

IMAGEN RADIOGRAFICA DE LA POSIBLE EVOLUCION DE UNA PIEZA DENTARIA RETENIDA

Dra. Milat, E.; Gulayin, G.; Fuccini, M. C.; Etchegoyen, L.; Raffaelli, N.; Caseiro, J.; Fernández, M. E.; Segatto, R.; Devoto, D.

Cátedra de Radiología y Fisioterapia de la Universidad Nacional de la Plata.

PIEZA DENTARIA RETENIDA: Un diente retenido es el que permanece sin erupcionar en el maxilar mas allá de la época en que normalmente debiera haber erupcionado. Son causas factibles de retención la mal posición de los gérmenes, la falta de espacio, factores genéticos y a veces otras imposibles de determinar. Puede suceder también que haya retención de varias piezas dentarias o de dientes supernumerarios no erupcionados y ello estará en relación con factores sistémicos. Estas piezas dentarias retenidas pueden permanecer sin provocar ninguna alteración, pero frecuentemente se puede observar que ellas son “asiento de patologías dentarias”, entre las que podemos destacar a los QUISTES DENTIGEROS, debido a su frecuencia (la segunda entre todos los tipos de quistes epiteliales odontogénicos y no odontogénicos), porque un porcentaje que oscila entre un 4 y un 6 % de ellos son susceptibles evolutivamente de engendrar una neoplasia odontogénica agresiva tal cual es el AMELOBLASTOMA, y por último, porque un porcentaje de alrededor del 10% de los quistes dentígeros evolucionan hacia QUERATOQUISTE, entidad caracterizada por ser la que con mayor frecuencia recidiva entre todos los quistes de los maxilares.

QUISTE DENTIGERO. ASPECTO RADIOGRAFICO.

Este quiste se revela como una imagen radiolúcida unilocular bien definida por márgenes escleróticos relacionados con la corona de un diente no erupcionado. En la interfase con el hueso se observa una cortical indicativa de un crecimiento lento y uniforme que representa una reacción ósea; la lesión producida por el quiste dentígero es lisa unilocular, de menos de dos centímetros de diámetro, que si estas lesiones no son detectadas tempranamente, pueden crecer y se vuelve un quiste dentígero grande y multilocular, lo que hace posible la confusión con lesiones más agresivas como por ejemplo el ameloblastoma. Esta asociado la mayoría de las veces a 3º molares inferiores retenidos, caninos superiores, también pueden estar asociados a piezas supernumerarias.

QUERATOQUISTE. ASPECTO RADIOGRAFICO.

La lesión se presenta como un área radiolúcida uni o multilocular con un limite esclerótico nítido y delgado, en proximidad con raíces de dientes adyacentes puede provocar reabsorción radicular. Estas lesiones también pueden estar asociadas a dientes no erupcionados, y confundirse radiográficamente con un quiste dentígero; sin embargo las mismas pueden presentar festoneado en los márgenes, dando la apariencia de ser multilocular, esto es más frecuente en los quistes de tamaño mayor.

En la zona del 3º molar inferior, en el ángulo mandibular es desde donde progresan hacia la rama y cuerpo, constituyen la ubicación más frecuente de la lesión.

AMELOBLASTOMA.

El 9% de todas las tumefacciones de la cavidad oral son tumores odontogénicos, y dentro de este grupo, el ameloblastoma representa el 1% de las lesiones. Su comportamiento ha sido descrito como el de un tumor benigno pero localmente agresivo. Se localizan en el maxilar superior en un 20% de los casos (zona canina y antral). En la mandíbula (80% de los ameloblastomas) el 70% se da en la 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 la vida. De un 10 a un 15% de los tumores se asocian a un diente no erupcionado. La sintomatología es prácticamente nula, limitada a la provocación de una tumefacción en la mayoría de los casos, pero manteniendo un carácter infiltrante en el sentido de malignidad local. El ameloblastoma 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 esta la segunda en frecuencia. Una tercera imagen radiográfica, y muy importante desde el punto de vista del diagnóstico diferencial es la forma unilocular. La posibilidad de cambios neoplásicos en la membrana epitelial de los quistes odontogénicos ha sido materia de interés desde Canh, quien en 1933 describe un caso de transformación neoplásica en la pared de un quiste y nos lleva a recordar que los quistes dentígeros deben ser examinados completamente debido a ese potencial neoplásico. Esto nos hace pensar en la relación existente entre quistes de origen odontogénico y los ameloblastomas. El punto importante es que lesiones que clínica y radiográficamente parecen quistes odontogénicos pueden ser un ameloblastoma u otros tumores odontogénicos. Es un requisito absoluto que todos los tejidos provenientes del quiste dentígero se sometan a un estudio anatómico-patológico. Se recomienda la extracción de 3º molares retenidos porque son frecuentes los quistes dentígeros asociados a estos dientes. Un reconocimiento temprano evitará que el quiste dentígero siga evolucionando y se convierta en multilocular lo que hace pensar en lesiones más serias; de allí la importancia de un diagnóstico precoz y de una correcta interpretación radiográfica de la lesión.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- Bhaskar, S.N.; Patología Bucal; Ed. Ateneo; Buenos Aires, pp. 325-350.
- 2- Chimenos K. E.; Radiología en Medicina Bucal; Ed. Masson; España, pp. 151-180.