

Lesiones tumorales de la mandíbula

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Pedro Blas García Jurado**, María Eugenia Pérez Montilla, Elisa Roldán Romero, Manuel J Ramos Gómez, Fco. De Asís Bravo- Rodríguez

Objetivos Docentes

Clasificar y enumerar las lesiones tumorales más frecuentes que asientan en la mandíbula y conocer su apariencia característica en las pruebas de imagen.

Revisión del tema

1. Introducción:

Existe una amplia variedad de lesiones tumorales que asientan en la mandíbula. Se han revisado retrospectivamente casos de lesiones mandibulares del período comprendido entre enero de 2008 y junio de 2015 para analizar las de origen neoplásico.

Las lesiones tumorales de la mandíbula se pueden clasificar atendiendo a varios criterios: en función de su origen óseo o dentario, de su naturaleza benigna o maligna, del patrón radiológico, etc. Para una mejor comprensión clasificamos las lesiones en neoplasias benignas y malignas. Entre estas últimas consideraremos lesiones que asientan en la mandíbula, sean de origen óseo o no, o por afectación metastásica de la misma. La osteomielitis y la osteonecrosis pueden mostrar apariencia radiológica de agresividad y simular lesiones tumorales malignas, por lo que a pesar de no tener un origen neoplásico también expondremos algunos casos.

2. Tumores benignos:

2.1. Odontoma (Fig. 1):

- Tumor odontogénico más frecuente, supone aproximadamente el 67% de los casos.
- Es una lesión hamartomatosa que consiste en una mezcla de componentes del diente (esmalte, dentina, cemento o pulpa).

- Puede ser compuesto (estructuras similares a dientes pequeños rodeados por borde radiotransparente) o complejo (masa mineralizada amorfa rodeada por borde radiotransparente).?

2.2. Cementoma, displasia del cemento periapical ([Fig. 2](#)):

- Se trata de una sustitución localizada de hueso trabecular normal en el ápice dental.
- Típicamente afecta a varones en la 4^a-5^a década de la vida.
- Se observa una radiotransparencia bien definida con borde esclerótico. Puede contener material radioopaco bien definido localizado en ápice de diente con vitalidad.
- Lo más frecuente es que se localice en el ápice de uno o ambos incisivos mandibulares.

2.3. Ameloblastoma ([Fig. 3](#)):

- Lesión odontogénica, generalmente asociada a un diente incluido en la región del tercer molar.
- Neoplasia benigna, localmente agresiva, de origen epitelial.
- Se observa como una lesión con patrón lítico, expansivo irregular, multilocular o en «burbujas de jabón».

3. Tumores malignos:

3.1. Carcinoma epidermoide ([Fig. 4](#)):

- Neoplasia maligna infrecuente en la mandíbula, si bien es más frecuente en la mandíbula que en el maxilar.
- Se suele observar una lesión lítica con bordes mal definidos y que destruye la corteza.
- Puede recordar a los quistes odontogénicos benignos o tener un aspecto clásico de neoplasia maligna.

3.2. Sarcoma de Ewing ([Fig. 5](#)):

- El sarcoma de Ewing de cabeza y cuello supone el 3% del total de los sarcomas de Ewing, siendo más común en la mandíbula.
- Generalmente se observa un área lítica mal definida. El aspecto clásico en “capas de cebolla” es infrecuente en cabeza y cuello. Ocasionalmente se aprecia un patrón “especulado en rayos de sol”.
- Normalmente se da en pacientes en torno a los 10-20 años, siendo más frecuente en varones.

3.3. Condrosarcoma ([Fig. 6](#)):

- Es un tumor maligno procedente de células cartilaginosas que puede asentar en el centro o en la periferia del hueso, así como en el tejido blando.
- Típicamente se observa una radiotransparencia infiltrante de forma irregular con focos radiopacos diseminados al azar.
- Se ha de tener presente que en ocasiones es difícil diferenciar tumores condrógenos benignos y malignos de bajo grado, siendo los hallazgos radiológicos esenciales para llegar al diagnóstico final (los bordes infiltrantes con afectación de hueso cortical y trabecular favorecen el diagnóstico de condrosarcoma).

3.4. Metástasis (Fig. 7):

- La mayoría de las neoplasias malignas causan destrucción ósea, pero las de mama y próstata pueden causar formación de hueso y aspecto esclerótico.
- Las metástasis en la mandíbula son 4 veces más frecuentes que en el maxilar.
- Se ha de considerar la historia médica y sospecharse metástasis en caso de que el paciente tenga un carcinoma primario conocido.
- Aproximadamente el 30% de las metástasis mandibulares proceden de una neoplasia primaria oculta.

4. Patología benigna no tumoral:

4.1. Osteonecrosis (Fig. 8):

- Relacionada con el consumo de bifosfonatos en pacientes sin historia de radiación.
- Se observa una lesión lítica con esclerosis y secuestros asociados. Es más común en la mandíbula.
- Se debe sospechar si hay hueso expuesto.

4.2. Osteomielitis (Fig. 9):

- Es más común en la mandíbula que en el maxilar.
- Lo más frecuente es que sea de origen odontogénico.
- La presentación más frecuente es una mezcla de esclerosis y destrucción ósea junto con secuestros óseos.
- En ocasiones es preciso realizar exámenes seriados para confirmar la osteomielitis y realizar una biopsia para descartar origen neoplásico.

Imágenes en esta sección:

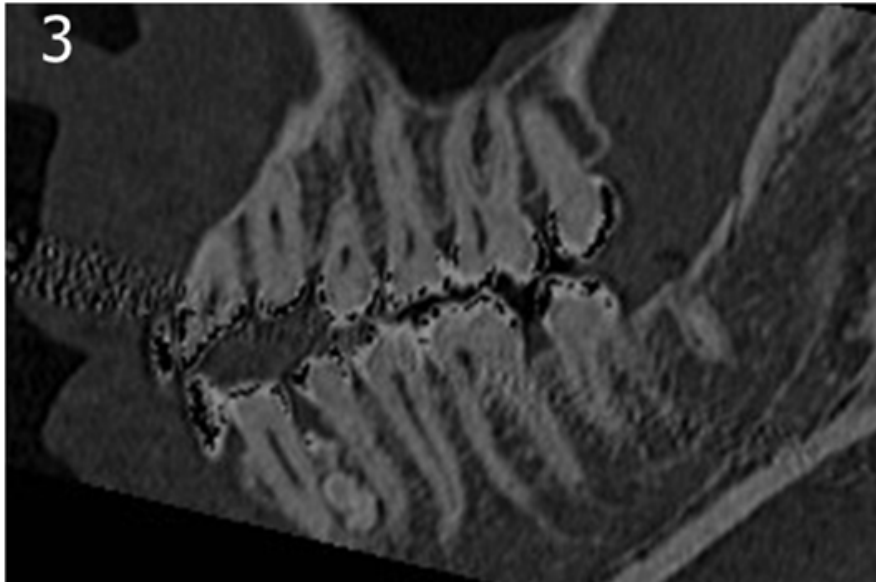


Fig. 1: Odontoma. Contiene varios componentes del diente. 1: OPT; 2 y 3: TC (axial y sagital).



Fig. 2: Cementoma. Muestra un halo radiolúcido característico. 1: OPT y 2: TC sagital.

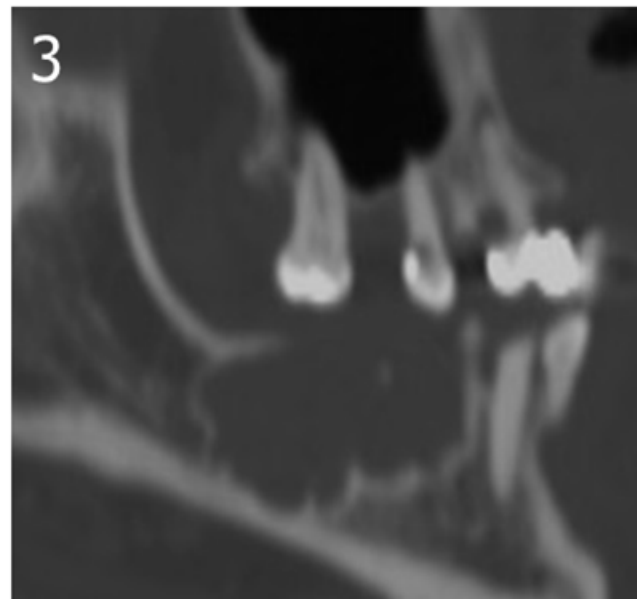
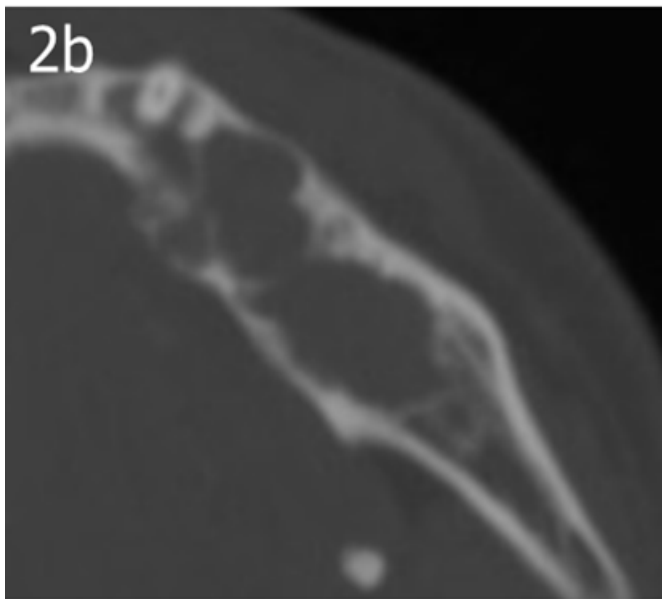
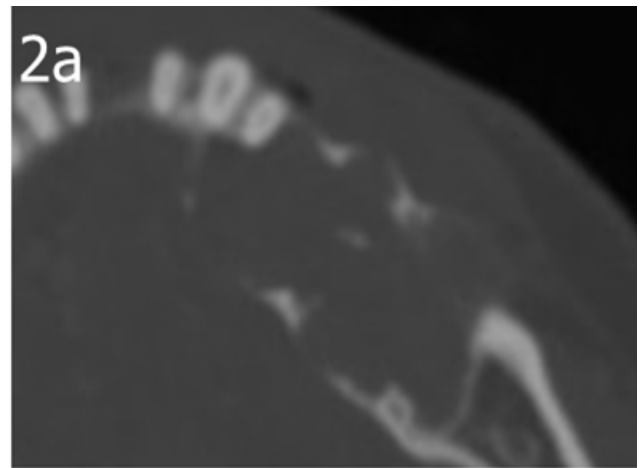


Fig. 3: Ameloblastoma. Lesion lítica multilocular y expansiva, con septos finos, que provoca erosión ósea y de las raíces dentarias. Raramente malignizan, siendo indistinguible por imagen la degeneración del mismo. 1: OPT; 2 (a y b) y 3: TC (axial y sagital).

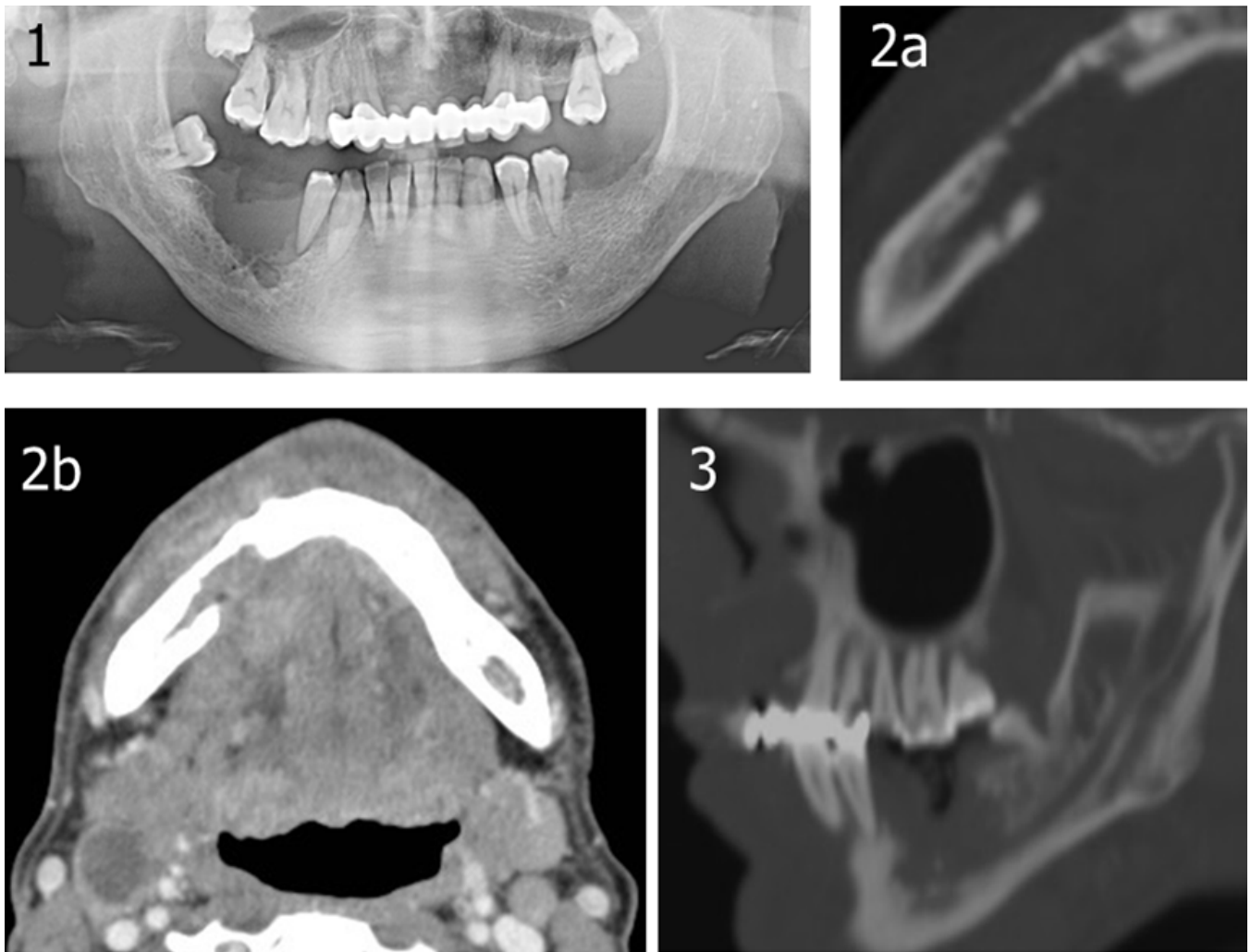


Fig. 4: Carcinoma epidermoide. Tumoración mal definida en el suelo de la boca, que se extiende a la musculatura de la lengua e infiltra el cuerpo mandibular derecho. Adenopatía necrótica en nivel II derecho. 1: OPT; 2 (a y b) y 3: TC (axial y sagital).

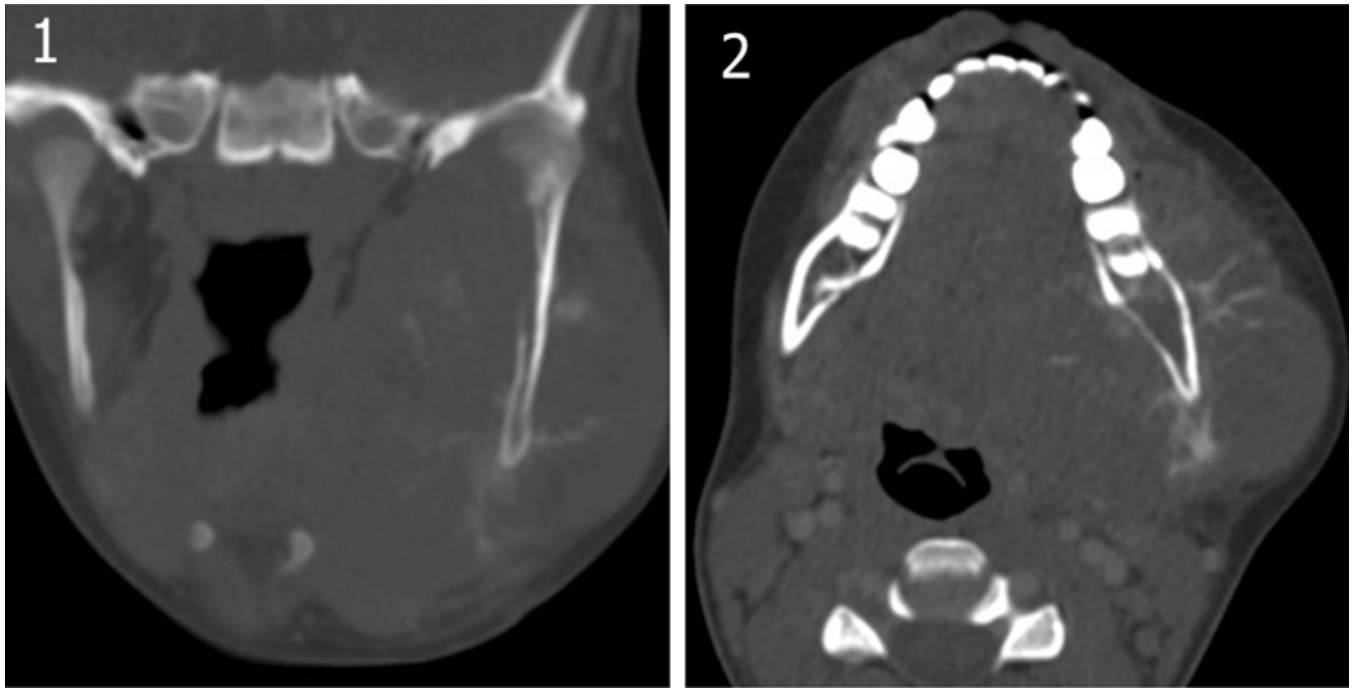


Fig. 5: Sarcoma de Ewing. Lesión de comportamiento agresivo, con reacción perióstica y marcado componente de masa de partes blandas. 1: TC coronal; 2: TC axial.

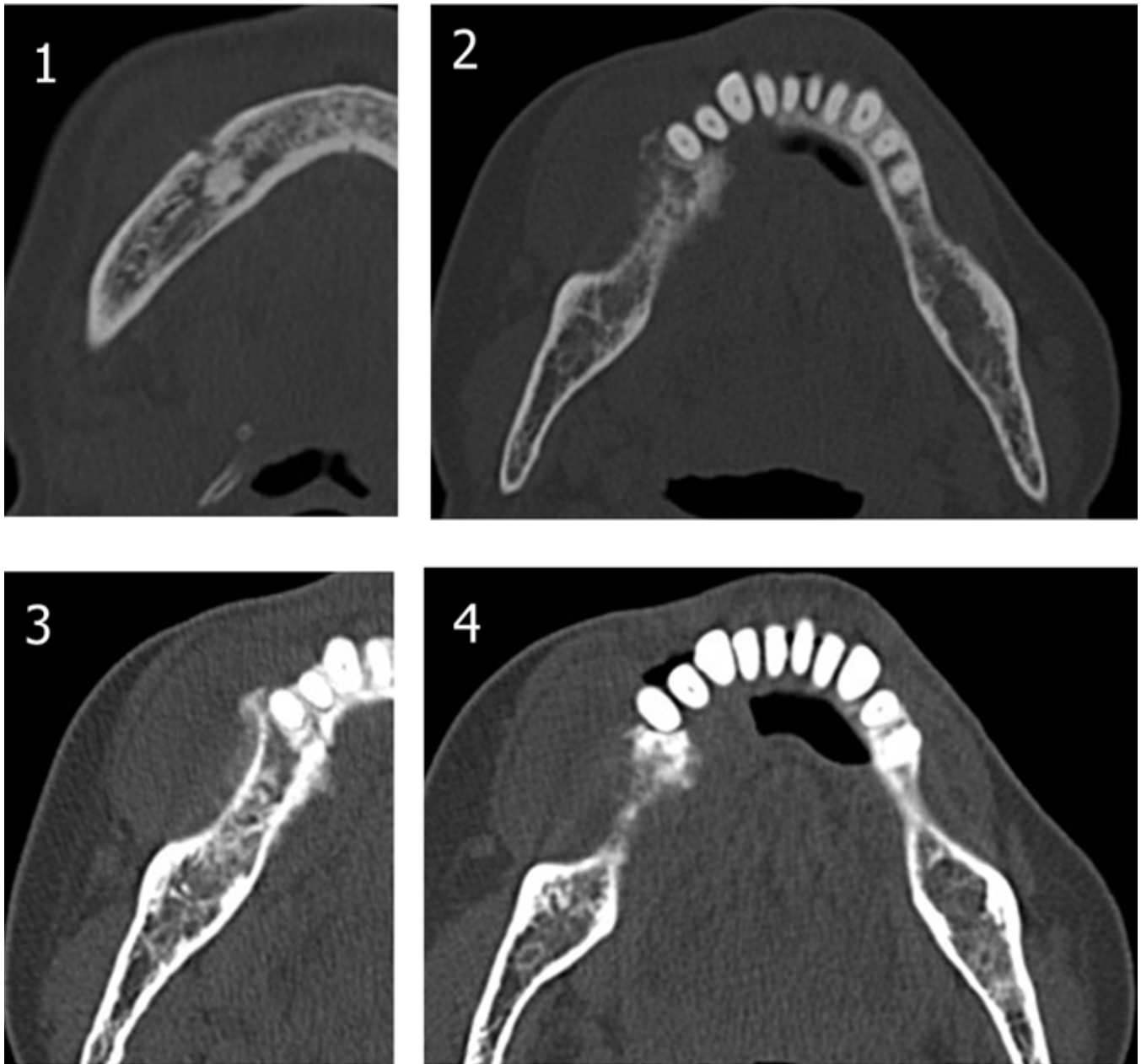


Fig. 6: Condrosarcoma. Lesión en cuerpo mandibular derecho con presencia de matriz condroide típica y aumento de partes blandas asociado. 1, 2, 3 y 4: TC cortes axiales.



Fig. 7: Metástasis de cáncer de próstata. Foco blástico en ángulo mandibular izquierdo. 1 (a y b), 2 y 3: TC (axial, coronal y sagital).

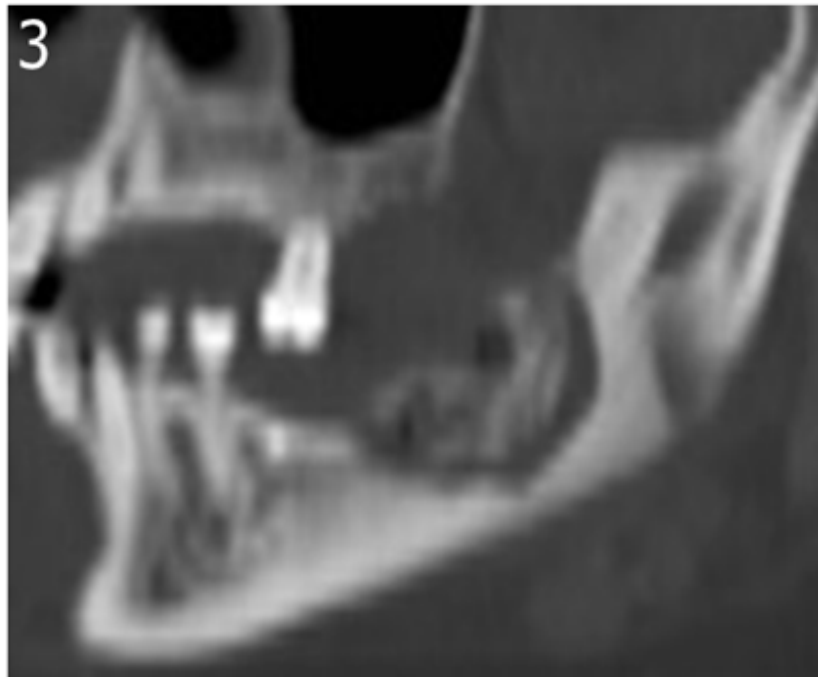
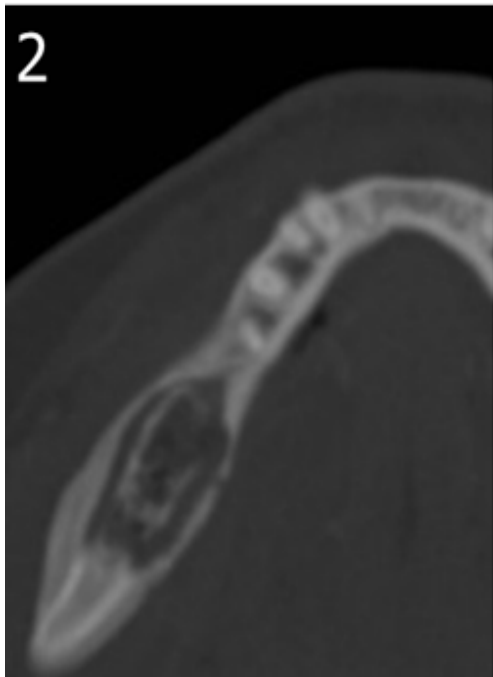
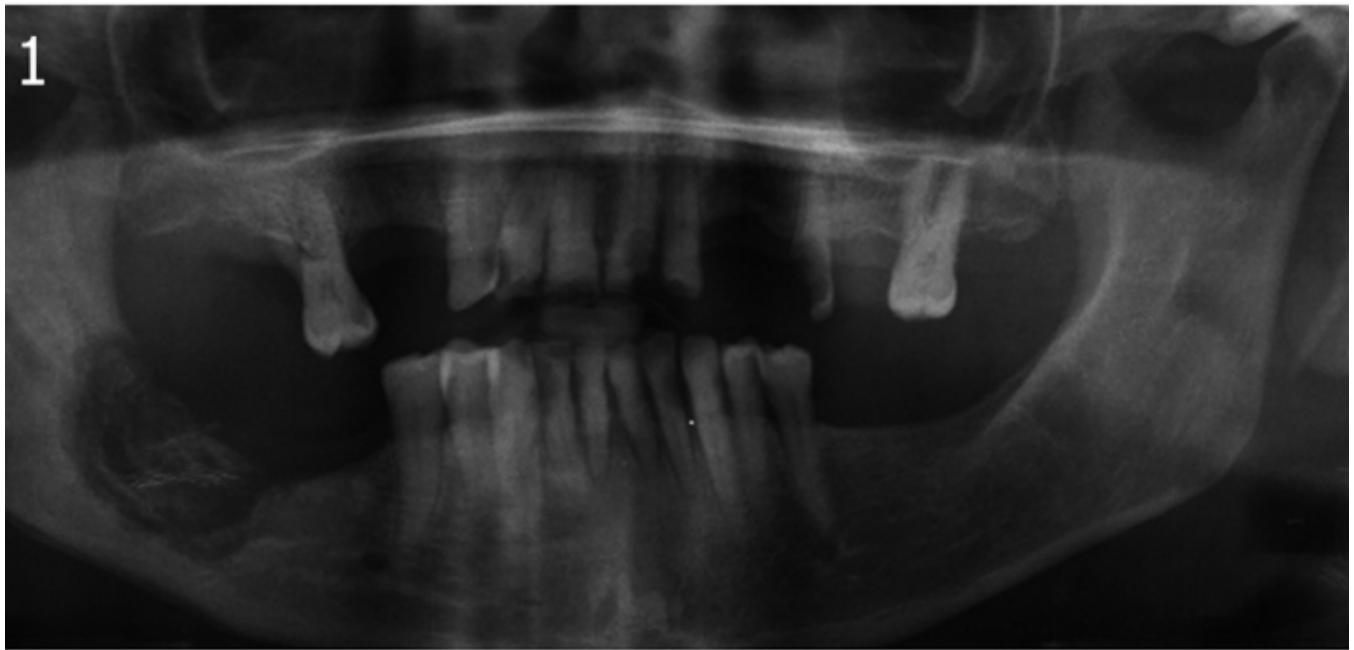


Fig. 8: Osteonecrosis. Lesión lítica con secuestro óseo. 1: OPT; 2 y 3: TC axial y sagital.

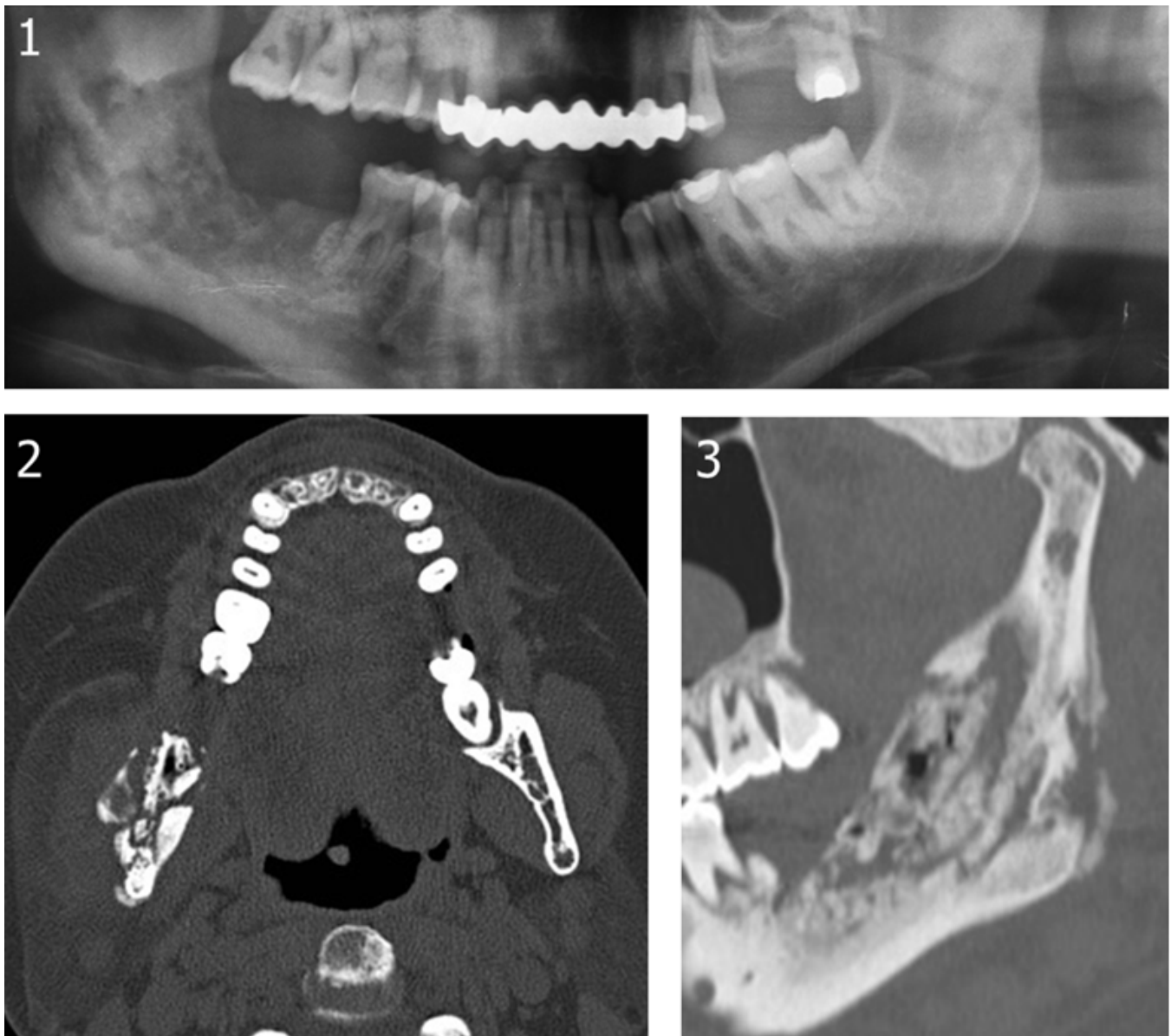


Fig. 9: Osteomielitis. Lesión en cuerpo, ángulo y rama mandibular derecha con patrón mixto y sequestro óseo. 1: OPT; 2 y 3: TC (axial y sagital).

Conclusiones

El diagnóstico de lesiones tumorales benignas es posible con el análisis de los hallazgos en las pruebas de imagen.

También las técnicas de imagen nos permiten identificar signos de agresividad, que junto con los antecedentes clínicos pueden orientar hacia el tipo de patología tumoral maligna.

Bibliografía / Referencias

1. Koenig. Oral y Maxilofacial. Diagnóstico por Imagen. Marbán. 2014.
2. 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.
3. Scholl RJ, Kellett HM, Neumann DP, Lurie AG (1999) Cysts and cystic lesions of the mandible: clinical and radiologic-histopathologic review. Radiographics 19:1107–1124.
4. 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.
5. Özgür A, Kara E, Arpacı R, Arpacı T, Esen K, et al (2014) Nonodontogenic mandibular lesions: differentiation based on CT attenuation.
6. Reynés C, Nieto C, Picado MJ, Moll A, Jofre M, Mas A. Tumores mandibulares: Guía para convertirse en un radiólogo aventajado. SERAM 2008.
7. Tardáguila FM, Del Cura JL. Monografía SERAM Radiología ortopédica y radiología dental: una guía práctica. Editorial Médica Panamericana. 2005.