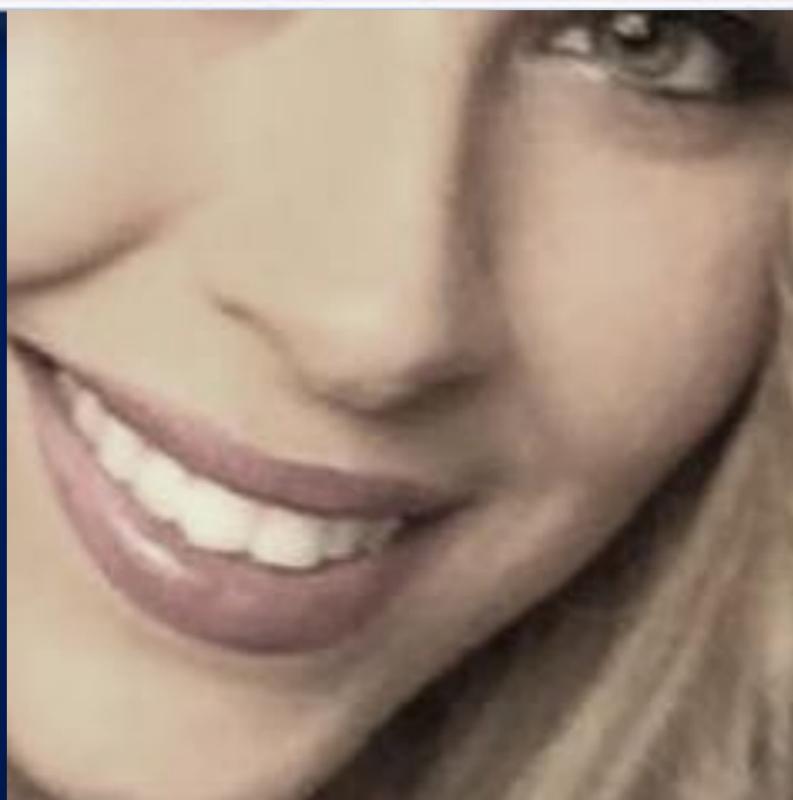


TUMORES Y LESIONES SEUDOTUMORALES DEL MAXILAR INFERIOR EN LA EDAD PEDIÁTRICA



AUTORES:

ALFONSO CARRASCO RUBIO *, TERESA
ITURRIAGA MARTINEZ*, M.ANGEL LÓPEZ
PINO**, M .JESÚS ÁLVAREZ PÉREZ***, MARTA
BARAGAÑO GONZÁLEZ****, J.A. GARCÍA
ASENSIO*.

*Hospital San Rafael HSJD. Madrid

** Hospital Niño Jesús. Madrid.

***Hospital Severo Ochoa. Leganés

****Hospital Quirón. Pozuelo. Madrid.

Objetivos Docentes:

1. Mostrar la excepcionalidad de los tumores sólidos que afectan al maxilar inferior en la infancia
2. Establecer la sospecha radiológica de benignidad o malignidad de la lesión en función del patrón radiológico, velocidad de crecimiento y clínica acompañante
3. Conocer la apariencia habitual de este tipo de lesiones con los métodos de imagen utilizados para el diagnóstico (ortopantomografía, TC, RM)

Revisión del tema:

• 1. LESIONES BENIGNAS:

Las lesiones que afectan al maxilar en la infancia en su gran mayoría son de tipo quístico benigno.

Habitualmente *asintomáticos*, presentan crecimiento *lento* y márgenes *esclerosos bien delimitados*.

Los más frecuentes derivan de las piezas dentarias, por tanto llamados **QUISTES ODONTOGÉNICOS** (Quiste Radicular, Quiste Folicular, Queratoquistes...).

QUISTES ODONTOGÉNICOS

- QUISTE RADICULAR (PERIAPICAL): el más frecuente en la población general, es *muy inhabitual en la infancia*, ya que requiere para su producción que la pieza dentaria se encuentre desvitalizada (**FIG.1**).
- QUISTE FOLICULAR : también llamado Dentígero o Coronodentario.
 - Es un *quiste odontogénico del desarrollo*.
 - Forma un espacio folicular mayor de 3 mm. alrededor de la corona de un diente no erupcionado. (**FIG.2**).
- QUERATOQUISTES ODONTOGÉNICOS:
 - Son también quistes del desarrollo odontogénico revestidos de epitelio queratinizado, que suelen aparecer en la 2ª década.
 - Suelen asociarse al Sd. de Gorlin (también llamado del carcinoma Basocelular Nevoide). (**FIG.3**)
 - Frecuente localización en el ángulo mandibular, en la región del tercer molar agenésico.
 - Lesiones líticas uni- o multiloculadas que pueden alcanzar grandes dimensiones y tienen *alta tasa de recidiva (30-60%)*.



FIG. 1. QUISTE RADICULAR:
Lesión lítica bien delimitada, de
márgenes esclerosos , centrada
en las raíces de la pieza dentaria.



FIG. 2. QUISTE FOLICULAR:

Lesión radioluciente geográfica, bien delimitada, adyacente a la corona de las piezas 34 -35 no erupcionadas.

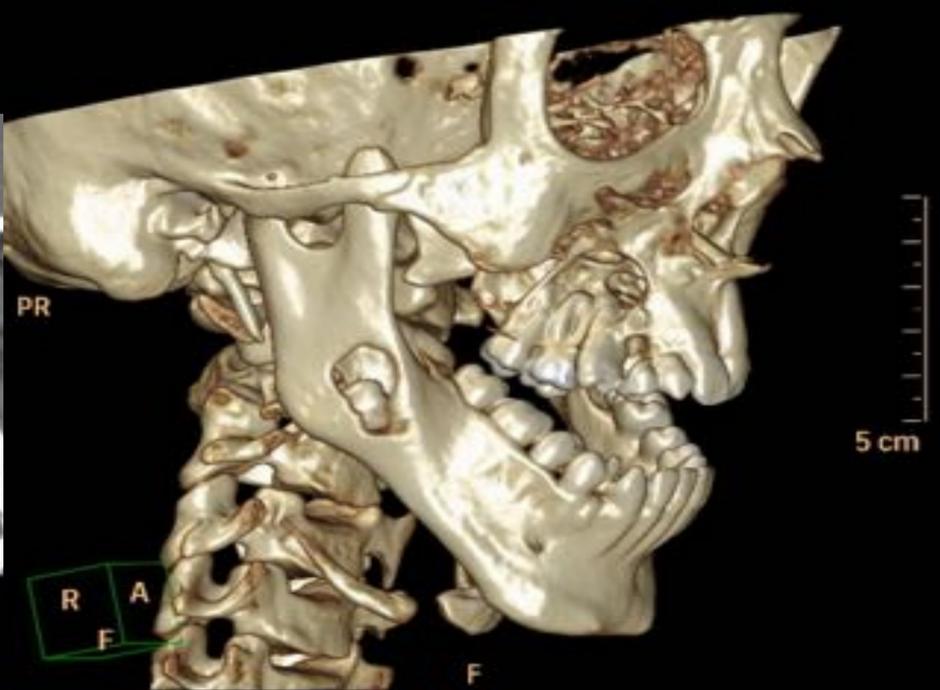
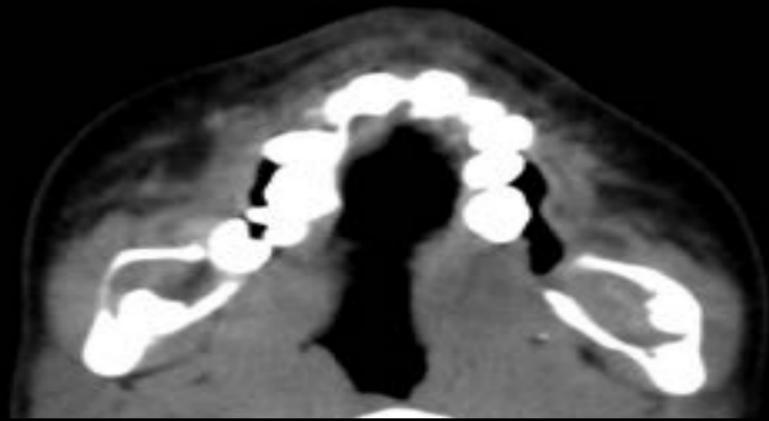
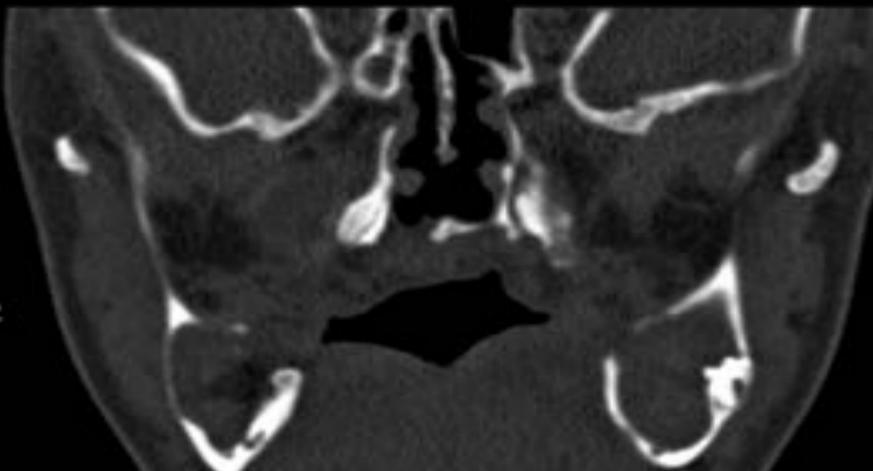
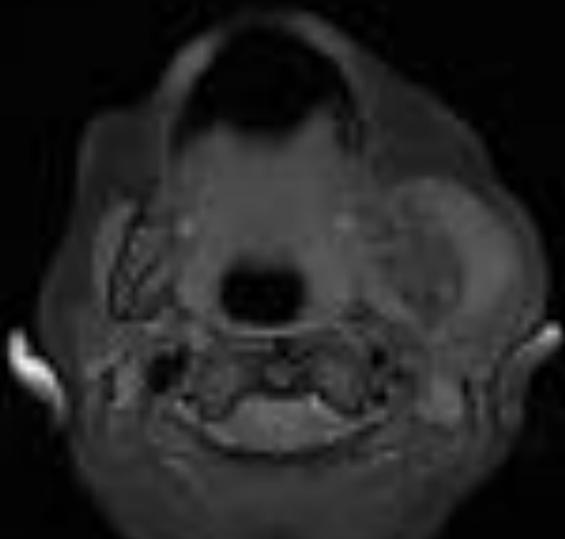


FIG.3 : QUERATOQUISTES en la Enf. de Gorlin:
TC Helicoidal con reconstrucciones MPR y volumétrica 3D ,
visualizándose lesiones quísticas expansivas de gran tamaño en
ambos ángulos mandibulares y maxilar superior.

Revisión del tema:

2. Con relativa frecuencia podemos encontrar **LESIONES SEUDOTUMORALES:**

- Displasia Fibrosa (FIG.4),
- Histiocitosis de células de Langerhans / granuloma eosinófilo (FIG. 5), y
- osteomielitis.



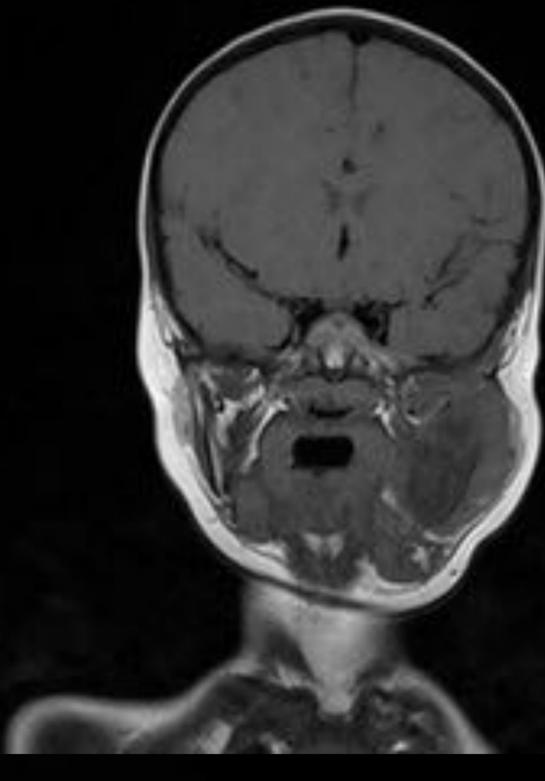
DP FS AXIAL



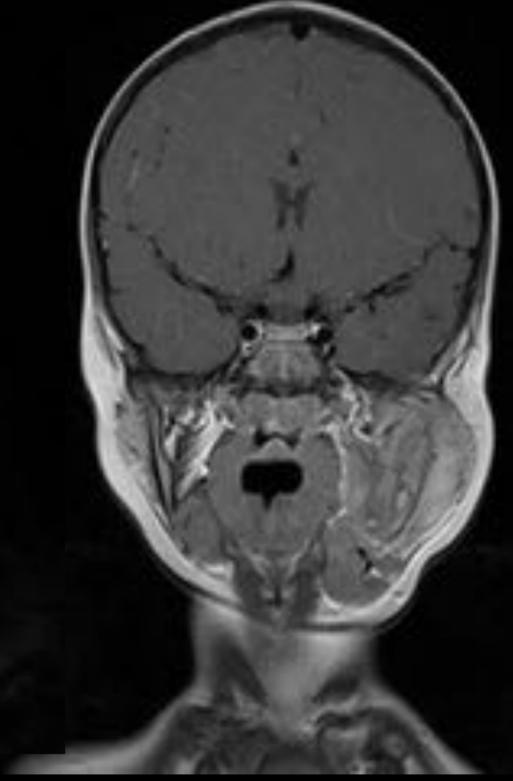
T-STIR AXIAL



T2 FS CORONAL



T1 CORONAL

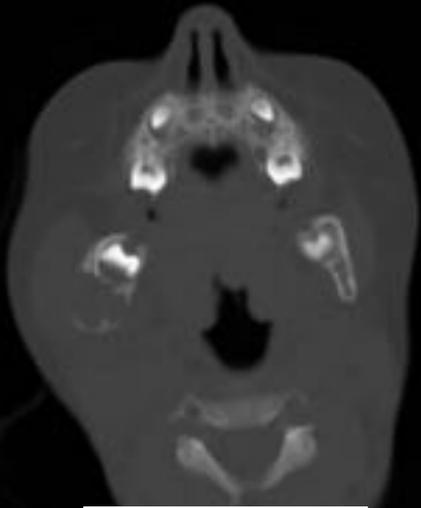


T1 COR + GD

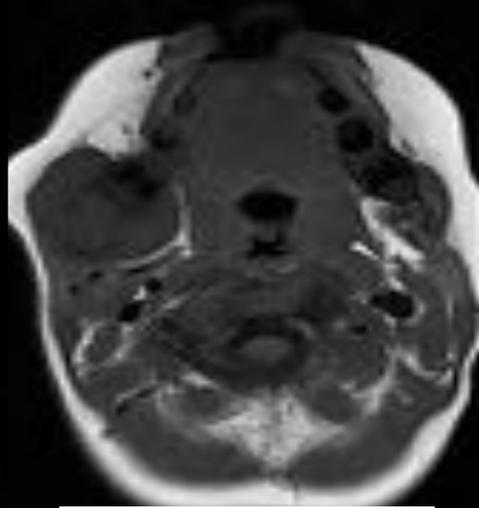
FIG.4. Niña de 3 años.
Tumefacción maseterina izquierda.

FIG. 4 (cont.)

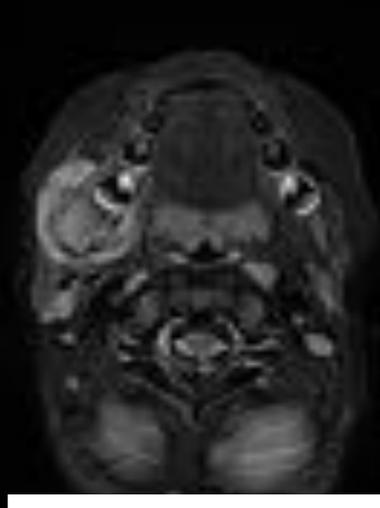
- RM: Lesión insuflante en hemimandíbula izquierda, de señal heterogénea (patrón mixto), sin reacción perióstica visible; *marcada reacción inflamatoria en partes blandas*, incluyendo musculatura del masetero y pterigoideos. Realce heterogéneo y difuso.
- Se incluyó en el diagnóstico diferencial la posibilidad de osteomielitis crónica vs. HX , siendo el diagnóstico final , tras la inmunohistoquímica, **DISPLASIA FIBROSA MONOSTÓTICA.**



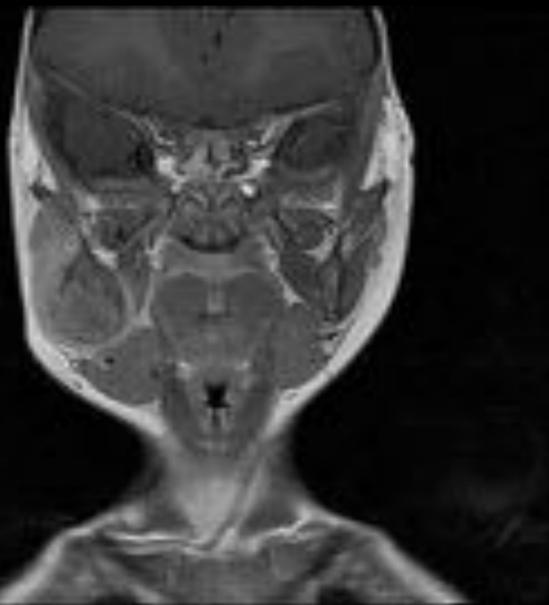
TC AXIAL



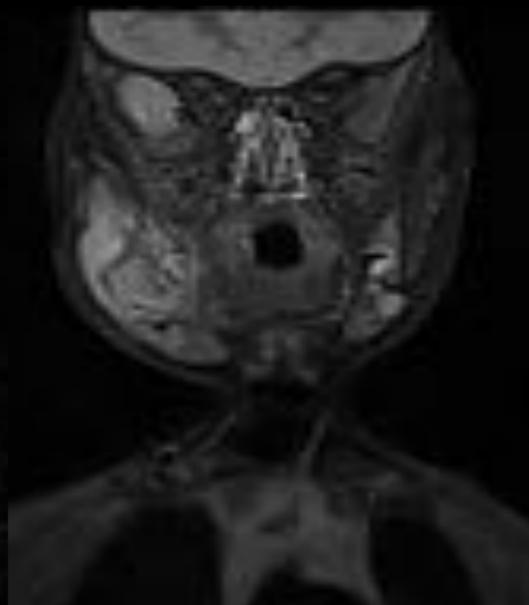
RM AX T1



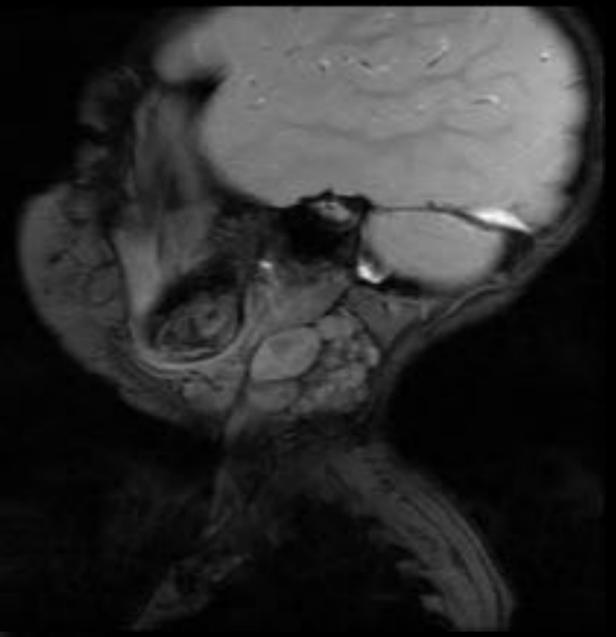
RM AX T2STIR



RM COR T1



RM COR T2STIR



RM SAG me2d

FIG.5 . Niño varón de 2 años.

Tumefacción facial de crecimiento progresivo.

FIG. 5 (cont.)

- TC: lesión lítica expansiva afectando a rama mandibular derecha de límites geográficos.
- RM : importante componente de partes blandas con infiltración de masetero y pterigoideos. Obsérvese en el plano coronal el desplazamiento caudal de la glándula submaxilar ipsilateral sin infiltración de la misma. La heterogeneidad de señal del arco zigomático expresa la combinación de áreas blásticas y líticas dentro del propio tumor.
- Diagnóstico final: **HISTIOCIDITIS DE CEL. LANGERHANS .**

- **3. Los tumores malignos** son excepcionales., pudiendo afectar al maxilar inferior de forma **primaria** (ej. osteosarcoma, leucemia, linfoma...) o **secundaria** por extensión desde los espacios vecinos (fosa infratemporal, fosa ptérido-maxilar...).

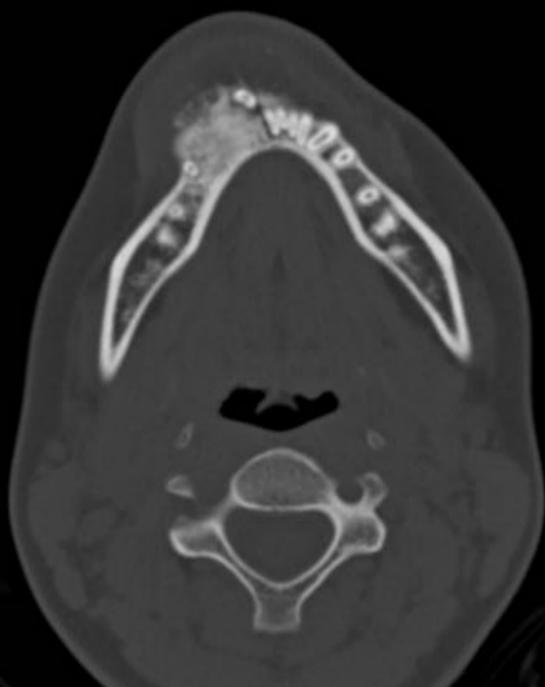
Más infrecuentes aún son las **metástasis** en la infancia.



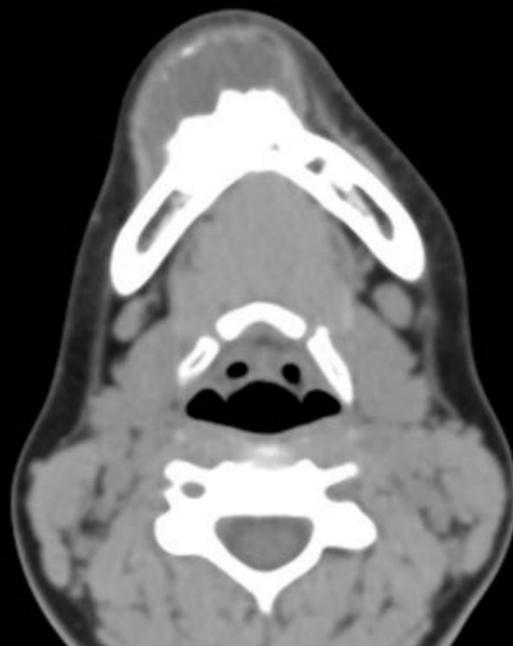
FIG. 6. Niño varón de 11 años.
Debuta con masa facial y febrícula.

Ortopantomografía: lesión osteocondensante en la región mentoniana.

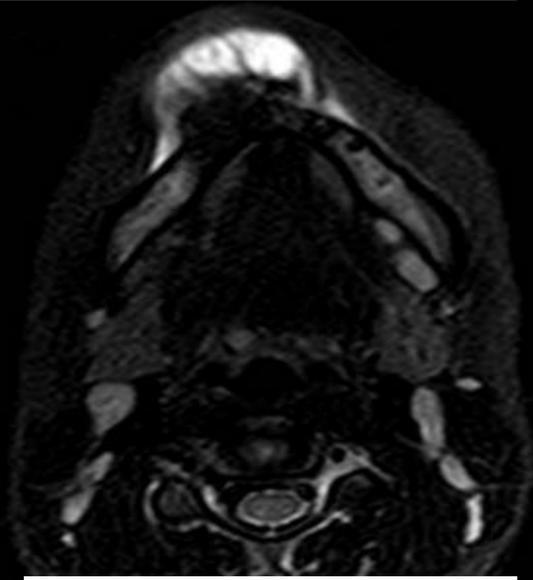
FIG. 6 (cont.)



TC axial (v. ósea)



TC axial (v.pp.bb.)



RM AX. T STIR



RM AX. T1 + Gd

TC: Lesión blástica en rama derecha y protuberancia mandibular. Muestra reacción perióstica interrumpida en rayos de sol.

RM: Marcada hiposeñal T1 y T2 en esqueleto mandibular por su componente osteoblástico, hiperseñal T2 en partes blandas y realce con gadolinio.

Dº ANP: **OSTEOSARCOMA MANDIBULAR**

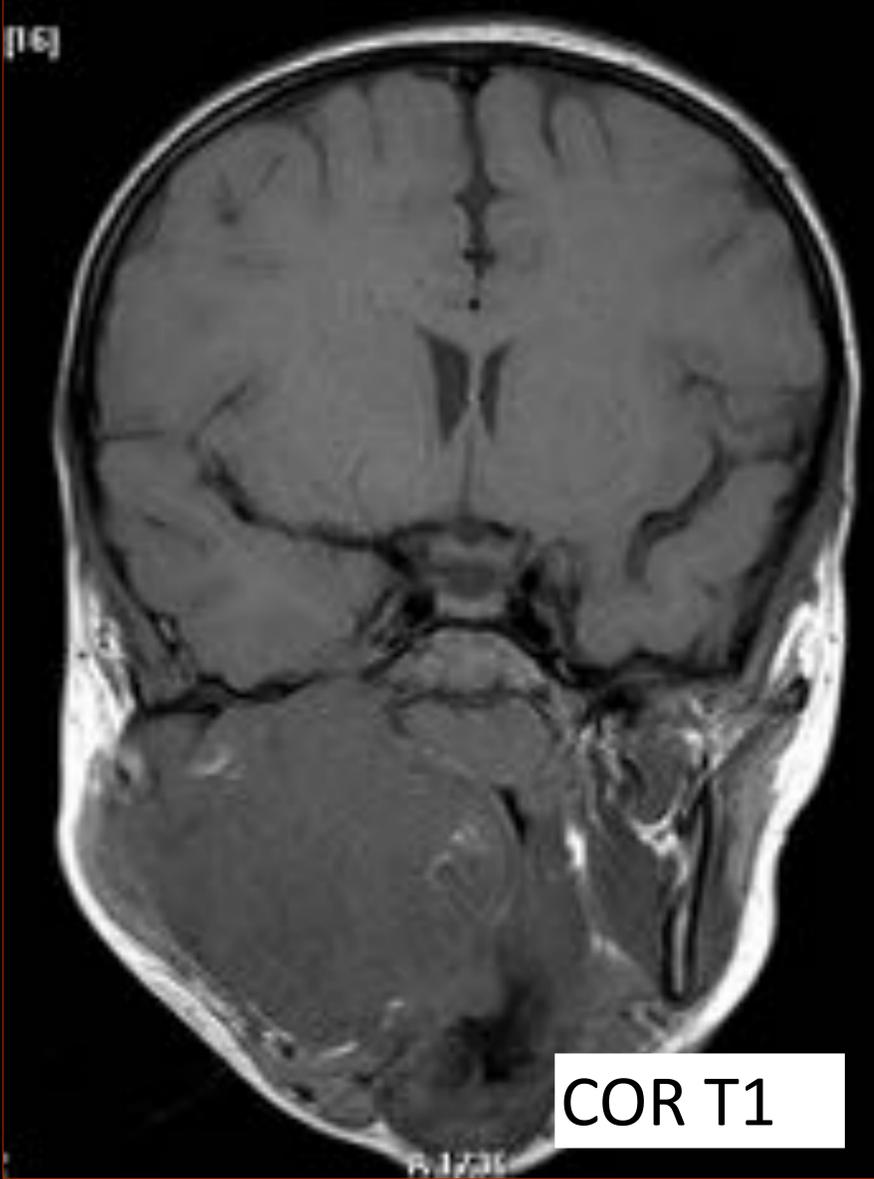
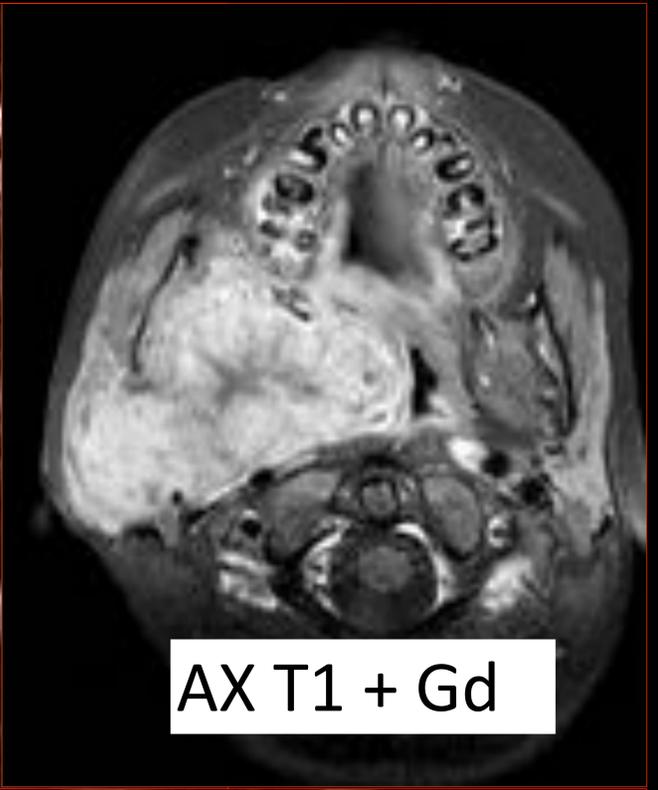
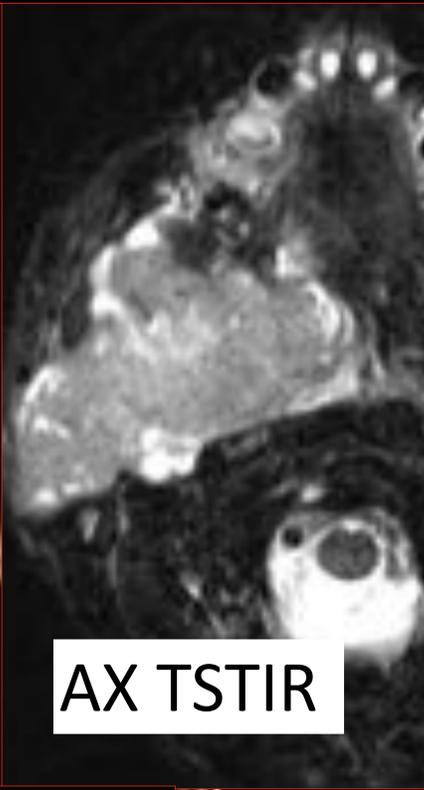
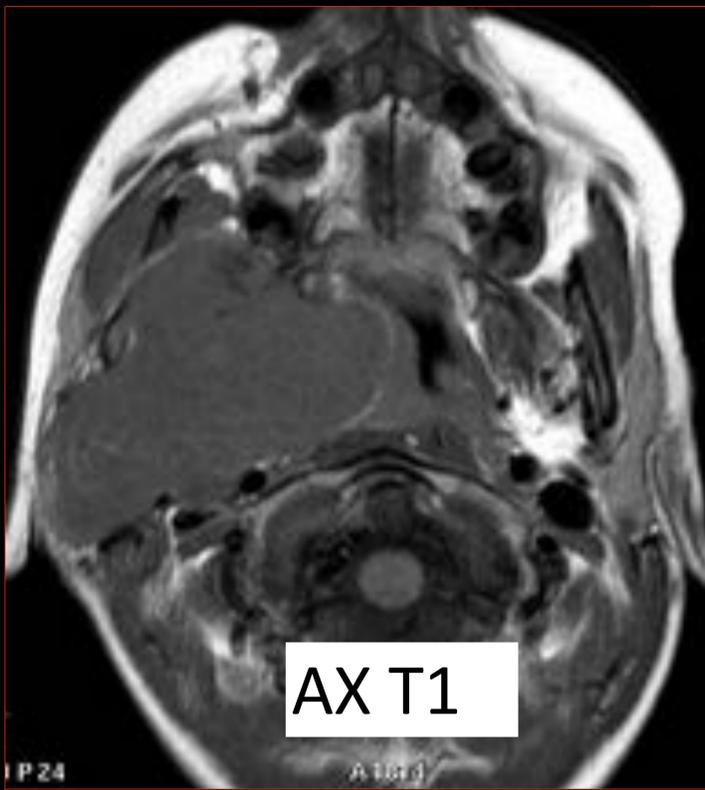


FIG. 7 : Niño varón de 6 años.
Antecedentes de otomastoiditis tratadas ambulatoriamente por su pediatra.
Dolor facial y disfagia.
Tumoración palpable.

FIG. 7 (cont.):

Masa centrada en el espacio masticador que realza de forma intensa y heterogénea tras la administración de gadolinio-DTPA, a excepción de pequeñas áreas parcheadas sugerentes de necrosis.

Infiltra los músculos pterigoideos medial y lateral, se adapta a la rama vertical de la mandíbula la cual muestra algún área focal de realce lo que sugiere infiltración de la misma.

Se extiende al espacio parafaríngeo improntando el espacio faringomucoso y disminuyendo de manera importante la luz de la orofaringe; impronta y desplaza el pilar amigdalino.

No se logra identificar el nervio facial -probablemente infiltrado en el seno de la tumoración-.

La lesión alcanza la base de cráneo y tiene una prolongación a través del foramen oval derecho que sugiere diseminación perineural, con un discreto componente intracraneal improntando la cortical del lóbulo temporal adyacente.

Dº ANP: **RABDOMIOSARCOMA**
del espacio masticador

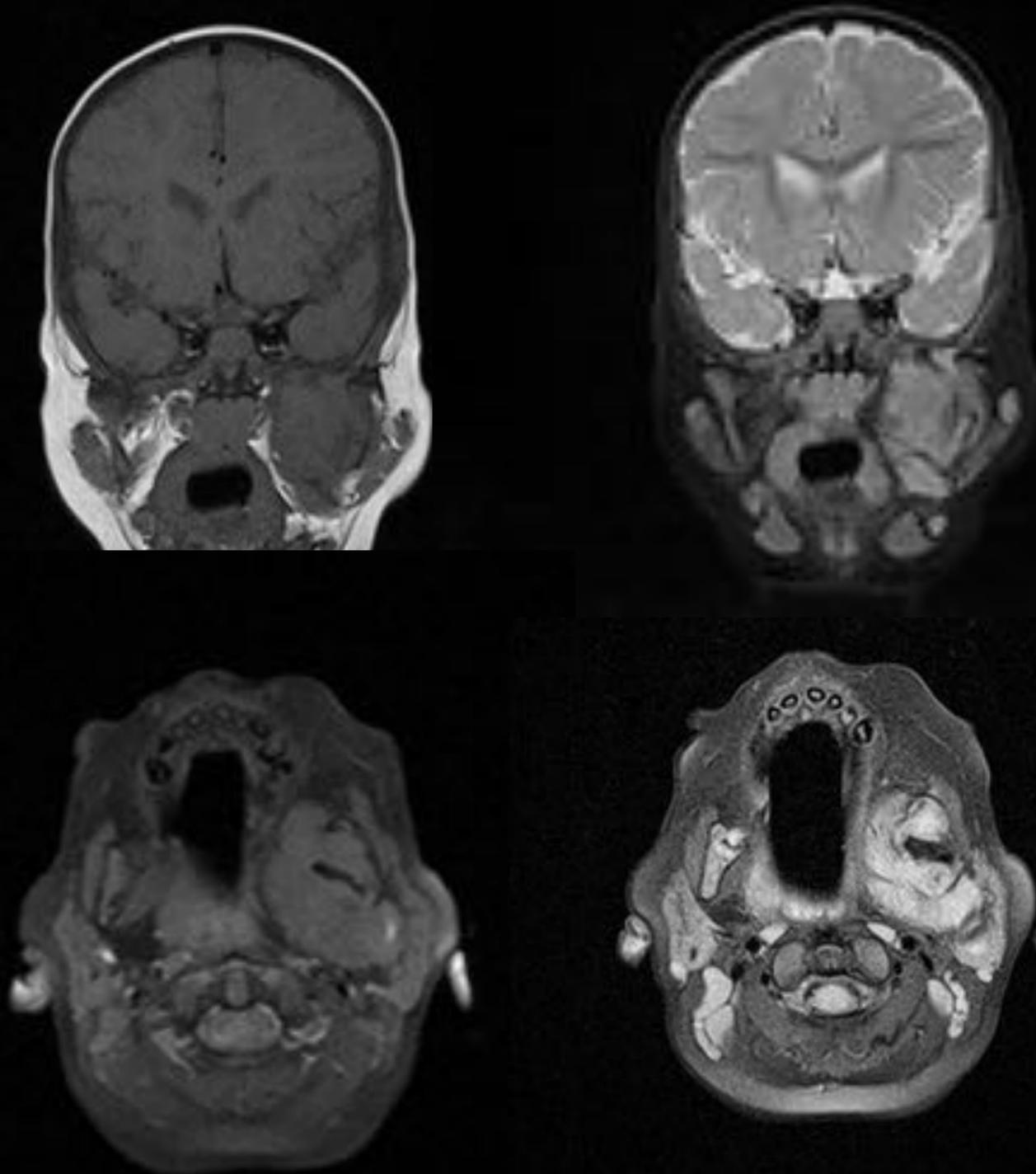


FIG. 8 : Niña de 6 meses.

Secuencias Potenciadas T1 , DP y T2, extensa afectación de la rama mandibular izquierda por tumoración rápidamente progresiva isointensa al músculo en todas las secuencias de pulso, con fragmento de hueso mandibular marcadamente hipointenso incluido en el espesor de la tumoración.

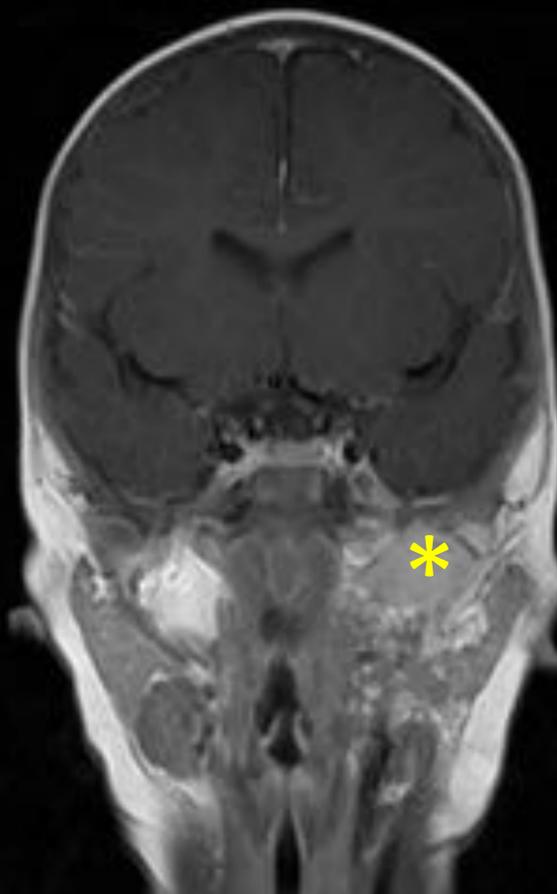
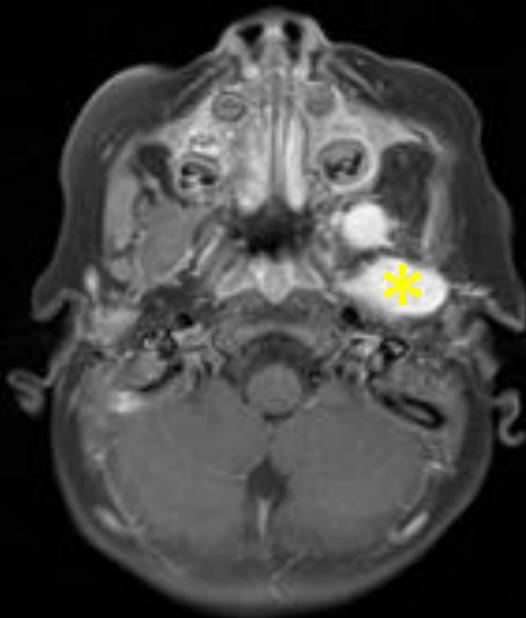
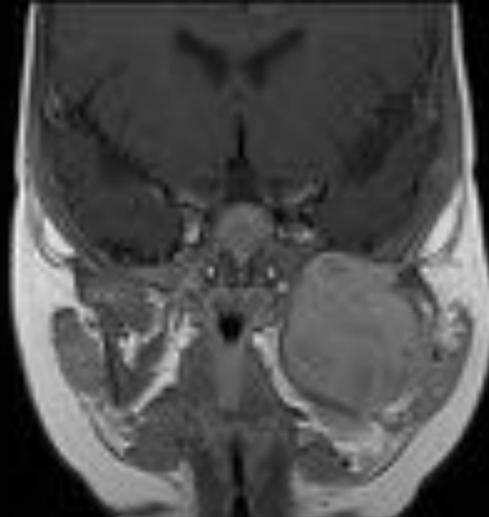
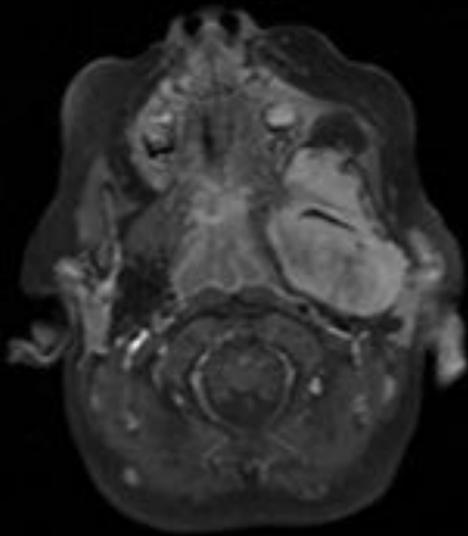


FIG. 8 (cont.):.

La masa muestra realce intenso y heterogéno con el gadolinio.

Dº ANP: **FIBROMATOSIS DESMOIDE.**

Tras la resección quirúrgica , la lesión mostró recidiva in situ (*).

CONCLUSIONES:

1. Ante un aumento de partes blandas no explicado en la región masticatoria de un niño debemos tener siempre en mente la posibilidad de un tumor maligno , bien primario o secundario por infiltración de proceso oncológico regional

2. Este tipo de tumores en la infancia son extraordinariamente infrecuentes aunque deben sospecharse ante masas de partes blandas con componente osteolítico o blástico, movilidad excesiva de piezas dentales, síntomas neurológicos por afectación de pares craneales V ó VII y/o rápido crecimiento de la lesión.

CONCLUSIONES (cont.):

3. Los procesos pseudotumorales (displasia fibrosa, histiocitosis X, osteomielitis...) pueden crecer así mismo rápidamente, y suelen acompañarse de importantes signos inflamatorios, planteando un difícil diagnóstico diferencial entre estos procesos por su similitud semiológica y clínica .

4. Los quistes odontogénicos en la infancia son relativamente frecuentes, crecen lentamente y el índice de sospecha suele ser más elevado por el médico odontólogo, por lo que no suelen derivarse a los servicios de Radiodiagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Pediatr Radiol 2002; 32: 153-168.
“Radiologic appearance of primary jaw lesions in children “. Malini Gupta et al.
- Radiographics 2006; 26: 157-171 .
“Causes of facial swelling in Pediatric Patiens”. Geetika khanna et al.
- Radiographics 2006; 26: 1751-1768.
“Radiologic & Pathologic Characteristics of Benign and Malignant Lesions of the Mandible”. Brian Dunfee et al.
- “Tumores Mandibulares “. C. Reynés.
C. Nieto.. A.Moll, M. Jofre, Mas.
Seram.es/modules/posters/files/tumores_mandibulares.ppt
- “ Diagnóstico por Imagen “. Cabeza y Cuello (2ª ed.) Hansberger . 2012.