



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES  
ZARAGOZA**

**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LESIONES  
RADIOLUCIDAS EN MAXILAR Y  
MANDIBULA**

**T E S I S**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A N :**

**MARIA GUADALUPE NUÑEZ LEON  
RIGOBERTO ESPINOZA SANTOS**



**MEXICO, D. F.**

**1984**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# I N D I C E

Págs

Protocolo.....	I
Fundamentación de la elección del tema.....	I
Planteamiento del problema.....	II
Objetivos.....	III
Hipótesis.....	IV
Material y Método.....	IV
Bibliografía.....	VI
Cronograma.....	VII
Introducción.....	1
Consideraciones Previas.....	5
CAPITULO I	
Consideraciones anatómicas.....	7
Maxilar.....	7
Mandíbula.....	11
Consideraciones radiográficas.....	15
Bibliografía.....	18
CAPITULO II	
Lesiones radiolúcidas en el ápice de los dientes.....	19

1.- Radiolucencias en el ápice de dientes no vitales.....	20
a) Absceso periapical.....	21
b) Granuloma dentario.....	23
c) Quiste radicular.....	26
2.- Radiolucencia en el sitio de una extracción.	29
a) Quiste residual.....	30
3.- Radiolucencia en el ápice de dientes vitales.	31
a) Cementoma.....	32
Bibliografía.....	34

### CAPITULO III

Lesiones radiolúcidas en el lugar de un diente ausente.....	36
a) Quiste primordial.....	37
Bibliografía.....	39

### CAPITULO IV

Lesiones radiolúcidas alrededor de la corona de un diente retenido.....	40
a) Quiste dentígero.....	41
b) Ameloblastoma.....	44
c) Adenoameloblastoma.....	47
d) Fibroma odontogénico.....	49
e) Mixoma odontogénico.....	51
Bibliografía.....	53

## CAPITULO V

Lesiones radiolúcidas multiloculares.....	57
a) Quiste multilocular.....	57
b) Quiste óseo aneurismático.....	59
c) Mixoma.....	61
d) Querubismo.....	63
e) Granuloma central de células gigantes.	66
Bibliografía.....	68

## CAPITULO VI

Lesiones radiolúcidas múltiples separadas...	72
a) Granuloma eosinófilo.....	72
b) Enfermedad de Hand-Schuller-Christian.	75
c) Enfermedad de Letterer-Siwe.....	78
d) Mieloma múltiple.....	80
e) Hiperparatiroidismo.....	82
Bibliografía.....	85

## CAPITULO VII

Lesiones radiolúcidas de distinto aspecto....	88
a) Quiste periodontal lateral.....	89
b) Quiste traumático.....	91
c) Cavidad ósea idiopática.....	93
d) Médula hemopoyética.....	95
e) Osteoporosis fisiológica.....	96
f) Quiste gingival.....	97

g) Hemangioma central.....	99
Bibliografía.....	101
CAPITULO VII	
Lesiones radiolúcidas que destruyen tablas corticales.....	104
a) Osteomielitis.....	105
Bibliografía.....	107
CAPITULO IX	
Lesiones radiolúcidas en las suturas <u>maxila</u> <u>res</u> .....	108
a) Quiste nasopalatino.....	109
b) Quiste globulomaxilar.....	111
c) Quiste nasoalveolar.....	113
d) Quiste palatino medio y quiste <u>alveo</u> <u>lar mediano</u> .....	115
Bibliografía.....	117
CAPITULO X	
Casos clínicos de pacientes del Hospital Infantil de México.....	119
Resultados.....	130
Conclusiones.....	131
Propuestas.....	132
Bibliografía.....	133

## PROTOCOLO

Título del proyecto:

Diagnóstico diferencial de  
lesiones radiolúcidas en maxi -  
lar y mandíbula.

Area específica del proyecto:

Patología Bucal

Personas que participan:

Alumnos:

Espinoza Santos Rigoberto  
Núñez León Ma. Guadalupe

Asesor:

Dr. Roberto A. Pacheco  
Zúñiga.

Fundamentación de la elección del tema:

Es necesario que el odontólogo conozca las entidades patológicas que se presentan en cavidad --bucal; desafortunadamente no se le da la trascen -dencia requerida a la identificación de dichas al -teraciones. Esto trae como consecuencia que algunas enfermedades diagnosticadas como benignas pueden -ser malignas influyendo así en la longevidad del -paciente. Es por esto que el cirujano dentista de -be interesarse en su práctica para la identifica -ción de patologías mediante el uso de Rx, siendo -requisito indispensable el poder diferenciar las -estructuras normales de las patológicas y vicever -sa, que se evidencian en las zonas observadas, di -chas lesiones se clasifican en radiolúcidas y ra -

diópacas; encontrando con mayor frecuencia las alteraciones radiolúcidas.

La biopsia y las radiografías permiten llegar a un diagnóstico apropiado de la patología estudiada.

La morbi-mortalidad de patologías bucales que prevalece en México se debe principalmente a que - el paciente consulta tardíamente al odontólogo o a que éste no diagnostica la lesión oportunamente, - ya sea por no utilizar los medios de diagnóstico o por desconocimiento.

El carácter social de la Odontología radica-- en que el cirujano dentista debe concientizar a la población con respecto a la problemática que representa la patología bucal, además debe ser una persona capaz tanto para diagnosticar precozmente como para remitir al paciente a las diferentes Instituciones si fuera necesario, lo que reedituará directamente en beneficio de la población afectada.

Planteamiento del problema:

Cuáles son los elementos de Diagnóstico necesarios para diferenciar las lesiones radiolúcidas-- en maxilar y mandíbula?



**Objetivos:****Generales:**

- 1) Analizar las características radiográficas normales que se obtienen con las técnicas roentgenográficas de maxilar y mandíbula.
- 2) Analizar la etiología, características clínicas, Histopatológicas y radiográficas de las lesiones radiolúcidas más frecuentes de maxilar y mandíbula.

**Específicas:**

- 1) Describir las zonas radiolúcidas normales de maxilar y mandíbula.
- 2) Explicar las técnicas radiográficas que se utilizan con mayor frecuencia para el diagnóstico de las lesiones de maxilar y mandíbula.
- 3) Mencionar la frecuencia con que se presentan las diferentes lesiones radiolúcidas del maxilar y mandíbula.
- 4) Enunciar los factores etiológicos de las lesiones radiolúcidas más frecuentes del maxilar y mandíbula.
- 5) Describir las características clínicas de las lesiones radiolúcidas que se presentan con mayor frecuencia en el maxilar y mandíbula.
- 6) Explicar las características histopatológicas de las lesiones antes mencionadas.
- 7) Describir las características radiográficas de las lesiones radiolúcidas más frecuentes en maxilar y mandíbula.

## Hipótesis:

Si las lesiones radiolúcidas de maxilar y mandíbula presentan características radiográficas similares, para diagnosticarlas correctamente, es necesario conocer su etiología, manifestaciones clínicas e histopatológicas.

## Material y método:

### Material:

- Libros de patología bucal, anatomía y radiología publicadas de 1977 a la fecha.
- Artículos publicados en revistas científicas de 1980 a la fecha.
- Expedientes clínicos, fotografías y radiografías de pacientes del Hospital Infantil de México con fecha de consulta que recibieron atención de 1980 a la fecha.

La selección de los documentos que sirvieron de apoyo para esta investigación se llevó a cabo bajo los siguientes criterios:

Los libros se seleccionaron para obtener una guía y conocimientos generales de los temas a desarrollar, teniendo en cuenta la editorial, país y fecha de publicación.

Debido a que la información publicada en libros aunque éstos sean de reciente edición carecen de actualización. Se seleccionaron artículos científicos relacionados con este tema, publicados en revistas de carácter internacional editadas de 1979

a la fecha.

Los expedientes, radiografías y fotografías - se seleccionaron del Hospital Infantil de México, - para ejemplificar cada una de las patologías mencionadas, motivo por el cual solo se demuestran en pacientes infantiles.

Método:

Investigación documental de tipo deductivo -- siguiendo los lineamientos del método científico.

Una vez elaboradas las fichas bibliográficas - la información obtenida de libros y artículos servirá para adquirir premisas científicas que serán planteadas en tarjetas de trabajo.

Las tarjetas de trabajo se agruparan por entidades patológicas dependiendo de su frecuencia.

Cada grupo de tarjetas se ordenará a su vez - en el siguiente orden:

- a) Definición
- b) Etiología
- c) Epidemiología
- d) Características clínicas
- e) Características histopatológicas
- f) Características Radiográficas

Se hará un análisis de las premisas ya clasificadas y por medio del método deductivo se obtendrán conclusiones, las cuales conformaran este documento, en base a esto se conocerán los resultados.

Los expedientes se analizaran para poder describir y demostrar en forma de casos clínicos las patologías tratadas.

## Bibliografía:

- Shafer, W. Patología Bucal. Interamericana. 3a. Edición. 1977.
- Lynch. Medicina Bucal. Interamericana. México 1979.
- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral. Salvat. México 1979.
- Gorlin y Goldon. Patología Oral. Salvat. México 1979
- Grinspan, D. Enfermedades de la boca. Mundi. Buenos Aires. 1970.
- Giunta, J. Patología Bucal. Interamericana. México 1978.
- Jacob, S.W. Anatomía Humana. Interamericana. México 1976.
- Lockhart, R. Anatomía Humana. Interamericana. México 1970.
- Quiroz, F. Tratado de Anatomía Humana. Porrúa. - México 1978.
- O'Brien, R. Radiología Dental. Interamericana. 3a. Edición 1979.
- Wuehrmann, A. Radiología Dental. Salvat. 2a. edición 1975.
- Schinz. Tratado de Roentgendiagnóstico. Científico Médico. 6a. Edición.

## CRONOGRAMA:

- 1) Recopilación bibliográfica.....lo. de Octubre  
a 4 de Nov. 1982.
- 2) Elaboración del protocolo.....8 a 30 de Noviem  
bre de 1982.
- 3) Elaboración de tarjetas de trabajo...lo. de Dic.  
al 28 de Feb. 1983.
- 4) Desarrollo del tema.....lo. de Mzo. al lo.  
de Abr. 1983.
- 5) Conclusiones.....lo. de Abr. al 15  
de Abr. 1983.
- 6) Revisión y autorización de tesis.. 15 de Abr.  
al 15 de -  
Mayo 1983.
- 7) Impresión de tesis.....15 a 30 de Mayo  
de 1983.

## I N T R O D U C C I O N

La radiografía es la reproducción de una imagen fotográfica de un objeto mediante el uso de rayos X. En la Odontología es utilizada para proveer información de los tejidos bucales profundos no visibles a simple vista, el uso de la radiografía - requiere ciertos conocimientos sobre la física de la radiación y la química fotográfica, así como la adquisición de una gran habilidad.

Las bases que llevaron al descubrimiento de los rayos X datan del siglo XVII cuando nacieron las ciencias del magnetismo y de la electricidad.

Los experimentos con la electricidad, tubos de vacío y rayos catódicos establecieron las bases para el descubrimiento de los rayos X por Wilhelm Konrad Von Rontgen en noviembre de 1895.

Rontgen, que era profesor de física en la Universidad de Würzburg, Alemania, estaba experimentando con los rayos catódicos, cuando observó accidentalmente la fluorescencia de cristales de platino cianuro de bario que se encontraban a alguna distancia de su tubo de Crookes-Hittorf activado.

En el curso de un experimento durante el cual cubrió el tubo con papel negro grueso, advirtió que este rayo penetraba el papel y causaba brillo en una pantalla fluorescente. Cuando se colocaban determinados objetos entre el tubo y la pantalla sus sombras se imprimían en éste.

Experimentos posteriores demostraron que estos rayos oscurecían la emulsión de la película fotográfica en la misma forma que la luz. Röntgen -

encontró que estos rayos penetraban muchas sustancias y que la sombra o imagen de dichas sustancias podría ser registrada en una placa fotográfica. Esto ocurría también con el cuerpo humano, y las sombras de los diversos tejidos orgánicos-piel, músculo y huesos - podían ser registrados en la película. Incapaz de definir la naturaleza exacta de esta radiación, la nombró "rayos X".

Röntgen estableció la mayoría de las propiedades de los rayos X y comunicó sus observaciones en diciembre de 1895, marzo de 1896 y mayo de 1897.

Muchos fueron los que comprendieron inmediatamente las posibilidades diagnósticos y pronto fueron publicados miles de artículos y libros sobre la aplicación práctica de los nuevos rayos.

Los rayos X fueron utilizados en Odontología ya en 1896 cuando fueron tomadas placas radiográficas de los dientes y maxilares.

Aún queda por demostrar la naturaleza exacta de la radiación en general.

A medida que se fueron depurando las técnicas para producir e interpretar las imágenes radiográficas de los tejidos bucales, se llegó a comprender muchas situaciones confusas como la que existía al respecto, del por qué determinadas estructuras anatómicas, el momento de ser sensibilizada la película presentaban diferencia en cuanto a su color en la imagen fotográfica, es decir que existían partes en donde se apreciaban zonas de un color blanco y otras donde el color era negro y se llegó a la conclusión que esta situación es debida a que los-

rayos X no pasen con igual facilidad a través de toda materia. De esta manera surgieron los términos radiópacos y radiolúcidos, siendo las estructuras radiópacas aquéllas que tienen un peso atómico elevado y que absorben los rayos X creando de esta manera una zona blanca, mientras que las radiolúcidas son aquéllas zonas en las que los rayos X penetran con mayor facilidad debido a su bajo peso atómico, originando así zonas oscuras.

Luego, los gases y tejidos blandos son radiolúcidos, mientras que los tejidos calcificados, tales como hueso y dientes, son radiópacos.

La evolución y la creación de técnicas más sofisticadas en la actualidad hacen que los rayos X tengan un valor incalculable en todas las áreas de la medicina incluyendo la Odontología gracias a estas se llega a un diagnóstico más acertado y se puede prevenir situaciones que comprometan la salud de los pacientes.

Unas de las técnicas radiográficas que han tenido más auge en la Odontología son las extraorales tales como: La ortopantomografía, lateral de cráneo, A-P, P-A, invertida de Towne, etc, ya que en ellas podemos tener una exploración más amplia y diagnóstica de los dientes, de los tejidos blandos, de los huesos y estructuras peribucales.

Stewart y Bieser, en 1968, demostraron que es más económico tomar una radiografía extraoral, pues ocupa menor tiempo y se ahorra un promedio de 10.38 minutos, en comparación con el tiempo para un estudio periapical completo. Además de permitir la detección de lesiones insospechadas con técnicas



periapicales. Las radiografías extraorales muestran zonas donde se debe tomar periapicales para identificación más precisa. También sirve para aclarar dudas sobre patosis detectadas en vistas periapicales y oclusales.

Una radiografía extraoral es tan eficiente para mostrar lesiones cariosas como las vistas periapicales en los dientes que no sean anteriores, en los cuales la exploración clínica es más eficaz. También encontramos que son más adecuadas para demostrar las cavidades óseas.

Los autores en su estudio sugieren que una radiografía extraoral debe ser parte de la exploración inicial del paciente odontológico, por su rapidez y amplia cobertura de la patosis dento-maxilar y especialmente son útiles para pacientes de pavidodondia y con retraso mental, para los cuales la introducción de películas en la boca es menos tolerada.

La técnica radiológica más reciente que se conoce en la actualidad es la tomografía axial computarizada, la cual nos sirve para obtener cortes en diferentes planos, con lo que se localiza y define con mayor precisión la lesión por diagnosticar.

## CONSIDERACIONES PREVIAS

El describir la anatomía del maxilar y de la mandíbula, es con el objeto de ubicarnos y poder--ver la importancia que revisten estos huesos, y cómo en un momento dado pueden ser alterados en su estructura por diferentes lesiones.

El conocer las diferentes técnicas radiográficas es con el fin de poder elegir la radiografía - adecuada para poder detectar y localizar las es - tructuras normales y las patológicas.

Para llegar al diagnóstico diferencial de las diversas lesiones radiolúcidas que afectan el maxilar y a la mandíbula, se clasificaron éstas de - acuerdo al sitio donde se presentaban, esto es:

- 1) Lesiones radiolúcidas en el ápice de los dientes:
  - Radiolucencias en el ápice de dientes no vitales
  - Radiolucencia en el sitio de una extracción
  - Radiolucencia en el ápice de dientes vitales
- 2) Lesiones radiolúcidas en el lugar de un diente-ausente.
- 3) Lesiones radiolúcidas alrededor de la corona de un diente retenido.
- 4) Lesiones radiolúcidas multi loculares.
- 5) Lesiones radiolúcidas múltiples separadas.
- 6) Lesiones radiolúcidas de distinto aspecto.
- 7) Lesiones radiolúcidas que destruyen tablas corticales.
- 8) Lesiones radiolúcidas en la sutura media.

Permitiendo de esta manera diferenciar más - fácilmente una patología de otra aunado esto con - el conocimiento de la etiología, características - clínicas y características radiográficas, pero para llegar al diagnóstico acertado es necesario la - utilización de la biopsia por punción, con lo que - se descartaría toda duda que existiera con respec - to a la lesión.

Nota: Las neoplasias malignas no se manejan - en esta investigación bibliográfica por considerar - que es un tema bastante extenso y complejo lo que - implicaría el realizar otro trabajo de investiga - ción.

## CONSIDERACIONES ANATOMICAS.

## MAXILAR.

El maxilar es un hueso par cuadrilátero, situado en el tercio medio de la cara, se relaciona con las principales regiones y cavidades de ésta - (bóveda palatina, fosas nasales, cavidades orbitarias, fosas cigomáticas y fosas pterigomaxilares).

En el maxilar se distinguen:

- A) Dos caras
- B) Cuatro bordes
- C) Cuatro ángulos
- D) Una cavidad

## 1.- Cara interna o nasal:

En ella se encuentra la apófisis palatina, que es una eminencia ancha, horizontal y plana que se une a la del lado opuesto para constituir en parte la bóveda palatina, se articula por detrás con la parte horizontal del palatino.

El borde interno de esta apófisis, se levanta en su extremo anterior en una eminencia que forma, con la del lado opuesto, la espina nasal anterior, encontrando en la parte posterior de ésta el conducto palatino anterior, el cual al unirse con el del lado opuesto forman un único conducto (el palatino anterior).

## 2.- Cara externa:

En ella se localizan: Fosita mirtiforme, que se encuentra por encima de los incisivos centrales. Eminencia canina, se localiza por detrás de la fosita mirtiforme, es un marcado abultamiento, que está determinado por la raíz del canino. Apófisis-

piramidal, tiene forma piramidal con base triangular que esta más alla de la eminencia canina. Esta constituida por: 3 caras, 3 bordes, 1 base y 1 vértice.

Cara superior u orbitaria: Forma parte del suelo de la órbita, se localiza en ella el canal suborbitario, que hacia delante se transforma en un conducto completo (conducto suborbitario).

Cara anterior: Se localiza el agujero suborbitario que termina en el conducto suborbitario. Por debajo de este orificio se encuentra la fosa canina.

Cara posterior o cigomática: Se localizan algunos canales verticales y unos pequeños orificios llamados agujeros dentarios posteriores.

Borde Anterior: Forma la parte inferior del reborde de la cavidad orbitaria.

Borde inferior: Se dirige hacia la raíz del primer molar.

Borde posterior: Forma el límite inferior de la hendidura esfenomaxilar.

Base: Se confunde con la cara externa del maxilar.

Vértice: Truncado, se articula con el hueso molar.

#### 1.- Borde superior:

Se articula con tres huesos: Unguis, hueso plano del etmoides y la apófisis orbitaria del palatino.

#### 2.- Borde inferior o alveolar:

Presenta cavidades o alveólos en los que se implantan los dientes.

### 3.- Borde anterior:

Presenta la escotadura nasal limitada por abajo por la espina nasal anterior.

### 4.- Borde posterior:

Se articula por abajo con el palatino, por encima forma la pared anterior del fondo de la fosa-pterigomaxilar. Algunos autores la denominan tuberosidad del Maxilar.

Se distinguen cuatro ángulos:

- Anterosuperior
- Posterosuperior
- Anteroinferior
- Posteroinferior.

Unicamente tiene algún interés el ángulo anterosuperior. Este sirve de base a la apófisis ascendente del maxilar, la cual es aplanada transversalmente. Se distinguen:

El borde anterior: Se articula con los huesos propios de la nariz.

El borde posterior: Se articula con el unguis.

La cara interna: Corresponde, en su parte superior, a las masas laterales del etmoides en su parte media está marcada por una cresta ósea: La cresta turbinal superior que se articula con el concha medio.

La cara externa: Está marcada por la cresta lagrimal anterior, hacia atrás de la cual el hueso se excava en un canal, el canal lagrimal.

### Una Cavidad:

Seno maxilar o Antro de Highmore: Es una cavidad situada en el interior del cuerpo del maxilar. De dimensiones variables, generalmente tiene la forma de una pirámide triangular pero puede extenderse en prolongaciones más o menos importantes.

Su cara superior: Muy delgada, corresponde al piso de la órbita.

Su cara posterior: Grueso, aloja los conductos dentarios posteriores.

Su cara interna: Se abre en la fosa nasal.

Su borde inferior: Forma un canal anteroposterior, inmediatamente suprayacente a las raíces dentales.

La relación esencial del seno se establece en la región de premolares y molares, en ocasiones con el canino.

## MANDIBULA

Está situada en la parte inferior de la cara. Se pueden distinguir en ella una parte media en forma de herradura, el cuerpo y dos prolongaciones verticales o ramas ascendentes.

### 1.- Cuerpo:

#### Cara anterior:

Lleva en la línea media una cresta vertical, resultado de la unión de las dos mitades del hueso, y conocida con el nombre de sínfisis mentoniana, hacia afuera y atrás de la cresta se encuentra el agujero mentoniano, más atrás aún se localiza la línea oblicua externa.

#### Cara posterior:

Presenta, en la línea media y cerca del borde inferior del hueso, otras pequeñas eminencias superpuestas dos a dos, apófisis geni superiores e inferiores. A cada lado se encuentra la cresta o línea oblicua interna o milohioidea que se dirige arriba y atrás, hacia el borde anterior de la rama ascendente. La línea oblicua interna divide la cara posterior del hueso en dos partes, una superior y anterior denominada fosita sublingual, otra posterior e inferior, fosita submaxilar.

#### Borde inferior:

Es romo y redondeado. Lleva dos depresiones o fosetas digástricas, situadas una a cada lado de la línea media.

#### Borde superior o alveolar:

Presenta una serie de cavidades o alveólos -



dentarios. Mientras los anteriores son simples, - los posteriores están compuestos de varias cavidades, y todos ellos se hallan separados entre si -- por puentes óseos o apófisis interdentarios.

## 2.- Ramas ascendentes:

En número de dos, derecha e izquierda, son - aplanadas transversalmente y de forma cuadrangular; su eje mayor va dirigido oblicuamente hacia arriba y atrás. Tienen por consiguiente, dos caras y cuatro bordes.

**Cara externa:** Su parte inferior es más rugosa que la superior.

**Cara interna:** En la parte media de esta cara, hacia la mitad de la línea diagonal que va del cóndilo hasta el comienzo del borde alveolar, se encuentra un agujero amplio, denominado orificio superior o del conducto dentario. Una saliente triangular o espina de Spix, forma el borde anteroinferior de aquel orificio. Tanto este borde como el - posterior se continúan hacia abajo y adelante, hasta el cuerpo del hueso, formando el canal milohioiideo.

**Borde anterior:** Forma un canal que se ensan - cha de arriba abajo y cuyos dos labios, externo e interno, se continúan con las líneas oblicuas externa e interna del cuerpo del hueso. Este borde forma el lado externo de la línea vestibulo cigomática.

**Borde posterior:** Liso y obtuso, recibe también el nombre de borde parotídeo por su relación con - la glándula parótida.

**Borde inferior:** Se continúa con el borde infere

rior del cuerpo. Por detrás, al unirse con el borde posterior, forma el ángulo inferior o gonión.

Borde superior: Presenta dos eminencias: Una posterior, el cóndilo; otra anterior, la apófisis coronoides, separadas por una escotadura profunda denominada escotadura sigmoidea.

El cóndilo es una eminencia elipsoidea, aplanada de delante atrás y cuyo eje mayor está dirigido oblicuamente hacia adelante y afuera. Presenta: Una cara superior en ángulo diedro que se articula con el temporal y otra cara posterior convexa. El cóndilo está unido a la rama ascendente por una parte estrecha, el cuello del cóndilo.

La apófisis coronoides forma una lámina vertical aplanada de fuera a adentro, triangular con la base inferior.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Berkovitz, B.K.B. Anatomía Oral. Edit. Year Book, Medical Publishers, España, 1979.
- 4.- Bouchet, A. Anatomía Descriptiva Topográfica y Funcional. Edit. Médica Panamericana, 1979.
- 11.- Gardner, E. Anatomía. Editorial Salvat. 2a. Edición.
- 18.- Gray, G. Anatomía. Editorial Salvat. 1976.
- 26.- Lockart, R. Anatomía Humana. Editorial Intamericana 1977.
- 37.- Quiroz, F. Tratado de Anatomía Humana. Edit. Porrúa. Tomo J, México 1978.
- 39.- Rouvière, H. Compendio de Anatomía y Disec -- ción. Editorial Salvat. 1978.
- 42.- Testut, L. Anatomía Humana. Editorial Salvat 1971.

## CONSIDERACIONES RADIOGRAFICAS

La radiología dental se relaciona con las técnicas de producir e interpretar imágenes fotográficas de tejidos bucales por medio de rayos X.

Los rayos X no pasan con igual facilidad a través de toda la materia. Se denominan radiolúcidas aquéllas substancias compuestas de elementos de bajo peso atómico que los rayos X penetran fácilmente. En cambio, los elementos con elevado peso atómico absorben los rayos X, y se denominan radiópacos. Luego los gases y tejidos blandos son radiolúcidos, mientras que los tejidos calcificados, tales como hueso y diente, son radiópacos.

Dentro de las proyecciones radiográficas para describir maxilares y dientes existen dos técnicas. Una es la técnica intraoral y la otra la extraoral.

Dentro de las técnicas extraorales tenemos:

- 1.- La craneal postero-anterior (PA): Que nos sirve para el exámen de los huesos de la cara y de los maxilares.
- 2.- La craneal antero-posterior (AP): Con ella examinamos la parte posterior del cráneo, del maxilar y de la articulación temporomandibular.
- 3.- La invertida de Towne: Se observa la anatomía de los cóndilos y de la articulación temporomandibular.
- 4.- La craneal occipito-mentoniana: En esta radiografía visualizamos perfectamente los huesos de la cara y los senos aéreos.

- 5.- La lateral de cráneo: Examinemos las regiones laterales de la cara, del cráneo y de los maxilares. Vista del contorno facial y de los tejidos blandos que lo cubren.
- 6.- Vista oblicua lateral de la mandíbula: En ella observamos la región posterior del cuerpo y de las ramas mandibulares.
- 7.- La ortopantomograma: Es un tomograma del maxilar, de la mandíbula y dentadura en una sola placa.
- 8.- Sialografía: Se observan los principales conductos salivales para estudiar su estructura y distribución.
- 9.- Tomografía: Técnica para la radiografía de áreas seleccionadas que en otras técnicas radiográficas comunes son confusas por superposición de otras estructuras, por ejemplo la articulación temporomandibular y senos aéreos.

Dentro de las técnicas intraorales tenemos:

- 1.- Oclusales: En ella se obtiene la relación de las estructuras en un plano vestibulo-lingual.
- 2.- Periapicales: Exámen de los ápices de los dientes. Relaciones de las estructuras en el plano mesio-distal.
- 3.- Aleta mandible: Visualizamos las coronas de los dientes y sus respectivas apófisis alveolares.

Las estructuras radiolúcidas anatómicas normales que observamos en las diferentes técnicas ya descritas son:

- 1.- Imágenes radiolúcidas comunes en ambos maxilares.

Pulpa dentaria, encía, ligamento alveolodentario, médula ósea y conductos nutricios.

## 2.- Imágenes radiolúcidas de maxilar:

Seno maxilar, cavidad nasal, agujero incisivo, sutura palatina media, sutura intermaxilar, conducto nasolagrimal, agujero infraorbitario.

## 3.- Imágenes radiolúcidas de mandíbula:

Conducto mandibular, agujero mentoniano, sínfisis de la mandíbula, fosa mentoniana y submandibular.

## 4.- Imágenes radiolúcidas de otros huesos de la cara y cráneo:

Senos frontales, senos esfenoides, órbita, - sutura lamboidea, fosa pterigo maxilar, cavidades-aéreas mastoideas.

## BIBLIOGRAFIA

- 5.- Castañeda García C. Tecnología Radiológica. Edit. Colegio Nacional en Ciencias Técnicas de la Salud A.C., 1977, Tomo I y II.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. Edit. Panamericana Argentina 1978, 1a. Edición.
- 19.- Gray, R. La pantomografía en la práctica odontológica. Revista ADM, Vol. XXXIX, No. 5, -- Septiembre-Octubre 1982.
- 29.- Mayoral, G. Diagnóstico por medio del cefalograma. Revista ADM Vol. XXXVI, No. 4, Julio-Agosto, 1979.
- 34.- O'Brien. Radiología Dental. Edit. Interamericana. 3a. Edición 1979.
- 43.- Wuehrman, M. Radiología Dental. Editorial Salvat. 2a. Edición 1977.

**CAPITULO II**

**LESIONES RADIOLUCIDAS EN EL**

**APICE DE LOS DIENTES.**



**RADIOLUCENCIAS EN EL APICE DE  
DIENTES NO VITALES.**

## ABSCESO PERIAPICAL

Llamado también absceso dentoalveolar, absceso alveolar, absceso periodontal apical.

El absceso periapical es un proceso supurativo de la zona periapical dental.

### Etiología:

El absceso periapical casi siempre se origina a partir de una infección de la pulpa que se prolonga hasta el ligamento periodontal, la cual puede estar causada por traumatismo, irritación química o infección bacteriana. (41)

Edad: Adulto

Sexo: No hay predilección (3)

### Características Clínicas:

Según su duración y localización, puede apuntar en sentido intra o extrabucal. Si se dirige al interior de la cavidad bucal, puede hacerlo en la cara vestibular o lingual.

Los dientes inferiores pueden drenar hacia bucal causando espacios infecciosos o angina de Ludwig y si se dejan y no son tratados, pueden progresar dentro de los espacios faríngeos y posteriormente hasta el mediastino lo que puede ser fatal por la constricción causada por edema en vías aéreas.

Existe tumefacción y enrojecimiento de la piel suprayacente. Hay interferencia oclusal debida a la presión que ejerce, lo que ocasiona que la raíz salga de su alveolo y haya elevación del diente.

Presenta una extrema sensibilidad a la percusión, dolor pulsátil de intensidad creciente que - muchas veces se inicia como un dolor sordo. En casos graves hay ascenso de la temperatura y linfadenitis. (2, 7, 41, 44).

#### Características Histológicas:

Las trabéculas óseas en la zona periapical - pueden mostrar lagunas vacías (muerte de osteocitos). Estas trabéculas óseas representan hueso - muerto o secuestros.

Los espacios de la médula ósea son infiltrados por leucocitos polimorfonucleares y se origina una inflamación mandibular aguda.

Los tejidos periapicales muestran masas densas, casi sólidas, de neutrófilos (pus) y hendiduras o espacios. La pulpa se encuentra densamente - infiltrada por neutrófilos.

En la medida en que se avanza desde la zona - central a la periferia, se observa una gradual disminución de la intensidad de la infiltración polimorfonuclear. (2, 13, 44)

#### Características Radiográficas:

El absceso periapical muestra muy pocos signos radiográficos, se observa una zona radiolúcida en el ápice del diente, el espacio periodontal está engrosado y suele haber una solución de continuidad o pérdida de la definición de la lámina dura. (3, 7, 12)

Diagnóstico Diferencial: Granuloma, quiste radicular, cementoma.

## GRANULOMA DENTARIO (Periapical)

El granuloma dentario es una masa de tejido - de granulación formado como reacción a la enfermedad peripaical. (41)

### Etiología:

Por infección bacteriana e irritación química de la pulpa necrótica o degenerada, que se extiende a los tejidos periapicales. Por una extensión - directa de una membrana periodontal inflamada hacia el hueso periodontal sin que la proceda un absceso periapical agudo; o por el proceso reparativo que sobreviene a la resolución de un absceso periapical. (44)

Edad: Adulta (3a. década de la vida)

Sexo: No hay predilección (3, 23)

### Características Clínicas:

Es más común encontrarlo en el maxilar que en la mandíbula, se observa más a menudo en los incisivos centrales superiores y en los primeros molares, se ubica por debajo del periostio donde esta en comunicación directa con una pequeña parte de - la raíz a través de una lámina cortical muy delgada.

Puede experimentar exacerbación y provocar un absceso periapical agudo o sus elementos epiteliales proliferar y formar un quiste radicular.

Puede permanecer asintomático o levemente doloroso a la percusión, en ocasiones hay crisis de intenso dolor que posteriormente decrece y desaparece.

rece; en otros casos hay hiperestesia de la región afectada con ligero dolor durante la masticación.

Existe la sensación de diente largo, y en algunas ocasiones la corona del diente afectado se encuentra más oscura que la de los dientes vecinos. La palpación digital, revela un aumento de volumen firme y circunscrito que se adhiere a la superficie del hueso. (2, 3, 7)

#### Características Histológicas:

La pulpa del diente afectado es necrótica o presenta infiltración moderada, densa.

El hueso alveolar y membrana periodontal en la zona periapical están remplazados por tejido fibroso, encontrando en el hueso adyacente resorción con la presencia de osteoclastos revistiendo su superficie, los cementoblastos adyacentes a la lesión manifiestan una creciente actividad, y la porción radicular puede presentar hipercementosis.

Dentro de la cápsula de tejido fibroso, encontramos tejido de granulación que consiste en: Fibroblastos, vasos sanguíneos, infiltración densa de plasmocitos y linfocitos y una cantidad variable de colágena; en algunos casos puede observarse islotes de epitelio; otros muestran células espumosas (células pseudoxanton) y hendiduras de colesterol. Las células espumosas representan macrófagos que contienen sustancias lipoides, producto de degeneración grasa en la zona. (2, 13, 44).

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida que rodea el ápice de la raíz, es redonda u oval, su tamaño varía mucho que va de un ligero engrosamiento de la membrana peridontal hasta 1 centímetro o más de extensión.

La membrana periodontal y la lámina dura que rodea el ápice no se pueden identificar y a veces hay resorción apical de la raíz.

El borde periférico de la lesión es cortante y bien limitado e incluso subrayado por una línea hiperostótica; otros casos, es difusa e irregular confundiendo de forma gradual con el hueso vecino y no se extiende de modo tan abrupto alejándose de la superficie de la raíz como ocurre en los quistes radicales. (3, 7, 12)

Diagnóstico Diferencial: Absceso, quiste radicular, cementoma.

## QUISTE RADICULAR

Conocido también con los siguientes nombres: Quiste periodontal apical, quiste periapical, quiste apical.

Se denomina quiste radicular a la cavidad anormal recubierta de epitelio situado por lo general en el ápice de la raíz de un diente. (44)

### Etiología:

Tiene un origen inflamatorio. Al propagarse - el proceso inflamatorio desde la pulpa hacia la zona periapical del diente, se forma una masa de tejido inflamatorio llamado granuloma apical. Dentro de esta masa proliferan extensamente restos epiteliales de Malassez, normalmente presentes en el ligamento parodontal las cuales se fusionan y sufren una transformación quística. (13, 41)

Edad: Adultos (3a. y 4a. década de la vida)

Sexo: Más frecuente en el femenino (2,3)

### Características Clínicas:

Es el más frecuente de los quistes bucales, más común en el maxilar, en dientes anteriores, -- principalmente en el incisivo lateral. Cuando se presenta en la mandíbula lo encontramos en dientes posteriores.

El quiste radicular es una masa tumoral de superficie lisa y blanda.

La mayoría de estos quistes suelen ser asintomáticos, el diente involucrado esta desvitalizado, presenta un proceso de necrosis pulpar o una -

restauración y es sensible a la percusión. Puede - asociarse con una fístula; a menudo el paciente tie - ne antecedentes de dolor seguido de alivio en el - diente. (2, 13, 44)

#### Características Histológicas:

El quiste está revestido por epitelio escamo - so estratificado que no suele presentar queratina, puede ser discontinuo y faltar en zonas de infla - mación intensa, los cuerpos hialinos o de Rushton - aparecen frecuentemente en grandes cantidades.

Este epitelio está a su vez rodeado por teji - do conectivo de diversa densidad. El tejido conec - tivo casi siempre presenta infiltración de plasmocitos, linfocitos y algunos polimorfonucleares, ede - ma; también pueden verse hendiduras de colesterolina circundadas por células gigantes, hemosiderina y - grandes macrófagos pálidos (células espumosos o - pseudoxantoma). Dentro o en rededor del tejido co - nectivo a veces pueden encontrarse trabéculas - óseas.

La cavidad del quiste contiene restos necrót<sub>i</sub> - cos carentes de estructuras o substancia eosinófi - la homogénea y algunas células vivas.

Contenido del líquido quístico: El exudado -- quístico es de color pardo pajizo y viscoso, con - brillos iridiscentes, producidos por los cristales de colesterol.

La concentración de proteínas es baja y una - pequeña cantidad de queratina puede identificarse.

Cuando sobreviene a una infección el quiste -



puede contener pus, suero purulento o sanguíneo, - a veces la cavidad quística abierta puede contener y expeler material de consistencia gaseosa. (3, 13, 41).

#### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida generalmente localizada en los ápices de los dientes; de forma esferoidal, de pera o de botella; delimitado por una zona radiopaca unida al ápice del diente causante. La láminadura que se une al diente es de consistencia pobre. (2, 12, 44)

Diagnóstico Diferencial: Absceso, Granuloma, cementoma.

**RADIOLUCENCIA EN EL SITIO DE UNA  
EXTRACCION**

## QUISTE RESIDUAL

## Etiología:

El responsable de su formación es un quiste radicular que ha quedado una vez que se ha eliminado el diente que lo originó.

Edad: Adultos

Sexo: No hay predilección

## Características Clínicas:

Generalmente de tamaño pequeño, hay ausencia del diente y es asintomático.

## Características Histológicas:

Epitelio escamoso estratificado, puede contener cuerpos hialinos con una capa o limitación de células espinosas, infiltración de células inflamatorias.

## Características Radiográficas:

Lesión radiolúcida bien circunscrita, localizada en una región edéntula.

Diagnóstico Diferencial: Quiste primordial, quiste periodontal lateral.

NOTA: Las características clínicas, histológicas y radiográficas son iguales a la del quiste radicular a excepción que no se encuentra presente el diente que originó dicha patología. (2, 3, 12, 13, 41, 44).

**RADIOLUCENCIA EN EL APICE DE DIENTES  
VITALES**

## CEMENTOMA

Se conoce también con los siguientes nombres: Displasia periapical cemental, cementoblastoma, -- osteofibroma periapical, displasia fibrosa peria - pical, cementofibroma, cementoma esclerosante.

El cementoma es una proliferación benigna de tejido conectivo, que se origina en los elementos-celulares de la membrana periodontal. (44)

### Etiología:

No se conoce una causa específica, aunque - se ha pensado en factores traumáticos como disarmonias de cierre y otras irritaciones locales. (44)

Edad: Media (2a. década de la vida)

Sexo: Predilección femenina (2, 13)

### Características Clínicas:

Se encuentra con mayor frecuencia en la raza negra, por lo general se localiza en la mandíbula. La región más afectada es la de los incisivos inferiores, pero pueden verse afectados los molares cuando las lesiones son múltiples.

Es asintomático y los dientes afectados poseen vitalidad. (3, 13, 44)

### Características Histológicas:

1a. Fase: La lesión se compone de fibroblastos jóvenes y una cantidad moderada de fibras colágenas.

2a. Fase: La lesión muestra la formación incipiente de espículas e islotes de un tejido calcificado basófilo, acelular o moderadamente celular que se asemeja al cemento.

En la última etapa, toda la lesión contiene masas calcificadas en forma de gota, intensamente basófilas, en las cuales se observan pocas células, numerosas líneas de reposo y reversión, espacios medulares escasos y pequeños. El cementoma se caracteriza por un crecimiento extremadamente lento y limitado. (2, 13, 41)

#### Características Radiográficas:

La imagen radiográfica varía dependiendo del estado del desarrollo del cementoma.

En su estado inicial o de fibroma la lesión suele encontrarse como una zona radiotransparente oval, pequeña que rodea el ápice de la raíz.

Cuando las lesiones son múltiples, afectando las raíces vecinas pueden unirse y dar lugar a grandes zonas radiotransparentes cuyos contornos están mal definidos. Por lo general la lesión radiotransparente rodea el tercio apical de la raíz, pero a veces la zona afectada es mayor. Este estado se confunde fácilmente con una patosis periapical, ya que ésta última se caracteriza también por una radiotransparencia periapical y una pérdida de continuidad de la membrana periodontal y de la lámina dura.

En el segundo período la radiolucencia revela manchitas de radiopacidad. Posteriormente la lesión se presenta como área circunscrita de una radiopacidad densa. (3, 12, 13, 41, 44)

Diagnostico Diferencial: Absceso, granuloma, quiste radicular.



ABSCESO APICAL



QUISTE RESIDUAL



GRANULOMA APICAL

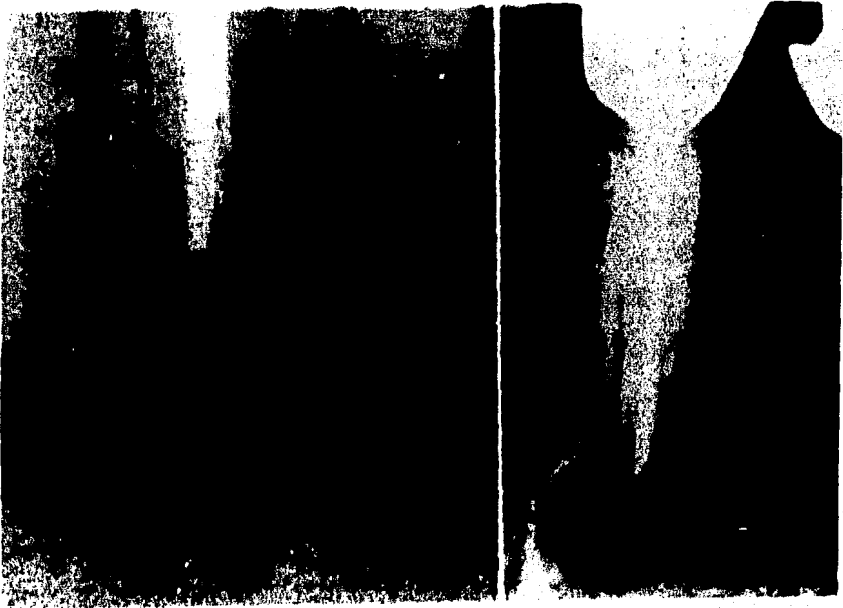


QUISTE RADICULAR





QUISTE RADICULAR



CICATRIZ APICAL



CEMENTOMA

## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. Edición. Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S.N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company. Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology. J.B. Lippincott Company. Philadelphia Toronto, Third Edition.
- 12.- Gibilisco, S. Dxradiológico en Odontología. Edit. Panamericana Argentina. 1978, 1a. edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial -- Salvat.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation. Volume I Edit. W.B. Saunders Company 1978.
- 41.- Shafer. Tratado de Patología Bucal. Edit. Intamericana 3a. Edición 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral Editorial Salvat. México 1979.

Patología.	Max	Mand.	Fcte. Dientes	Sexo	Edad	Patología	Características clínicas.	Características Histológicas.	Características Radiográficas.
Absceso	X		Incisivo central superior los Mol.	No hay predilección	Adultos	Infección	Dolor, extrema sensibilidad a la percusión	Exudado purulento.	Zona radiolúcida en el ápice de un diente.
Granuloma Dentario.	X		Incisivo central superior	No hay predilección	Adultos	Infección bacteriana o irritación química.	Dolor, corona del diente afectado más oscura.	Tejido de granulación. Colagéna Osteoclastos	Zona radiolúcida bien definida rodeado por línea hiperostática, en el apice de un diente.
Quiste Radicular.	X		Dientes Anteriores.	F	Adultos	Origen inflamatorio. Restos de Malassez.	Dolor, diente desvitalizado puede asociarse con una fístula	Epitelio escamoso estratificado. T. C. Cpos hialinos Rushton.	Lona radiolúcida en el ápice delimitada por una zona radiopaca.
Quiste Residual	X		Dientes Anteriores.	No hay predilección.	Adultos	Quiste radicular.	Ausencia del diente que lo originó.	Epitelio escamoso estratificado. Cuerpos hialinos.	Zona radiolúcida bien circunscrita localizada en región edéntula.
Cemento ma.		X	Dientes Anteriores	F	Media	Trauma	Raza negra,	Colagéna. Tejido calcificado basófilo. Masas calcificadas en forma de gota.	Zona radiolúcida en el apice de un diente.

**CAPITULO III**

**LESIONES RADIOLUCIDAS EN EL LUGAR DE UN  
DIENTE AUSENTE**

## QUISTE PRIMORDIAL

Llamado también queratoquiste.

El quiste primordial proviene de un gérmen dentario que en vez de formar un diente degenera - convirtiéndose en un quiste. ( 13, 30, 41).

### Etiología:

Se forma por degeneración quística y licuefacción del retículo estrellado del órgano del esmalte antes que se forme esmalte o dentina. También - puede originarse del primordio de un supernumerario. (2, 7, 30)

Edad: Jóvenes adultos

Sexo: No hay predilección (3, 41, 44)

### Características Clínicas:

La mandíbula se ve afectada con mayor frecuencia, a veces está asociado con un diente primario-presente (Se encuentra una zona radiolúcida en lugar del diente permanente). Es más frecuente en - contrarlo en el lugar del tercer molar inferior o - por detrás del mismo en el borde anterior de la - rama ascendente. Este quiste varía de tamaño y los dientes de la zona afectada poseen vitalidad.

Puede producir un agrandamiento del maxilar-- o ser asintomático. La lesión es indolora, si es - grande puede provocar la migración de los dientes y posee potencia para expandir hueso. (9, 12, 23, 30)

### Características Histológicas:

La pared se compone de fascículos paralelos - de fibras colágenas. En la superficie interna que mira hacia la luz, está revestida por una capa intacta o interrumpida de epitelio escamoso estratificado que suele presentar paraqueratina u ortoqueratina. Esta queratina tiene con frecuencia una superficie acanalada. El epitelio consta solo de 4 a 8-células de espesor, sin brotes epiteliales bien de finidos. El epitelio presenta una capa de células-basales columnares con núcleos picnóticos o vesiculares.

Presencia de células inflamatorias crónicas-- en su mayor parte linfocitos y plasmocitos, mezclados con leucocitos polimorfonucleares, en las zonas subepiteliales adyacentes. (13, 30, 41, 44).

### Características Radiográficas:

Lesión radiolúcida que se localiza debajo de las raíces dentales, entre las raíces de las piezas adyacentes o cerca de la cresta del reborde, en el lugar de un diente ausente en forma congénita, en particular de un tercer molar inferior o superior, o en la línea media maxilar aparentemente en los gérmenes de los mesiodens.

De forma redonda u oval, bien delimitada que puede tener un borde esclerótico reaccional y que puede ser unilocular o multilocular. (2, 30, 41, 44)

Diagnóstico Diferencial: Quiste residual, -- quiste periodontal lateral.



QUISTE PRIMORDIAL



## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar, Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S.N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company. Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology. F.B. Lippincott Company, Philadelphia Toronto, -- Third Edition.
- 9.- Eversole, L. Clinical Outline of Oral Pathology. Diagnosis and treatment. Edit. Lea & Febiger, Philadelphia 1978.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. Edit. Panamericana, Argentina 1978. 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial Salvat.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation. Volume 1 Edit. W.B. Saunders Company 1978.
- 30.- Molina, J. Quiste primordial o primitivo. Revista ADM, Vol. XXXVII, No. 1 Enero-Febrero 1980.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit. Interamericana. 3a. Edición, 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral. Editorial Salvat México 1979.

**CAPITULO IV**  
**LESIONES RADIOLUCIDAS ALREDEDOR DE**  
**LA CORONA DE UN DIENTE**  
**RETENIDO**

## QUISTE DENTIGERO

Cavidad recubierta de epitelio, desarrollada a partir del órgano del esmalte asociado a las coronas de los dientes no erupcionados.

### Etiología:

Comienza usualmente a desarrollarse poco después de completarse la formación de la corona, por la acumulación de fluidos entre la superficie del esmalte y la cápsula de tejido blando que lo rodea, a partir de lo cual se deriva el epitelio de recubrimiento. ( 2, 32, 40, 44)

Edad: Adultos jóvenes (2a. y 3a. década de la vida)

Sexo: Predilección masculino (3, 9, 41, 44)

### Características Clínicas:

Es el más común de los quistes foliculares. Aparece con mayor frecuencia en la mandíbula, las regiones más afectadas por orden de importancia: Zona molar, región canina, premolar. El tercer molar inferior y el canino superior constituyen los dientes individuales afectados con mayor frecuencia.

Existe gran desplazamiento de los dientes, hay resorción intensa de las piezas adyacentes.

Se presenta dolor, produce agrandamiento del maxilar que en algunos casos es bastante acentuado y expande hueso con la consiguiente asimetría facial. (7, 21, 32, 40) Ver figura 7.

El quiste que rodea completamente a la corona o - que se adhiere a ella, está revestido de epitelio-escamoso estratificado. En raras ocasiones el re-vestimiento es queratinizado, contiene células mucosas o está cubierto parcial o totalmente por células granulares. Los quistes revestidos por epitelio queratinizante tienen mayor probabilidad de recidivar.

La pared de tejido conectivo consiste en haces de colágena y suele mostrar una infiltración leve de linfocitos y plasmocitos. El tejido conectivo de la pared contiene pequeños islotes o restos epiteliales odontogénicos.

Contenido quístico: El exudado es un líquido-amarillento con posibles rastros de sangre. Se pueden identificar los cristales de colesterol microcópicamente. (13, 21, 32, 40, 44)

#### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida nítidamente demarcada que rodea la corona de un diente que no ha erupcionado.

En quistes grandes de la zona del tercer molar la radiolucencia puede extenderse lejos hacia el interior de la rama. Los dientes relacionados con quistes dentígeros pueden resultar desplazados.

El quiste dentígero se clasifica en tres grupos:

A) Central

B) Lateral

C) Circunferencial.

Según la posición en la cual se desarrolla el quiste en relación con la corona dental.

Diagnóstico Diferencial: Adenoameloblastoma, -ameloblastoma, firoma oadontogénico, mixoma odontogénico, queratoquiste

## AMELOBLASTOMA

Es llamado también adamantinoma, tumor adamantino, odontoma epitelial, cistoma, cistosarcoma, -adamantoblastoma, fibroepitelioma adamantino.

El ameloblastoma es un tumor odontogénico epitelial benigno, que no forma esmalte sino que consta de un epitelio semejante al del órgano del esmalte dentario (3, 6, 31, 44)

### Etiología:

Se origina a partir de la lámina dentaria o - sus derivados (órgano del esmalte, restos epiteliales o quistes foliculares). (31, 2 41)

Edad: Adultos (Entre 20 y 40 años)

Sexo: No hay predilección (2, 3 44)

### Características Clínicas:

Es el más agresivo de los tumores odontogénicos; la raza negra es la más afectada; se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula y la zona más afectada es la molar. Es indolora y tiene un crecimiento lento.

Cuando el tumor es grande presenta abultamientos múltiples o únicos, aflojamiento de dientes, - resorción de sus raíces, crepitación pergamínea, - cuando hay abultamiento del hueso, puede producir fracturas espontáneas o patológicas de la mandíbula. (7, 9, 31, 41)

### Características Histológicas:

Es exclusivamente un tumor epitelial. No está encapsulado. El epitelio forma hojas, islotes y cordones cuya periferia está constituida por células cilíndricas o cuboides que se parecen a las ameloblastos, los islotes y racimos tumorales infiltran los espacios medulares mucho más allá de la masa tumoral principal. En tanto que la masa central habitualmente consiste en células estrelladas que se asemejan al retículo estrellado del órgano del esmalte. El estroma del tumor se compone de tejido conectivo fibroso. (13, 31, 41. 44)

### Características Radiográficas:

Las radiografías ponen de manifiesto zonas radiolúcidas que pueden ser unilocular o multilocular. El tumor puede asociarse con un diente retenido y aparecen como una radiolucencia alrededor de la corona retenida.

La presencia de tabique óseos que pueden extenderse hacia el interior de la zona radiolúcida comunican a ésta un aspecto semejante a pompas de jabón. Las radiografías oclusales pueden revelar expansión y deformidad de las tablas, pero éstas pocas veces se destruyen. En realidad el tumor es más extenso de lo que indica su sombra radiográfica. (12, 13, 23, 31) Ver figura 8.

**Diagnostico Diferencial:** Cuando su aspecto es unilocular puede confundirse: quiste dentífero, -- adenoameloblastoma, mixoma y fibroma odontogénico.

Cuando su aspecto es multilocular puede confun

dirse: Quiste multilocular: quiste óseo aneurismático, mixoma, querubismo, granuloma central de células gigantes.



## ADENOAMELOBLASTOMA

Llamado también: Tumor adenomatoide odontogénico, ameloblastoma glandular, glandular, ameloblastoma adenomatoide, tumor odontogénico mixto, pseudo adenoma adamantinum, tumor adenomatoide ameloblastico, odontoma teratematoso, tumor del epitelio del órgano del esmalte, odontoma compuesto complejo -- quístico.

El adenoameloblastoma es una neoplasia benigna que se origina por la proliferación de restos de epitelio odontogénico. (14, 24, 41).

### Etiología:

Se mencionan varias fuentes de origen:

Restos de la lámina dental. La proliferación del epitelio de un quiste dentífero. El estrato basal del epitelio de la mucosa oral en la variedad extraósea. Restos epiteliales de Malassez en el -- ápice del diente primario. A partir de glándulas salivales accesorias. (6, 3, 14, 24)

Edad: Jóvenes

Sexo: Predilección femenino (7, 13, 14)

### Características Clínicas:

Se presenta con mayor frecuencia en el maxilar. La zona de los caninos constituye la localización preferida, se asocia con dientes retenidos, es de crecimiento lento, no es una lesión agresiva, - no tiene tendencia a la recidiva..

Por lo general no hay sintomatología dolorosa, puede desplazar los dientes vecinos a la lesión, - ocasionalmente hay movilidad dental y causa expansión de conticales. (2, 14, 24, 41)

#### Características Histológicas:

Tumor encapsulado, predominando una proliferación de células epiteliales de forma cuboidal, - columnar, poliédricas o fusiformes que se agrupan formando un patrón adenomatoide, quístico, sólido, ductual o en forma de rosetas, entre las cuales se encuentran calcificaciones y un material hialino - eosinófilo, que corresponde a un mucopolisacárido-ácido. (13, 41, 44, 3)

#### Características Radiográficas:

Se presenta como un área radiolúcida unilocular bien delimitada estando asociada a un diente - incluido, presentando además pequeñas zonas radiopacas en el interior de la lesión. (2, 12, 14, 23-24)

#### Diagnóstico Diferencial:

Quiste destígero, mixoma, y fibroma odontogénico, ameloblastoma.

## FIBROMA ODONTOGENICO

Es una masa focal de tejido bien demarcada en la encía, con base sesil o pediculada. (44)

### Etiología:

Se origina a partir del folículo dentario. (2, 7, 41)

Edad: Niños y jóvenes (5 a 25 años)

Sexo: Predilección femenino (2, 12, 44)

### Características Clínicas:

Afecta a ambos maxilares siendo ligeramente más afectado la mandíbula, aparece por delante de la zona de los molares, se encuentra en la papila interdental, es del mismo color que la mucosa normal o levemente enrojecida y la superficie puede estar intacta o ulcerada. (3, 6, 13, 41)

### Características Histológicas:

Está caracterizado por un estroma de tejido conjuntival colágeno fibroso con numerosas estructuras que parecen restos de epitelio. No contiene retículo estrellado y las células periféricas no están empalizadas. Algunas veces hay formación de hueso y cemento. En ocasiones se hallarán zonas que contienen células gigantes multinucleares que con el tejido circundante se asemeja con el granuloma periférico de células gigantes. (2, 13, 23, 41)

### Características Radiográficas:

Las radiografías revelan una radiolucencia de extensión variable, asociada con la corona del diente. (3, 12, 44)

### Diagnóstico Diferencial:

Quiste dentífero, mixoma adontogénico, amelo-  
blastoma, adenoameloblastoma.

## MIXOMA ADONTOGENICO

El mixoma odontogénico es un tumor altamente-invasivo, que no ocasiona metástasis, que expande-hueso, puede destruir la corteza. (13)

### Etiología:

Aparentemente tiene su origen en el tejido de la papila dental, folículo o ligamento parodontal (2, 12, 38, 44)

Edad: Adultos (2a y 3a década de la vida)

Sexo: No hay predilección (2, 3, 41)

### Características Clínicas:

Se localiza con mayor frecuencia en la mandíbula, asociado por lo general con dientes retenidos o ausentes, es de crecimiento lento y habitualmente asintomático pero con el tiempo puede producir una expansión localizada, el dolor puede o no ser característico. (6, 7, 38, 41)

### Características Histológicas:

Se compone de células fusiformes y estrelladas dispuestas libremente, con largas prolongaciones - citoplasmáticas asintomáticas. El citoplasma casi-siempre es granuloso y basófilo.

El tejido laxo no es muy celular, y esas células no presentan evidencia de actividad significativa (pleomorfismo, nucléolos prominentes o figuras mitóticas). Las formas binucleadas resultan raras. La substancia intercelular es mucoide.

Existen cantidades variables de minúsculos ca pilares y algunas bandas de colágena.

Existen cantidades relativamente grandes de - ácido hialurónico y cantidades menores de condroí- tinsulfato. Se considera que el ácido hialurónico- puede ser un factor significativo en el comportamiento neoplástico del tumor. (3, 13, 41, 44)

#### Características Radiográficas:

Presenta casi siempre una zona radiolúcida -- bastante bien circunscrita donde existen comparti- mientos multiloculares que dan una imagen de panal de abejas, perforando la corteza de hueso maxilar- solamente cuando alcanza gran tamaño.

El desplazamiento de dientes por la masa tumoral es un hallazgo relativamente común, pero la re sorción radicular es menos frecuente.

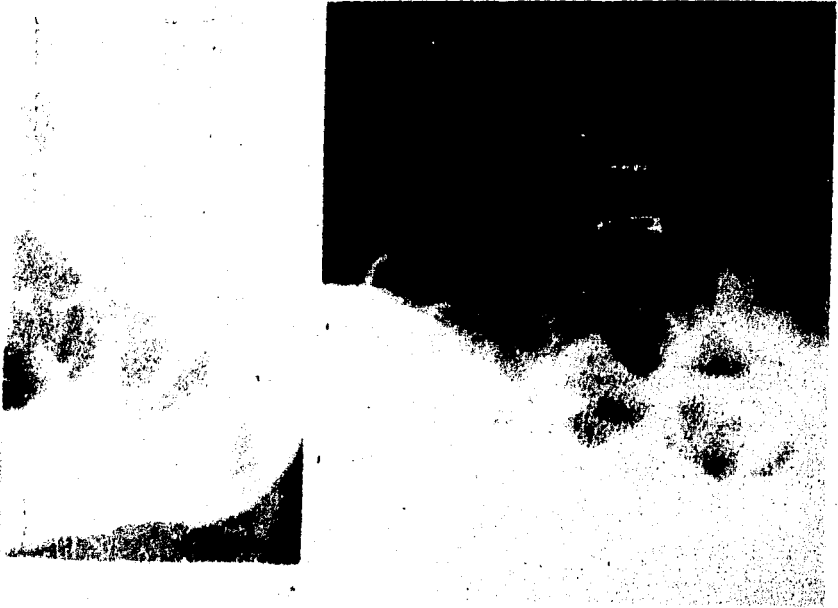
La invasión del antro ocurre con frecuencia - llenandolo completamente y produciendo exoftalmos. El tumor suele extenderse antes de ser descubierto. (3, 7, 12, 38)

#### Diagnóstico Diferencial:

Quiste dentífero, fibroma odontogénico, ameloblastoma y adenoameloblastoma.

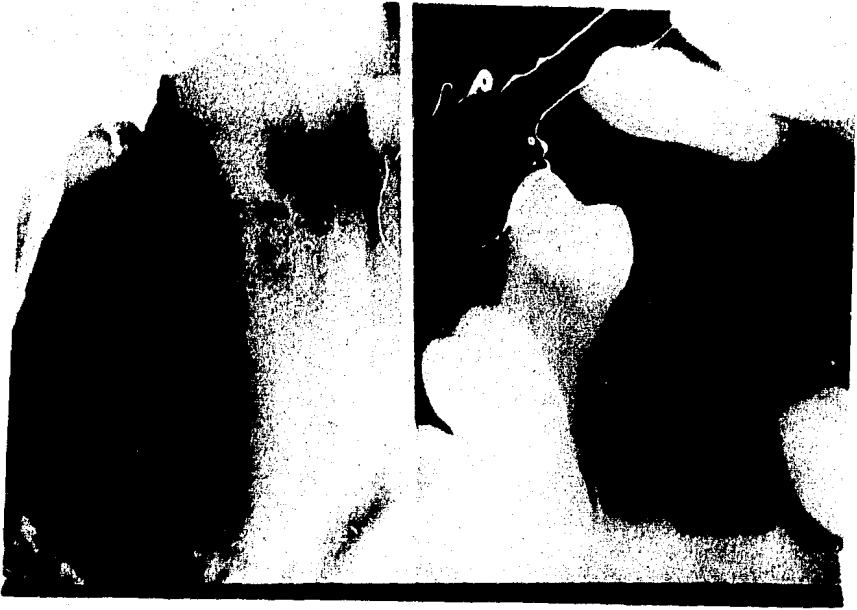


QUISTE DENTIGERO



AMELOBLASTOMA





**ADENOAMELOBLASTOMA**



**AMELOBLASTOMA**



**MIXOMA ODONTOGENICO**



**FIBROMA ODONTOGENICO**

## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit El Ateneo. 3a - Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S. N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company, Second Edition.
- 6.- Cohen, B. Fundamentos científicos de Odontología. Edit. Salvat. Barcelona 1981.
- 7.- Colby R. Color Atlas of Oral Pathology. JB. Lippincott Company. Philadelphia Toronto, Third- Edition.
- 9.- Eversole, L. Clinical Outline of Oral Pathology. Diagnosis and treatment. Edit. Lea & Febigen, - Philadelphia. 1978.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. - Edit. Panamericana Argentina 1978. 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial Salvat.
- 14.- Granados N. Tumor odontogénico adenomatoide. - Revista ADM Vol. XXXV, No. 2, Marzo-Abril 1979.
- 21.- Ide. F. Pulse Granuloma in the Wall of a Denti-gerous Cyst. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 40 Number 10 October 1982.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation. Volume 1 Edit. W. B. Saunders Company 1978.

- 24.- Kimura, T. Tumor odontogénico adenomatoide en región de seno maxilar. Revista ADM, Vol. - XXXIV, No. 1. Enero-Febrero 1982.
- 31.- Molina, J. Ameloblastoma. REvista Odontólogo-Moderno Vol. VII. No. 2 Octubre-Noviembre 1978.
- 32.- Most, D. A. Large Dentigerous Cyst Associated with a Super numerary Tooth. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 40, No. 2 February 1982.
- 38.- Rapidis, A. Myxoma of the oral soft tissues.- Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. Vol. 41. No. 3 March 1983.
- 40.- Sánchez, J. Quistes dentígeros múltiples. Revista ADM, Vol. XXXV, No. 3. Mayo-Junio 1978.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit.- Interamericana. 3a. Edición, 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral.- Editorial Salvat México 1979.

Patología	Max. Mand.	Fcte. dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas
Quiste Dentigero.	X	Molar Canino Premolar.	M	Adultos Jóvenes	Acumulación de fluidos entre superficie de esmalte y capa de tez - blanda que rodea a la corona en su formación.	Dolor, puede provocar migración de dientes agranda - miento maxilar. Gran resorción de dientes adyacentes.	Epitelio escamoso estratificado. Tej. Conec. colágeno, restos epiteliales - odontogénicos.	Zona radiolúcida que rodea la corona de un diente que no ha erupcionado. Central, lateral y circunferencial.
Ameloblastoma	X	Molar	No hay predilección.	Adultos	Lámina dentaria o derivados.	Raza negra crecimiento lento abultamientos en huesos, Fracturas espontáneas.	Tumor epitelial no encapsulado células cilíndricas cunoides, estrechadas, T.C. fibroso	Zona radiolúcida asociado con diente retenido. Aspecto bampas de jabón expansión y deformidad de tablas.
Adenoma lobuloma.	X	Canino	F	Jóvenes	Restos de lámina dental. proliferación del epitelio de un quiste dentígeno. Restos epiteliales de Malassez	Crecimiento lento, puede desplazar los dientes vecinos indolora.	Tumor encapsulado, predominan la proliferación de células cuboidales, polidricas, columnar o fusiforme.	Zona radiolúcida, asociada con diente retenido presenta pequeñas zonas radiopacas en el interior de la lesión.
Fibroma Odontogénico.	X	Premolares. Molares.	F	Niños Jóvenes	Folículo dentario	Papila interdental mismo color que la mucosa.	Estroma de tejido conjuntivo fibroso, colágeno, no contiene retículos estrellados.	Zona radiolúcida de extensión variable, asociada con la corona de un diente.

Patología	Max	Mand	Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas.
Mixoma Odontogénico.		X	Molares	No hay predilección	Adultos jóvenes	T.C. de la papila dental - del folículo - ligamento parodontal.	Asociado con dientes retenidos o ausentes - crecimiento lento, asintomático, expansión localizada altamente invasiva.	Células fusiformes y estrelladas dispuestas libremente con largas prolongaciones citoplasmáticas. El tejido laxo no es muy celular ac. hialurónico.	Zona radiolúcida con aspecto de panal de abeja, perfora la corteza solamente cuando alcanza gran tamaño hay desplazamiento de dientes.

## C A P I T U L O V

LESIONES RADIOLUCIDAS MULTILOCULARES

## QUISTE MULTILOCULAR.

## Etiología:

El quiste multilocular puede originarse por un germen dentario.

Edad: ADultos

Sexo: No hay predilección.

## Características Clínicas:

Es extremadamente raro, su localización puede ser en ambos maxilares y es común que los dientes migren.

## Características Histológicas:

Microscópicamente parece ser una cantidad numerosa de quistes primordiales adheridos unos a otros o comunicados entre si.

Cavidad que está revestida de epitelio escamoso estratificado que en algunos casos puede estar queratinizado, sus paredes de tejido conectivo presentan un número mínimo de células inflamatorias.

## Características Radiográficas:

Radiolucencia multiquística que presenta aspecto de pompas de jabón, existe agrandamiento del maxi

lar y ambas tablas se encuentran intactas. (3, 13, 41, 44)

**Diagnóstico Diferencial:**

Quiste óseo aneurismático, mixoma, querubismo granuloma central de células gigantes, ameloblastoma.



## QUISTE OSEO ANEURISMATICO

El quiste óseo aneurismático es una lesión - solitaria que se presenta en todos los sectores del esqueleto. (3, 8, 27)

### Etiología:

Se origina como consecuencia de una persistente alteración local de la hemodinámica que conduce al aumento de la presión venosa y al ulterior desarrollo de un lecho vascular dilatado y estancado en la zona ósea transformada. Entonces se produce la resorción ósea con la cual se relacionan las células gigantes y el hueso es reemplazado por tejido conjuntivo, osteoide y hueso neoformado. (2, 7, 41, 44)

Edad: Niños y jóvenes (1a. y 2a década de la vida)

Sexo: No hay predilección. (2, 13, 41)

### Características Clínicas:

Las lesiones tienen una duración de 1 a 6 meses, es más frecuente en la mandíbula, el sistema primario suele ser un agrandamiento progresivo de los maxilares a veces asociado con dolor o ablandamiento.

Los dientes adyacentes a la lesión pueden desviarse pero conservar su vitalidad y puede haber maloclusión como consecuencia de la deformidad. (7, 12, 23, 27)

### Características Histológicas:

El quiste óseo aneurismático es una cavidad de tejido fibroso que contiene una cantidad variable - de fibroblastos, células gigantes benignas y grandes trabéculas osteoides. Siendo el rasgo más característico del quiste los numerosos espacios cavernosos que varían de tamaño y la falta de las capas -- elásticas y musculares habituales en los vasos sanguíneos. (3, 13, 27, 41)

### Características Radiográficas:

Lesión quística bien circunscrita que puede ser uni o multilocular. Existe una marcada expansión y adelgazamiento de la cortical (dependiendo del tamaño de la lesión), lo que ocasiona el aspecto de pompas de jabón o panal de abejas y es evidente la reacción periostica(12, 23, 27, 44).

### Diagnóstico Diferencial:

Quiste multilocular, mixoma, querubismo, granuloma central de células gigantes, ameloblastoma.

## MIXOMA

El mixoma es un tumor benigno que no da metástasis, aunque con frecuencia se infiltra en los tejidos adyacentes.

Etiología:

Desconocida.

Edad: No hay predilección.

Sexo: No hay predilección.

Características Clínicas:

Lesión de crecimiento lento, que produce un agrandamiento de la zona afectada, se puede producir en piel o en tejido subcutáneo, vías genitourinarias, aparato gastrointestinal o en órganos como: Hígado, bazo o glándula parótida.

Afecta tanto el maxilar como la mandíbula, hay migración y aflojamiento de los dientes.

Características Histológicas:

Tumor no encapsulado que infiltra los espacios medulares, en donde se observan numerosas células estrelladas en un estroma superabundante de sustancia mucoide.

Características Radiográficas:

Las radiografías muestran una zona radiolúcida única o de un aspecto semejante a pompas de jabón. Las tablas son delgadas y pueden estar expandidas. (3, 7, 12, 13, 41, 44)

**Diagnóstico Diferencial:**

Quieste multilocular, quiste óseo aneurismático, querubismo, granuloma central de células gigantes, -amelablastoma.

## QUERUBISMO

Conocido también: Tumefacciones fibrosas intraóseas familiares de los maxilares, enfermedad fibroquística, displasia fibrosa familiar de los maxilares, displasia fibrosa juvenil diseminada, enfermedad quística multilocular familiar de maxilares, tumefacción fibrosa familiar de los maxilares, displasia fibrosa hereditaria de los maxilares.

El querubismo es una anomalía genética del hueso que se localiza casi exclusivamente en el maxilar y en la mandíbula. (2, 13, 41, 44)

### Etiología:

Hereditaria con carácter dominante autosómica con expresividad variable. (13, 3, 41, 44)

Edad: Niñez

Sexo: No hay predilección (3, 13, 23)

### Características Clínicas:

La lesión crece rápidamente durante 2 o 3 años el crecimiento luego decrece y finalmente se interrumpe. Hay tumefacción simétrica, indolora y progresiva de los maxilares. Los maxilares están firmes y duros a la palpación, puede haber limitación de los movimientos maxilares, el paladar puede estar agrandado. La tumefacción del maxilar es progresiva.

Existe alteración del suelo de la órbita y - desplazamiento hacia arriba del globo y exposición de los bordes de la esclerótica. Puede haber linfadenopatía regional reaccional. No hay manifestaciones sistemáticas.

La dentición decidua puede caer prematuramente y en forma espontánea ya desde los tres años. Los dientes permanentes suelen ser defectuosos, con ausencia de muchos y desplazamiento, también falta - de brote de los presentes. Afecta las zonas de los premolares y molares y el proceso coronóide de la mandíbula. Si es una lesión única puede iniciarse en la parte anterior de la mandíbula. La mucosa bucal suele estar intacta y de color normal.

Puede haber dificultad en el habla, deglución masticación y respiración. No quedan vestigios de la deformidad. (3, 6, 23, 41, 44)

#### Características Histológicas:

El aspecto microscópico del tejido de los maxilares afectados algunas veces se caracteriza por la presencia de abundantes cantidades de células - gigantes multinucleares con estroma conectivo fibrilar laxo y delicado que es muy rico en fibroblastos y en vasos sanguíneos pequeños. En estas lesiones también encontramos células inflamatorias diseminadas. Otras veces, hay pocas células gigantes - multinucleadas y la lesión es algo más fibrosa, - suelen verse restos epiteliales de dientes en desarrollo exparsidos en las lesiones, además es común encontrar una banda eosinófila peculiar de los pequeños capilares de la lesión (la lesión puede -

enmascarar el diagnóstico de la enfermedad cuando hay restos epiteliales de dientes lo cual sugiere una-neoplasia odontógena). (12, 13, 41, 44)

#### Características Radiográficas:

Notable dilatación simétrica y radiotransparen-  
cias multiloculadas nítidamente definidas atraveza-  
das por algunos tabiques óseos que producen un as-  
pecto de burbujas de jabón.

Generalmente, este proceso se extiende desde-  
la región molar hasta el ángulo y rama, alcanzando  
muchas veces la apófisis coronoides, pero no al --  
cóndilo. Algunas veces está alterada la sínfisis, -  
raras veces esta alterado toda la mandíbula.

La corteza esta adelgazada e incluso puede -  
faltar. Sin embargo, la formación perióstica de -  
hueso nuevo no es excesiva. La región de la tube -  
rosidad del maxilar y antro también pueden estar -  
invadidas, pero el proceso está menos definido que  
en la mandíbula.

Hay numerosos dientes desplazados y sin salir  
que parecen flotar en espacios parecidos a quistes.  
(2, 6, 12, 41).

#### Diagnóstico Diferencial:

Quiste multilocular, quiste óseo aneurismáti-  
co, mixoma, granuloma central de células gigantes,  
ameloblastoma, hiperparatiroidismo.

## GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

El granuloma central de células gigantes es - un tumor que presenta una reacción inflamatoria - abundante y poco frecuente a la lesión o irritación de los maxilares. (15, 17, 36)

## Etiología:

Puede ser debida por la extracción de un diente o por antecedentes traumáticos ( esto último - esta dudoso ). (13, 41, 44)

Edad: Adultos (2a. y 3a. década de la vida)

Sexo: Predilección femenino (2, 3, 44)

## Características Clínicas:

Afecta ambos maxilares presentandose las  $2/3$  partes en la mandíbula y  $1/3$  parte en el maxilar. Se observa más frecuentemente a nivel de molares-- y premolares, raras veces cruza la línea media.

Puede ser totalmente asintomático, el aumento de volumen puede ser el único síntoma presente y - detectarse la lesión como un hallazgo radiográfico durante un exámen de rutina, cuando la lesión es - grande los signos clínicos son: Agrandamiento óseo duro o una inclinación del maxilar, con o sin dolor o hiperestesia asociados; a veces; un agrandamiento semiblando del maxilar debido a la destrucción de la lámina cortical protectora ocasionado - por la masa ósea; un aflojamiento o migración de - los dientes de la zona afectada. ( 15, 17, 36).



### Características Histológicas:

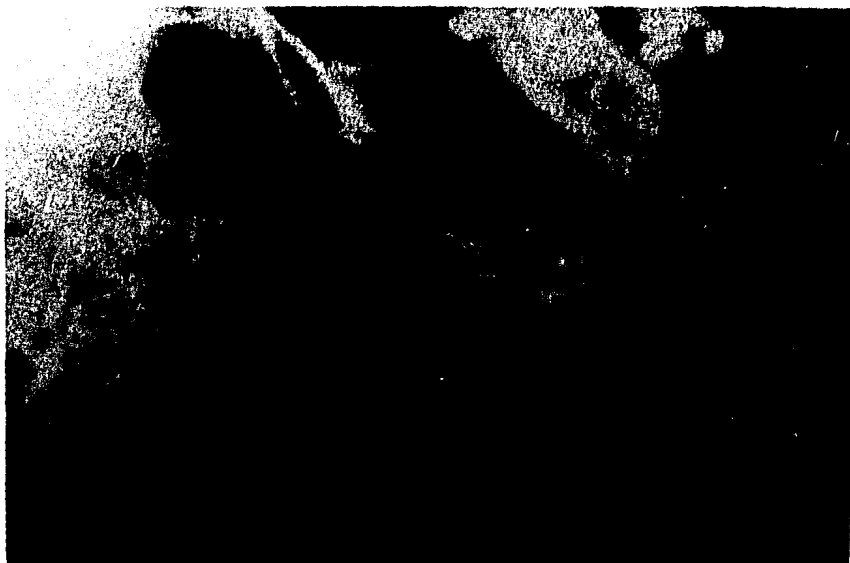
Estroma conectivo fibrilar laxo, en donde su matriz está formada por colágena o mixomatosa, - siendo esta última más frecuente en individuos de más de 20 años de edad. Las fibras colágenas no es tán unidas en haces, sin embargo, a menudo se ven grupos de fibras con aspecto ramificado, fibroblastos jóvenes con núcleos vesiculares ovoides, pequeños capilares y vasos sanguíneos, focos de hemosiderina o eritrocitos, células gigantes multinucleares, formación de osteoide o hueso en 3/4 partes de la lesión, sangre extravasada, fogocitosis y figuras mitóticas en los fibroblastos estromaticos. (13, 15, 17, 36)

### Características Radiográficas:

Exhibe dos variaciones o tipos. Uno es una lesión homogénea osteolítica, monolocular, sin evidencia de trabeculado óseo en la parte afectada y en la cual la cortical puede estar parcial o totalmente destruida. El otro tipo exhibe focos osteolíticos múltiples y muestra la presencia de trabéculas óseas adentro; puede producir el adelgazamiento y la expansión de la cortical pero solo la perfora cuando se ha hecho notablemente extenso. En ambos tipos, la malposición de los dientes y la resorción de las raíces de aquéllos a los que la lesión invade son frecuentes. (12, 15, 1, 36)

### Diagnóstico Diferencial:

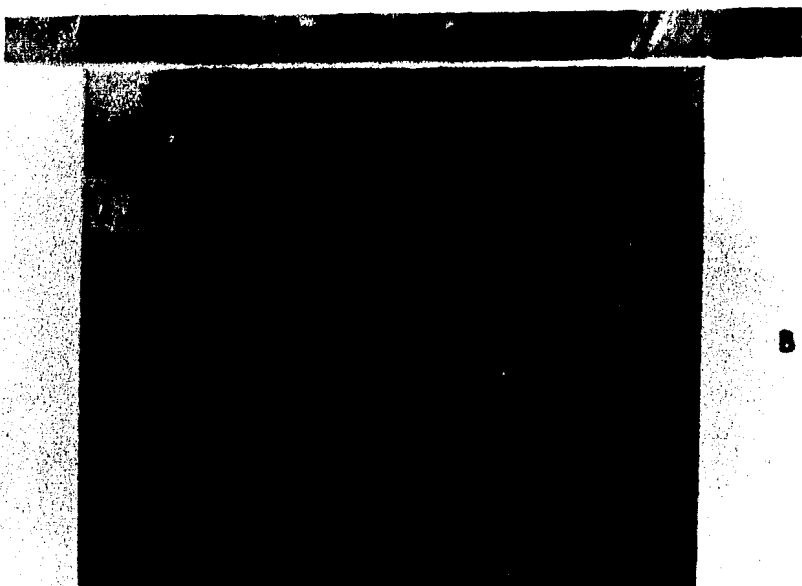
Quiste multilocular, quiste óseo aneurismático, mixoma, querubismo, ameloblastoma, hiperparatiroidismo.



QUISTE MULTILOCULAR



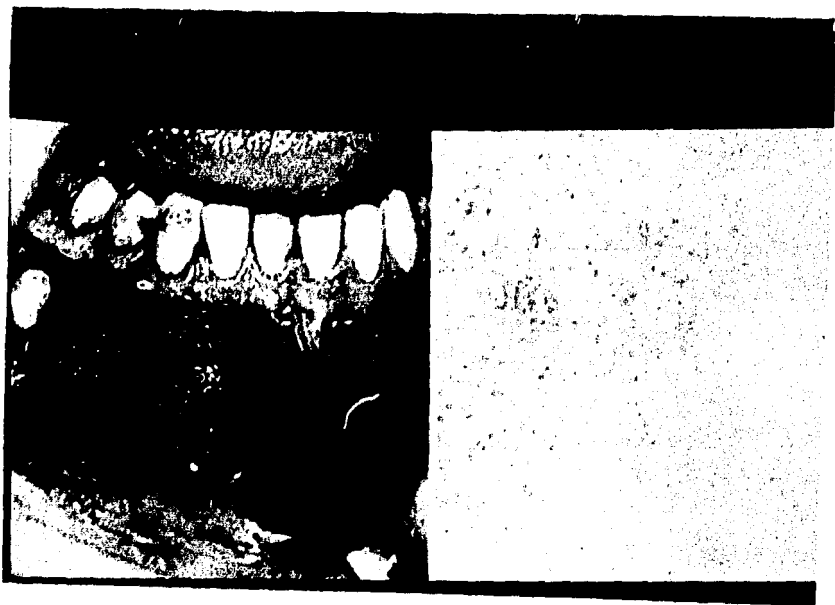
QUISTE OSEO ANEURISMATICO



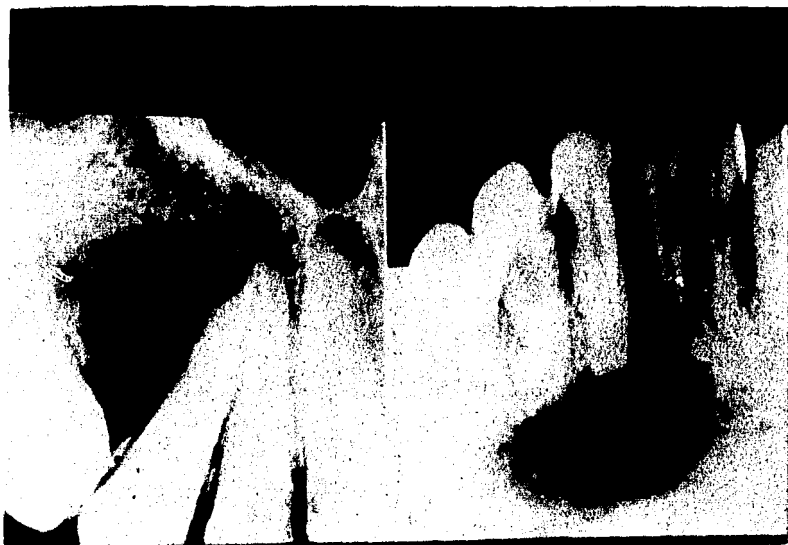
MIXOMA



QUERUBISMO



GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES



GRANULOMA CENTRAL DE CELULAS GIGANTES

## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar. S. N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company, Second Edition.
- 6.- Cohen, B. Fundamentos científicos de Odontología. Edit. Salvat. Barcelona 1981.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology. J.B. Lippincott Company. Philadelphia Toronto, Third Edition.
- 8.- Christensen, R. Jr. Intraosseous mandibular cyst with sebaceous differentiation. Oral Surgery, - oral medicine and oral medicine and oral pathology Volume 53. Number 6 June 1982.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. - Edit. Panamericana Argentina 1978. 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial Salvat.
- 15.- Granados, N. Dificultad diagnóstica de lesiones de células gigantes en cavidad oral. Revista ADM, Vol. XXXV. No. 4. Julio-Agosto 1978.
- 17.- Granite, E Central Giant Cell Granuloma of the Mandible. Oral Surgery, oral medicine and oral pathology. Volume 53, Number 3, March 1982.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation Volume 1, Edit. W.B. Saunders Company 1978.

- 27.- Lovely. F. Recurrent Aneurysmal Bone cyst of the mandible. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, Vol. 41, No. 3 March 1983.
- 36.- Peña. L. Granuloma Central de Células Gigantes Revista ADM, Vol. XXXVII No. 4 Julio-Agosto 1980.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit. Interamericana. 3a. Edición, 1977.
- 44.- Zagarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral. - Editorial Salvat México 1979 .

Patología	Max	Mand	Fcte Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C.Clinicas	C.Histologicas	C.Radiográfi cas.
Quiste Multilo- cular.	X	X		No hay predi- lección	Adultos	Desconocida	Es muy raro los dientes migran	Epitelio esca- moso estratifi- cado, T.C., célis. inflama- torias.	Zona radiólú- cida con as- pecto de pom- pas de jabón. agrandamien- to maxilar.
Quiste óseo aneurism- matico.		X		No hay predi- lección	Niños Jóvenes	Alteración lo- cal de la hemo- dinámica.	Dolor, agran- damiento pro- gresivo, los dientes pueden desviarse.	Fibroblastos célis gigantes trabéculas os- teoides, es- pacios caver- nosos, falta de capas elás- ticas y muscu- lar de los va- sos sang.	Zona radiólú- cida con as- pecto de pam- pas de jabón, marcada ex- pansión y adelgazamien- to de la cor- tical.
Mixoma	X	X		No hay predi- lec- ción.	No hay predilec- ción.	Desconocida	Agrandamiento, migración y aflojamiento de los dien- tes.	Célis. estre- lladas en un estroma super- abundante de substancia mucoide	Zona radiólú- cida con as- pecto de pom- pas de jabón. Las tablas son delgadas y pueden es- tar expandi- das.
Queribis- mo.	X	X	Premola- res mol- res.	No hay predi- lección	Niñez	Hereditaria	Tumefacción simétrica, li- xado banda e- mitación de los mov. man- dibulares, el paladar puede estar agranda- do. Los deci- dos caen pre- maturamente.	Célis gigantes multinucleares, estroma conec- tivo fibrilar laxo banda eo- sinofila pecu- liar de los ca- pilares, restos epiteliales de los dientes en desarrollo.	Zona radiólú- cida con aspec- to de pompas de jabón, cor- teza adelgaza- da, dientes desplazados y sin salir que parecen flotar.

Patología.	Max	Mand	Fcte Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas.
Granuloma Central de Células Gigantes		X	Molares Premolares.	F	Adultos Jóvenes	Estracción Trauma.	Aumento de volumen, aflojamiento o migración de los dientes.	Estroma conectivo fibrilar laxo, colágeno, focos de hemocitróculo celular gigantes multinucleares sangre extravasada, fagocitosis.	Zona radiolúcida con aspecto de pompas de jabón. La cortical está parcial o totalmente destruida, adelgazamiento y expansión de la cortical, malposición dentaria, resorción de las raíces.



## C A P I T U L O VI

LESIONES RADIOLUCIDAS MULTIPLES SEPARADAS

## GRANULOMA EOSINOFILO

También conocido como histiocitosis localizada en el hueso, reticulosis localizada.

El granuloma eosinófilo es una lesión ósea que es primeramente una proliferación de histiocitos, - con abundantes leucocitos eosinófilos pero sin acumulación intracelular de lípidos. (10, 16, 35)

Etiología:

Desconocida.

Edad: Jóvenes adultos.

Sexo: Más frecuente el masculino (2, 3, 44)

Características Clínicas:

Por lo general se trata de lesiones solitarias sin embargo en contados casos puede haber lesiones múltiples, tanto en el hueso como en el tejido blando.

El cráneo y la mandíbula son los sitios comunes de la lesión. Las lesiones son destructivas y bien demarcadas, la zona destruida es reemplazada por un tejido blando, cuando es incipiente son pardas y no son friables, más tarde se forman fibrosas y grisáceas. Hay infiltración pulmonar por histiocitos.

Encontramos anorexia, fiebre, malestar, cefalea. En la cavidad bucal se observan llagas, mal aliento.

pus, dolor, aflojamiento de dientes, curación retar  
dada después de una extracción, sabor desagradable,  
encías tumefactas. (10, 16, 35, 41)

#### Características Histológicas:

Histológicamente existen dos tipos de células:

- A) Histiocitos
- B) Eosinófilos.

Los histiocitos o células reticulares son célu  
las grandes con un citoplasma de color claro y un -  
núcleo vesicular y se dispone formando hojas casi -  
sólidas.

Los eosinófilos están dispersos en toda lesión  
agrupados en racimos o aislados.

Existe un estroma fibrovascular que contiene -  
numerosos linfocitos, células plasmáticas, fibro--  
blastos y leucocitos polimorfonucleares. A veces --  
hay macrófagos con lípidos en su interior. Existen--  
algunas zonas de necrosis o ulceración del tejido -  
suprayacente.

Ambos tipos de células reemplazan el tejido --  
óseo y a la médula del maxilar, ocasionando de este  
modo el aflojamiento de los dientes. (10, 16, 35, 13)

#### Características Radiográficas:

Zonas radiocúcidas redondeadas que pueden ser--  
aisladas o múltiples, con bordes bien definidos o -  
en algunos casos irregulares. Puede ser de situación  
periapical o comprometiendo el hueso alveolar lo --

que hace que los dientes en la zona afectada aparezcan como suspendidos en el aire.

La corteza suele estar destruída y es factible que se lleguen a producir fracturas patológicas. (10, 12, 16, 35)

#### Diagnóstico Diferencial:

Enfermedad de Hand-Schuller-Christia, enfermedad de Letterer-Siwe, mieloma múltiple, hiperparatiroidismo.

## ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN.

La enfermedad de Hand-Schuller-Christian, es la forma de histiocitosis X que afecta principalmente a los huesos, en los cuales las zonas de médula normal son reemplazados por macrófagos en proliferación. (10, 35, 44)

### Etiología:

Desconocida.

Edad: Niños (1a. década de la vida)

Sexo: Predilección masculino (3, 13, 41)

### Características Clínicas:

Presenta la clásica triada:

- A) Lesiones óseas: Que consisten en radiotrasparencias en el cráneo y en el maxilar, ovals o redondas que se componen de acúmulos masivos de histiocitos.
- B) Exoftalmos: Lesión de la órbita que desplaza al globo ocular hacia afuera causada por una infiltración masiva de los reticulocitos.
- C) Diabetes insípida: Es como consecuencia de una lesión del cuerpo del esfenoides, que se extiende hasta la hipófisis y reemplaza su lobulo posterior debido a la infiltración de histiocitos.

La lesión de huesos faciales suele estar asociada con hinchazón y sensibilidad de tejidos blandos y produce asimetría facial. Hay otitis media, rashes papulares o erupciones petequiales en la piel, agrandamiento del hígado, bazo y ganglios linfáticos.

Las manifestaciones bucales son los primeros signos de presencia de la enfermedad: Se presenta irritación con o sin lesiones ulcerativas, halitosis, salivación excesiva, gingivitis y superación, gusto desagradable aflojamiento y sensibilidad de dientes y su caída precoz, falta de cicatrización de alveolos dentales después de la extracción, pérdida del hueso alveolar que parece una enfermedad periodontal avanzada. (10, 35, 7, 2)

#### Características Histológicas:

Se manifiesta en 4 fases durante su evolución:

- 1) Histiocítica proliferativa con acumulación de grupos de leucocitos eosinófilos distribuidos entre las capas de histiocitos.
- 2) Vascular granulomatosa con persistencia de histiocitos y eosinófilos, a veces con agregado de macrófagos cargados de lípidos (colesterol).
- 3) Xantomatosa difusa con abundancia de células espumosas.
- 4) Fibrosa cicatrizal. (10, 35, 7, 41)

#### Características Radiográficas:

En las lesiones iniciales, la rarefacción tiene lugar en espacios medulares en forma de lagos mal delimitados, pero algunas veces los bordes están marcadamente recortados. Al desarrollarse las lesiones el cráneo, puede asumir la imagen irregular o serpigina del "cráneo geográfico".

En el maxilar y cráneo las lesiones óseas aparecen como defectos (sacabocados) sin esclerosis reactiva y tienden a perforar la corteza y tablas interna o externa respectivamente.

La destrucción ósea se extiende más allá de los límites del ligamento parodontal, los dientes afectados parecen estar flotando en el espacio. - (10, 12, 23, 35)

#### Diagnóstico Diferencial:

Granuloma eosinófilo, enfermedad de Letterer-Siwe, mieloma múltiple, hiperparatiroidismo.

## ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE

Es la enfermedad más grave, aguda y diseminada de la histiocitosis X. (10, 35)

### Etiología:

Desconocida.

Edad: Niñez (en los 2 primeros años de vida)

Sexo: No hay predilección (3, 41)

### Características Clínicas:

La manifestación inicial de esta enfermedad es una erupción cutánea que abarca tronco, cuero cabelludo y extremidades, que puede ser eritematosa -- purpurica o equimótica, a veces con ulceración.

Fiebre persistente de bajo grado con malestar e irritabilidad, esplenomegalia, hepatomegalia y - linfadenopatía son manifestaciones tempranas así - como lesiones nodulares o difusas de órganos viscerales.

Existen caquexia progresiva, anemia, hiperplasia gingival, posible destrucción difusa del hueso de ambos maxilares, lo cual causa aflojamiento y - pérdida prematura de dientes. En ocasiones la enfermedad tiene un curso rápido que no aparecen manifestaciones bucales significativas. (10, 35, 41, 44)

### Características Histológicas:

Número variable de eosinófilos polimorfonucleares. Histiocitos que están distribuidos en láminas

de células con un citoplasma vesicular o espumoso.

Existen histiocitos mal diferenciados que muestran pleomorfismo e hiperchromatismo así como proliferación de histiocitos no lípidos (10, 35, 13, 3)

#### Características Radiográficas:

Cuando es posible detectar radiográficamente las lesiones óseas suelen aparecer como múltiples radiotransparencias mal definidas con poca respuesta reactiva periférica y muchas veces simulan una osteomielitis.

Cuando Hay localización maxilar ocurre una -- pérdida dispersa de hueso alveolar e intenso aflojamiento y exfoliación de dientes deciduos. (2, 7, 10, 35)

#### Diagnóstico Diferencial:

Granuloma eosinófilo, enfermedad de Hand-Schuller-Christian. mieloma múltiple, hiperparatiroidismo.



## MIELOMA MULTIPLE

El mieloma múltiple es un tumor maligno de hueso que se forma a partir de los constituyentes de la médula ósea semejante células plasmáticas. (3, 13, 41, 44)

### Etiología:

Se deriva casi siempre de las células reticulares de la médula ósea. (2, 7, 12)

Edad: Adultos (4a. y 7a. década de la vida)

Sexo: Predilección masculino (3, 44)

### Características Clínicas:

Es más frecuente localizarlo en la mandíbula. Los lugares afectados habitualmente son las zonas premolar, molar, proceso coronoideo, rama y ángulo.

Existe dolor, tumefacción, entumecimiento, aflojamiento de los dientes y formación de plasmocitomas de tejido blando, expansión, parestesia del labio o de un segmento cutáneo, cerca del mentón. (3, 7, 41, 44)

### Característica Histológicas:

Se compone de capas de células muy apretadas, que se asemejan a plasmocitos. Son células redondas u ovales con núcleos excéntricos que presentan la cromatina dispuesta "en ruedas de carro" o Tableros de ajedrez".

A veces, se ven dos núcleos dentro de la misma célula, pero la actividad mitótica no es grande. Puede haber un halo perinuclear. Existen cuerpos de -- Russell . (2, 13, 41, 44)

#### Características Radiográficas:

Presencia de numerosas zonas radiolúcidas, pequeñas, bien limitadas con bordes periféricos bien definidos dando una imagen de sacabocados. A veces las lesiones pueden tener el aspecto de una desmineralización difusa del hueso: Las trabeculas están decoloradas y confusas, estando algunas resorbida y destruidas; los espacios medulares están agrandados y tienen un color nebuloso, gris claro. Sin embargo las zonas radiolúcidas no tienen una zona circundante de esclerosis, lo que permite diferenciar al mieloma múltiple de los procesos quísticos.

La lámina dura relacionada con las lesiones óseas puede faltar debido a la destrucción causada por el mieloma, y, en algunos casos hay señales de resorción ósea de las raíces por la neoplasia infiltrativa.

En otros casos, pueden unirse varias lesiones líticas pequeñas dando lugar a una masa radiolúcida más grande (7, 12, 23, 41)

#### Diagnóstico Diferencial:

Granuloma Eosinófilo, enfermedad de Hand-Schuller Christian, enfermedad de Letterer-Siwe, Hiperparatiroidismo.

## HIPERPARATIROIDISMO

- El hiperparatiroidismo se denomina también osteítis fibrosa quística generalizada o enfermedad de Recklinghausen.

El hiperparatiroidismo puede ser primario o secundario.

La función primaria de la PTH consiste en mantener los niveles sanguíneos de Ca y P. lo consigue destruyendo substancia ósea, con lo cual libera sales de Ca y regulando la excreción renal de P.

El hiperparatiroidismo secundario es consecuencia de la excesiva secreción de PTH para compensar otras alteraciones metabólicas.

En general, aquéllas que produzcan retención de fosfatos o depleción de Ca provocarán aumento de la actividad metabólica de las glándulas paratiroides. (3, 13, 41, 44)

Edad: Adultos (2a. y 4a. década de la vida)

Sexo: Predilección femenino (2, 3, 41)

### Características Clínicas:

Hay debilidad, fátiga, constipación, polidipsia, poliuria, cálculos urinarios, rigidez articular, dolores abdominales, aumento de la Ca sanguínea, descenso de nivel de P en sangre, incremento de Ca y P en orina.

Vómitos, anorexia, dolor muscular, osteoporosis, resorción marcada de hueso fracturas espontáneas,

aflojamiento de dientes. (7, 3, 41, 44)

#### Características Histológicas:

Resorción osteoclástica de trabéculas del hueso esponjoso a lo largo de los vasos sanguíneos del sistema haversiano de la cortical. En las zonas de resorción también hallamos que revisten islas de hueso. La fibrosis es marcada en espacios medulares.

Los fibroblastos reemplazan las trabéculas resorbidas, en las islas fibrosas hay hemorragias recientes y antiguas con mucha hemosiderina.

Se forman después osteoclastomas: Masas de fibroblastos que proliferan en forma de sincitio laxo, entre el cual hay abundantes capilares y espacios sanguíneos revestidos de endotelio, eritrocitos, muchas zonas de hemosiderina e innumerables células gigantes multinucleadas. (3, 7, 13, 41)

#### Características Radiográficas:

Las radiografías periapicales de los maxilares pueden presentar una radiolúcidez generalizada. Más tarde se forman zonas redondas u ovals bien definidas, que pueden ser lobuladas.

Se pueden ver pequeñas zonas quísticas por lo cual es llamada osteitis fibrosa quística. Lo cual es preciso diferenciarla del mieloma múltiple y granuloma eosinófilo. Si éstas se presentan en mandíbula deben ser diferenciadas el ameloblastoma.

En algunos casos las alteraciones finales proporcionan un aspecto de "fondo de vaso", "moteado-

granular", "vidrio esmerilado". En estos casos también se afecta la lámina dura o cortical alveolar mostrando diversos grados de disolución (desde una forma escasamente apreciable hasta una destrucción total). (2, 12, 23, 44)

#### Diagnóstico Diferencial:

Granuloma eosinófilo, enfermedad de Hand-Schuller-Christian, enfermedad de Letterer, mieloma múltiple, granuloma central de células gigantes.



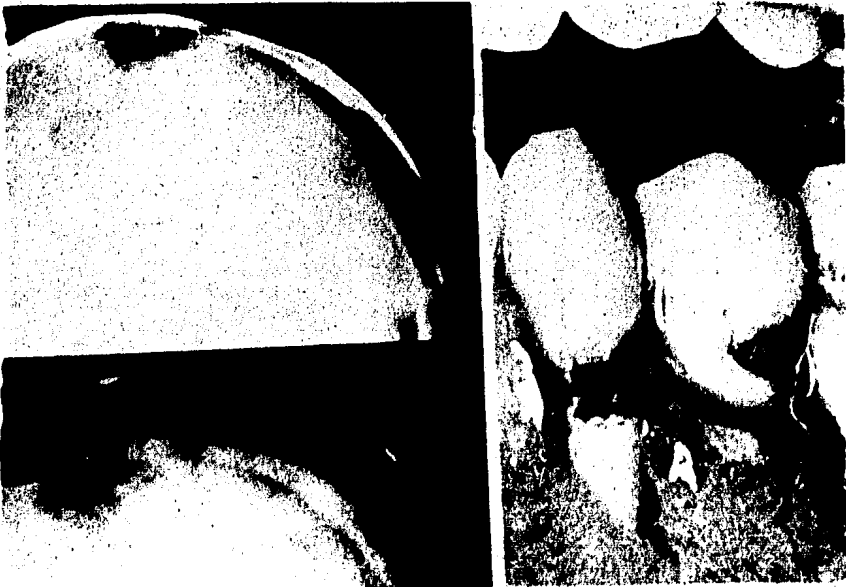
**GRANULOMA EOSINOFILO**



**HIPERPARATIROIDISMO**



ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN



ENFERMEDAD DE HAND-SCHULLER-CHRISTIAN



ENFERMEDAD DE LETTERER-SIWE .



## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S.N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company, Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology. J.B. Lippincott Company, Philadelphia Toronto, -- Third Edition.
- 10.- Garcés, M. Histiocitosis. Revista ADM Vol. -- XXXVIII No. 1. Enero-Febrero 1981.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. Edit. Panamericana, Argentina 1978, 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial - Salvat.
- 16.- Granda, F. Multiples Progressive Eosinophilic Granuloma of the Jaws. Journal of Oral and - Maxillofacial Surgery. Vol. 40 No. 3. March - 1982.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpreta - tion. Volume I. Edit. W.B. Saunders Company - 1978.
- 35.- Pares, G., Histiocitosis X. Revista ADM, Vol. XXXVI, No. 3 Mayo-Junio 1979.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit. - Interamericana. 3a. Edición 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral. Editorial Salvat México 1979.

Patología.	Max	Mand	Fcte Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas.
Hiperparatiroidismo.	X	X		F	Adultos Jóvenes	Aumento de la secreción de la PTH	Aumento del Ca. sangüíneo. Disminución del P en sangre. Incremento de Ca y P en orina.	Resorción osteoclástica del hueso esponjoso, osteoblastos que revisten islas de hueso, recién formado por fibroblastos.	Zona radiolúcida con aspecto de fondo de vaso moteado granular o vidrio esmerilado.

Patología	Mand	Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas
Granuloma. Eosinófilo.	Max	X	M	Adultos jóvenes	Desconocida	Lagas, mal aliento, pus, aflojamiento de dientes, sabor desagradable, anCIAS tumefactas.	Histiocitos, eosinófilos, estromas fibrovasculares de necrosis, macrófagos.	Zona radiolúcida con bordes definidos, los dientes parecen suspendidos en el aire, la corteza suele estar destruida.
E. Hand Schuller Christian	X	X	M	La década de la vida.	Desconocida	Exoftalmos Lesiones óseas Diabetes insípida.	Histiocítica proliferante vascular granular, xantomatosa difusa, fibrosa cicatrizal.	Zona radiolúcida con apariencia de sacabocados.
E. Letterer Siwe	X	X	No hay predilección	Niños 2 años	Desconocida	Erupción cutánea que puede ser eritematosa equimótica o ulcerada.	Histiocitos mal diferenciados que muestran pleomorfismo e hiperchromatismo.	Zona radiolúcida mal definida con poca respuesta reactiva periférica.
Mieloma Múltiple	X	Premolar Molar Proceso coronario, Rama Angulo	M	Adulto	Células articulares de la médula ósea.	Dolor, tumefacción aflojamiento de dientes, formación de plasmocitomas de tejido blando, expansión de cortical.	Capa de células muy apretadas que asemejan plasma. Núcleos excéntricos, las células presentan cromatina dispuesta en ruedas de carro o tableros de ajedres.	Zona radiolúcida con bordes definidos, con imagen de sacabocados.

**CAPITULO VII****LESIONES RADIOLUCIDAS DE DISTINTO ASPECTO**

## QUISTE PERIODONTAL LATERAL

El quiste periodontal lateral es una cavidad anormal que se relaciona con la parte lateral de la raíz de un diente erupcionado con vitalidad.

### Etiología:

No está bien definida, se cree que aparece a partir de:

Un diente supernumerario abortado o que crece a partir de los residuos epiteliales de la membrana epitelial o por un resto de la lámina dental.

Edad: Adultos.

Sexo: No hay predilección.

### Características Clínicas:

Más frecuente en canino y premolares inferiores, el diente involucrado tiene vitalidad y es asintomático.

### Características Histológicas:

Es un saco hueco con una pared de tejido conectivo revestido, en la superficie interna tiene una capa de epitelio escamoso estratificado no queratinizado. El epitelio suele ser delgado y ofrece pocos signos de proliferación. Tiene un aspecto peculiar en el sentido que las células individuales tienen citoplasma claro y núcleo pequeño. Puede haber células inflamatorias en la pared conectiva, como una reacción secundaria.

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida, en aposición a la superficie lateral de una raíz, pequeña, raras veces mayor de un centímetro de diámetro, y puede o no ser bien - circunscrita. En la mayor parte de los casos los - bordes son definidos y a veces está rodeada de una delgada capa de hueso esclerótico. Las raíces ve - cinas presentan cierta divergencia. (3, 7, 12, 13, 41, 44).

### Diagnóstico Diferencial:

Quiste primordial, quiste globulomaxilar.

Denominado también como quiste óseo solitario, hemorrágico, de extravasación u óseo unicameral.

No representa un quiste epitelial verdadero. Cavidad llena de fluidos con delimitación del hueso por tejido de granulación o membrana fibrosa. (41, 44)

#### Etiología:

Desconocida, aunque se cree que se forma a -- partir de una hemorragia intramedular consecuencia de una lesión traumática. (2, 13)

Edad: Jóvenes adultos

Sexo: Ligera predilección por masculino (3, 12)

#### Características Clínicas:

La zona que con mayor frecuencia se presenta es la del canino inferior y la rama, el segundo - sitio de elección es la sínfisis mandibular.

Existe antecedentes de trauma, puede persistir por mucho tiempo, producir un agrandamiento del - maxilar, pocas veces es doloroso, los dientes de la zona son vitales. (3, 7, 47, 44)

#### Características Histológicas:

Degada membrana de tejido conectivo que tapiza la cavidad la cual puede tener tejido de granula - ción fibroso que usualmente muestra moderadamente inflamación. (2, 13, 41, 44)

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida suavemente contorneada de tamaño variable, a veces con un delgado borde esclerótico, según sea la antigüedad de la lesión.

Algunos quistes traumáticos solo miden un centímetro de diámetro, pero puede haber otros de -- gran tamaño que abarquen la mayor parte de la zona molar del cuerpo mandibular, así como parte de la rama ascendente.

Cuando la radiolúcidez engloba las raíces de los dientes la cavidad puede tener aspecto lobulado o festoneado dado por la extensión entre raíces. Es raro que los dientes se desplacen, y en la mayor parte de los casos la lámina dura está intacta. (12, 23, 41, 44)

### Diagnóstico Diferencial:

Queratoquiste, granuloma central de células-- gigantes.



## CAVIDAD OSEA IDIOPATICA

Conocida como defecto óseo embrionario, cavidad ósea mandibulolingual.

La cavidad ósea idiopática no es en realidad un quiste, ya que la cavidad carece de revestimiento epitelial, no tiene cápsula y muchas veces esta vacía.

## Etiología:

Desconocida

Edad: Niños y adolescentes (8 y 15 años)

Sexo: No hay predilección

## Características Clínicas:

Se presenta en la mandíbula, se localiza habitualmente debajo del conducto dentario inferior -- entre el ángulo mandibular y el primer molar, puede observarse también en la parte anterior del maxilar y es asintomático.

## Características Histológicas:

Los hallazgos histopatológicos de una cavidad ósea idiopática son verdaderamente pobres ya que, como máximo se encuentran diminutos fragmentos histiósicos, aunque se sospeche su origen conjuntivo, la mayor parte de los mismos son de difícil identificación.

### Características Radiográficas:

La lesión es intraósea radiolúcida, cuyo tamaño oscila entre 1 a 7 cm. de diámetro o más. Si situada por lo general debajo del conducto dentario inferior, su forma puede ser redonda, oval o elíptica y en algunos casos adquiere una forma multilobulada, cuyas ramificaciones se extienden entre las raíces de los dientes contiguos. Los bordes periféricos suelen estar muy bien delimitados y a veces acentuados por una delgada línea hiperostática. No dilata la tabla cortical. (2, 3, 12, 13, 41)

**Diagnóstico Diferencial:** Quiste primordial

## MEDULA HEMOPOYETICA

Denominada como defecto osteoparótico focal-- de médula ósea de maxilares.

La médula ósea puede ser estimulada como reacción a exigencias poco comunes de mayor producción de eritrocitos y que esta médula hiperplástica, - llega a extenderse entre las trabéculas óseas adyacentes lo cual aparece radiográficamente.

Edad: Adultos

Sexo: Predilección femenino

#### Características Clínicas:

Se presenta con mayor frecuencia en la mandíbula, la zona de los premolares y molares consti - tuyen la localización preferida. Es asintomática.

#### Características Histológicas:

Médula hematopoyética típica, con inclusión de grasa, megacariocitos y células inmaduras de las - series polimorfonucleares y eritrocítica.

#### Características Radiográficas:

Aparece una zona radiolúcida de tamaño varia - ble, de unos mm a cm. o mayor, con una periferia - mal definida, indicio de falta de reactividad del - hueso adyacente. Las lesiones son muy comunes en - zonas desdentadas. (2, 3, 13, 41, 44)

Diagnóstico Diferencial: Mieloma múltiplo, --  
Histiocitosis X

## OSTEOPOROSIS FISIOLÓGICA

El término osteoporosis designa una insuficiente deposición de matriz ósea por los osteoblastos. Es la enfermedad metabólica de los huesos.

Edad: Es la senectud

Sexo: Predilección femenino

### Características Clínicas:

Mayor pérdida de masa ósea que la provoca los cambios normales que produce la edad en el hueso. Carece de síntomas clínicos.

### Características Histológicas:

No hay evidencia clara de disfunción osteoclastica u osteoblástica. Hay disminución de la cantidad de trabéculas óseas.

### Características Radiográficas:

Radiolucencia difusa del maxilar y la mandíbula, en los casos leves o moderadamente avanzados las láminas duras están intactas y son normales. Existen espacios medulares óseos más marcados de lo normal, decoloración o pérdida de numerosas trabéculas, cortical menos densa y más delgada de lo normal. En aquellas que tiene osteoporosis intensa puede observarse diversos grados de disolución. Los dientes no se afectan. (2, 3, 12, 13, 41, 44)

### Diagnóstico Diferencial:

Mieloma múltiple, Histiocitosis X.

## QUISTE GINGIVAL

Este quiste posee tejido blando gingival, que aparece en la encía libre o insertada. (41)

### Etiología:

Puede formarse por: Tejido glandular heterotópico, por alteración degenerativa en el brote epitelial proliferante, restos de la lámina dental, - del órgano del esmalte o islas epiteliales del ligamento periodontal o implantación traumática del epitelio.

De todas estas etiologías las dos últimas son las más válidas por lo que se basa para decir que hay dos formas de quistes gingivales:

- 1) El que se origina por degeneración quística de la lámina dental o en "las glándulas" o restos de Serres.
- 2) El que se origina por implantación traumática--del epitelio superficial. (2, 13, 41, 44)

Edad: En la senectud

Sexo: No hay predilección (2,3)

### Características Clínicas:

Dos veces más frecuente en la mandíbula que - en el maxilar, resulta afectada la zona entre el - incisivo lateral y el premolar, se observa en la - encía bucal, los dientes de la zona son vitales.

Lesión circunscrita, elevada, a veces móvil, no ulcerada, de la encía adherente y de la mucosa-alveolar. (7, 12, 41, 44)

### Características Histológicas:

Cavidad que puede contener líquido, tapizada de epitelio por lo general escamoso aplanado y muy delgado. Hay formación de queratina y puede o no presentar infiltración celular inflamatoria. (2, 13, 41, 44)

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida circunscrita la cual es a menudo confundida con el agujero mentoniano, aunque aparece en los tejidos blandos, en el 50% de los casos la tabla cortical es erosionada desde el lado perióstico. (3, 12, 41, 44)

El hemangioma no es un tumor verdadero sino - malformaciones vasculares o un resultado de inflamación crónica en la que se forma masas de tejido de reparación vascular. (13, 41, 44)

#### Etiología:

Probablemente de origen congénito

Edad: Jóvenes (2a década de la vida)

Sexo: Predilección femenino (3, 25, 33)

#### Características Clínicas:

Lesión poco común, más frecuente en la mandíbula, suele ser bastante pequeño o a veces ser de gran tamaño y provocar una notable asimetría facial. Existe aumento de volumen duro e indoloro, de crecimiento lento, que ocurre durante varios meses o años, puede expandir y adelgazar las corticales.

Hay un murmullo audible, hipertermia del lado afectado, fluencia profusa de sangre después de una extracción, hemorragia alrededor del cuello de los dientes en la zona involucrada, con menos frecuencia dolor y parestesia, hay movilidad dental. (7, 25, 33, 41)

#### Características Histológicas:

En el tipo cavernoso los espacios sanguíneos están formados por endotelio y separados por una cantidad variable de tejido fibroso. Los vasos por tanto pueden ser amplios, notorios y a menudo de forma irregular y tortuosa. Pueden expandirse para

formar grandes cavidades llenas de sangre.

En el tipo capilar los espacios sanguíneos --son pequeños y están rodeados por una considerable cantidad de tejido fibroso laxo.

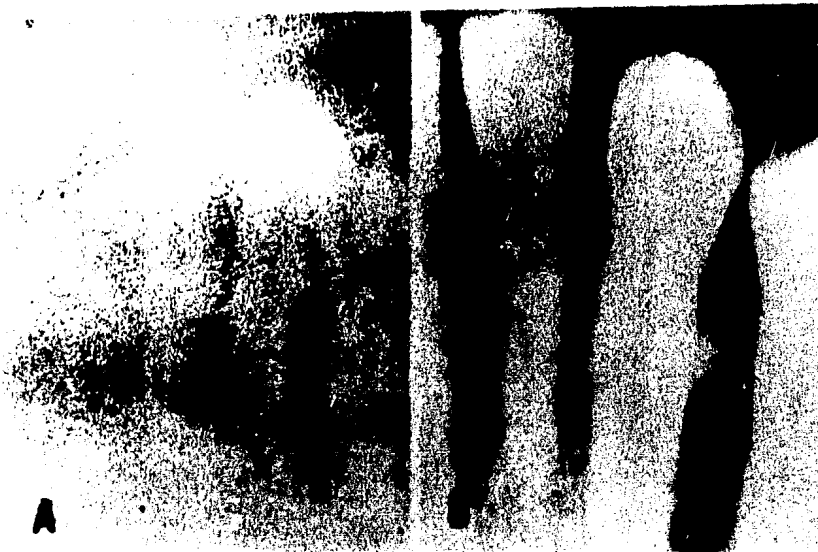
Es frecuente que en uno y otro caso se encuentre infiltrado de tipo inflamatorio. (13, 25, 33, 44)

#### Características Radiográficas:

Las radiografías ponen de manifiesto una radiolucencia con aspecto semejante a celdillas de abeja, o carente de características especiales. En algunos casos se han descrito radiolucencias con trabeculaciones lineales . (12, 33, 41)

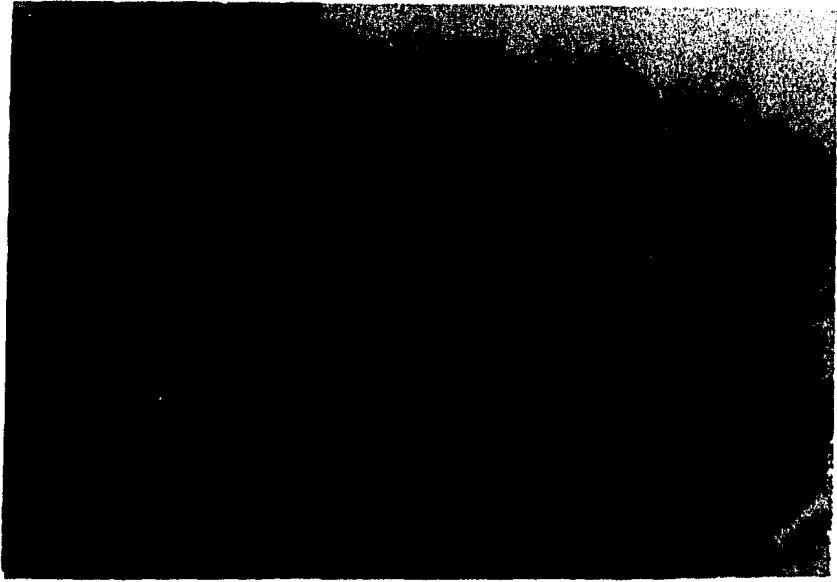
Diagnóstico Diferencial: Granuloma Central de Células Gigantes.





QUISTE PERIODONTAL LATERAL

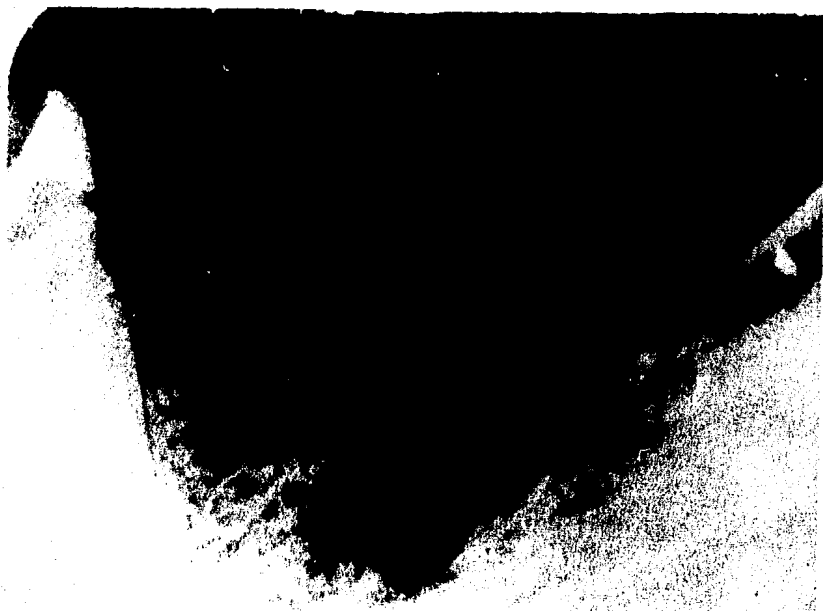




QUISTE TRAUMATICO



MEDULA HEMOPOYETICA



OSTEOPOROSIS FISIOLÓGICA



QUISTE GINGIVAL



QUISTE GINGIVAL



HEMANGIOMA

## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo.  
3a. Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S.N. Radiographic Interpretation -  
for the dentist. Masby Company, Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology, J.B.  
Lippincott Company, Philadelphia Toronto, Third  
Edition.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología.  
Edit. Panamericana, Argentina 1978, 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial  
Salvat.
- 23.- Kastle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation.  
Volume 1. Edit. W.B. Saunders Company 1978.
- 25.- Liceaga, C. Hemangioma, Revista ADM, Vol. XXXV,  
No. 1 Enero-Febrero 1978.
- 33.- Navarrete, F. Hemangioma cavernoso central de  
mandíbula. Revista ADM, Vol. XXXV, No. 2. -  
Marzo-Abril 1979.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit. -  
Interamericana 3a. Edición 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral --  
Editorial Salvat, México 1979.

Patología.	Max	Mand	dientes	Sexo	Edad	Etiología	C.Clinicas	C.Histológicas	C.Radiograficas
Quiste Periodontal lateral.		X	Canino Premolar	No hay predilección.	Adultos	Diente supernumerario - abortado.	Dientes vitales y asintomático.	Saco hueco revestido de T.C. epitelio escamoso estratificado no queratinizado.	Zona radiolúcida rodeada por una capa delgada de hueso estereotípico.
Quiste traumático.		X	Canino Rama Sinfisial		Jóvenes Adultos	Desconocida * aunque se cree que es por un traumatismo	Dientes vitales pocas veces dolorosas agrandamiento del maxilar.	Delgada membrana de T.C. tejido de granulación fibroso.	Zona radiolúcida con borde delgado - esclerótico.
Cavidad ósea idiopática.		X		No hay predilección	Jóvenes	Desconocida	Se localiza debajo del conducto dentario inferior entre el ángulo y primer molar.	No tiene cápsula a veces está vacía carece de revestimiento epitelial	Zona radiolúcida no dilatada la tabla cortical bordes bien delimitados.
Médula Hematógena		X	Premolar Molar	F	Adultos	Aumento en la producción de eritrocitos	Asintomático	Mogacariocitos, células inmaduras. Médula hematopoyética con inclusión de grasa.	Zona radiolúcida periférica mal definida, muy comunes en regiones desdentadas.
Osteoporosis Fisiológica	X	X		F	Senectud	Metabolismo de hueso	Carece de sintomas clínicos	No hay evidencia de disfunción osteoclastica u osteoblastica.	Zona radiolúcida difusa, los espacios modulares más marcados de lo normal.

Patología	Max	Mand	Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C. Clínicas	C. Histológicas	C. Radiográficas.
Quiste Gingiva		X	I.L. Premolares.	No hay predilección.	Senectud.	Tejido granular heterotópico, resto de lamina dentaria, órgano del esmalte.	Dientes vitales lesión móvil no ulcerada.	Cavidad que contiene líquido tapizado por epitelio escamoso aplastado y muy delgado, forma ción de queratina.	Zona radiolúcida la tabla cortical es erosionada desde el lado perióstico.
Hemangioma central		X		F	Jovenes	Congénita	Asimétrica facial cuando espaciosa grande murmullo audible fluencia profuza de sangre después de una extracción.	Cavernoso: Espacios sanguíneos formados por endotelio y separados por tejido fibroso Capilar: Espacios sanguíneos pequeños rodeados por una considerable cantidad de tejido fibroso-laxo.	Zona radiolúcida con aspecto semejante a celdillas de abeja.



CAPITULO VIII

LESIONES RADIOLUCIDAS QUE DESTRUYEN TABLAS  
CORTICALES

## OSTEOMIEELITIS

Inflamación progresiva de tejido óseo, por lo general de origen infeccioso, que tiende a extenderse y en algunos casos puede comprometer todo el hueso. La extensión y el carácter de los cambios se producen en el hueso dependen del estado de la enfermedad, de la resistencia del hueso y de la virulencia de la infección.

### Osteomielitis Aguda:

La osteomielitis supurativa aguda del maxilar es una secuela grave de las infecciones periapicales que a menudo terminan en la extensión difusa de la infección por los espacios medulares, con la ulterior necrosis de cantidades variables de hueso. (3, 13, 41, 44)

### Etiología:

Infección dentaria, pero ésta no es una afección particularmente común. (2, 44)

Edad: No hay predilección

Sexo: No hay predilección (3, 41)

### Características Clínicas:

Cuando se presenta en el maxilar la lesión está bien localizada mientras que en la mandíbula, la lesión ósea tiende a ser más difusa y extendida. La infección puede extenderse con rapidez, destruir y atravesar la cortical ósea y el periostio, e invadir los tejidos blandos que lo rodean para originar una celulitis de la cara o cuello.

La parestesia o anestesia del labio es común en los casos mandibulares. Hay elevación de la temperatura. Existe linfadenopatía regional. Los dientes de la zona afectada están flojos y duelen, de manera que resulta difícil, si no imposible, comer. (7, 12, 41, 44)

#### Características Histológicas:

Espacios medulares ocupados por exudado inflamatorio que puede o no haberse transformado en pus.

Células inflamatorias principalmente, leucocitos polimorfonucleares y neutrófilos, se ven algunos linfocitos y plasmocitos.

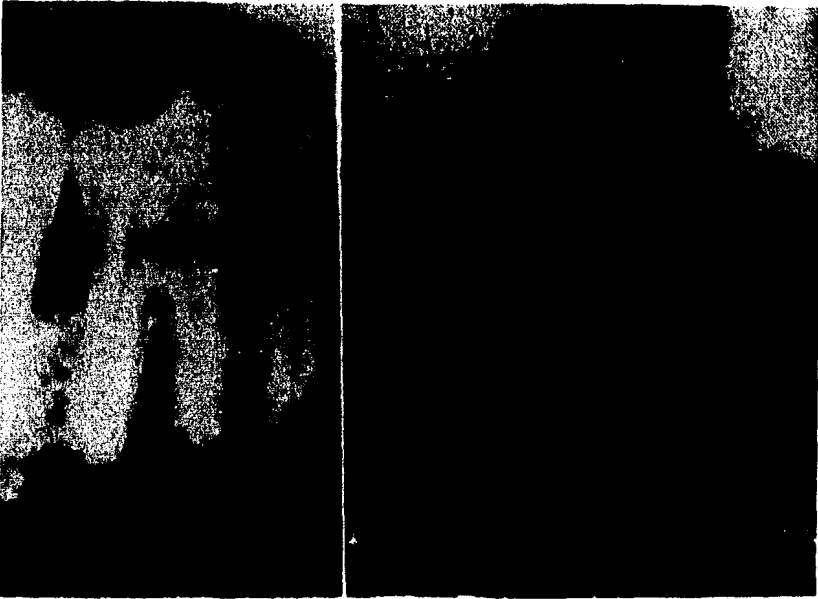
Los osteoblastos que bordean las trabéculas óseas suelen estar destruidos, según la duración del proceso y estos pueden perder su viabilidad y comenzar una lenta resorción. (3, 13, 23, 41)

#### Características Radiográficas:

Durante los primeros días después de la infección, es probable que no haya prueba radiográfica ni alteración del patrón trabecular o destrucción de hueso. El primer cambio se manifiesta por trabeculaciones indiferenciadas y destrucción ósea en el sitio de la infección.

En muchos casos la destrucción del hueso sigue un patrón lineal, y entre los conductos de destrucción hay, en un estado de la enfermedad zonas donde las trabéculas se conservan bien; es decir, segmentos de hueso que al parecer han resistido en forma temporaria la destrucción. Más tarde es factible que los segmentos pierden su vitalidad y formen sequestros. (3, 12, 13, 44)

Diagnostico Diferencial: Cementoma.



OSTEOMIEELITIS

## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. Edición Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar. S.N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby, Company, Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology, J.B. Lippincott Company, Philadelphia Toronto, -- Third Edition.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. Edit. Panamericana, Argentina 1978. 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial -- Salvat.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretation. Volume I Edit. W.B. Saunders Company 1978.
- 41.- Shafer W. Tratado de Patología Bucal. Edit. Interamericana 3a. Edición 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral . Editorial Salvat México 1979.

**CAPITULO IX**

**LESIONES RADIOLUCIDAS EN LAS**

**SUTURAS MAXILARES**

## QUISTE NASOPALATINO

Dependiendo de la zona donde se desarrolla - este quiste puede llamarse quiste de la papila - palatina o quiste del conducto incisivo.

El quiste nasopalatino, es un saco intraóseo cerrado, tapizado por epitelio. (28, 41, 44)

### Etiología:

Se origina por la proliferación de restos epiteliales del conducto nasopalatino. (2, 7, 13, 28)

Edad: No hay predilección

Sexo: No hay predilección (3, 7, 28, 41)

### Características Clínicas:

Es asintomático, la túnica mucosa es normal, los dientes de la zona son vitales, puede presentar dolor cuando se infectan y muchas veces presentan un agrandamiento de la línea media anterior - del paladar. (2, 13, 28, 41, 44)

### Características Histológicas:

Los quistes nasopalatinos muestran un revestimiento de epitelio respiratorio y/o escamoso estratificado.

Presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de tejido conjuntivo (lo cual distingue esta lesión de otros quistes) e infiltración de linfocitos y plasmocitos. (3, 12, 13, 28, 41).

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida, oval o acorazonada, por lo general simétrica, bilateral y bien delimitada. La zona está en la línea media entre las raíces de los incisivos centrales superiores, o sobre ellas, puede producir la separación o la divergencia de las raíces.

No siempre es posible distinguir radiográficamente entre un quiste pequeño y el agujero incisivo. (2, 12, 23, 28, 44)

### Diagnóstico Diferencial:

Quiste globulomaxilar, quiste nasoalveolar, quiste palatino medio y quiste alveolar mediano.



El quiste globulomaxilar se encuentra dentro del hueso, en la unión de la porción globular de la apófisis nasal media y la apófisis maxilar, la fisura globulomaxilar, casi siempre entre el incisivo lateral y el canino superior.

#### Etiología:

Se forma a partir de restos epiteliales atrapados en la región de la sutura incisiva (es decir, la sutura entre el maxilar y el premaxilar y no entre los procesos embrionarios globular (nasal mediano) y maxilares), como han indicado casi todos los investigadores.

Edad: Adultos (aparece antes de los 30 años)

Sexo: No hay predilección

#### Características Clínicas:

Se observa entre el canino y el incisivo lateral del maxilar, donde puede producir un agrandamiento, así como también migración de los dientes adyacentes, los dientes de la zona son vitales.

#### Características Histológicas:

Cavidad quística revestida de epitelio escamoso estratificado o columnar cilíndrico. El resto de la pared se compone de tejido conjuntivo fibroso, que presenta infiltrado celular inflamatorio.

### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida invertida y en forma de pera, entre las raíces de los incisivos lateral y canino, dando lugar a un desplazamiento moderado o intenso; la zona radiolúcida es homogéneamente oscura; la lámina dura de la cara distal de la raíz lateral y de la cara media de la raíz del canino suelen faltar; y el borde periférico del quiste no está también delimitado como sería de esperar en los quistes centrales.

A veces suele ser de un tamaño enorme en cuyo caso puede extenderse por encima de los ápices de los caninos y de los incisivos laterales y alcanzan el ápice del incisivo central o del primer premolar. (3, 7, 12, 13, 41, 44)

### Diagnóstico Diferencial:

Quiste nasopalatino, quiste nasoalveolar, -  
quiste palatino mediano, quiste alveolar mediano, -  
quiste periodontal lateral.

## QUISTE NASOALVEOLAR

Llamado también quiste nasolabial o quiste de Klestadt.

Es un quiste fisural raro que puede afectar secundariamente.

### Etiología:

Se deriva de restos epiteliales localizados en la unión de los procesos globular, nasolaterales - y maxilares.

Edad: Adultos

Sexo: Predilección femenino

### Características Clínicas:

Más frecuente en la raza negra, todos los dientes de la región poseen vitalidad, hay dolor intermitente, produce hinchazón en el pliegue mucoves-tibular así como en el piso de la nariz, capaz de producir erosión superficial de la superficie externa del maxilar.

### Características Histológicas:

Tapizado de epitelio columnar pseudoestratificado que a veces es ciliado, frecuentemente con células caliciformes, o de epitelio escamoso estratificado.

### Características Radiográficas:

Las radiografías no muestran ninguna alteración ósea. Sin embargo, puede aparecer una radiolucia.

cencia si el quiste produce una resorción ósea por presión desde el lado del periostio. (2, 3, 7, -- 12, 13, 41, 44)

#### Diagnóstico Diferencial:

Quiste nasopalatino, quiste gobulomaxilar, - quiste palatino mediano, quiste alveolar mediano.

## QUISTE PALATINO MEDIO Y QUISTE ALVEOLAR MEDIANO

El término quiste palatino medio se aplica a una lesión que se presenta en la línea media del paladar.

El quiste alveolar mediano es una lesión cerca del proceso alveolar inmediatamente por detrás de los incisivos centrales.

## Etiología:

Se origina en el epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apófisis palatinas del maxilar.

## Características Clínicas:

Se encuentra en la línea media del paladar duro entre las apófisis palatinas laterales.

La túnica mucosa puede ser pálida o blanqueada, no hay ulceración, es indolora. Presenta tumefacción sólida en la línea media del paladar.

## Características Histológicas:

Quiste revestido de epitelio columnar ciliado (respiratorio), escamoso estratificado o pseudoestratificado. La cavidad quística contiene restos celulares, líquidos o queratina.

El tejido conjuntivo periepitelial puede mostrar una leve infiltración linfocítica y plasmocítica.

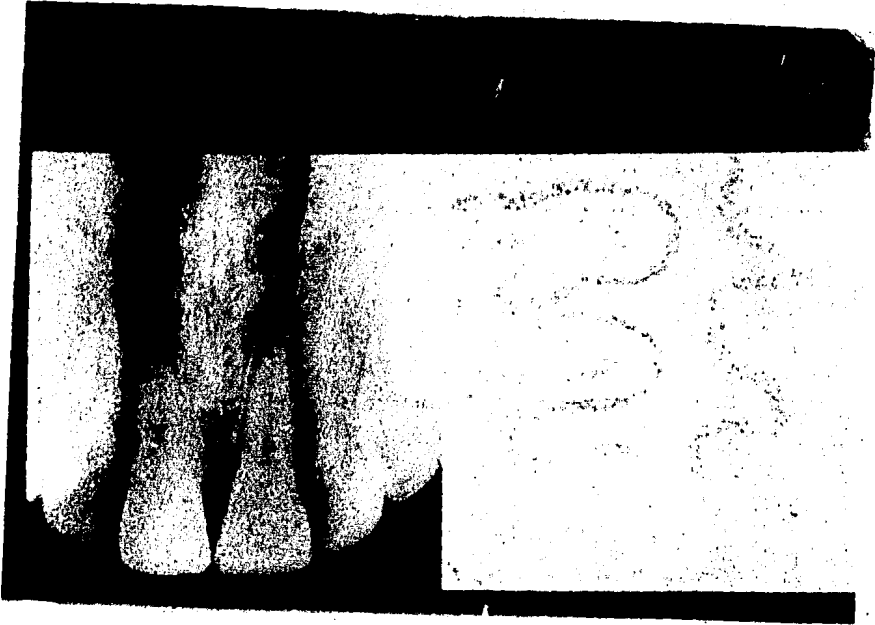
### Características Radiográficas:

Zona radiolúcida bien circunscrita, frente -- al sector de premolares y molares, frecuentemente bordeada de una capa de hueso esclerótico.

Dada su posición anterior, puede confundirse con el nasopalatino, pero se distingue de él por su situación más baja y anterior. (3, 12, 23, 41, - 44)

### Diagnóstico Diferencial:

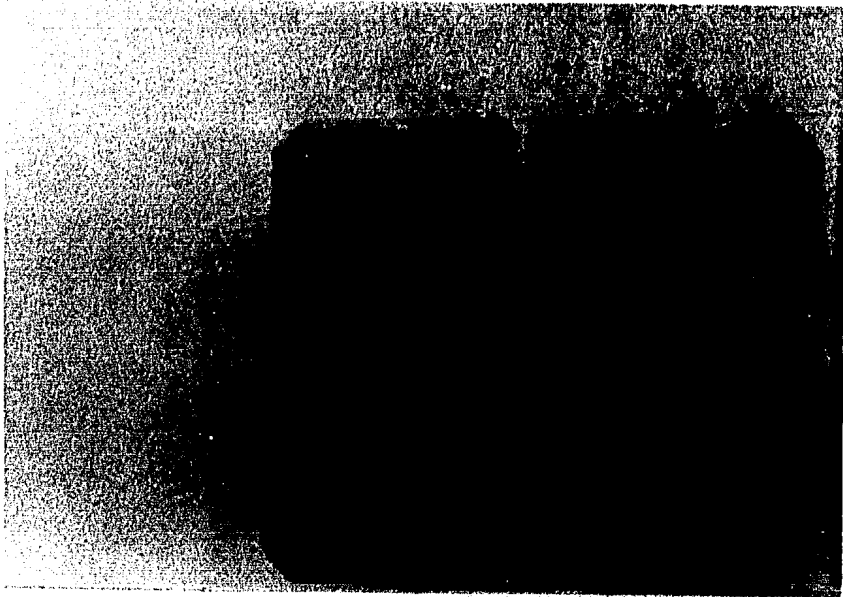
Quiste nasopalatino, quiste globulomaxilar, - quiste nasoalveolar.



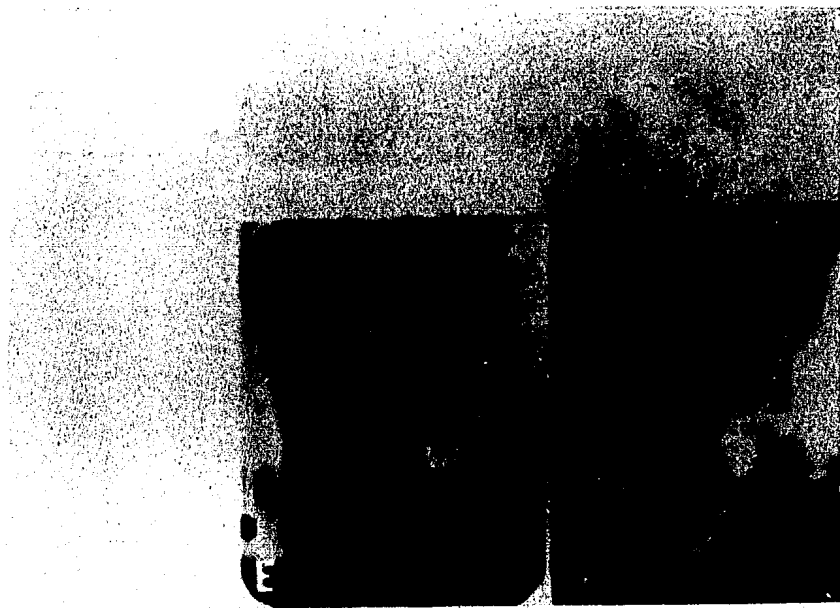
QUISTE NASOALVEOLAR



QUISTE DE LA PAPILA INCISIVA



QUISTE DEL CONDUCTO INCISIVO



QUISTE GLOBULOMAXILAR



## BIBLIOGRAFIA

- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. -  
3a. Edición Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar, S.N. Radiographic Interpretation for-  
the dentist. Mosby Company. Second Edition.
- 7.- Colby, R. Color Atlas of Oral Pathology. J.B.  
Lippincott Company, Philadelphia Toronto, ---  
Third Edition.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología.  
Edit. Panamericana, Argentina 1978. 1a. Edi -  
ción.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial --  
Salvat.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpreta -  
tion. Volume I Edit. W.B. Saunders Company. -  
1978.
- 28.- Martínez J. Quiste nasopalatino, Revista ADM  
Vol. XXXIV, No. 3 Mayo-Junio 1978.
- 41.- Shafer, W. Tratado de Patología Bucal. Edit.  
Interamericana 3a. Edición 1977.
- 44.- Zegarelli, E. Diagnóstico en Patología Oral.  
Editorial Salvat México 1979.

Patología.	Max	Mand	Fcte Dientes	Sexo	Edad	Etiología	C.Clinicas	C.Histologicas	C.Radiogra- fias.
Quiste Masopalatino.	X		Linea media de los I.C. S. o sobre ellos	No hay predilección.	No hay predilección.	Proliferación de restos epiteliales del conducto masopalatino.	Dientes vitales asintomatico, agrandamiento de la línea media del paladar.	Epitelio respiratorio o escamoso estratificado. Presencia de glándulas mucosas y nervios en la pared de T.C.	Zona radiolúcida que puede producir la divergencia o separación de las raíces.
Quiste Globulomaxilar.	X		Entre canino y lateral.	No hay predilección.	Adultos Jóvenes	Restos epiteliales atrapados en la sutura incisiva.	a Dientes vitales agrandamiento del maxilar.	Cavidad revertida de epitelio escamoso estratificado o columnar cilindrico.	Zona radiolúcida, desplazamiento del L. y C.
Quiste Nasoalveolar.	X			F	Adulto	Restos epiteliales localizados en la unión del proceso globular masolateral y maxilar.	Más frecuente en la raza neogrande intermitente, los dientes poseen vitalidad.	Tapizado de epitelio columnar estratificado que a veces es cilindrico frecuente con células caliciformes.	Zona radiolúcida, ninguna alteración ósea radiográficamente.
Q. Palatino medio. Q. Alveolar medio.			Premolar Molar			Epitelio atrapado a lo largo de la línea de las apofisis del maxilar.	Tumefacción - solidada en la línea media del paladar. la tunica puede ser paratida o blanqueada.	Epitelio respiratorio o escamoso estratificado o pseudoestratificado.	Zona radiolúcida bien circunscrita, situación más baja y anterior que el masopalatino.

**CAPITULO X**  
**CASOS CLINICOS**  
**DE PACIENTES DEL HOSPITAL INFANTIL**  
**DE MEXICO.**

NOMBRE: JIMENEZ ZUÑIGA MARIBEL  
EDAD: 4 11/12 AÑOS  
NO. DE REGISTRO: 596190

Preescolar femenino de 3 11/12 años de edad quien ingreso al Hospital Infantil de México por presentar cuadro de abscesos múltiples en región izquierda de la cara y lesión del hueso subyacente. Antecedente de hospitalización durante 1 mes - 10 días en contagiosos IV por cuadro de abscesos cutáneos y pulmonares múltiples, septicemia por estreptococo y bronconeumonía.

Principio, evolución y estado actual del padecimiento:

Refiere la madre que desde que fué dada de alta el 5/VII-83 presentaba tres pequeños abscesos localizados en el lado izquierdo de la cara, los cuales fueron aumentando de volumen progresivamente con rubicundez de la zona, dolor y calor local. Cedieron parcialmente en 15 días con tratamiento de antibióticos indicado en esta Institución.

Posteriormente dos de ellos localizados uno sobre la rama ascendente de la mandíbula en la región izquierda de la cara y uno submaxilar, comenzaron a drenar material purulento. Después notó la presencia de material de aspecto y consistencia ósea, en el más superior haciéndose más evidente a medida que se desinflamaba la zona. Persisten hasta la actualidad con iguales características.

#### Características Clínicas:

Extraoralmente se aprecia asimetría de la cara a expensas de hundimiento de rama ascendente de

la mandíbula.

Intraoralmente se observa una zona ulcerada, cruenta con trozo de hueso que aflora a la superficie de la zona antes descrita. El absceso submaxilar izquierdo drena a piel.

El 14-IX-83 bajo anestesia general se hizo curetaje, secuestroctomía y extracciones de molares infectados. Se colocó en fístulas submandibulares gases con vehículo graso para cierre por segunda intención.

El 29-IX se realiza biopsia excisional.

Descripción macroscópica:

Se recibe material quirúrgico etiquetado como fragmento de hueso del maxilar inferior y dientes. Como hueso se reciben varios fragmentos de consistencia dura, blanco amarillentos que en conjunto miden 1.4 x 0.8 x 0.4 cm. Como dientes, se reciben cuatro piezas dentarias, tres de ellas muestran la superficie de choque excavada con aspecto necrótico. El resto de las piezas son blanco nacarado.

Descripción microscópica:

Los cortes muestran fragmentos de hueso normal y hueso necrótico rodeado de infiltrado inflamatorio constituido por leucocitos polimorfonucleares, linfocitos y células plasmáticas y fibrosis. Los cortes de los dientes muestran en la cavidad pulpar infiltrado inflamatorio agudo y crónico. En los tejidos blandos periodontales hay también infiltrado de leucocitos polimorfonucleares macrófagos, linfocitos, células plasmáticas y fibrosis.

Diagnóstico Final: Osteomielitis en rama ascendente izquierdo de mandíbula.

NOMBRE: GONZALEZ DEL CASTILLO MARCEL

EDAD: 6 años

No. DE EXPEDIENTE 558582

Paciente masculino de 6 años de edad que acude el 30-VIII-79 al Hospital Infantil de México, para tratamiento de una tumoración localizada en la región del canino superior izquierdo.

Principio, evolución y estado actual del padecimiento:

Refieren los padres que notaron la presencia hace 4 meses de una masa pequeña en el maxilar izquierdo, la cual iba creciendo paulatinamente hasta extenderse a toda la encía de ese lado. Presentando fiebres esporádicas con decaimiento, anorexia, astenia y pérdida de peso.

#### Características Clínicas:

El exámen extraoral revela ligera asimetría facial con aumento de volumen en el maxilar del lado izquierdo.

En el exámen intraoral se observa masa tumoral en región maxilar izquierda que involucra región gingival de lateral temporal hasta molares temporales, de consistencia dura, indolora, en ocasiones sangrante y de crecimiento lento.

#### Exámen Radiográfico:

Una radiografía panorámica mostró una área radiolúcida circunscrita y bien limitada de hueso normal adyacente, observándose reabsorción de las raíces de los dientes involucrados.

El 31-VIII-79 Se realizó biopsia incisional:

Descripción microscópica:

Los cortes muestran mucosa bucal con hiperplasia pseudoepitehematosa, por debajo inflamación crónica.

Predominio de células plasmáticas con proliferación vascular y más profundamente lesión constituida por gran cantidad de células gigantes, que son más abundantes en zonas adyacentes hemorrágicas del estroma.

El diagnóstico dado por el patólogo fué de Granuloma Reparativo de células gigantes.

El 7-XI-79 se realizó cirugía bajo anestesia general previa asepsia y antisepsia. Se procedió a hacer incisión palatina y vestibular en maxilar superior izquierdo limitada por lesión tumoral.

Se realizarón extracciones de 3 dientes temporales anteriores y 2o. molar temporal, incisivo central, lateral, canino, 1o y 2o premolar izquierdos permanentes.

El 7-XI-79 se realiza biopsia excisional, el tumor mide de 4.5 X 3 cm. de dimensión.

Descripción microscópica:

Los cortes muestran una lesión formada por gran cantidad de células gigantes multinucleadas, en un estroma formado por fibroblastos, histiocitos y fibras colágenas. La lesión está cubierta parcialmente por una mucosa de tipo oral, la cual muestra hiperplasia de su epitelio y se encuentra ulcerada.

Inmediatamente por debajo de la mucosa hay -  
infiltrado inflamatorio de tipo agudo y crónico.

Diagnóstico Final: Granuloma Central de Célu\_  
las Gigantes.



NOMBRE: VELAZQUEZ VENCES ANTONIO

EDAD: 12 AÑOS

No. DE EXPEDIENTE: 573221

Paciente masculino de 12 años de edad que acude el 6-Nov.-80 al Hospital Infantil de México para ser tratado de una tumoración localizada en la mandíbula izquierda.

Principio, evolución y estado actual del padecimiento:

Refiere el paciente que hace ocho meses observó un aumento de volumen en el lado izquierdo de la mandíbula, no presentaba ningún síntoma general ni local.

#### Características Clínicas:

En el exámen intraoral se observa tumoración en la parte media de la rama mandibular izquierda de aproximadamente 6 X 6 mm. de consistencia ósea.

#### Exámen Radiográfico:

Zona radiolúcida localizada en la parte media de la rama horizontal izquierda del maxilar inferior, la cual mide 3 X 2.5 cm., expande a la cortical ósea, adelgazandola pero sin llegar a destruirla. Hacia la parte inferior de la cortical se aprecia pérdida de continuidad.

Hay desplazamiento de los alveolos dentarios-vecinos (principalmente premolares y molares).

El 17-XI-80 es intervenido quirúrgicamente, penetrando en la cavidad mandibular izquierda rea-

lizando previa extracción de piezas dentarias, para finalmente realizar drenaje de la cavidad quística con marsupialización, siendo enviado el espécimen a patología, dejando gasa yodoformada en la cavidad, realizando curaciones seriadas, siendo de buena respuesta clínica sin presencia de material purulento, fué mantenido con la penicilina procainica 800 000 u por 7 días, dado de alta.

El 19-XI-80 se realiza biopsia por punción - donde se obtuvo líquido amarillento denso de la - cavidad. La tumoración muestra mucosa de color - blanco rosado, liso, la superficie quirúrgica es - cruenta e irregular, al corte es de consistencia - blanda y tiene un espesor de 0.8 cm., la capa muscular tiene una hemorragia en el límite quirúrgico.

**Diagnóstico Histopatológico: Mandíbula compatible con Ameloblastoma.**

NOMBRE: ARTETA VAZQUEZ MIRNA

EDAD: 11 AÑOS

NO. DE EXPEDIENTE: 394405

Paciente femenino de 11 años de edad que acude el 16-Nov.-78 al Hospital Infantil de México, - para tratamiento de una tumoración localizada en - el maxilar izquierdo.

Principio, evolución y estado actual del padecimiento.

De acuerdo con la paciente y su madre refieren que hace un año y medio notaron aumento de volumen en el lado izquierdo de la cara y un familiar observó dentro de la boca "inflamación" en el paladar izquierdo. Acude al dentista el cual la remite al Hospital Juárez en donde según la paciente le diagnosticaron hemangioma.

Estuvo asistiendo al Hospital Juárez durante un año, en donde recibió tratamiento con esclerosantes en inyecciones directas dentro de la lesión.

Hace tres meses que no se observa aumento en la lesión. Del Hospital Juárez la mandan al Instituto de Cancerología para evaluación, pero no es admitida y la canalizan al Hospital Infantil de México.

#### Características Clínicas:

Extraoralmente se observa deformidad por aumento de volumen en el tercio medio de la cara, - que ocupa área del maxilar superior izquierdo con involucreción de pirámide nasal del mismo lado y -

por debajo de la órbita.

Intraoralmente se observa deformidad por aumento de volumen en el tercio medio de la cara, que ocupa área del maxilar superior izquierdo con involución de pirámide nasal del mismo lado y por debajo de la órbita.

Intraoralmente se observa cambio en la posición dentaria con vestibularización de dientes de la zona y separación del central y lateral.

La lesión mide externamente 5 X 5 cm. La tabla externa se encuentra abombada desde la línea media hasta la región de molares. En el paladar se extiende más allá de la línea media.

Los tejidos adyacentes no presentan cambios de coloración.

El 29-III-79 se realizó cirugía bajo anestesia general (hipotensora). Previa asepsia y antisepsia se hizo incisión de Weber-Ferguson sin extensión a borde de órbita. Se logro vestíbulo de maxilar izquierdo y se levantó mucosa palatina limitandose la lesión ósea, con cinceles se separó de incisivo central izquierdo hasta segundo premolar del mismo lado, hacia arriba hasta el borde infraorbital y en paladar hasta línea media.

La lesión se removió en su totalidad, se suturó en catgut intraoral y nylon en piel.

La paciente salió de sala en buenas condiciones.

Diagnóstico Final: Granuloma Central de Células gigantes.

La paciente ha sido controlada hasta la fecha, observandose que ni clínica ni radiográficamente - hay reincidencia de la tumoración, con lo que se - le sugiere que este en contacto directo con el pro tesista para su rehabilitación total.

## RESULTADOS

La diferenciación de las patologías que se --  
presentan en boca, no solo se puede hacer en base  
a sus características clínicas, características -  
radiográficas, etiología y localización, sino que  
es importante tener un estudio histológico para -  
así poder descartar las lesiones que pudieran con-  
fundirnos, teniendo como ejemplo: El absceso, gra-  
nuloma y quiste.

Estas tres patologías presentan característi-  
cas similares tales como: Se localizan con mayor -  
frecuencia en el maxilar, en dientes anteriores, -  
en personas adultas, no tienen predilección por al-  
gún sexo y son causadas por una infección bacteriaa  
na.

Radiográficamente observamos una zona radiolú-  
cida redonda u oval en el ápice del diente afecta-  
do, rodeada por una línea hiperostótica.

Toda esta similitud hace que el diagnóstico -  
se torne difícil a de establecer por lo que se ne-  
cesita de un estudio histopatológico para poder -  
descartar cada una de ellas.

## CONCLUSIONES

Al revisar la literatura con respecto a las patologías radiolúcidas que afectan al maxilar y la mandíbula, nos percatamos que es de suma importancia el conocer la etiología, características clínicas, características radiográficas e histológicas para establecer un diagnóstico diferencial correcto de las alteraciones.

Es responsabilidad del cirujano dentista estar preparado para poder prevenir problemas que puedan influir en la función y longevidad del paciente odontológico.

## PROPUESTAS

La preparación académica que debe tener todo cirujano dentista no debe limitarse a la adquisición durante su formación profesional, ni a la que pueda tener en su práctica diaria, si no que debe estar lo más actualizado posible, con el objeto de conocer nuevas técnicas que puedan beneficiar al paciente que se pone en sus manos.

Es obligación de todo cirujano dentista conocer los diferentes estudios de gabinete que se utilizan para detectar y prevenir alteraciones que afecten la integridad física del paciente.

El uso de radiografías intra y extraorales es un medio de diagnóstico indispensable que debe formar parte en todo tratamiento odontológico y así poder detectar oportunamente las patologías que se presentan en el maxilar y mandíbula, y con esto poder canalizar a las instituciones o especialistas apropiados.



## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Berkovitz, B.K.B. Anatomía Oral. EDit. Year Book, Medical Publishers, España 1979.
- 2.- Bhaskar. Patología Bucal. Edit. El Ateneo. 3a. - Edición, Buenos Aires 1977.
- 3.- Bhaskar. S.N. Radiographic Interpretation for the dentist. Mosby Company. Second Edition.
- 4.- Bouchet A. Anatomía Descriptiva Topográfica y Funcional. Edit. Médica. Panamericana, 1979.
- 5.- Castañeda García C. Tecnología Radiológica. Edit.- Colegio Nacional en Ciencias Técnicas de la Salud A. C., 1977, Tomo I y II.
- 6.- Cohen B. Fundamentos científicos de Odontología.- Edit. Salvat. Barcelona 1981.
- 7.- Colby R. Color Atlas of Oral Pathology, J. B. Lippincott Company, Philadelphia Toronto, Third Edit.
- 8.- Christensen, R. Jr. Intraosseous mandibular cyst with sebaceous differentiation Oral Surgery, oral medicine and oral pathology. Vol. 53 Number 6 June 1982.
- 9.- Eversole, L. Clinical Outline of Oral Pathology.- Diagnosis and Treatment. Edit. Lea & Febiger, Philadelphia. 1978.
- 10.- Gacés M. Histiositosis. Revista ADM. Vol. XXXVIII No. 1, Enero-Febrero 1981.
- 11.- Gardner, E. Anatomía. Edit. Salvat. 2a. Edit.
- 12.- Gibilisco, S. Dx radiológico en Odontología. Edit. Panamericana, Argentina 1978, 1a. Edición.
- 13.- Gorlin y Goldman. Patología Oral. Editorial Salvat.
- 14.- Granados, N. Tumor adontogénico adenomatoide. Revista ADM. Vol. XXXV. No. 2 Marzo-Abril 1979.
- 15.- Granados, N. Dificultad diagnóstica de lesiones - células gigantes en cavidad oral. REvista ADM, - Vol. XXXV, No. 4 Julio-Agosto 1978.

- 16.- Granda, F. Multiple Progressive Eosinophilic-Granuloma of the Jaws. Journal of Oral and -- Maxillofacial Surgery. Vol. 40 No. 3 March -- 1982.
- 17.- Granite, E. Central Giant Cell Granuloma of - the Mandible. Oral Surgery, oral medicine and oral pathology. Volume 53, Number 3, March 1982.
- 18.- Gray, G. Anatomía. Editorial Salvat. 1976.
- 19.- Gray, R. La pantomografía en la práctica odontológica. REvista ADM, vol. XXXIV No. 5, Septiembre-Octubre 1982.
- 20.- Hansen, L. Comparison of the osteoblastoma in graphic and extragraphic sites. Oral Surgery oral pathology, Volume 54 Number 3 September-1982.
- 21.- Ide, F. Pulse Granuloma in the Wall of a Deli tigerous Cyst. Journal of Oral and Maxillofacial Surge y. Volume 40 Number 10, October 1982.
- 22.- Kaneda, T. Primary Central Adenoid Cystic Car cinoma of the Mandible. Journal of Oral and- Maxillofacial Surgery, Vol. 40 Number 11 No-- vember 1982.
- 23.- Kasle, L. Intra-oral Radiographic Interpretati tion. Volume 1, Edti. W B. Saunders Company - 1978.
- 24.- Kimura, T. Tumor odontogénico en región de se no maxilar. Revista ADM. Vol. XXXIX, No. 1 -- Enero-Febrero 1982.
- 25.- Liceaga, C. Hemangioma, Revista ADM., Vol. XXXV No. 1 Enero-Febrero 1978.
- 26.- Lockart, R. Anatomía Humana. Editorial Interame ricana 1977.
- 27.- Lovely, F. Recurrent Aneurysmal Bone cyst of - the mandible, Journal of Oral and Maxillofacial Surgery Vol. 41, No. 3 March 1983.

- 28.- Martínez, J. Quiste nasopalatino, Revista ADM, Vol. XXXIV No. 3 Mayo-Junio 1978.
- 29.- Mayoral, G. Diagnóstico por medio del cefalograma. REvista ADM, Vol. XXXVI No. 4, Julio-Agosto, 1979.
- 30.- Molina, J. Quiste o primitivo. REvista ADM., - Vol. XXXVII, No. 1 Enero-Febrero 1980.
- 31.- Molina J. Ameloblastoma. REvista Odontólogo - Moderno, Vol. VII, No. 2 Octubre-Noviembre 1978.
- 32.- Most, D. A Large Detigerous Cyst. Associated with a Supernumerary Tooth. Journal of Oral - and Maxillofacial Surgery, Vol. 40, No. 2, - February 1982.
- 33.- Navarrete, F. Hemangioma cavernoso central de mandíbula. Revista ADM, Vol. XXXV, No. 2 Marzo-Abril 1979.
- 34.- O'Brien. Radiología Dental. Edit. Interamericana. 3a. Edición 1979.
- 35.- Pares, G. Histiocitosis X, Revista ADM. Vol.- XXXVI, No. 3 Mayo-Junio 1979.
- 36.- Peña, L. Granuloma Central de Células Gigantes. Revista ADM. Vol. XXXVII No. 4 Julio-Agosto 1980.
- 37.- Quiroz, F. Tratado de Anatomía Humana. Edit. - Purrúa. Tomo 1, México 1979.
- 38.- Rapidiz, A. Myxoma of the oral soft tissues. - Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. - Vol. 41 No. 3 March 1983.
- 39.- Rouvière, H. Compendio de Anatomía y Disección. Editorial Salvat. 1978.
- 40.- Sánchez, J. Quistes dentígeros múltiples. Revista ADM. Vol. XXXV, No. 3 Mayo-Junio 1978.
- 41.- Shafer. Tratado de Patología Bucal. Edit. Inter\* americana, 3a. Edición, 1977.

- 42.- Testut, L. Anatomía Humana. Editorial Salvat-1971.
- 43.- Wuehrmann, M. Radiología Dental. Editorial Salvat. 2a. Edición, 1977.
- 44.- Zegarelli. Diagnóstico en Patología Oral. Edit. Salvat, 1979.