

Lesiones líticas benignas 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 líticas benignas que asientan en la mandíbula, analizando su apariencia característica en tomografía computarizada (TC) y ortopantomografía (OPT), tras revisar retrospectivamente casos de lesiones líticas localizadas en la mandíbula en el período comprendido entre enero de 2008 y junio de 2015.

Revisión del tema

1. Introducción:

Existe una amplia variedad de lesiones benignas y malignas que asientan en la mandíbula. En esta revisión nos centraremos en las lesiones líticas benignas.

Las pruebas de imagen tienen un papel esencial no solo para el diagnóstico, también para guiar el tratamiento y monitorizar la respuesta al mismo ([Fig. 1](#)). En algunos casos será suficiente una correcta anamnesis y exploración junto con las pruebas de imagen para llegar al diagnóstico ([Fig. 2](#)), mientras que en otros casos será imprescindible realizar una biopsia ([Fig. 3](#)).

Las técnicas de imagen más utilizadas son:

- OPT: técnica ideal para realizar en primera instancia, ya que es de fácil acceso y utiliza baja dosis de radiación. Puede revelar lesiones radiolúcidas, radiopacas o lesiones con un patrón mixto. En ocasiones tiene un valor limitado para valorar relaciones anatómicas ([Fig. 4](#)), límites de lesiones e afectación de tejidos blandos.
- TC: complementa la OPT, paliando las carencias comentadas previamente ([Fig. 4](#)) y permitiendo precisar tamaño, márgenes, patrones de expansión y relación con estructuras adyacentes. Se debe realizar cortes de máximo 1 mm de grosor para poder realizar reconstrucciones. El contraste es útil si se sospecha infección o en el caso de enfermedades neoplásicas para evaluar tanto el componente óseo como extraóseo ([Fig. 3](#)).
- RM: es más sensible que el TC para definir la afectación extraósea en lesiones inflamatorias e

infecciosas.

Las lesiones mandibulares se pueden clasificar en lesiones líticas y en lesiones blásticas, a su vez las lesiones líticas, que son las que nos ocupan en esta revisión, se clasifican en función de su origen en odontogénicas y en no odontogénicas ([Fig. 5](#)). Otro criterio válido para clasificar las lesiones líticas es catalogarlas como quísticas (quiste radicular, quiste folicular, queratociste odontogénico, quiste de Stafne, etc.) o como sólidas (ameloblastoma, mixoma odontogénico, fibroma osificante o granuloma de células gigantes).

2. Abordando el diagnóstico:

2.1. Al abordar el diagnóstico de una lesión mandibular tendremos presente si el **origen** es odontogénico o no odontogénico:

- Odontogénico: son aquellas lesiones que dependen de un componente del diente. En función de su localización pueden ser periapicales, pericoronales o interradiculares ([Fig. 6](#)). Y atendiendo a su relación con las raíces pueden provocar rizólisis, divergencia o desplazamiento de las mismas. Una lesión asociada a un diente incluido ([Fig. 11](#) y [Fig. 12](#)) generalmente indicará que se trata de una lesión odontogénica.
- No odontogénico: tienen un origen óseo y no dependen de los dientes. Generalmente son un grupo de patologías que se pueden ver en cualquier hueso, por tanto cuando asientan en la mandíbula, los hallazgos radiológicos son los mismos que en otras partes del organismo. No suelen rodear los dientes, aunque en los casos en que las lesiones son muy grandes, puede ser difícil establecer la relación con los dientes adyacentes ([Fig. 17](#)).

Al igual que con cualquier lesión ósea se tendrán presentes sus **características radiológicas**:

- Patrón: lítico, blástico o mixto ([Fig. 7](#)).
- Morfología: unilocular ([Fig. 2](#)) o multilocular ([Fig. 15](#)).
- Reacción perióstica.
- Destrucción cortical ([Fig. 3](#)).
- Matriz.
- Afectación de partes blandas ([Fig. 1](#)).

2.2. Lesiones líticas benignas:

A continuación se mencionan y resumen las características principales de las lesiones líticas benignas ([Fig. 8](#)):

2.2.1. Odontogénicas:

a. Quiste radicular (quiste periapical, quiste apical periodontal) ([Fig. 2](#) y [Fig. 9](#)):

- Se trata de un quiste odontogénico periapical.
- Es el más frecuente, según algunas series supone hasta el 70% de las lesiones quísticas.
- Generalmente es asintomático.
- Suele ser secundario a un proceso inflamatorio desencadenado por una caries.
- Típicamente es una lesión radiolúcida, con forma de pera, menor de 1 cm y bien definida.

b. Quiste residual ([Fig. 10](#)):

- Quiste odontogénico inflamatorio, normalmente interradicular, restante tras la extracción de un diente, debido a la eliminación incompleta del quiste radicular original.
- Es similar al quiste radicular.
- Siempre debe faltar la pieza dentaria correspondiente.
- Se observa una radiotransparencia redondeada, corticada y bien definida.

c. Quiste folicular (quiste dentígero, quiste pericoronar) ([Fig. 11](#) y [Fig. 12](#)):

- Es un quiste odontogénico pericoronar, generalmente dependiente del tercer molar.
- Tras el quiste radicular, es el más frecuente.

- Se observa como una lesión radiolúcida, bien delimitada, localizada en el ángulo mandibular, visualizándose en su interior la corona de un diente.
 - Pueden ser muy grandes y remodelar la mandíbula, sin llegar a romper la cortical.
- d. Queratoquiste odontogénico (Fig. 13):
- Es un quiste odontogénico, frecuente pericoronar con diente no erupcionado.
 - Es poco frecuente, con una tasa de recurrencia del 50%.
 - Típicamente es una lesión con patrón lítico, expansiva, multilocular, localmente agresiva y localizada en el cuerpo y rama mandibular.
 - Puede ser indistinguible del ameloblastoma.
 - Se asocia al síndrome de Gorlin- Goltz.
- e. Ameloblastoma (Fig. 14):
- 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».
- f. Mixoma odontogénico (mixofibroma, fibromixoma) (Fig. 15):
- Lesión odontogénica, localizada más frecuentemente en la mandíbula.
 - Neoplasia benigna poco frecuente.
 - Se observa como una lesión con un patrón lítico, similar al ameloblastoma, multiloculada y con tabiques internos finos.

2.2.2. No odontogénicas:

- a. Quiste de Stafne (cavidad ósea idiopática) (Fig. 16):
- Lesión no odontogénica, que se suele localizar en el ángulo mandibular.
 - No es propiamente un quiste, es un pseudoquiste que está relleno de grasa o de tejido glandular submandibular.
 - Generalmente se observa como un defecto cortical en la cara medial de la mandíbula.
- b. Tumor de células gigantes (Fig. 17):
- Lesión no odontogénica.
 - Suele afectar a mujeres jóvenes, presentándose como deformidad facial.
 - Se observa una lesión con patrón lítico, multilocular, expansiva y que puede desplazar y erosionar raíces.

Imágenes en esta sección:

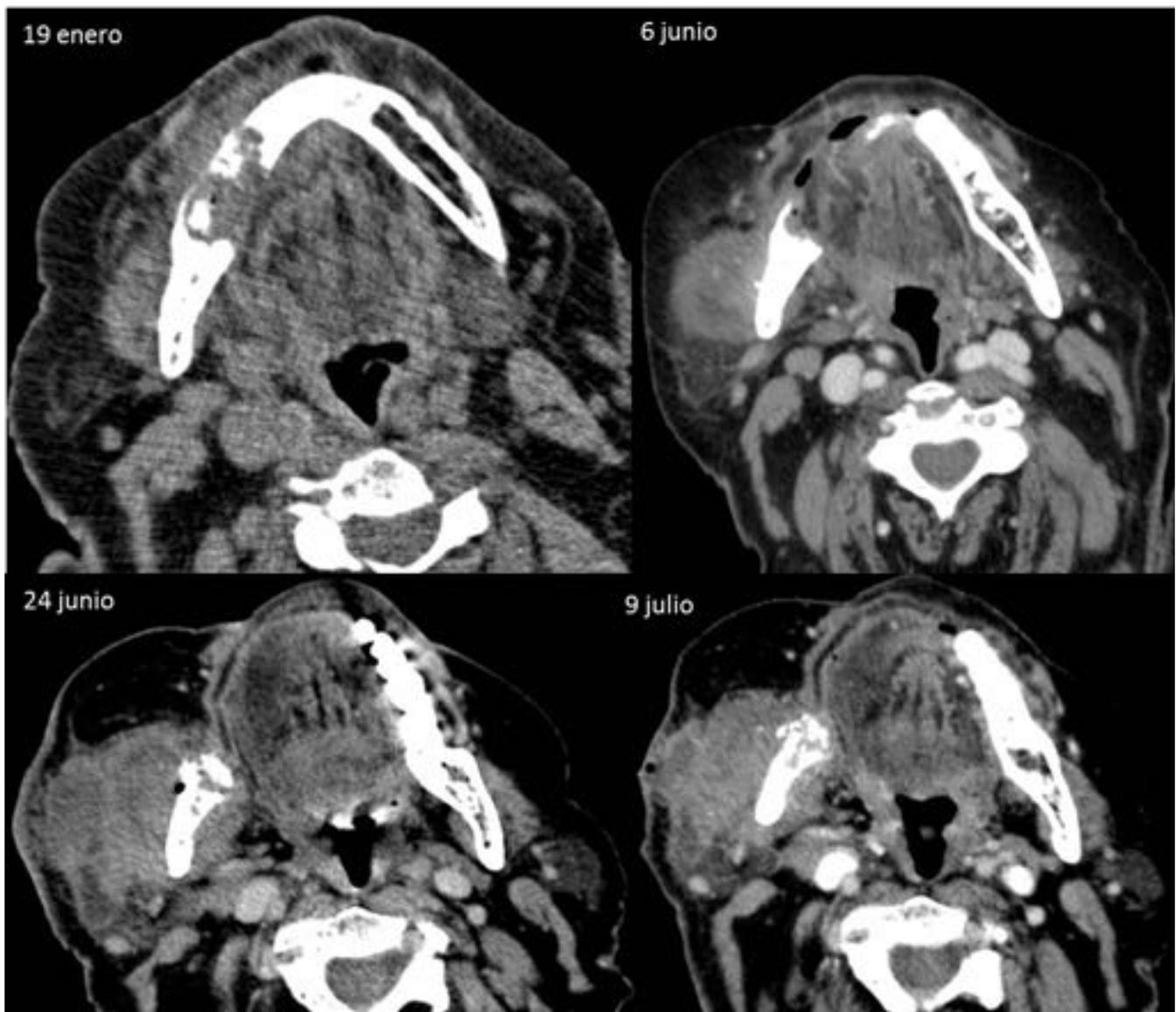


Fig. 1: Monitorización de la respuesta al tratamiento en un paciente con osteonecrosis.



Fig. 2: Quiste radicular. Mujer de 36 años en la OPT se observa incidentalmente una lesión quística periapical. Lesión lítica de 2 cm en el eje anteroposterior, que engloba y erosiona las raíces de la pieza 46 y engloba parcialmente las raíces de las piezas 45 y 47. Dicha lesión presenta límites bien definidos y no es expansiva.

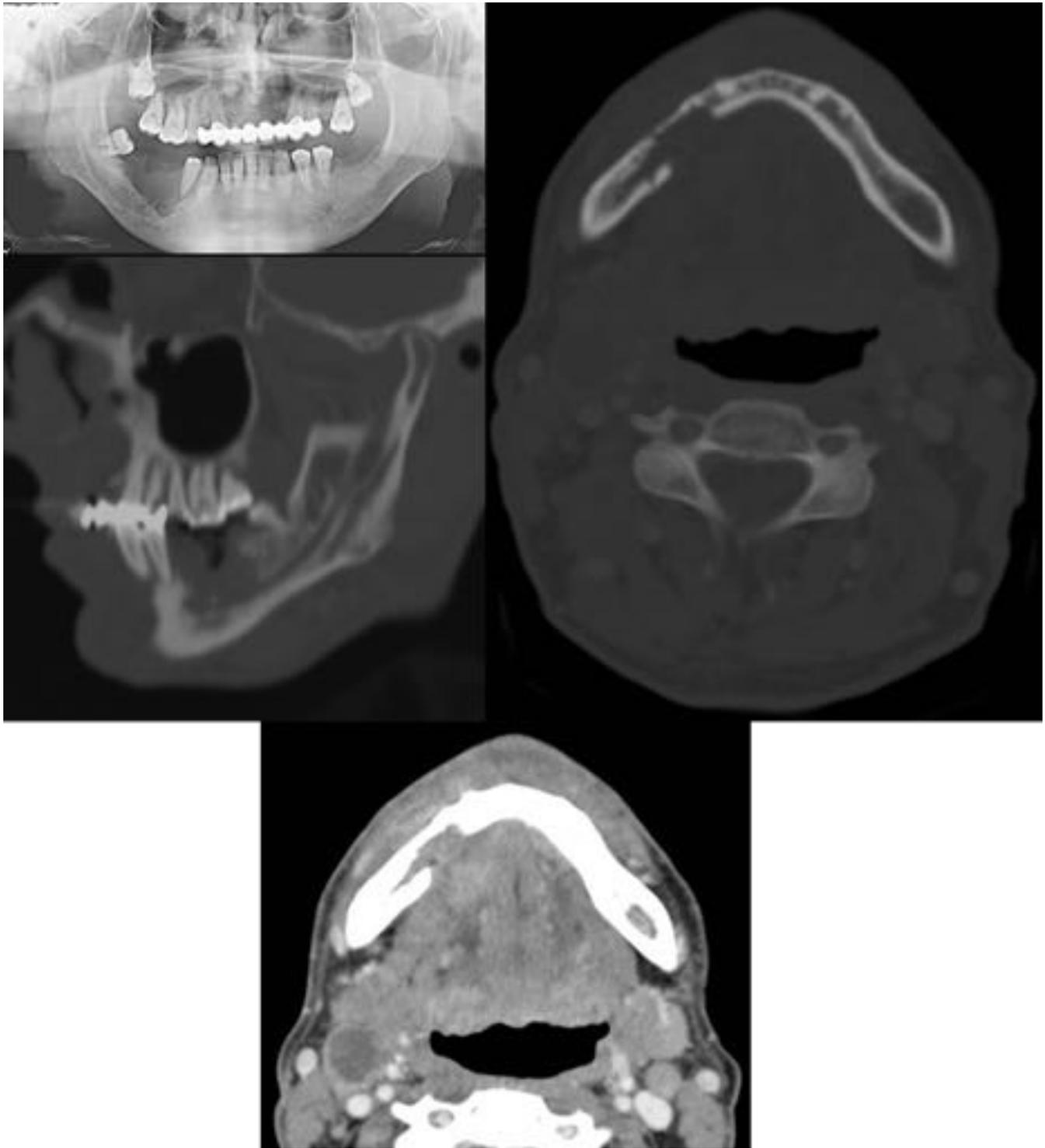


Fig. 3: Carcinoma epidermoide. Varón de 49 años con úlcera en el suelo de la boca. Tumoración mal definida en el suelo de la boca, que se extiende a la musculatura de la lengua e infiltra el cuerpo mandibular derecho. Adenopatía necrótica en nivel II derecho.



Fig. 4: Cordal inferior izquierdo incluido. Con la OPT no es posible saber la disposición del canal del nervio dentario respecto al cordal, información que sí aporta el TC. En este caso transcurre lateral al cordal.

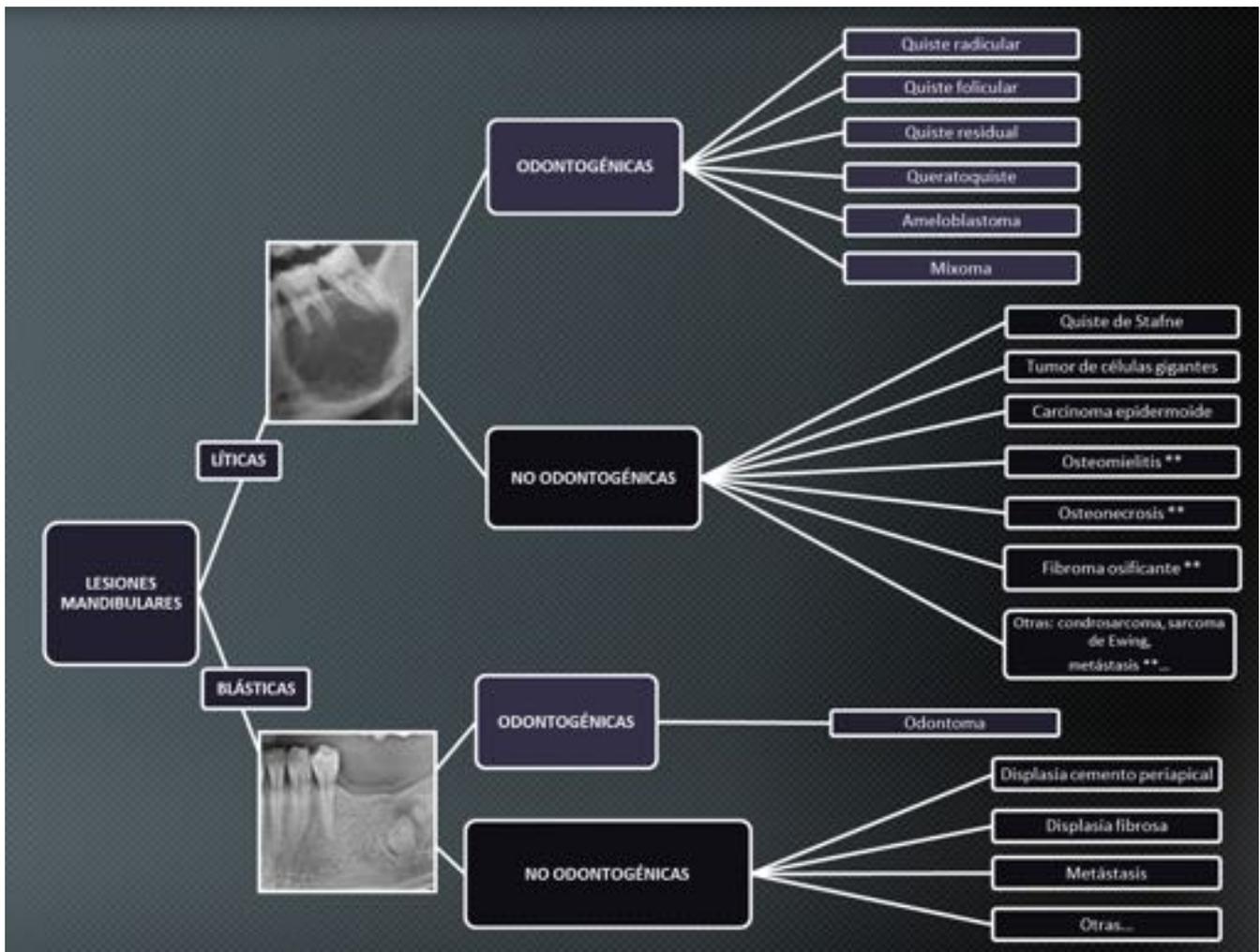


Fig. 5: Clasificación de las lesiones mandibulares en lesiones líticas y en lesiones blásticas. Con asteriscos las lesiones que pueden tener comportamiento lítico, blástico y mixto.



Fig. 6: Dibujos de lesiones odontogénicas periapical, pericoronal e interradicular.



Fig. 7: Ejemplos de patrón lítico (granuloma de células gigantes), patrón blástico (odontoma) y de patrón mixto (fibroma osificante).

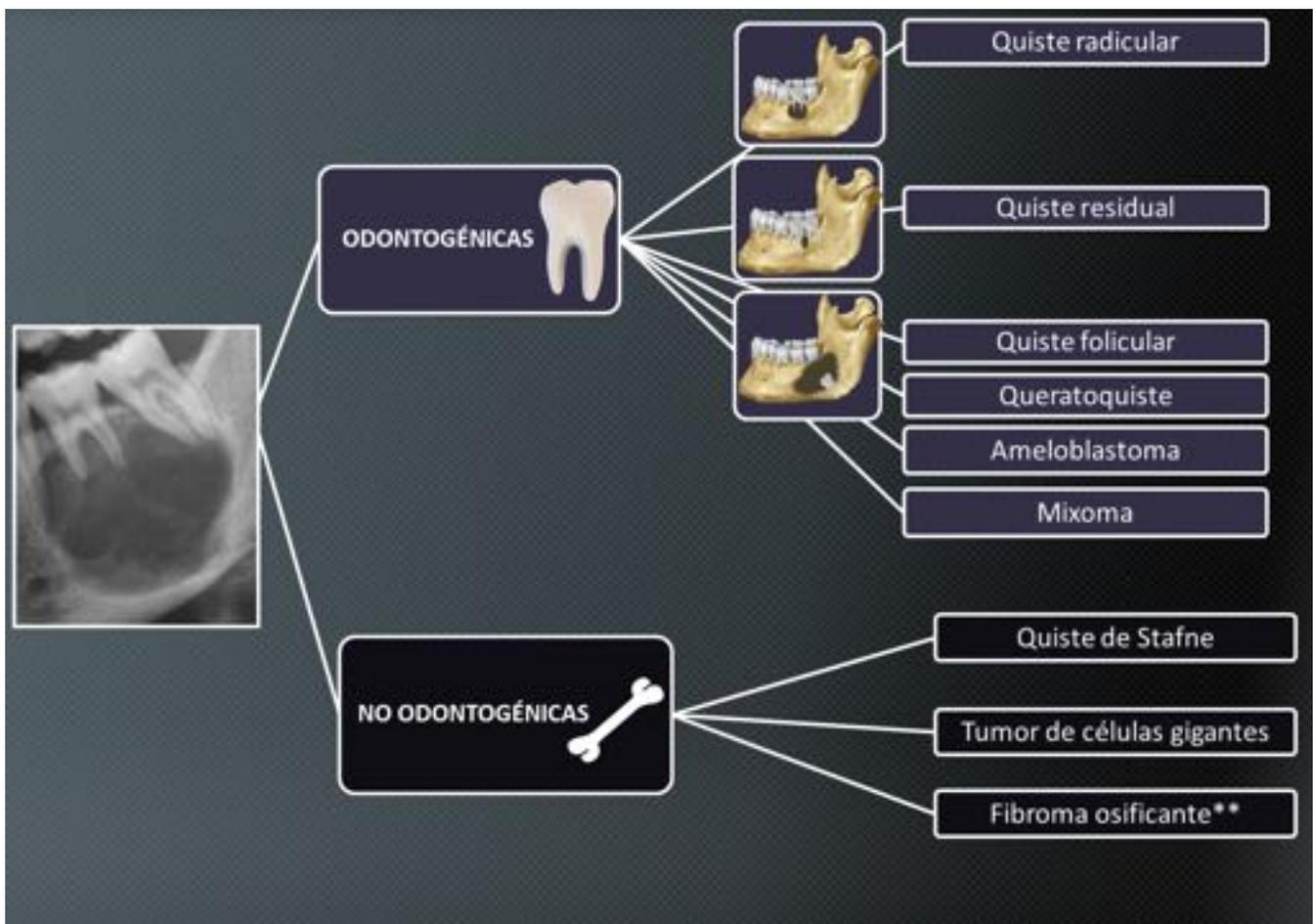
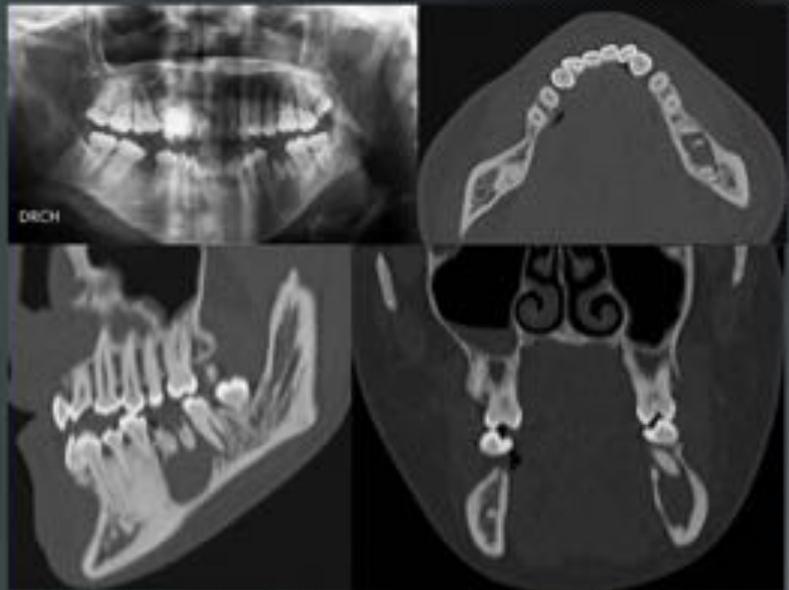


Fig. 8: Esquema con las lesiones líticas benignas, que pueden ser odontogénicas y no odontogénicas. Las odontogénicas a su vez pueden ser periapicales (quiste radicular), interradiculares (quiste residual) y pericoronales (quiste folicular, queratoquiste, ameloblastoma y mixoma).

QUISTE RADICULAR (QUISTE PERIAPICAL, QUISTE APICAL PERIODONTAL)

- Odontogénico, periapical.
- El más frecuente.
- Asintomático.
- Secundario a proceso inflamatorio.
- Patrón lítico.
- Uniloculado.

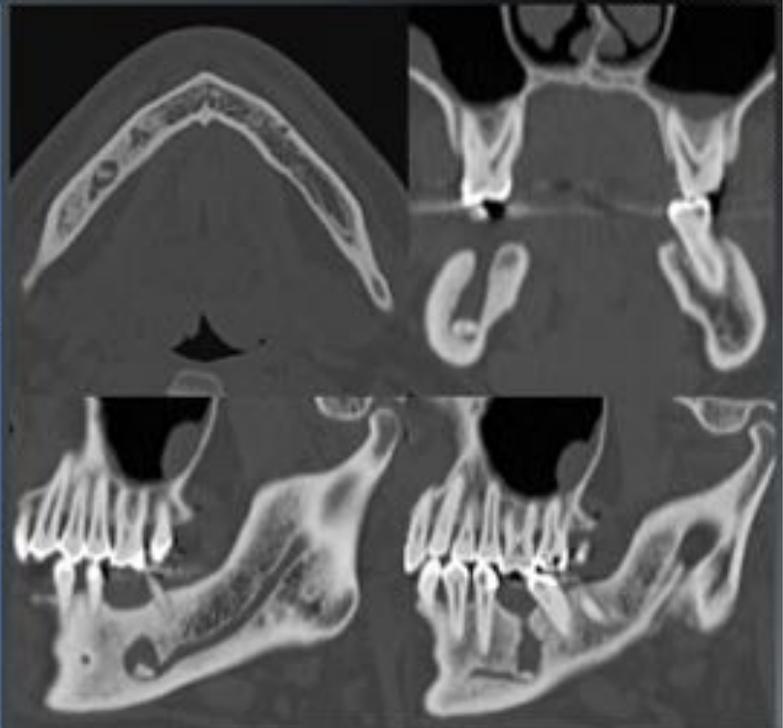


Mujer de 29 años, infecciones de repetición.

Fig. 9: Quiste radicular. Lesión lítica bien delimitada y no expansiva, que engloba las raíces de las piezas 35, 36 y 37. Solución de continuidad en el techo del canal del nervio dentario.

QUISTE RESIDUAL

- Odontogénico, interradicular.
- Tras la extracción de un diente.
- Patrón lítico.
- Uniloculado.



Mujer de 46 años, absceso crónico, fistulización y parestesias nervio lingual.

Fig. 10: Quiste residual. Resto radicular en región teórica de la pieza 46, incluida en un área osteolítica. El resto radicular ocupa parte del canal del nervio dentario.

QUISTE FOLICULAR (QUISTE DENTÍGERO, QUISTE PERICORONAL)

- Odontogénico, pericoronar (diente incluido).
- Segundo en frecuencia.
- Patrón lítico. Expansiva. No rompe cortical.
- Uniloculado.



Mujer de 56 años, gran lesión radiolúcida en OPT.

Fig. 11: Quiste folicular. Gran lesión radiolúcida, unilocular, expansiva y que afecta a la rama y al ángulo mandibular. No rompe la cortical. Erosiona las raíces de las piezas 46 y 47. Engloba la corona de la pieza 48.



Fig. 12: Quiste folicular. Lesión lítica, expansiva, que afecta al cuerpo y a la rama mandibular. Engloba la corona de la pieza 48 invertida, así como las raíces de las piezas 45, 46 y 47.

QUERATOQUISTE ODONTOGÉNICO

- Odontogénico, pericoronaral (diente incluido).
- Poco frecuente. Recidivas.
- Patrón lítico, expansivo, localmente agresivo.
- Multilocular.
- Síndrome de Gorlin- Goltz.



Varón de 30 años. AP de queratoquiste. Ahora quiste en ángulo mandibular izquierdo.

Fig. 13: Queratoquiste odontogénico. Lesión quística que mide 5 cm y engloba las raíces 36-38 sin erosionarlas.

AMELOBLASTOMA

- Neoplasia benigna.
- Odontogénico, diente incluido, región tercer molar.
- Patrón lítico, expansivo irregular, «burbujas de jabón».
- Multiloculado.



Mujer de 28 años. Lesión radiolúcida en OPT.

Fig. 14: Ameloblastoma. Lesión expansiva multilocular e irregular en región posterior de la mandíbula con burbuja de aire en su interior.

MIXOMA ODONTOGÉNICO (MIXOFIBROMA, FIBROMIXOMA)

- Odontogénico.
- Neoplasia benigna. Poco frecuente.
- Patrón lítico (similar a ameloblastoma).
- Multiloculado con tabiques internos finos.



Varón de 32 años. Tumoración de lento crecimiento.

Fig. 15: Mixoma odontogénico. Lesión osteolítica multilocular con tabiques internos finos.

QUISTE DE STAFNE (CAVIDAD ÓSEA IDIOPÁTICA)

- No odontogénico.
- Ángulo mandibular.
- Pseudoquiste.
- Patrón lítico, defecto cortical cara medial mandíbula. Grasa, tejido glándula submandibular.



Varón de 68 años. Cavidad ósea en cuerpo mandibular.

Fig. 16: Quiste de Stafne. Defecto cortical en la cara medial del cuerpo mandibular derecho.

TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

- No odontogénico.
- Mujeres jóvenes, deformidad facial.
- Patrón lítico, expansivo, desplazando/erosionando raíces.
- Multilocular.



Mujer de 31 años. Quiste mandibular en OPT.

Fig. 17: Tumor de células gigantes. Lesión radiolúcida multilocular que expande la cortical ósea y presenta algún septo fino. Dicha lesión provoca erosión de las raíces de las piezas 36-38 y desplazamiento de las mismas.

Conclusiones

Las técnicas de imagen (OPT y TC) permiten hacer el diagnóstico de las lesiones líticas benignas más frecuentes de la mandíbula. Además, ayudan a detectar signos de agresividad y a orientar el diagnóstico en los casos de aquellas lesiones que no presentan hallazgos específicos en la imagen.

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.