

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE ODONTOLOGIA



**SIGNOLOGIA RADIOGRAFICA DE LESIONES
RADIOPACAS Y MIXTAS DE LOS MAXILARES**

TESIS PROFESIONAL

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

PRESENTA:

JAVIER OROZCO GAYTAN

ASESOR: DRA. ALBERTINA MALDONADO MARTINEZ

GUADALAJARA, JAL., 1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

" SIGNOLOGIA RADIOGRAFICA DE LESIONES RADIOOPACAS
Y MIXTAS DE LOS MAXILARES "

I N D I C E

	Págs.
Introducción.....	1
- Generalidades anatomía de la cara..	3
- Diagrama de los huesos de la cara..	4
- Huesos propios de la nariz.....	5
- Unguis.....	6
- Palatino.....	7
- Hueso malar.....	8
- Maxilar superior.....	9
- Maxilar inferior.....	10
- Vómer.....	12
 CAPITULO I	
Estructuras anatómicas normales en el maxilar y su signología.....	13
 CAPITULO II	
Estructuras anatómicas normales en la mandíbula y su signología.....	25

cont....

	Pág.
CAPITULO III	
Patologías más frecuentes en la ca vidad oral y su signología.....	32
A.- Lesiones radiopacas de los ma xilares:	
B.- Lesiones mixtas de los maxila res.	
Conclusiones.....	56
Bibliografía.	

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

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

Para la realización de un buen diagnóstico radiográfico relacionado con el tejido óseo, particularmente a su pa tología, resulta mucho muy complicado y limitado en cuanto a su valor diagnóstico.

Tal situación se debe a:

- 1.- Al mayor número y polimorfismo de lesiones que pue den presentarse en los maxilares.
- 2.- A que las lesiones no interesan en igual grado com pacto - esponjoso.
- 3.- No siempre presentan al mismo aspecto radiográfico.

Ya que la posibilidad de confundir la imagen es muy - grande, debido a la gran semejanza que tiene una patología a otra.

Es por esto que el clínico debe de tomar muy en cuenta y hacer hincapié en el gran valor que tiene el saber inter pretar las imágenes radioproyectadas y diferenciar las pa tologías de otras patologías semejantes.

El diagnóstico se lleva a cabo por medio de un mecanis mo en el cual, la información radiográfica viene a comple mentar a lo obtenido y diagnosticado por medio de el inte-

rrogatorio en el cual el paciente nos narra con sus propias palabras, la sintomatología y esto es corroborado por la historia médico-dental y el examen patológico.

La complementación clínica con su examen oral y extraoral evita adivinar, y con ello se disminuye la posibilidad de error.

Dicha complementación se lleva a cabo por varios procedimientos como son la comprobación de la existencia de síntomas neurológicos, de la vitalidad dentaria, la palpación de la zona(s) afectada(s), la aspiración para obtener un examen patológico en el caso que se requiere.

Ya que está certificado, confirmado radiográficamente cierto o supuesto, aclara o no, lo radiográficamente dudoso.

Terminada esta complementación clínica elemental, el resultado puede llegar o llevar a reexaminar o aplicar el examen de interpretación radiográfica.

Otra complementación importante es los datos estadísticos que desde luego son abstractos en algunos casos, pero que por la coincidencia el resultado de la interpretación del espacio problema, puede contribuir a seleccionar una

determinada lesión-afección, sobre la base de su mayor probabilidad.

Los datos estadísticos más prácticos son los relacionados con la edad, sexo, raza del paciente, con la localización radioanatómica del espacio problema y también es importante de acuerdo con la frecuencia de la lesión.

GENERALIDADES.

ANATOMIA DE LA CARA.

Básicamente se encuentra constituida en dos porciones óseas.

- 1.- La mandíbula superior.
- 2.- La mandíbula inferior.

Siendo la mandíbula superior el más complejo por componerse de trece huesos, que se reúnen alrededor de uno de ellos, el maxilar superior, como centro común.

De estos trece huesos, seis son pares y solamente uno impar, el septum nasal o vómer, y dos que corresponden al cráneo y siete a la cara.

DIAGRAMA DE LOS HUESOS DE LA CARA.

Huesos propios
de la nariz

Unguis

Hueso Malar

Palatinos

Cornete Inferior

Maxilar Superior

V o m e r

Maxilar Superior

Huesos propios
de la nariz

Unguis

Hueso Malar

Palatinos

Cornete Inferior

M A X I L A R I N F E R I O R

HUESOS PROPIOS DE LA NARIZ.

Situados a cada lado de la línea media, los dos huesos propios de la nariz ocupan el espacio comprendido entre el frontal y las dos apófisis ascendentes del maxilar superior.

Encontramos dos caras y cuatro bordes:

- CARA ANTERIOR:** Convexa transversalmente y ligeramente cóncava verticalmente, cubierta en toda su extensión por el músculo piramidal.
- CARA POSTERIOR:** Cóncava en sentido transversal forma parte de las fosas nasales y se ven en ella numerosos surcos para el paso de vasos y nervios.
- BORDE SUPERIOR:** Se articula con el borde anterior del frontal.
- BORDE INFERIOR:** Se une a los cartílagos laterales de nariz, presenta una pequeña escultura para el paso del nervio nasolobular.
- BORDE EXTERNO:** Se articula con la rama ascendente del maxilar superior.
- BORDE INTERNO:** Se articula con el lado opuesto en casi toda su extensión, salvo en la parte más superior, se articula con la espina nasal

del frontal y la lámina perpendicular del etmoides.

UNGUIS.

Denominado también hueso lagrimal, es una pequeña lamina ósea situada en la parte anterior de la cara interna de la órbita, en donde ocupa el espacio circunscrito entre el maxilar superior, el frontal y el etmoides.

Articulándose por arriba con el frontal, por atrás, con el etmoides, por delante, con el maxilar superior, y por abajo con el cornete inferior.

Posee dos caras y cuatro bordes:

CARA EXTERNA: Presenta en su parte media la cresta del unguis o cresta lagrimal, por abajo con una pequeña apófisis en forma de gancho que al articularse con el maxilar superior completa por fuerza el orificio superior del conducto nasal, en ella se inserta el tendón reflejo del orbicular de los párpados.

CARA INTERNA: En su parte media se encuentra un canal vertical que se corresponde con la cresta de la cara precedente, la porción del hueso que está por delante de este canal forma parte de

la pared externa de las formas nasales. La porción que está por atrás se aplica sobre las masas laterales del etmoides completándose las celdillas óseas de esta región.

BORDES:

SUPERIOR: Se articula con la apófisis orbitaria interna del frontal.

INFERIOR: Completa en parte el conducto nasal.

POSTERIOR: Se articula con el hueso plano del etmoides.

ANTERIOR: Se une a la apófisis ascendente del maxilar superior.

PALATINO.

Hueso situado atrás del maxilar superior, el palatino es una lámina ósea, delgada, irregular, gracias a esto presenta una forma de ángulo diedro recto.

Lámina horizontal del palatino se presenta rectangular con eje mayor transversal, su cara superior cóncava transversalmente completa hacia atrás el piso de las fosas nasales; su cara inferior pertenece a la bóveda palatina, su borde externo forma cuerpo con la porción vertical; su borde anterior se articula con el borde posterior de las apófisis palatina del maxilar; su borde posterior, libre.

La lámina vertical es aplanada transversalmente más alta que ancha; su cara interna forma parte de la pared externa de las fosas nasales; en la unión de su tercio medio con el inferior presenta una cresta anteroposterior, es la cara turbinal inferior para el cornete inferior, su cara externa contribuye a estrechar el orificio del seno maxilar, forma la pared interna de la fosa pterigo-maxilar que se articula con la cara interna de la apófisis pterigoideas.

HUESO MALAR.

Hueso par, simétrico, situado en la parte superior y lateral de la cara, por fuera del maxilar; de forma cuadrilátera y aplanada de fuera adentro, presenta dos caras, cuatro bordes y cuatro ángulos.

CARA EXTERNA: Es convexa y cutánea, forma la prominencia conocida como pómulo.

CARA INTERNA: Se articula en su parte anterior, con la apófisis piramidal del maxilar; por detrás, corresponde tanto a la fosa temporal como a la cigomática.

BORDE ANTEROSUPERIOR: Forma la parte inferior y externa de la órbita.

BORDE ANTEROINFERIOR: Corresponde al vértice truncado de la pirámide del maxilar.

BORDE POSTEROSUPERIOR: Corresponde a la fosa temporal.

BORDE POSTEROINFERIOR: Es libre.

ANGULO SUPERIOR: Dentado, se articula con la apófisis orbitaria externa del frontal.

ANGULO INFERIOR Y

ANGULO ANTERIOR: Corresponde a los ángulos inferior y anterior del vértice truncado de la pirámide maxilar. El ángulo posterior dentado, se articula con la extremidad anterior de la apófisis cigomática, formando con ella el arco cigomático.

MAXILAR SUPERIOR.

Hueso par, simétrico situado debajo de la cavidad orbitaria, por encima de la cavidad bucal, por fuera de las fosas nasales, formando parte en la constitución de las paredes de tres cavidades.

Relativamente voluminoso, es un hueso sin embargo muy ligero, debido a la existencia en su interior de una amplia cavidad, el seno maxilar o antro de Highmore.

De forma muy irregular, se le puede considerar sin embargo dos caras, cuatro bordes: anterior, posterior, superior e inferior.

Considerando la importancia que posee para nosotros los dentistas, he dedicado un capítulo para la descripción de las diversas estructuras óseas que componen en sí el maxilar superior, es por esta razón que me he concretado a una descripción por el momento muy superficial.

MAXILAR INFERIOR.

Consta de un cuerpo en forma de herradura y dos ramas verticales cuadriláteras. El cuerpo tiene un arco alveolar con dieciseis cavidades para recibir a los dientes. Los agujeros mentales para dar paso a los vasos y nervios mentales se encuentran en la superficie externa por abajo del segundo premolar. En la línea media una tenue cresta marca la sínfisis unión de los dos cuerpos que en etapa temprana del desarrollo. En cuya superficie interna están las espinas mentales para la inserción muscular.

La superficie lateral de las ramas de la mandíbula son planas, la superficie media presenta al agujero de la mandíbula de forma oval para el paso de los vasos y nervios alveolares inferiores.

El borde superior de la rama tiene dos procesos prominentes, el proceso coronoides del proceso condilar en la parte posterior.

El proceso coronoides de inserción al temporal.

El proceso condilar se articula con el temporal en la fosa mandibular.

La articulación temporomandibular es la única articulación sinovial del cráneo. Está provista de un disco articular que se adapta entre el proceso condilar y la fosa mandibular, dividiendo la articulación en dos cavidades, todo cubierto por una cápsula articular, insertada por arriba en la circunferencia de la fosa mandibular y el tubérculo articular y por abajo, el cuello de la cabeza de la mandíbula.

Está reforzado por ligamentos. La estructura es tal que permite el descenso y elevación de la mandíbula, la protrusión y movimientos laterales de la misma.

La mandíbula en su mayor parte es de origen intramembranoso, derivado de la membrana fibrosa que cubre la superficie externa de los cartílagos de Meckel. Solamente una pequeña parte de estos cartílagos, situados debajo y atrás de los incisivos, llegan a osificarse y contribuyen a formar parte de la mandíbula.

Hemos tratado de hacer una descripción somera y escue-

ta de esta estructura ósea en este espacio, ya que será tra
tada con más amplitud en el capítulo II.

VOMER.

El cuál forma la parte posteroinferior del Séptum nasal. La parte anterior del hueso es una lámina delgada, la porción superior es más gruesa y tiene un surco con prolongaciones horizontales, extendiéndose hacia afuera del mismo adaptándose al hueso esfenoides.

En la parte inferior se articula con el maxilar y los huesos palatinos. Su borde anterior es inclinado hacia abajo y adelante. La parte superior de este borde se articula con la lámina perpendicular del etmoides, y la inferior es acanalada para recibir al borde inferior del cartílago del séptum nasal.

El vómer se origina por osificación de la membrana que cubre la parte posteroinferior del séptum nasal cartilaginoso de la nariz del feto. Por tanto el vómer consta de dos láminas con cartílago intermedio.

El cartílago gradualmente se reabsorbe y en la pubertad las láminas están casi del todo unidas.

CAPITULO I

I ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES EN EL MAXILAR Y SU SIGNOLOGIA

C A P I T U L O I
ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES EN EL MAXILAR
Y SU SIGNOLOGIA.

En la interpretación radiográfica todo cirujano dentista, debe tener un conocimiento cabal de lo que es normal, considerando que hay muchas variaciones estructurales que están dentro de los límites de la normalidad.

No puede demostrarse por consiguiente, en una sola radiografía todas las estructuras anatómicas en realidad existen las que se visualizan sólo en un porcentaje limitado de casos son, visibles, debido a que son superposiciones de planos, imágenes, estas que es necesario familiarizarse con ellas para poder interpretarlas correctamente cuando se les observa.

Para esto, es necesario tener el conocimiento básico de las estructuras óseas normales que comprenden el maxilar superior, para diferenciarlas de las anormales.

FOSAS NASALES.

Situadas en el centro de la cara, por debajo y adentro de las cavidades orbitarias y por encima de la cavidad bucal. Hallándose separadas por un tabique mediano y vertical y tapizadas en vivo por la mucosa pituitaria, que contiene-

las terminaciones del aparato olfativo.

Aunque aplanada transversalmente, se puede distinguir en ellas cuatro paredes y dos orificios.

PARED SUPERIOR O BOVEDA.

Es estrecha y cóncava transversalmente de adelante a atrás, interviniendo en su constitución la cara posterior de los huesos propios de la nariz, las partes laterales de la espina nasal del frontal, la cara inferior de la lámina cribosa del etmoides, la cara anterior del cuerpo del esfenoides y la cara inferior del mismo, que se hallan recubiertas por las alas del vómer y por la apófisis esfenoidal del palatino. En su parte más posterior de esta pared se encuentra el orificio de desembocadura del seno esfenoidal y el conducto pterigopalatino, que comunica la parte posterior de la fosa nasal con la bóveda faríngea y por el cual se deslizan los vasos y nervios pterigopalatinos.

PARED INFERIOR O PISO.

Entran en su constitución la apófisis palatina del maxilar superior y la rama horizontal del hueso palatino.

PARED INTERNA.

Corresponde al tabique de separación de ambas fosas y

se halla constituido en su parte superior por la lámina vertical del etmoides, mientras por inferior está el vómer.

PARED EXTERNA.

Presenta una serie de salientes y entradas, mediante los cuales se comunican los senos de los huesos que la forma con las fosas nasales. Los cornetes que son tres: superior, medio e inferior, vienen siendo los salientes, siendo el primero parte del etmoides así como el segundo, mientras que el tercero es independiente. Y los meatos que también son tres: superior, medio e inferior; son los salientes de la pared, en cada uno de ellos se observan diversos orificios, así en el meato superior se encuentran de uno de ellos que pertenecen a las celdillas etmoidales, en el meato medio se localiza el orificio del seno maxilar por encima de él están las llamadas cavidades paranasales. En el meato inferior desemboca el conducto nasal, continuación del canal lacrimonasal.

En el esqueleto, el orificio anterior es único, a causa de la desaparición del cartílago del tabique. En la formación de su contorno intervienen los maxilares superiores y los huesos propios de la nariz. Presenta este orificio en la parte inferior y media de la espina nasal anterior, en

tanto que su vértice superior se halla constituido por un agudo saliente de los huesos propios de la nariz.

Cada una de las fosas nasales se abre posteriormente, por encima de la bóveda palatina, mediante un orificio de forma cuadrangular y más alto que ancho. Estos orificios son las coanas.

Radiográficamente son dos áreas radiolúcidas simétricas de límites curvos separados por una estrecha faja radiopaca que corresponde al registro del vómer.

Por debajo de este, lo hace la espina nasal anterior. La base del vómer y la espina nasal anterior forma radiográficamente el rambo nasal parma.

Como dato curioso y ameno señalaremos que en algunos casos el sumarse al registro del vómer, piso fosas nasales, espina nasal anterior, el de los cornetes inferiores o aún el de los tejidos blandos que lo cubren, el conjunto adquiere el aspecto parcial de la cabeza de una lechuga.

Son apreciables en las radiografías de la zona de caninos, el piso de la cavidad nasal por lo general se superpone a la imagen del seno maxilar, mientras que las radiografías de la zona de premolares y molares, no se les observa normalmente. En algunos casos se les observa arriba del seno maxilar. En radiografías anteroposteriores extrabucales,

las fosas nasales aparecen como imágenes radiolúcidas piriformes. Desde las paredes laterales de ellas, el cornete inferior se proyecta medialmente y aparecen como estructuras radiopacas.

SENO MAXILAR.

Por el hecho de que esta cavidad neumática tiene relación inmediata de vecindad con la dentadura, obliga a prestar atención a sus registros.

El seno maxilar es una estructura anatómica muy importante que el cirujano dentista, debe siempre tener en cuenta al tratar a su paciente en los cuadrantes posterosuperiores del maxilar, bien en su tratamiento quirúrgico o endodóntico, o también cuando en ciertos cuadrantes existen o han existido por largo tiempo procesos infecciosos agudos o crónicos sobre los ápices de dichos dientes.

Será muy importante el conocimiento de las anomalías del seno maxilar, porque en ocasiones es una cavidad íntimamente relacionada ligada o muy cercana a las raíces dentarias.

El cirujano que no toma en cuenta lo anterior puede producir con su intervención odontológica, enfermedades al seno maxilar que van desde sinusitis maxilar, impactación de restos radiculares, en su mucosa, comunicaciones antroora -

les, por mal empleo de material quirúrgico o endodóntico.

Desarrollo normal del seno maxilar:

El seno maxilar es una cavidad neumática que empieza su desarrollo hacia el tercer mes de vida intrauterina, al nacimiento suele ocupar un pequeño espacio, inmediatamente por debajo de la órbita y por arriba del piso de las fosas nasales, alrededor de los siete y ocho años desciende de este nivel.

Entonces su expansión y neumatización progresan rápidamente, siguiendo el ritmo de crecimiento del maxilar superior y de la apófisis alveolar, generalmente completa su desarrollo entre los quince y dieciocho años de edad.

Tenemos técnicas radiográficas, tanto intra como extraorales con los que podemos visualizar al seno maxilar.

Técnicas intraorales:

- Método periapical, técnica de T.T. o temporo tuberosidad.
- Procedimiento de Balters o método axial.
- Técnica de radiografías oclusales.

Técnicas extraorales:

- Water, Graseys.
- Lateral de cráneo y
- Radiografía panorámica.

El seno maxilar como ya se ha tratado es una área radiolúcida de forma semicircular, y tamaño variable que está limitada por una línea curva radiopaca correspondiente al registro del piso del seno y de éste con sus paredes latera les, se puede diferenciar generalmente de la línea, piso de las fosas nasales, porque además de registrarse por debajo de ésta última es ténue presentando pequeñas y débiles ondulaciones.

La pared o tabique común y su bifurcación se presenta normal y corrientemente con la característica forma de la letra griega lambda.

En su interior del área aparecen arborizaciones más obscuras que corresponden a las impresiones o canales que provocan en el hueso los trayectos vasculares.

Como antes dicho el seno maxilar presenta tres tamaños, grandes que se extienden desde el canino, y más raramente desde el lateral hasta el tercer molar, los medianos se extienden desde el primer premolar hasta el primer molar y por último están los pequeños que abarcan desde el primer re

molar al segundo molar y se localiza encima de las raíces del primer molar.

Es importante recordar la simetría de los senos, ya que pueden presentarse diferencias de tamaño y forma entre el seno de un lado, y el del lado opuesto.

CONDUCTO PALATINO ANTERIOR Y O INCISIVO.

El conducto incisivo por el que pasan los nervios nasopalatinos y la rama anterior de los vasos palatinos descendentes no se visibiliza siempre en la radiografía. Su ancho y longitud varían mucho, y cuando se le ve, se advierten dos trazos radiopacos que se extienden hacia abajo; cada uno desde el piso de una fosa nasal y que demarcan las paredes laterales del conducto. Estos trazos tienden a converger y se esfuman en forma imperceptible, en las líneas laterales del agujero palatino anterior.

AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

El agujero palatino anterior, por el que emergen el nervio y los vasos nasopalatinos, se hallan en la porción anterior de la línea media del paladar, su borde anterior puede aproximarse mucho a la cresta del reborde alveolar o situarse a cierta distancia por detrás de éste. Según se ve en la

radiografía su imagen varía por ello en relación con las raíces de los incisivos, y va desde una posición cercana a la cresta del reborde alveolar hasta otra que puede estar a nivel del ápice de las raíces. En algunos casos su imagen puede superponerse con el ápice de la raíz de un incisivo central cuando se toman radiografías de los dientes adyacentes, y por lo tanto confundirse con una lesión periapical, casi siempre es de forma elíptica y de tamaño variable.

AGUJERO PALATINO ANTERIOR.

Es una zona radiolúcida ovalada, cuya localización depende de la angulación con que se toma la radiografía. Aunque por lo general hay una radiolucidez única, puede haber más de una sombra; la forma del agujero puede ser redonda, con forma de corazón o con forma de diamante. Zonas radiolúcidas adicionales que aparezcan son imágenes del agujero de Scarpa o la foramina de Stensen. Por lo general, la zona radiolúcida corresponde al agujero palatino está entre los incisivos centrales superiores, o por sobre ellos. A veces se ve que el conducto incisivo está conectado con el agujero incisivo.

ESPINA NASAL ANTERIOR.

La espina nasal anterior aparece como una radiopacidad-

en forma de V, en la parte inferior de las fosas nasales se localiza por encima del agujero incisivo y puede estar superpuesta a él.

TABIQUE NASAL.

Separa las dos fosas nasales, se localiza en la línea media y aparece como una imagen gris o blanca sobre los incisivos centrales.

FOSA LATERAL.

En algunas personas, la depresión ósea del hueso de la zona del incisivo lateral superior, denominado fosa lateral es bastante pronunciada. En casos la radiografía presenta una zona de menor densidad que no debe ser considerada como patológica.

APOFISIS CIGOMÁTICA (MALAR) DEL MAXILAR Y HUESO CIGOMÁTICO.

La apófisis del hueso maxilar superior parte de la cara lateral directamente por encima de la zona del primer molar. Puede tener una base ancha o angosta, en las radiografías intrabucales, la apófisis cigomática aparece como una radiopacidad con forma de U que se superpone a la zona radiolúcida más amplia correspondiente al seno. La imagen radiopaca-

en forma de U representa la unión del hueso cigomático al maxilar superior. Se extiende alejándose de la superficie en dirección ascendente de grado vertical.

El hueso malar que está a continuación de la apófisis cigomática y se extiende hacia atrás se ve como una sombra, la radiopacidad menor y más uniforme. La superposición de estas estructuras a menudo se evita modificando la angulación vertical de los rayos centrales al tomar la radiografía.

APOFISIS CORONOIDES.

La imagen de la apófisis coronoides de la mandíbula generalmente aparece en las radiografías periapicales de la zona posterior del maxilar superior, como la boca está abierta, la apófisis coronoides se mueve hacia adelante y por lo tanto aparece en la imagen, con más frecuencia cuando la apertura es extrema en el momento de la exposición. Se muestra como una zona radiopaca convergente a triangular que se puede ver por debajo o en algunos casos, superpuesta a los molares y el maxilar superior. Si su superposición en el maxilar superior reduce su valor diagnóstico de la radiografía. Debe tomarse otra placa en la que la apertura de la boca se mantenga reducida al mínimo en el momento de hacer-

la exposición. Esta medida evita invariablemente la superposición de la apófisis con el maxilar superior.

TUBEROSIDAD DEL MAXILAR.

La tuberosidad límite posterior de la apófisis alveolar. Se muestra limitada a su vez por una línea radiopaca, incurvada en sentido superior, que representa la unión de las corticales bucales y palatina.

En su interior se observa el trabeculado óseo.

APOFISIS HAMULAR Y LAMINA LATERAL DE LA APOFISIS PTERIGOIDES.

La apófisis pterigoides del hueso esfenoidal tiene dos láminas, una lámina lateral corta y ancha y una lámina media larga. El extremo inferior de la lámina lateral es ancho y redondo y a veces se lo ve como una cona radiopaca detrás de la tuberosidad del maxilar. El extremo inferior de la lámina medial termina en una apófisis delgada y curva denominada hamulo o gancho pterigoides, fácilmente visible en las radiografías, no así la lámina pterigoides lateral.

C A P I T U L O I I

ESTRUCTURA ANATOMICA NORMAL EN LA MANDIBULA
Y SU SIGNOLOGIA.

C A P I T U L O I I

ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES EN LA MANDIBULA

Y SU SIGNOLOGIA.

La mandíbula o maxilar inferior es el hueso más fuerte y grande del esqueleto facial. Es un hueso impar, pero con frecuencia hablamos de él como si tuviera parte componente a saber, una porción horizontal llamada cuerpo y una vertical llamada rama ascendente. La zona de la mandíbula donde el cuerpo se une a la rama es conocida como ángulo, que se extiende desde la zona del tercer molar hacia atrás hasta la extremidad más posterior de la mandíbula.

La porción anterior del cuerpo del maxilar inferior comprendida entre los dos caninos se conoce como sínfisis. En la zona de la sínfisis, el borde inferior de la mandíbula presenta una superficie abultada prominente, la protuberancia mentoniana, que constituye el mentón tan característico del hombre. La superficie superior del cuerpo de la mandíbula que rodea y sostiene los dientes es la apófisis alveolar.

El término "Apófisis" se refiere a una extensión ósea de la porción principal (cuerpo) de un hueso. La rama ascendente del maxilar inferior tiene, en su extremo superior, dos apófisis separadas por una escotadura en el hueso. La -

más posterior es la apófisis condilar; por ello la denominamos cóndilo. La más anterior de forma triangular es la apófisis coronoides. La escotadura entre éstas, tiene forma de S y lleva el nombre de escotadura sigmoidea o mandibular. El cóndilo y la apófisis coronoides son estructuras anatómicas muy importantes porque los músculos que actúan en los movimientos mandibulares se insertan ahí.

La porción más superior del cóndilo es de forma algo elíptica debajo de la superficie superior es articulante hay una parte estrecha conocida como el cuello del cóndilo.

El agujero mentoniano se encuentra en la superficie externa del cuerpo del maxilar inferior entre los ápices de los premolares y debajo de ellos, preferentemente más en dirección del segundo premolar se observa una elevación en la superficie externa del maxilar inferior la línea oblicua externa. Esta se extiende hacia atrás hasta la zona de la rama insertada en esta estructura, el músculo buccinador.

En la superficie medial o interna del maxilar inferior se localiza la línea oblicua interna o milohioidea que se corresponde algo en longitud y dirección a la línea oblicua externa inmediatamente por encima de la línea milohioidea hay una superficie cóncava lisa conocida como fosa sublingual, que está ocupada por la glándula sublingual. Por deba

jo de la línea milohioidea hay una depresión denominada fosa submandibular alojándose la glándula del mismo nombre.

Sobre la superficie interna más anterior de la mandíbula, cerca del borde inferior, en la zona de los incisivos centrales aparecen pequeñas proyecciones que se presentan en pares superiores e inferiores y conocidas como tubérculos genianos o espinas mentonianas.

Localizándose en esta misma superficie interna del maxilar inferior, pero en la rama, aproximadamente a mitad del camino está el agujero dental inferior. Si continuamos en dirección inferior y anterior desde agujero a lo largo de la mandíbula encontraremos el conducto dental inferior. Por delante de este agujero hay una apófisis aguda con forma de espina conocida como espina de Spix.

AGUJERO MENTONIANO.

El agujero mentoniano, por el que emergen el nervio y los vasos mentonianos, se observa como una zona radiolúcida u oval en la zona premolar de la mandíbula. Su ubicación varía en relación con las raíces de los premolares y su imagen puede verse por debajo, al mismo nivel o por encima del ápice de una raíz. Se encuentra directamente enfrente de alguno de los premolares o entre ellos. Su imagen se puede su

perponer con el ápice de la raíz de un diente y aparecer una lesión periapical. En algunos casos, el conducto dentario inferior puede verse como extendiéndose directamente hacia el agujero mentoniano. Una cortical intacta, cuando se la ve, debe ser el elemento que permite hacer el diagnóstico diferencial. El agujero mantoniano no siempre se advierte en una radiografía.

Sweet (1942) estimó que aparece en el examen radiográfico de rutina cerca del 50% de los pacientes y que se evidencia más a menudo en la mandíbula desdentada.

Si el hueso alveolar ha experimentado una acentuada resorción y atrofia se puede situar cerca de la línea superior del reborde.

AGUJERO LINGUAL.

El agujero lingual por el que emergen una rama de la arteria incisiva se halla en la cara lingual de la mandíbula en la sínfisis. Se muestra como un pequeño punto radiolúcido que resalta por un pequeño radiopaco que lo rodea y representa la apófisis geni.

REBORDE OBLICUO EXTERNO.

Es una continuación de la línea anterior de la rama as-

cedente que va hacia adelante y abajo por la superficie externa del cuerpo de la mandíbula hasta el reborde mentoniano. Se ve como una línea radiopaca de ancho y densidad variables que pasa hacia adelante, a través de la zona molar. En el maxilar inferior desdentado, donde la apófisis alveolar ha experimentado una completa resorción, puede adoptar una posición que esté a nivel de la línea superior de la mandíbula.

REBORDE MENTONIANO.

El reborde mentoniano, se encuentra en la cara anterior y cerca de la línea inferior de la mandíbula. Tiene prominencia variable y se extiende desde la zona de los premolares hasta la sínfisis. Se visibiliza como una línea radiopaca que aparece por debajo de los ápices de las raíces de los dientes anteriores y que por lo general es dirigida hacia arriba mientras se aproxima a la sínfisis. A veces la imagen del reborde puede superponerse con las raíces de los dientes.

REBORDE MILOHIOIDEO.

(Oblicuo interno)

El reborde milohioideo comienza en la zona medial y an-

terior de la rama montante y se extiende hacia abajo y adelante en diagonal sobre la cara lingual de la mandíbula hacia el borde inferior de la sínfisis. Su tamaño varía notablemente y, como su parte posterior es la más prominente, se visibiliza más frecuentemente cuando cruza la región de las zonas retromolares y molar. Puede verse como una línea radiopaca que varía desde muy delgada que tiende a esfumarse hasta otra ancha y densa. Su curso hacia adelante a menudo no pasa por un nivel más inferior que el reborde oblicuo externo, y su imagen se superpone a veces con la raíz de los molares. La línea inferior de un reborde ancho y denso puede ser pareja y bien definida. En el caso de que también haya una depresión anormalmente profunda de la fosa mandibular, el hueso que se ve por debajo del reborde aparece anormalmente radiolúcido y puede ser confundido con un quiste.

TUBERCULOS GENIANOS.

Los tubérculos genianos se encuentran en la cara lingual de la mandíbula en un punto que se halla a mitad de camino entre la línea superior y la inferior hay cuatro apófisis, dos están situadas a cada uno de los lados y junto a la sínfisis. Aunque por lo común son relativamente pequeñas,

pueden tener tamaño bastante grandes y proyectarse hacia afuera de la superficie como proceso espinoso. En algunos casos, tales proyecciones óseas pueden interferir con el buen uso de una prótesis dental.

C A P I T U L O I I I

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LA CAVIDAD
ORAL Y SU SIGNOLOGIA.

C A P I T U L O I I I

PATOLOGIAS MAS FRECUENTES EN LA CAVIDAD
ORAL Y SU SIGNOLOGIA.

En el primer grupo de lesiones a las cuales haremos mención en este capítulo es el que se ocupa el siete por ciento de las lesiones de los maxilares.

Como el segundo grupo de las patologías de los maxila - res, que es el de las imágenes parcialmente radiolúcidas y - parcialmente radiopacas, comprendidas en el uno por ciento - de las lesiones y son por lo tanto, las más raras de los - dos grupos. Como muchas lesiones radiopacas pueden pasar - temporalmente por esta fase.

Una lesión parcialmente radiolúcida y parcialmente ra - diopaca es porque la destrucción y la formación del tejido - calcificado se produce en forma concomitante a alternada. - Globalmente este capítulo comprenderá al ocho por ciento de las lesiones de los maxilares.

FRACTURAS DENTARIAS.

El antecedente de encontrar una raíz o raíces fracturadas es el de una extracción incompleta. La fractura en sí, - es la interrupción brusca de la radiopacidad normal del re-

gistro de los tejidos duros del diente. La información radiológica es muy valiosa para en los casos y con frecuencia constituye el único medio para su diagnóstico. Por lo general, se identifica el ligamento periodontal. El hueso que rodea esos fragmentos radiculares pueden presentarse osteoclerosis, y en ese caso no necesitan ser extraídos. Una raíz fracturada rodeada de una zona radiolúcida indica que hay inflamación secundaria y que debe ser extraída.

CUERPOS EXTRAÑOS DENTRO Y ALREDEDOR DE LOS MAXILARES.

Los cuerpos extraños encontrados con más asiduidad dentro de los maxilares son: amalgama, gutapercha, cementos, e instrumentos dentales como fresas y curetas. Los que están en los tejidos blandos son por lo general agujas hipodérmicas, alfileres, agujas proyectiles y una variedad de fragmentos metálicos muchos de ellos recibidos en accidentes. Algunos están ubicados dentro y alrededor de los maxilares con el objeto de servir a algún fin útil.

El cuerpo extraño más comúnmente encontrado dentro de los maxilares es la amalgama de plata. Casi todos encontrándose en las zonas desdentadas de la mandíbula. La fragilidad de esta aleación hace que los fórceps o elevadores usa-

dos a menudo fracturan partes del metal, que por gravedad caen dentro del alvéolo dentario o debajo del mucoperiostio donde invariablemente quedan sin ser notados, ya que en la mayoría de los casos no interfieren en la cicatrización normal de la herida. Los que se aflojan en el alvéolo se rodean por completo de hueso normal, y rara vez hay muestras de infección o rarefacciones óseas; no tienen ninguna importancia clínica. Aquellos que no penetran en el alvéolo sino que se aloja por debajo del mucoperiostio, si son de tamaño apreciable, la presión de una dentadura puede producir inflamación y molestias e indicar su remoción. A menudo los pequeños fragmentos granulares de amalgamas situadas por debajo del mucoperiostio o en el tejido blando confieren a la mucosa que los recubre un color púrpura azulado que puede preocupar al paciente. Por lo tanto, lo común es difícil localizar las partículas más pequeñas de amalgama, y la intervención quirúrgica raramente está indicada.

OSTEITIS CONDENSANTE.

Se le puede llamar osteomielitis esclerosante focal crónica.

La osteítis condensante quizá la lesión más común de los maxilares, es una reacción rara del hueso a la infec

ción, que se presenta en casos de resistencia tisular, extremadamente alta o de una infección leve.

Se presenta caso exclusivamente en personas jóvenes, antes de los treinta años. El diente que con más frecuencia está afectado es el primer molar mandibular, el cual presenta una infección cariosa grande, puede haber o no signos o síntomas de la enfermedad más que un dolor leve asociado con pulpa infectada.

Es una imagen radiopaca imprecisa, o bien delimitada cuya densidad varía entre la del hueso trabeculado y la dentina aunque puede producirse en cualquier región del maxilar, suele aparecer en zonas de soporte dentario, de las cuales el ápice es la localización predilecta.

Todo el contorno radicular es casi siempre visible, lo cual es un dato importante para distinguirlo del cemento plastoma benigno.

ENDOSTOSIS MULTIPLE.

También denominada osteomielitis esclerosante difusa crónica. Es un trastorno análogo a la forma focal de la enfermedad. También es una reacción proliferativa del hueso.

El tipo difuso de la osteomielitis esclerosante, en con-

traste con el tipo focal, se puede presentar en cualquier edad, pero es más común en las personas ancianas, en especial en las mandíbula o áreas edéntulas.

Como su nombre lo dice, se presenta difusa en el hueso presentándose radiopaca, puede ser extensa y algunas veces bilateral, con frecuencia no se distingue el borde entre la esclerosis y el hueso normal. En realidad su aspecto radiológico, suele confundirse con otras patologías, tales como: osteítis deformante, o a la enfermedad de Piaget.

Cuando se observa la enostosis múltiple en desdentados, hay que evitar la instalación de prótesis.

DISPLASIA FIBROSA POLISTOTICA.

La displasia fibrosa es un proceso benigno caracterizado por la presencia de tejido conectivo fibroso, con trabéculas de hueso inmaduro lámina, de etiología desconocida, pero probablemente es de naturaleza evolutiva, en muchos casos aparece en la infancia, se desarrolla lentamente durante la niñez, y en la pubertad la lesión se hace estable e inactiva.

La displasia fibrosa puede ser monostótica con afectación de un solo hueso, o poliostótica, si varios huesos es-

tán afectados o con insidencia simultánea de pigmentación cutánea y pubertad precoz a lo que se le denomina síndrome Albright.

Los maxilares están implicados en todas las formas de la enfermedad, en superior más que en inferior. Las mujeres la presentan más que los varones.

Clinicamente la displasia fibrosa de los maxilares es indolora, con progresión y lento aumento de la región afectada, conduce al diagnóstico, cuando está afectado el reborde alveolar la lámina dura desaparece en casos con crecimiento activo, puede haber complicación como la pérdida de la visión.

Radiológicamente la imagen principalmente radiotransparente con pequeñas áreas radiopacas, con la característica de imagen de cristal opalino (cristal esmerilado), pero cuando prevalece la formación ósea, puede verse grandes zonas radiopacas.

De hecho la lesión ósea craneofaciales, son predominantemente de carácter esclerótico.

FIBROMA OSIFICANTE.

El fibroma osificante es una neoplasia benigna, formada

por tejidos fibrosos, con cantidad variable de hueso meta - plástico y masas mineralizadas, con límites redondeados y - células englobadas. El término fibroosteoma es considerado - sinónimo de fibroma osificante, si bien algunos investigado - res distinguen entre ambos, el primero es de mayor tamaño y más a menudo ocasiona tumoración clínica

Es un tumor óseo más frecuente de los maxilares, y se - encuentra a cualquier edad; exceptuando el fibroma osifi - cante juvenil, es la neoformación más diagnosticada entre - los veinte a cuarenta años, con una notable predilección - por las mujeres y el maxilar inferior. La mayoría de las le - siones están limitadas a una íntima relación con las raíces de los dientes o la región periapical de los maxilares. Pue - de presentarse fibromas osificantes múltiples, hecho que se observa más a menudo en la raza negra. En su mayor parte - son asintomáticos y se descubren habitualmente al realizar - unas radiografías dentales corrientes.

Radiológicamente tiene límites precisos, ovoides, que - contienen una cantidad variable de material radiopaco. En - sus inicios es osteolítico, y posee algunas veces una archi - tectura interna y sin reacción periostática.

EXOSTOSIS, TORUS Y OSTEOMIA.

Las exostosis, los torus y los osteomas son lesiones relacionadas entre sí, y en realidad, se pueden usar estos nombres en forma indistinta. Estas lesiones radiopacas únicas o múltiples se producen en forma de la superficie periosteal de los maxilares. La línea media del paladar y la zona lingual de los premolares inferiores son las localizaciones más comunes, y allí reciben el nombre de torus palatino y torus mandibular respectivamente. Pueden no obstante aparecer en la superficie de cualquier sector de los maxilares. Estas masas radiopacas se ven a simple vista, y su crecimiento es lento y limitado. En las radiografías intra-bucales aparecen como imágenes radiopacas nítidamente delimitadas y no ofrecen dificultad para su diagnóstico.

ENFERMEDAD DE PIAGET (Osteitis deformante).

Se produce en pacientes mayores de cuarenta años, y ataca muchos huesos del esqueleto, el agrandamiento del cráneo, el engrosamiento de la bóveda craneana, la deformación de la columna y huesos de las piernas, cefaleas, y pérdida de la visión son algunas de las muchas características de esta enfermedad. Los maxilares también están agrandados. Hay migración dentaria que produce diastemas y maloclusión.

nes acentuadas: el maxilar superior es afectado más que el inferior. Las radiografías de cráneo presentan engrosamiento de la cortical de la bóveda craneana y numerosas lesiones radiopacas que tienen aspecto algodonoso. En los maxilares se observan lesiones múltiples similares migración dentaria, pérdida de la lámina dura e hiper cementosis. Las lesiones de los maxilares pueden ser difusas y tener aspecto de vidrio esmerilado.

El aspecto radiográfico de los maxilares es muy similar al que se registra en la enostosis múltiple y la displasia fibrosa poliostótica. Sin embargo, se diferencia de la enostosis múltiple por la presencia de lesiones en cualquier sector del esqueleto y también por el elevado temor de fosfatasa alcalina. La enfermedad de Piaget se diferencia de la displasia fibrosa poliostótica por la mayor edad de los pacientes, la presencia de síntomas y la ausencia de desequilibrios endocrinos.

El odontólogo debe prestar atención al crecimiento rápido de una de las zonas radiopacas.

CEMENTO FASE III

Hasta la actualidad se desconoce su naturaleza. Esta le

sión suele presentar casi siempre en personas mayores de veinte años de edad, y aparece que las mujeres son afectadas con más frecuencia que los hombres.

La lesión aparece dentro y cerca del ligamento periodontal, alrededor del ápice de un diente, por lo regular en un incisivo de la mandíbula.

La tercera etapa es la llamada etapa tardía, en la cual se deposita una cantidad excesiva de material calcificante en el área focal y aparece en la radiografía como una radiopacidad bien definida, la cual por lo regular está bordeada por una línea o banda radiolúcida delgada. De esta manera existe una considerable similitud radiográfica entre la etapa madura y la displasia cementosa periapical y la llamada osteitis condensante u osteomielitis esclerosante focal crónica, una reacción periapical del hueso que en general se produce en respuesta a la inflamación.

DIENTES NO ERUPCIONADOS.

Los dientes supernumerarios, accesorios o normales no erupcionados aparecen como imágenes radiopacas. Estas estructuras pueden estar en su localización corriente o hallarse lejos de ésta. En radiografías con poco contraste

resulta difícil identificar el esmalte radiopaco denso y, estos dientes pueden ser tomados por lesiones de otro tipo.

Sin embargo, su forma tiene valor diagnōstico.

TALASEMIA O ANEMIA HEMOLITICA.

Es una anemia hemolítica congēnita y familiar denominada tambiēn anemia de Cooley o anemia del mediterrāneo. Se presenta en tres formas: mayor, intermedia y menor, siendo la mayor la que presenta sintomatología.

La incidencia es mās comūn en los paĭses del mediterrāneo. Clĭnicamente presenta los niōos palidez debido a la anemia frecuentemente hay ictericia, y retraso del crecimiento. La hipertrofia del maxilar superior es la alteraciōn mās notable de las estructuras orales.

Hay abombamiento de la apōfisis alveolar y a menudo se presenta una oclusiōn abierta o adelantada. Se han comunicado cambios en el āngulo del maxilar inferior. Radiogrāficamente el crāneo revela un engrosamiento del diploe y el trabeculado radiopaco vertical que da aspecto de pelos de punta, esta trabēcula parte desde la tabla interna de la bōveda craneana y se extienden mās allā de la superficie externa, los maxilares estān agrandados y tienen trabēculas den-

sas, irregulares y gruesas y el seno nasal puede estar obliterado.

SARCOMA OSTEOGENICO.

Considerado actualmente como osteosarcoma. Presentándose principalmente en personas jóvenes; es mayor la frecuencia entre los 10 y los 30 años de edad los varones son más afectados que las mujeres.

La edad promedio de los pacientes en quienes aparecieron los primeros síntomas relacionados fue aproximadamente los 27 años de edad.

Se presenta en los maxilares, siendo el maxilar inferior el que con mayor frecuencia lo presenta.

La tumefacción y el dolor o ambas, impulsa a los pacientes a consultar a su médico o dentista. Radiológicamente, los cambios son sugestivos de malignidad. El osteosarcoma provoca ya destrucción ósea con límites indefinidos, ya esclerosis con radiopacidad aumentada. Presentan algunos osteosarcomas el efecto de rayos de sol, motivado por las espículas mineralizadas del tumor.

LEONTIASIS OSEA.

Conocida bajo varios nombres, displasia craneometasfisiaria y displasia craneodiafisiaria. La primera consiste en alteraciones en la metástasis de los huesos largos, algo parecida aunque más intensa que displasia metafisiaria. Es un crecimiento óseo en la cara y maxilares, específicamente evidente en las regiones paranasales.

Las características son: la cabeza grande con un puente nasal muy ancho y aplanado, hipertelorismo ocular y boca abierta, da al paciente una expresión de vacío. Un síntoma usual es el desarrollo motor tardío generalizado y varios pacientes muestran avanzado retraso mental, cefalea, vómitos e irritabilidad, así como parálisis del nervio facial y sordera.

La segunda es más grave que la displasia craneometasfisiaria y produce una acusada deformación facial e intenso retraso mental.

Radiográficamente la displasia cráneo metafisiaria muestra hiperostosis de la bóveda y base del cráneo, y huesos faciales, neumatización retrasada de los senos y mastoides e hiperostosis interna moteada. En la displasia craneodiafisiaria se observa una densa radiopacidad del cráneo y

huesos faciales.

ENFERMEDAD DE CAFFEY.

Hiperostosis, cortical infantil o síndrome de Caffey - Silverman; síndrome de Smith, aparece en niños de menos de seis años de edad. Los síntomas más constantes son una tumefacción bilateral en el maxilar inferior u otros huesos. Aunque en gran mayoría de los niños comienza a los dos o cuatro meses de edad, se ha observado radiográficamente incluso cinco semanas antes del nacimiento y veinte meses después del mismo.

La facies es tan llamativa, a causa de la tumefacción que esta enfermedad se diagnostica con seguridad incluso antes de la radiografía confirmatoria. La hinchazón es simétrica y está localizada en el cuerpo y rama del maxilar inferior.

Es notable el aspecto radiográfico de la mandíbula en pacientes con hiperostosis cortical infantil. Puede estar afectada en uno o ambos lados y se manifiesta como un gran engrosamiento y esclerosis de la corteza debido a un periostio activamente proliferante. La hiperostosis por lo regular se retrasa atrás del aspecto clínico de la inflamación de

los tejidos blandos de tal manera que no es raro que no se pueda demostrar la enfermedad por rayos X, al principio de su curso, y en realidad esto es lo que se debe esperar. Sin embargo en pocas semanas, los cambios óseos se hacen obvios.

OSTEOMIELITIS DE GARRE.

Descrita como osteitis, esclerosante no supurativa, crónica y periostitis osificante. Es una enfermedad productiva no supurativa, caracterizada por una tumefacción dura, ocurre primariamente en personas jóvenes que poseen una gran actividad osteogénica del periostio y puede considerarse como una reacción atípica del hueso, contra una osteomielítica crónica leve. Si la enfermedad persiste, acaba produciendo un engrosamiento óseo. El dolor considerado como el carácter más constante de esta enfermedad, sin embargo, esto no es el síndrome principal, ya que si hay infección secundaria de la lesión es cuando hay presencia de dolor. Su tamaño de la lesión varía, entre unos cuantos centímetros hasta toda la longitud del hueso afectado, y tiene un espesor de 2.5 cm. o según la duración del factor excitante y la virulencia de los microorganismos. Radiográficamente hay un engrosamiento de la cortical o corteza ósea con obliteración parcial de los espacios medulares. Más tar

de puede existir un lento remodelamiento, semejante al observado en el callo de una fractura.

CONDROSARCOMA.

Es un tumor maligno caracterizado por la formación de cartilago por las células neoplásicas. Se localiza más a menudo en el maxilar superior. Es poco común, el síntoma más frecuente es la tumoración, la cual en el maxilar superior puede asociarse a obstrucción nasal. Radiográficamente se visualizan áreas mal delimitadas de destrucción ósea, algunas veces con manchas radiopacas en las que el cartilago se está mineralizando. Puede verse de vez en cuando una imagen en rayo de sol.

TUMORES METASTASICOS.

Los maxilares especialmente el inferior puede ser asiento de metástasis intraósea. El tumor metastásico maxilar puede aparecer cinco o más años después del tratamiento inicial de la neoplasia primaria en casos donde ésta parece estar bien controlada. Como la mayor parte de las neoplasias primarias aparece en personas de edad media o avanzada. Se encuentra esta misma distribución de edades en pacientes con neoplasias secundarias en los maxilares.

El lugar más común de origen de los tumores maxilares secundarios ocurre en: mamas, intestino grueso, próstata y riñón, glándula tiroides y testículos. Otros lugares menos frecuentes de origen son los ovarios e hígado.

En lesiones metastásicas iniciales en los maxilares no hay signos radiográficos o son inespecíficos. En casos más avanzados puede haber zonas osteolíticas bien definidas con destrucción de raíces. Puede haber aunque son menos frecuentes metástasis osteoblásticas. La localización maxilar inferior coincide a menudo con propagación en otras regiones del cuerpo.

FIBROMA OSIFICANTE.

Es uno de los tumores óseos más frecuentes de los maxilares y se encuentra a cualquier edad, exceptuando el fibroma osificante juvenil, es la neoformación más diagnosticada entre los 20 y 40 años, con una notable predilección por las mujeres y el maxilar inferior.

La mayoría de las lesiones están limitadas a una íntima relación con las raíces de los dientes o la región periapical de los maxilares, los dientes de la zona pierden la lámina dura. Sus límites son precisos ovoides que contie

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

49

nen una cantidad variable de material radiopaco, en sus ini
cios es osteolítico y posee algunas veces una arquitectura
interna y sin reacción perióstica.

Las lesiones son aisladas de larga data y crecimiento
lento y dan lugar a la expansión del maxilar, son datos va-
liosos para el diagnóstico. La migración dentaria es frec-
cuente, pero no se registra aflojamiento, ni exfoliación de
los dientes.

ODONTOMA AMELOBLASTOMA.

Conocido como: odontoameloblastoma, adamantoodoma, odon
toma blando y clasificado, y fibrodontoma ameloblástico. Es
una neoplasia odontógena caracterizada por la presencia si-
multánea de un ameloblastoma y de un odontoma compuesto. Al
parecer se presenta a cualquier edad, pero con más frecuen-
cia en niños y es poco menos común en la mandíbula que en
el maxilar.

Es una lesión del hueso que se expande con lentitud y
produce una considerable deformación o asimetría facial si-
no se le trata. Como es una lesión central se presenta una
considerable destrucción del hueso. Puede haber dolor leve,
así como erupción retardada de los dientes.

La destrucción central del hueso con expansión de las placas corticales es muy extensa. El aspecto característico es la presencia dentro de la lesión de numerosas masas radiopacas, las cuales pueden o no guardar una semejanza con los dientes formados, aunque en miniaturas. En otras ocasiones sólo existe una masa radiopaca irregular de tejidos calcificados. De manera que el aspecto radiográfico del odontoma ameloblástico es de una manera o de otra idéntica al del odontoma compuesto.

El fibroodontoma ameloblástico constituye el 13% de todos los odontomas y el 84%, se presenta en menores de 20 años. Posee una ligera preferencia por el maxilar superior, sobre todo en la región premolar molar.

En algunos casos se diagnostica más tarde al transformarse el tumor en odontoma complejo. Anteriormente se describían bajo el nombre de odontoma ameloblástico. No debe confundirse dicha neoplasia con el odontoameloblastoma que es un tumor agresivo y muy raro. Se caracteriza por una área radiotransparente, bien delimitada, con masas radiopacas en su parte central.

SOTERRADIONECCROSIS.

Cuando se utiliza la radioterapia en el tratamiento de los procesos malignos de la cavidad oral y estructuras relacionadas, es inevitable lesionar los maxilares. El término osteorradionecrosis indica alteraciones óseas debido al alto voltaje de la irradiación. Sin embargo, de ordinario se usa para designar los cambios que aparecen después de la infección de un hueso irradiado.

La incidencia aumenta considerablemente cuando la dosis local sobrepasa los 5,000 rads. También se desarrolla después de la radioterapia con técnicas recientes. Clínicamente, incide casi exclusivamente en el maxilar inferior. La infección de los dientes o estructuras periodontales puede precipitarse su aparición. El traumatismo de una prótesis total puede provocar la ulceración de la mucosa subyacente que abre camino a la invasión bacteriana.

Radiográficamente se observa una radiotransparencia irregular con bordes muy mal definidos. El hueso irradiado es osteoporótico con adelgazamiento de la cortical. Son frecuentes los secuestros y, en casos avanzados pueden ocurrir fracturas patológicas.

TUMORES ODONTOGENICOS EPITELIAL CALCIFICANTE.

Este tumor invasivo localmente, que antes de 1955 se describían bajo diversos nombres, no es una variante del ameloblastoma, sino una entidad distinta, no es tan raro como se pensaba.

Se ha encontrado en diferentes razas y predomina ligeramente en varones con una edad promedio de 40 años de edad.

En dos tercios está afectado el maxilar inferior. La mayoría se sitúa en la región premolar molar y se asocia con el aspecto coronario de un diente retenido. También puede ser extraído, en el área de apoyo del diente.

Radiológicamente los cambios dependen de la fase evolutiva. En sus inicios se observa una zona radiotransparente bien delimitada del tejido normal circundante y a veces multilocular.

Más tarde se visualizan masas radiopacas de intensidad variable. Estas tienden a localizarse cerca de la corona del diente retenido.

QUISTE ODONTOGENICO CALCIFICANTE.

Anteriormente ha recibido otros nombres tales como Malherbe oral, ameloblastoma atópico y quiste calcificante queratinizante. El último término no es recomendable porque el

quiste queratinizante usual de los maxilares, el queratocistoma, el quiste, representa una entidad completamente diferente, clínicamente e histopatológicamente.

Si bien el término quiste odontogénico calcificante, no es del todo correcto en el aspecto histomorfológico, el limitado crecimiento, el comportamiento benigno y el potencial de la lesión hace de ésta denominación la mejor elegida.

Este quiste no tiene predilección de edad ni de sexo. Casi el 70% se hallan en el maxilar inferior y tres cuartas partes de los casos son intraóseos.

Se observa una imagen radiotransparente bien delimitada, con cantidades variables de material radiopaco y en ocasiones se asocia con un diente retenido.

En la actualidad el quiste odontogénico calcificante es considerado como una lesión oral distinta y bien definida. Es un proceso quístico, no neoplásico, en que el epitelio de revestimiento posee un estrato basal claramente delimitado de células columnares, otros suprayacentes densamente celular y masas de pequeñas células epiteliales que pueden calcificarse.

DENTINOMA.

Neoplasia constituida por epitelio odontogénico y por tejido conectivo con numerosas células caracterizadas por la formación de dentina inmadura. El tumor que no es de carácter invasivo, consiste esencialmente en un fibroma ameloblástico en que una nueva inducción del mesenquima por el epitelio ha dado como resultado la producción de dentina u osteodentina. Así el dentinoma representa un tipo tumoral de transición entre el fibroma ameloblástico y el fibroodontoma ameloblástico. *

Dado que se presenta rara vez, es difícil facilitar datos sobre sus preferencias de edades y sexos, sus localizaciones predilectas y características radiográficas.

Sin embargo, los pacientes son jóvenes pues el de más edad, de los casos publicados oscila hasta los 36 años. La mayoría se sitúa en el maxilar inferior, sobre todo en la región molar y a menudo se asocia con dientes retenidos.

Se observa una área radiotransparente, en ocasiones separadas del hueso normal circundante por una zona radiopaca. En algunos casos se observan masas radiopacas de tamaño variable en el área radiotransparente.

FIBROMA CEMENTOGENICO.

Habitualmente incide en el maxilar inferior de personas mayores.

En las radiografías la inicial de una imagen radiotransparente bien delimitada, de manera gradual se va transformando en radiopaca a medida que el cemento se forma y mineraliza.

Por último se visualiza una densa masa que probablemente presenta un ligero desarrollo posterior. No mide más de 1 a 2 cm. de diámetro, pero a veces alcanza gran tamaño. El tipo maduro de fibroma cementogénico está rodeado por una estrecha zona radiotransparente.

C O N C L U S I O N E S .

C O N C L U S I O N E S .

En primer término debemos de tener muy en cuenta en que la radiografía nos ofrece un diagnóstico presuntivo.

El mayor grado de calcificación, nos proyectará una ima gen más radiopaca, si esto se observara un tanto radiopaco-
- radiolúcido (mixto), es debido a que el tejido óseo se-
está reconstruyendo.

Más si se apreciara un predominio más denso es debido a que el proceso se encuentra en una etapa de transición.

B I B L I O G R A F I A .

B I B L I O G R A F I A .

1.- BHASKAR, S. N.

Interpretación radiográfica para el odontólogo.

Primera edición

Editorial Mundi, S. A. I. C. y F.

Buenos Aires, Argentina

1975

2.- BRIAN, BEECHING

Radiología Dental. Interpretación de imagen.

Primera edición

Editorial Doyma

Barcelona, España

1983

3.- DUNN, J. MARTIN., ZION, SHAPIRO, CINDY.

Anatomía dental y de cabeza y cuello.

Primera edición

Editorial Interamericana

México, D. F.

1978

- 4.- GOMEZ, MATTALDI., RECAVEDO, A.
Radiología odontológica
Segunda edición
Editorial Mundi
Buenos Aires, Argentina
1975
- 5.- GORLIN, ROBERTO J., GOLDMAN, HENRY M.
Patología oral
Sexta edición
Editorial Salvat, S. A.
Barcelona, España
1977
- 6.- KOLTHOFF, ANTHONY.
Anatomía y Fisiología
Octava edición
Editorial Interamericana
México, D. F.
1975
- 7.- LOCKHAR, R. D., HAMILTON, G. F., FIFE, F. N.
Anatomía humana

Primera edición
Editorial Interamericana
México, D. F.
1975

8.- O'BRIEN, RICHARD C.

Radiología dental
Cuarta edición
Editorial Interamericana
México, D. F.
1984

9.- PINDBORG, S. J., HJORTING-HANSEN E.

Atlas de enfermedades de las mandíbulas
Primera edición
Editorial Salvat, S. A.
Barcelona, España
1976

10.- QUIROZ GUTIERREZ, FERNANDO

Tratado de Anatomía Humana.
Décimo cuarta edición
Tomo I

Editorial Porrúa, S. A.

México, D. F.

1975

- 11.- SHAFER, WILLIAMS G., HINE, MAYRAND K., LEVY,
BARNET M., TOMICH, CHARLES E.

Tratado de Patología Bucal

Cuarta edición

Nueva Editorial Interamericana

México, D. F.

1987

- 12.- STAFNE, EDWARS C., GIBILISCO, JOSEPH A.

Diagnóstico radiológico en odontología

Editorial Médica Panamericana

México, D. F.

1978

- 13.- SICHER, HARRY., DU BRUL, LLOYD.

Anatomía dental

Sexta edición

Editorial Interamericana

México, D. F.

1978

14.- TESTUT, L. LATARJET, A.

Anatomía Humana

Tomo I

Novena Edición

Editorial Salvat

Barcelona, España

1975