

seram

Sociedad Española de Radiología Médica

34

Congreso Nacional

**PAMPLONA 24 MAYO
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

**DETECTANDO LA PATOLOGÍA DENTAL Y
MANDIBULAR:
LO QUE EL RADIÓLOGO DEBE CONOCER.**

María Del Carmen Ojados Hernández, Plácida Alemán Díaz, Laura Abenza Oliva, Alejandro Puerta Sales, Noelia Lacasa Pérez, María Francisca Cegarra Navarro.

OBJETIVOS DOCENTES

- ✓ Describir la anatomía del diente y sus estructuras de soporte.
- ✓ Describir las principales patologías que afectan a los dientes
- ✓ Describir las principales patologías mandibulares.

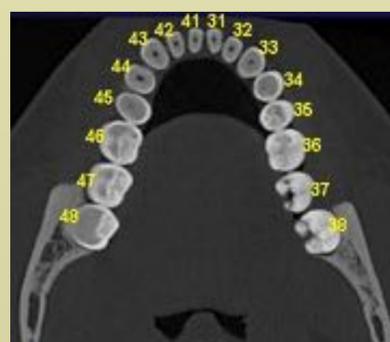
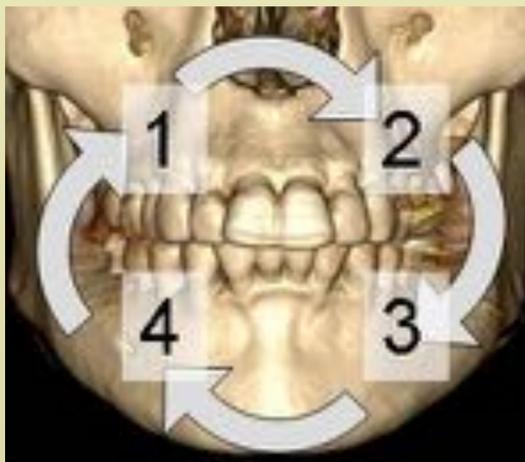
REVISIÓN DEL TEMA

Resulta muy habitual encontrar en los estudios de cabeza y cuello imágenes de afecciones dentales que en ocasiones es la causa de la patología que justificó el estudio, y en otras ocasiones se presentan solo como hallazgos incidentales. Es importante que el radiólogo esté familiarizado con los hallazgos de imagen típicos tanto de la normalidad dental como de la patología relacionada con los mismos para ayudar a establecer un diagnóstico oportuno y seguro de la patología dental y mandibular. En esta revisión se analiza la anatomía normal del diente y su estructura de soporte, así como la patología mandibular benigna y maligna más frecuente.

ANATOMÍA DENTAL

En los adultos, la dentición se compone de 32 dientes, divididos en 16 por maxilar y 8 por cuadrante. Cada cuadrante consta de 2 dientes incisivos, 1 canino, 2 premolares y 3 molares.

Se utiliza una nomenclatura internacional para denominar cada diente usando dos números; el primero hace referencia al cuadrante, comenzado la numeración por el cuadrante superior-derecho (número 1) y después se sigue la dirección de las agujas del reloj para finalizar en el cuadrante inferior derecho (número 4). El segundo número hace referencia a la localización del diente en el cuadrante, comenzando en la línea media con el incisivo (número 1) y terminando en el tercer molar (número 8).

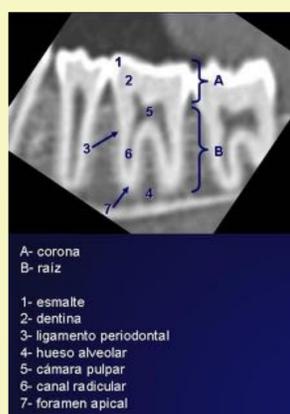
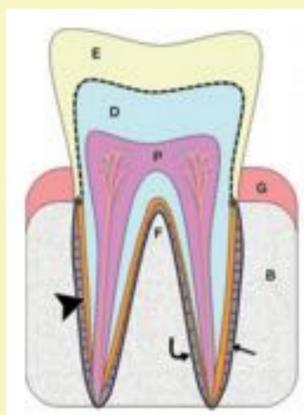


Cada pieza dentaria esta formada externamente por la corona (la parte visible del diente) y la raíz (que se extiende dentro del maxilar).

Entre ambas se localiza la zona cervical o de transición.

La estructura interna del diente se compone de:

- Esmalte: superficie externa resistente, brillante y blanca. Radioopaca
- Dentina: tejido duro y poroso localizado debajo del esmalte. Menos radioopaco que el esmalte.
- Ligamento periodontal: sujeta la raíz dental al hueso. Es una capa de tejido blando entre el cemento (tejido similar al hueso que recubre la raíz del diente) y el hueso alveolar.
- Pulpa: tejido blando dentro de la cámara pulpar y el canal radicular, el cual se abre al hueso alveolar a través del foramen apical. En su interior se encuentra el paquete vasculo-nervioso. Estructura radiolúcida.



ESTRUCTURAS DE SOPORTE

Hueso alveolar

- Lámina dura Delgada capa de hueso denso que forma la pared del alveolo dental (lámina cribiforme). Línea radiopaca densa que rodea la raíz de un diente. Se continúa con la sombra del hueso cortical de la cresta alveolar.
- Cresta alveolar Hueso cortical denso que forma la porción más coronal del hueso alveolar que se encuentra entre los dientes. Línea radiopaca localizada 1.5 - 2.0 mm por debajo de la unión de la corona y las superficies radiculares
- Espacio del ligamento periodontal . Formado por ibras de tejido conectivo, vasos sanguíneos y linfáticos. Línea radiolúcida delgada entre la raíz del diente y la lámina dura.

Hueso maxilar

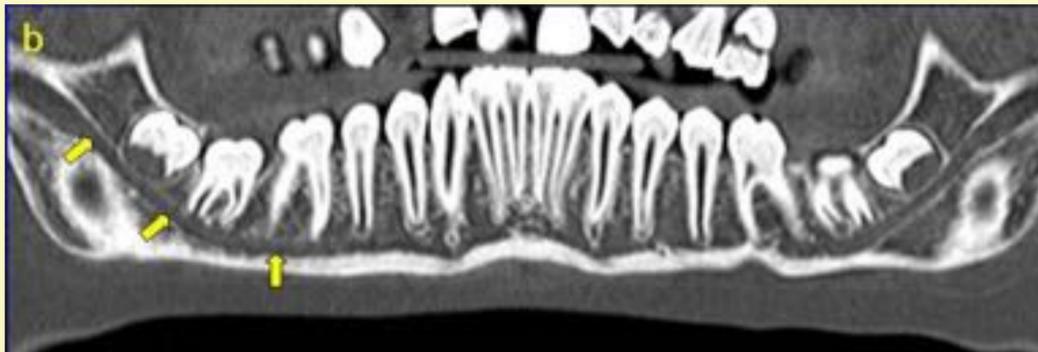
- Sutura palatina media
- Agujero nasopalatino
- Agujero superiores del conducto nasopalatino
- Fosa nasal
- Senos maxilares



Quiste del conducto nasopalatino con pieza supernumeraria incluida

Mandibula

- Agujero mentoniano
- Canal del nervio dentario inferior



Canal del nervio dentario inferior

PATOLOGIA DENTAL

Desarrollo anormal

- Hipodontia
- Hiperodontia

Patología inflamatoria

- Enf. Endodental
- Enf. Periodontal

Lesiones oseas odontogénicas

- Lesiones líticas
 - Odontogénicas
 - Quiste periapical
 - Quiste residual
 - Quiste folicular o dentígero
 - No odontogénicas
 - Queratoquiste odontogénico
 - Ameloblastoma
- Lesiones blásticas
 - No odontogénicas
 - Osteorradionecrosis
 - Odontogénicas
 - Cementomas
 - Odontomas

Desarrollo anormal

- **Hipodontia**
 - Displasias ectodérmicas: Enfermedades genéticas en las que se afecta el desarrollo del ectodermo: piel, glándulas, pelo, dientes y uñas.
- **Hiperdontia:** suele ser *asintomático*. Produce *apiñamiento* o alteración de la erupción. El 44% afecta a la región molar, el 33% en región premolar y el 23% en la región de los incisivos (*mesiodens*).



Patología inflamatoria

- **Enfermedad periodontal**
 - Gingivitis (bacterias y la placa): afectación del ligamento periodontal y del hueso que conduce a la reabsorción ósea secundaria. Ésta es la primera causa de caída del diente.



- **Enfermedad endodental**

- caries dentales: que destruyen el esmalte y la dentina y finalmente acaba afectando a la raíz y cámara pulpar.



Lesiones óseas

- Localización de las lesiones óseas

Periapical: alrededor de la raíz dental.



Pericoronaria: alrededor de la corona dental no erupcionada.



Interradicular: entre las raíces de una zona edúntela



- Actuación sobre dientes vecinos:**

Rizólisis (reabsorción de raíces)

Divergencia radicular (separación de las raíces)

Desplazamiento de las raíces

- Características radiológicas**

Densidad: Lítica, mixta, blástica

Unilocular, multilocular

Margenes: bien o mal definidos

Rotura de la cortical: si o no

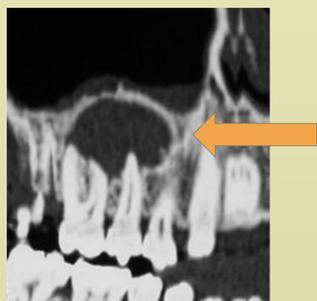
Reacción perióstica: si o no

Tamaño y forma.

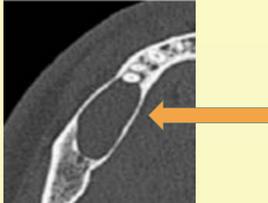
Lesiones líticas odontogénicas

- Uniloculares

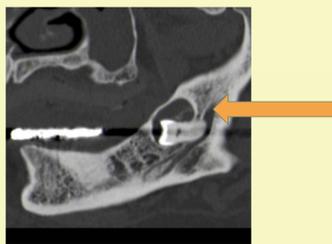
- Quiste radicular:** Son lesiones radiolúcidas alrededor de la raíz de un diente. Es el quiste odontogénico más frecuente. Secundario a inflamación o caries.



- **Quiste residual:** Es el quiste periapical que persiste tras la extracción del diente en que se originó. Es la lesión interradicular más frecuente.

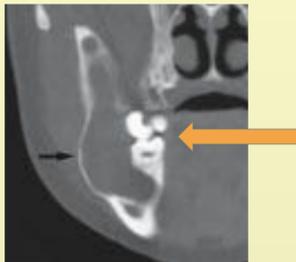


- **Quiste folicular:** alrededor de la corona de un diente no erupcionado. Es más frecuente en el ángulo mandibular, 3º molar y caninos.



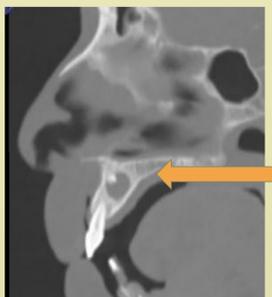
- **Multilocular**

- **Ameloblastoma:** Es una neoplasia odontogénica benigna, localmente agresiva. Afecta por igual hombres que a mujeres. Localización: pericoronaria (3º molar) y puede asociar quiste folicular o diente impactado. Lesión lítica, con expansión del hueso, bien definida, puede erosionar la cortical y producir reacción perióstica.



- **Lesiones líticas no odontogénicas.**

- **Quiste del conducto nasopalatino:** que emerge del epitelio residual en el canal nasopalatino. Aparece con el desarrollo. Más frecuentes en hombres. Aparece a partir de la cuarta década. Características radiológicas: Imagen radiolúcida circunscrita, bien delimitada, en línea media.

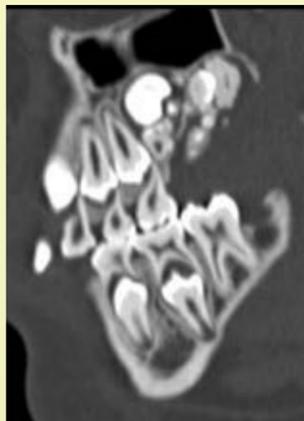


- **Quiste óseo simple:** generalmente se produce a consecuencia de un traumatismo. Más frecuente en jóvenes. parte posterior de la medular mandibular. Imagen radiodiolúcida circunscrita, bien delimitada, no produce expansión cortical.



• Lesiones blásticas odontogénicas

- **Odontoma:** Tumor odontogénico más frecuente. Lesión blástica hamartomatosa formada por varios componentes dentales dispuestos ordenadamente (compuestos) o desordenadamente, con calcificaciones amorfas (complejos). Más frecuente en la segunda década de la vida.



- **Cementoma:** Es un tumor odontogénico, derivado del ligamento periodontal. Misma incidencia en hombres que mujeres. Más frecuente en jóvenes (20-40 años). Son lesiones periapicales. El aspecto radiológico es una lesión unilocular bien delimitada, radioopaca con anillo radiolúcido unido a raíz dental. Puede producir divergencia o desplazamiento radicular. No causa destrucción de la cortical.



Fibroma osificante: Se origina en el ligamento periodontal. Contiene tejido fibroso con una cantidad variable de trabéculas óseas. Aparece frecuentemente en la 3ª a 4ª década de la vida. Más frecuente en la mandíbula posterior. Lesión, bien definida, encapsulada, radioluciente, mixta o radiopaca en función de la maduración .

Osteoma: Es una neoplasia benigna formada por hueso compacto. Se diagnostica más frecuentemente a los 10-30 años. Radiológicamente se observa una variable cantidad de hueso compacto.

Conclusiones

cuando los hallazgos encontradosEl conocimiento de la anatomía dental y de la patología mandibular, benigna y maligna, es de suma importancia para que el radiólogo pueda emitir un informe radiológico preciso y seguro de las anomalías dentales, incluso os no son los esperados.