

# EL DIENTE: anatomía, técnicas de imagen y patología

Desirée Arrebola Pérez<sup>1</sup>,  
Juan López Espejo<sup>2</sup>, Eva María Briceño García<sup>1</sup>,  
Fátima Nagib Raya<sup>1</sup>, Beatriz Asenjo García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Regional Universitario de Málaga;

<sup>2</sup>Hospital QuirónSalud Málaga

# 1. OBJETIVO DOCENTE

## 2. REVISIÓN DEL TEMA

- a. Introducción
- b. Repaso anatómico
- c. Pruebas de imagen
- d. Procedimientos dentales y restauración
- e. Patología traumática
- f. Patología inflamatoria
- g. Lesiones odontogénicas
- h. Algoritmo diagnóstico de lucencia periapical

## 3. CONCLUSIONES

## 4. BIBLIOGRAFÍA

# 1.OBJETIVO DOCENTE

- Conocer la **anatomía dental**, así como las **técnicas de imagen** utilizadas para su estudio.
- Identificar los diferentes **materiales y procedimientos dentales** más relevantes visibles en nuestra especialidad.
- Profundizar en la patología y las **lesiones odontogénicas** más frecuentes.

## 2. REVISIÓN DEL TEMA

### a. Introducción

Muchos hallazgos dentales se obtienen de **forma incidental** en numerosas pruebas de imagen realizadas (TC de cráneo, TC de cuello, TC de senos paranasales... etc).



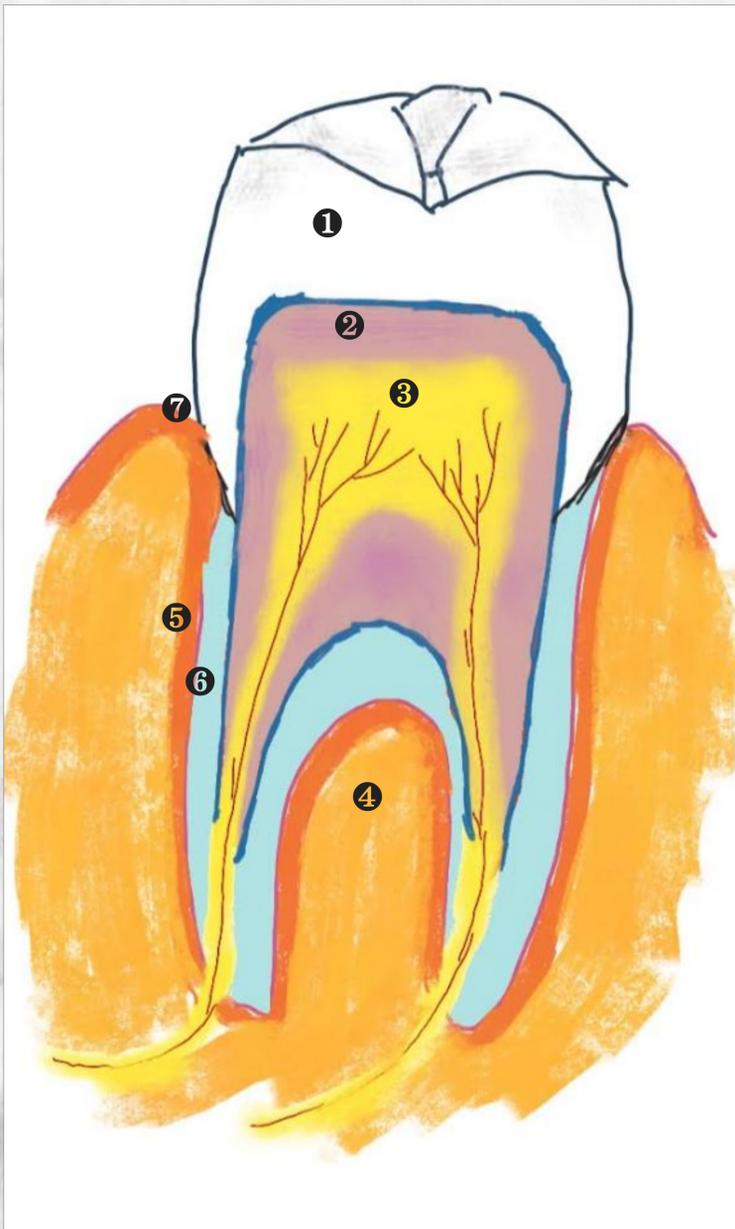
La patología dentaria pasa desapercibida y es muy **poco descrita** por gran parte de los radiólogos.

El diente asocia patología traumática, inflamatoria y tumoral que, ante una alta sospecha, favorece la rápida derivación al odontólogo o cirujano maxilofacial.

## b. Repaso anatómico

C  
O  
R  
O  
N  
A

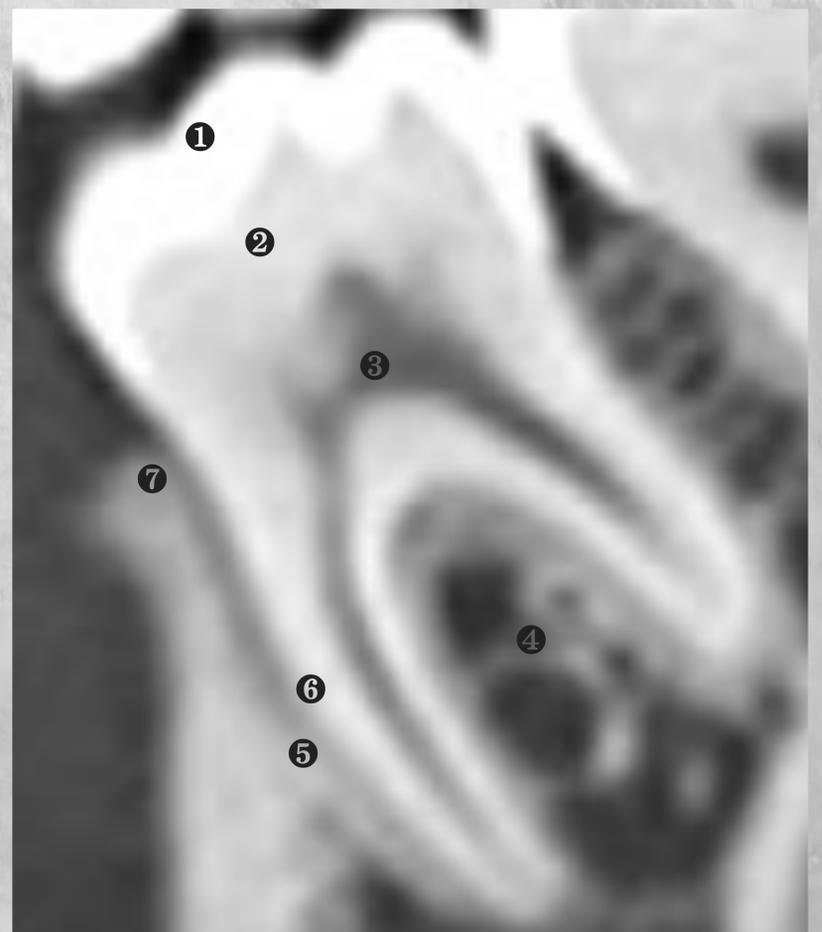
R  
A  
Í  
Z



### Ortopantomografía



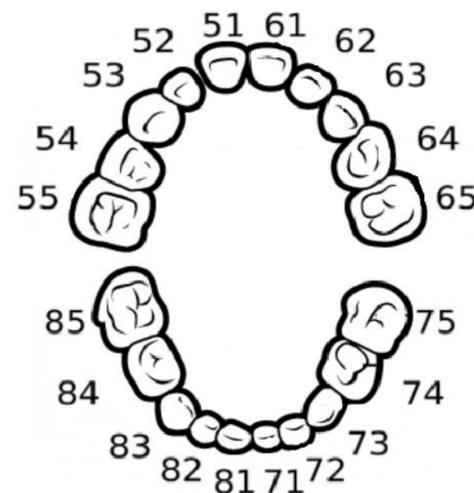
### TC



- ① Esmalte
- ② Dentina
- ③ Pulpa
- ④ Furcación
- ⑤ Ligamento periodontal
- ⑥ Cemento
- ⑦ Unión amelo-cemental

## b. Repaso anatómico: numeración dentaria

- Cada diente es identificado mediante dos números.
- El primer número se refiere al cuadrante en el cual el diente está ubicado, empezando por el superior derecho y terminando por el inferior derecho (en sentido horario)
- El segundo número se refiere a la posición del diente dentro del cuadrante comenzando desde la línea media dental.



Dientes deciduos (temporales)

DERECHA

Dentición permanente

IZQUIERDA

1

2

4

3

48

47

46

45

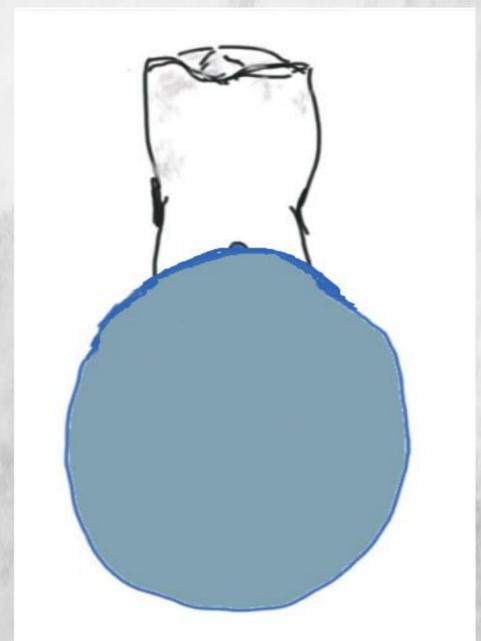
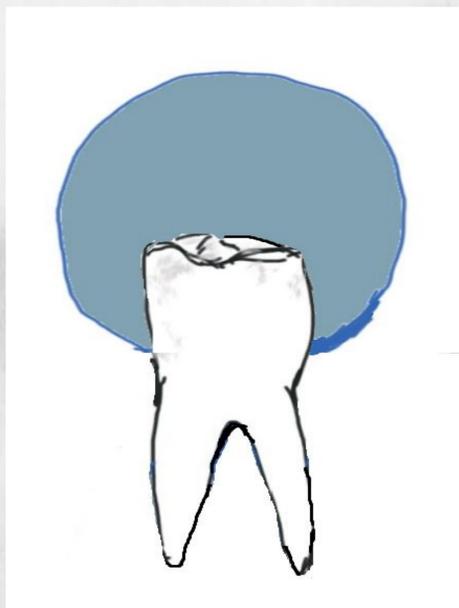
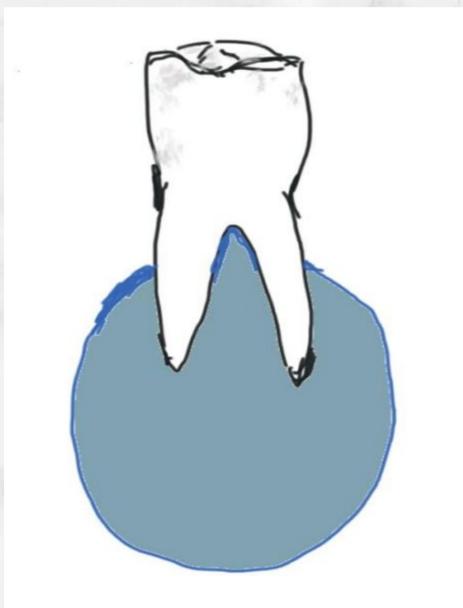
44

43

42

41

**b.** Repaso anatómico: ¿dónde se localiza la lesión con respecto al diente?



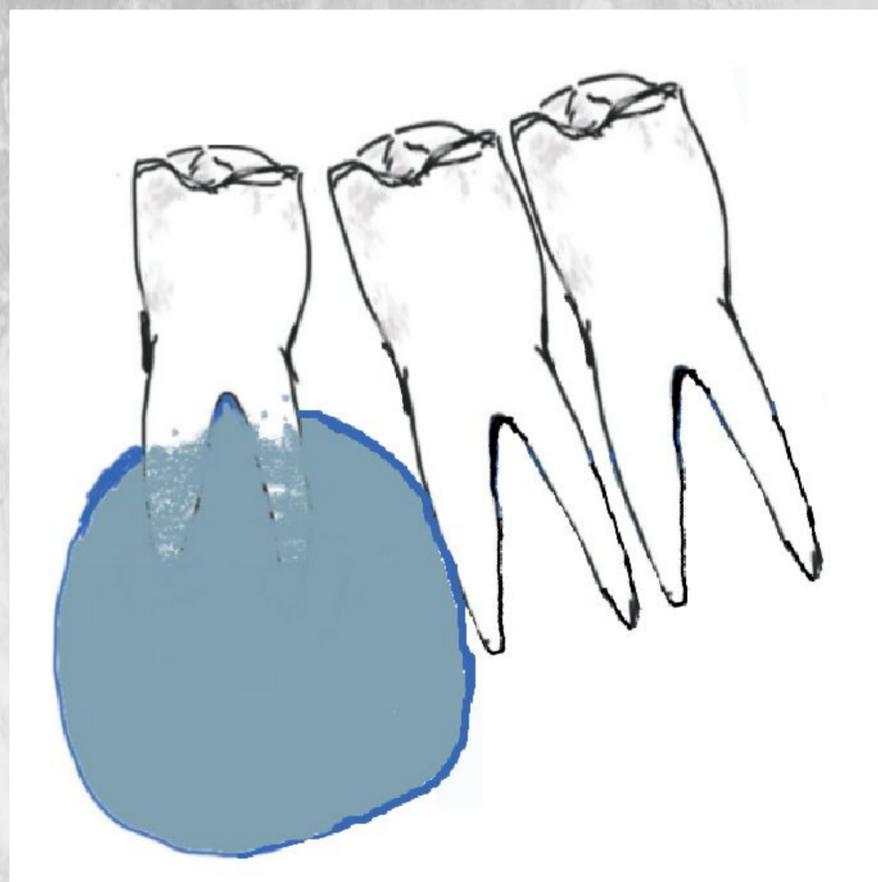
**PERIAPICAL:**  
Se centra en la raíz del diente

**PERICORONARIA:**  
Alrededor de una corona no erupcionada

**INTERRADICULAR:**  
Entre las raíces de una zona edéntula

¿Cómo actúa sobre los dientes vecinos?

Rizolisis  
(reabsorción de raíces)



Desplazamiento y divergencia  
(separación) de las raíces

## b. Repaso anatómico: variantes

### Hiperodoncia

La hiperodoncia o dientes supernumerarios son aquellos que exceden de la fórmula dental normal, independientemente de su localización y forma. La etiología es desconocida pero están relacionados en algunos casos a síndromes genéticos.



Cinco piezas supernumerarias adyacentes a piezas dentarias 16, 25, 34, 44 y 45.

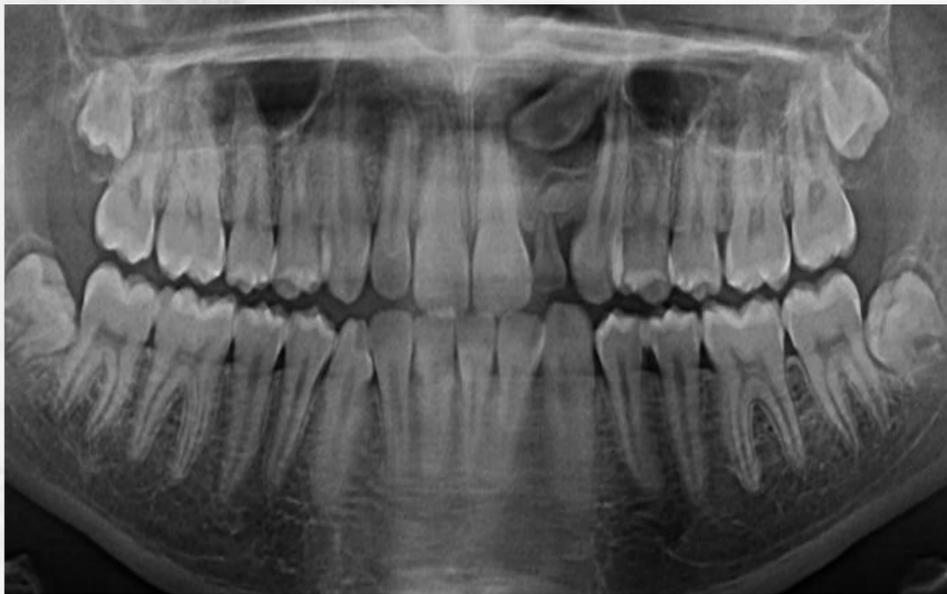
### Hipodoncia

La hipodoncia o agenesia es la ausencia congénita de uno o varios dientes (hasta 6), normalmente debida a problemas durante el proceso de formación de las piezas dentales. La más frecuente es la ausencia de los terceros molares (“muela del juicio”).

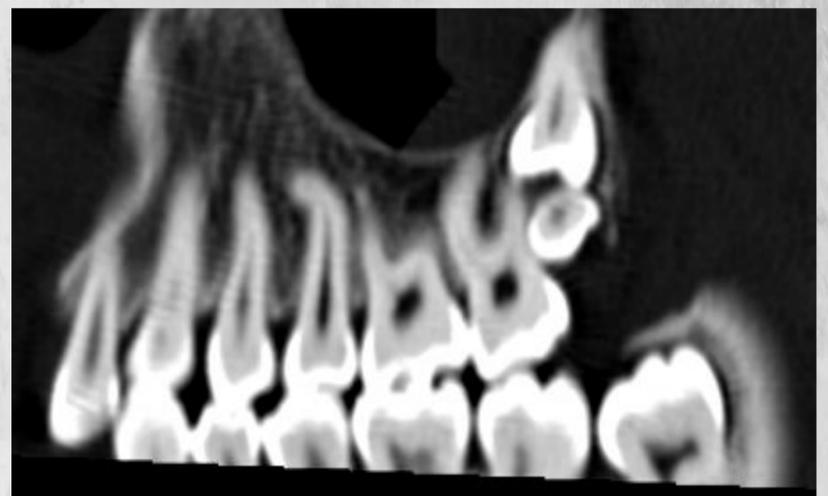
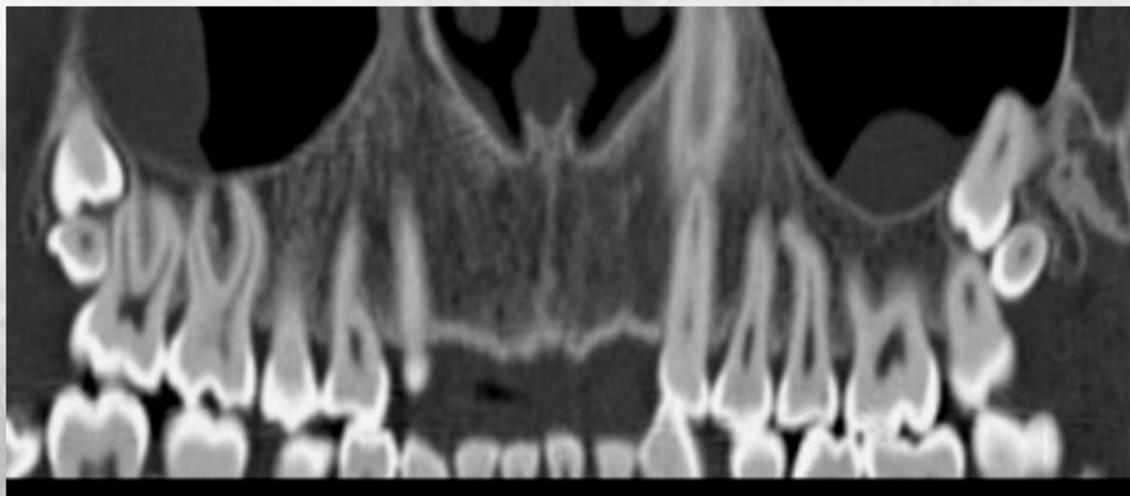


Agenesia congénita de pieza dentaria 31.

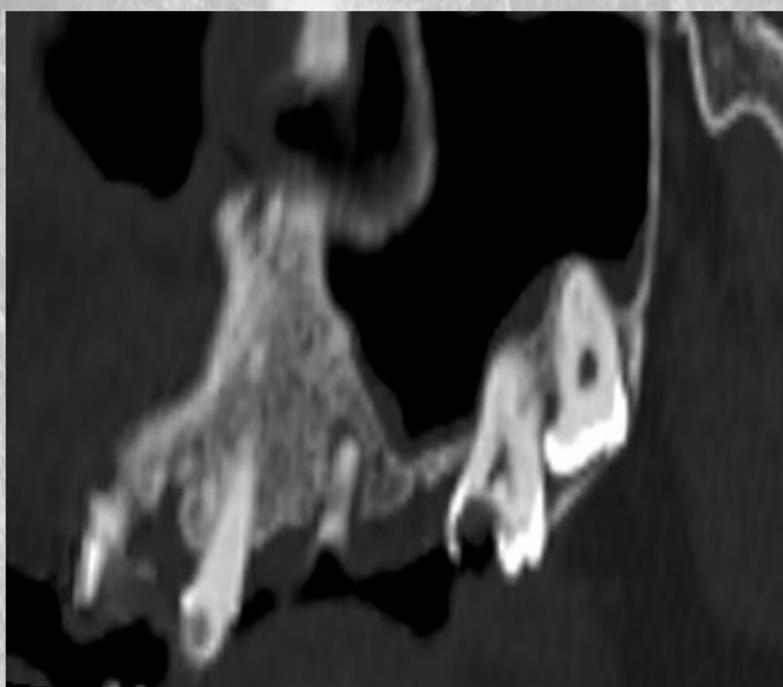
## b. Repaso anatómico: variantes



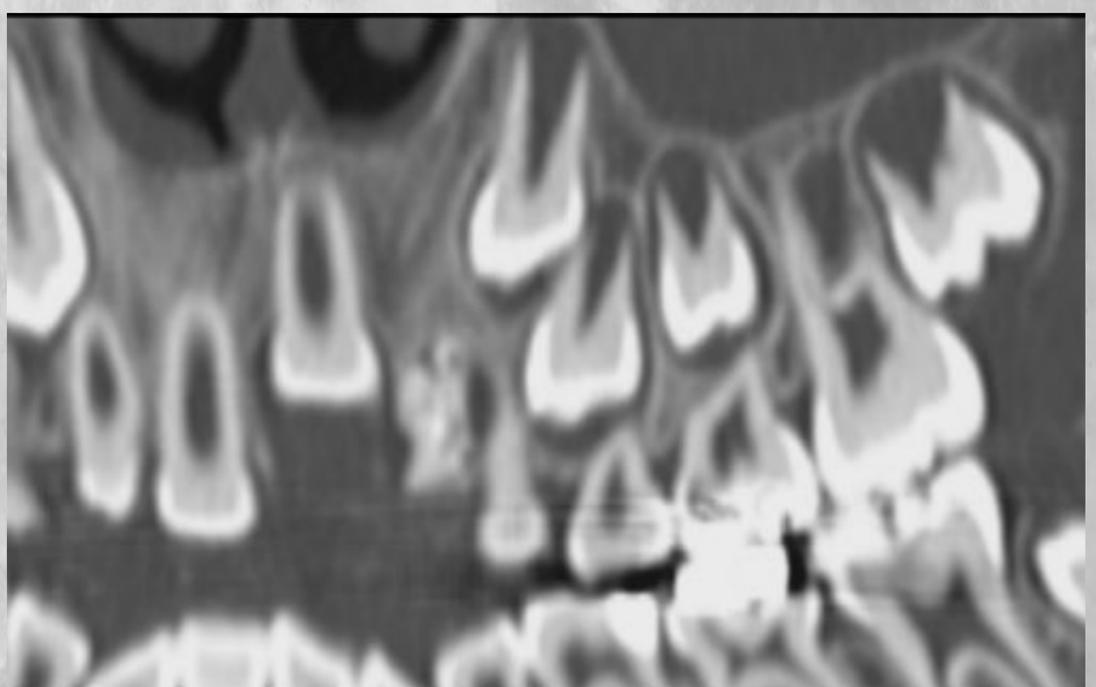
**Mesiodens:** Diente supernumerario no erupcionado localizado en el hueso palatino adyacente a la raíz de la pieza dentaria 21, sin reabsorción radicular asociada.



**Distodens:** Dientes supernumerarios impactados en relación con raíces de piezas dentarias 18 y 28. Es un hallazgo poco frecuente.



**Diente no erupcionado:** diente que no ha perforado la mucosa oral y no es visible en la cavidad.



**Diente impactado:** parcial o totalmente no erupcionado y colocado contra un obstaculo que le impide su total erupción.

## c. Pruebas de imagen



### Ortopantomografía

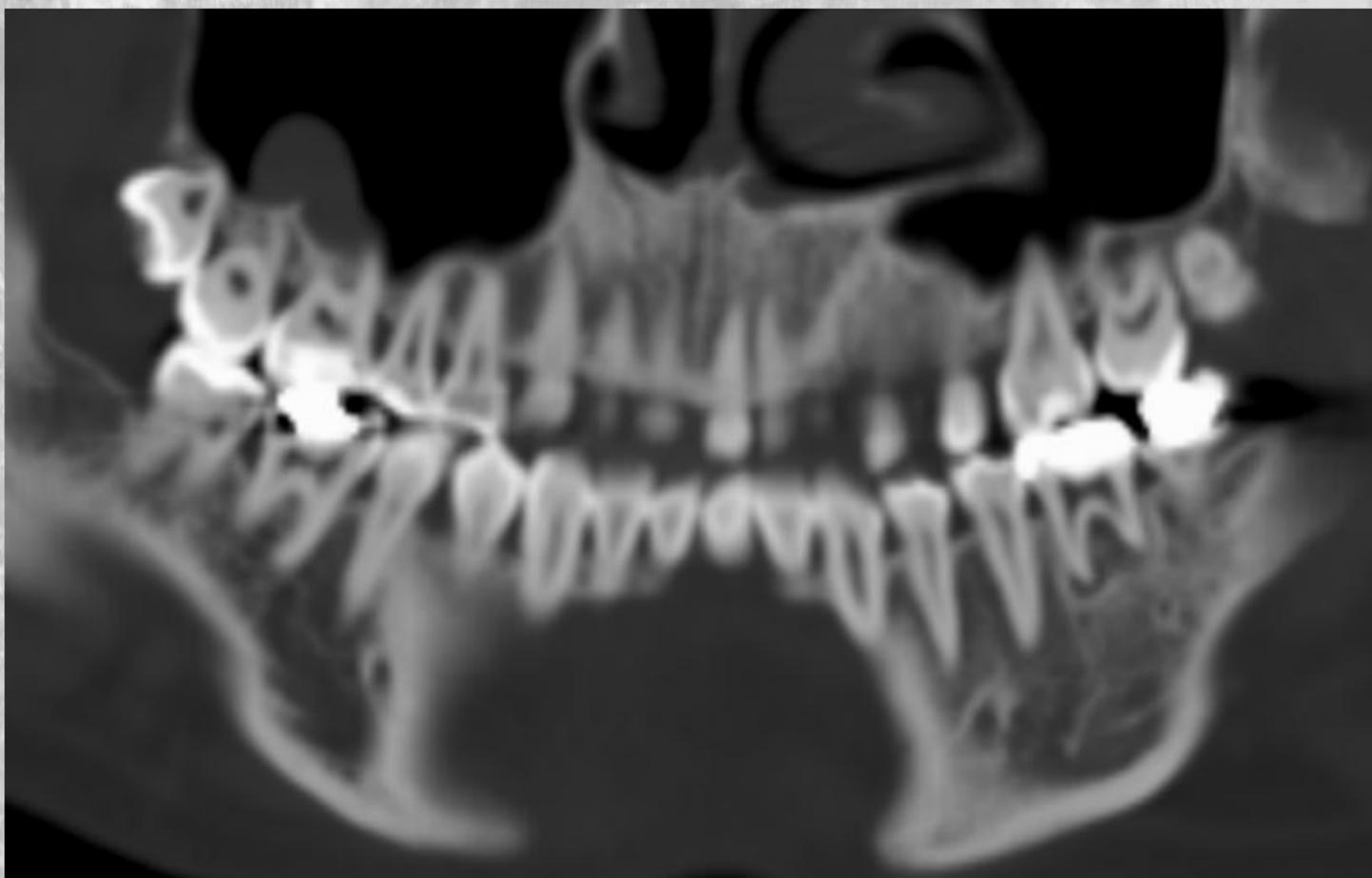
- Radiografía panorámica dental que permite ver todos los dientes del paciente y determinar su número, posición y crecimiento, incluyendo aquellos que aún no han salido.
- Puede servir de cribado de posibles problemas en dientes, hueso o ATM.

### TC Panorámico

- Permite la obtención de imágenes tridimensionales que ayudarán a un diagnóstico más preciso, la valoración de estructuras adyacentes y una mejor elaboración de un plan de tratamiento. Es imprescindible para la valoración ósea previa a la colocación de un implante dental.



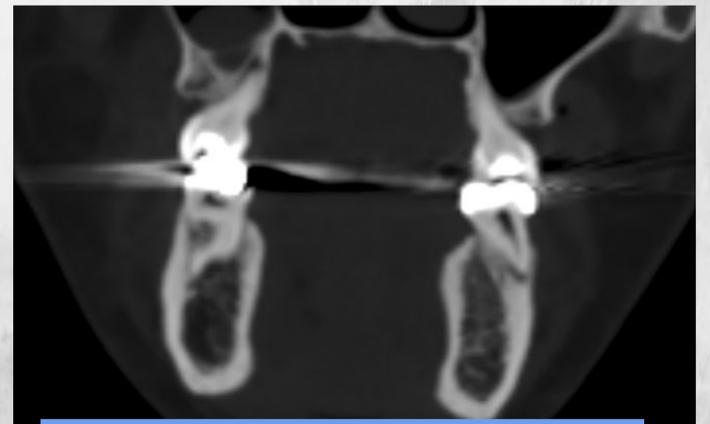
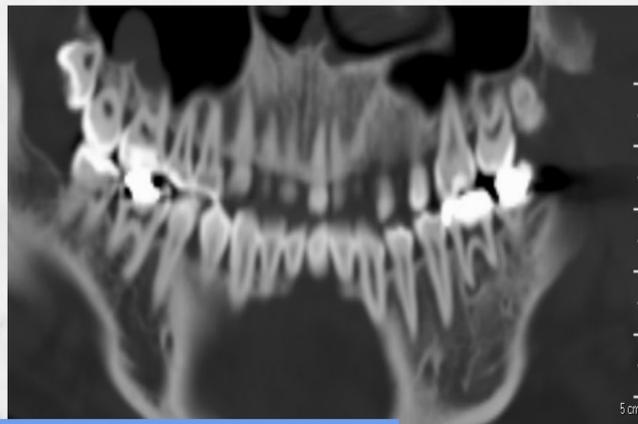
- Axial
- Coronal
- Sagital
- Reformato de planos del corazón
- Reformato/Orientación
- Restablecer imágenes de referencia
- Reformato de curva
- Paralelas
- Concéntricas
- Seccional
- Seccionales paralelas



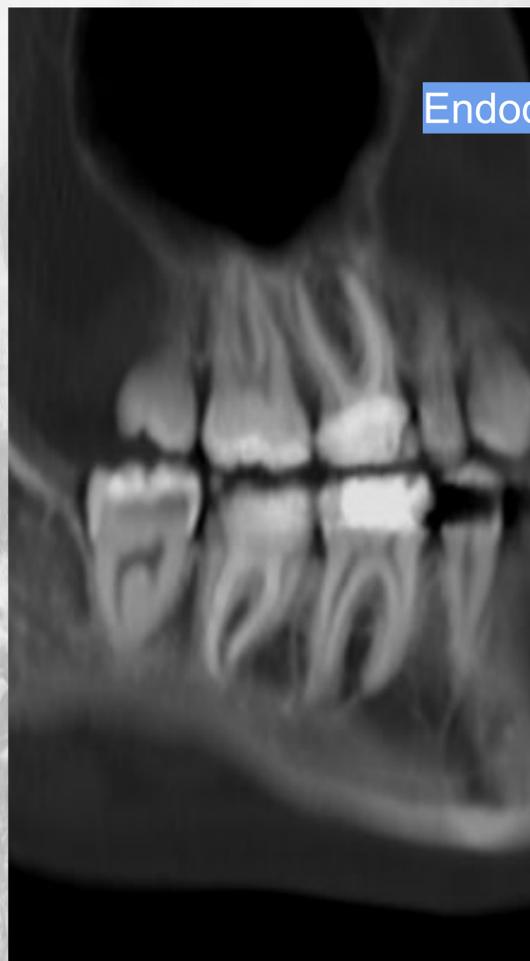
## d. Procedimientos y restauraciones dentales: MATERIALES DENTALES: cómo se ven en imagen



Compuestos de resina (sin artefactos de estría)



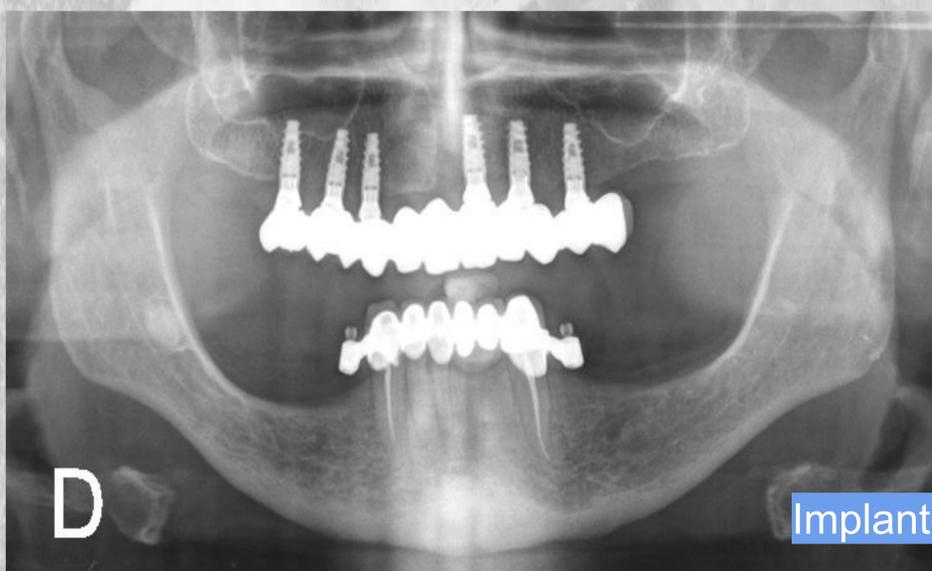
Amalgama (artefactos de estría)



Endodoncia



Ortodoncia

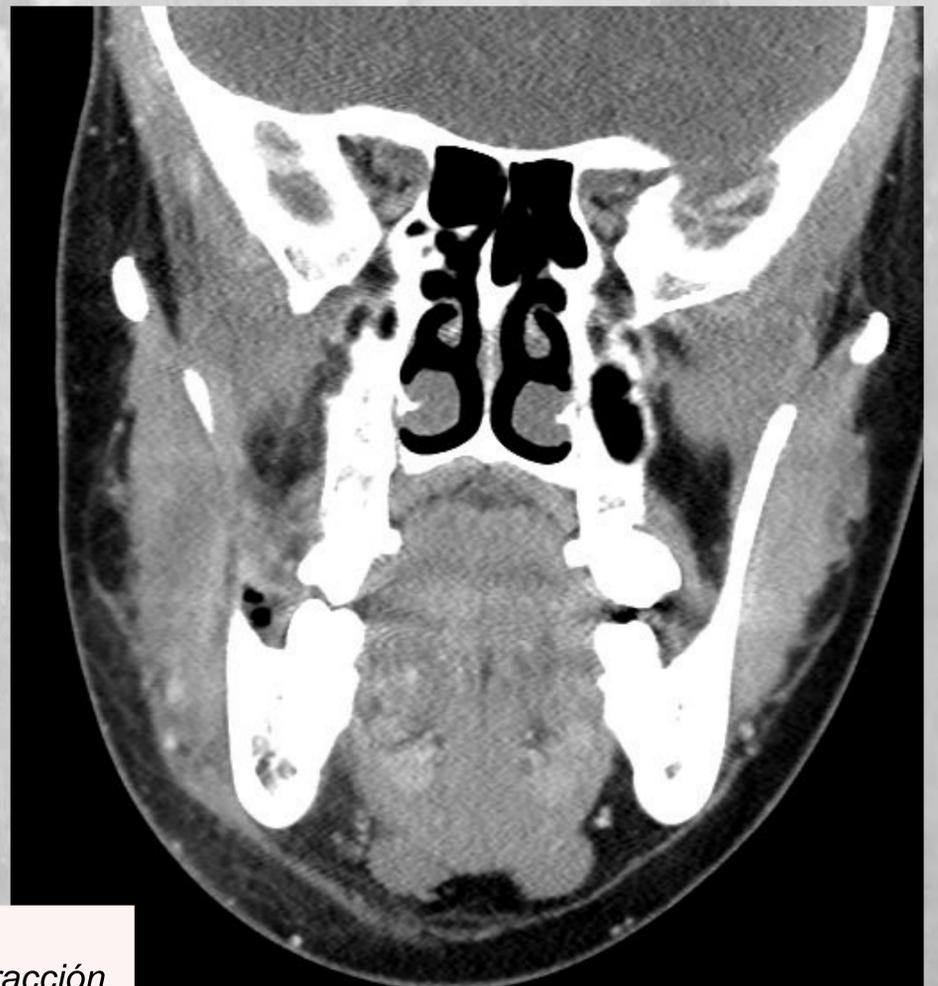
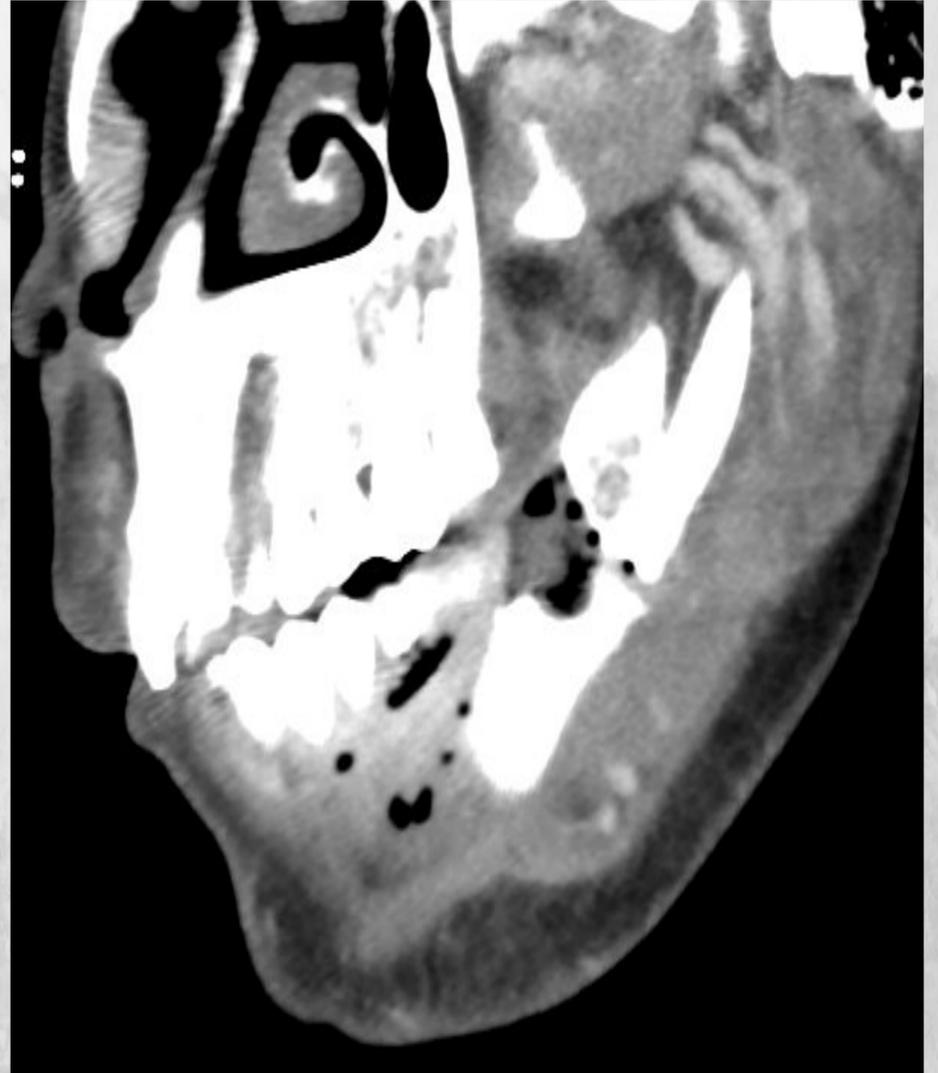
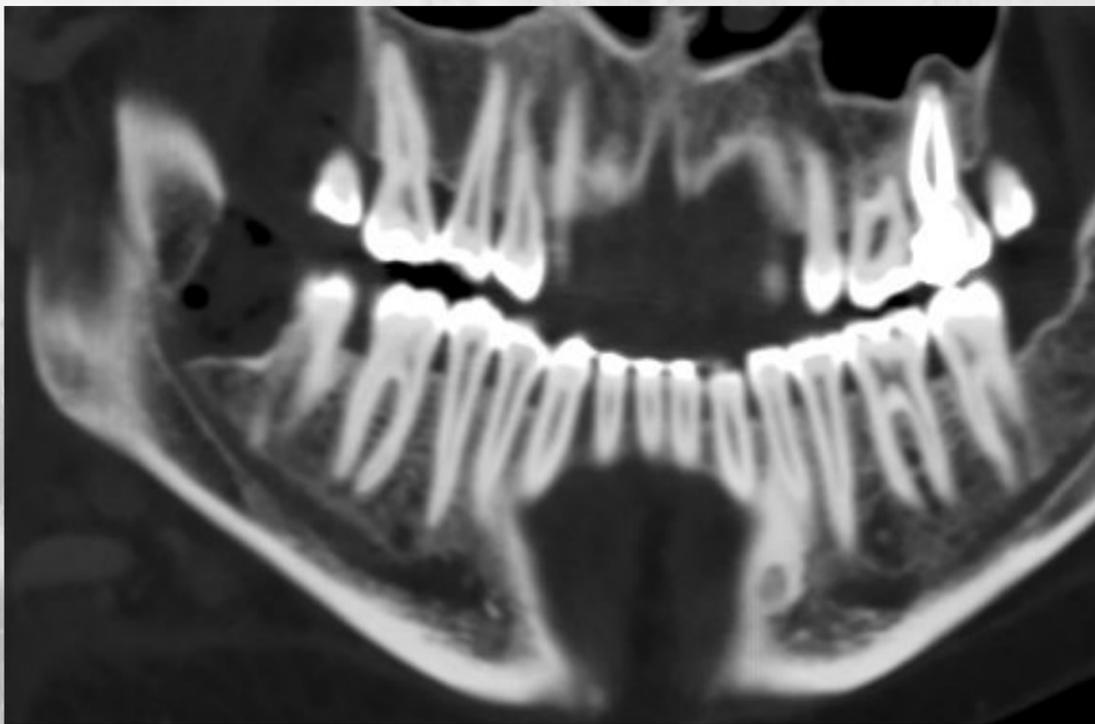


D

Implantes dentales



## d. Procedimientos y restauraciones dentales: EXTRACCIONES Y COMPLICACIONES



### Fractura de rama mandibular:

*Mujer de 48 años que acude por intenso dolor paramandibular derecho tras extracción dental.*

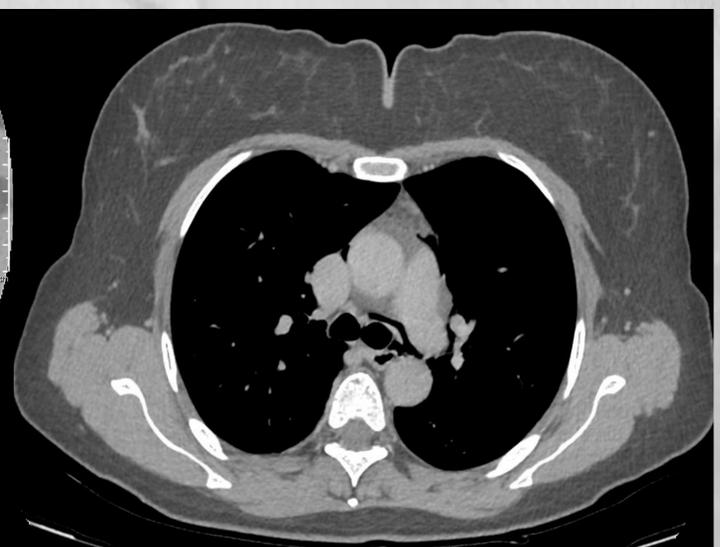
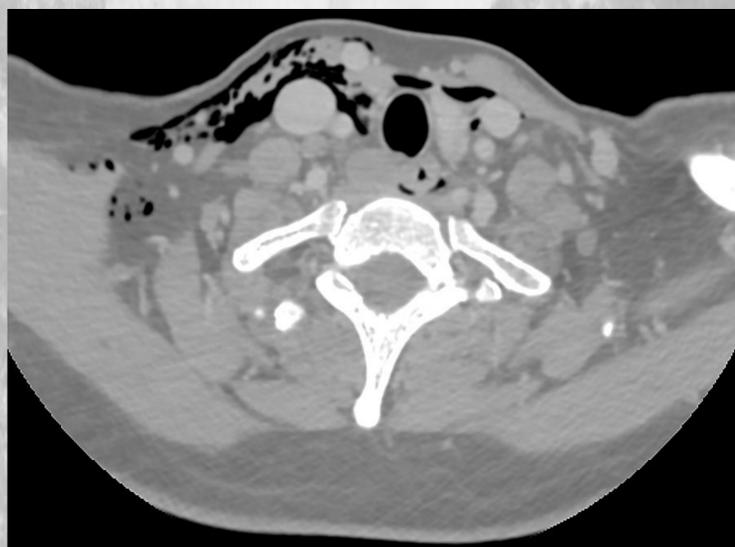
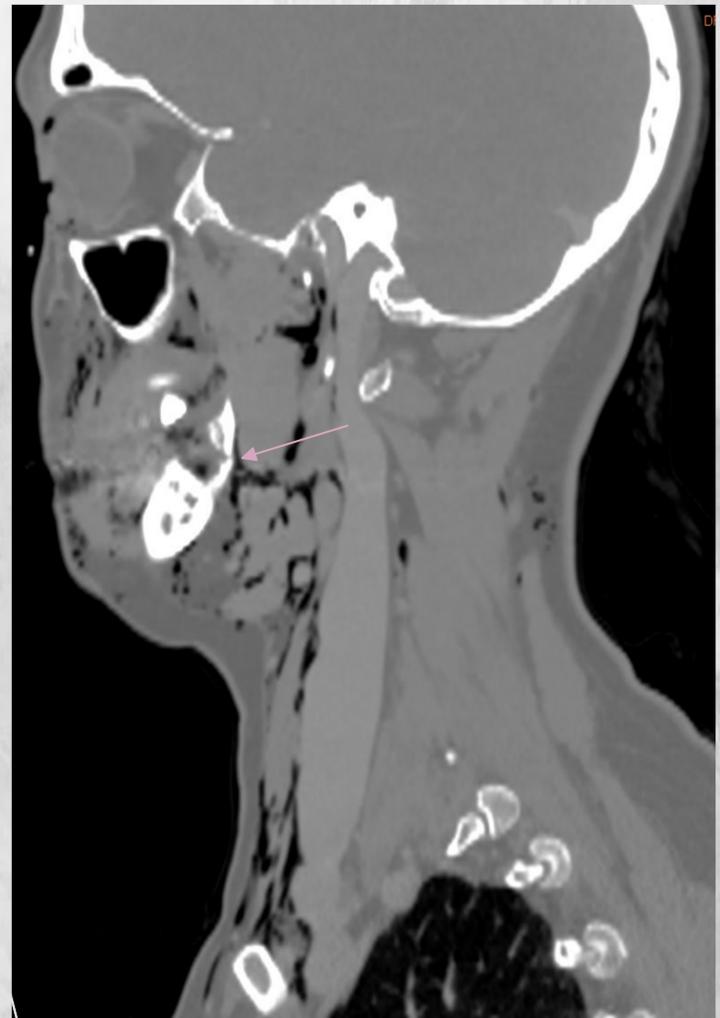
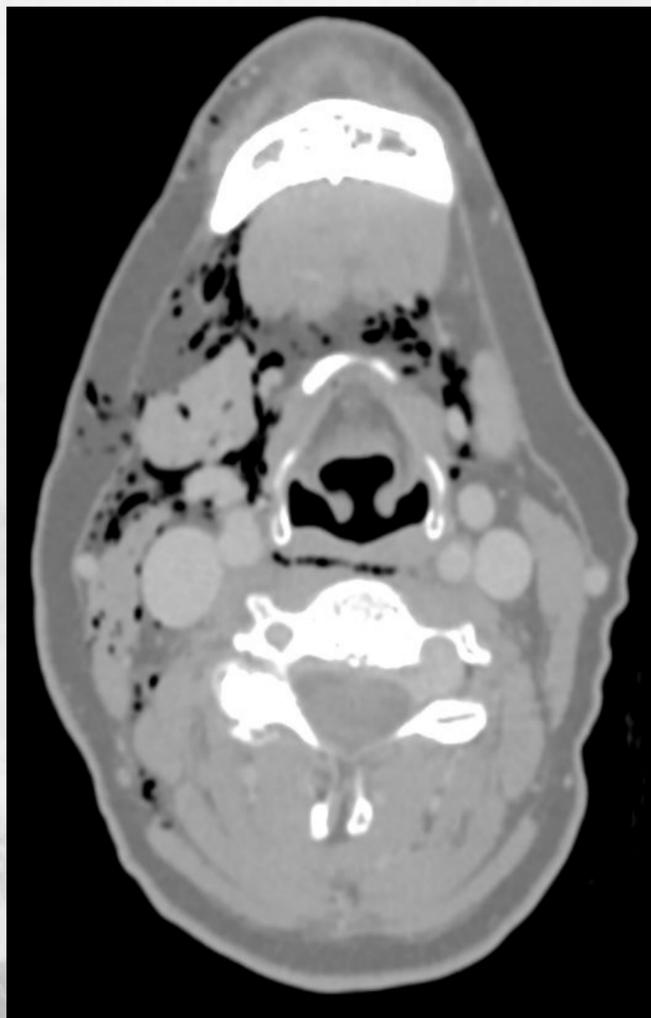
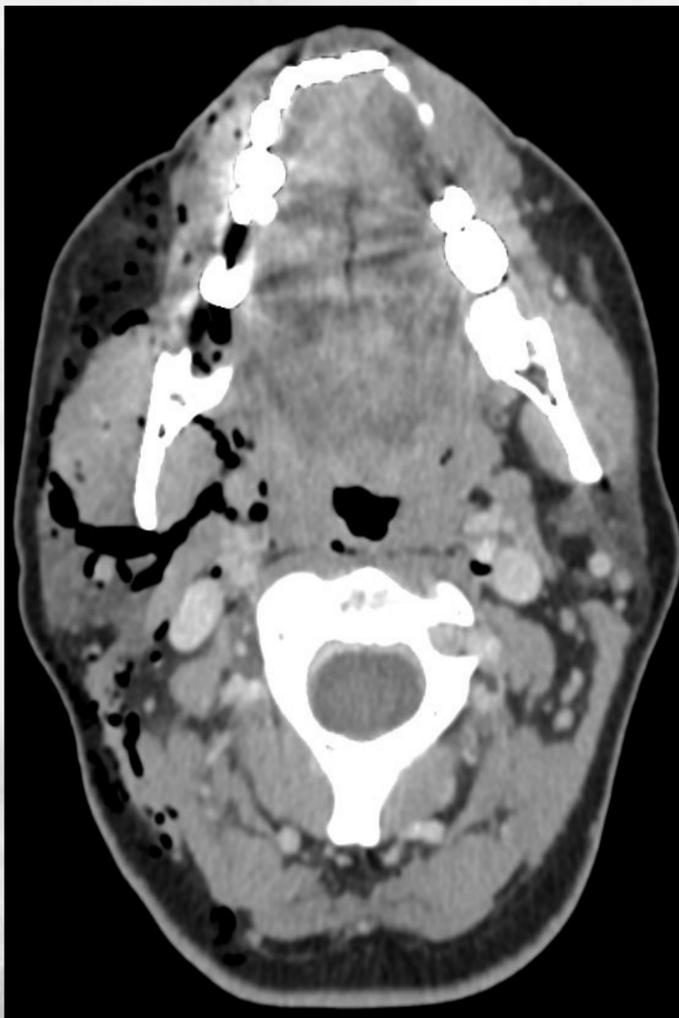
Se identifican burbujas de gas en la zona de la extracción de la pieza dentaria 48.

Interrupción de la cortical externa de la rama mandibular adyacente de 4 mm en relación con fractura.

Rodeando la rama mandibular derecha se aprecian cambios flemonosos, un engrosamiento difuso del masetero y buccinador ipsilateral.

*Imagen superior izquierda: Ortopantomografía previa a extracción.  
Imagen inferior izquierda: reconstrucción TC panorámica posterior a extracción.  
Resto de imágenes: reconstrucciones de TC posterior a extracción.*

## d. Procedimientos y restauraciones dentales: EXTRACCIONES Y COMPLICACIONES



### Enfisema subcutáneo y/o neumomediastino o/y neumotórax:

*Mujer de 48 años que acude por crepitación en ángulo mandibular derecho después de una extracción dental del tercer molar.*

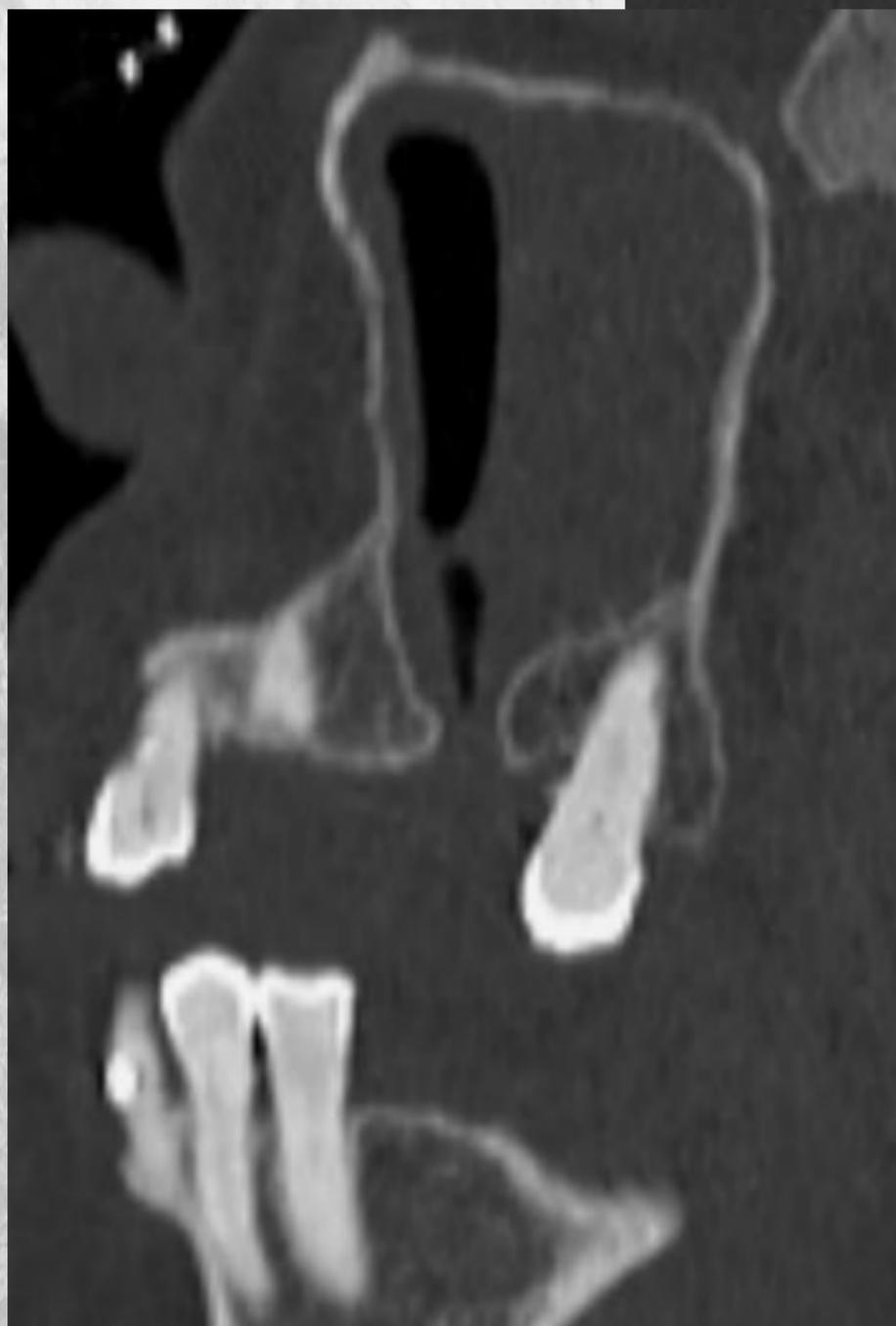
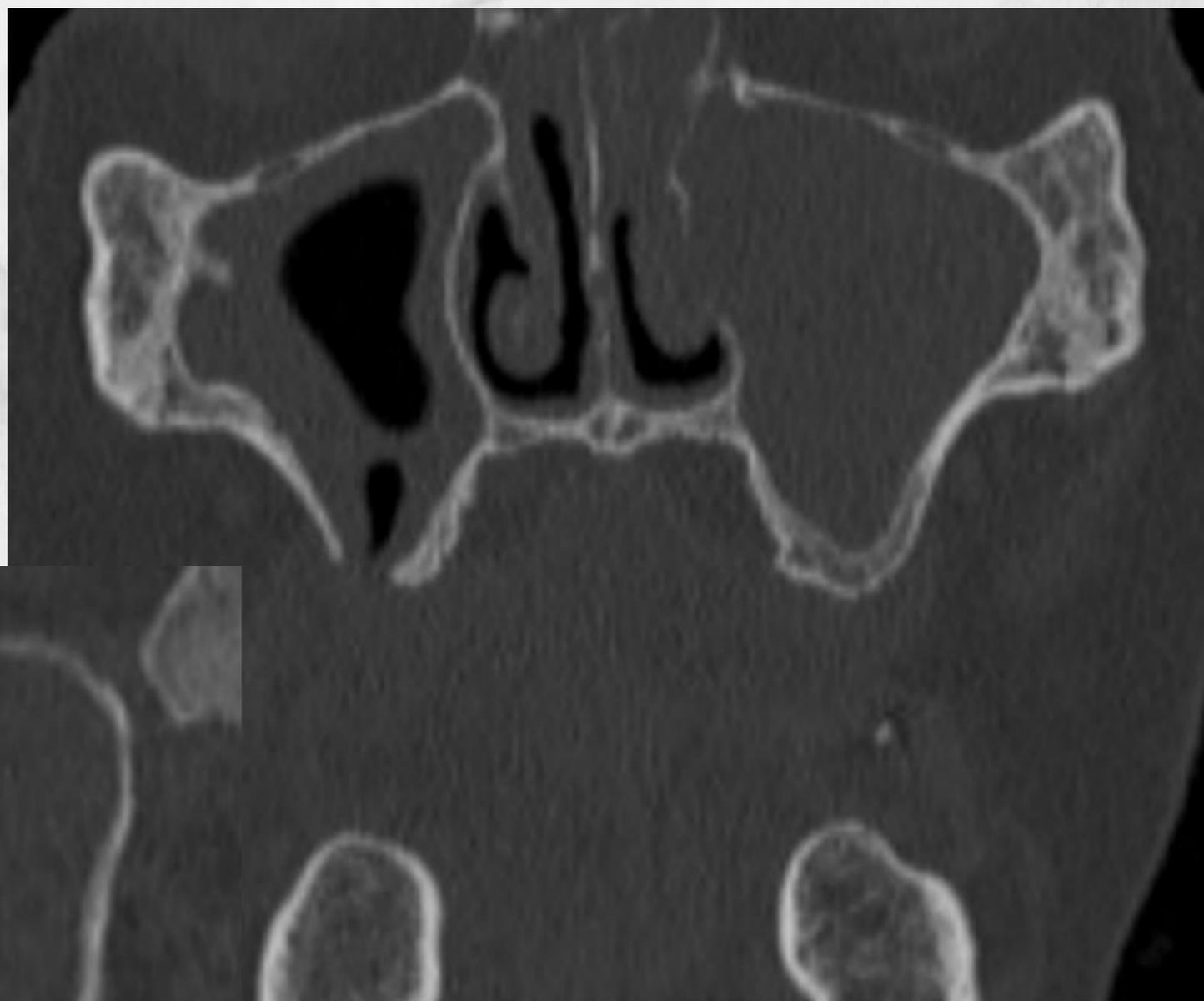
Marcado enfisema subcutáneo de extensión cérvico-facial, fundamentalmente derecho, disecando planos cervicales profundos (fosa pterigoidea y espacios submandibular, masticador, para y retrofaríngeo y cervical posterior) secundaria a extracción de pieza dentaria 48. Extensión al mediastino anterior y medio causando neumomediastino, rodeando tráquea, troncos supraaórticos, saco pericárdico y zona de salida de los grandes vasos. No se evidencian signos de neumotórax.

*Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC*

## d. Procedimientos y restauraciones dentales: EXTRACCIONES Y COMPLICACIONES

### Fístula orosinusal u oroantral:

- Comunicación patológica entre la cavidad bucal y seno maxilar.
- Se produce como consecuencia del no cierre espontáneo de la comunicación, implicando una epitelización de la misma.

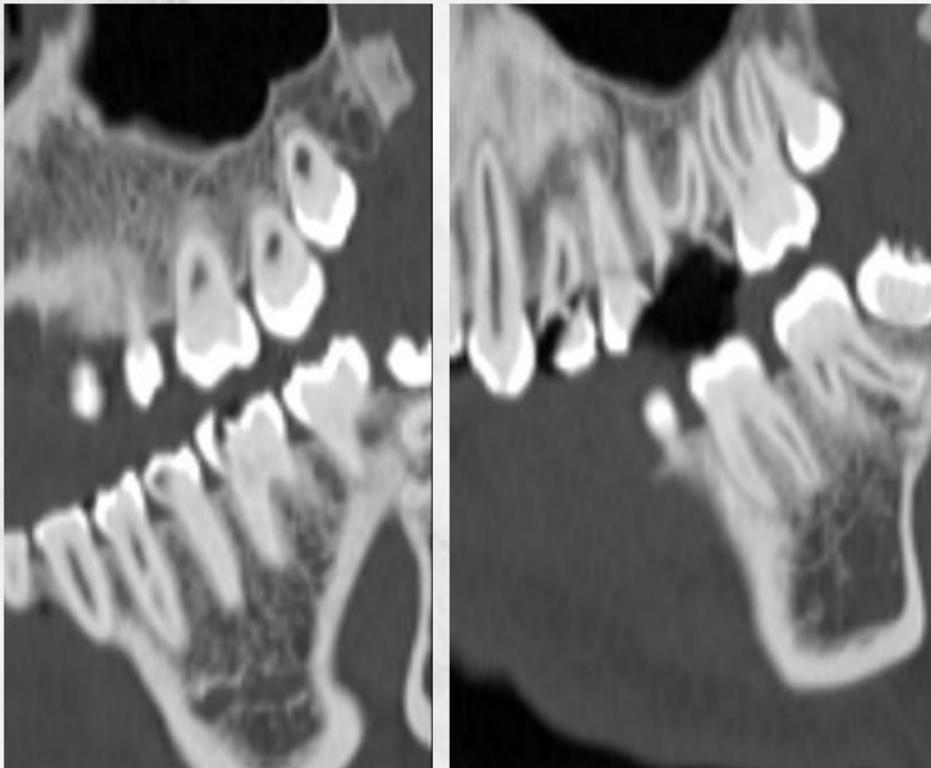


*Mujer de 75 años con sinusitis maxilar crónica de un año de evolución. Valoración de senos paranasales.*

Engrosamiento mucoso de seno maxilar derecho y ocupación total del izquierdo, evidenciando un defecto óseo a través del suelo del seno maxilar derecho (antro) que comunica con la cavidad bucal, en relación con fístula orosinusal.

*Imágenes: reconstrucciones coronal y sagital de TC*

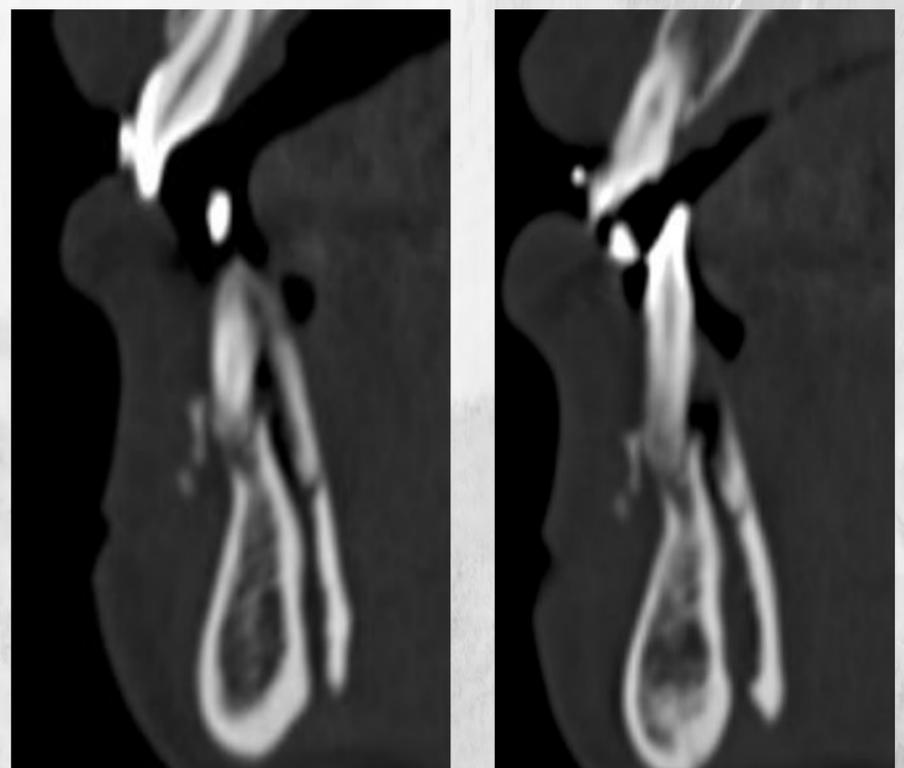
## e. Patología traumática



### **FRACTURA DE CORONA DENTAL:**

Fractura con trazo oblicuo en la corona de piezas dentarias 14,15 y 46, sin evidenciar un desplazamiento significativo de sus fragmentos. Ausencia parcial de la región posterior de la corona del 15 y ausencia completa de la corona del 16.

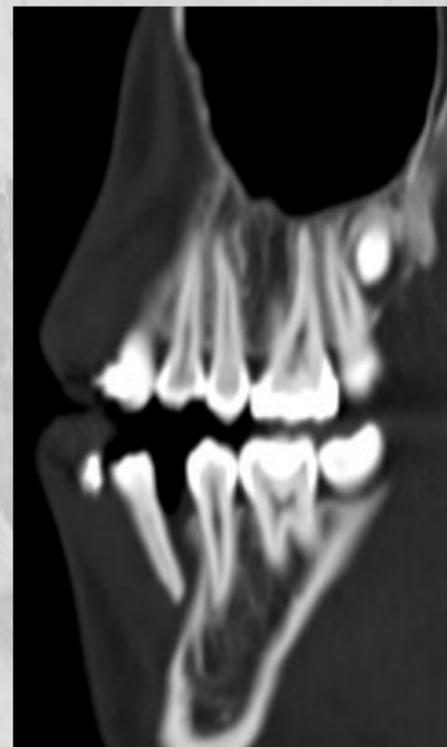
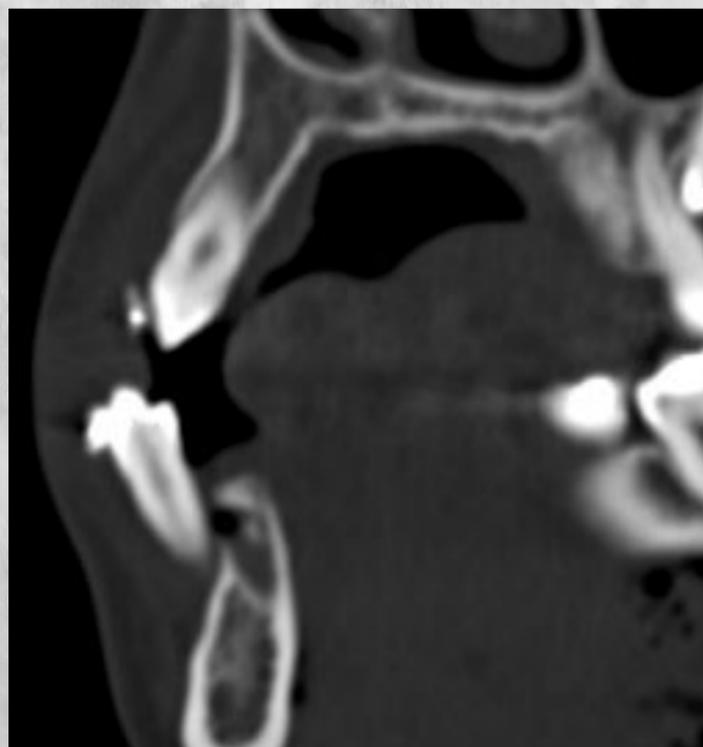
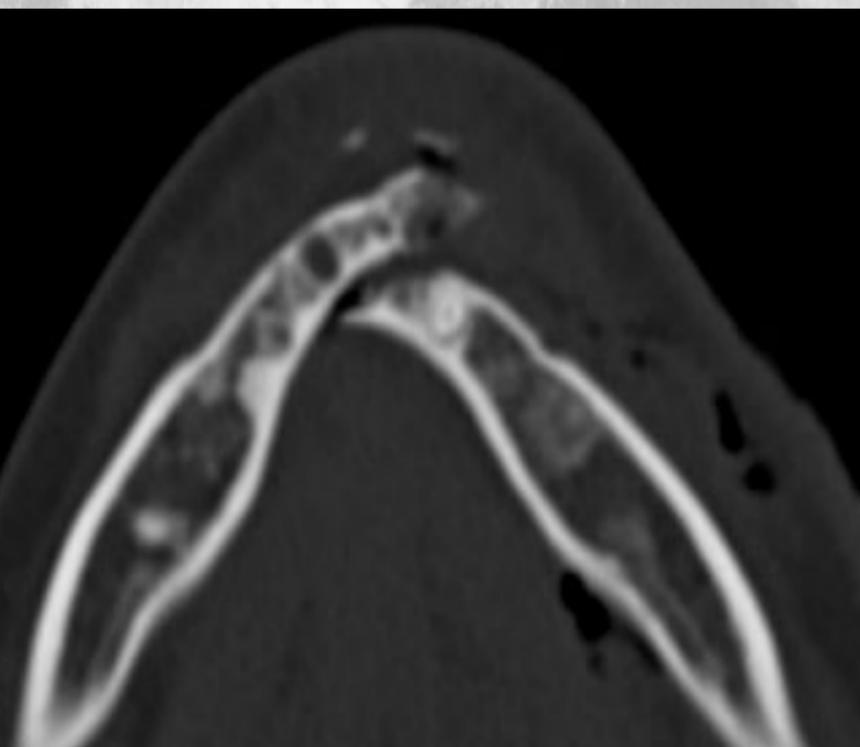
Tratamiento: restauración por odontólogo



### **FRACTURA PROCESO ALVEOLAR:**

Línea de fractura con trazo horizontal a nivel del proceso alveolar mandibular, con afectación radicular de la pieza dentaria 41, con angulación hacia borde lingual de la misma. No se evidencia afectación del conducto dentario inferior.

Tratamiento: QUIRÚRGICO por C. Maxilofacial

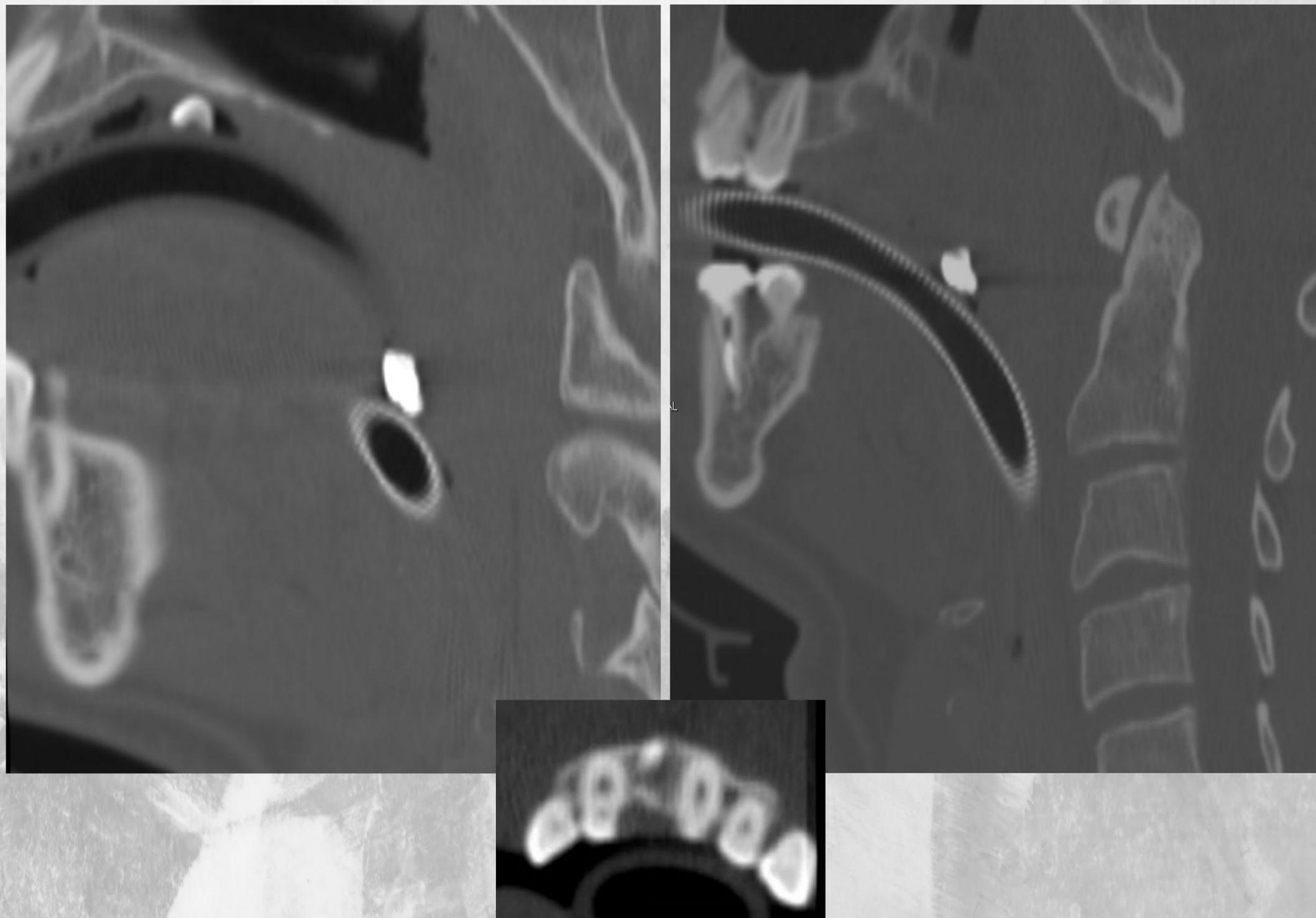


### **AVULSIÓN DENTAL ± Fractura proceso alveolar:**

En localización teórica de pieza dentaria 42 se evidencia un alveolo vacío y una burbuja aérea, con avulsión casi completa de la pieza. Asocia una fractura del cuerpo mandibular (línea media) con desplazamiento y acabalgamiento de sus partes. Burbujas aéreas en tejido celular subcutáneo paramandibular izquierdo.

Tratamiento: Reimplantación temprana diente

## e. Patología traumática



### **FRACTURA SECUNDARIA A PROCESO MÉDICO-QUIRÚRGICO**

Cuerpo de alta densidad situado entre paladar y cánula de Guedel, que corresponde a un fragmento de un diente (probablemente de pieza 11 que parece tener un defecto en su porción medial). Además se observa un material de alta densidad, que corresponde con material de amalgama en orofaringe, entre el tubo de intubación y el guedel (a la altura de C1-C2).

Estos hallazgos deben tenerse en cuenta por riesgo de aspiración.

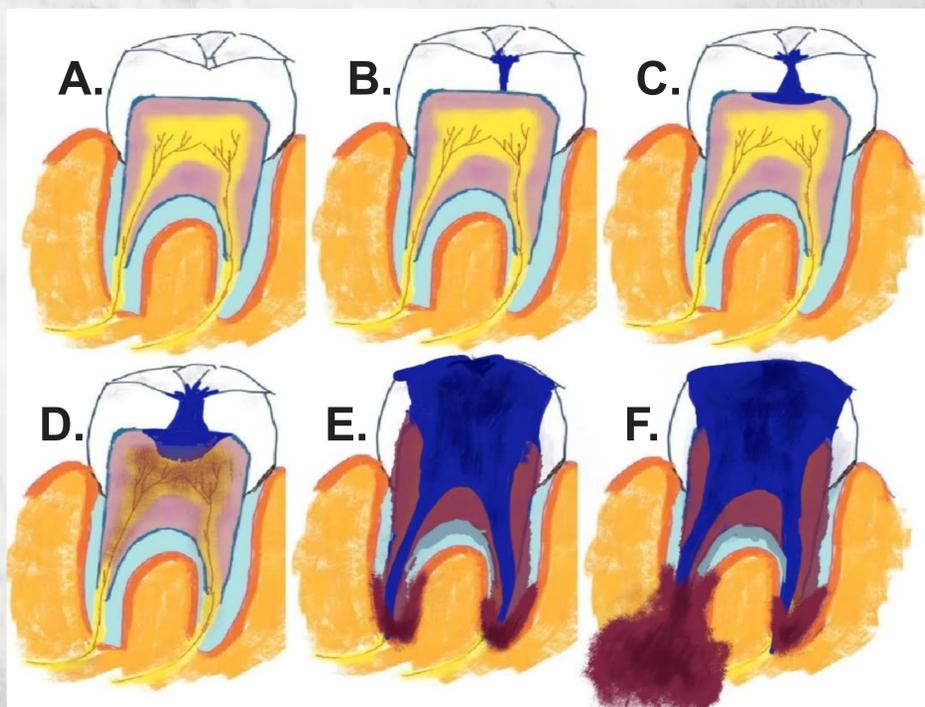
## e. Patología inflamatoria

¡OJO!

NO TODA **LUCENCIA PERIAPICAL**  
IMPLICA  
**PATOLOGÍA INFLAMATORIA**

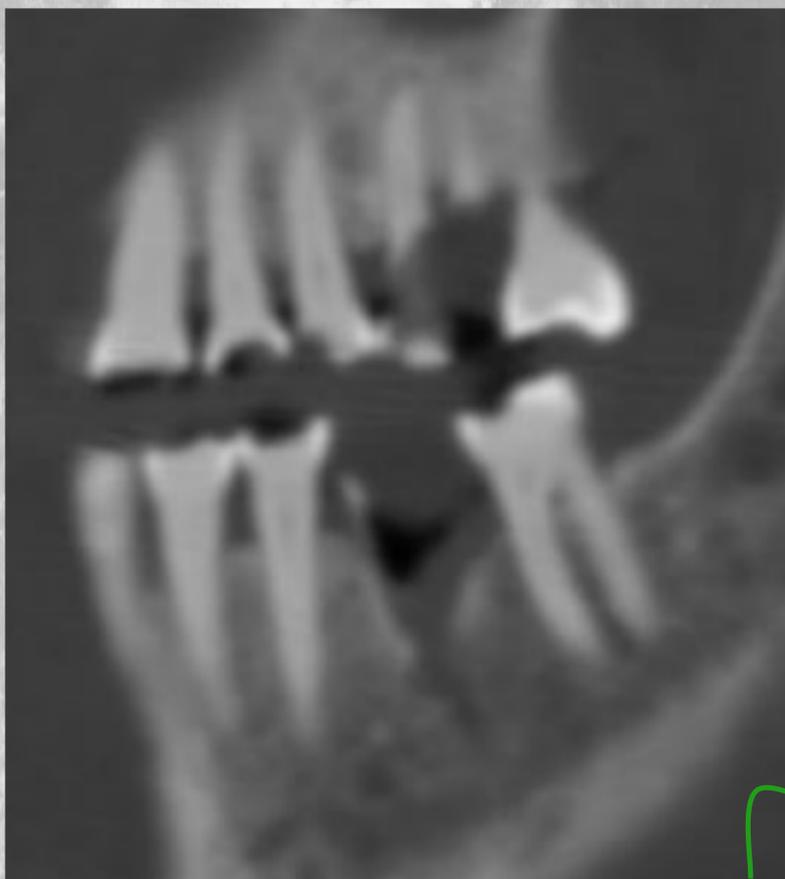
- Granuloma o absceso periapical
- Quiste radicular o residual

- Displasia cemento-ósea periapical
- Tumores
- Post-traumática
- Tratamiento ortodoncia (movilización dental)



### Progresión de la enfermedad periodontal apical:

- A Normalidad
- B. Excavación en corona dentaria
- C. Cavidad que afecta a dentina
- D. Proceso inflamatorio que afecta a pulpa
- E. Periodontitis apical
- F. Periodontitis apical avanzada



En el informe radiológico es importante la correcta descripción de la superficie afecta de la pieza cariada.

Paciente con múltiples piezas dentarias cariadas (erosión de esmalte y corona), de predominio en cuadrantes 2 y 3, afectando en su mayoría a la superficie oclusal y con compromiso completo de la corona 27. Reabsorción completa de raíces de 37.



Mujer de 45 años que presenta una lucencia periapical secundaria a enfermedad periodontal avanzada en pieza dentaria 37. Múltiples empastes de resina.

## f. Patología inflamatoria

### QUISTE RADICULAR GRANULOMA ABSCESO

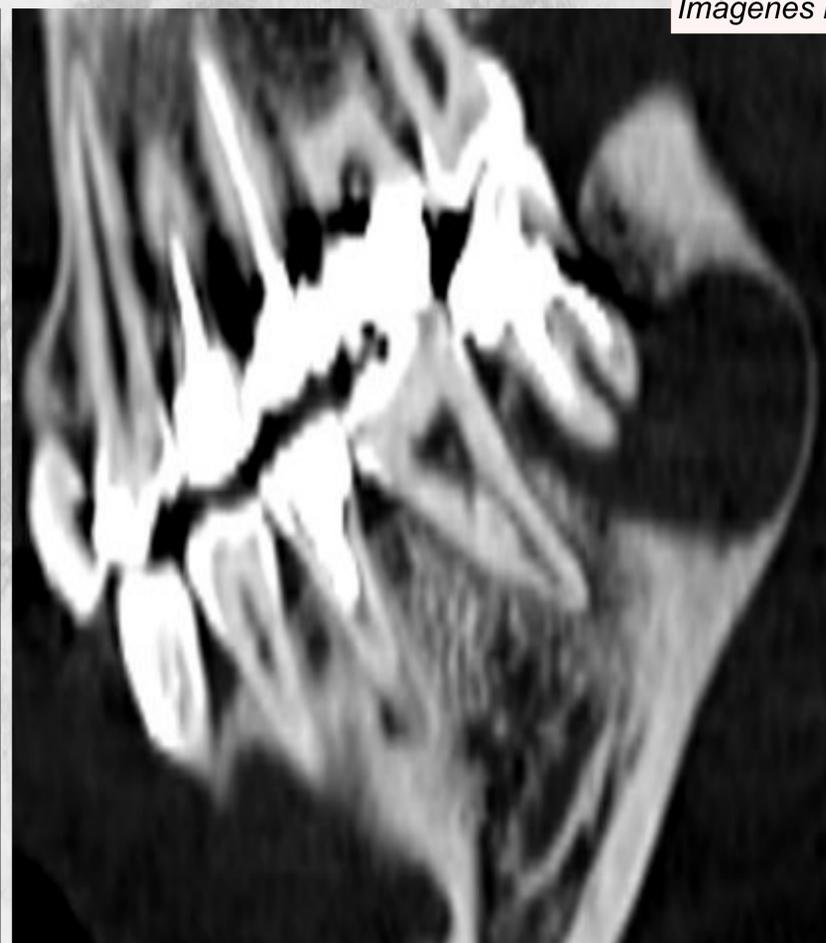
Realce periapical  
en TC  
con  
contraste

- Estas tres entidades son **indistinguibles** por imagen en ortopantomografía o estudio **sin contraste**.
- **Áreas radioluciente** y uniloculares, redondas o en “forma de pera” en la **región periapical**. Suelen tener <1 cm de diámetro y estar delimitados por un borde delgado de hueso cortical.
- El diente asociado suele tener una **restauración profunda o lesión cariada**.



Imagen superior: ortopantomografía

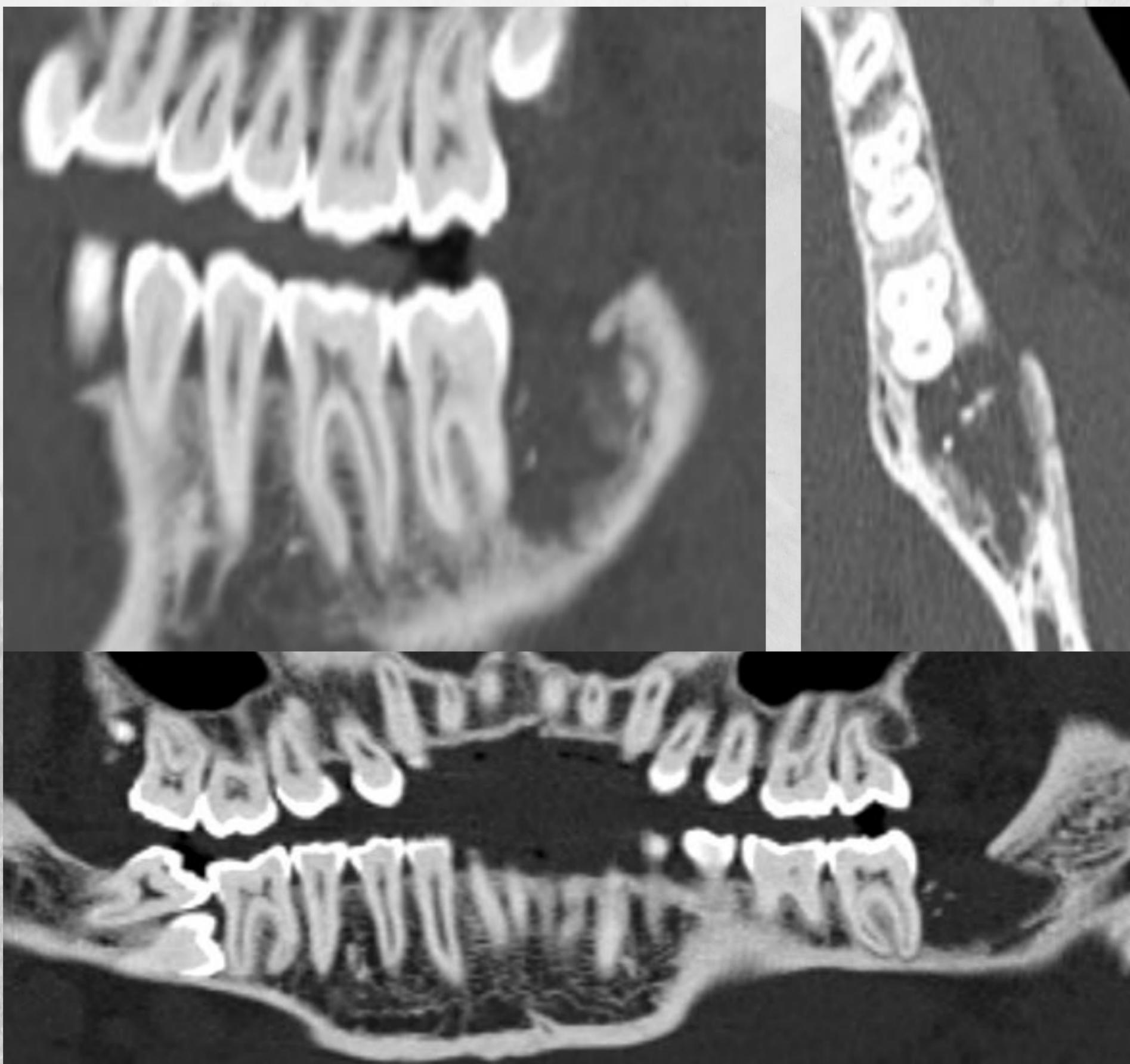
Imágenes inferiores: reconstrucciones multiplanares de TC



Pieza 37 con endodoncia, apreciando área radiolúcida periapical en ortopantomografía. En estudio de TC se confirma la presencia de quiste radicular asociado a dicha pieza, con dehiscencia de la cortical lingual y vestibular, quedando muy próximo al canal del nervio alveolar inferior, sin invadirlo.

## f. Patología inflamatoria

**QUISTE RESIDUAL:** Área radioluciente periapical (tejido inflamatorio) secundaria a extracción o ausencia de pieza dentaria sin un curetaje minucioso

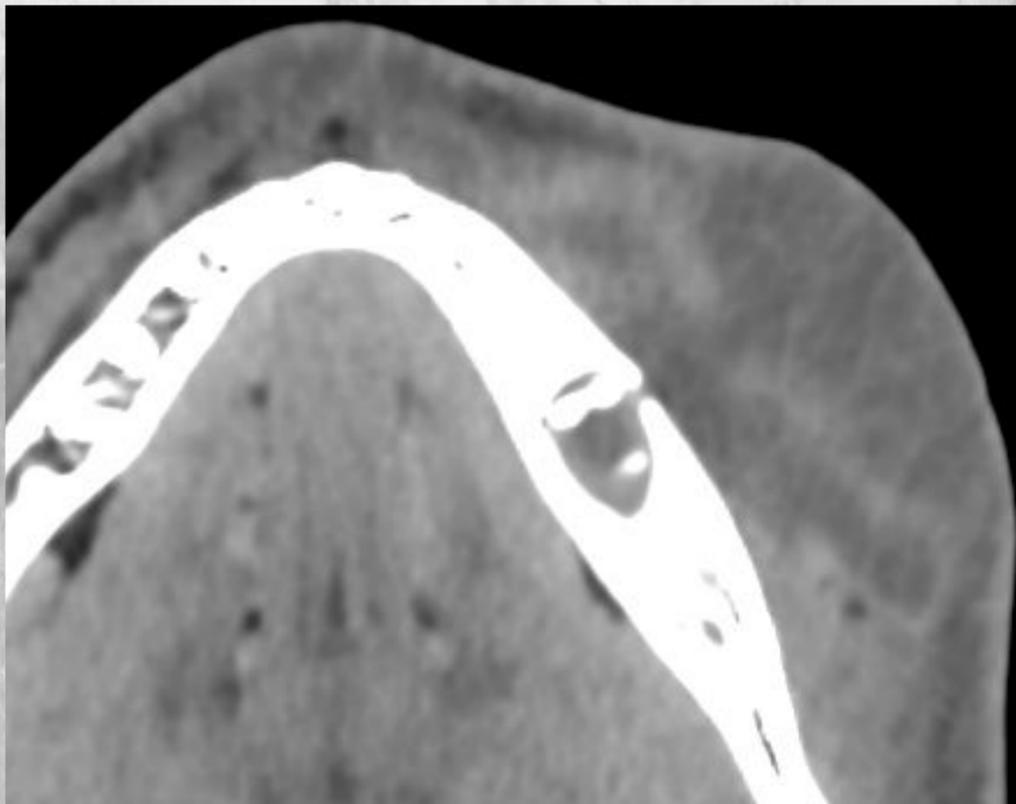
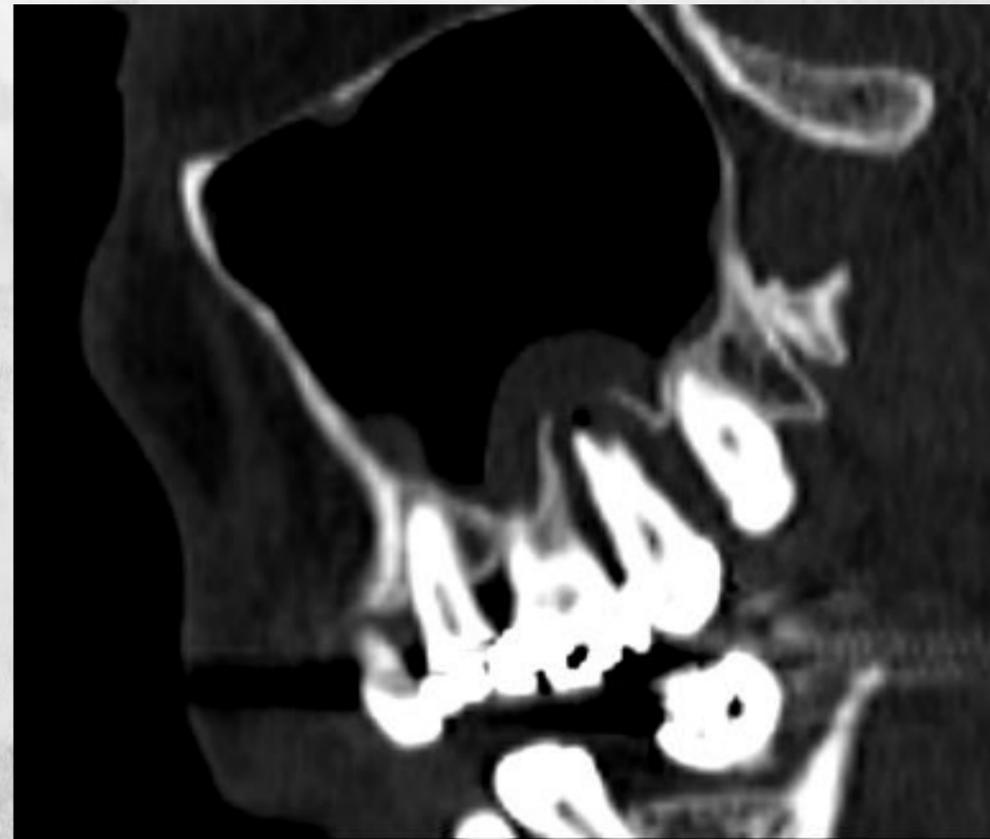
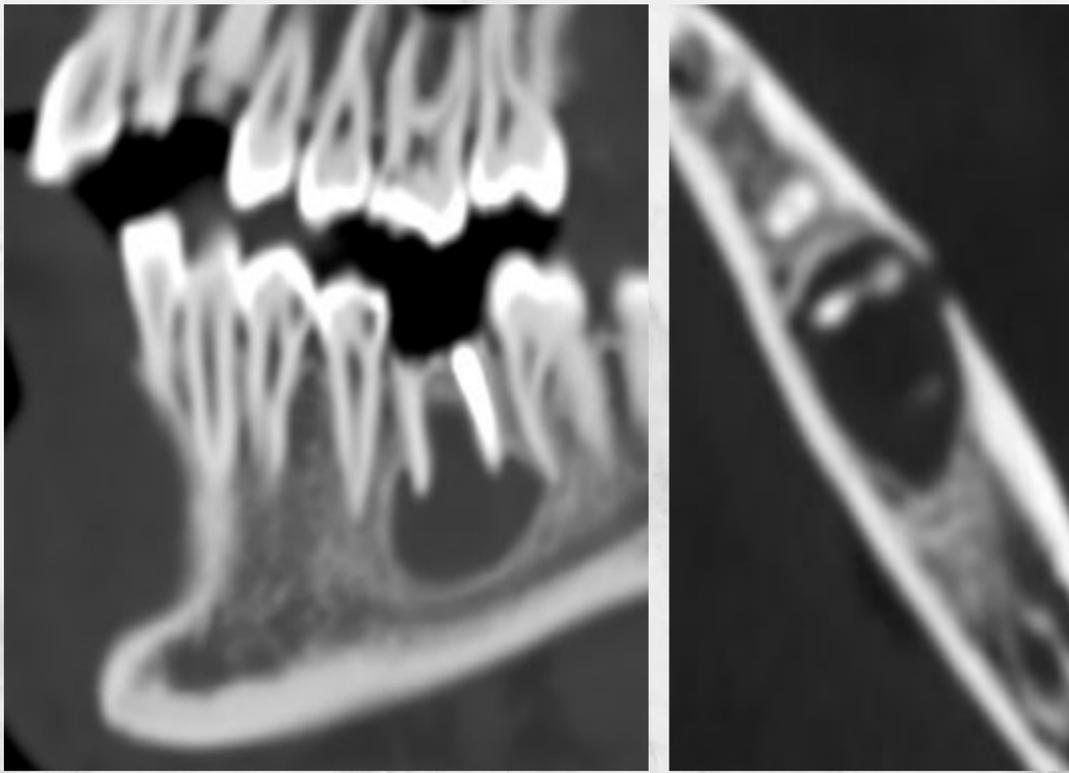


Pieza 38 extraída con quiste residual de aprox 15 mm, observando cambios osteíticos y pequeño trayecto fistuloso hacia la cortical vestibular. Pequeños restos radiculares en el interior de la cavidad quística.

## f. Patología inflamatoria: COMPLICACIONES

### Absceso mandibular secundario a absceso periapical

### Sinusitis odontogénica

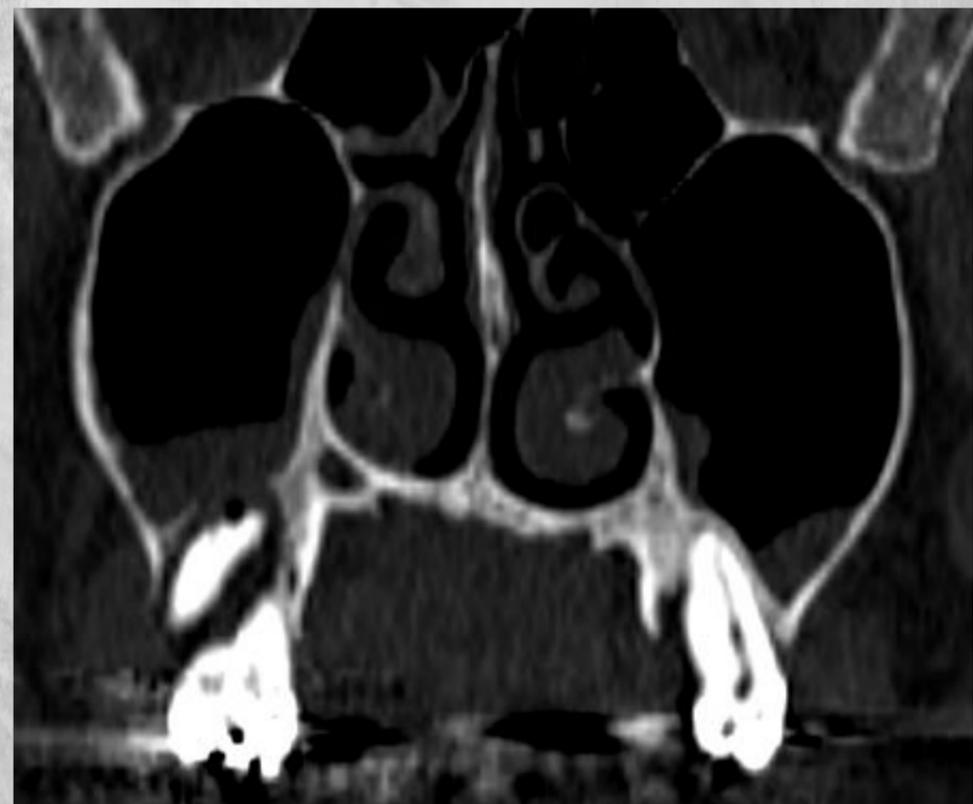


*Paciente con flemón facial de 4 días de evolución refractario a tratamiento con corticoides y doble antibioterapia.*

Colección irregular con realce periférico adyacente al cuerpo de la hemimandíbula izquierda, con cambios inflamatorios de la piel y el tejido celular subcutáneo.

Se aprecia una radiolucencia periapical con realce de la pieza 36, con pequeña solución de continuidad de la cortical vestibular, que conecta con la colección descrita.

*Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.*



*Paciente con cefalea y antecedentes de sinusitis.*

Discreto engrosamiento mucoperiostico del suelo del seno maxilar derecho (el cual presenta un adelgazamiento y disrupción ósea) en comunicación con el área de radiolucencia periapical de la pieza dental 17, visualizándose una pequeña burbuja aérea en su interior. Todos estos hallazgos indican que la sinusitis es de origen odontogénica.

*Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC.*

## f. Patología inflamatoria: COMPLICACIONES

### Inflamación orbitaria

*Paciente con inflamación y dolor periocular bilateral, que presenta flemón dentario en tratamiento con antibioterapia.*

Trabeculación difusa de la grasa periorbitaria bilateral, de predominio derecho, sin afectación de la grasa intraconal ni evidencia de colecciones en paciente con múltiples piezas cariadas y lucencias periapicales. Engrosamiento mucoso de celdillas etmoidales y seno frontal. Dado el contexto clínico y los hallazgos, puede tratarse de una celulitis orbitaria secundaria a patología dental.



Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.

### Osteomielitis odontogénica

Colección de bordes anfractuados con hipercaptación periférica situada en el espacio submandibular derecho compatible con absceso. Parecen depender de la pieza 46 que presenta quiste periapical y disrupción cortical interna. Aumento difuso de la densidad de la médula ósea en ángulo mandibular derecho, signos radiológicos sugestivos de osteomielitis.



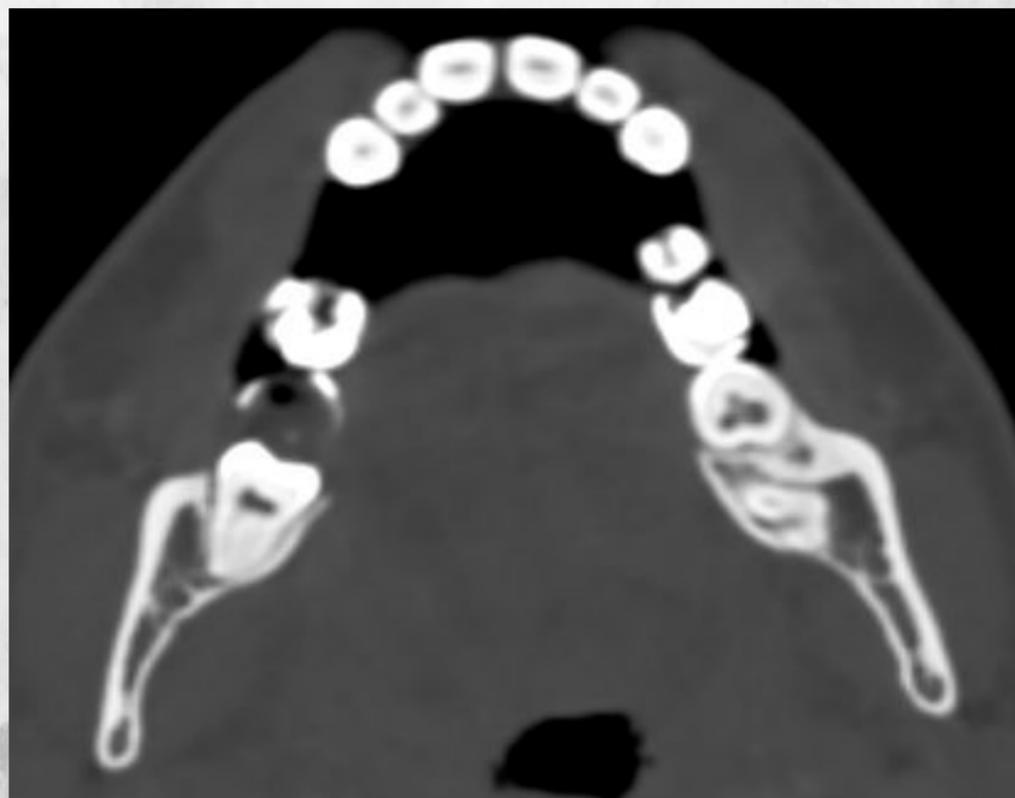
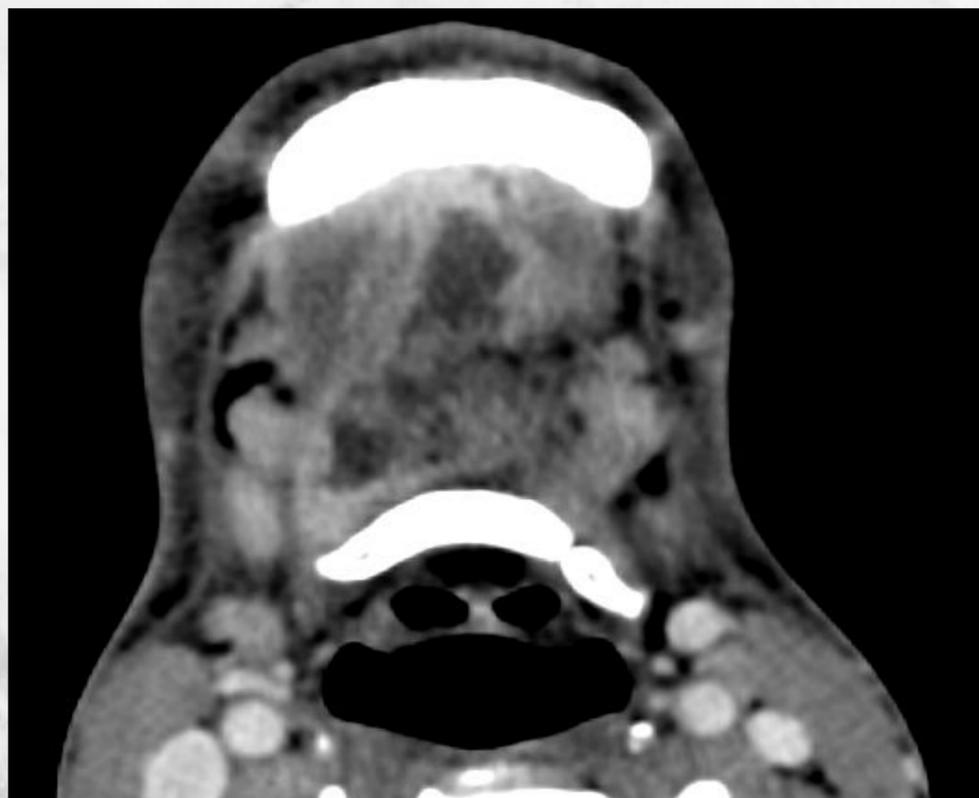
Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.

## f. Patología inflamatoria: COMPLICACIONES

### Angina de Ludwig:

*Paciente de 24 años con absceso submandibular que fue ingresado por mismo motivo hace una semana.*

Colección anfractuosa en suelo de la boca que se extiende por el espacio submandibular derecho (en el seno del músculo milohioideo, hasta el borde inferior del hioides) y abomba el espacio sublingual ipsilateral, cruzando la línea media. La colección comunica con defecto cortical de la cara lingual de la rama mandibular derecha, a nivel de alveolo de la pieza 47.



Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.

## f. Patología inflamatoria: COMPLICACIONES

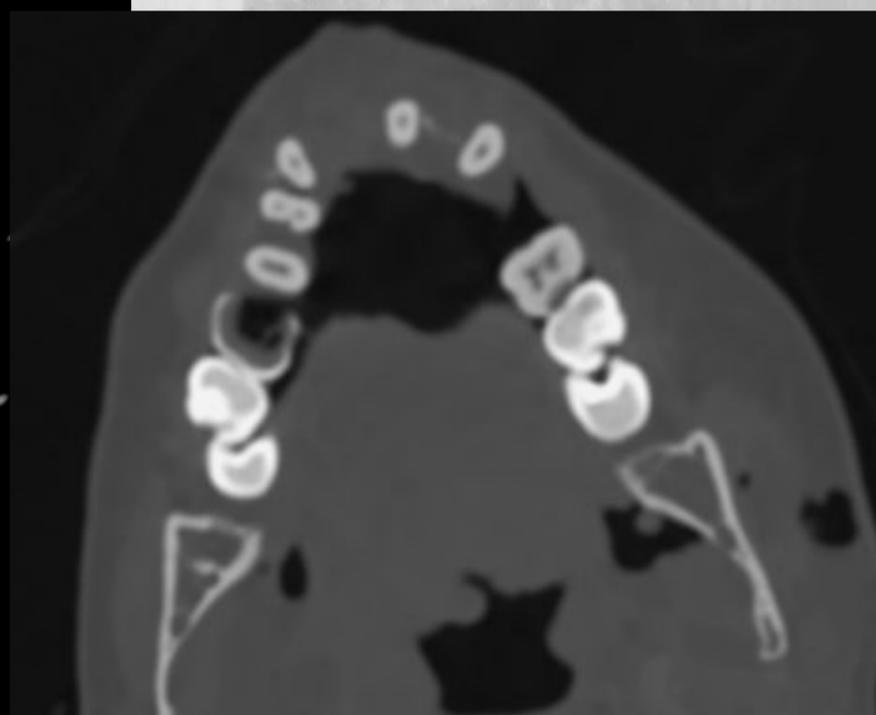
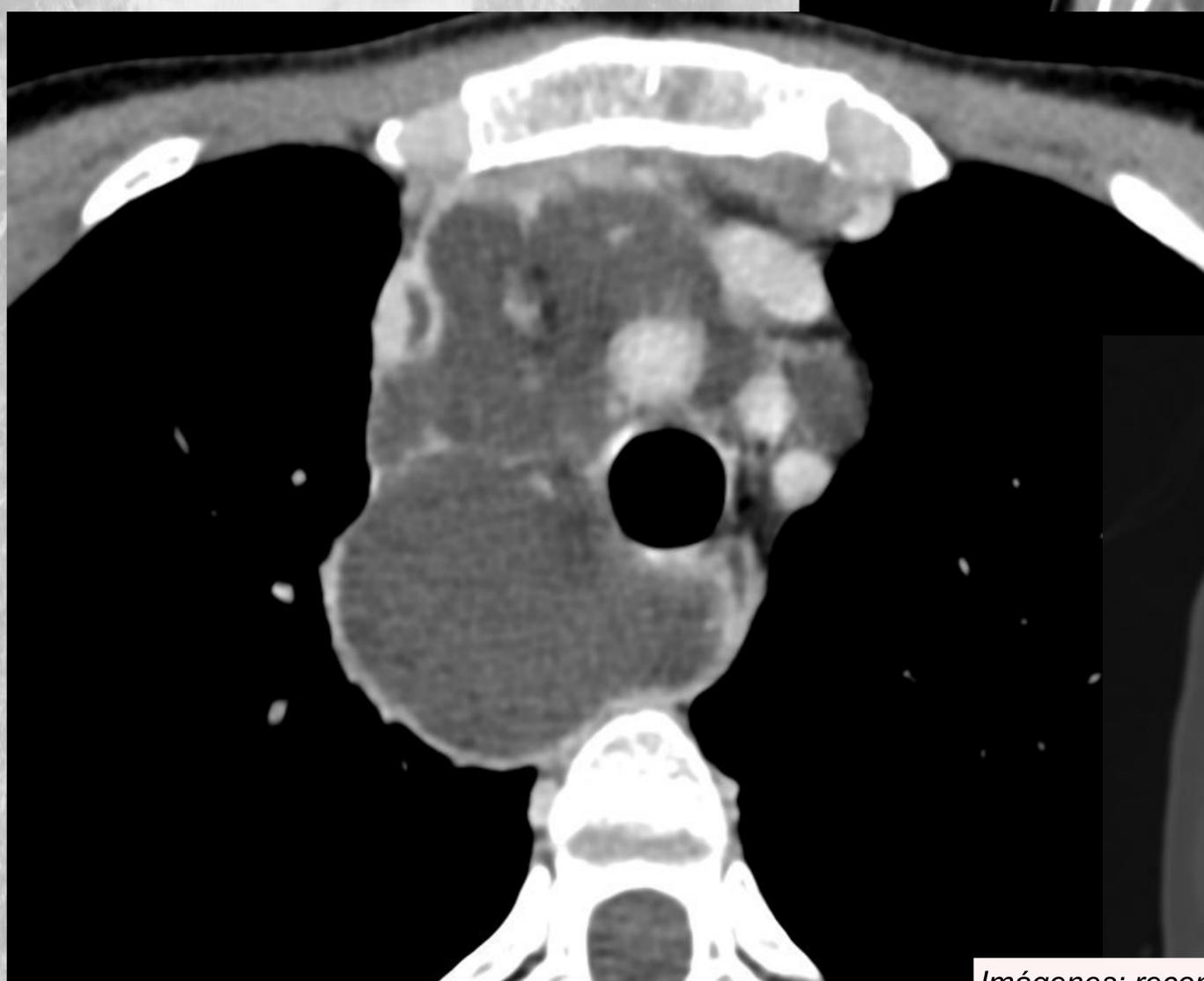
### Mediastinitis

*Mujer de 42 años que acude a urgencias por flemón inframandibular derecho. Trismus de menos de un dedo.*

Múltiples colecciones con pared realzada y aire en su interior a nivel paramandibular bilateral, suelo de la boca, submaxilar bilateral, temporal y maseterino izquierdo, parafaríngeo bilateral y ambos espacios yugulocarotídeos. Rodean así mismo las estructuras laríngeas, el tiroides y los músculos esternocleidomastoideos extendiéndose hasta mediastino, donde se aprecia una gran colección que rodea los troncos supraaórticos y la tráquea hasta la carina, desplazando y comprimiendo el esófago y las estructuras venosas .

Trombosis de la vena yugular interna derecha y vena innominada.

Múltiples piezas cariadas, con lucencias periapicales, siendo la más afectada y probable origen del cuadro la 16.



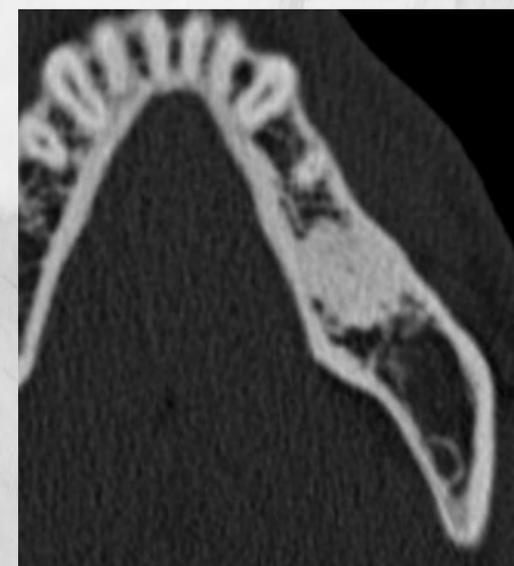
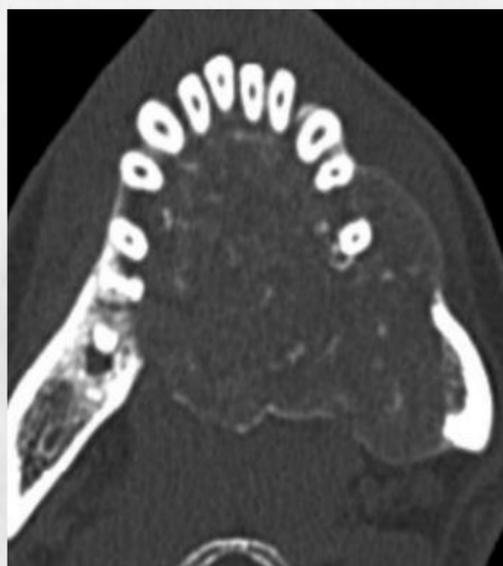
Imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.

## g. Lesiones odontogénicas: cómo clasificarlas

**Lítica**

**Mixta**

**Blástica**



**Líticas**

*Uniloculares*

**Quiste radicular  
Quiste residual  
Quiste folicular**

*Multiloculares*

**Queratoquiste odontogénico  
Ameloblastoma  
Mixoma odontogénico**

**Tumor de células gigantes**

**Blásticas/ Mixtas**

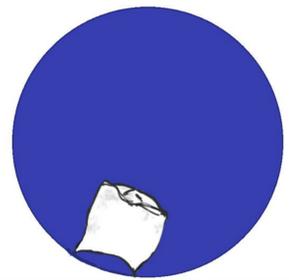


**Cementoma  
Odontoma**

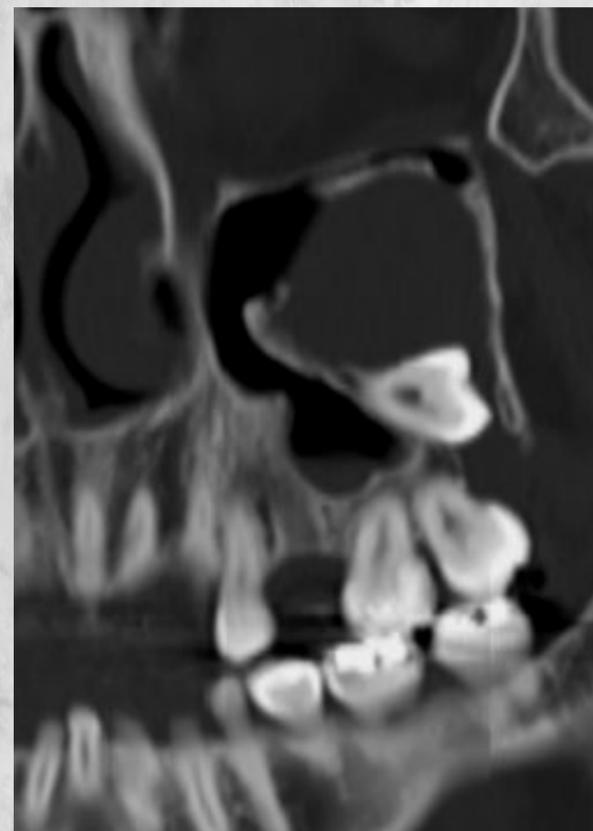
## g. Lesiones odontogénicas

### Quiste folicular o dentígero

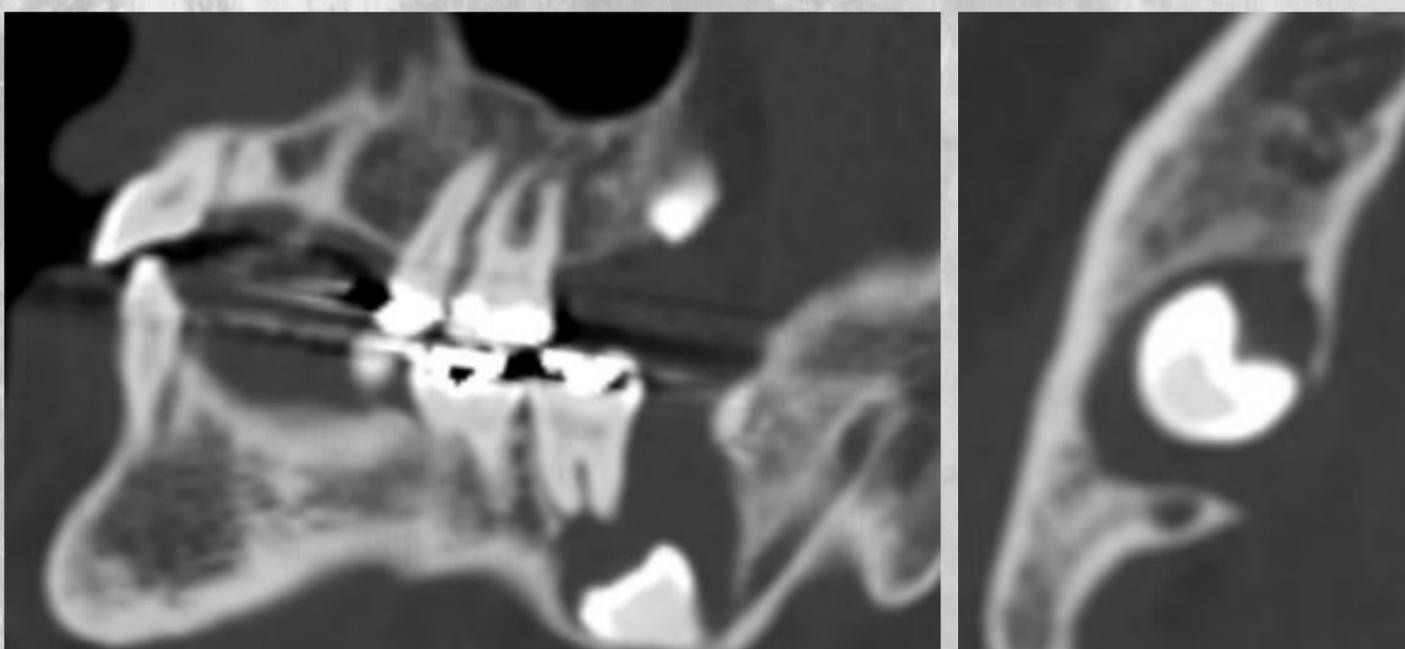
- Quiste pericoronario más frecuente
- Quiste del desarrollo, surge del epitelio del esmalte
- **Corona no erupcionada**
- Más frecuente entre 3er molar y caninos
- > 3mm entre corona y pared quiste (≤3mm = espacio folicular normal)



Ortopantomografía



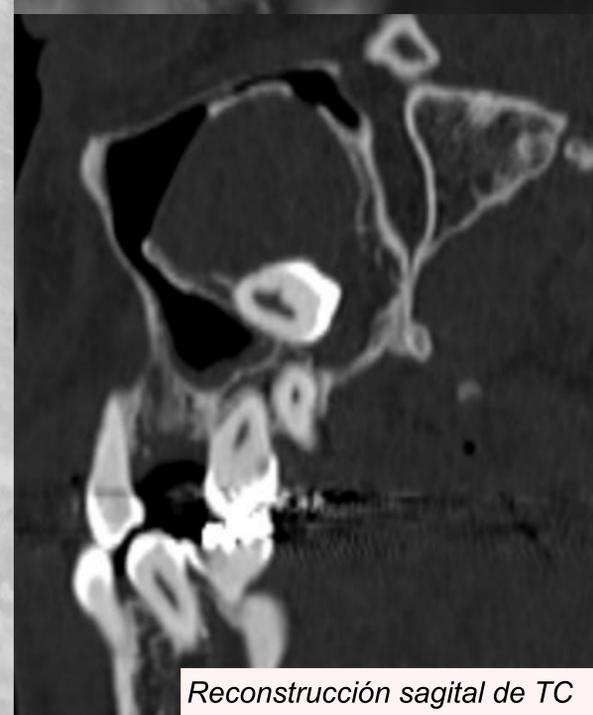
Reconstrucción TC panorámico



Reconstrucciones multiplanares de TC

*Paciente con pieza 48 en región basal mandibular con infecciones de repetición*

Lesión de densidad lítica, unilocular y de márgenes bien definidos, con rotura de la cortical lingual, que está en relación con la corona de la pieza número 48 (no erupcionada) existiendo una distancia entre las paredes del quiste y la corona que alcanza 4,6 mm. Existe compresión sobre el canal del nervio dentario inferior. Sugiere el diagnóstico de quiste folicular.



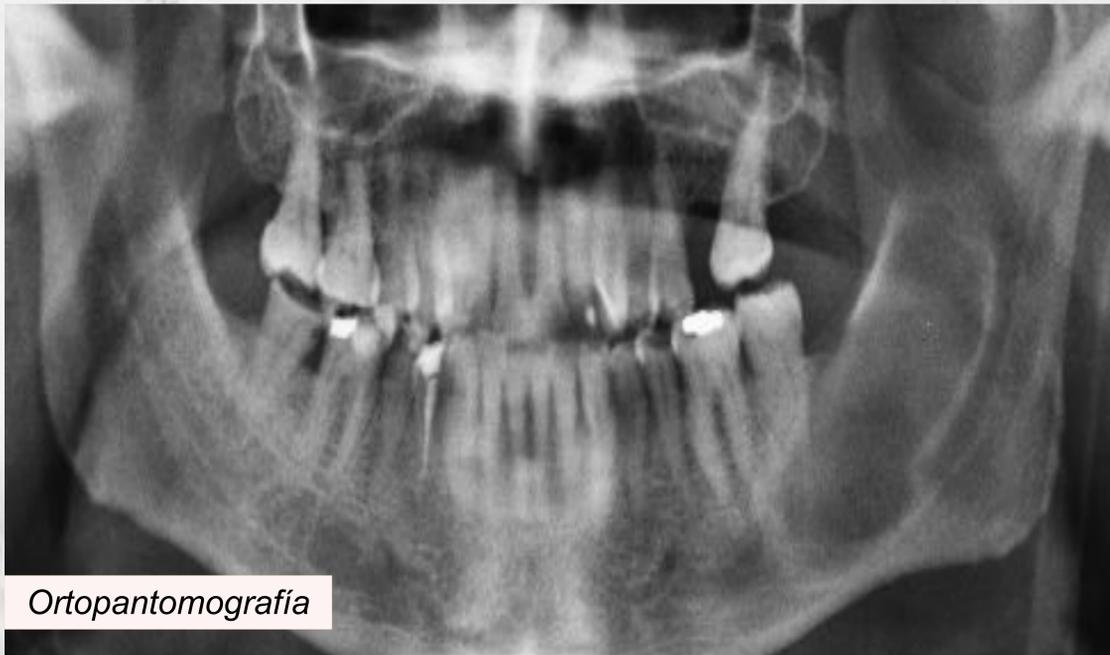
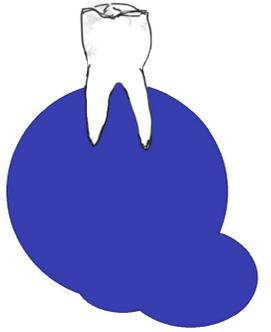
Reconstrucción sagital de TC

**¡Ojo!** Los quistes foliculares cuando son maxilares pueden proyectarse hacia los senos paranasales o la cavidad nasal.

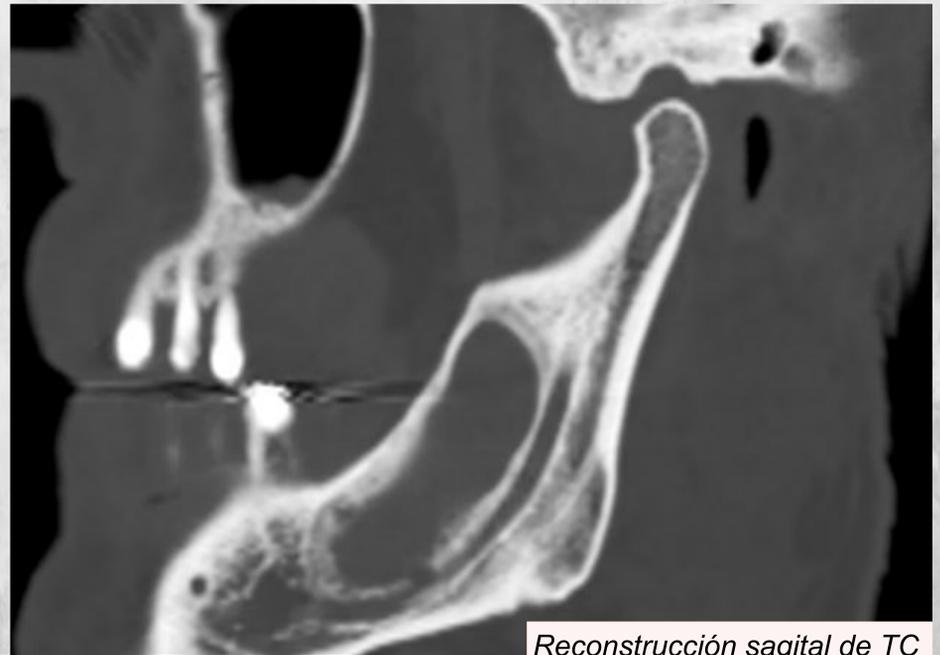
## g. Lesiones odontogénicas

### Queratoquiste odontogénico

- Uni o multilocular
- Derivan de la lámina dura
- Más frecuente en cuerpo o rama mandibular
- Localmente agresivos y tienden a reaparecer
- Divergencia radicular ± rizolisis
- Presente en **Síndrome de Gorlin-Goltz**



Ortopantomografía

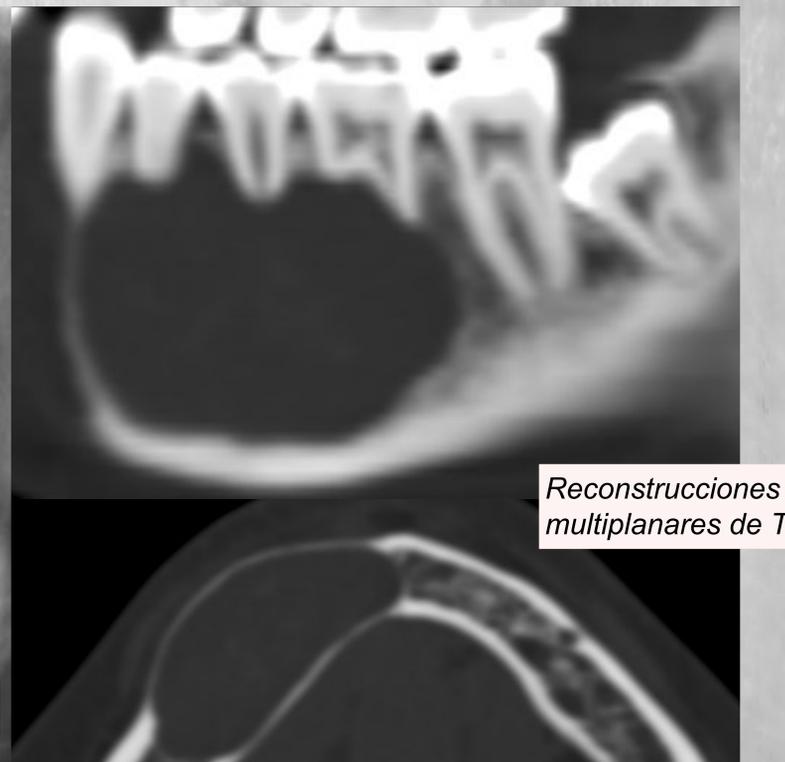


Reconstrucción sagital de TC

Dolor mandibular de meses de evolución. En ortopantomografía se evidencia una lesión lítica expansiva en ángulo mandibular izquierdo. En TC se confirma la lesión lítica localizada en ángulo mandibular izquierdo y rama ascendente, la cual presenta una morfología ovalada y carácter expansivo existiendo contacto con la raíces de la pieza 37 (sin mostrar signos de rizolisis). Aparente solución de continuidad del techo del canal para el nervio dentario inferior en su margen anteroinferior, existiendo una posible comunicación. Estos hallazgos sugieren el diagnóstico de queratoquiste odontogénico.



Ortopantomografía



Reconstrucciones multiplanares de TC

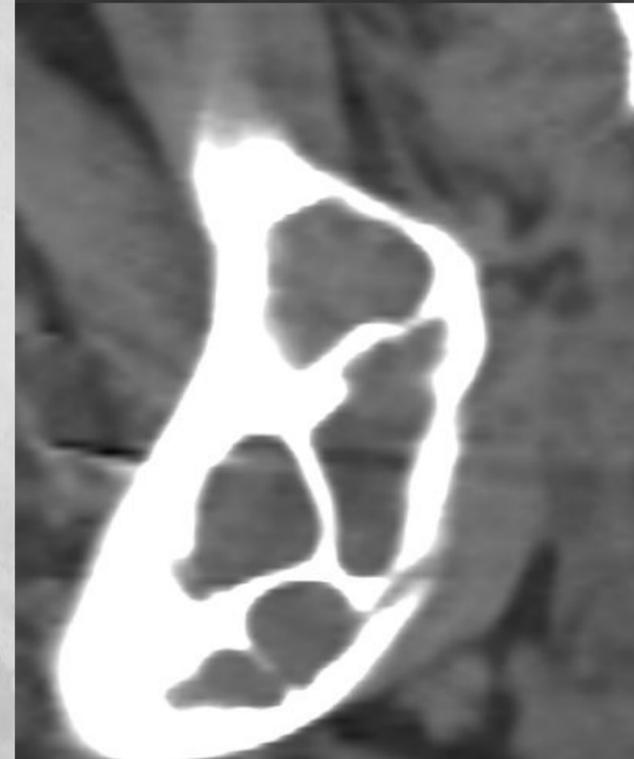
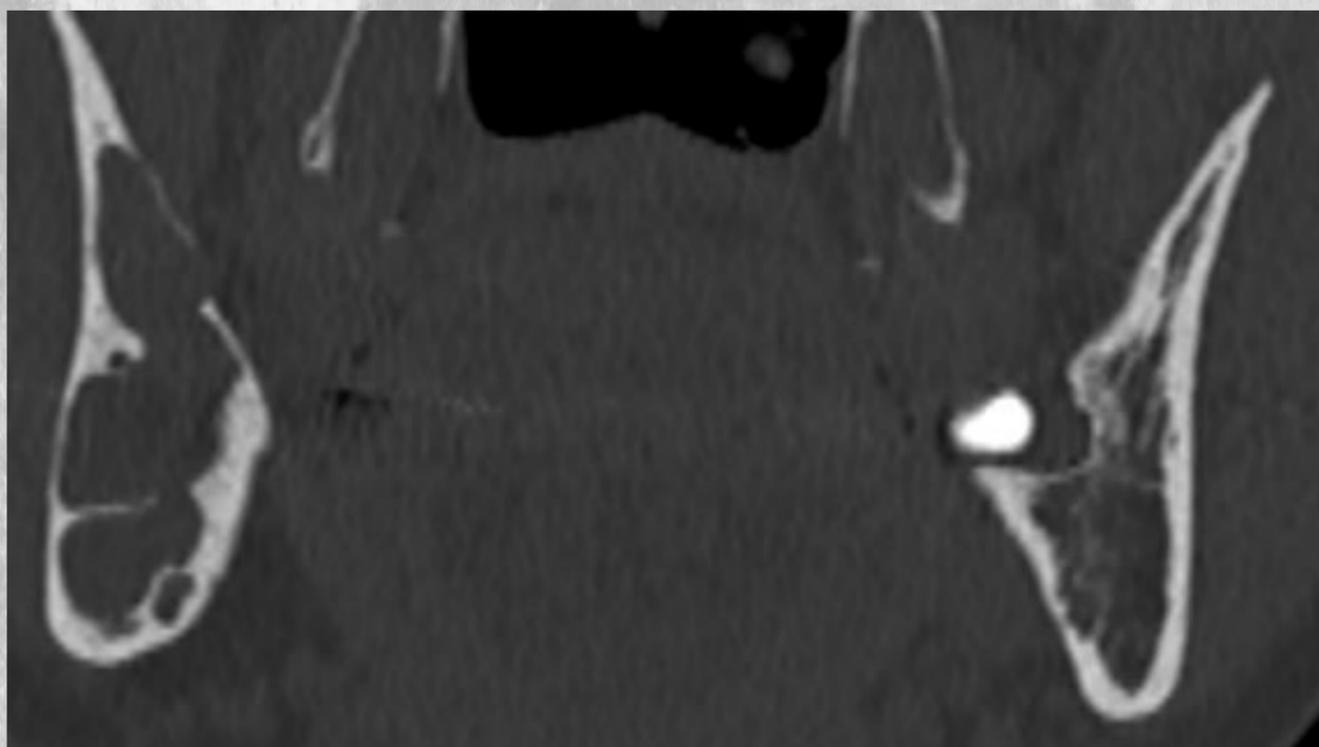
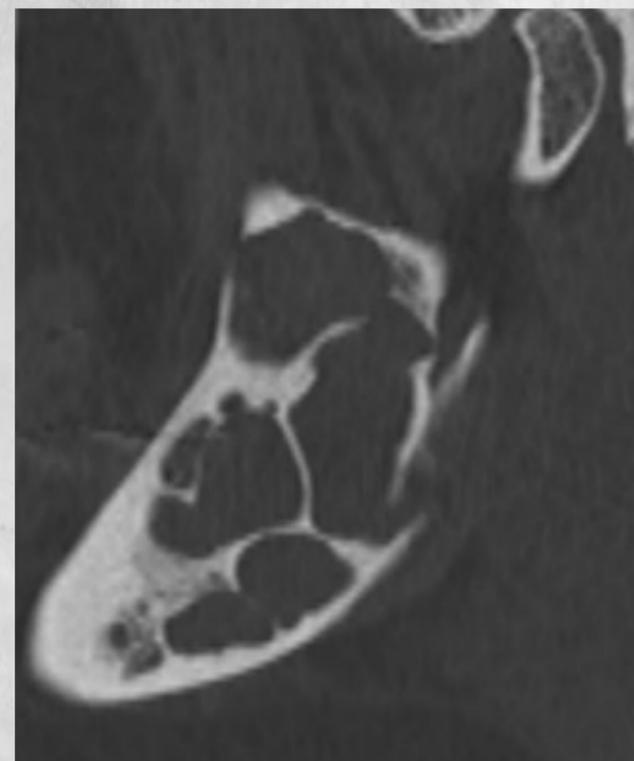
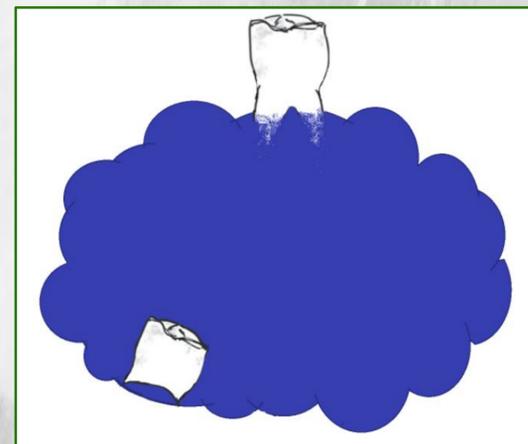
Paciente con Sdme de Gorlin que presenta recidiva de queratoquiste odontogénico tras múltiples intervenciones.

Se evidencia una lesión unilocular en rama mandibular derecha de carácter expansivo y que presenta características localmente agresivas: marcada rizolisis de raíces 44, 45, 46 con divergencia de 41, 42, 43 hacia margen medial y 47 hacia margen lateral. Múltiples piezas con endodoncia en cuarto cuadrante.

## g. Lesiones odontogénicas

### Ameloblastoma

- Derivan de células del esmalte
- Más frecuente en relación con 3er molar
- Pueden asociar quistes foliculares o dientes impactados
- Apariencia típica de “**pompas de jabón**”



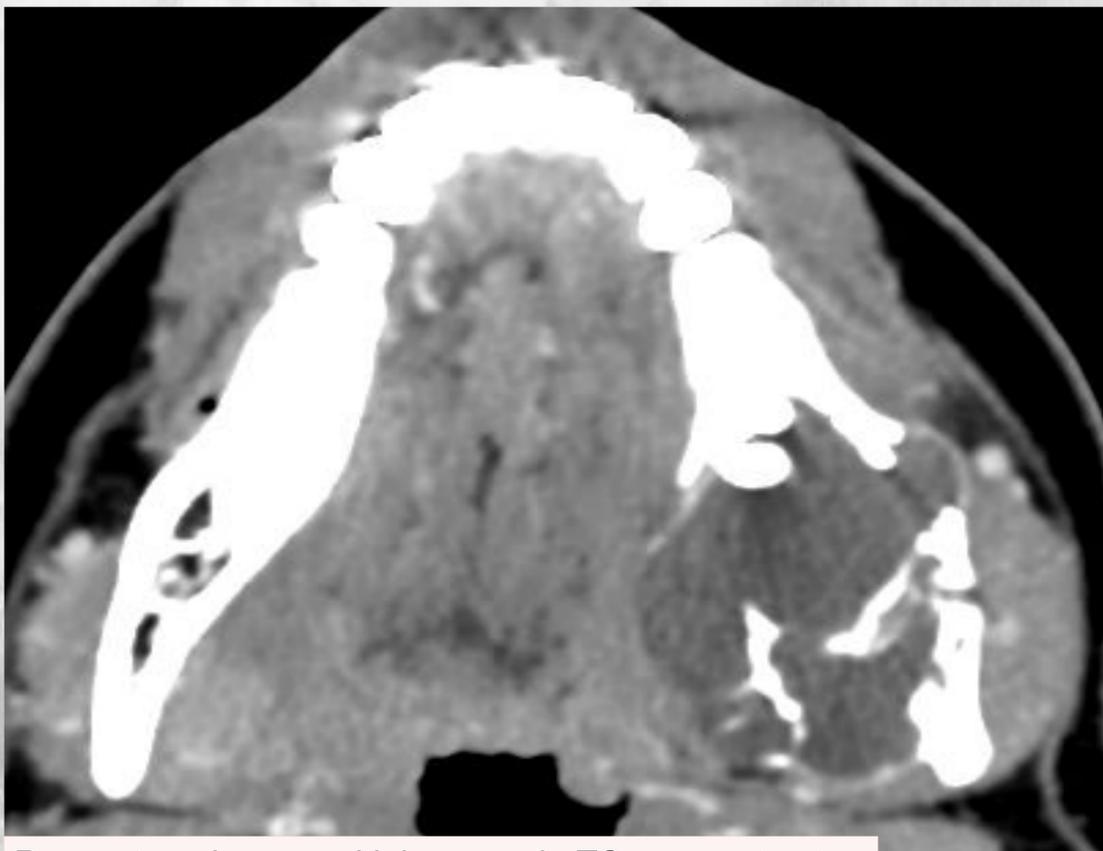
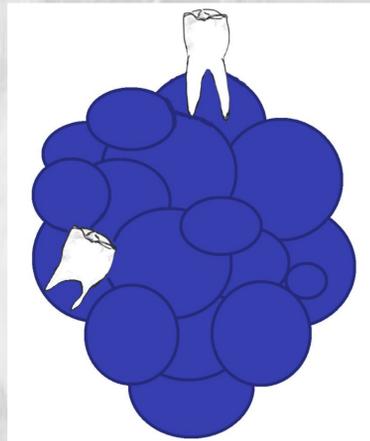
Lesión lítica multiloculada localizada en el ángulo mandibular derecho con extensión hacia región posterior del cuerpo mandibular (engloba la raíz de la pieza 47; pieza 48 ausente) y hacia la mitad inferior de la rama ascendente. Muestra un carácter expansivo con tendencia al adelgazamiento cortical periférico sin disrupción ni reacción perióstica, internamente constituida por diversos lóculos con densidad similar a los tejidos blandos delimitados por septos finos que configuran un patrón de "burbujas de jabón", hallazgos en probable relación con ameloblastoma.

Imagen superior izquierda: ortopantomografía  
Resto de imágenes: reconstrucciones multiplanares de TC

## g. Lesiones odontogénicas

### Mixoma odontogénico

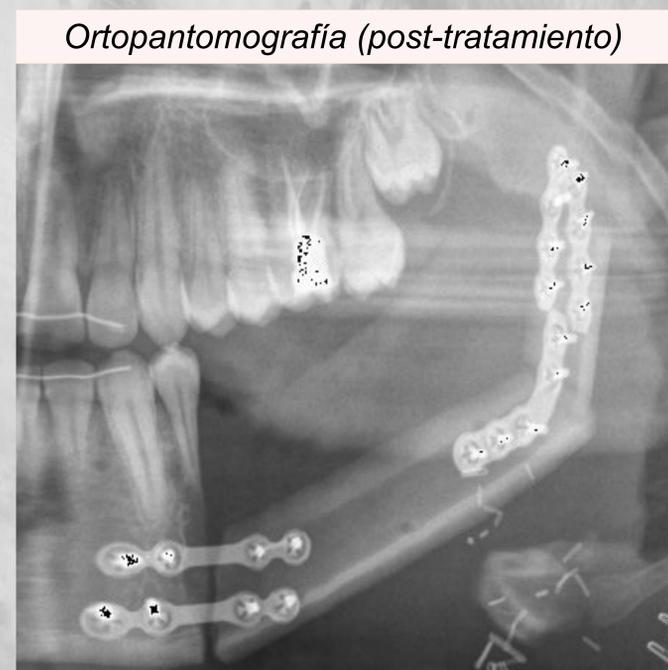
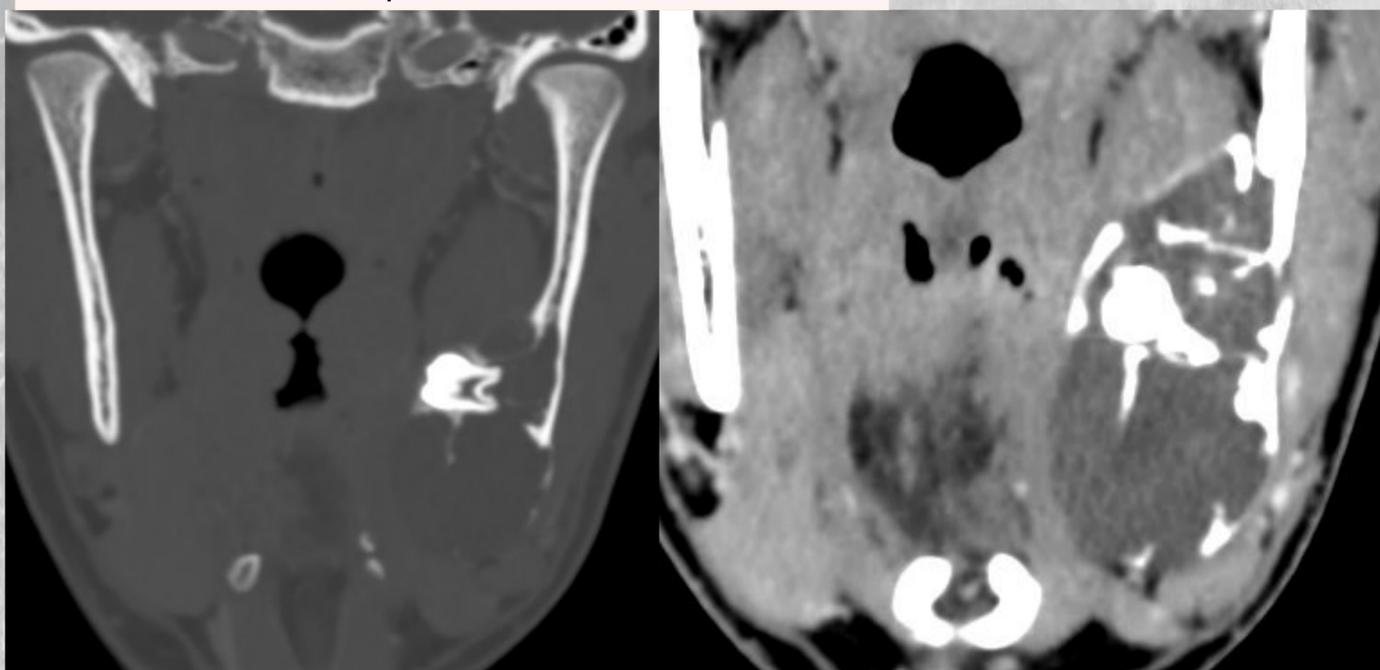
- Origen pulpar con estroma mixoide periférico
- Asociación con dientes no erupcionados
- Comportamiento localmente agresivo
- Apariencia típica de “panal de abeja” o “raqueta de tenis”
- 25% recurrencia: tratamiento con cirugía radical



Reconstrucciones multiplanares de TC con contraste.



Ortopantomografía



Ortopantomografía (post-tratamiento)

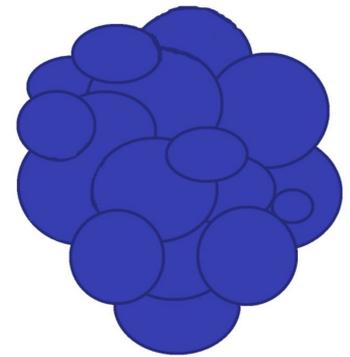
Paciente con tumoración en ángulo mandibular izquierdo.

Lesión lítica expansiva y multiloculada localizada en el ángulo y rama mandibular izquierdos, en íntimo contacto con raíces de piezas 36 y 37 y englobando a la 38 (no erupcionada). Presenta múltiples septos óseos y erosión de la cortical ósea del borde lingual y vestibular. No presenta áreas de realce. La lesión es compatible con el diagnóstico de mixoma odontogénico. En ortopantomografía inferior izquierda se evidencia la hemimandibulectomía izquierda como tratamiento final.

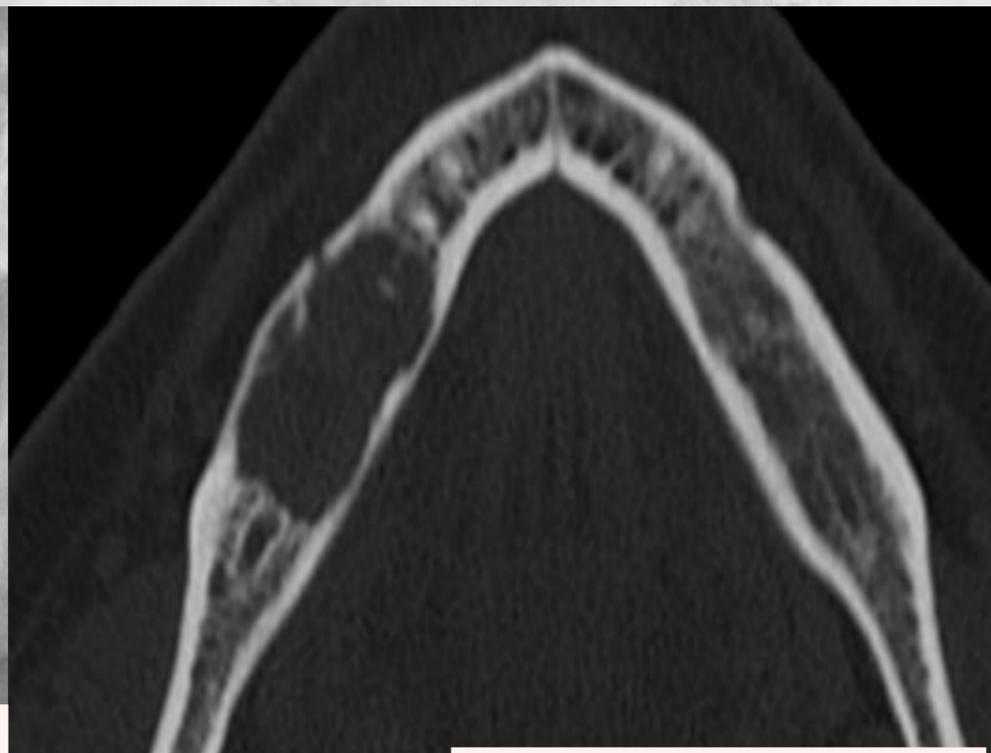
## g. Lesiones odontogénicas

### Granuloma de células gigantes

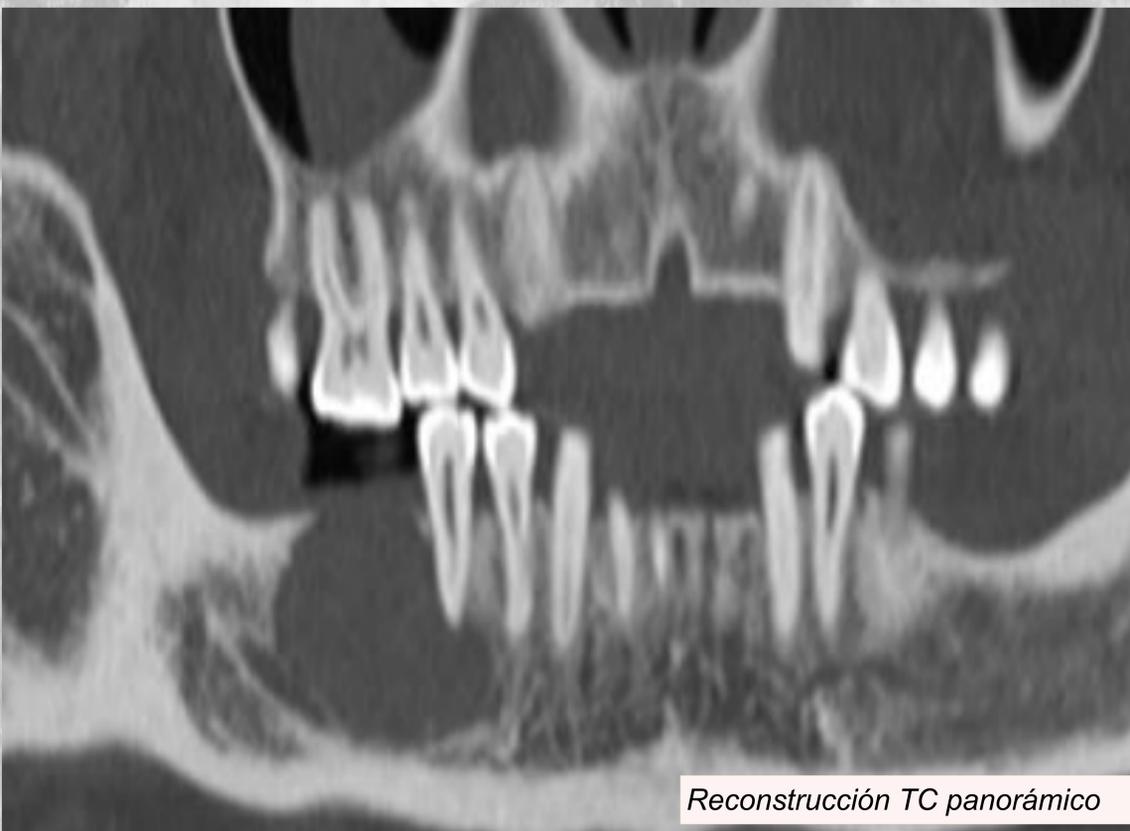
- Indistinguible por imagen de otras lesiones, requiere estudio histopatológico.
- Se piensa que ocurre como una reacción inflamatoria secundaria a un trauma local.



Ortopantomografía



Reconstrucciones multiplanares de TC



Reconstrucción TC panorámica



*Paciente con hinchazón y dolor en hemimandíbula derecha.*

En el cuarto cuadrante se observa una lesión lítica, de márgenes discretamente lobulados y con finos tabiques óseos internos, que erosiona parcialmente la cortical externa y que se encuentra en contacto con el canal del nervio dentario. Es una zona edéntula aunque parece que tiene relación con la raíz de la pieza 45. El estudio histopatológico confirmó el diagnóstico de granuloma de células gigantes.

## g. Lesiones odontogénicas

### Odontoma

- Hamartoma dental (formado por diferentes componentes): dentina, esmalte, cemento, tejido pulpar...
- 50% asocia diente impactado
- Presentes en Síndrome de Gardner



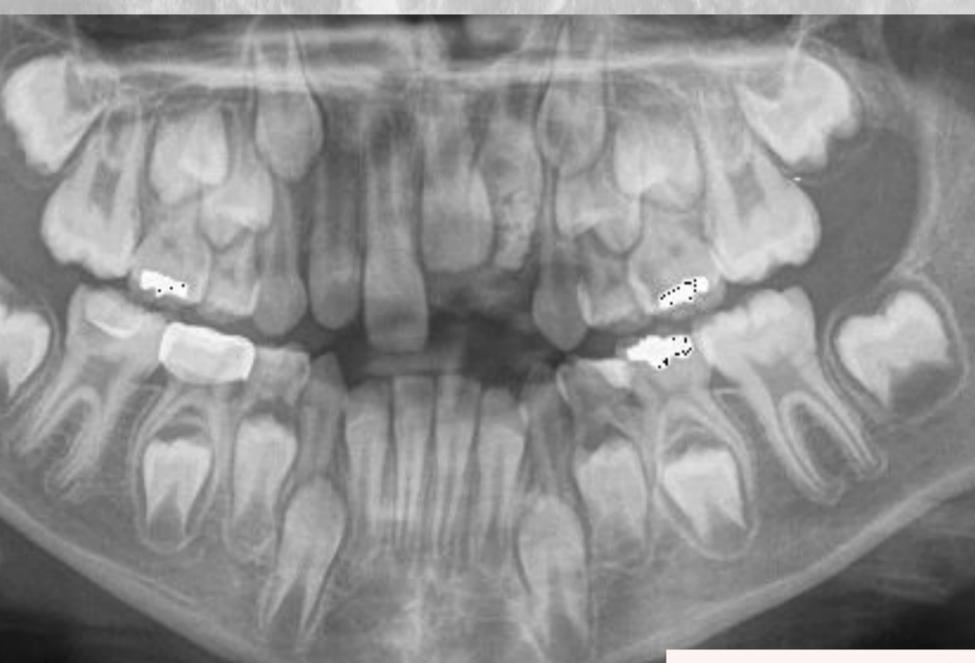
Ortopantomografía



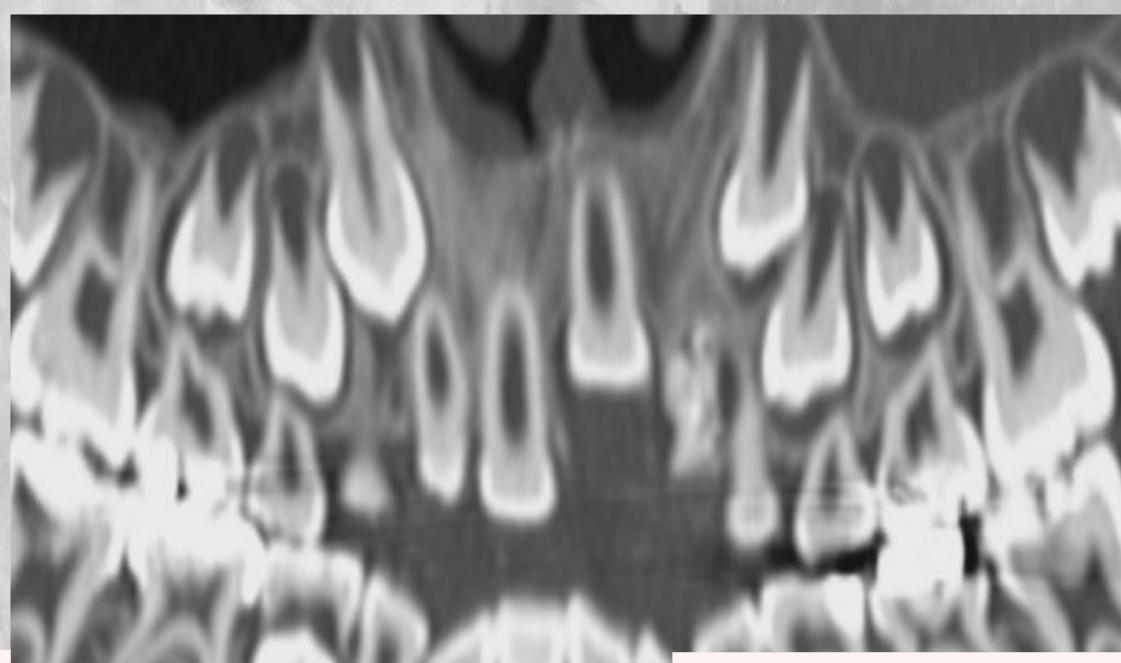
Reconstrucciones multiplanares de TC

En ortopantomografía, falta de erupción de piezas dentarias 33 y 34, secundaria a lesión hiperdensa situada sobre ellas.

En el estudio de TC podemos identificar claramente que la lesión muestra varios focos hiperdensos bien definidos con diferentes compuestos dentales (esmalte, dentina y raíces) con un halo hipodenso periférico, hallazgo que indica que nos encontramos ante un **odontoma compuesto**, con dientes impactados asociados.



Ortopantomografía



Reconstrucción TC panorámico

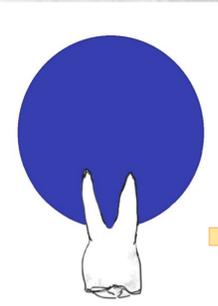
En la localización teórica de la pieza dental número 22 se identifica una lesión que muestra tejido dental con calcificaciones amorfas, sugestivo de **odontoma complejo**. La pieza dental 22 (por erupcionar) se encuentra desplazada posteriormente por el odontoma y la 21 está levemente rotada.

## g. Lesiones odontogénicas

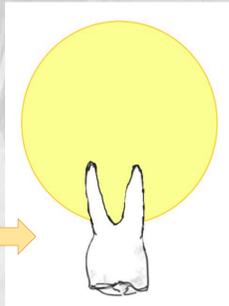
### CEMENTOMA

- Deriva ligamento periodontal
- Alrededor de los ápices molares
- Simula lesión inflamatoria periapical

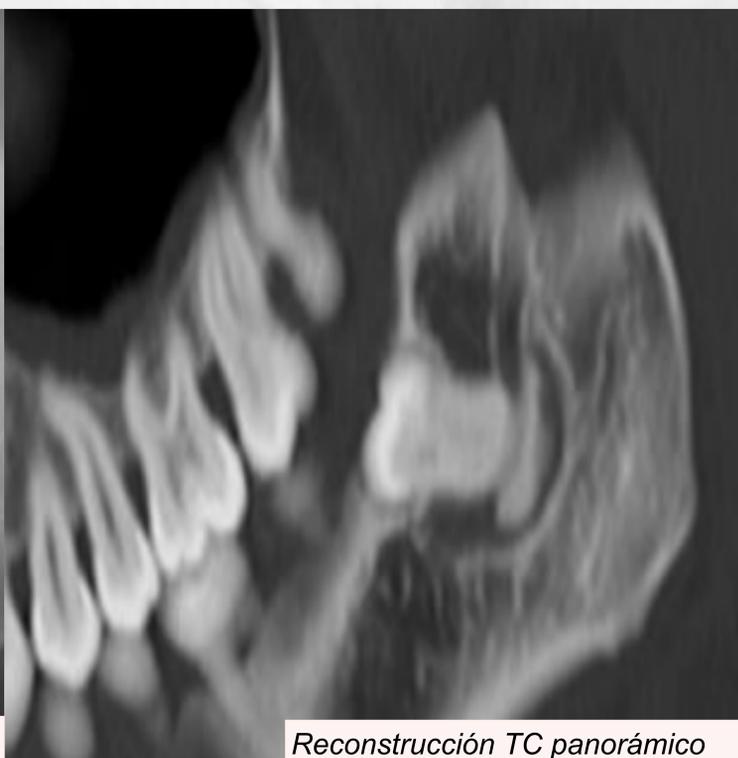
Fase Temprana



Fase Tardía



Ortopantomografía



Reconstrucción TC panorámico



Reconstrucción sagital de TC

En ortopantomografía, área radiolúcida en zona apical de 38, a descartar quiste radicular.

La pieza 38, no erupcionada se encuentra rodeada de un área radiolúcida periapical de unos 15 mm de diámetro máximo, que presenta en el vértice de la raíz una formación horizontal de alta densidad que invade el canal dentario inferior, probablemente en relación con cementoma (fase temprana o lucente).



Ortopantomografía



Reconstrucciones multiplanares de TC

Paciente con dolor mandibular y lesión radiopaca en ángulo mandibular derecho en ortopantomografía.

En TC se evidencia una lesión blástica con una fina banda radiolúcida periférica en la mandíbula derecha, próxima al canal del nervio dentario, de unos 9 mm, en localización teórica de la pieza 48. Estos hallazgos sugieren cementoma (fase tardía).

## h. Algoritmo diagnóstico de lucencia periapical



## 3. CONCLUSIONES

- La patología dentaria es muy frecuente, encontrándose en gran parte de **forma incidental**. Es importante identificar y describir las variantes anatómicas, así como la patología traumática, inflamatoria y tumoral odontológica.
- La **ortopantomografía** y **TC panorámica** son las principales técnicas de imagen de estudio para la misma.
- No toda **lucencia periapical** indica enfermedad inflamatoria asociada.
- Las lesiones dentales pueden producir **complicaciones graves** de suma importancia.
- El **quiste radicular** es la lesión benigna odontogénica más frecuente.

## 4. BIBLIOGRAFÍA

1. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG. Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. Radiographics [Internet]. 1999;19(5):1107–24.
2. Scheinfeld MH, Shifteh K, Avery LL, Dym H, Dym RJ. Teeth: what radiologists should know. Radiographics [Internet]. 2012;32(7):1927–44.
3. 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.
4. Dunfee BL, Sakai O, Pistey R, Gohel A. Radiologic and pathologic characteristics of benign and malignant lesions of the mandible. Radiographics [Internet]. 2006;26(6):1751–68.
5. Solanas Alava S, Martín Cuartero J, Solchaga Álvarez S, Mellado JM, Bermejo Garcés R, Cozcolluela Cabrejas RM. TC DENTAL: hallazgos más allá de los implantes dentales. 2012 [citado el 13 de marzo de 2022]; Disponible en: <https://epos.myesr.org/poster/esr/seram2012/S-1173/revisi%C3%B3n%20del%20tema>
6. N. Ubeda Morant, A. Pastor del Campo. Diagnóstico diferencial de lesiones benignas maxilares y mandibulares. Monografía SERAM, 2012, S-1160.
7. Moon Hee Han, Kee Hyun Chang. Cystic Expansile Masses of the Maxilla: DifferentialDiagnosis with CT and MR. AJNR Am J Neuroradiol 1995; 16:333–338