

CARACTERIZACIÓN MORFOLÓGICA Y PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICAS DE LAS LESIONES BENIGNAS ODONTOGÉNICAS DE MANDÍBULA



Vicente Pedro Davó Quiñonero, Laura Humanes López,
María Panadero Maciá, Marta Vidal Cunyat, Alberto
Martín Pagan, Paula Bartumeus Martínez, Joaquín
Galant Herrero, María Begerano Fayos

Hospital Universitario Sant Joan d'Alacant, Sant Joan
d'Alacant (Alicante)

ÍNDICE

I) RECUERDO ANATÓMICO MANDIBULAR

II) LESIONES ODONTOGÉNICAS VS NO
ODONTOGÉNICAS

III) QUISTES ODONTOGÉNICOS

RADICULAR

FOLICULAR

RESIDUAL

IV) ¿QUÉ NECESITA CONOCER EL CLÍNICO?

V) TUMORES ODONTOGÉNICOS BENIGNOS

AMELOBLASTOMA

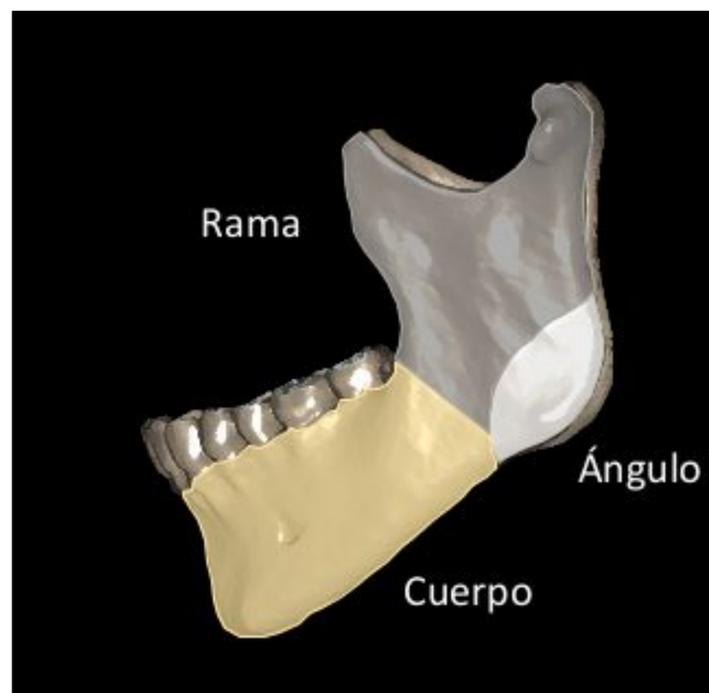
ODONTOMA

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

VI) CASOS CLÍNICOS

ANATOMÍA MANDIBULAR

- Elemento óseo que presenta un cóndilo mandibular que forma parte de la ATM y una apófisis alveolar, soporte dental.
- Consta de un cuerpo, parte horizontal y dos ramas que forman la parte vertical. En la zona superior de las ramas se encuentran las apófisis coronoides, donde se insertan los músculos maseteros y temporales.
- Presenta un canal para el nervio dentario inferior y una sínfisis que une ambas mitades en el niño.

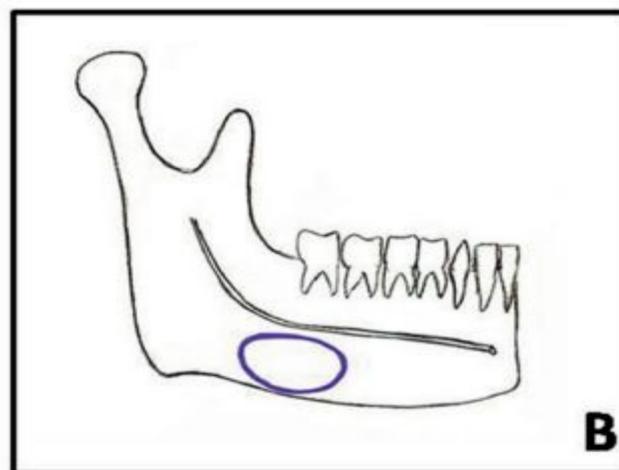
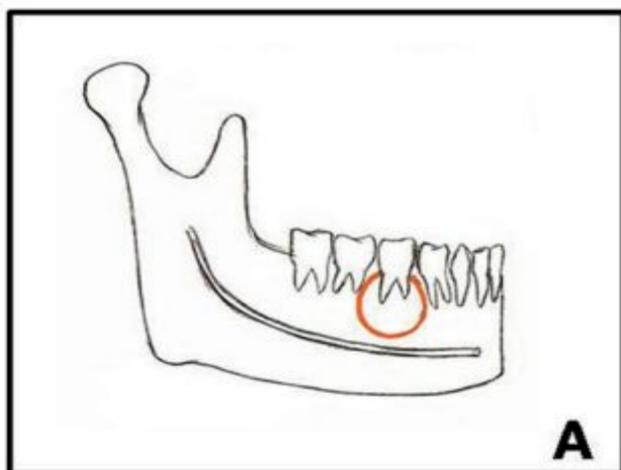


LESIONES ODONTOGÉNICAS VS NO ODONTOGÉNICAS

Las **odontogénicas** ocurren en **relación a una pieza dentaria o un componente** de la misma. Los quistes radiculares se desarrollan alrededor de las raíces mientras los quistes foliculares rodean la corona dental.

Las lesiones **no odontogénicas** no suelen tener **relación con la dentadura** o podría incluir una extensión larga de hueso en proximidad a 2 o más dientes.

Las lesiones odontogénicas suelen verse encima del canal del nervio dentario inferior, lesiones por debajo son de origen no odontogénico.

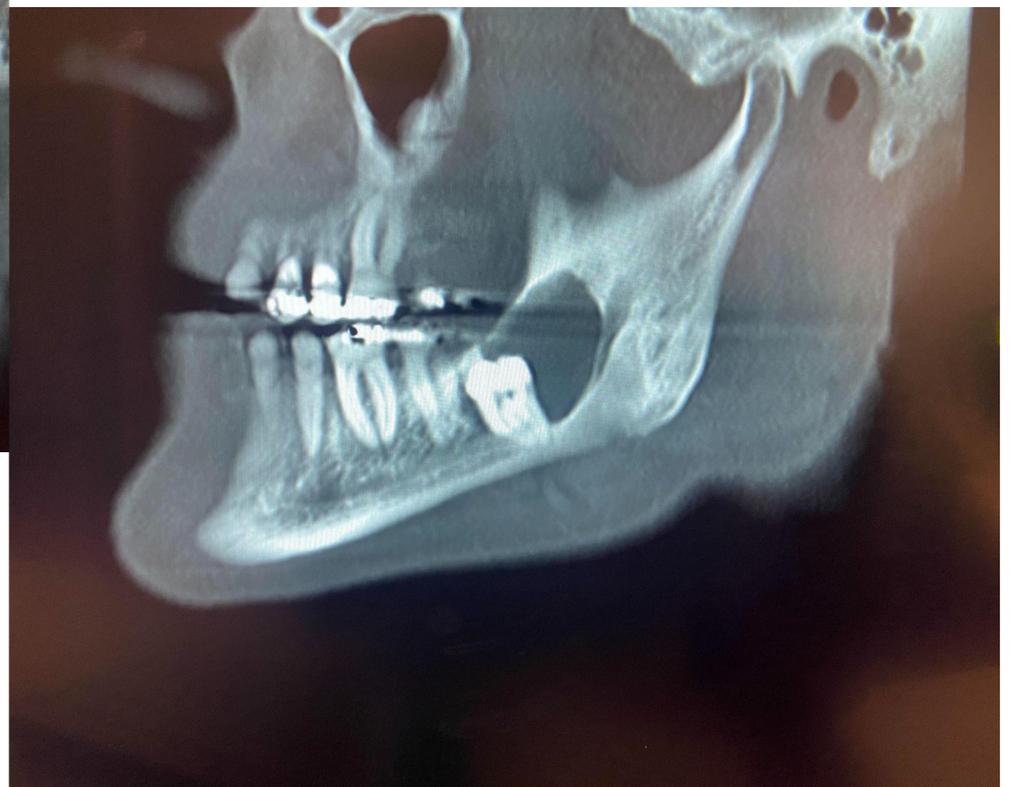
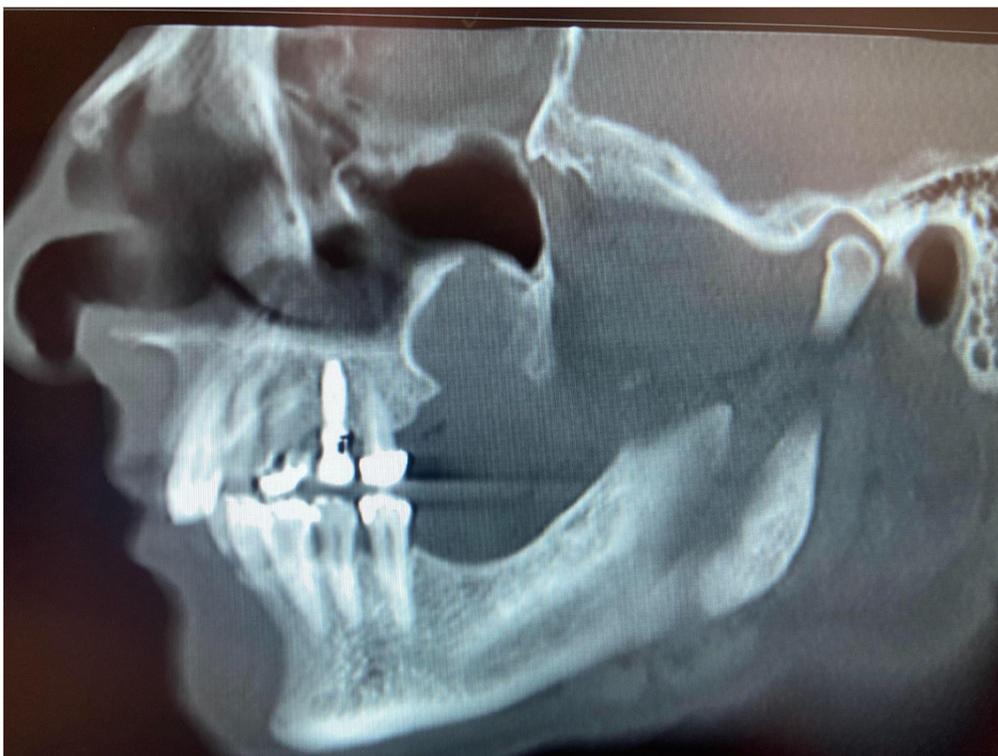


Lesión odontogénica

Lesión no odontogénica

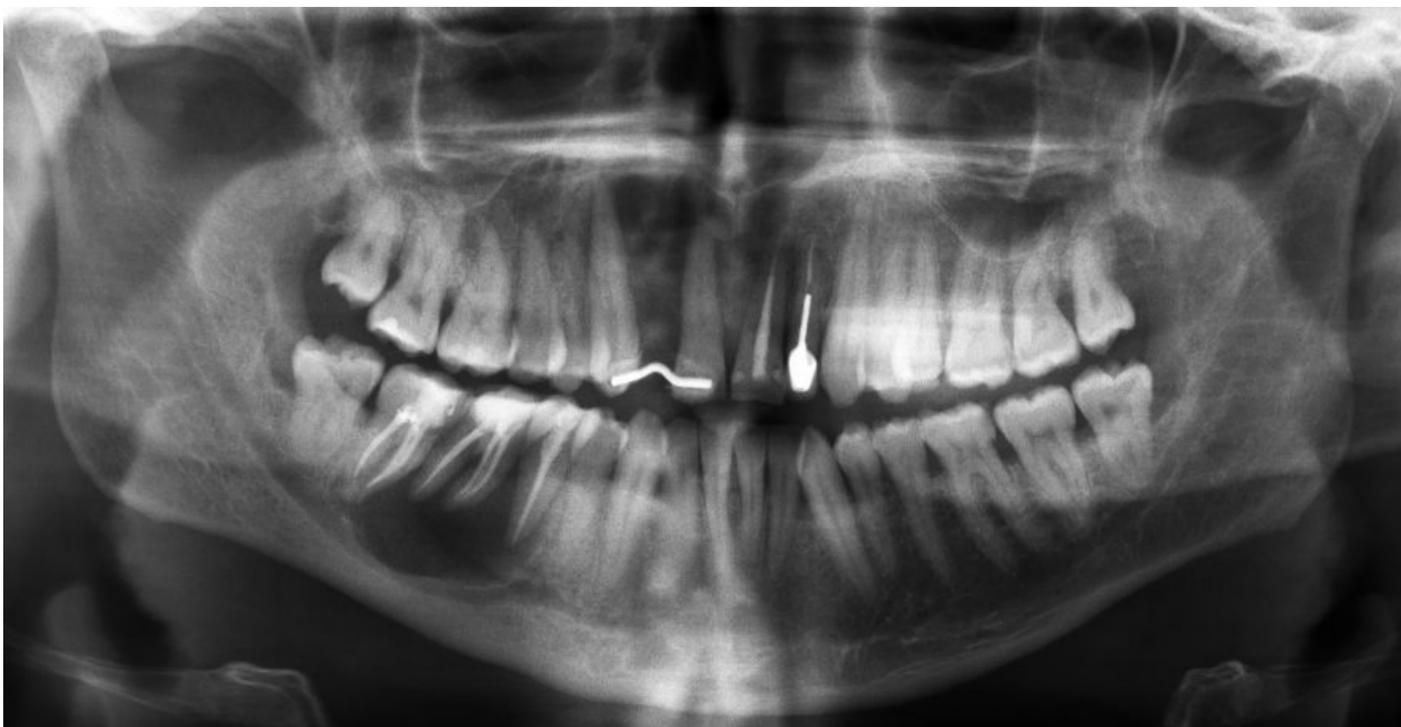
QUISTES ODONTOGÉNICOS

- Típicamente: **uniloculares, bordes esclerosos, pequeños, no agresivos**
- Varios tipos: el residual en zona de extracción dental.
- Pueden existir lesiones de mayor tamaño que, debido a su lento crecimiento, evolucionen hacia loculados y adelgacen o erosionen la cortical simulando procesos agresivos.



QUISTE RADICULAR

- La caries dental provoca que la infección se extienda a la pulpa del diente con el resultado de la formación de un granuloma periapical y absceso. La cavidad necrótica puede ser epitelizada por epitelio odontogénico, los restos de Malassez, originando el quiste radicular.
 - Presentan un borde fino esclerótico alrededor del quiste, que ayuda a diferenciarlo de la periodontitis apical debida a enfermedad endodental.
 - Así son resultado de la evolución de una inflamación crónica en ligamento periodontal/caries.
 - **El más frec (50%). Asintomático**, pero doloroso si se abscesifica.
- El pico de incidencia entre 3 a 5 década de vida.



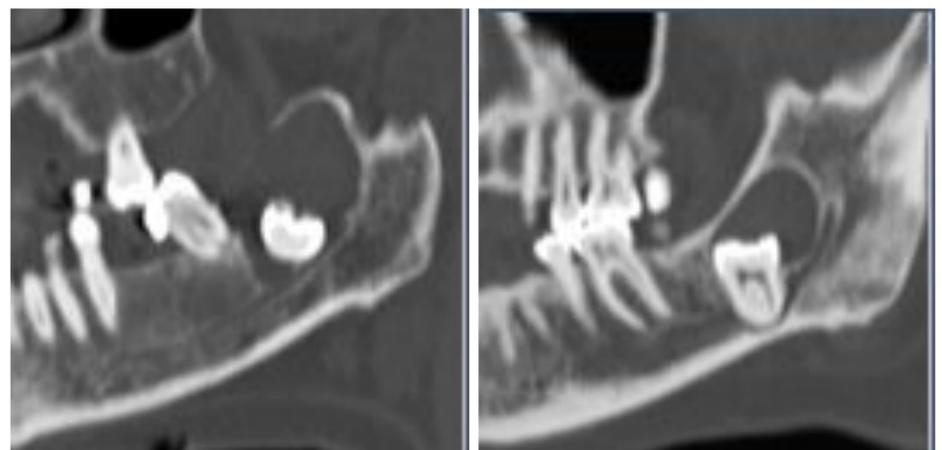
QUISTE FOLICULAR

- Quiste del desarrollo en jóvenes por **acúmulo de líquido en piezas incluidas**, entre epitelio del esmalte y la corona. Más frecuentes en **terceros molares inferiores o caninos**. Puede transformarse en ameloblastoma.

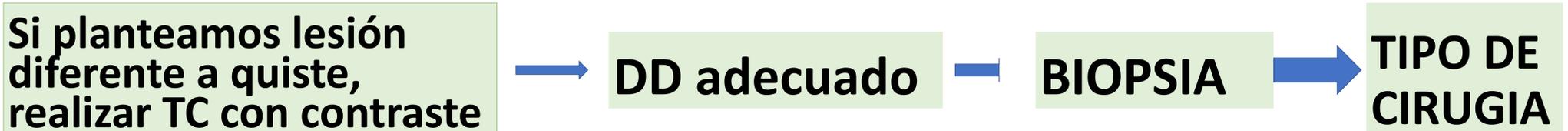
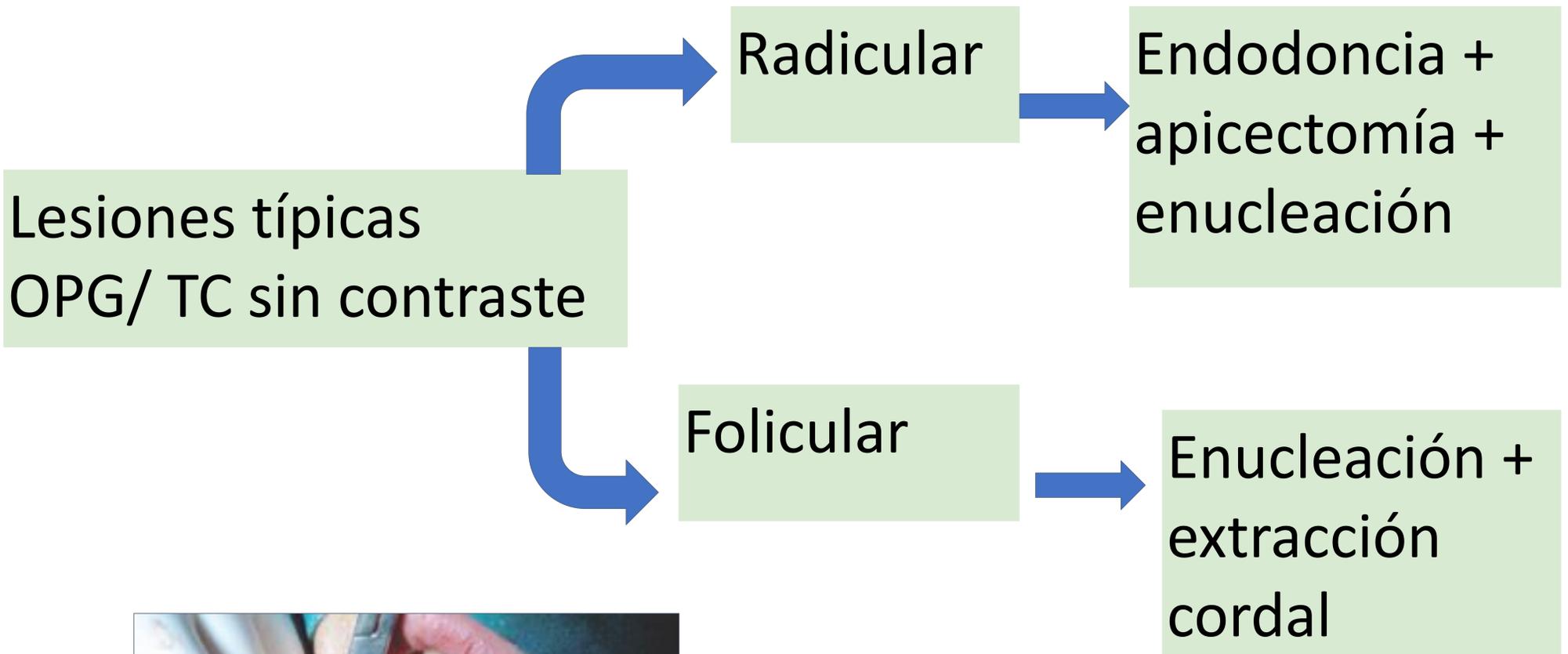


¿Qué necesita saber el clínico?

- **Relación** con el diente (pericoronaria /periapical) y **con piezas próximas** que puedan dañarse con la cirugía
- **Extensión hacia la cortical basal** para tratar/prevenir fracturas durante o posteriores a la cirugía .
- Afectación /dehiscencia de resto de corticales en lesiones expansivas.
- **Relación con el canal dentario inferior** (desplazamiento, estenosis, pérdida de corticales)
- Añadir **reconstrucciones**. Visión del cirujano en la planificación quirúrgica.



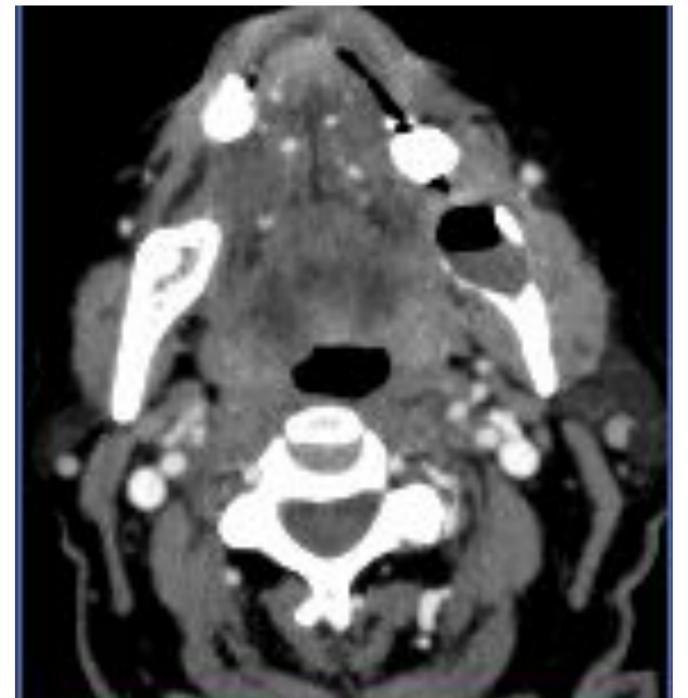
¿Qué necesita conocer el clínico?



TUMORES BENIGNOS ODONTOGÉNICOS

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

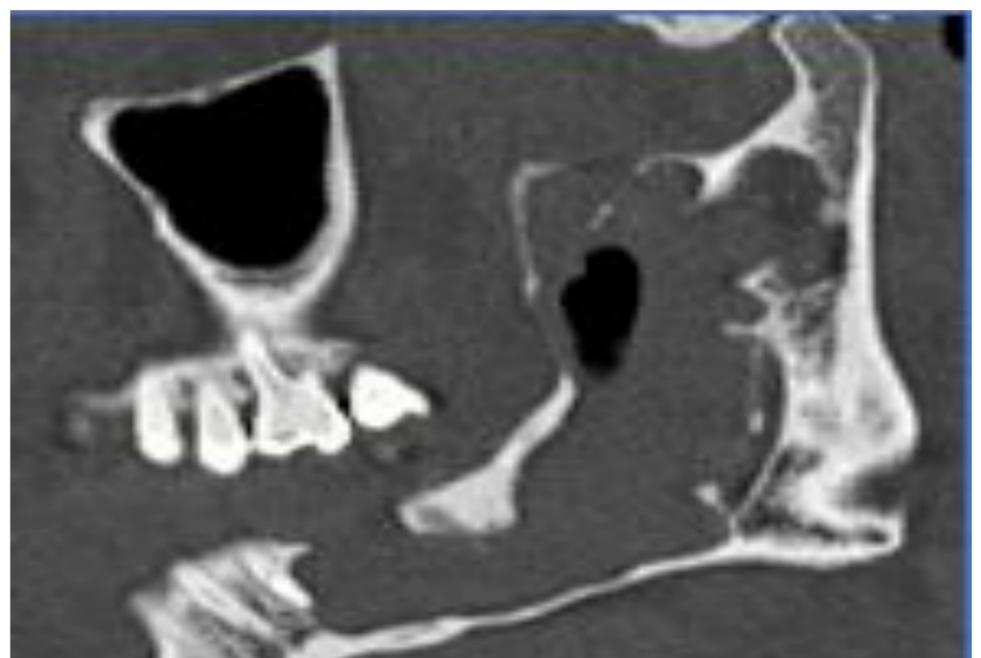
- **Benignos, localmente agresivos** con tendencia a recurrir en adultos jóvenes
- Localizados en **mandíbula posterior**, con predominio masculino a menudo asociado a **dientes incluidos**.



TUMORES BENIGNOS ODONTOGÉNICOS

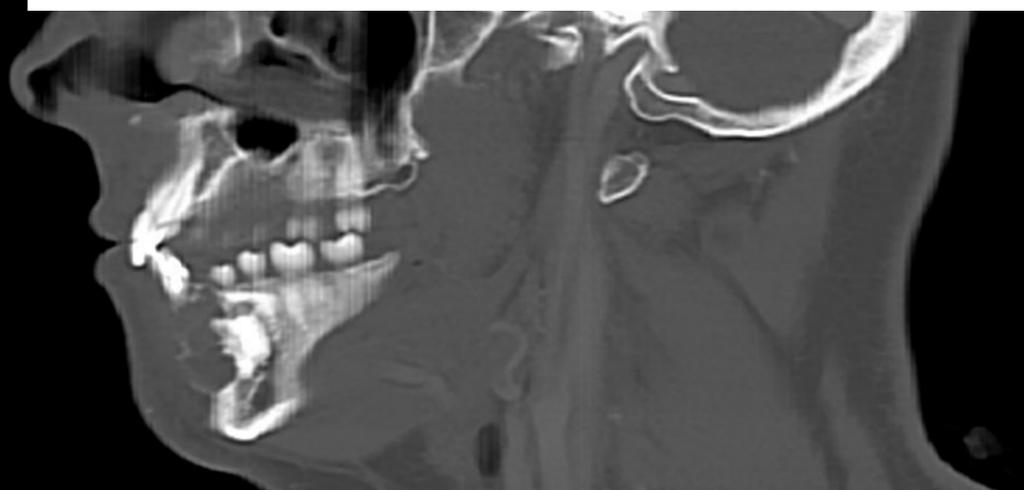
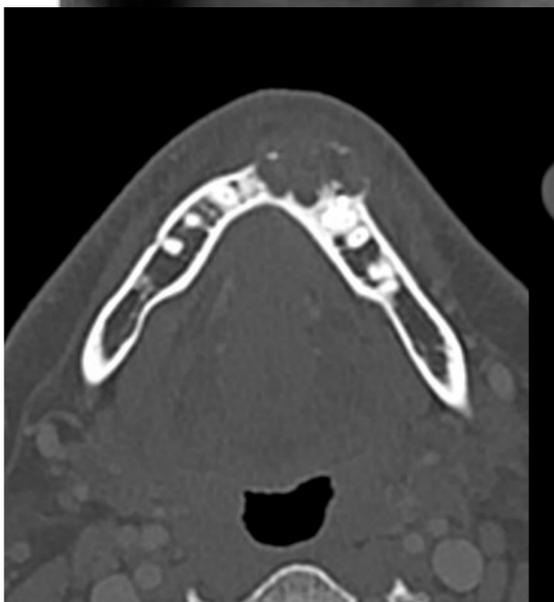
QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

- Los uniloculares son menos agresivos
- Los **multiloculares** son **agresivos** y puede provocar **expansión** en la rama mandibular y **erosionar raíces** dentales y desplazar estructuras adyacentes.
- Puede asociar sdr Gorlin-Goltz (queratoquistes, espina bífida y carcinomas basocelulares)



AMELOBLASTOMA

- En región del **tercer molar asociado a quistes foliculares** o dientes **incluidos**.
- Presenta un **lento crecimiento** que puede traducir expansión mandibular. La radiolucencia puede ser unilocular o multilocular con **“patrón en pompas de jabón”**.
- Los hallazgos incluyen áreas quísticas de baja atenuación con áreas de erosión de la cortical y de las raíces dentales con extensión a partes blandas.



ODONTOMAS

- Es el tumor odontogénico **más común**. Presenta **componentes dentales**, incluyendo dentina y esmalte con desarrollo anormal.
- Consta de una aglomeración de estructuras parecidas a dientes, pero un odontoma complejo puede formar una masa amorfa calcificada. **Cerca del 50% están asociados a piezas incluidas** y podrían prevenirse con su erupción.



CASO CLÍNICO 1

- Mujer de 40 años con odontoma complejo conocido en hueso maxilar derecho.

TC preop



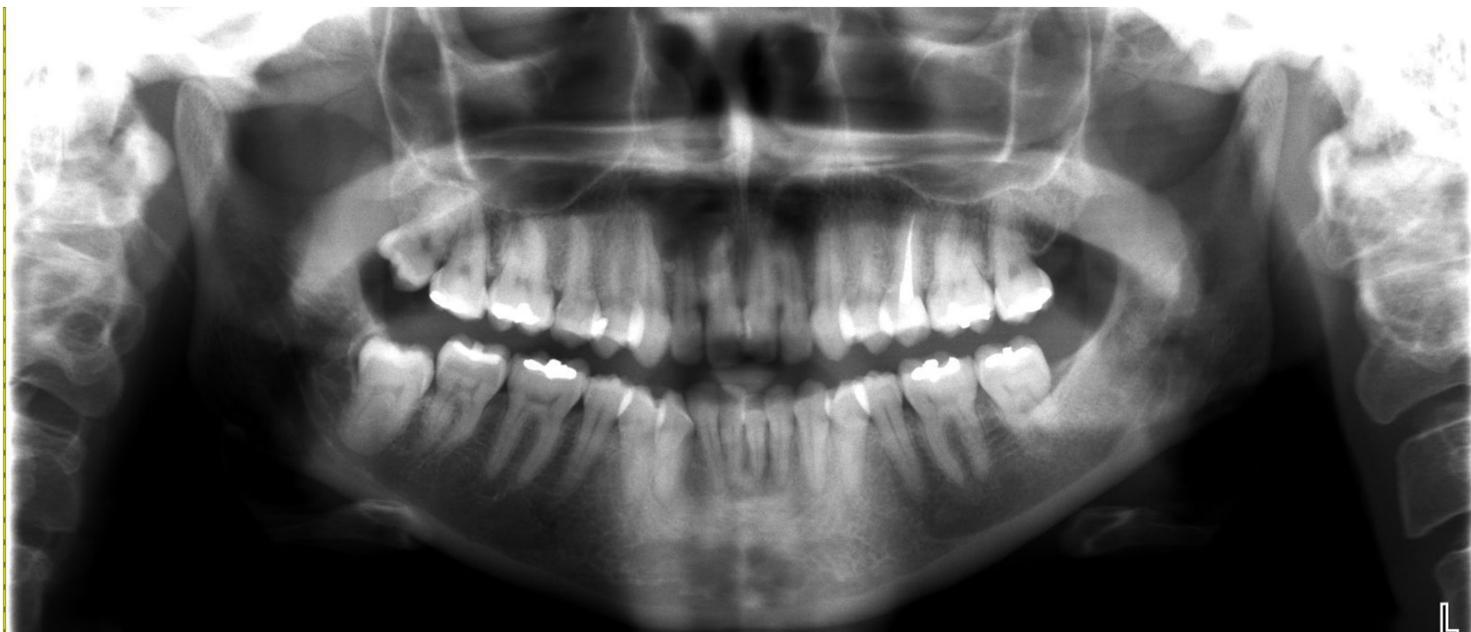
Intervención mediante exéresis y reparación

TC control a los 2 años



Persisten 2 focos de calcificaciones atribuibles a restos tumorales

CASO CLÍNICO 1

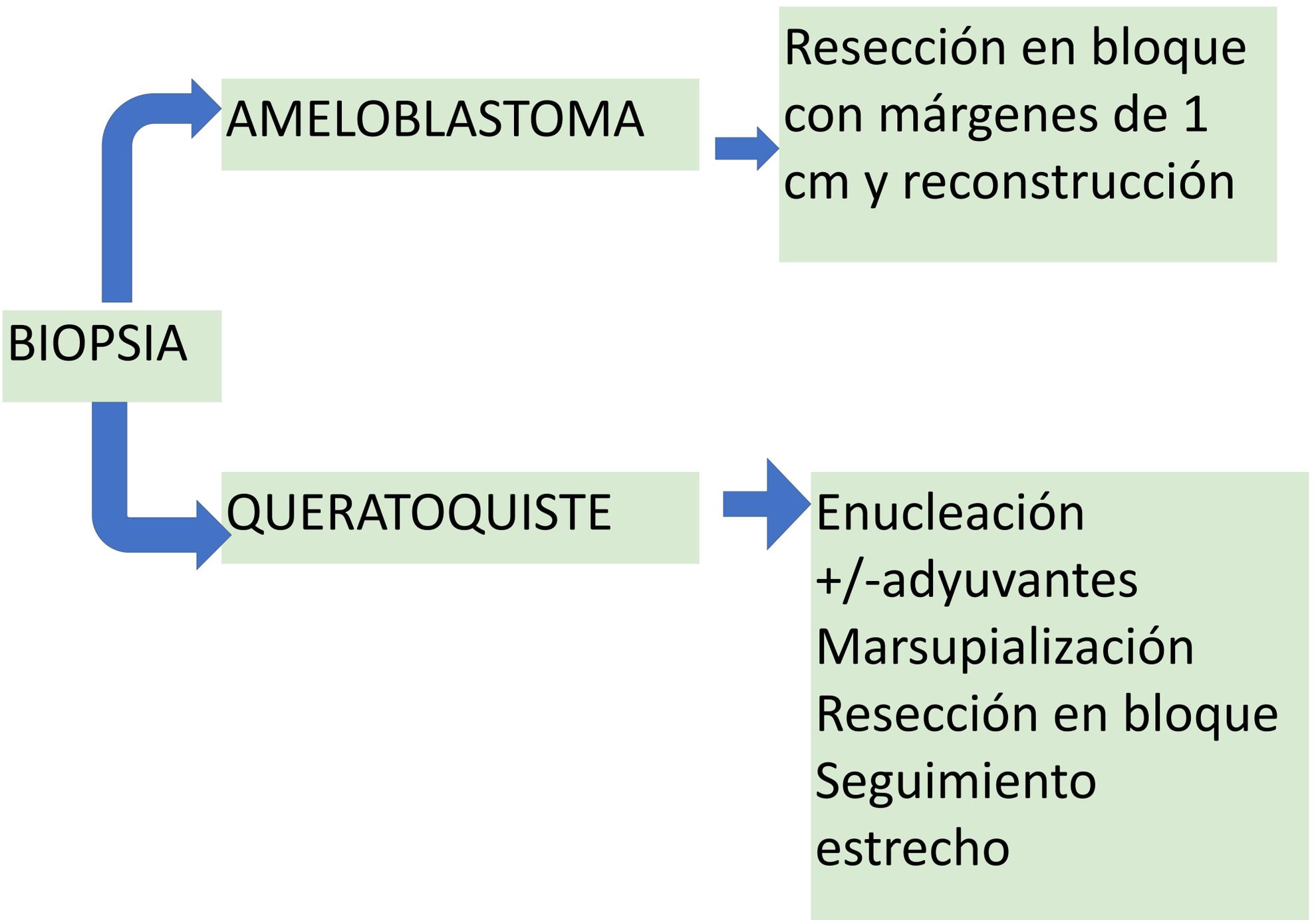


OPG con 2 focos hiperdensos de persistencia de odontoma

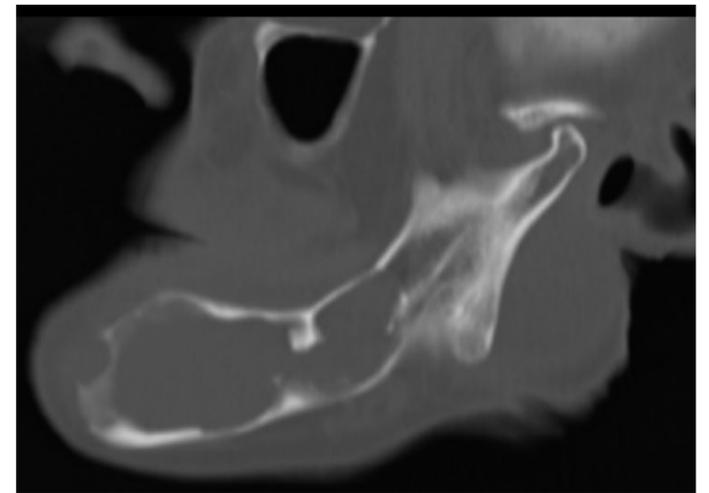
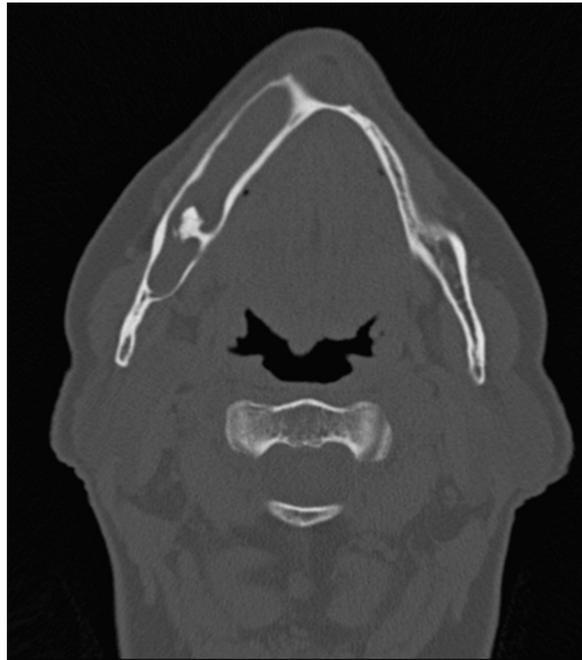
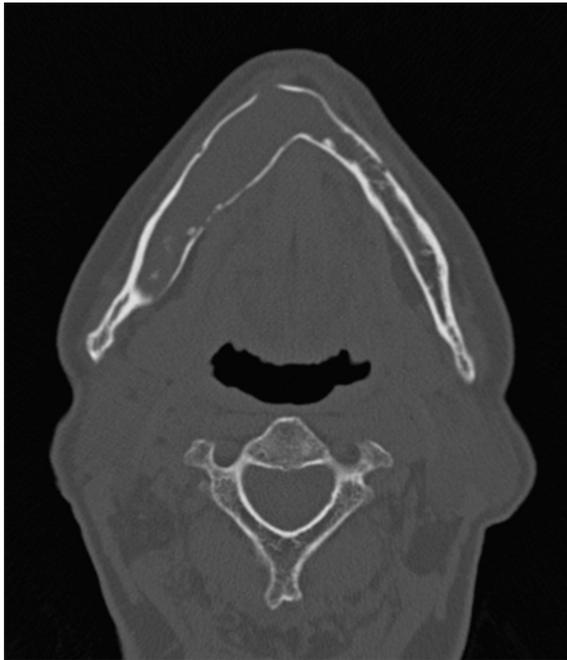


Última OPG con esclerosis parcial de cavidad (cambios evolutivos esperables)

¿Qué necesita saber el clínico?



CASO CLÍNICO 2

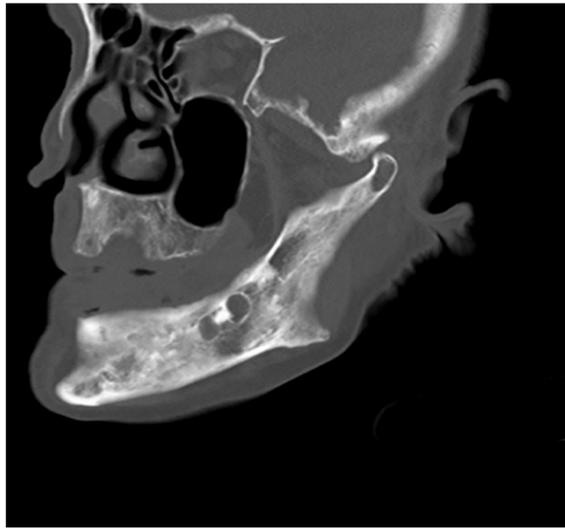
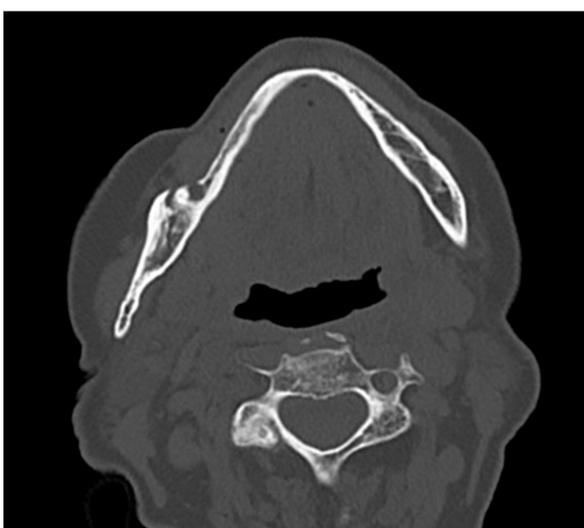


Mujer de 83 años con tumoración mandibular.
Las imágenes superiores del TC corresponden a los hallazgos iniciales

Vaciado, lavado, marsupialización y biopsia.

Queratoquiste odontogénico

Cirugía definitiva con quistectomía intraoral, fresado de cavidad y cierre



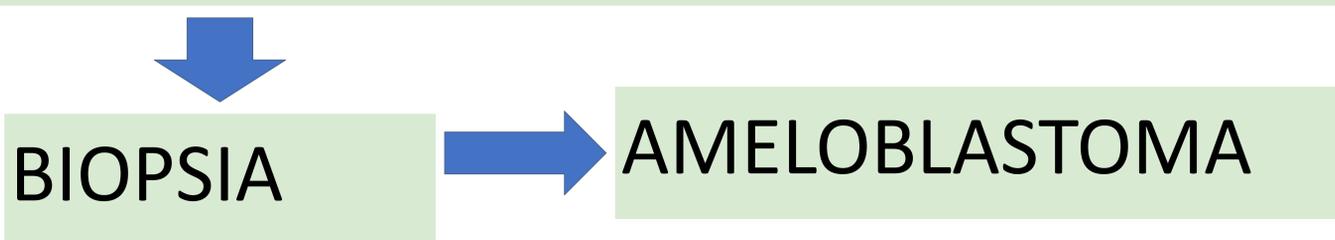
TC evolutivo con resolución de cavidad lítica. Persisten 2 focos hiperdensos (residual/recidiva)

CASO CLÍNICO 3

- Mujer de 55 años con tumoración en encia.



TC inicial con lesión lítica expansiva en cuerpo mandibular. Presenta un componente exofítico en cortical vestibular con múltiples quistes dando apariencia en pompas de jabón.



↓

CIRUGIA con resección (mandibulectomía segmentaria) y reconstrucción microquirúrgica (colgajo de cresta iliaca iliaca con músculo oblicuo)

TC preoperatorio de cadera y angio de MMII



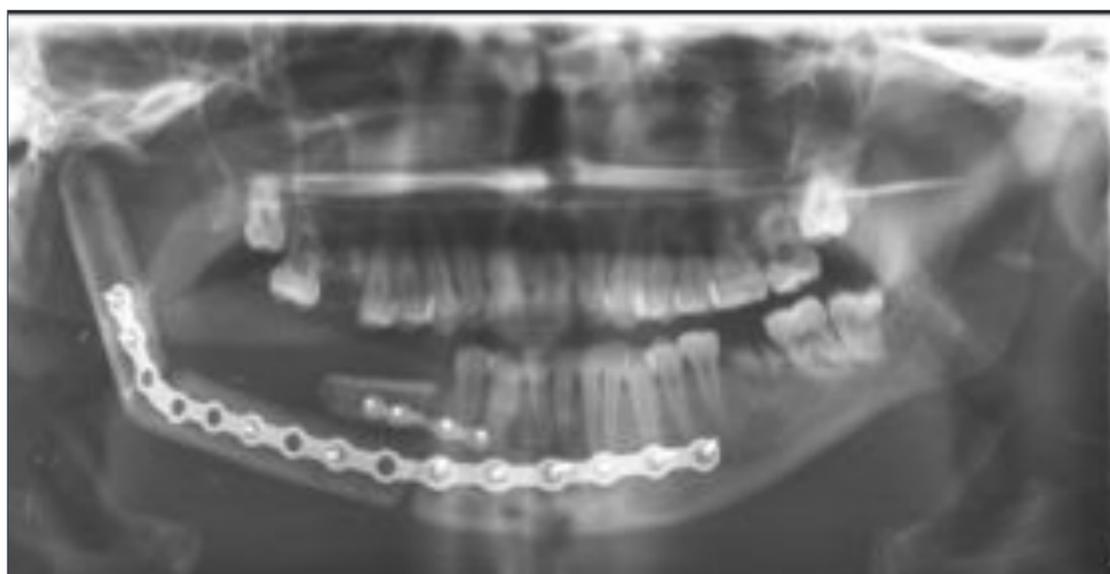
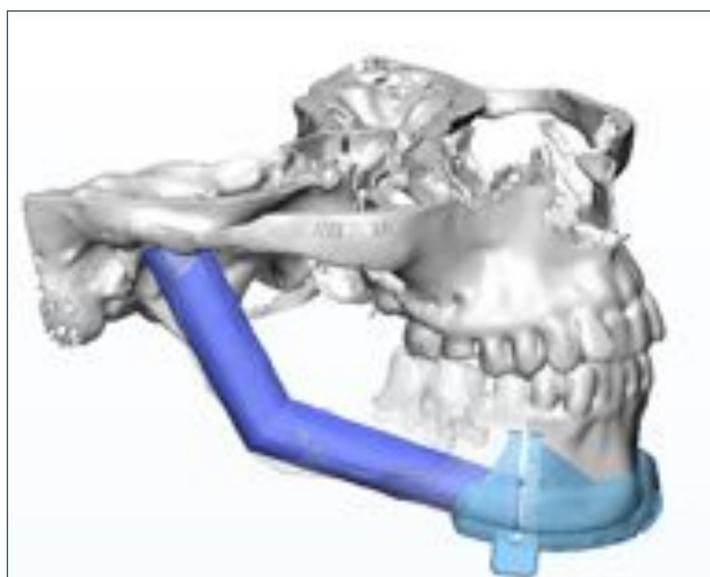
Diseño de moldes prequirúrgicos obtenidos de reconstrucciones previas de TC con software marcando áreas de resección quirúrgica tumoral y de zona donante



Colgajo de cresta iliaca

Otro tipo de colgajos óseos vascularizados

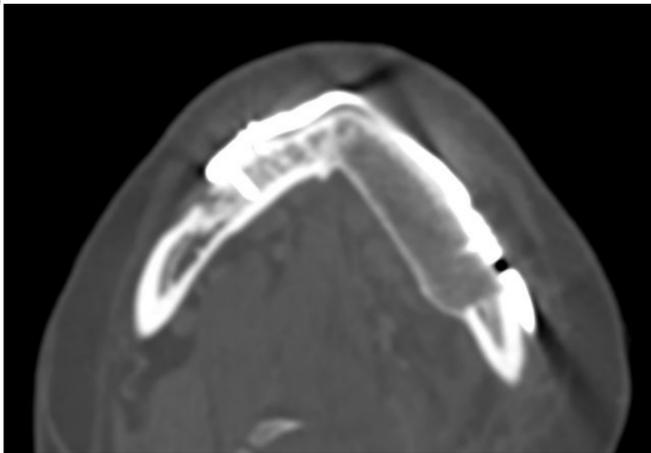
Colgajo de pérone



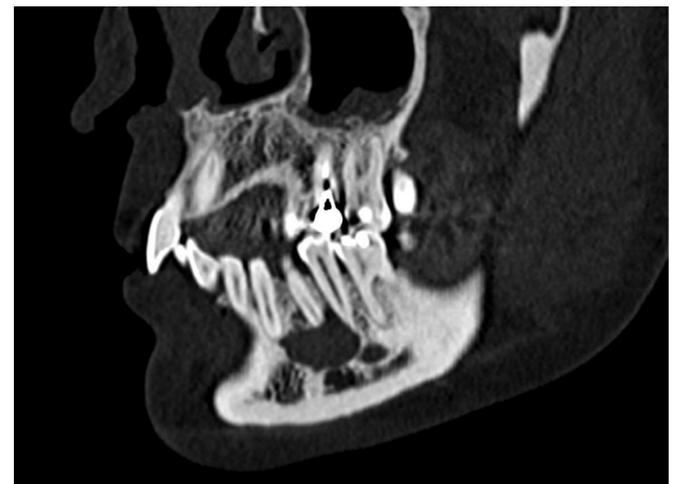
VOLVIENDO AL CASO CLÍNICO 3

- TC de control 2 años después con fragmentos óseos fusionados y material de osteosíntesis. No signos de recidiva.

TC Control



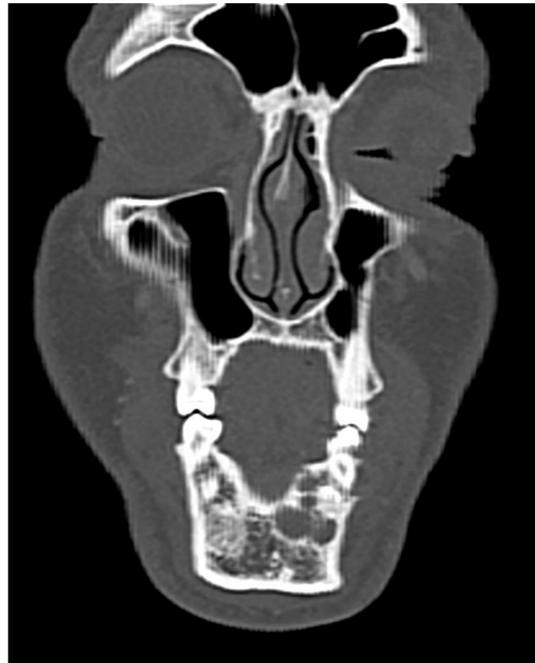
TC previo comparativo



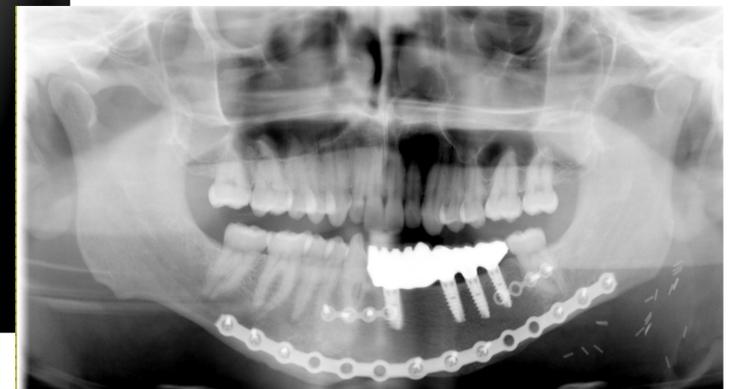
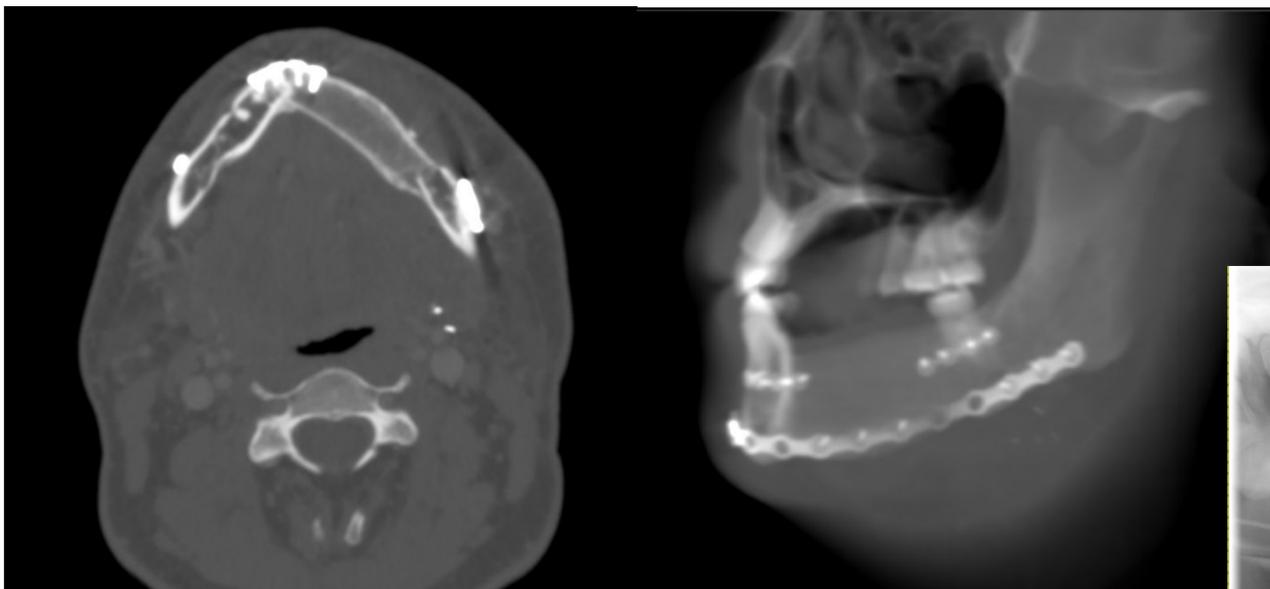
Última OPG con exéresis de placa de osteosíntesis y colocación de tornillos que servirán de base a implantes protésicos dentales

CASO CLÍNICO 4

- Varón de 32 años con tumoración mandibular visualizándose en TC de junio de 2016 lesión lítica en cuerpo mandibular anterior, multiloculada, insuflante.
- Biopsia en junio de 2016 con resultado de ameloblastoma



- Intervención mediante mandibulectomía segmentaria con márgenes de seguridad, tallado de colgajo de cresta iliaca con ms oblicuo, osteosíntesis y unión microquirúrgica vascular.



TC de control con cambios postqx sin signos de restos/recidiva

Último control en octubre de 2023 mediante OPM con prótesis dental

BIBLIOGRAFÍA

Kumar et al. Radiolucent jaw lesions: imaging approach. Indian J Radiol Imaging: 2021; 31: 224-236

Neyaz Z et al. Radiographical approach to jaw lesions. Singapore Med J 2008; 49(2);165-177

Curé Jk et al. Radiopaque jaw lesions: an approach to the differential diagnosis. RadioGraphics. 2012;32:1909-25.

Dunffe BL et al. Radiologic and pathologic characteristic of benign and malignant lesions of the mandible. RadioGraphics. 2006; 26: 1751-68

Capítulo 111: Radiología dental y de la articulación temporomandibular. Radiología esencial.

Casos clínicos de nuestro hospital