38, que produce interrupción de la cortical lingual (*flecha azul*).

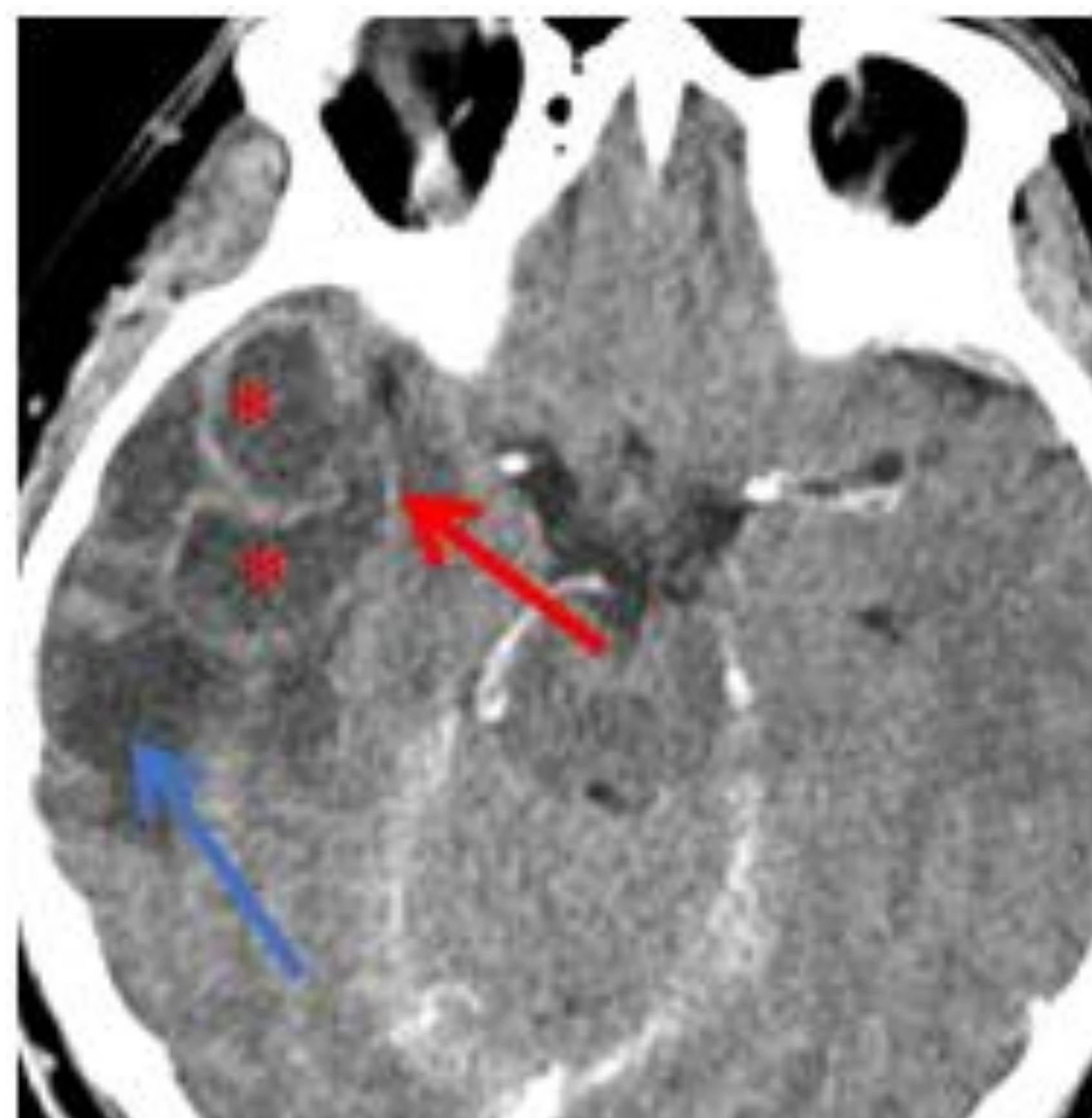


## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

### ¿EXISTEN COMPLICACIONES?

#### MENINGITIS Y ABSCEOS CEREBRALES :

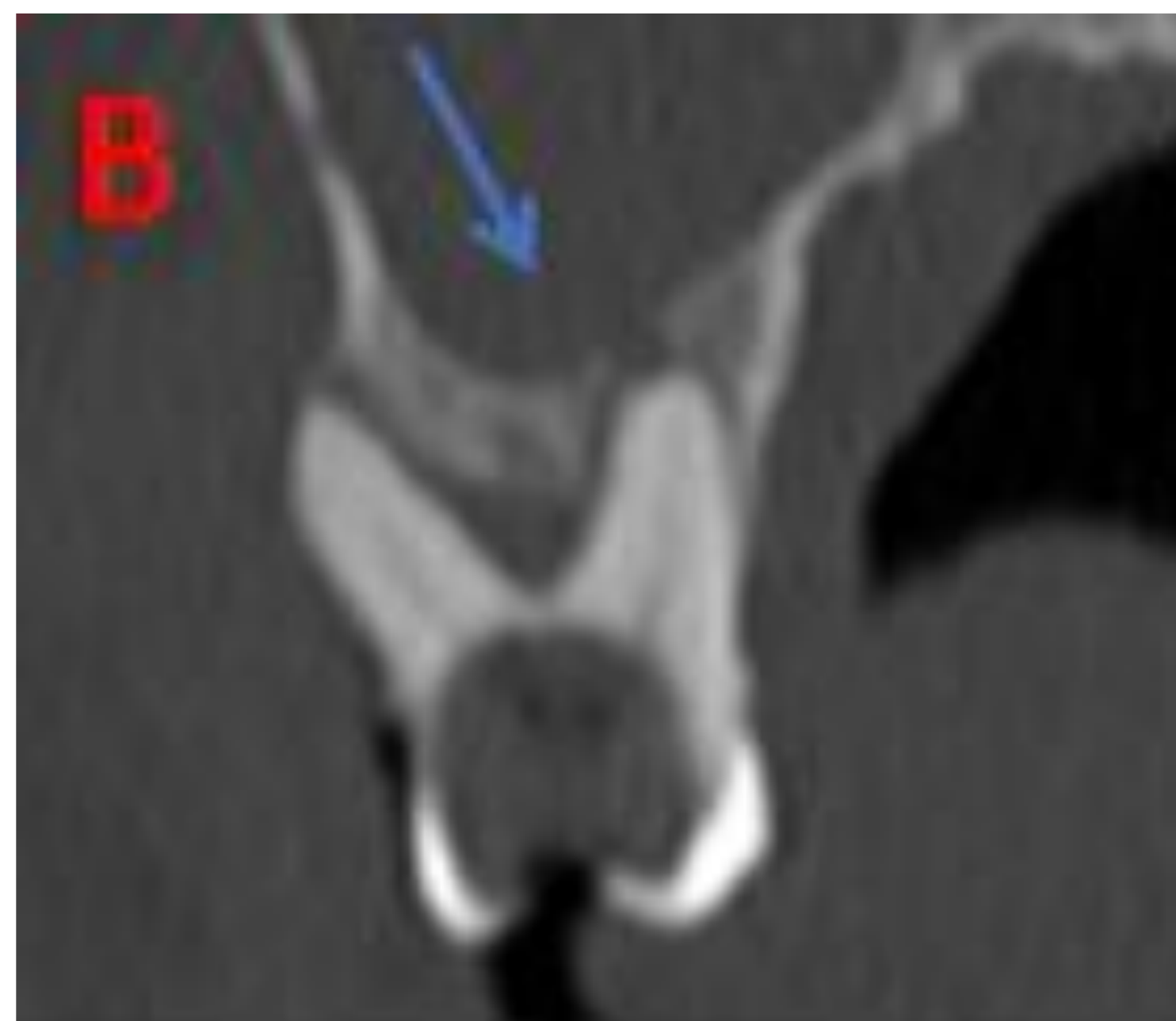
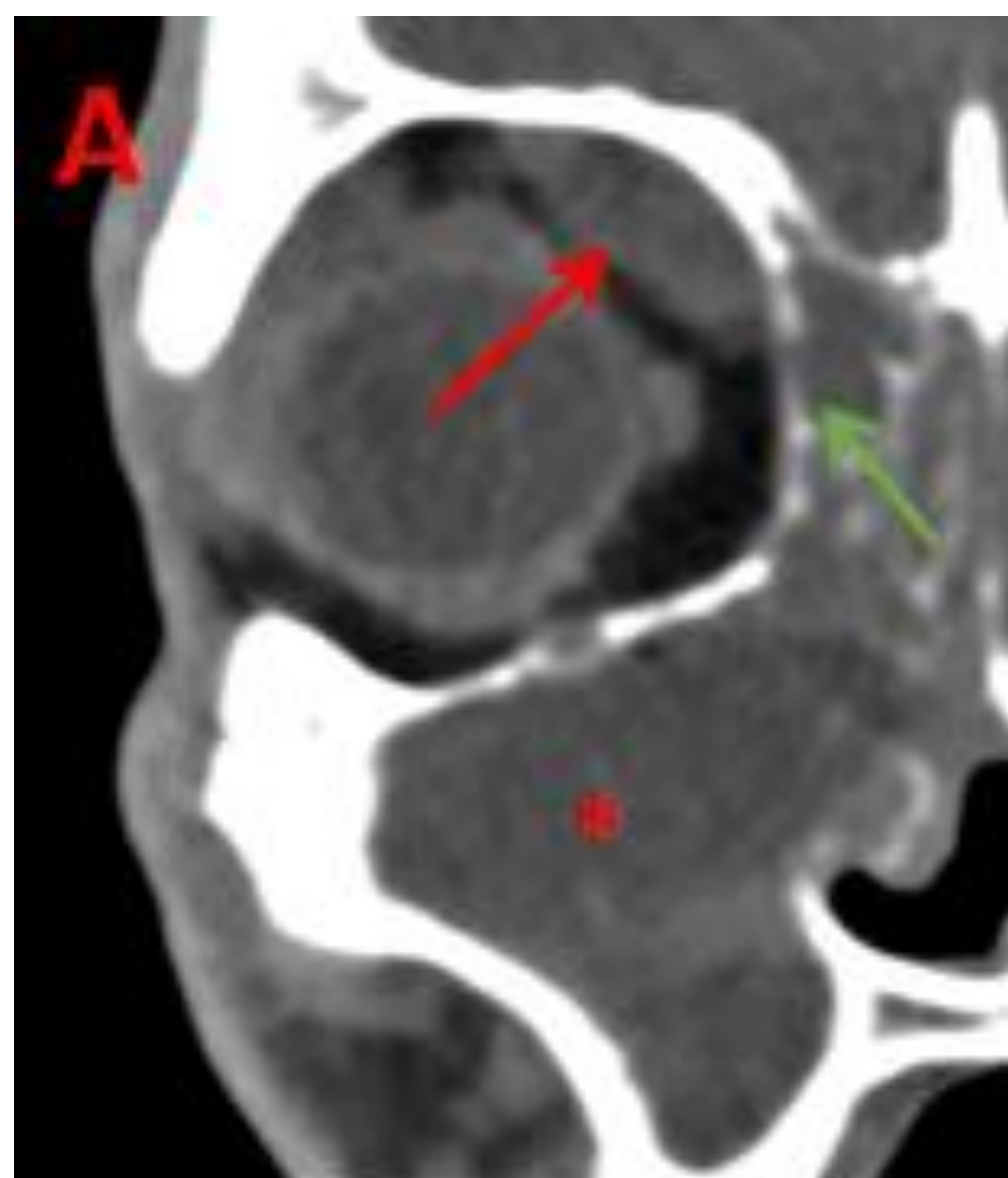
Por diseminación hematológica de la infección.



Lesiones hipodensas en lóbulo temporal derecho (\*), con halo periférico que realza con contraste (*flecha roja*) y área hipodensa a su alrededor en relación con edema (*flecha azul*).

#### SINUSITIS ODONTOGÉNICA:

Inflamación del seno maxilar secundaria a patología o procedimientos dentales. Representa hasta el 70% de casos de sinusitis maxilar crónica y es la causa más frecuente de sinusitis maxilar unilateral.



A y B. Sinusopatía inflamatoria maxilar derecha (\*) odontogénica, en relación con fístula oroantral de la pieza 16 (*flecha azul*). Lesión compatible con absceso subperióstico en margen superointerno orbitario (*flecha roja*), secundario a pequeñas áreas de erosión de la lámina papirácea (*flecha verde*).

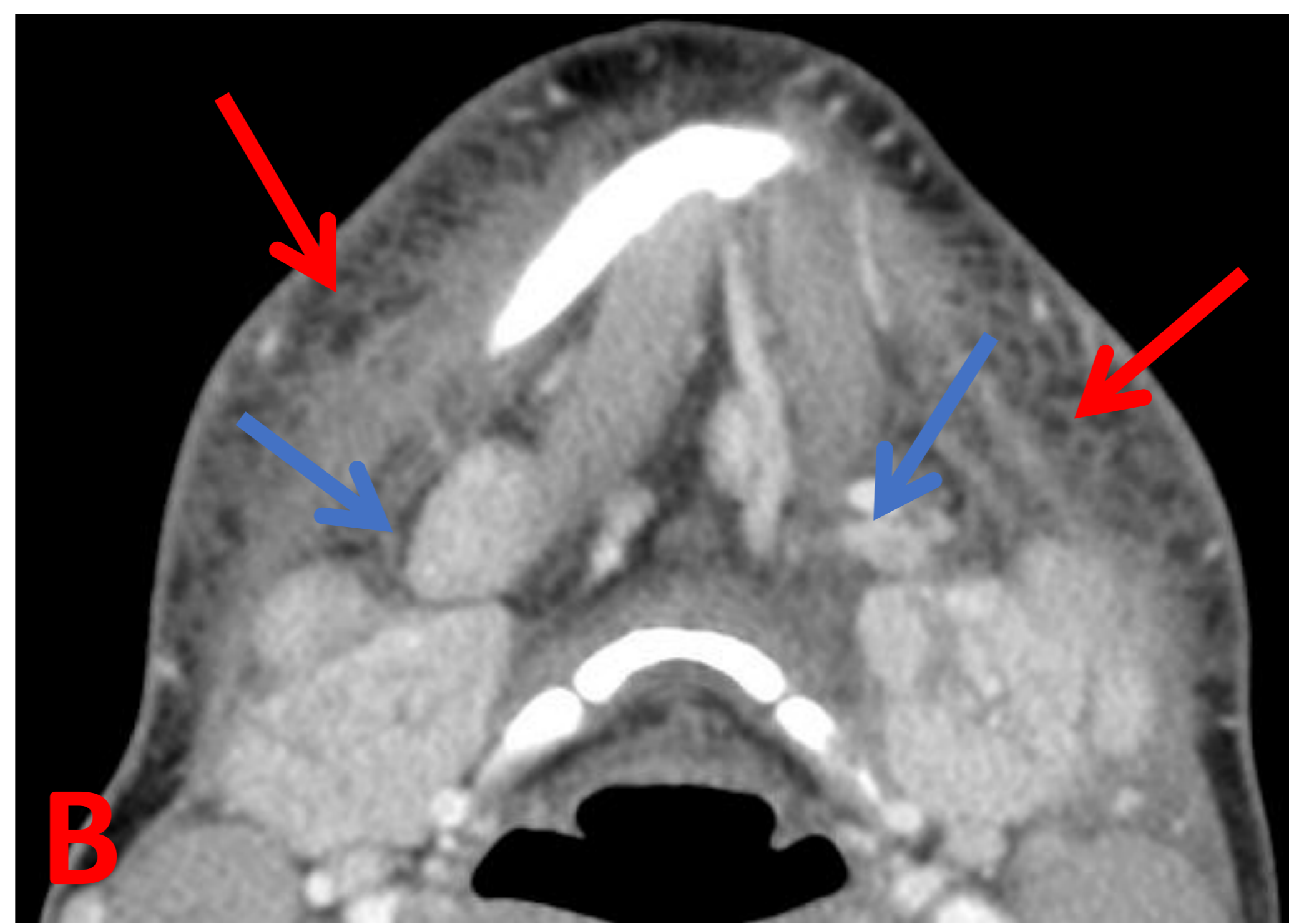
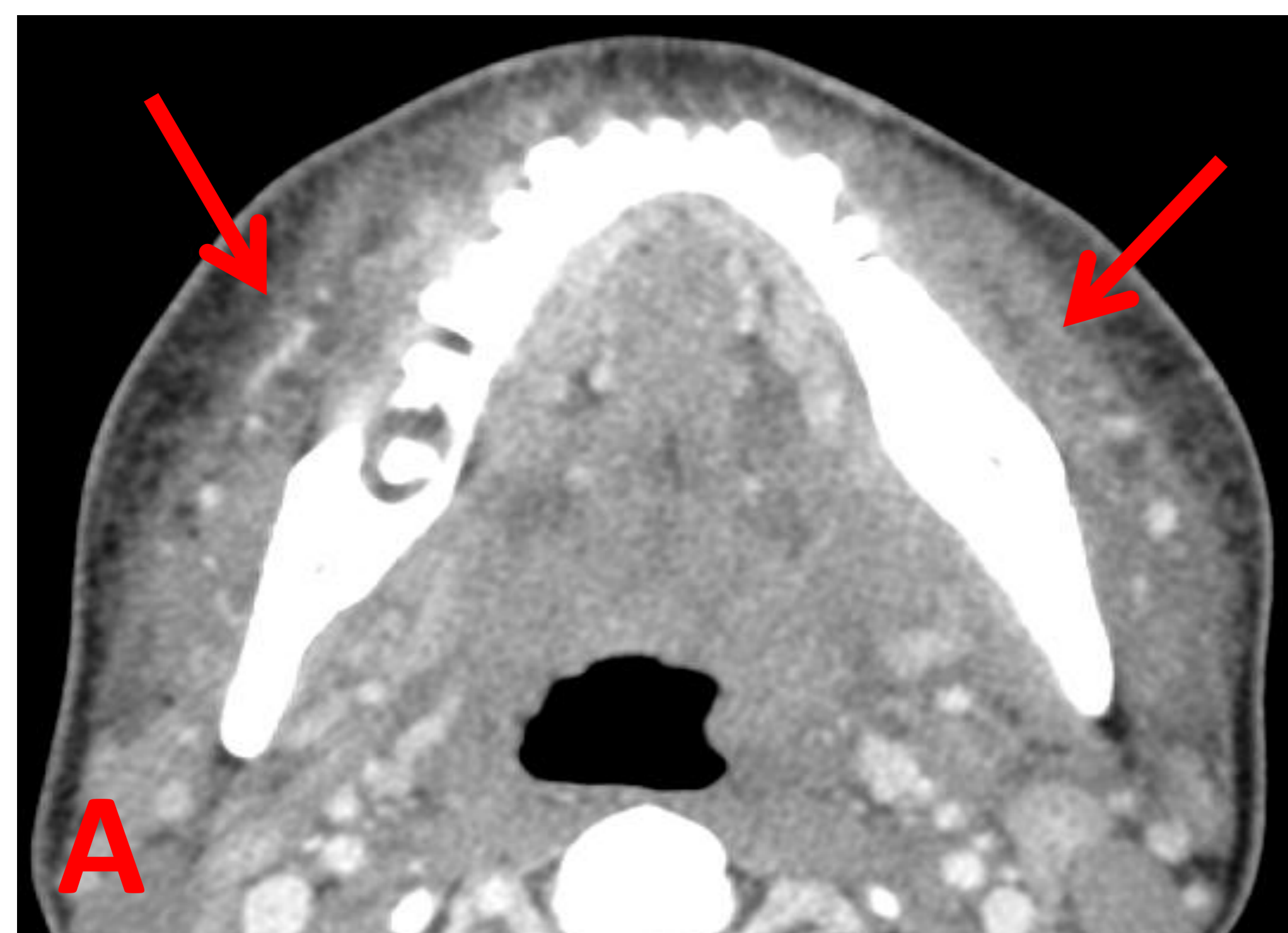


## INFORMACIÓN NECESARIA PARA EL CLÍNICO O CIRUJANO MAXILOFACIAL

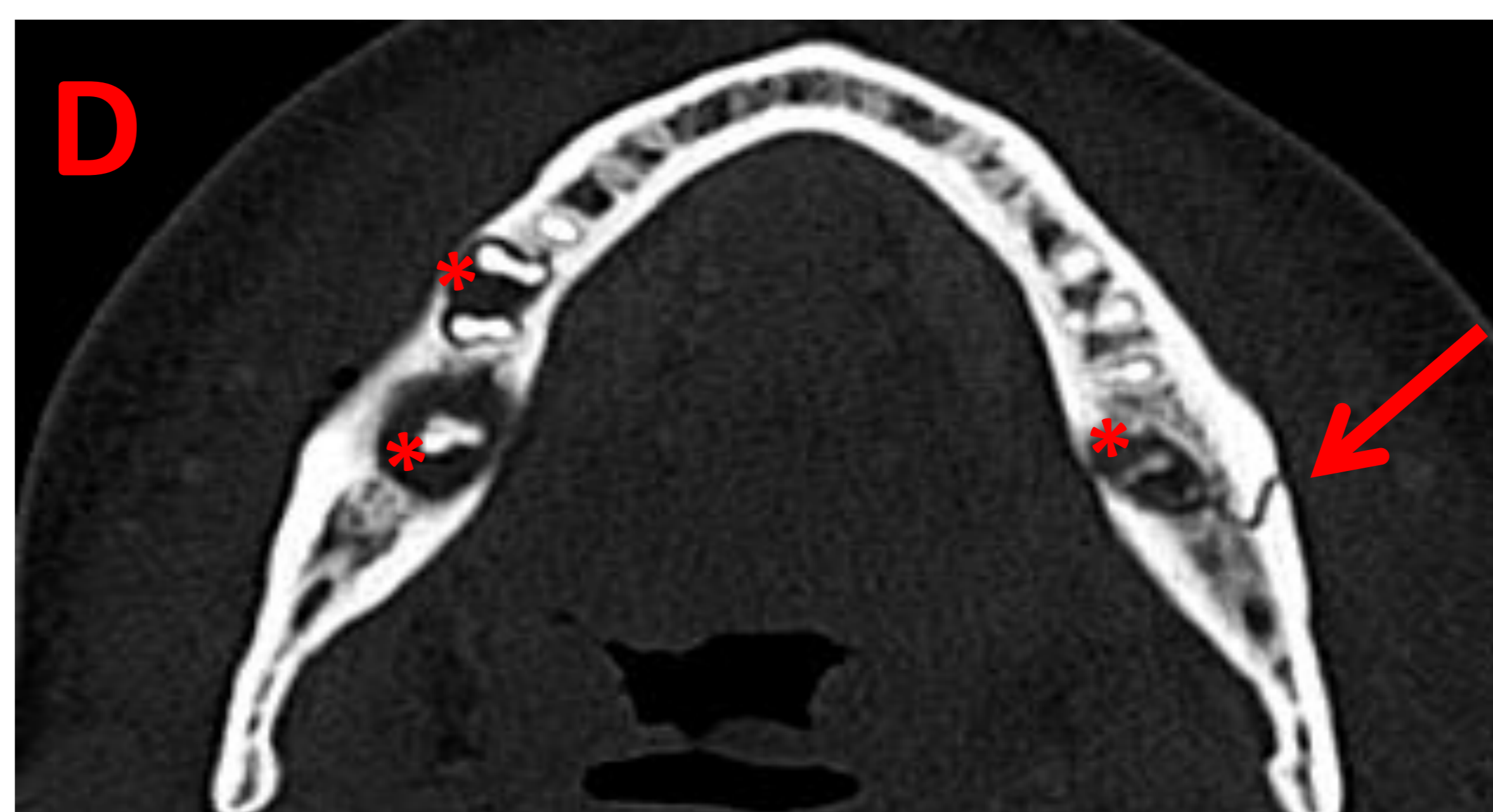
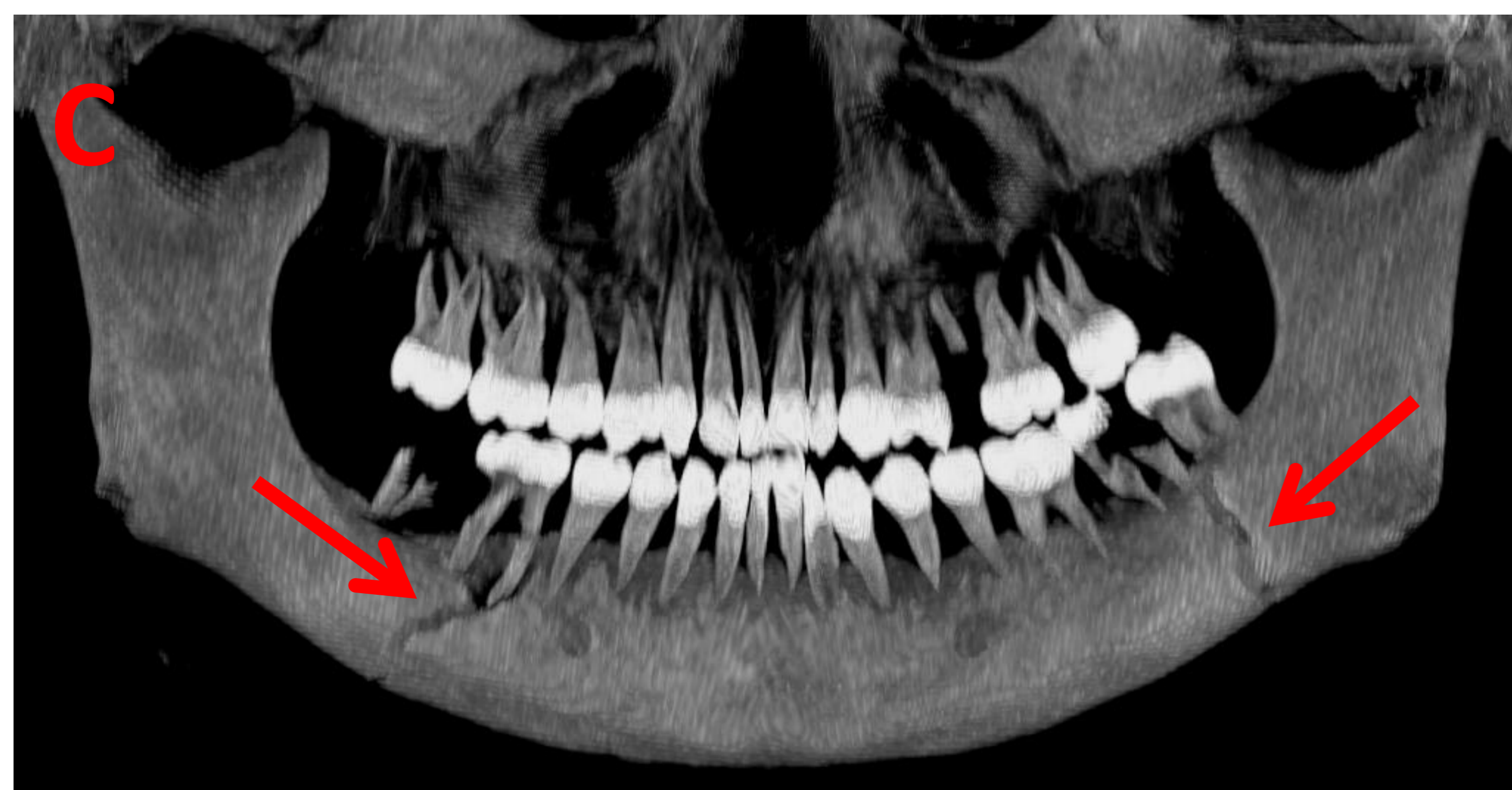
### ¿EXISTEN COMPLICACIONES?

#### ANGINA DE LUDWING:

Inflamación rápidamente progresiva del suelo de la boca por la propagación de una infección desde los espacios submandibular, sublingual y/o submentoniano. Proceso potencialmente mortal por alto riesgo de compromiso de la vía aérea.



A y B. Extensa inflamación del tejido celular subcutáneo del suelo de la boca (*flechas rojas*), con engrosamiento de las fascias. Múltiples ganglios reactivos submaxilares bilaterales (*flechas azules*).



C y D. Boca séptica con caries a múltiples niveles y extensa enfermedad periodontal. Rodeando las piezas 37, 46 y 47 se observan lesiones radiolucientes óseas compatibles con quistes periapicales (\*) y trayectos fistulosos que se abren, tanto a la cortical vestibular como lingual y al suelo de la boca (*flechas*).



## MODELO DE INFORME RADIOLÓGICO PARA LOS ABSCESOS ODONTOGÉNICOS

**TÉCNICA:** Se realiza TC de cuello tras la administración de CIV (*ej.: 80 mL de contraste iodado a 3 mL/s*) con cortes axiales, adjuntando reconstrucciones multiplanares y panorámicas.

### DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO:

Presencia /ausencia de colección:

- Dimensiones
- Localización

Presencia o ausencia de edema y extensión.

Existe/no existe compromiso de la vía aérea .

Pieza dental responsable (número), la cual se encuentra (reconstruída, afectada por caries, etc.) y se acompaña de una lesión lítica mandibular rodeando a su corona/raíz compatible con (granuloma periapical, quiste dentígero, etc.)

Se observan/no se observan signos de osteomielitis en el hueso adyacente.

Presencia o ausencia de complicaciones.

### CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:

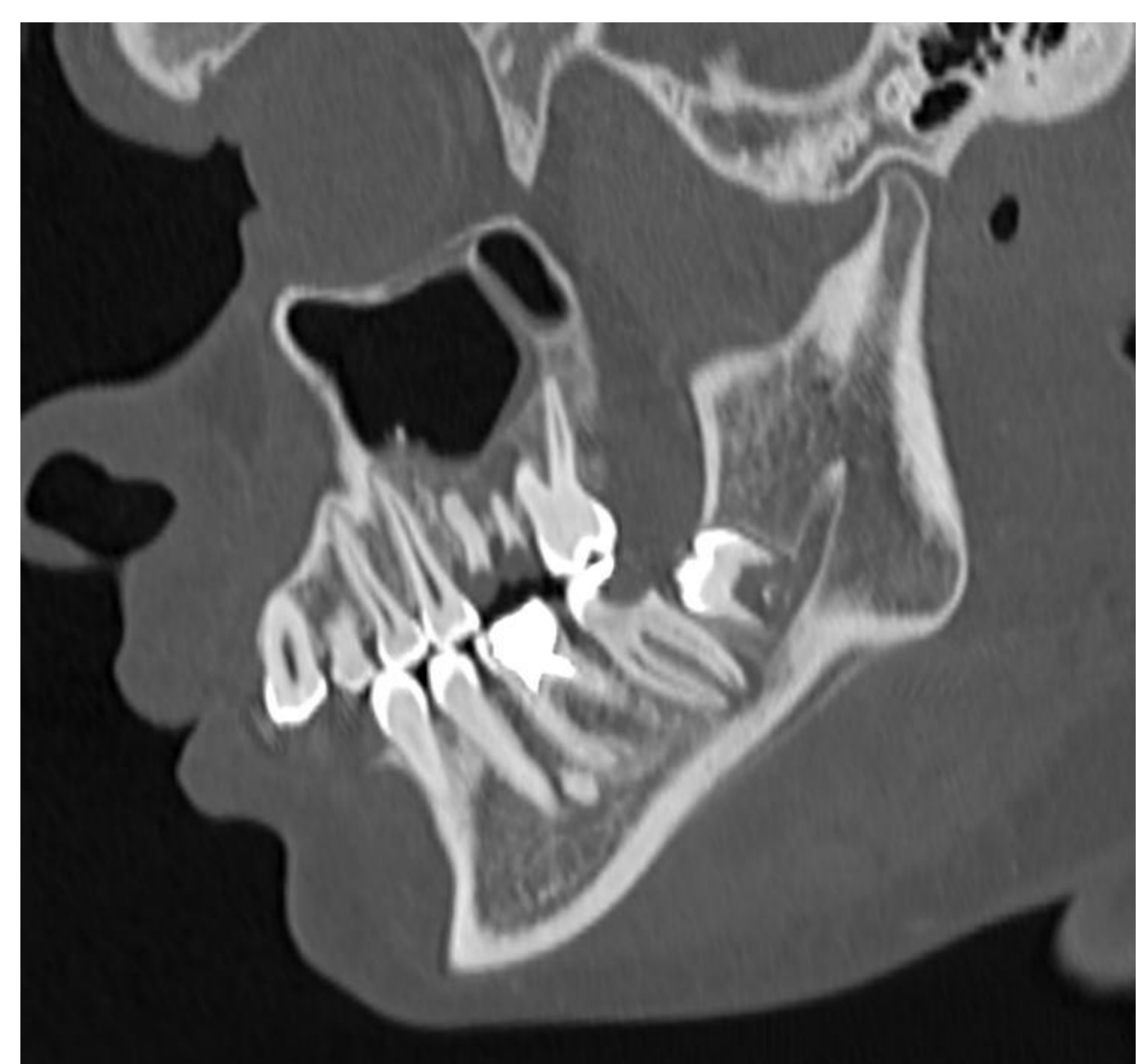
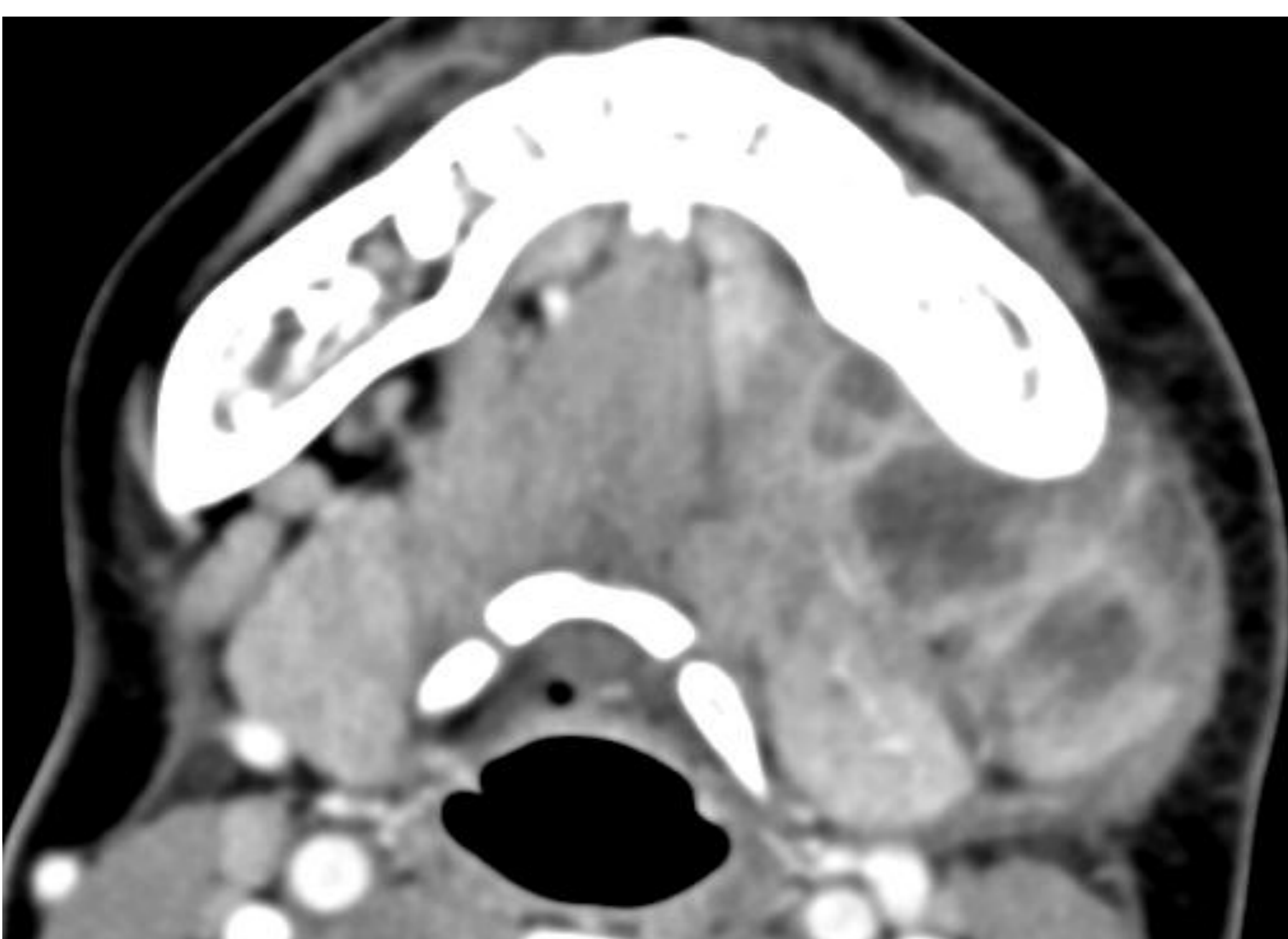
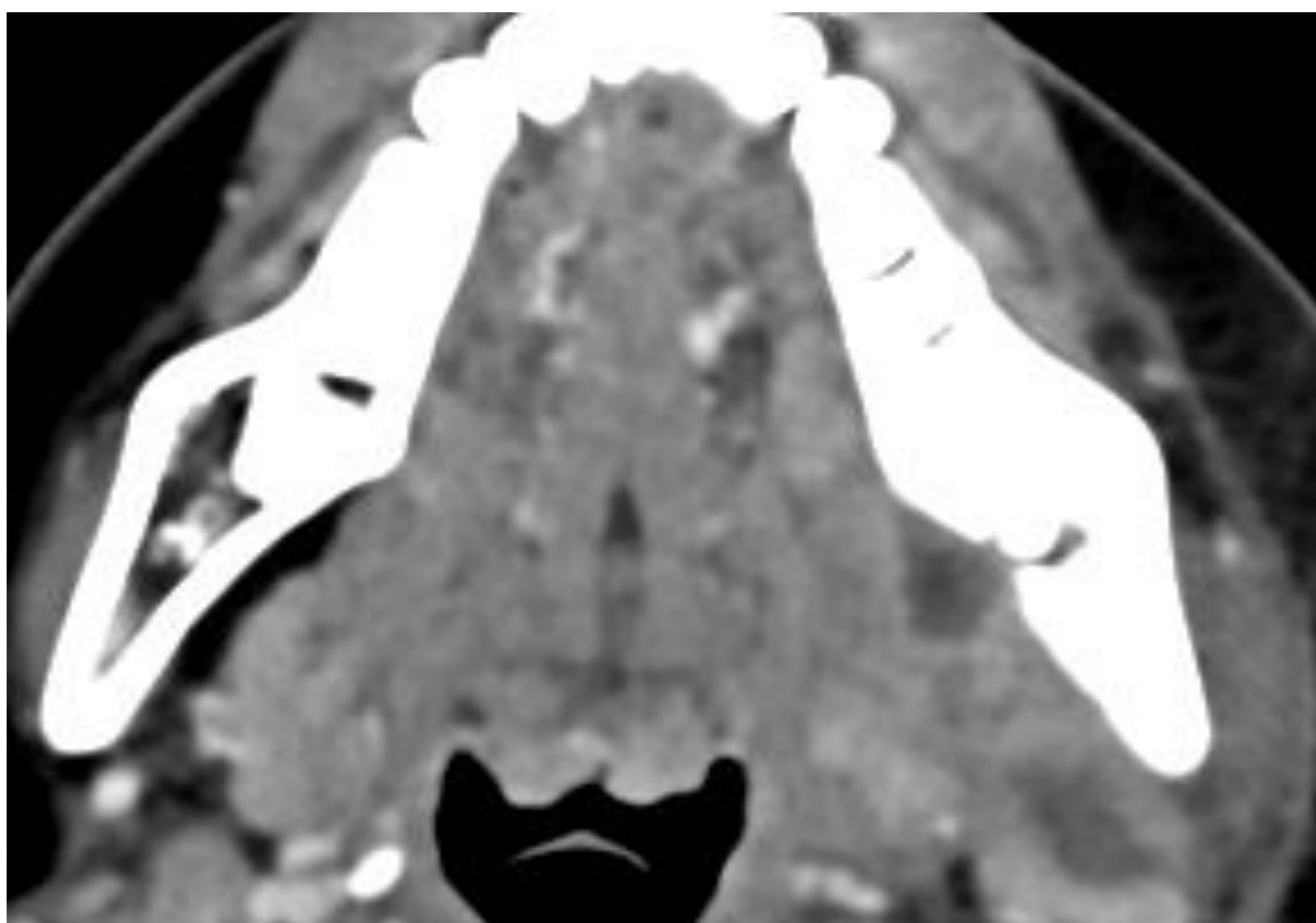
*Absceso odontogénico en espacio .....de origen en la pieza .....*



## CASOS CLÍNICOS

### CASO 1

**INFORMACIÓN CLÍNICA REMITIDA:** Mujer de 15 años que acude al servicio de urgencias por empeoramiento clínico de flemón en región submandibular izquierda, en probable relación con la pieza dental 17 (afectada por caries), a pesar de tratamiento antibiótico.





## CASOS CLÍNICOS

### CASO 1

#### **DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO:**

En la región submandibular izquierda, rodeando a la rama mandibular, se observa una colección organizada, de aproximadamente 4,5 cm de diámetro máximo (anteroposterior, medido en el plano axial), compatible con absceso.

Este presenta una morfología irregular, realce de la pared y signos de tabicación.

Se acompaña de cambios inflamatorios en la grasa de su alrededor que se pone en relación con un flemón.

Se observan múltiples ganglios aumentados de tamaño a nivel submandibular, compatibles con ganglios reactivos.

Estos hallazgos parecen estar en relación con la pieza dental 38, la cual se encuentra afectada por caries, visualizando además una lesión lítica maxilar que rodea a su raíz, compatible con un granuloma periapical. Este produce una disrupción de la cortical vestibular comunicando con el absceso.

Además, se observa un aumento de densidad en la medular del hueso mandibular adyacente y una reacción perióstica de características benignas que indican la presencia de osteomielitis.

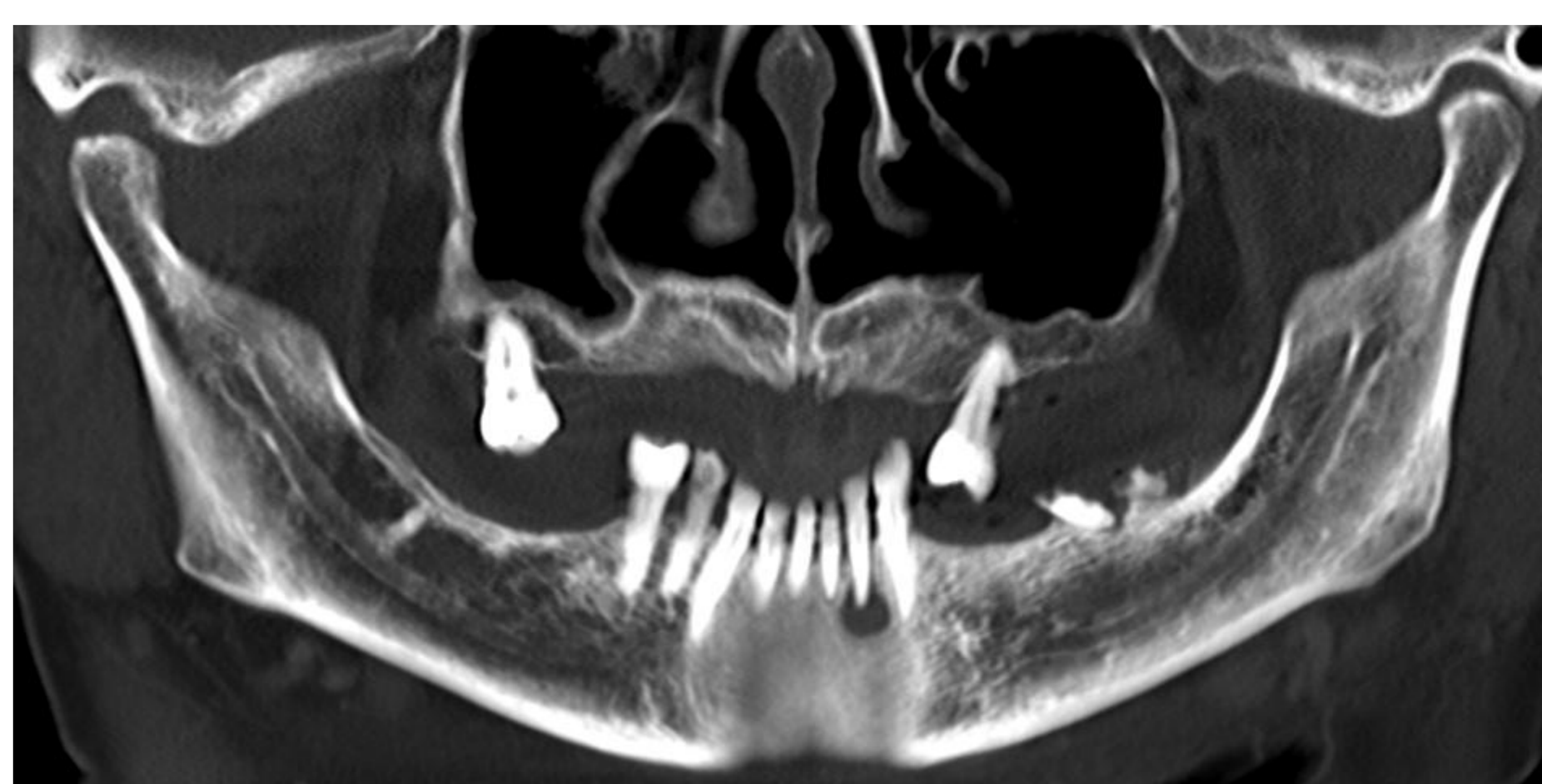
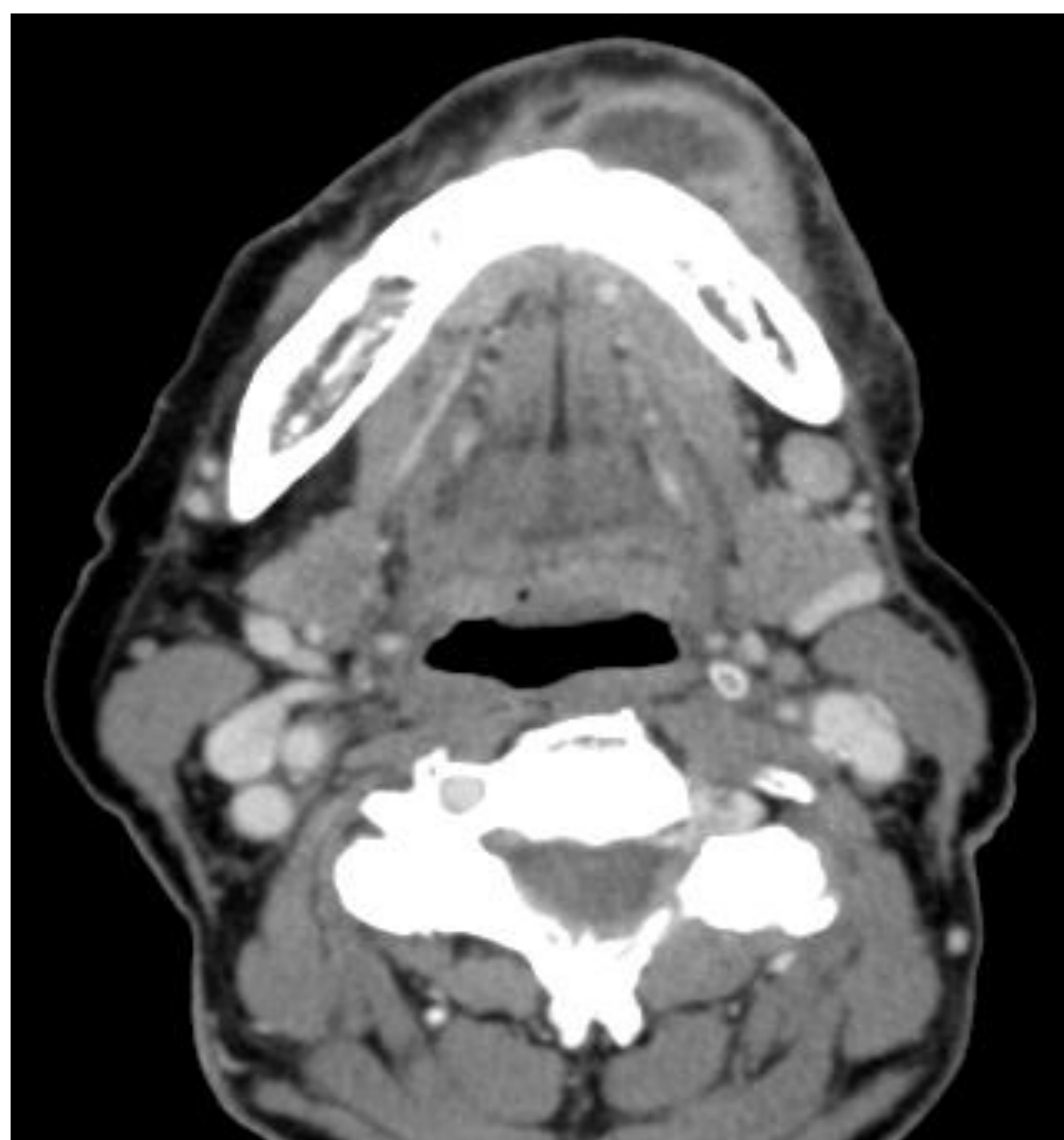
**CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:** Hallazgos compatibles con absceso odontogénico multitabicado en región submandibular izquierda, dependiente de la pieza 38, con signos de osteomielitis mandibular.



## CASOS CLÍNICOS

### CASO 2

**INFORMACIÓN CLÍNICA REMITIDA:** Mujer de 69 años que acude al servicio de urgencias por un cuadro de 4 días de evolución de tumefacción en región mandibular izquierda.





## CASOS CLÍNICOS

### CASO 2

#### **DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO:**

En la vertiente vestibular del tercer cuadrante se observa una colección hipodensa, de bordes bien definidos, que mide 2,4 x 1,2 x 3,3 cm (diámetros T x AP x CC), compatible con absceso. Este se acompaña de un aumento de las partes blandas de su alrededor así como de un desdibujamiento de la grasa subcutánea compatible con flemón, que se extiende desde el espacio bucal hasta el espacio submentoniano.

Estos hallazgos parecen estar en relación con la pieza dental 32, la cual presenta una solución de continuidad por caries en su región mesial, asociada a una lesión lítica mandibular rodeando a su raíz, compatible con un granuloma periapical. Este produce una disrupción de la cortical vestibular comunicando con el absceso.

Por otro lado, existe un edentulismo parcial de ambos maxilares, más evidente en el superior y caries a múltiples niveles.

No se aprecian signos radiológicos de osteomielitis.

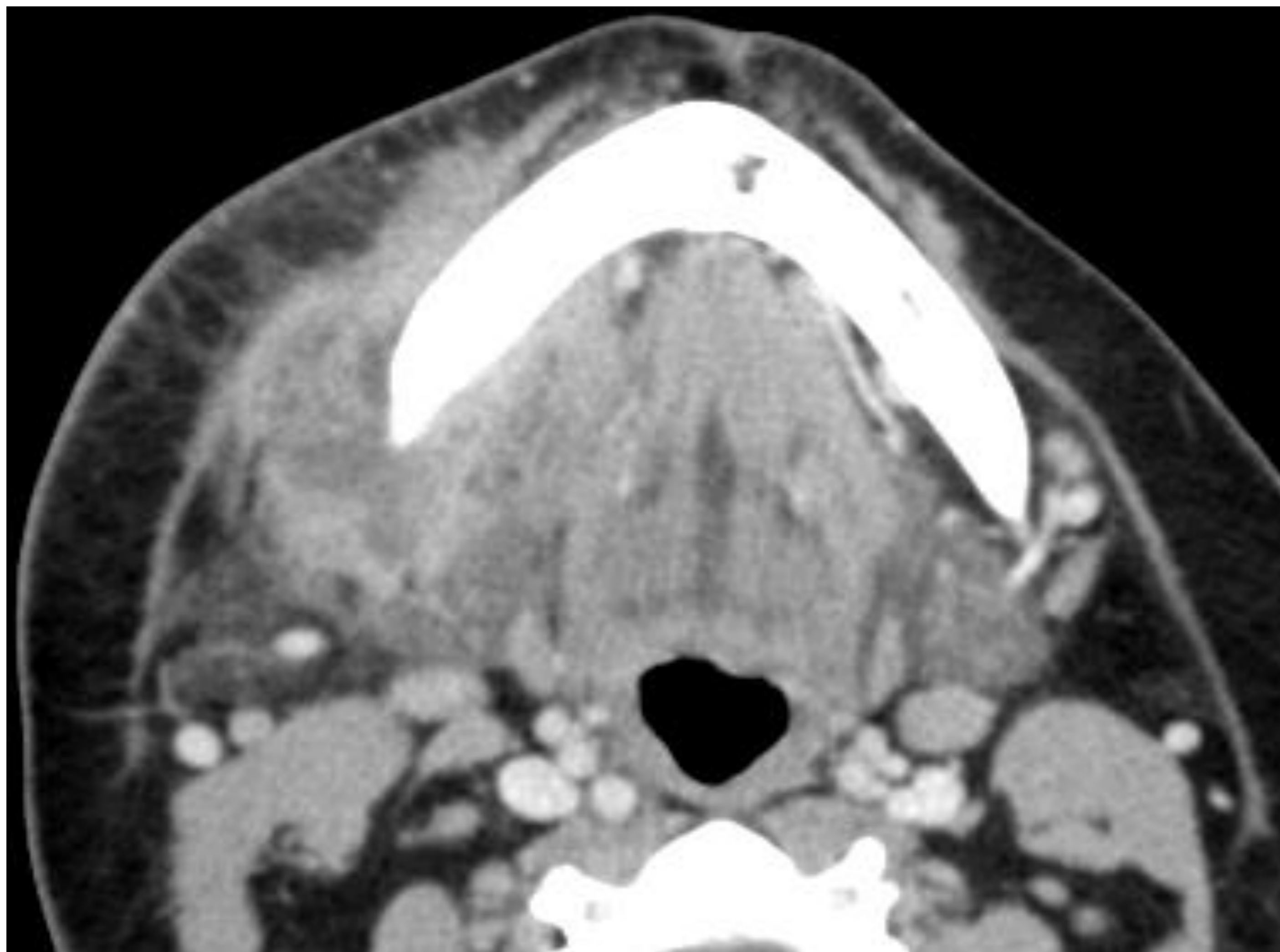
**CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:** Hallazgos compatibles con absceso odontogénico en la vertiente vestibular del tercer cuadrante, en probable relación con la pieza dental 32.



## CASOS CLÍNICOS

### CASO 3

**INFORMACIÓN CLÍNICA REMITIDA:** Mujer de 22 años con flemón en 4º cuadrante que se extiende hacia la región cervical derecha.





## CASOS CLÍNICOS

### CASO 3

#### **DESCRIPCIÓN Y COMENTARIO:**

En el espacio submaxilar derecho, adyacente tanto a la vertiente vestibular como lingual del cuarto cuadrante, se observa una colección hipodensa con unos bordes que realzan marcadamente con contraste, compatible con absceso. Este mide aproximadamente 3,4 x 2,7 cm (diámetros T x AP medidos en el plano axial).

Se acompaña de un aumento de las partes blandas de su alrededor y de un desdibujamiento de la grasa subcutánea, en relación con flemón.

Estos hallazgos parecen depender de la pieza dental 47, la cual presenta una lesión lítica maxilar rodeando a su raíz mesial, compatible con un granuloma periapical. Este produce una disrupción de la cortical bucal de la mandíbula comunicando así con la colección.

Además, hay esclerosis en el hueso mandibular adyacente, con una extensa reacción perióstica de características benignas, indicando la existencia de una osteomielitis de tiempo de evolución.

**CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:** Hallazgos compatibles con absceso odontogénico en el espacio submaxilar derecho, dependiente de la pieza 47, con signos de osteomielitis mandibular.



## CONCLUSIONES

- Los abscesos de origen odontogénico son la causa más frecuente de infección en el cuello, en la mayoría de casos, asociados a una mala higiene bucodental y a manipulaciones dentales recientes.
- La TC de cuello con contraste es la prueba de imagen de elección ante la sospecha clínica y, cada vez, es solicitada con mayor frecuencia desde los servicios de Urgencias.
- Es fundamental realizar una técnica de estudio adecuada que incluya reconstrucciones con filtro de partes blandas y de hueso, así como obtener reconstrucciones MPR y curvas para valorar adecuadamente tanto las partes blandas como los maxilares.
- El informe radiológico debe incluir información sobre la presencia o no de absceso, su tamaño, localización y posibles complicaciones. También debe aportar una descripción precisa de las lesiones asociadas a la pieza dentaria que puede ser el origen del mismo, utilizando un lenguaje común con los clínicos y cirujanos maxilofaciales.



## REFERENCIAS

1. Abrahams JJ. Dental CT imaging: A look at the jaw. Radiology [Internet]. 2001;219(2):334–45. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/radiology.219.2.r01ma33334>
2. Scheinfeld MH, Shifteh K, Avery LL, Dym H, Dym RJ. Teeth: What radiologists should know. Radiographics [Internet]. 2012;32(7):1927–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.327125717>
3. Steinklein J, Nguyen V. Dental anatomy and pathology encountered on routine CT of the head and neck. AJR Am J Roentgenol [Internet]. 2013;201(6):W843–53. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.2214/ajr.12.9616>
4. Chapman MN, Nadgir RN, Akman AS, Saito N, Sekiya K, Kaneda T, et al. Periapical lucency around the tooth: Radiologic evaluation and differential diagnosis. Radiographics [Internet]. 2013;33(1):E15–32. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.331125172>
5. Loureiro RM, Naves EA, Zanello RF, Sumi DV, Gomes RLE, Daniel MM. Dental emergencies: A practical guide. Radiographics [Internet]. 2019;39(6):1782–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1148/rg.2019190019>
6. Translate.goog. [citado el 21 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://pubmed-ncbi-nlm-nih-gov.translate.goog/29618163/>