

Pautas para interpretar una lesión en la imagen radiográfica

*Prof. Dra. Martínez María E., **Prof. Od. Martínez Beatriz A., ***Od Bruno Irene G.

* Profesora Titular de la Cátedra de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

**Profesora Adjunta de la Cátedra de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

*** Jefe de TP de la Cátedra de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

RESUMEN La interpretación radiográfica de una patología involucra una serie de pasos o pautas radiográficas que nos conduce a un diagnóstico diferencial, a través del efecto que la lesión produce en el hueso y las piezas dentarias.

Palabras clave

Tejido óseo, piezas dentarias, patología, radiología, diagnóstico diferencial.

SUMMARY The pathologic radiographic interpretation involves a group of steps or radiographic guidelines that gets us to a differential diagnosis, through the effect that the pathology causes in the bones and teeth.

Key Words

Osseous tissue, teeth, pathology, radiology, differential diagnosis.

Introducción

Para comprender las imágenes que la patología produce en el hueso debemos primero recordar, que el tejido óseo normal está formado por una cortical, el hueso compacto, el cual constituye el continente y, el hueso trabecular o esponjoso, que es el contenido.

El hueso compacto se presenta como una cortical densa y radiopaca, la cual variará su espesor según el maxilar y el trabajo que éste realice. El hueso trabecular o esponjoso está formado por trabéculas irregulares radiopacas y espacios medulares radiolúcidos, cuyo ordenamiento responderá a los requerimientos mecánicos de la zona. Dentro de este esponjoso se delinearán los alvéolos dentarios rodeados por corticales óseas delgadas, homogéneas y radiopaca¹. Toda patología que emane del propio hueso o provenga de zonas vecinas, va a provocar en su asentamiento, un cambio en la densidad ósea normal. Traducido a la imagen, ésta podrá presentarse con cambios en su aspecto, como ser: radiopaca (RO), más densidad; radiolúcida (RL), menor densidad; RO y RL: RO con predominio de RL ó RL con predominio de RO.

PAUTAS RADIOLÓGICAS

Es muy difícil llegar a un diagnóstico definitivo a través de una imagen, salvo patologías muy evidentes y reconocidas, tales como una caries, una fractura, un supernume-

rario o una agenesia, quizás algún tipo de tumor como un odontoma o un cementoma. Todos sabemos que la anatomía patológica tiene la última palabra, especialmente cuando de tumores se trata².

No obstante podemos leer una imagen siguiendo una serie de pautas radiográficas que pueden ayudar mucho a convertir a la radiología en algo más importante que un complemento de diagnóstico.

Frente a una imagen patológica es conveniente seguir un orden, a saber:

- Localización
- Forma
- Dimensiones
- Márgenes
- Densidad
- Efecto óseo
- Efecto dental

LOCALIZACIÓN

Si es en maxilar superior debemos ver si la lesión se ubica en seno maxilar o fuera de él, en la línea media, en tuberosidad o si tiene extensión orbitaria. Por el contrario, si se localiza en maxilar inferior, si lo hace sobre el cuerpo, rama ascendente o cóndilo; hay lesiones que tienen lugares preferenciales como el cementoma gigantiforme que, frecuentemente es simétrico y en el sector posterior de ambos maxilares (característico de la raza negra).

* Presentado para su publicación el 28 de mayo de 2009

FORMA

Pueden ser imágenes uni o multiloculares, pueden ser definidas (fractura) o indefinidas (tumor maligno), redondas u ovaladas (algunos quistes), con bordes variables o invariables (esclerosis), “apolillada” (osteomielitis), en forma de “panal” o “pompas de jabón” (ameloblastoma), aspecto de “Raqueta de tenis” (mixoma), penetrante o poco definido, de aspecto agresivo (tumor maligno), etc.

DIMENSIONES

Es importante observar lo siguiente:

- cuánto abarca de la superficie ósea
- cuánto sales del continente óseo
- cuánto invade zonas vecinas

MARGEN

Corresponde a la zona de transición con el tejido sano. Dicho margen puede ser:

- _ ancho o estrecho
- _ definido o indefinido
- _ continuo o discontinuo
- _ esclerótico o no esclerótico.

El tipo de margen o zona de transición nos “habla” en la imagen si su crecimiento es lento, crónico, de aspecto “defensivo”³ como un proceso periapical de años de evolución o, por el contrario, alguna zona discontinua en el margen de ese mismo proceso periapical, delataría una agudización del mismo.

Todo aquél margen que muestre un aspecto esclerótico (RO), está formado por una reacción de condensación de las trabéculas óseas vecinas en su afán organizativo, para impedir el avance de la lesión; esto habla de cronicidad, crecimiento lento, algo de aspecto “benigno”¹.

DENSIDAD

Sabemos que en la imagen de una lesión tenemos un aspecto RO o uno RL, esto significa más hueso o falta de él. No obstante hay lesiones que pueden verse con predominio de algunos de esos factores de densidad o combinados entre sí (aspecto mixto). Por ejemplo: un osteoma es RO con predominio de radiopacidad pero, un tumor de Pindborg (tumor odontogénico epitelial calcificante), se presenta como una lesión RL con varios nódulos calcificados en su interior y relacionado, frecuentemente, con una pieza retenida, lo que lo convierte en una lesión radiográfica de tipo mixta.

EFECTO ÓSEO

Este punto es interesante pues, el dibujo trabecular, la “filigrana” ósea, pierde su patrón normal en la zona, mostrando una reacción que puede ser esclerótica, de grosor uniforme (quiste apical); una erosión (mieloma); afectar las corticales provocando un aspecto “radial” (sarcoma osteogénico) o también provocar, un cambio total de la forma y aspecto de todo el hueso (displasia)¹⁻⁴

EFECTO DENTAL

Como explicamos en párrafos anteriores, las piezas dentarias ubicadas dentro del continente óseo en sus alvéolos, van a tener intimidad con las lesiones óseas y su comportamiento dependerá del tipo de lesión asentada.

Siempre debemos corroborar en la imagen la continuidad de la línea córtico-periodontal (cortical RO y espacio periodontal RL), debe ser continua, sin interrupciones. Cuando esto no ocurre, hay una patología, pero, para poder hablar con seguridad de una lesión en relación dentaria, debemos tomar la técnica adecuada: periapical y no panorámica⁵.

La lesión puede estar asociada a la pieza dentaria (cementoma, quiste apical); puede provocar reabsorción radicular (tumor maligno); desplazamiento radicular con o sin reabsorción (algún tipo de quiste como el TOA, tumor odontogénico adenomatoide) o puede hacer desaparecer completamente el tejido de sostén dentario, “diente flotante” (granuloma eosinófilo).

CONCLUSIONES

El diagnóstico a través de una imagen radiográfica debe ser realizado, no en forma solitaria, sino en combinación con otras especialidades, como la clínica y la anatomía patológica. Evaluar un caso y arribar a un diagnóstico definitivo, involucra una serie de pasos correlativos y participativos entre los especialistas.

No obstante lo descripto en este artículo pone de manifiesto una secuencia de pautas radiográficas para interpretar la imagen y, establecer el diagnóstico diferencial, ya que el presuntivo deriva del clínico y el definitivo del anátomo-patólogo.

Dirección del autor: malisayastro@hotmail.com
Uruguay115 (CP 1015 ABC ABC)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires