

Casos Clínicos en Medicina Oral.

04 Patología maxilares, dentaria y de ATM



Antonio Bascones

Índice

- 4.1** Quiste gingival del adulto
- 4.2** Quiste glóbulo maxilar
- 4.3** Quiste glóbulo maxilar
- 4.4** Quiste óseo simple
- 4.5** Quiste folicular
- 4.6** Odontoma complejo
- 4.7** Osteocondroma
- 4.8** Condrosarcoma
- 4.9** Ameloblastoma en maxilar
- 4.10** Displasia fibrosa
- 4.11** Osteoradionecrosis
- 4.12** Osteonecrosis por bifosfonatos
- 4.13** Periostitis mandibular aguda
- 4.14** Dentinogénesis imperfecta
- 4.15** Artrosis temporomandibular
- 4.16** Fractura mandibular

4.1 Quiste gingival del adulto

Martínez-Conde R., Coca J.C., Gainza M.L., Aguirre Urizar J.M.
Unidades de Medicina Bucal y de Patología Oral y Maxilofacial. Servicio Clínica Odontológica.
Master de Patología Oral. Facultad de Medicina y Odontología. Universidad del País Vasco / EHU.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 66 años que consulta por que desde hace 3 meses tiene un bulto en la encía. Es fumador de 10 cigarrillos/día y consumidor moderado de alcohol. Hace 2 años le colocaron un implante y una corona en esa zona.

EXPLORACIÓN

Se observa una lesión tumoral de 1 cm de diámetro en la encía vestibular del 4º cuadrante entre el 4.2 y el 4.3. La lesión es traslúcida, a tensión y con apariencia quística (Figura 1). El 4.2 está endodonciado y el 4.3 presenta vitalidad positiva. La ortopantomografía muestra una lesión radiolúcida bien definida en la misma zona que no afecta a los dientes adyacentes (Figura 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Quiste gingival del adulto
- En la encía no existen glándulas salivales luego no puede tratarse de un mucocelo.
- Podría corresponder a otras patologías odontogénicas como: tumor odontogénico queratoquístico, quiste radicular lateral, etc.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó biopsia excisional que mostró una lesión quística bien definida que hacía impronta en el hueso mandibular. No se practicó punción previa para evitar el colapso de la lesión que podría condicionar una peor cirugía extirpatoria. La pared quística conectiva no presentaba inflamación y estaba revestida interiormente por un epitelio plano poliestratificado no queratinizado delgado, que focalmente mostraba engrosamientos en los que se identificaban algunas células claras (Figura 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste gingival del adulto

CLAVES DEL CASO

Los datos clínicos de la localización y apariencia son fundamentales para alcanzar el diagnóstico de esta patología. En este caso existían datos adyacentes que hipotéticamente podían confundir. La histopatología es concluyente de que se trata de un quiste odontogénico de desarrollo.



Fig. 1. Lesión quística en la encía inferior.

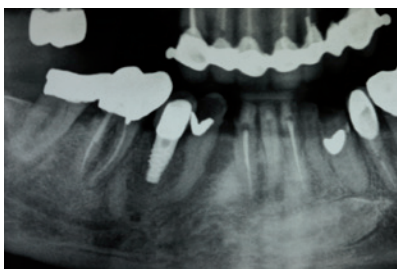


Fig. 2. Lesión radiolúcida bien definida e inclusión de canino.

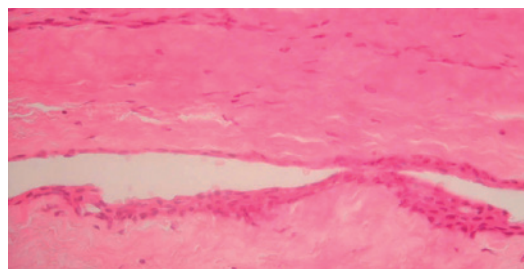


Fig. 3. Epitelio delgado no queratinizado con engrosamientos focales (H&E 40X).

4.2 Quiste globulomaxilar

Vicente Barrero M. (1) (2), Castellano Navarro JM (3)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

(2) *Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.*

(3) *Médico Odontólogo.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 19 años que acude para estudio de tumoración en maxilar superior (Fig. 1). No refiere dolor ni historia de tratamiento odontológico ni traumatismo facial anterior.

EXPLORACIÓN

Se trata de una lesión que protruye tanto en vestíbulo como el paladar. Ligeramente fluctuante, pero sin dolor a la palpación.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Absceso de origen dentario.
- Adenoma pleomorfo de glándula salival menor.
- Quiste odontógeno.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En el estudio radiográfico (Figs. 2 y 3) se objetiva un desplazamiento de las raíces de los dientes 12 y 13. Dientes vitales.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Tras la extirpación quirúrgica (Fig. 4) se confirmó el diagnóstico de sospecha de quiste glóbulomaxilar.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Desplazamiento de las raíces adyacentes, conservando la vitalidad pulpar. Localización entre incisivo lateral y canino superiores. Confirmación anatomo-patológica.



Fig. 1. Tumoración que afecta a vestíbulo y paladar.

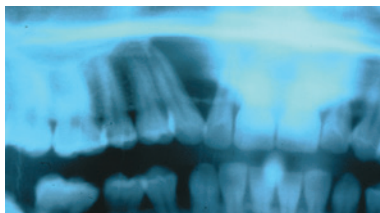


Fig. 2. Ortopantomografía.



Fig. 3. En la radiografía periapical se observa con detalle la desviación de las raíces.



Fig. 4. Ferulización del sector anterior tras la extirpación.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 26 años, raza negra que acude a consulta de Cirugía Maxilofacial del Hospital Príncipe de Asturias por presentar una tumoración en región del maxilar superior izquierdo. No presenta ningún antecedente médico de interés.

EXPLORACIÓN

A la exploración se observa una leve deformidad a nivel del surco vestibular izado, asintomático y sin otra alteración en mucosas y estructuras orales. La ortopantomografía evidencia una imagen radiolúcida bien delimitada que provoca divergencia de las raíces del incisivo lateral y canino, dando lugar a una imagen en forma de “pera invertida”. La vitalidad pulpar en los dientes adyacentes está conservada

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Quiste periodontal lateral
- Quiste globulomaxilar
- Quiste radicular
- Quiste dentígero

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se solicita un TC maxilar que confirma la existencia de la lesión radiolúcida, de 2 cm de diámetro bien delimitada con las corticales óseas vestibular y palatina conservadas, aunque muy adelgazada en su porción anterior. Se planifica quistectomía y estudio histopatológico.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste globulomaxilar

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Este tipo de quiste suele pasar desapercibido, ya que suele ser asintomático, a no ser que se infecte o adquiera un tamaño considerable como sucede en este caso. Se realizó la quistectomía conservando dientes adyacentes y el estudio anatomopatológico reveló presencia de epitelio de revestimiento escamoso no queratinizado rodeado de un tejido conectivo fibroso infiltrado por células inflamatorias



Fig. 1. Tumoración en fondo de vestibulo.

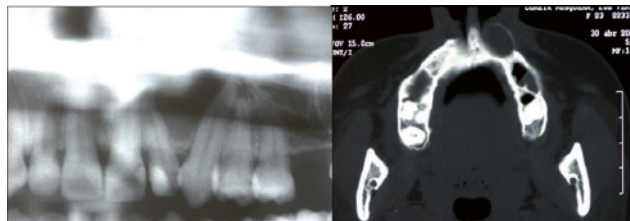


Fig. 2. (a) Lesión radiolúcida en maxilar superior con forma de “pera invertida”
(b) TC del maxilar superior

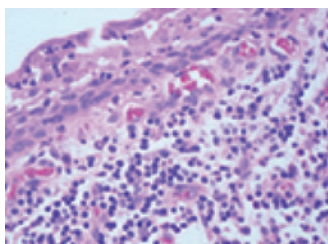
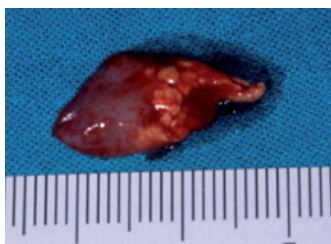


Fig. 3. (a) Lesión quística extirpada (2 cm diámetro) (b) estudio anatomopatológico.

4.4 Quiste óseo simple

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.

HISTORIA CLÍNICA

Niña de 12 años, presenta leve aumento de volumen en parte anterior de la mandíbula. Se le realiza radiografía periapical, en donde se observa parcialmente extensa lesión osteolítica de aspecto quístico.

EXPLORACIÓN

Aumento de volumen zona anterior de mandíbula, de consistencia firme, recubierto por mucosa sana y sin sintomatología.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tumor Odontogénico Queratoquístico

Quiste Radicular

Ameloblatoma Uniquístico

Granuloma Central de Células Gigantes

Quiste Oseo Simple

Quiste Oseo Aneurismático.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realizó prueba de vitalidad pulpar, donde se comprobó que las piezas dentarias anteroinferiores se encuentran vitales. También se indicó TC, donde se aprecia lesión osteolítica unilocular, de límite definido corticalizado, con gran compromiso vestibulo-lingual que adelgaza y expande levemente ambas tablas óseas. En la radiografía periapical se aprecia que la lesión presente contorno festoneado en relación a ápices de piezas dentarias (interdigitación a nivel de ápices).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste Oseo Simple, también llamado traumático, hemorrágico o quiste unicameral del hueso. De etiología desconocida, se presenta habitualmente en la segunda década y de preferencia en mandíbula. Historia de trauma muy infrecuente. Tratamiento: curetaje. Posee excelente pronóstico.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Piezas dentarias vitales. Lesión osteolítica unilocular de aspecto quístico que presenta interdigitación a nivel de ápices radiculares. En la intervención quirúrgica se encuentra una cavidad vacía. Histológicamente el material que se logra obtener es escaso: porciones de tejido conjuntivo vascular, eventualmente puede encontrarse fibrina y en algunos casos hemosiderina. Al raspado de la cavidad se extraen pequeñas espículas óseas.

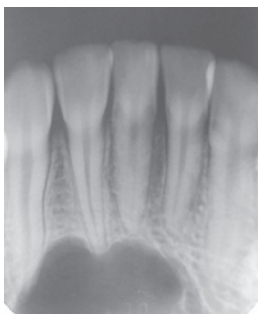


Fig. 1. Imagen radiográfica inicial.

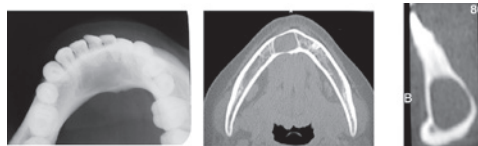


Fig. 2. Radiografía oclusal y Tomografía Computarizada.

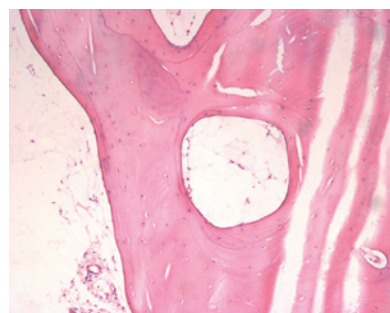


Fig. 3. Histología.

4.5 Quiste folicular

Bascones Martínez A., Bascones Ilundain J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo femenino de trece años que presenta desde hace varios meses un bulto en rama horizontal izquierda de la mandíbula.

EXPLORACIÓN

En la exploración hay cierta crepitación y dolorimiento ligero. (Fig. 1). En la dentición no aparece el segundo bicúspide, estando su lugar ocupado por el molar de la dentición definitiva. No refiere dolor ni otras molestias en forma espontánea. En base a la exploración clínica se la practica una panorámica en la que aparece en el maxilar inferior izquierdo una cavidad radiolúcida con un diente en su interior.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Granuloma de células gigantes
2. Tumor odontogénico adenomatoide
3. Quiste folicular
4. Carcicoma escamoso

La paciente presenta una imagen quística con un diente incluido por lo que el granuloma de células gigantes se puede descartar y el carcinoma escamoso también aparte de no presentar esta imagen radiológica. Sólo quedan los diagnósticos de tumor odontogénico adenomatoide y quiste folicular. Clínica y radiológicamente ambos son correctos pues dan la misma imagen. El odontogénico adenomatoide es más frecuente a nivel de canino superior y en mujeres de 16-18 años de edad.

El tratamiento en ambos debe ser siempre el legrado conservador pues no recidiva teniendo cuidado en este caso con la basilar para no provocar una fractura.

Se practica cirugía con legrado conservador y la anatomía patológica señala quiste folicular con nidos ameloblásticos en la pared del quiste, aunque la extirpación ha sido completa.

¿Que sugiere el problema ahora?

1. Dar de alta definitiva a la paciente
2. Revisarla cada 6 meses con radiografías panorámicas
3. Completar el tratamiento con radioterapia

Lo correcto es practicar las revisiones cada 6 meses con una panorámica de exploración clínica pues los nidos ameloblásticos de la pared quística podrían provocar en el futuro un ameloblastoma. El legrado completo que señala el patólogo es muy importante aunque no obstante es necesario revisar al paciente frecuentemente para evitar la complicación del ameloblastoma. (Figs. 2 y 3).

Sin embargo se podría discutir si se trata de un tumor odontogénico adenomatoide con nidos ameloblásticos en la pared o bien un ameloblastoma unilocular de baja agresividad.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Quiste folicular.

4.5 Quiste folicular

Bascones Martínez A., Bascones Ilundain J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología.
Universidad Complutense de Madrid.



Fig. 1. Imagen del abombamiento de zona horizontal.



Fig. 2. Exploración radiográfica donde se observa imagen radiolúcida con un bicúspide en su interior.

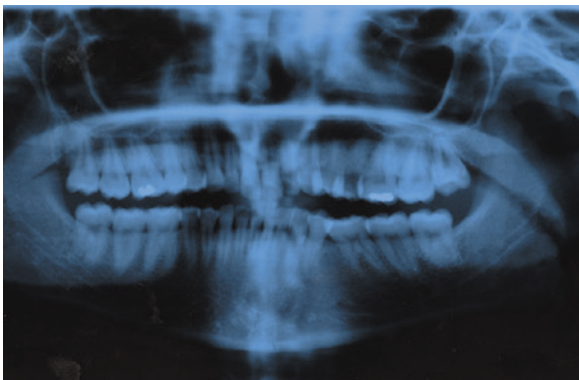


Fig. 3. Exploración radiográfica al año de la cirugía.

4.6 Odontoma complejo

Campo Trapero J., (1) Cano Sánchez J., (1) Aguirre Urizar J.M. (2)

(1) Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM.

(2) Departamento de Estomatología. Universidad del País Vasco. EHU. Unidad de Patología Oral y Maxilofacial.

HISTORIA CLÍNICA Y EXPLORACIÓN

Mujer de 26 años que acude a consulta en Junio 2004 por presentar tumoración de varios años de evolución en arcada inferior derecha (zona 4.6 y 4.7) que impide la erupción del 4.6 y ha provocado la mesialización del 4.7. El 4.8 se encuentra incluido. No presenta en la anamnesis ningún dato de interés y la paciente fuma 3 cig/d. Radiológicamente se observa lesión mixta predominantemente radiopaca de 1 -1,5 cm de diámetro. Se solicita scanner de la zona para evaluar pauta a seguir (Figs 1a-1b).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión fibroósea (fibroma osificante)
- Tumor odontogénico (odontoma, tumor odontogénico adenomatoide, otro..)

TRATAMIENTO

Se realiza la exéresis quirúrgica bajo anestesia local de la lesión para estudio histológico (Fig 2a-2b), así como el 4.7 y 4.8 que también son extraídos. Se decide dejar el 4.6 e intentar realizar tracción ortodóncica del mismo, por lo que en el momento de intervención se le coloca un bracket y una cadeneta.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El estudio histopatológico reveló una lesión quística con inflamación aguda y crónica compatible con cubierta expuesta de lesión odontogénica (odontoma...)(Fig 3a-3b). El estudio de partes duras decalcificadas demuestra la presencia de masas irregulares de tejidos dentarios, dentina, esmalte y cemento, con espacios irregulares sugestivos de odontoma complejo.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Odontoma complejo

EVOLUCIÓN

En octubre 2004 se decidió la colocación de un microimplante en zona del 4.7 para conectar la cadeneta y realizar la tracción del 4.6. En marzo de 2005 se realiza Rx panorámica donde se observa la buena evolución de la tracción.

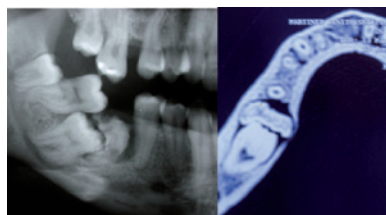


Fig. 1. Radiografía periapical donde se observa lesión mixta impactada en zona 4.6 (1a). Scanner de mandíbula en zona de tumoración (1b).

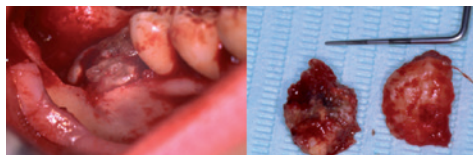


Fig. 2. Visión intraoperatoria de lesión (2a) y fragmentos extirpados de la lesión tumoral de coloración pardo oscura (2b).

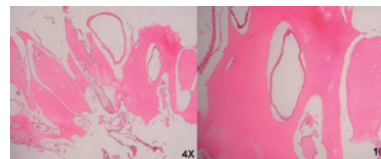


Fig. 3. Imagen histológica a 4x (3a) y a mayor aumento 10x (3b).

4.7 Osteocondroma

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de sexo masculino, de 52 años que consulta por aumento de volumen en el borde inferior de la mandíbula que lo habría notado hace 2 años y que habría crecido lentamente. No recuerda antecedentes traumáticos y no le produce dolor. Sería de presentación única. Sin antecedentes generales de importancia relacionados con la lesión.

EXPLORACIÓN

Aumento de volumen que mide aproximadamente 2 cm., localizado en la parte anterior del borde basilar de la mandíbula, recubierto por piel normal, de forma redondeada, que hace cuerpo con el hueso, de consistencia dura y que no produce dolor al examinarlo. (Fig. 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteoma Solitario Periostal. (Neoplasia benigna compuesta de hueso maduro).
- Exostosis. Hiperplasia ósea asociada a traumas (cuando el término se aplica a la patología de los maxilares).
- Osteoblastoma. (Neoplasia benigna del tejido óseo muy rara en los maxilares. Histológicamente formado por osteoide y tejido fibroso).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Radiología. El examen radiográfico demuestra la presencia de masa de forma nodular de aproximadamente 15 mm ubicada inmediatamente por debajo de la base mandibular. Su densidad es semejante a la del tejido óseo esponjoso rodeado por una delgada cortical. (Fig. 2).

BIOPSIA

Tumor formado por 3 capas: pericondrio, cartílago y hueso. La más superficial es el pericondrio que se continúa con el periostio del hueso subyacente. (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteocondroma: El Osteocondroma es una neoplasia benigna, muy frecuente en los huesos largos que (45% de los tumores benignos y 12% del total) se desarrollan a partir de osificación endocondral, puede aparecer solitario o formando parte de un Síndrome autosómico dominante denominado Osteocondromatosis.

En los huesos maxilares son muy raros y casi siempre únicos y su ubicación puede ser en la apófisis coronoides o el cóndilo y provocar asimetría mandibular, maloclusión y dolor intermitente en la ATM.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión (única indolora)/ tiempo de evolución de la lesión (tiempo de evolución largo)/ imagen radiológica (patognomónica).

4.7 Osteocondroma

Lobos James-Freyre N., (1) Concha Sánchez G. (2)

(1) Profesor Titular Facultad de Odontología Universidad de Chile.

(2) Profesor Asistente Hospital Clínico Universidad de Chile.



Fig. 1. Imagen clínica.

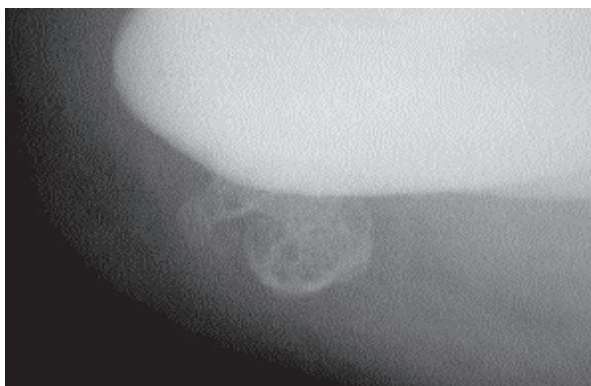


Fig. 2. Imagen radiográfica.

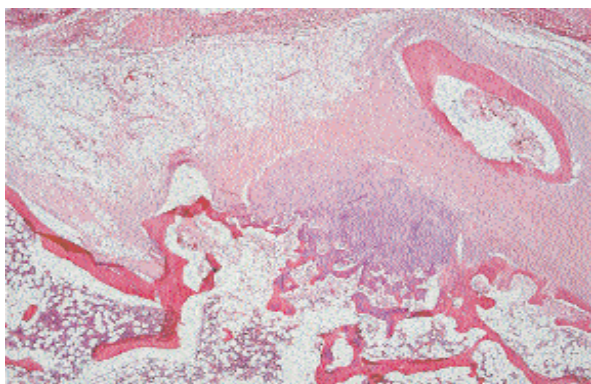


Fig. 3. Imagen clínica histológica.

4.8 Condrosarcoma mandibular

Lucas-Tomás M (1), de Lucas González M (1), Santos N (1), de Lucas I (1).

(1)Clínica Lucas-Tomás Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 22 años que acude a consulta para una revisión rutinaria.

No existe ningún síntoma.

EXPLORACIÓN

La exploración clínica es negativa. No hay abombamiento de tablas óseas ni tumoración. Sensibilidad dental respetada. No se observa desplazamiento dentario.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteosarcoma, displasia fibrosa

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración radiológica rutinaria muestra una imagen de radiotransparencia en zona interradicular de incisivos inferiores. La radiolucidez es difusa y homogénea sin límites netos condensantes. No obstante, en el interior se puede ver un conjunto de líneas que remedan formación en panel o reticulada. Ligero ensanchamiento del ligamento periodontal en incisivos inferiores izquierdos que debe ser considerado como artefacto. (Fig. 1).

Se realiza biopsia. El resultado de la anatomía patológica muestra estructura monomorfa de células pequeñas de extirpe cartilaginosa. Existe una constante de anaplasia celular y moderada, dentro de un estroma denso y poco vascularizado. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Condrosarcoma.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Imagen radiográfica accidental, biopsia.

La intervención resulta eficaz, revisándose con éxito a los 8 años de evolución.

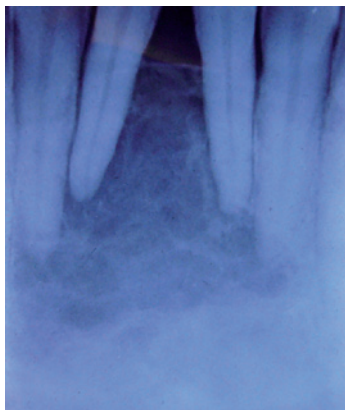


Fig. 1. Radiografía periapical en la que se observa radiolucidez difusa sin límites netos condensantes. En el interior se puede ver un conjunto de líneas que remedan formación en panel o reticulada.

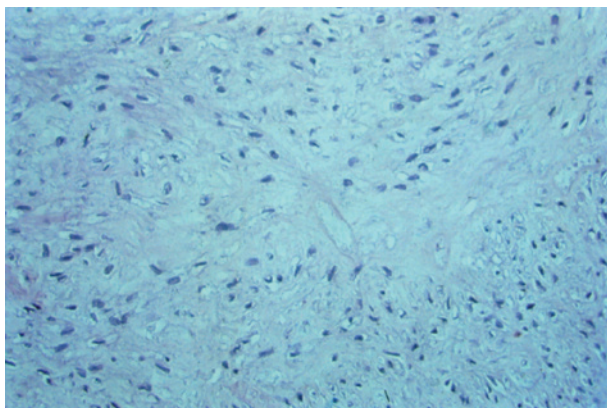


Fig. 2. Histopatología.

4.9 Ameloblastoma en maxilar

Lucas-Tomás M (1), de Lucas González M (1), Santos N (1), de Lucas I (1).

(1) Clínica Lucas-Tomás Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Varón de 27 años que acude a consulta para una revisión rutinaria.

No presenta ningún síntoma.

EXPLORACIÓN

La exploración clínica es negativa. No hay signos de abombamiento de tablas externas ni internas. Los dientes están vitales y no hay movilidad ni desplazamiento. No se acompaña de lesiones óseas.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Quiste nasopalatino, absceso periapical.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

La exploración radiográfica mediante una radiografía periapical de la zona anterior del maxilar superior .Se observa una imagen radiolúcida central, homogénea, rodeada de cierta línea de condensación periférica. No existe lisis de las raíces dentarias. (Fig. 1).

Se realiza biopsia incisional, el resultado de la anatomía patológica muestra una estructura de naturaleza epitelial distribuida fuertemente en empalizada. Organización y polarización regular. Células epiteliales que recuerdan naturaleza amelobástica, maduras y sin atipias. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Ameloblastoma.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Imagen radiográfica accidental, biopsia.

La extirpación quirúrgica resulta eficaz, revisándose con éxito a los 10 años de evolución.

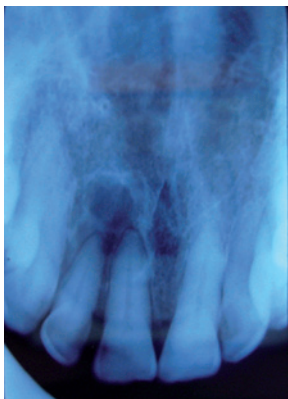


Fig. 1. Radiografía periapical en la que se observa una imagen radiolúcida.

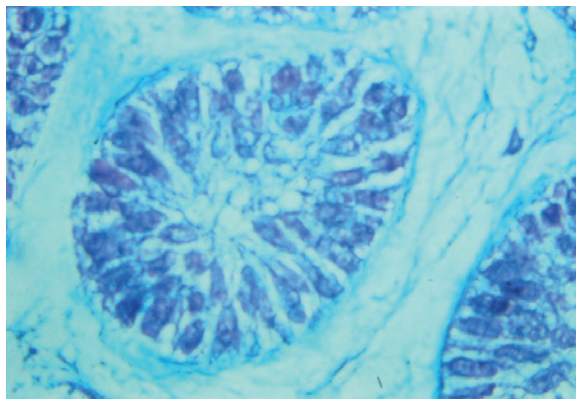


Fig. 2. Imagen histopatológica.

4.10 Displasia fibrosa

Hernández G, López-Pintor RM, García Capilla I

Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM, Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de 21 años que acude a consulta por notarse asimetría facial desde hace 3 años, asintomática, que acusa más en los últimos meses. Menarquia a los 13 años. Ritmo de crecimiento normal: 171 cm y 57 Kg. Sin antecedentes clínicos de interés personales y familiares

EXPLORACIÓN

A la exploración extraoral se observa asimetría por crecimiento del pómulo izquierdo y discreta desviación nasal a la derecha. El aspecto de la piel y la sensibilidad de la zona son normales. La mímica y los movimientos de apertura y cierre se realizan con total normalidad. (Fig. 1). A la exploración intraoral se observa discreta melanoplaquia constitucional. No existe patología dentaria y la coloración de la mucosa oral es normal. A la palpación existe abombamiento del maxilar izquierdo. (Fig. 2).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Displasia fibrosa
Fibroma osificante
Fibroma cementificante
Enfermedad de Paget

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS-TRATAMIENTO

Se solicitó una ortopantomografía, se realizó un TC maxilar y se tomó una biopsia. El TC maxilar mostró formaciones radiopacas en el maxilar izquierdo, que se situaban fundamentalmente hacia vestibular de los dientes 25-26-27-28 y ocupaban el seno maxilar izquierdo. (Figs. 3 y 4). La histología mostró un aspecto de tejido conjuntivo fibroso celular con islotes de forma irregular de osteoide y hueso. (Fig. 5).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Displasia fibrosa

CLAVES DEL CASO

La displasia fibrosa puede pasar inadvertida ya que es una lesión asintomática y sólo en casos avanzados se puede observar una ligera asimetría. El maxilar superior se afecta con mayor frecuencia. A veces los dientes pueden estar desplazados, rotados o mal alineados. Estas lesiones sólo se tratan cuando son inaceptables estéticamente o interfieren con la visión, la respiración, la masticación o el habla. Es importante tomar biopsias de las lesiones para diferenciarla de otras entidades de aspecto clínico y radiológico similar. La mayoría de las lesiones de displasia fibrosa no necesitan tratamiento y si se realiza hay que esperar a que el paciente alcance la edad adulta.

4.10 Displasia fibrosa

Hernández G, López-Pintor RM, García Capilla I
Departamento de Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. UCM, Madrid.



Fig. 1. Asimetría pómulo izquierdo.



Fig. 2. Abombamiento del maxilar izquierdo.

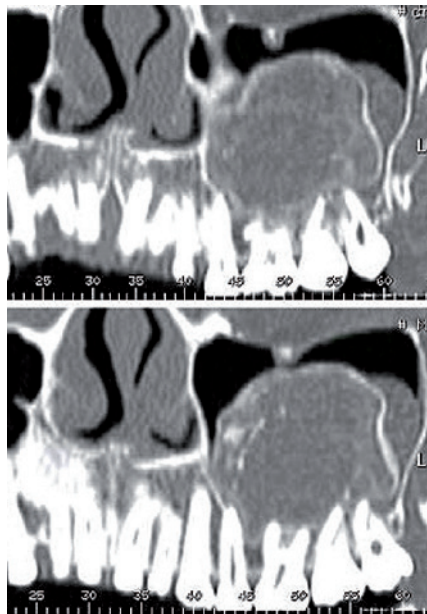


Fig. 3. Lesión radiopaca que ocupa el seno maxilar izquierdo.

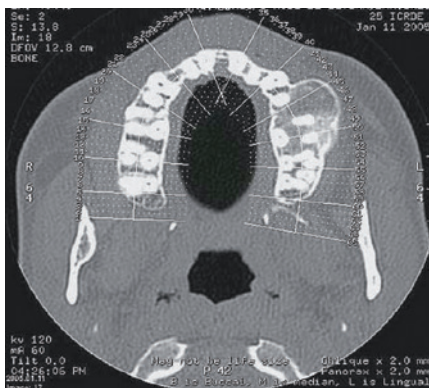


Fig. 4. Lesión radiopaca que ocupa la zona vestibular de los dientes 25 y 26.

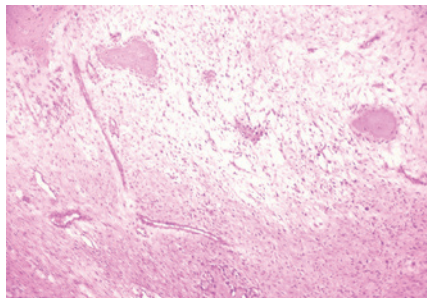


Fig. 5. Tejido conjuntivo fibroso celular con islotes de forma irregular de osteoide y hueso.

4.11 Osteorradionecrosis

Vicente Barrero M. (1) (2), Knezevic M. (2)

(1) *Facultativo Especialista de Área.*

(2) *Profesor Asociado Universidad Las Palmas Gran Canaria.*

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 66 años intervenido hace 3 con el diagnóstico de carcinoma azul de células escamosas (COCE) de borde derecho de lengua. Se le practicó tumorectomía, vaciamiento radial reglado derecho y radioterapia (60 Gy).

Acude en este momento por presentar una úlcera bucal que comunica con el exterior a nivel paramandibular derecho (Fig. 1).

EXPLORACIÓN

Solución de continuidad en mucosa bucal y piel, con exposición ósea. No hay hemorragia. No dolor. No adenopatías acompañantes.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Recidiva del COCE.

Fistulización de un proceso infeccioso.

Osteorradionecrosis.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la ortopantomografía (Fig. 2) se apreció fractura patológica en el cuerpo mandibular. La biopsia fue negativa para malignidad. La gammagrafía (fig. 3) informó de la existencia de un foco de osteomielitis mandibular.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteorradionecrosis.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico de la lesión. Antecedentes de radioterapia. Biopsia negativa. Gammagrafía.



Fig. 1. Afectación de tejidos blandos y duros, que hizo sospechar la recidiva de carcinoma de células escamosas.



Fig. 2. Ortopantomografía, donde se aprecia la fractura patológica.

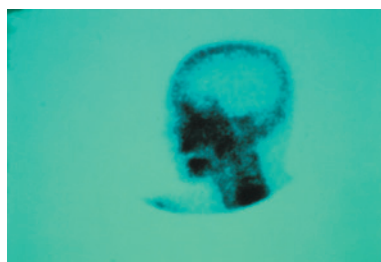


Fig. 3. Gammagrafía con un foco de osteomielitis.

4.12 Osteonecrosis por bifosfonatos

Requeni Bernal J., Silvestre-Donat F. J.
Departamento de Estomatología. Hospital Universitario. Dr. Peset, Valencia

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 80 años de edad que fue remitido por presentar una ulceración en hueso alveolar superior. El paciente comentó que desde hacía más de un año notaba una pequeña ulceración en la zona del canino superior derecho tras su extracción, no cicatrizando y que fue aumentando. Al principio le llegó a molestar mucho pero con tratamiento antibiótico mejoró. Así mismo, refería antecedentes de hepatopatía crónica secundaria a una infección por VHC y mieloma múltiple del que fue tratado con quimioterapia. No tenía antecedente de radioterapia y estaba siendo tratado desde hacía un año con ácido zoledrónico por unas posibles metástasis óseas a nivel de vértebras lumbares.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se apreciaba una gran exposición de hueso maxilar necrótico que abarcaba toda el área antero-superior del proceso alveolar maxilar edentulo. Se podían observar en las zonas de necrosis ósea los tabiques interalveolares de los dientes que le fueron extraídos (Fig 1).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteorradionecrosis. Se puede producir áreas de necrosis en huesos maxilares por infecciones micóticas, herpes zoster, traumas o en la sialometaplasia necrotizante.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó una analítica completa siendo las cifras normales salvo en la bioquímica, las enzimas hepáticas (transaminasas) que estaban algo elevadas, así como la gamma GT.

En la tomografía computarizada (TC) se observan áreas de necrosis y destrucción ósea en toda la zona anterior del maxilar superior (Fig 3).

Se tomo una biopsia escisional en el hueso afectado mostrando histopatológicamente espículas de hueso necrótico, acelular con necrosis del estroma intertrabecular. No había infiltrado inflamatorio acompañante (Fig 2).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteonecrosis de maxilar superior por bifosfonatos.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Aspecto clínico, antecedentes, biopsia, TAC.



Fig. 1. Aspecto clínico de la lesión con necrosis ósea.

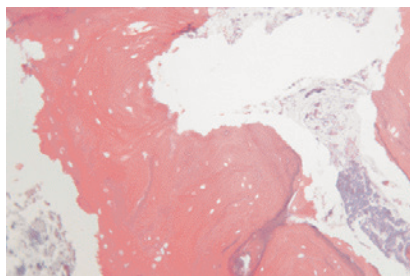


Fig. 2. Histopatología espicular de hueso necrótico acelular con necrosis del estroma intertrabecular.

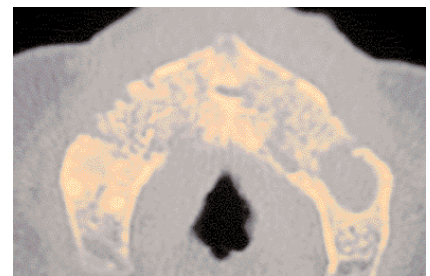


Fig. 3. T.C. en la que se observa áreas de necrosis y destrucción ósea.

4.13 Periostitis mandibular aguda

Moreno López L.A., Campo Trapero J., Cano Sánchez J.
Departamento Medicina y Cirugía Bucofacial. Facultad de Odontología. Universidad Complutense de Madrid.

HISTORIA CLÍNICA

Paciente de 23 años que acude a la consulta por presentar un crecimiento en la zona vestibular del 3.7 de 1 mes de evolución. Tres meses antes se realizó la extracción del 3.8. (Fig. 1). No refiere ningún antecedente más de interés.

EXPLORACIÓN

A la palpación es dura y levemente dolorosa. Tiene un tamaño aproximado de 3X2 cm. Se palpa en la tabla vestibular a la altura del diente 37. Tres meses antes fue extraído el diente 38.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Osteitis
- Periostitis
- Quiste residual

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

En la RX panorámica no se observan cambios, en la RX periapical tampoco, pero en la TC se aprecia una imagen de 2mm de diámetro junto a tabla ósea a nivel de distal de 37. (Fig. 2). Se procede a la extracción de este cuerpo extraño encontrándose que corresponde a un fragmento dentario situado entre el hueso y el periostio. (Fig. 3).

DEFINITIVO

En base a estos hallazgos llegamos al diagnóstico de Periostitis aguda, secundaria a la inclusión de un resto dentario entre hueso y periostio.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La inflamación del periostio no es infrecuente tras una intervención quirúrgica odontológica. El grado de inflamación que se produce está en relación directa con la causa que provocó la intervención y con el manejo quirúrgico de los tejidos blandos. Por lo que en muchas ocasiones se puede prever la aparición de esta complicación. La manifestación más frecuente es una forma crónica o subaguda que produce una reacción con presencia de inflamación. Esta reacción consiste en la formación de capas de hueso vital reactivo que se disponen de forma paralela a la superficie del hueso alterado. Esta reacción se produce normalmente de forma secundaria a un proceso inflamatorio periapical. En otras ocasiones puede deberse a una enfermedad maligna.



Fig. 1. Tumoración en vestibular de diente 37, dura a la palpación, levemente dolorosa.

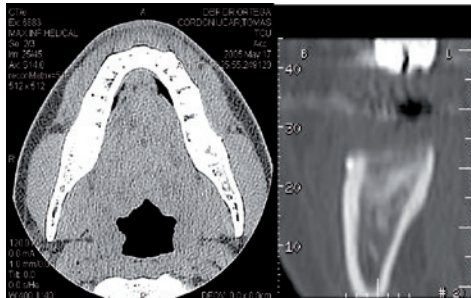


Fig. 2. En el TC se observa un cuerpo extraño en la tabla ósea vestibular.

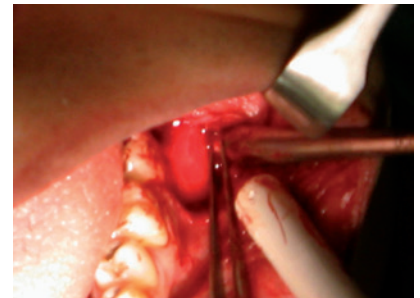


Fig. 3. Localización del fragmento dentario y extracción.

4.14 Dentinogénesis imperfecta

Chimenos Küstner E.
Facultad de Odontología, Universidad de Barcelona

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer, de 37 años de edad, con los dientes oscuros y frágiles, que dificultan cualquier tratamiento odontológico conservador. Acude preocupada, porque su hijo, de 16 meses, presenta un aspecto parecido en la dentición decidua. Al menos en las dos generaciones anteriores a la de la paciente ya se presentaba esta patología (Figs. 1 y 2).

EXPLORACIÓN

Todos los dientes de la paciente son de color oscuro. El esmalte es delgado y frágil y la dentina de color marrón verdoso (Fig. 1). Ha perdido los molares 1.6, 2.6 y 3.7. El color de sus escleróticas es levemente azulado.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Dentinogénesis imperfecta.
Osteogénesis imperfecta asociada.
Tinción por tetraciclina.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Ortopantomografía, en la que se observan imágenes radiolúcidas periapicales en 3.6, 4.6 y 4.7, asociadas a tratamientos odontológicos previos. También se observan unas formas dentarias anómalas, con raíces desproporcionadamente pequeñas para el tamaño de las coronas (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Dentinogénesis imperfecta. No refiere alteraciones esqueléticas óseas, que pudieran hacer pensar en osteogénesis imperfecta concomitante, si bien debe tenerse en consideración.

CLAVES DIAGNÓSTICO

Herencia. Color dentario. Fragilidad del esmalte. Alteración del tamaño radicular. Escleróticas azuladas.



Fig. 1. Aspecto general de la boca de la paciente.

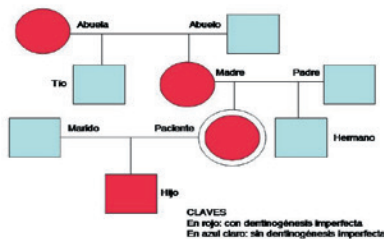


Fig. 2. Genealogía de la alteración referida.



Fig. 3. Ortopantomografía de la paciente.

4.15 Artrosis temporomandibular.

Jiménez Emilio L., (1) Paz Expósito, J. (2)

(1) Unidad de RM

(2) Jefe de Servicio UGC Diagnóstico por la Imagen Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva

HISTORIA CLÍNICA

Paciente mujer de 28 años de edad sin antecedentes de interés que desde hace 20 días refiere dolor intenso en articulación temporomandibular izquierda, con inflamación de la región subauricular sin limitación de la apertura bucal. No presenta otros antecedentes personales o familiares de interés ni refiere molestias en dicha zona anteriormente. No responde a automedicación antiinflamatoria.

La paciente es remitida a nuestra Unidad de Resonancia Magnética por sospecha de disfunción articular.

EXPLORACIÓN

Tumefacción en hemicara izquierda, dura y dolorosa a la palpación, sin alteraciones en la coloración cutánea ni claras masas. No adenomegalias laterocervicales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Osteoartritis, artritis inflamatoria o infecciosa, disfunción temporomandibular por patología meniscal.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Resonancia magnética.

La RM se realiza en plano transversal en secuencias ponderadas en T1, en plano coronal en T1 y T2 así como en plano sagital en T1 y T2 eco de gradiente. Por último se realizó un estudio dinámico del cóndilo mandibular izquierdo de distintos grados de apertura bucal (0°, 30°, 60° y 90°).

El hallazgo a destacar era la presencia de una pérdida de la morfología redondeada de la cabeza o cóndilo mandibular izquierdo donde se objetivaba la presencia de osteofitos así como un derrame articular todo ello de carácter degenerativo.

También se visualizaba un edema óseo, probablemente por sobrecarga, de dicho cóndilo mandibular que traducía actividad del proceso.

En estudios dinámicos no se observaban incongruencias articulares que tradujeran la presencia de una disfunción ni alteraciones en la morfología y señal meniscal.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Osteoartritis de la articulación temporomandibular.

CLAVES PARA EL DIAGNÓSTICO

La alta sensibilidad y especificidad de la RM para la valoración de la patología articular mandibular dada su gran resolución espacial y de contraste.

4.15 Artrosis temporomandibular.

Jiménez Emilio L., (1) Paz Expósito, J. (2)

(1) Unidad de RM

(2) Jefe de Servicio UGC Diagnóstico por la Imagen Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva



Fig. 1. RM en plano axial T1 a la altura de los cóndilos mandibulares. Se pone de manifiesto la pérdida de la señal grasa normal del cóndilo mandibular izquierdo con derrame articular que se manifiesta hipointenso.

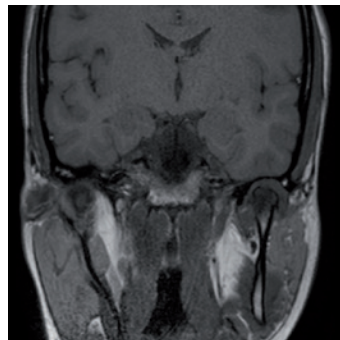


Fig. 2. RM en plano coronal T1 de ramas verticales mandibulares. Se objetiva con mayor claridad la hipointensidad del cóndilo mandibular izquierdo y el derrame articular así como una deformación de la superficie articular y osteofitos.

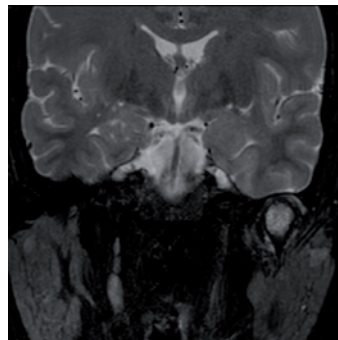


Fig. 3. RM en plano coronal T2 de ramas verticales mandibulares. La secuencia T2 pone claramente de manifiesto el edema óseo (hiperintensidad) del cóndilo así como la alta señal del líquido articular.

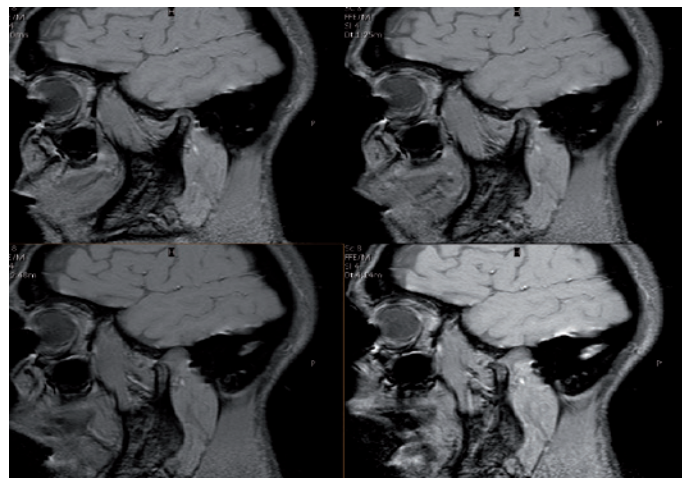


Fig. 4. RM en plano sagital potenciada en T1 eco de gradiente en distintos grados de apertura bucal (0°, 30°, 60° y 90°). Se visualiza una buena congruencia articular sin limitaciones en el desplazamiento anterior del cóndilo y con un menisco sin alteraciones intersticiales ni luxaciones.

4.16 Tumoración submaxilar: Fractura Mandibular

Arrieta Blanco J.J., (1) Bartolomé Villar B., (2)

(1) Servicio de Estomatología de Fundación Jiménez Díaz de Madrid).

(2) Departamento de Odontología de la Universidad Europea de Madrid).

HISTORIA CLÍNICA

Paciente 55 años de edad remitido desde su ambulatorio por presentar tumoración en zona submaxilar izquierda de 10 días de evolución. Ha estado en tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, persistiendo el cuadro inflamatorio. Refiere dolor y dificultad a la masticación de los alimentos. Antecedentes de haber sufrido una agresión hace 20 días. No presenta patologías generales, ni alergias medicamentosas.

EXPLORACIÓN

A la exploración física se observa y palpa una tumoración dura, eritematosa y levemente dolorosa a nivel de zona submaxilar izquierda. (Fig.1). Intraoralmente presenta ausencia de molares inferiores izquierdos y leve lesión hipertrófica a nivel de segundo molar inferior izquierdo. (Fig. 2). El suelo de la boca y la zona lingual son normales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión fistulosa de origen dentario
- Patología glandular

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza ortopantomografía apreciándose fractura mandibular izquierda con desplazamiento óseo (Fig. 3).

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Fractura mandibular con desplazamiento óseo y lesión de partes blandas

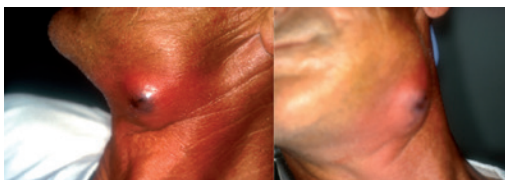


Fig. 1. Tumoración submaxilar izquierda.



Fig. 2. Exploración Intraoral.



Fig. 3. Ortopantomografía.



inspirin



Antonio Bascones