

Paciente femenino de 16 años de edad acude a Imágenes Digitales de Santo Domingo para evaluación tomográfica en maxilar inferior en zona anterior por aumento de volumen y molestias en dichas piezas dentarias.

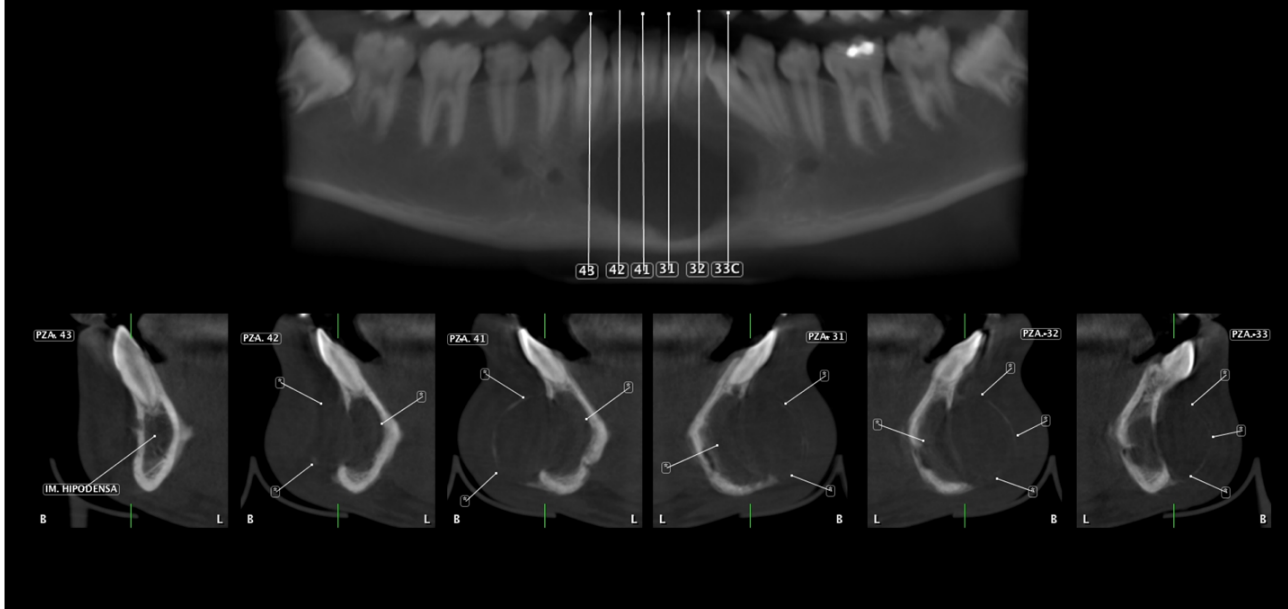
En la radiografía panorámica, se observa una imagen radiolúcida en zona anteroinferior, a nivel de las piezas 33 – 43, de límites definidos y bordes parcialmente corticalizados, que se aproxima al reborde basal mandibular.

Radiografía panorámica

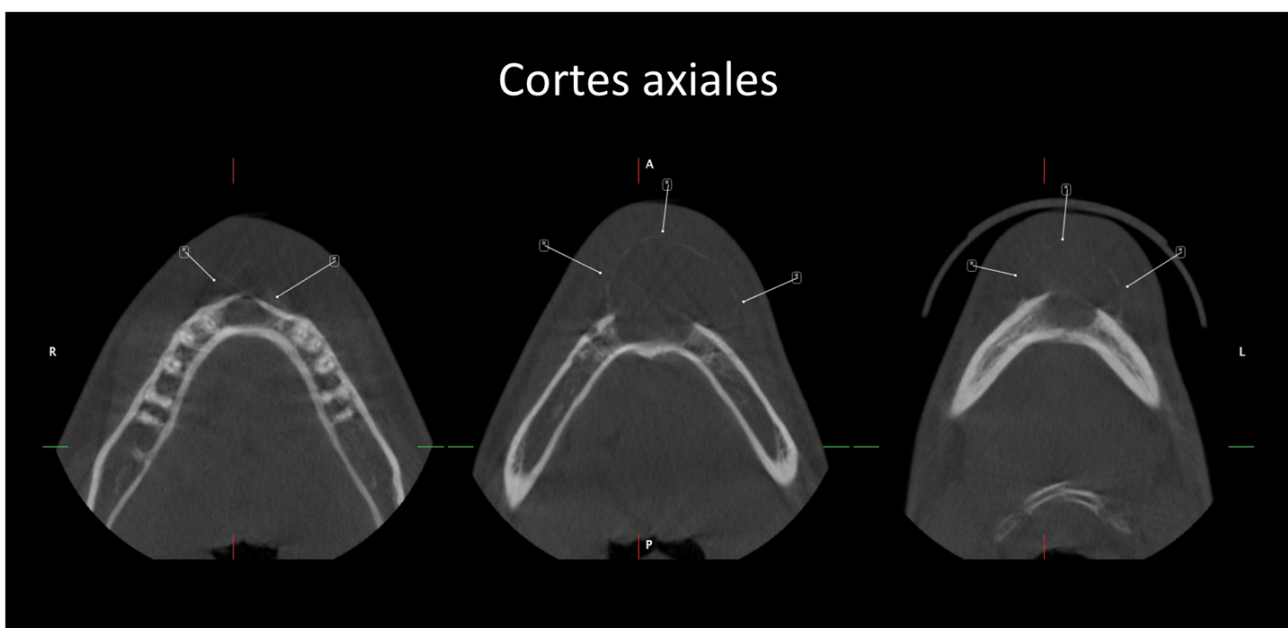


En las reconstrucciones multiplanares, en los cortes transaxiales y cortes axiales, a nivel de zona anteroinferior, que se extiende desde la pieza 33 hasta la pieza 43, de límites definidos, bordes corticalizados y de forma regular, produciendo una marcada expansión y adelgazamiento de la tabla ósea vestibular, en proximidad al reborde basal mandibular, con un marcado socavado de la tabla ósea vestibular entre las piezas 32 y 42, además, de una marcada divergencia radicular hacia distal de la pieza 33.

Cortes transaxiales

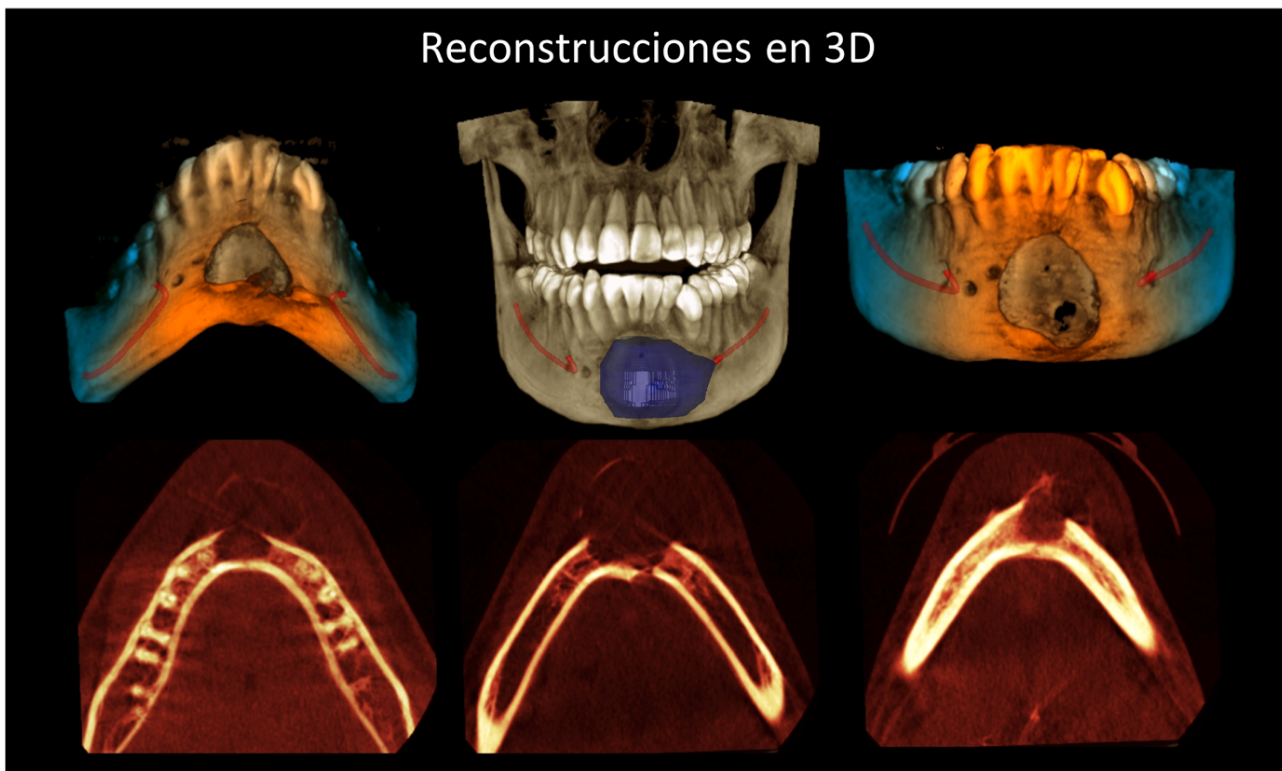


Cortes axiales

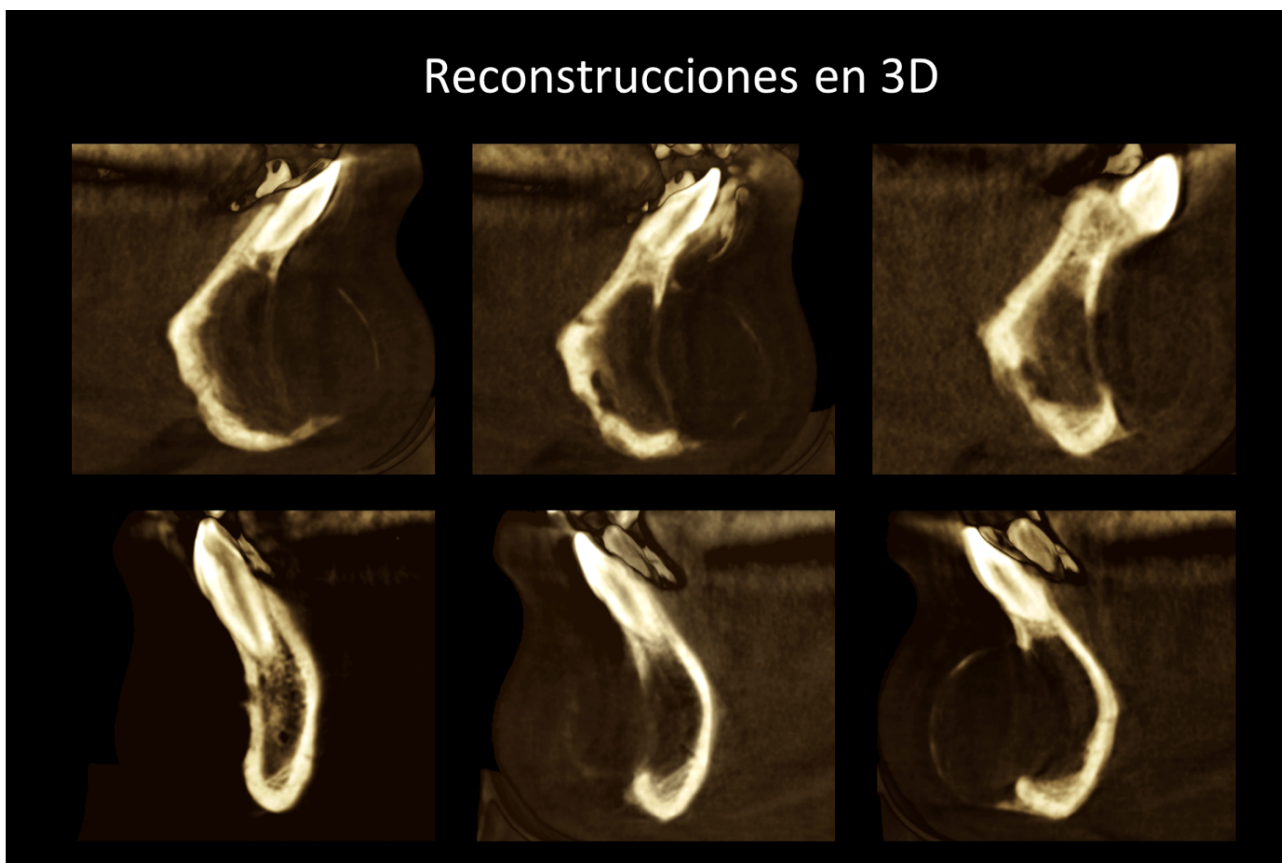


De la misma forma, se observa en las reconstrucciones 3D, la representación de la lesión tumoral benigna (Ameloblastoma).

Reconstrucciones en 3D



Reconstrucciones en 3D



Paráfrasis

Según la clasificación de la OMS de 1992, el ameloblastoma se considera un tumor odontogénico benigno de epitelio odontogénico, sin ectomesénquima odontogénico. Representan 1% de todos los tumores maxilares y 10% de todos los tumores odontogénicos. En la mandíbula, el 70% se da en zona molar o rama ascendente, el 20% en región premolar y un 10% en la región anterior. Se diagnostican sobre todo entre la cuarta y quinta década de vida, salvo la variedad unicística que se diagnostica entre los 20 y 30 años, sin existir predilección respecto al sexo.

Clínicamente las lesiones son de crecimiento lento, asintomático y con expansión de la cortical ósea o perforación de la cortical e infiltración para los tejidos blandos.

El ameloblastoma radiográficamente se observa como un área radiolúcida, pudiendo presentar tres patrones diferentes. El más frecuente es el multilocular, con varios quistes agrupados y separados por tabiques de refuerzo óseo (en pompas de jabón). Otras veces, la imagen con que nos encontramos es en panal de abejas, siendo ésta la segunda en frecuencia. Una tercera imagen radiológica, y muy importante desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, es la forma unilocular. Los dientes relacionados con la lesión están vitales; posteriormente estos pueden causar migración, movilidad, resorción radicular y en algunos casos hasta parestesia.

Referencias:

- Torres D., Infante P., Hernández JM., Gutiérrez JL. Ameloblastoma mandibular. Revisión de la literatura y presentación de seis casos. Patol Oral Cir Bucal 2005;10:231-8.
<http://www.medicinaoral.com/medoralfree01/v10i3/medoralv10i3p231.pdf>
- Diaz D., Sarracent Y., Guerra O., Martinez N. Ameloblastoma. Revisión de la literatura. Revista Habanera de Ciencias Médicas 2014;13(6):862-872.
<http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v13n6/rhcm07614.pdf>
- López R., Jaeger F., Gomes J., Maria R. Ameloblastoma: un estudio retrospectivo de 48 casos. Rev Esp Cir Oral Maxilofac 2013;35(4):145-149
<http://scielo.isciii.es/pdf/maxi/v35n4/original01.pdf>