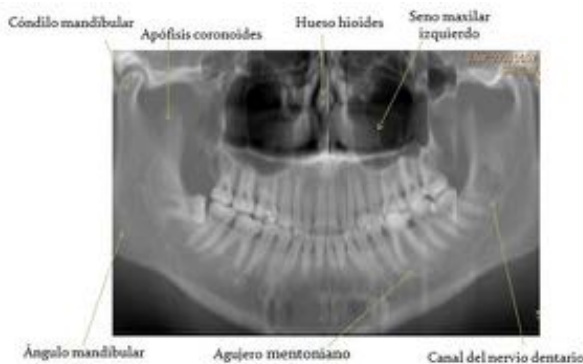


Diagnóstico

-Radiología simple: el método inicial es la ortopantomografía. Valora la lesión: tamaño, localización y sus relaciones con las estructuras adyacentes.

-Tomografía computerizada (TAC): permite valoración de las estructuras óseas y su comportamiento (benigno o no), la afectación y la relación de las estructuras vecinas. El TAC nos permite hacer reconstrucciones curvas que se parecen a la ortopantomografía ([Figura 4](#)).

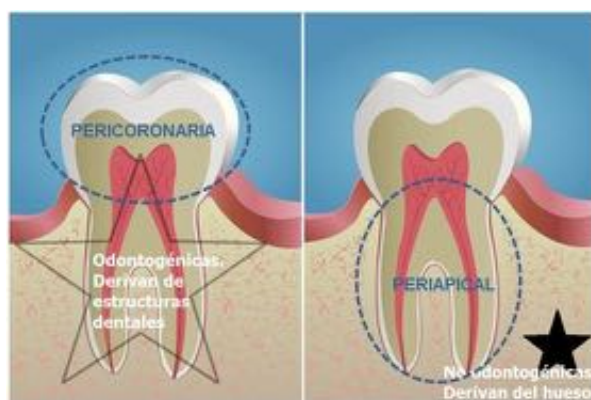


-Resonancia magnética (RM): la técnica de elección para la valoración de partes blandas sin exponerse a radiación.

Descripción de las lesiones

Se deben describir en función de su relación con el diente, su localización y su comportamiento. Según la relación con el diente podrían describirse en lesiones odontogénicas y no odontogénicas. Las lesiones odontogénicas pueden describirse según su localización en el diente: ([Figura 5](#)).

- Pericoronaria: la lesión se sitúa en la corona del diente.
- Periapical: se sitúa en la raíz del diente.
- Interradicular: se sitúa entre las raíces de una zona edéntula.



Según su comportamiento se pueden describir como lesiones:

-Benignas: forma ovalada, crecimiento lento, margen bien definidos, anillo esclerótico y un crecimiento lento.

-Malignas: lesiones ulceradas con expansión de hueso, bordes mal definidos con destrucción cortical e invasión de estructuras adyacente. Crecimiento rápido y doloroso.

Al igual que el resto de las lesiones óseas pueden ser blásticas, líticas o mixtas.

Revisión de las principales lesiones

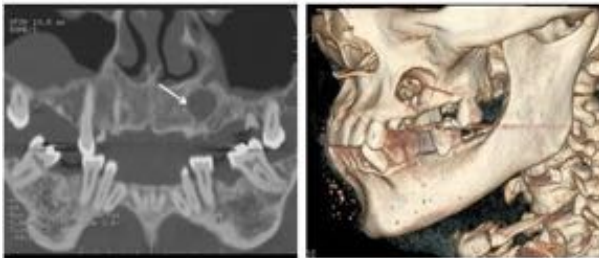
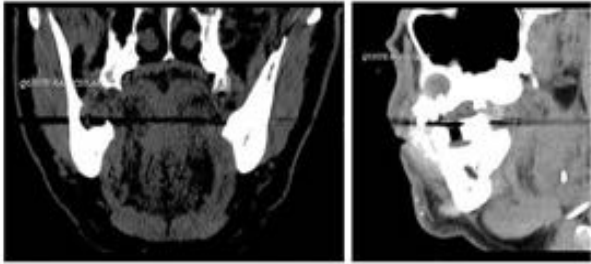
En esta revisión vamos a hacer una clasificación en función de si son odontogénicas o no y si son lesiones líticas, blásticas o mixtas ([Figura 6](#)).



LESIONES ODONTOGÉNICAS:

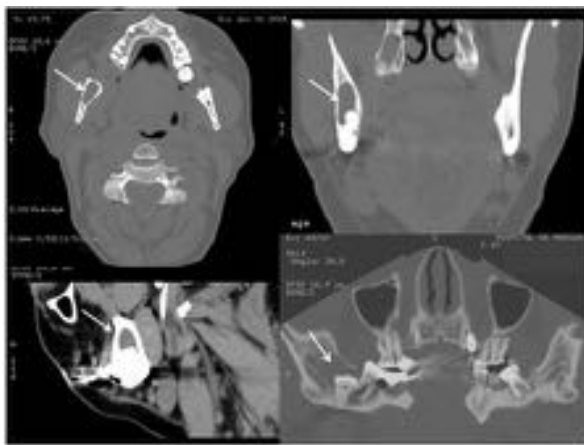
Quiste radicular: es un quiste periapical. Lesión blástica sobre un diente no vital ([Figura 7](#) y [Figura 8](#)).

- Clínica: asintomático, si no hay sobreinfección, que dará lugar a un dolor intenso.
- Descripción de la imagen: lesión lítica, redondeada, bien definida, no suele superar los 3cm, sin romper la cortical y sin reacción perióstica.



Quiste folicular: es un quiste pericoronario.

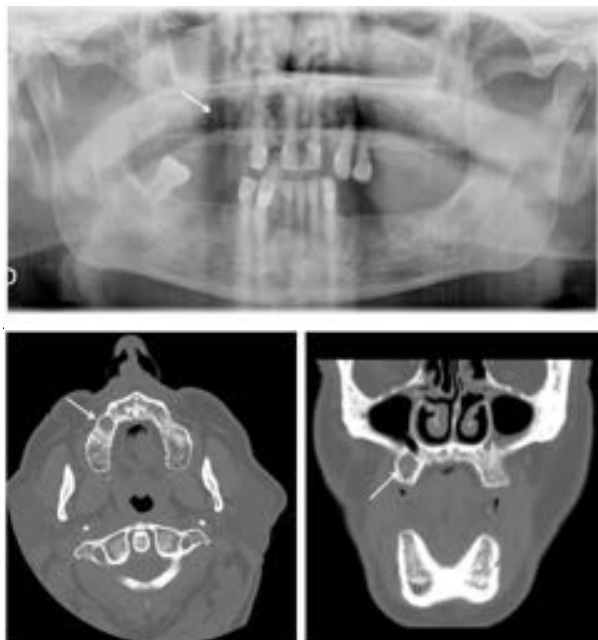
- Clínica: asintomático si no hay sobreinfección.
- Descripción de la imagen: lesión lítica, redondeada, bien definida, son lesiones expansivas si poseen un tamaño superior a los 2cm, no rompen la cortical y no hay reacción perióstica ([Figura 9](#)).



Quiste residual: es un quiste interradicular.

- Clínica: asintomático si no hay sobreinfección.
- Descripción de la imagen: lesión lítica, redondeada, bien definida, con un tamaño inferior

generalmente de 3cm, no rompen la cortical y no hay reacción perióstica ([Figura 10](#) y [Figura. 11](#)).



Queratoquiste odontogénico: de localización variable.

- Descripción de la imagen: lesión lítica, redondeada, bien definida, puede ser de gran tamaño, con expansión y ruptura de la cortical, incluso con resorción de las raíces dentales ([Figuras 12](#) y [13](#)).

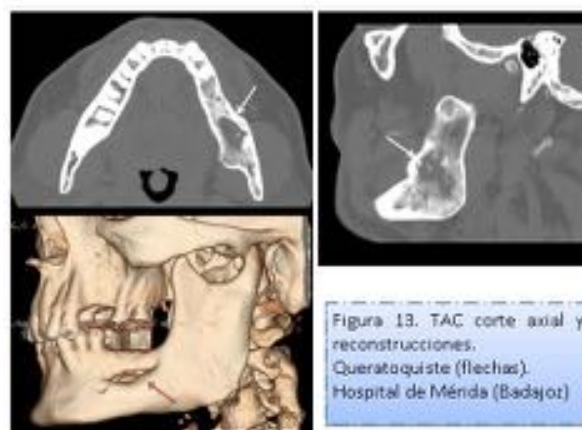
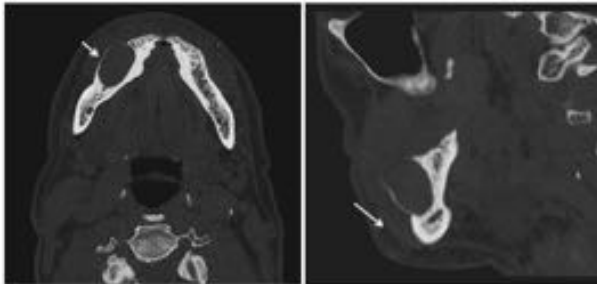


Figura 13. TAC corte axial y reconstrucciones. Queratoquiste (flechas). Hospital de Mérida (Badajoz)

Ameloblastoma: lesión pericoronaria. Se localiza frecuentemente en el tercer molar y suele asociar quiste folicular o un diente impactado.

- Clínica: masa mandibular indolora y de crecimiento lento. Recidiva frecuentemente.
- Descripción de la imagen: lesión lítica, bien definida, puede ser de gran tamaño que incluso puede provocar deformación facial. Puede romper la cortical y provocar reacción perióstica ([Figuras 14 y 15](#)).



Cementoma: lesión periapical.

- Clínica: masa mandibular indolora.
- Descripción de la imagen: lesión blástica, bien definida, con un anillo radiolúcido unido a la raíz del diente. No provoca ruptura de la cortical ([Figura 16](#)).



Odontoma:

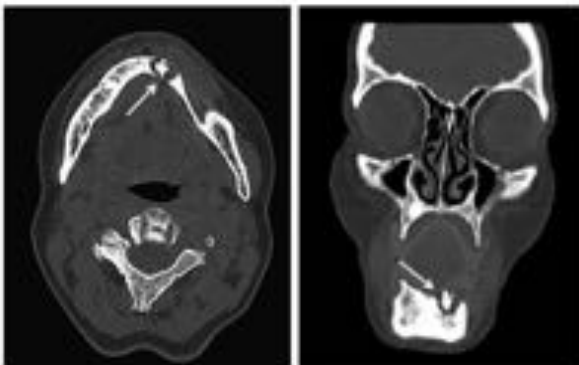
- Descripción de la imagen: lesión blástica, hamartomatosa, formada por componente dental ([Figura 17](#)).



LESIONES NO ODONTOGÉNICAS:

Granuloma de células gigantes: Se suele localizar en la línea media anterior de la mandíbula.

- Descripción de la imagen: lesión lítica, expansiva de más de 1cm que incluso puede provocar deformación facial, con trabeculaciones en ángulo recto (en panal) ([Figura 18](#)).



Displasia fibrosa:

- Descripción de la imagen: lesión blástica/mixta que alterna tejido fibroso con trabéculas de hueso desorganizado. Puede crecer mucho incluso provocando deformación facial. No hay ruptura de la cortical ([Figura 19](#)).

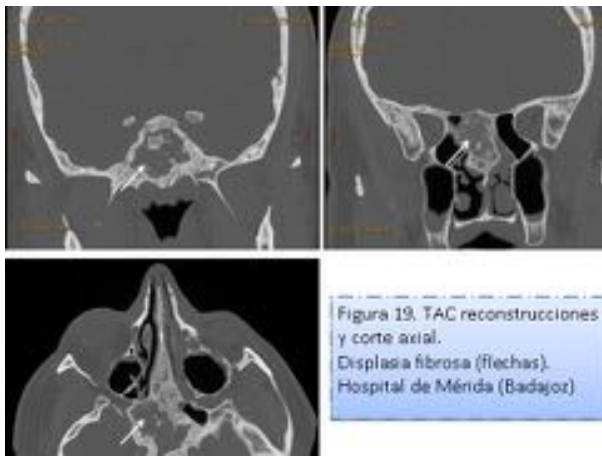


Figura 19. TAC reconstrucciones y corte axial. Displasia fibrosa (flechas). Hospital de Mérida (Badajoz).

Metástasis: ([Figuras 20 y 21](#))

- Clínica: probable afectación del nervio dentario provocando anestesia de la zona inervada.
- Descripción de la imagen: lesión con zonas líticas y blásticas.



Figura 20. Radiografías simples y ortopantomografía. Paciente con antecedentes de cáncer prostático y múltiples metástasis óseas (flechas). Hospital de Mérida (Badajoz).

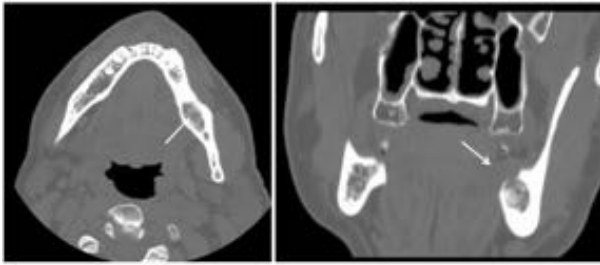


Figura 21. TAC corte axial y reconstrucciones. Paciente con antecedentes de cáncer prostático y múltiples metástasis óseas (flechas). Hospital de Mérida (Badajoz).

Osteomielitis: ([Figura 22](#))

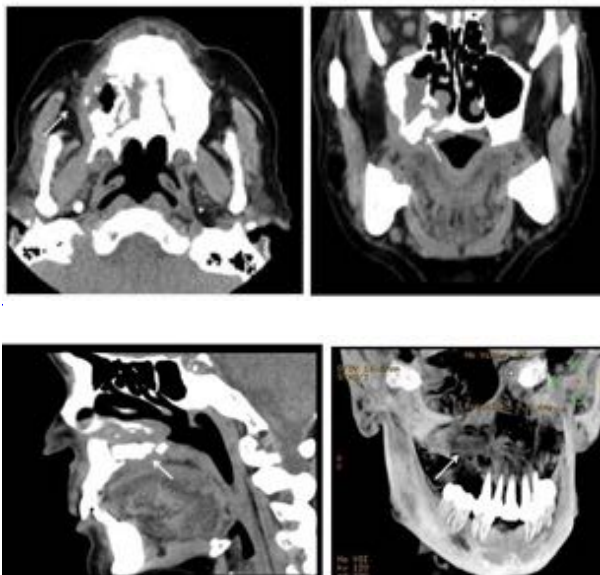
- Clínica: proceso inflamatorio asociado a destrucción ósea que provoca dolor, fiebre, parestesias, fistulas...

- Descripción de la imagen: lesión lítica, mixta o blástica, puede ser grande y provocar asimetría facial, con áreas líticas y zonas respetadas. Presenta márgenes mal definidos con bordes escleróticos y expansión ósea. Suele haber reacción perióstica sobre todo en la osteomielitis crónica.



Osteonecrosis: (Figura 23 y 24)

- Clínica: dolor asociado a pérdida de dientes.
- Descripción de la imagen: lesión mixta, con márgenes mal definidos, comportamiento destructivo y ruptura de la cortical y reacción perióstica.



Imágenes en esta sección:

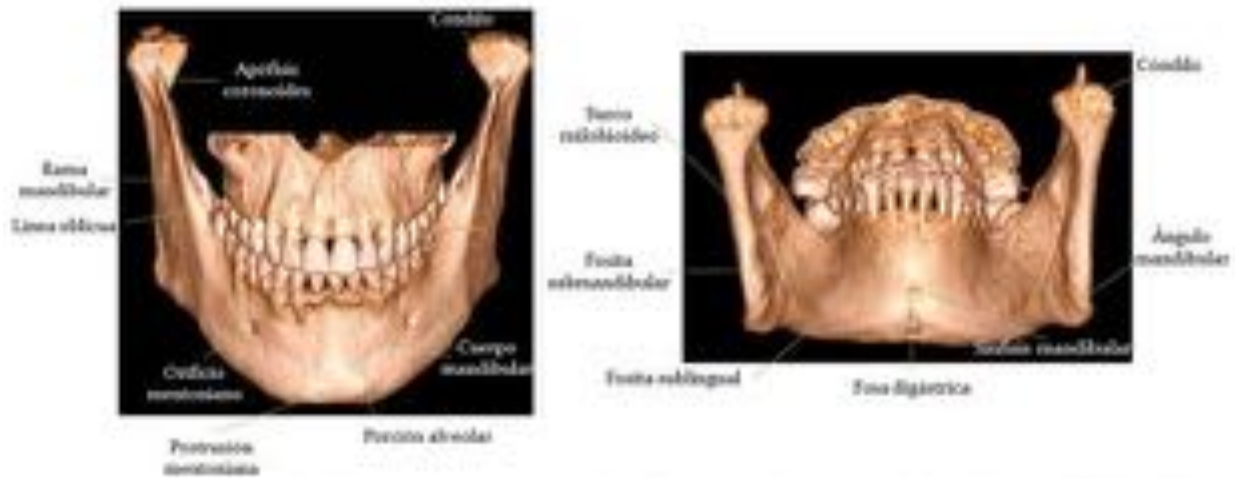


Fig. 1: Recuerdo Anatómico.



Fig. 2: Reconstrucción de TAC. Recuerdo anatómico de las piezas dentarias.

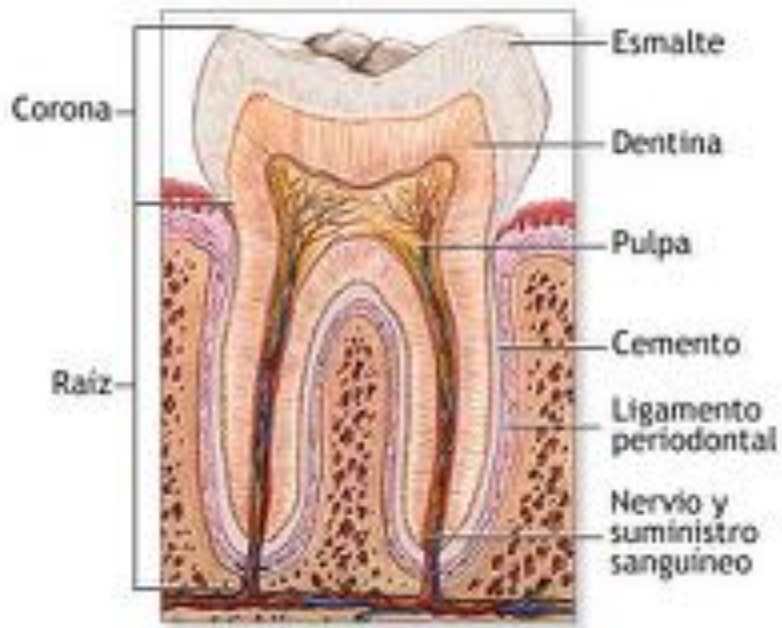


Fig. 3: Recuerdo de la anatomía del diente.

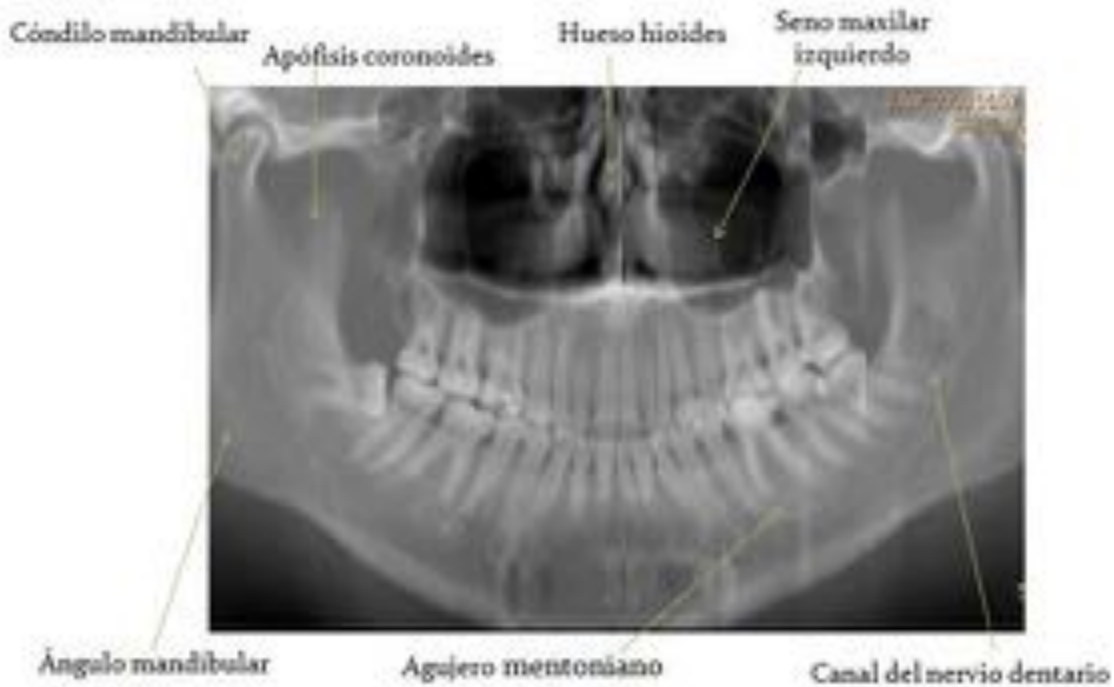


Fig. 4: Reconstrucciones de TAC. Recuerdo anatómico.

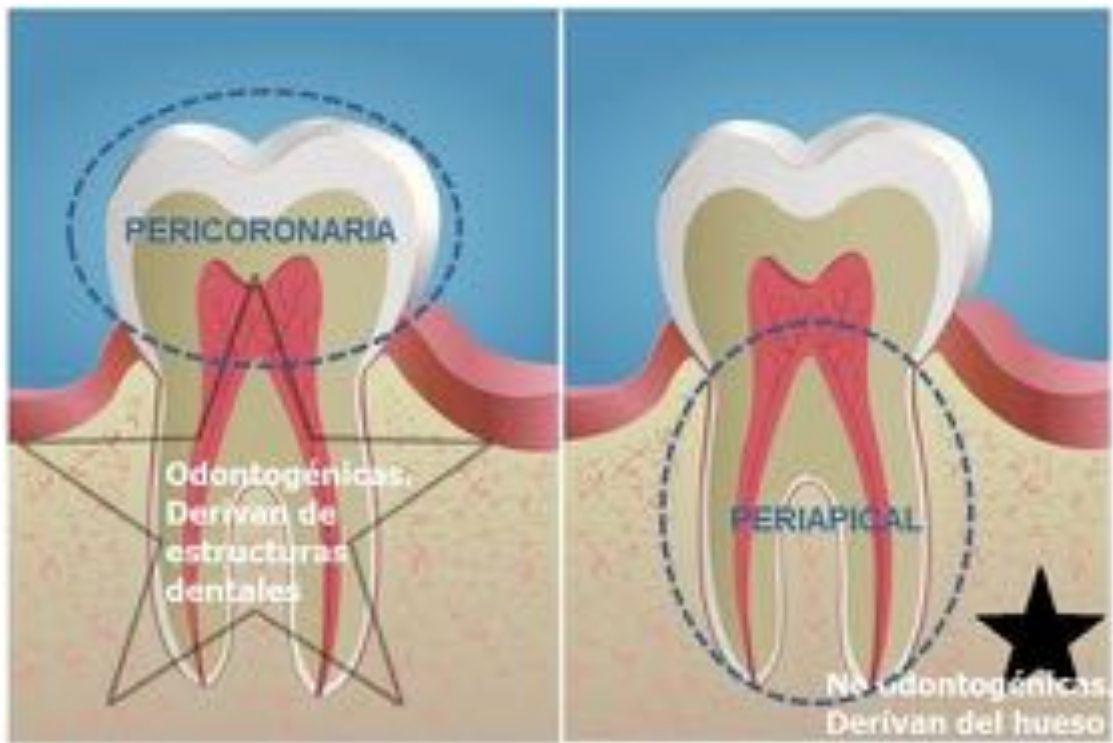


Fig. 5: Clasificación según de donde derivan y su localización.



Fig. 6: Clasificación de las lesiones mandibulares.

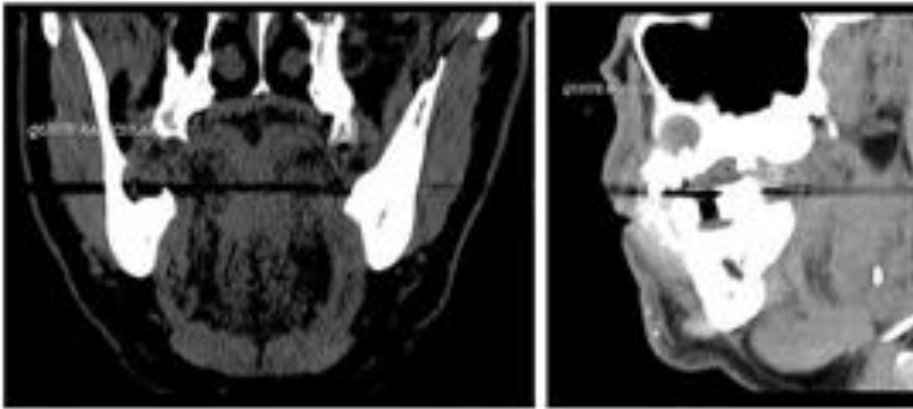


Fig. 7: TAC coronal (7A) y sagital (7B). Quiste radicular.

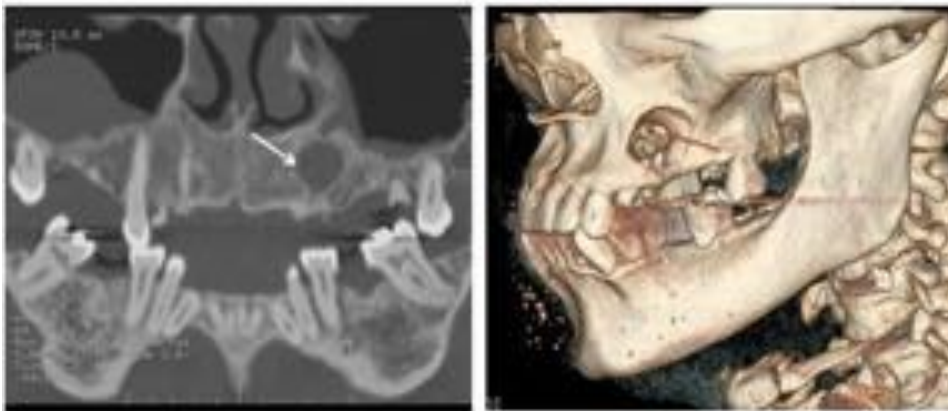


Fig. 8: Reconstrucciones de TAC. Quiste radicular (flechas).

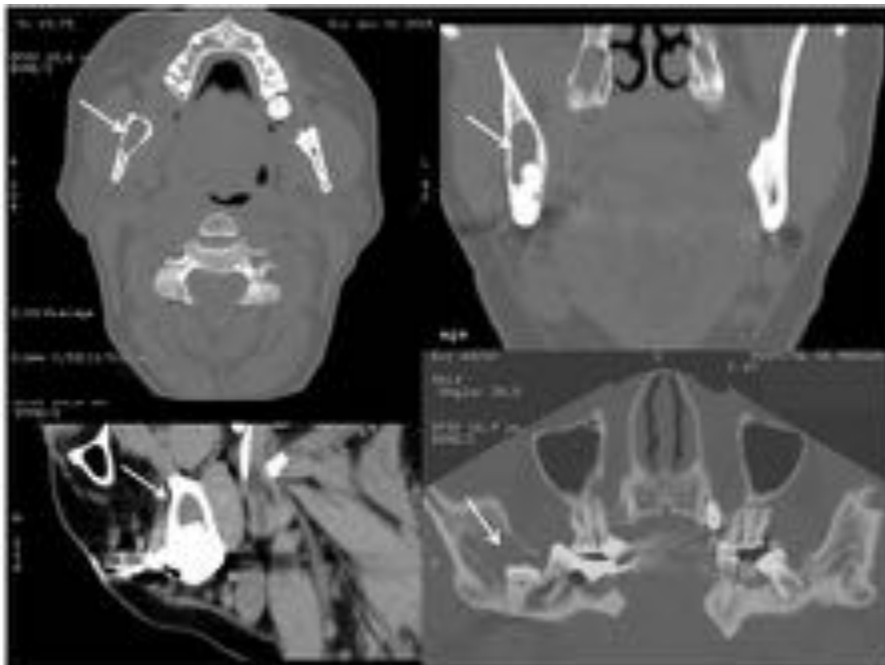


Fig. 9: TAC y reconstrucciones. Quiste folicular (flechas).



Fig. 10: Ortopantomografía. Quiste residual (flecha).

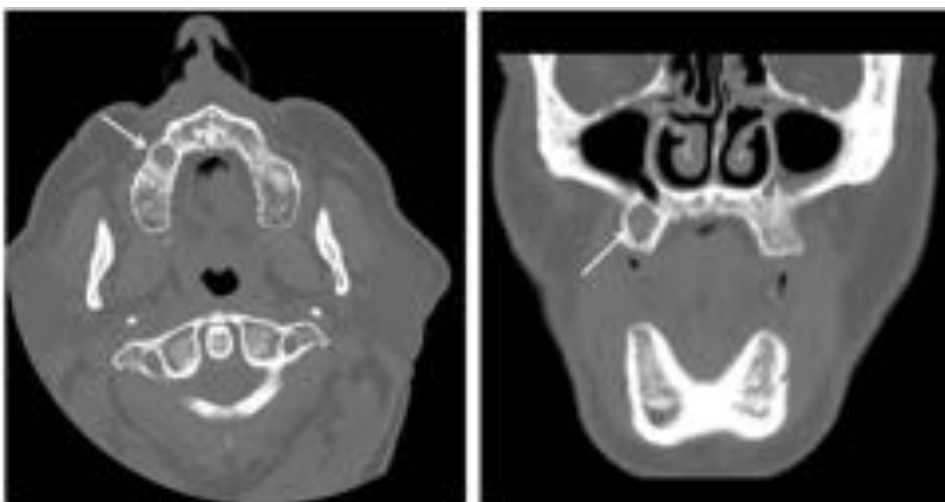


Fig. 11: TAC axial y coronal. Quiste residual (flechas).



Fig. 12: Ortopantomografía. Queratoquiste (flecha).

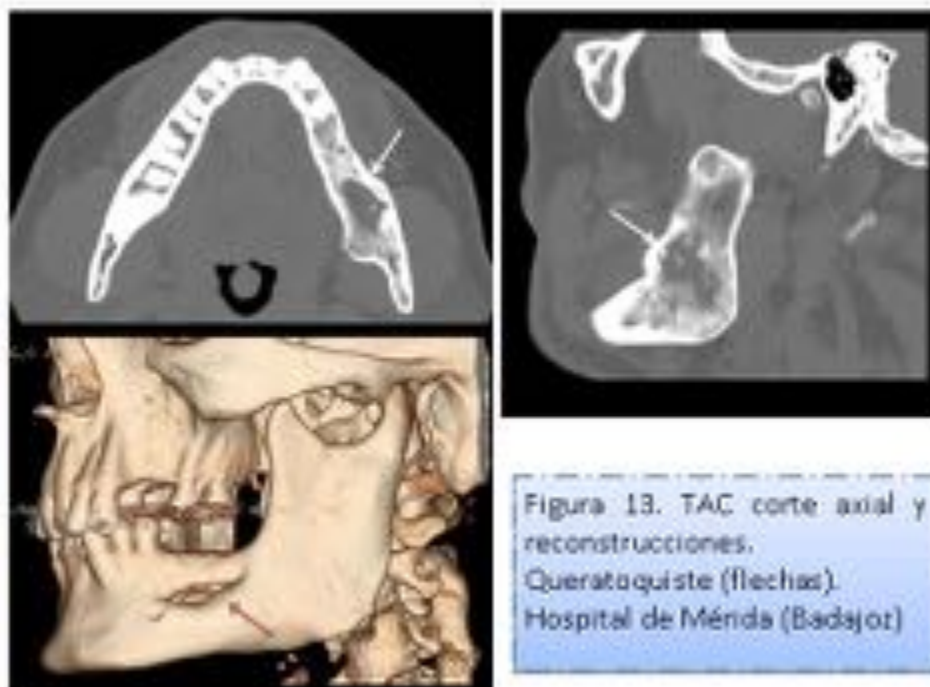


Fig. 13: TAC corte axial y reconstrucciones. Queratoquiste (flechas).



Fig. 14: Ortopantomografía. Ameloblastoma (flecha).

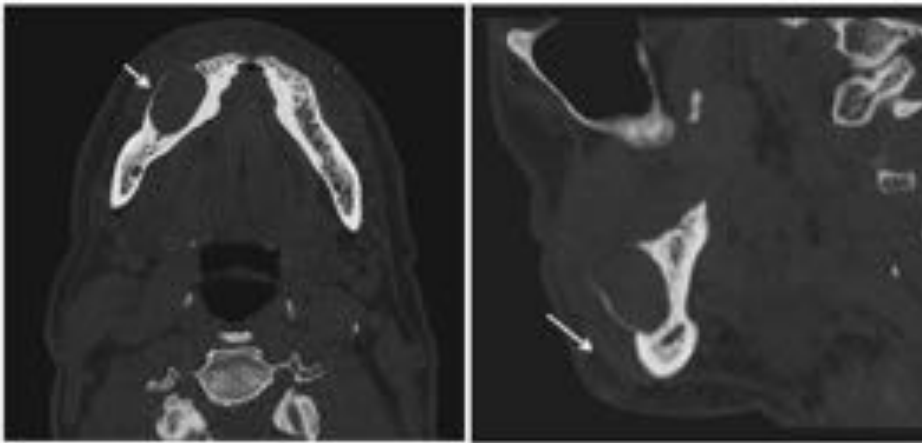


Fig. 15: TAC axial y sagital. Ameloblastoma (flechas).

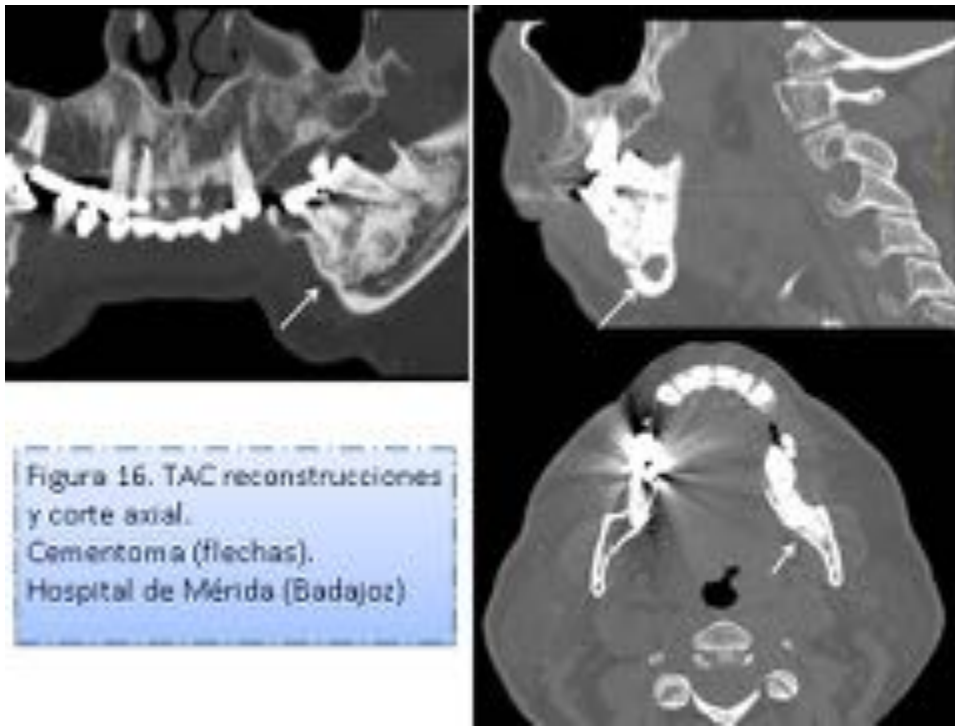


Fig. 16: TAC reconstrucciones y corte axial. Cementoma (flechas).



Fig. 17: Corte axial y reconstrucciones de TAC. Odontoma (flechas).

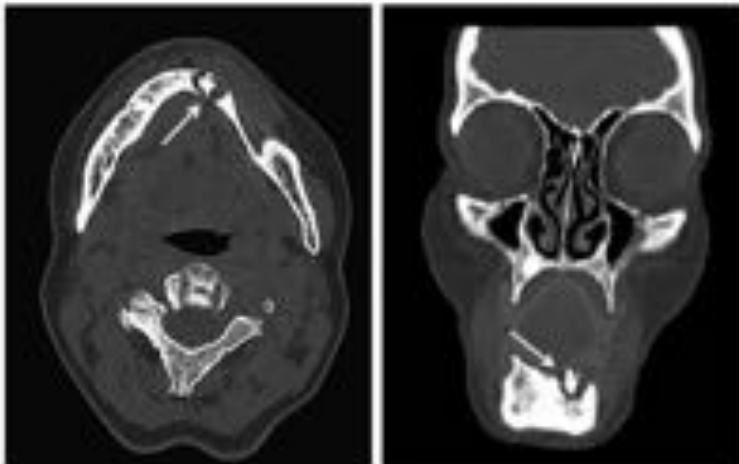


Fig. 18: TAC corte axial y coronal. Granuloma de células gigantes (flechas).

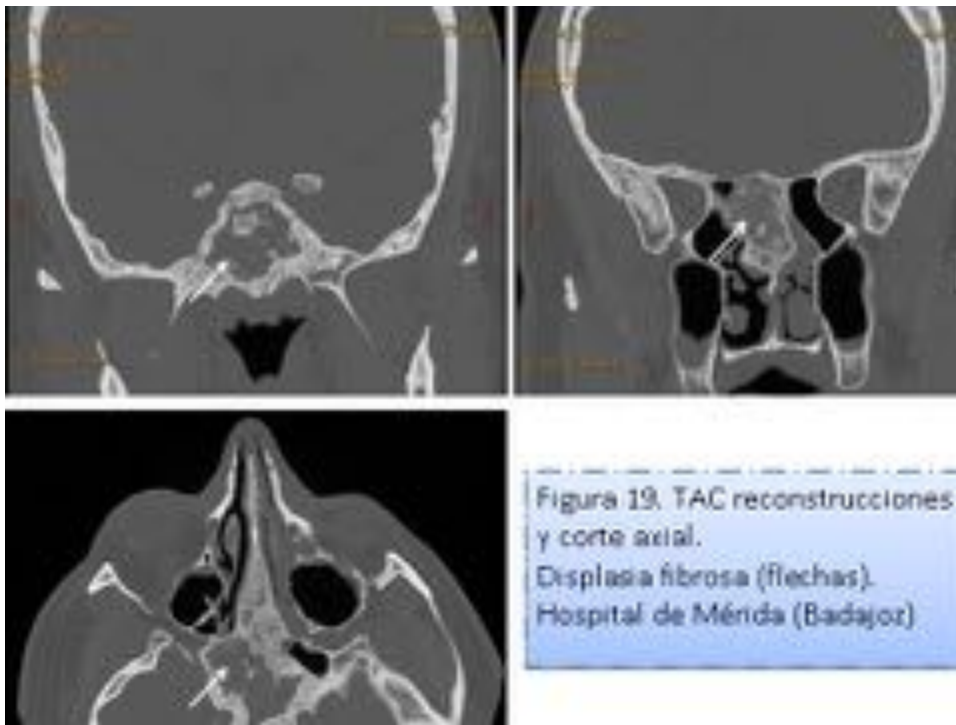


Fig. 19: TAC reconstrucciones y corte axial. Displasia fibrosa (flechas).



Fig. 20: Radiografías simples y ortopantomografía. Metástasis óseas (flechas).



Fig. 21: TAC corte axial y reconstrucciones. Metástasis óseas.

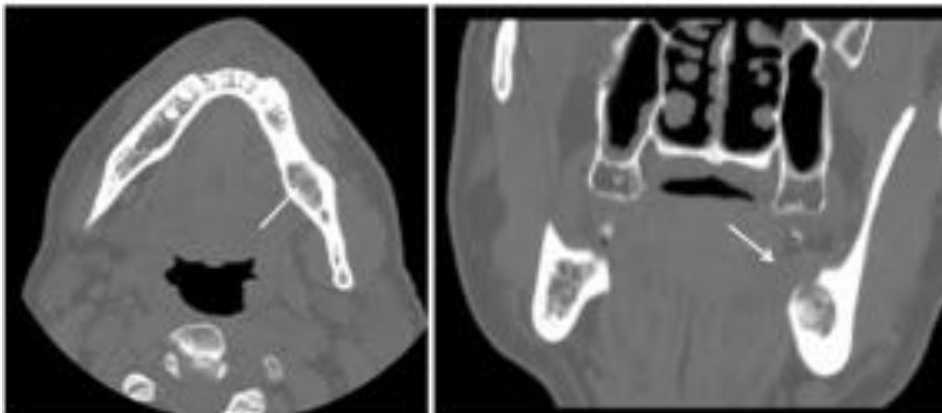


Fig. 22: TAC corte axial y coronal. Osteomielitis crónica (flechas).

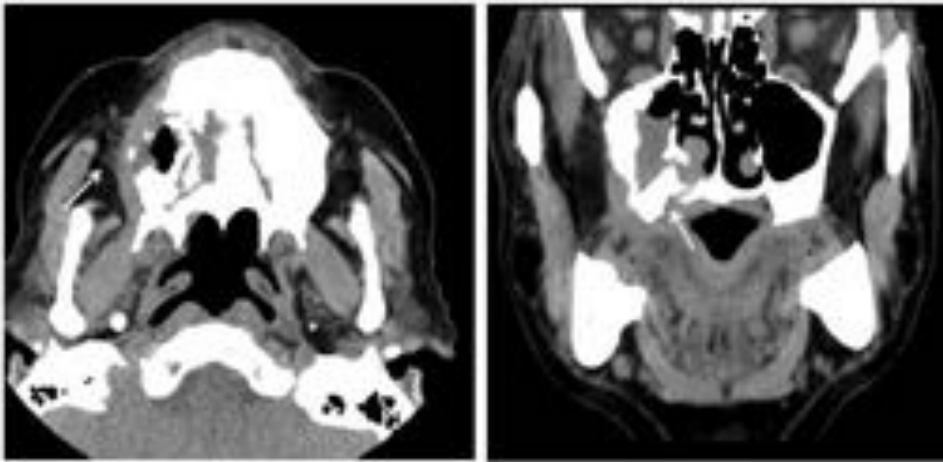


Fig. 23: TAC corte axial y coronal. Osteonecrosis, en tratamiento con bifosfonatos (flechas).

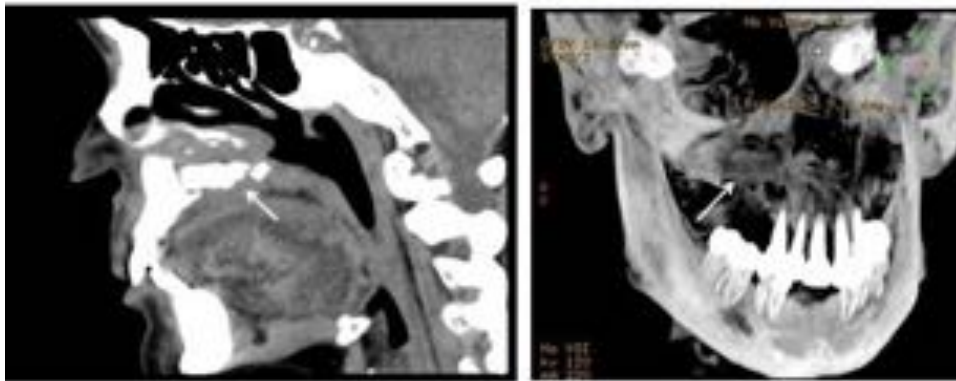


Fig. 24: TAC reconstrucciones. Osteonecrosis, en tratamiento con bifosfonatos (flechas).

Conclusiones

El empleo de las técnicas radiológicas como la ortopantomografía y la TC son fundamentales para el estudio de las lesiones mandibulares, lo cual nos llevará al diagnóstico en la mayoría de las ocasiones.

La función del radiólogo en la detección y caracterización de lesiones mandibulares, ofrece gran ayuda de cara a una planificación quirúrgica adecuada.

Bibliografía / Referencias

- Valdivieso GE, Escalona AG, Couto F. Patología mandibular. Lesiones de carácter odontogénico. Anales de Radiología México 2005; 1; 47-54.

- Galant J, Llorente M. Ortopantomografía y radiología dental. Monografías SERAM. Monografía ortopédica y dental: una guía práctica. Ed. Panamericana, 2005; 111-117.?
- N. Ubeda Morant, A. Pastor del Campo. Diagnóstico diferencial de lesiones benignas maxilares y mandibulares. Monografía SERAM, 2012, S-1160.